



2020

Oppfølging av  
personer med  
ruslidelser

- Bydel Alna og Bydel Nordstand

Rapport 12

# Siste publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

## Kommunerevisjonens rapporter 2019

Rapport 1/2019	Sikkerhetskrav i IKT-anskaffelser
Rapport 2/2019	Tilgjengeligheten til sosiale tjenester i NAV
Rapport 3/2019	Oppsummering av utvalgte undersøkelser gjennomført i regnskapsrevisjonen
Rapport 4/2019	Eierskapskontroll – Oslo Pensjonsforsikring AS
Rapport 5/2019	Kommunens bruk av leverandøroppfølgingssystemet HMSREG
Rapport 6/2019	Vg3 fagopplæring i skolen
Rapport 7/2019	Forvaltning av informasjon om kommunale eiendommer
Rapport 8/2019	Bemanning og kontinuitet i hjemmetjenesten
Rapport 9/2019	Dispensasjoner og oppfølging av mulige ulovligheter
Rapport 10/2019	Vinterdrift av veinettet
Rapport 11/2019	Økonomisk internkontroll i Oslo Havn KF
Rapport 12/2019	Bydelenes frisklivsarbeid
Rapport 13/2019	Legemiddelhåndtering
Rapport 14/2019	Ansettelse i kommunen
Rapport 15/2019	Kontraktsoppfølging i Vann og avløpsetaten
Rapport 16/2019	Medvirkning i reguleringsplaner
Rapport 17/2019	Eierskapskontroll Samfunnsansvar i konsern – Sporveien AS

## Kommunerevisjonens rapporter 2020

Rapport 1/2020	Omsorgsbygg Oslo KFs oppfølging av byggeprosjekter
Rapport 2/2020	To byråders oppfølging av brudd på arbeidstidsbestemmelsene
Rapport 3/2020	Oppsummering av utvalgte undersøkelser gjennomført i regnskapsrevisjonen 2019
Rapport 4/2020	Saksbehandling og koordinering av gravearbeider
Rapport 5/2020	Overordnet styringsdialog om opplæring
Rapport 6/2020	Anskaffelser – kvalifikasjonskrav og tildelingskriterier
Rapport 7/2020	Forebygging av frafall fra videregående opplæring
Rapport 8/2020	Barneverntjenestens bruk av tolketjenester - Bydel Grorud og Bydel Søndre Nordstrand
Rapport 9/2020	Tilsyn og brannforebyggende arbeid?
Rapport 10/2020	Eierskapskontroll – eiendommer organisert som aksjeselskaper
Rapport 11/2020	Beredskap og håndtering av koronautbruddet – erfaringsoppsummering barnevern, skole og sykehjem
Rapport 12/2020	Oppfølging av personer med ruslidelser – Bydel Alna og Bydel Nordstrand?

## Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet *Bydelenes oppfølging av personer med ruslidelser*.

Undersøkelsen er forankret i kontrollutvalgets vedtak av 27.08.2019 ( sak 71), og tilhører området myndighetsutøvelse og brukertilpassede tjenester med tilstrekkelig kvalitet, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon 2016–2020* av 22. juni 2016 (sak 186).

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune. Forvaltningsrevisjon er definert slik i kommuneloven § 23-3:

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Forvaltningsrevisjon i Oslo kommune gjennomføres iht. gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001).

Prosjektet er gjennomført av seniorrådgiverne Cecilie Karlsen og Jorun Andreassen, og konsulent Erik-André Høgseth Haavind. Andreassen var prosjektleder.

Vi vil takke Bydel Alna og Bydel Nordstrand, Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester og Velferdsetaten for nødvendig bistand i løpet av prosjektet.

14. oktober 2020



Hilde Ludt  
ass. avdelingsdirektør



Jorun Andreassen  
seniorrådgiver



## Innhold

1. Innledning .....	11
1.1 Bakgrunn .....	11
1.2 Formål og problemstillinger .....	11
1.3 Avgrensninger .....	12
1.4 Revisjonskriterier .....	12
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring .....	12
1.6 Rapportens oppbygging .....	12
2. Organisering av rusarbeidet .....	14
2.1 Bydel Alna .....	14
2.2 Bydel Nordstrand .....	15
3. Kartlegging av brukerne .....	17
3.1 Verktøy for kartlegging .....	17
3.2 Kartlegging av funksjonsnivå og tjenestebehov .....	19
3.3 Kvalifisert bemanning .....	24
4. Tildeling av tjenester .....	26
4.1 Enkeltvedtak .....	26
4.2 Tjenester i tråd med hjelpebehov .....	29
4.3 Evaluering av tilbudet .....	33
5. Koordinering og samarbeid .....	36
5.1 Internt i bydelen .....	36
5.2 Spesialisthelsetjenesten .....	39
5.3 Samtykke til deling av informasjon .....	41
6. Individuell plan og brukermedvirkning .....	44
6.1 Individuell plan .....	44
6.2 Kriseplan .....	45
6.3 Koordinator .....	46
6.4 Brukermedvirkning .....	47
7. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger .....	48
7.1 Konklusjoner .....	48
7.2 Anbefalinger .....	50
8. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurderinger av disse .....	51
8.1 Byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester .....	51
8.2 Byråden for helse, eldre og innbyggertjenester .....	53
8.3 Bydel Alna .....	53
8.4 Bydel Nordstrand .....	54
Referanser .....	57
Vedlegg 1: Revisjonskriterier .....	58
Vedlegg 2: Metode .....	70
Vedlegg 3: Brukere med ruslidelser i alle bydeler – utfordringer .....	75

Vedlegg 4: Uttalelse fra byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester.....	80
Vedlegg 5: Uttalelse fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester .....	84
Vedlegg 6: Uttalelse fra Bydel Alna.....	85
Vedlegg 7: Uttalelse fra Bydel Nordstrand .....	88

## Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har undersøkt om Bydel Alna og Bydel Nordstrand arbeidet systematisk med å sikre at personer med ruslidelser fikk tilbud i tråd med sine behov.

Undersøkelsen viser mange eksempler på at personer med ruslidelser fikk tett oppfølging i både Bydel Alna og Bydel Nordstrand. Samtidig viser undersøkelsen at de to bydelenes arbeid ikke var tilstrekkelig systematisk. Det var spesielt svakheter og mangler knyttet til kartleggingen av brukernes funksjonsnivå og dokumentasjonen av vurdering av tjenestebehovet. Dette ga risiko for at brukerne ikke fikk tilbud i samsvar med sine behov.

## Sammendrag

Personer med ruslidelser er blant de mest sårbare innbyggerne i Oslo. Mange har omfattende helse- og levekårsutfordringer.

Flere enheter i Bydel Alna og Bydel Nordstrand fulgte opp personer med ruslidelser. Denne forvaltningsrevisjonen omfatter herunder NAV sosialtjeneste, Enhet for hjemmetjenester og Psykisk helsearbeid.

Formålet med undersøkelsen har vært å framskaffe informasjon og avdekke eventuelle forbedringspunkter knyttet til bydelenes tilbud til personer med ruslidelser.

Problemstillingen har vært som følger:

- Arbeider bydelene systematisk med å sikre at personer med rusproblemer får et tilbud i tråd med sine behov?

For å besvare problemstillingen er følgende spørsmål besvart:

- Blir brukers behov kartlagt før tildeling av tjenester?
- Får brukerne tilbud om tjenester i tråd med hjelpebehovet?
- Er det et tilfredsstillende samarbeid internt i bydelen og mellom bydelen og spesialisthelsetjenesten?
- Blir det lagt til rette for brukermedvirkning, og utarbeides individuell plan og kriseplan når brukeren har krav på det?

Revisjonskriterier er den målestokken som legges til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er i hovedsak hentet fra sosialtjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og forvaltningsloven med tilhørende forskrifter.

Rapporten bygger på dybdeundersøkelser i Bydel Alna og Bydel Nordstrand ved tjenestestedene NAV sosial, Enhet for hjemmetjenestene og Psykisk helsearbeid. Tidligere Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid ble i juni 2020 delt inn i to byrådsavdelinger. Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester og Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester.

Undersøkelsen er basert på informasjon samlet inn gjennom intervjuer med ledere og ansatte i de ulike tjenestene, mappe- og dokumentgjennomgang og en elektronisk spørreundersøkelse til fastlegene i de to bydelene. Kommunerevisjonen snakket med til

sammen fem brukere i de to bydelene. I tillegg ble det gjennomført intervjuer med spesialisthelsetjenesten, bruker- og pårørendeorganisasjoner og andre samarbeidsaktører.

Datainnsamlingen foregikk hovedsakelig i perioden desember 2019 til mars 2020. Mange av brukerne med ruslidelser hadde fått oppfølging i de to bydelene over flere år. Kommunerevisjonen gjennomgikk journalføringer for den enkelte bruker fra de ble registrert ved tjenesten, til januar–mars 2020. For å vurdere praksis er hovedvekten lagt på hvilken oppfølging brukerne fikk det siste året.

I det følgende presenteres Kommunevisjonens sentrale vurderinger.

### **Kartlegging av funksjonsnivå og tjenestebehov**

Verken NAV-kontorene eller hjemmetjenestene i de to bydelene benyttet kartleggingsverktøy som omfattet utfordringer knyttet til rus. Det gir risiko for at viktige sider ved brukernes funksjonsnivå og tjenestebehov ikke kartlegges og at like tilfeller behandles forskjellig.

Brukernes funksjonsnivå og tjenestebehov ble kartlagt og vurdert i varierende utstrekning og på ulike tidspunkter ved begge NAV-kontor. Det forelå ikke en samlet, oppdatert og helhetlig kartlegging av brukernes funksjonsnivå eller vurdering av behov for tjenester for noen av de utvalgte brukerne. Elementer av kartlegging og vurdering av behov på ulike områder kunne framgå av ulike dokumenter i brukerjournalene, men det var ikke mulig å søke i denne for å finne sentral kartleggingsinformasjon.

Personer med ruslidelser har særskilt risiko for å ha utfordringer knyttet til tannhelse og ernæring. Det var få spor av kartlegging av helsestatus på disse områdene i de gjennomgåtte journalene.

En høy andel av brukerne i begge bydelene hadde lite sosialt nettverk og var i liten grad i arbeid eller aktivitet. Heller ikke på disse områdene viste journalene systematisk kartlegging og vurdering av behov for tiltak.

De påpekte manglene ga risiko for at bydelene ikke hadde oversikt over brukernes behov, og at brukerne dermed ikke fikk tilbud i samsvar med disse.

For noen av de gjennomgåtte brukere i hjemmetjenestene i begge bydelene og i Psykisk helse i Bydel Nordstrand var det få spor av kartlegging i journalene.

De som var involvert i kartlegging av brukerne, både i NAV, hjemmetjenesten og enhetene for psykisk helsearbeid, syntes å ha tilfredsstillende kompetanse.

### **Tjenester i tråd med hjelpebehov**

Manglende samlet, helhetlig og oppdatert kartlegging ved begge NAV-kontorene gjør det vanskelig å vite fullt ut hvilket helhetlig tjenestebehov brukerne hadde, og dermed også om de fikk vedtak og tjenester i tråd med behovet.

Brukerjournalene i NAV i begge bydeler viste at alle brukerne fikk oppfølging av ruskonsulent, de fleste over lang tid. Mange av brukerne med ruslidelser som får oppfølging fra NAV, er i en vanskelig livssituasjon og har sammensatte utfordringer.

Kommunerevisjonen stiller spørsmål om flere av brukerne omfattet av denne undersøkelsen burde fått vedtak om tjenesten *Opplysning, råd og veiledning* etter sosialtjenesteloven § 17. Tjenesten skal styrke den enkeltes mulighet til å mestre egen livssituasjon, og hjelp til selvhjelp er et grunnleggende prinsipp for tjenestens innhold.

Ikke alle gjennomgåtte vedtak i hjemmetjenestene hadde informasjon om omfang av tjenesten. Dette kan begrense brukernes klagemulighet. Det kan også være vanskelig for en klageinstans å vurdere om vedkommende får forsvarlig hjelp. Det var også mangler ved de to gjennomgåtte vedtakene i Seksjon for psykisk helse i Bydel Nordstrand.

Gjennomgang av journaler tyder på at de undersøkte brukerne ble fulgt opp i tråd med vedtak om booppfølging / oppfølging av miljøterapeut, hjemmetjenester og oppfølging av Psykisk helse i begge bydeler.

I tillegg fikk brukerne oppfølging ved begge NAV-kontorene utover tilbud det ble tatt vedtak om. Undersøkelsen viser at flere av brukerne fikk tett oppfølging av NAV, noe som kan bidra til at brukerne får tjenester i tråd med behov.

Undersøkelsen viser at det var manglende journalføring av oppfølging av brukerne ved begge NAV-kontor. Dette medførte risiko for at viktig informasjon ikke ble tatt vare på og eventuelt formidlet videre.

I Bydel Nordstrand så det ut til at brukere med ruslidelser i liten grad var i målgruppen for tilbudet til Seksjon for psykisk helse, og få av dem fikk oppfølging av seksjonen. En høy andel av brukerne var vurdert å ha utfordringer knyttet til psykisk helse. Kommunerevisjonen stiller derfor spørsmål om tilbudet til brukere med ruslidelser og samtidige utfordringer knyttet til psykisk helse i Bydel Nordstrand var tilfredsstillende.

### **Samarbeid og samtykke**

Undersøkelsen tyder på at det var etablert et tilfredsstillende samarbeid mellom ulike tjenester til personer med ruslidelser i Bydel Alna.

Undersøkelsen tyder på at det ikke var etablert et tilfredsstillende samarbeid mellom bydelens tjenester til personer med ruslidelser i Bydel Nordstrand: Det var i liten grad et formelt samarbeid mellom hjemmetjenesten, NAV og Seksjon for psykisk helse, til tross for at de ga tjenester til flere av de samme brukerne. Det syntes også som at det var mangelfull utveksling av informasjon om brukerne og om tjenesteytingen mellom involverte enheter. Det ga risiko for at den enkelte bruker ikke fikk et helhetlig, koordinert og forsvarlig tilbud etter behov.

Det var samarbeid mellom bydelene og spesialisthelsetjenesten som kunne bidra til et helhetlig og forsvarlig tilbud til brukerne i tråd med behov. Kommunerevisjonen merker seg likevel at spesialisthelsetjenesten oppga at det kunne være vanskelig å ha oversikt over bydelens tjenestetilbud, og at distriktpsykiatrisk senter mente det kunne være utfordrende å samarbeide med Seksjon for psykiske helse i Bydel Nordstrand.

Undersøkelsen tyder på at NAV-kontorene hadde rutiner og system som skulle bidra til at samtykke ble innhentet. Fravær av dokumentasjon i brukerjournalene gjør det vanskelig å vurdere om de innhentet nødvendig samtykke.

Malene for samtykkeerklæring som ble lagt til grunn i NAV og hjemmetjenestene i de to bydelene og i Enhet for psykisk helse i Bydel Alna, gjenspeilet i liten grad kravene til et informert samtykke. Seksjon for psykisk helse i Bydel Nordstrand hadde ikke mal for samtykkeerklæring, men ga et eksempel på hvordan de innhentet samtykke fra brukerne. Dette var heller ikke tilfredsstillende.

### **Individuell plan, kriseplan, koordinator og brukervedvirkning**

Det var ikke tilfredsstillende dokumentasjon av om brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester hadde fått tilbud om individuell plan, og av brukerens beslutning hvis tilbud var gitt. Etersom en lav andel av brukerne i begge bydelene hadde individuell plan, stiller Kommunerevisjonen spørsmål om brukerne i tilstrekkelig grad fikk informasjon om og ble motivert til å ta imot dette tilbudet.

Undersøkelsen tyder på at det ikke ble utarbeidet kriseplan for alle brukere i NAV som hadde behov for dette, verken i Bydel Alna eller Bydel Nordstrand.

Undersøkelsen tyder videre på at både ruskonsulenter og booppfølgere/miljøterapeuter i NAV Alna og NAV Nordstrand fungerte som koordinator for brukerne, men rollen var sjelden formalisert. Fravær av en tydelig definert koordinator kan gi risiko for at brukerne med behov for langvarige og koordinerte tjenester ikke får et godt sammenhengende tilbud.

Undersøkelsen tyder på at begge bydelene la til rette for brukervedvirkning i tjenesteytingen.

### **Anbefalinger**

Kommunerevisjonen anbefaler at byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester og byråden for helse, eldre og innbyggertjenester i tillegg til oppfølging av de to bydelene, vurderer behovet for tiltak rettet mot øvrige bydeler.

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Alna og Bydel Nordstrand å *iverksette* tiltak for å sikre

- systematisk, helhetlig og oppdatert kartlegging av brukernes funksjonsnivå og situasjon
- eksplisitt vurdering av brukerens tjenestebehov på bakgrunn av kartlagte behov
- at det fattes vedtak om tjenester i tråd med kravene på de undersøkte områdene
- at samtykkeerklæring gjenspeiler kravene til et informert samtykke
- tilfredsstillende journalføring

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Alna og Bydel Nordstrand å *vurdere* tiltak for å sikre tilfredsstillende praksis knyttet til bruk av individuell plan, kriseplan og koordinator.

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Nordstrand å *vurdere* tiltak for å sikre

- at brukere med tunge ruslidelser og samtidige utfordringer knyttet til psykisk helse får et tilfredsstillende tilbud i bydelen
- et tilfredsstillende samarbeid mellom bydelens tjenester til personer med ruslidelser

**Uttalelser til rapporten**

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser fra byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester, byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, Bydel Alna og Bydel Nordstrand. Byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester og bydelene varsler relevante tiltak, men Bydel Nordstrand varsler ikke tiltak til alle Kommunerevisjonens anbefalinger.



## 1. Innledning

### 1.1 Bakgrunn

Personer med ruslidelser er blant de mest sårbare innbyggerne i Oslo. Mange har omfattende helse- og levekårsutfordringer. Redusert livskvalitet, manglende utdanning, arbeid og inntekt, sosial isolasjon og for tidlig død er blant de mest alvorlige følgene av rusproblemer. Mange kan ha alvorlige psykiske lidelser i tillegg. Det kan være krevende å gi tjenester til de dårligst fungerende. De har ofte sammensatte utfordringer og trenger koordinert innsats fra NAV, kommunehelsetjenesten og ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Svikt i tjenesteytingen og i samarbeidet mellom tjenestene kan ha alvorlige konsekvenser for brukerne.

Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo, tatt til orientering av bystyret 14.11.2018 (sak 350), legger opp til at innsatsen skal vris bort fra institusjonsbaserte tilbud. Dette innebærer helseorientert hjelp med vekt på hjemmebaserte tiltak i lokalmiljøet, egen bolig med oppfølging og tiltak som understøtter folks ressurser og egeninnsats.

I Oslo kommune er det bydelenes NAV-kontor som skal sørge for at den enkelte bruker får et helhetlig tjenestetilbud. Andre kommunale tjenesteytere som også gir tilbud til brukere med ruslidelser, er Enhet for hjemmetjenester og Psykisk helsearbeid. Oppfølging av personer med rusproblemer skal gis individuelt og basert på den enkeltes behov. Noen får vedtak om booppfølging og andre hjemmebaserte tjenester, etter lov om helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Andre typer oppfølging omhandler samtaler med NAV/ruskonsulent, samhandling med helsetjenester og spesialisthelsetjenesten i ansvarsgrupper, henvisning til og oppfølging i ulike aktivitets- og arbeidstiltak og lignende. Individuelle og behovsbaserte tilbud omfatter dermed flere tjenester innen og utenfor bydelen, noe som fordrer gode samarbeidsstrukturer.

Helsetilsynet gjennomførte i 2016 en risikovurdering av tjenester til personer med samtidige rus- og psykiske lidelser. Flere av de identifiserte risikoområdene involverte kommunen eller samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, herunder:

- Bruker får ikke tilpasset bolig (eller tilpasset innholdet av tjenester i boligen).
- Brukere overlates til seg selv etter utskrivning, uten tilbud om arbeid eller aktivitet.
- Det er mangelfull brukermedvirkning.
- Kommunale instanser ivaretar ikke sitt felles ansvar for et samordnet og integrert oppfølgingstilbud.
- Det er manglende samarbeid (svikt i overgangene) mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Helsetilsynet førte i 2017 og 2018 tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i fem av Oslos bydeler, og fant lovbrudd ved alle tilsynene.

### 1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen har vært å framskaffe informasjon og avdekke eventuelle forbedringspunkter knyttet til bydelenes tilbud til personer med ruslidelser.

Problemstillingen har vært som følger:

- Arbeider bydelene systematisk med å sikre at personer med rusproblemer får et tilbud i tråd med sine behov?

For å besvare problemstillingen er følgende spørsmål besvart:

- Blir brukers behov kartlagt før tildeling av tjenester?
- Får brukerne tilbud om tjenester i tråd med hjelpebehovet?
- Er det et tilfredsstillende samarbeid internt i bydelen og mellom bydelen og spesialisthelsetjenesten?
- Blir det lagt til rette for brukermedvirkning, og utarbeides individuell plan og kriseplan når brukeren har krav på det?

### **1.3 Avgrensninger**

Undersøkelsen er avgrenset fra

- bydelenes oppfølging av brukere som oppholder seg i kommunal institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester, har langtidsopphold i spesialisthelsetjenesten eller er i fengsel
- tjenester gitt til personer under 18 år
- forebyggende arbeid innen rusfeltet
- vedtak om sosialhjelp

### **1.4 Revisjonskriterier**

Revisjonskriterier er målestokken som ligger til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. Kriteriene i denne undersøkelsen er hovedsakelig hentet fra sosialtjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og forvaltningsloven med tilhørende forskrifter. I konkretiseringen av revisjonskriteriene har vi benyttet Helsedirektoratets faglige retningslinje (2011). Revisjonskriteriene presenteres i kapittel 3–6. Utledning av revisjonskriteriene følger i sin helhet i vedlegg 1.

### **1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring**

Undersøkelsen er en dybdeundersøkelse i Bydel Alna og Bydel Nordstrand.

Undersøkelsen er basert på informasjon samlet inn gjennom intervjuer med ledere og ansatte, mappe- og dokumentgjennomgang og en elektronisk spørreundersøkelse til fastlegene i de to bydelene. Kommunerevisjonen snakket med til sammen fem brukere i de to bydelene. I tillegg ble det gjennomført intervjuer med spesialisthelsetjenesten, bruker- og pårørendeorganisasjoner og andre samarbeidsaktører.

Datainnsamlingen foregikk hovedsakelig i perioden desember 2019 til mars 2020. Mange av brukerne med ruslidelser hadde fått oppfølging i de to bydelene over flere år. Kommunerevisjonen gjennomgikk journalføringer for den enkelte bruker fra de ble registrert ved tjenesten, til januar–mars 2020. For å vurdere praksis er hovedvekten lagt på hvilken oppfølging brukerne fikk det siste året. Vi gjør nærmere rede for metodespørsmål knyttet til denne forvaltningsrevisjonen i vedlegg 2.

### **1.6 Rapportens oppbygging**

I rapportens kapittel 2 gis det en kort beskrivelse av organiseringen av Bydel Alna og Bydel Nordstrands tjenester til personer med ruslidelser. I kapittel 3 redegjør vi for ulike sider ved bydelenes kartleggingsarbeid, herunder kartleggingsverktøy og rutiner og praksis knyttet til kartlegging. Kapittel 4 omhandler om tilbudet av tjenester var i tråd

med den enkelte brukers kartlagte behov, herunder enkeltvedtak, tilbud av tjenester og evaluering av tjenestetilbudet. Kapittel 5 beskriver samarbeid og koordinering av tjenestene, både internt i bydelen og med spesialisthelsetjenesten, samt innhenting av samtykke til deling av informasjon om brukerne. I kapittel 6 ser vi på bruk av individuell plan, kriseplan og koordinator, samt om det var lagt til rette for brukermedvirkning. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger presenteres i kapittel 7. Kapittel 8 oppsummerer og vurderer vesentlige momenter i uttalelsen fra de to byrådene og de to bydelene.

## 2. Organisering av rusarbeidet

I både Bydel Alna og Bydel Nordstrand var det primært NAVs sosialtjeneste, hjemmetjenesten (hjemmesykepleie og praktisk bistand) og Psykisk helsearbeid som ga oppfølging av og tjenester til personer med ruslidelser.

Brukergruppen var personer med omfattende rusbruk, deriblant med dårlig psykisk helse. Brukerne kunne i tillegg motta tjenester fra andre avdelinger i NAV, som for eksempel sosialhjelp, arbeidsavklaringspenger, dagpenger, uføretrygd eller lignende.

På undersøkelsestidspunktet planla begge bydelene å etablere et aktivitetstilbud – et værested – på dagtid for brukerne med ruslidelser.

### 2.1 Bydel Alna

#### 2.1.1 NAV

I NAV Alna var oppfølgingen av personer med ruslidelser lagt til et rusteam under Sosialfaglig avdeling. Rusteamet hadde på undersøkelsestidspunktet fire ruskonsulenter. En fagansvarlig i teamet jobbet hovedsakelig med struktur, rutiner, planarbeid, samarbeid eksternt og lignende, mens to ruskonsulenter hovedsakelig jobbet med oppfølging av brukere. En ruskonsulent jobbet midlertidig i en annen avdeling. I perioden 2016 til desember 2019 hadde teamet også en boligkoordinator finansiert via prosjektmidler fra Fylkesmannen. I løpet av høsten 2019 oppbemannet rusteamet med fire miljøterapeuter og en erfaringskonsulent i heltidsstilling. Alle ansatte i rusteamet var utdannet sosionomer, bortsett fra erfaringskonsulenten, som var velferdsviter. Sosialfaglig avdeling omfattet dessuten blant annet gjeldsrådgivere og psykolog.

Alle bydeler registrerte årlig i BrukerPlan, et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang av tjenestemottakere med rusproblemer. Her skulle alle brukere som mottok tjenester av bydelene på grunn av rus eller rus og psykisk helseproblemer registreres. Vurdering av problemomfang på de ulike levekårsområdene var avhengig av kartleggers kjennskap til bruker og hans/hennes forståelse og vurdering av problemomfang. BrukerPlan er noe nærmere omtalt i vedlegg 3.

Bydel Alna hadde registrert 206 personer med ruslidelser i BrukerPlan 2019. Av disse var 76 prosent vurdert å ha både rus- og psykiske lidelser, mens 24 prosent hadde rene ruslidelser.

I november 2019 fulgte rusteamet opp 128 brukere, hvor av 65 var pasienter med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Den enkelte ruskonsulent hadde ansvar for ca. 65 personer med ruslidelser. Av de 128 brukerne ble rundt 30 fulgt opp av miljøterapeuter. Bydelen skulle også bosette 23 personer i Velferdsetatens institusjoner de neste 3 årene.

Bydelen disponerte minst 4 plasser på Alna renhold og tekniske sentral, også kjent som Rusken.

### **2.1.2 Helse- og omsorgstjenesten**

Personer med ruslidelser kunne også motta tjenester fra Enhet for hjemmetjenester og Enhet for psykisk helse, i tillegg til Boligkontoret – disse lå alle under Avdeling helse og mestring i Bydel Alna.

#### **Enhet for hjemmetjenester**

Praktisk bistand og hjemmesykepleie var fordelt på tre store avdelinger med til sammen 220 årsverk. De tre avdelingene var hver delt inn i tre geografiske områder. Hvert område var igjen delt inn i to geografiske team og ett team for demens og psykiatri. Demens-/psykiatri-teamene hadde mellom 10 og 13 årsverk og fra 40 til 70 brukere. Demens-/psykiatri-teamene ga tjenester til personer med ruslidelser. Teamene bidro med medisinsk oppfølging, stell, medisin- og metadonutlevering og annet. Ifølge lederen hadde hjemmetjenesten på undersøkelsestidspunktet ca. 30 brukere med ruslidelser som mottok hjemmesykepleie, mens 15 mottok praktisk bistand.

Det var nylig etablert et ambuleringende rehabiliteringsteam i et samarbeid mellom hjemmetjenestene i bydelene Grorud, Stovner og Alna og Solvang Helsehus. Ifølge lederen for hjemmetjenesten var det mange med ruslidelser som fikk oppfølging av teamet etter innleggelse på Solvang helsehus.

#### **Enhet for psykisk helsearbeid**

Enheten hadde ansvar for psykisk helsetjeneste for beboere i egne boliger i bydelen. Enheten hadde også ansvaret for Arveset gård, et samlokalisert boligtilbud for personer med samtidige rus- og psykiske lidelser.

Enheten hadde ca. 60 ansatte. I oppfølgingstjenesten som ga tjenester til hjemmeboende brukere var det seks årsverk, inkludert fagleder. Tjenesten var bemannet alle dager hele året og to kvelder i uken.

Oppfølgingstjenesten fulgte opp 45 brukere på undersøkelsestidspunktet. Brukerne hadde et omfattende psykisk helseproblem, og de fleste hadde i tillegg rusbruk. Ti av brukerne hadde ruskonsulent i NAV.

## **2.2 Bydel Nordstrand**

### **2.2.1 NAV**

I NAV Nordstrand var hovedansvaret for oppfølging av personer med ruslidelser lagt til Avdeling for rus og psykisk helse, heretter kalt rusteamet. Oppfølgingen i rusteamet besto av sosialfaglig oppfølging og booppfølging. Teamet hadde også myndighet til å tildele kommunale boliger og bistå med å framskaffe private leieavtaler.

Rusteamet hadde på undersøkelsestidspunktet fire ruskonsulenter og to bo-oppfølgere, i tillegg til seksjonsleder. Ruskonsulentene hadde i tillegg til rusoppfølging også arbeid som saksbehandlere. Stillingene til de to bo-oppfølgere ble opprettet høsten 2019. Alle ansatte i rusteamet var utdannet sosionomer.

Bydelen hadde registrert 145 personer med ruslidelser i den årlige kartleggingen av brukere med ruslidelser som fikk tjenester av bydelen, BrukerPlan 2019. Av disse var 93 prosent vurdert å ha både ruslidelser og psykiske lidelser, mens 7 prosent hadde rene ruslidelser.

Rusteamet fulgte opp ca. 150 brukere med ruslidelser. Ruskonsulentene kunne ha ansvar for opp mot 70–80 brukere – både brukere med ruslidelser og andre sosialhjelpsmottakere. Booppfølgerne hadde ansvar for å bidra til å sikre en forsvarlig bosituasjon. De to booppfølgerne fulgte på undersøkelsestidspunktet opp til sammen sju brukere med vedtak om booppfølging, i tillegg til oppfølging av mange brukere med mer ad hoc-behov for hjelp i forbindelse med bolig.

På undersøkelsestidspunktet var det 30 personer i Velferdsetatens institusjoner som hadde tilhørighet i bydelen. Ifølge etaten var 13 av disse bosettingsklare. Bydelen hadde registrert 31 brukere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Aktivitetshuset Bydelsservice var et Rusken-tiltak med ca. 10 plasser.

## **2.2.2 Helse- og omsorgstjenesten**

### **Enhet for hjemmetjenester**

Bydelens hjemmetjeneste var under omorganisering på undersøkelsestidspunktet. Personer med ruslidelser kunne motta tjenester fra Seksjon Mottak og vurdering, som skulle kartlegge behov ved nye søknader om hjemmetjenester, og fra Enhet for hjemmetjeneste som fulgte opp brukerne.

Seksjon Mottak og vurdering var tverrfaglig sammensatt med saksbehandler, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleiere og helsefagarbeidere<sup>1</sup>. Det var 33 årsverk i seksjonen.

Enhet for hjemmetjeneste var inndelt i tre geografiske seksjoner, i tillegg til to spesialseksjoner. De ansatte var i hovedsak sykepleiere og helsefagarbeidere. Det var ca. 140 årsverk i hjemmetjenesten, med 45 årsverk i hver seksjon. Det var i snitt 20–25 brukere per ansatt. Seksjonene bidro med medisinsk oppfølging, stell, medisin- og metadonutlevering og annet. Brukere med ruslidelser inngikk i alle seksjonene. Hjemmetjenesten hadde ikke oversikt over hvor mange av brukerne som hadde ruslidelser.

### **Seksjon for psykisk helse**

Seksjonen lå på undersøkelsestidspunktet under Avdeling Velferd. Seksjonen ga tjenester til personer med psykiske lidelser. Seksjonen besto av psykisk helseteam, Rask psykisk helse, bemannede boliger Marmorberget og Herregårdsveien og aktivitetshuset Gnisten. Gnisten var et lavterskeltilbud til hjemmeboende personer med psykiske helseproblemer – det var ikke for personer i aktiv rus. Til sammen var det 31 årsverk i seksjonen. I tillegg var et FACT-team planlagt for oppstart våren 2020.<sup>2</sup>

Psykisk helseteam koordinerte og fulgte opp tiltak til hjemmeboende over 18 år med ulike psykiske helseproblemer. På undersøkelsestidspunktet oppga lederen at teamet fulgte opp ca. 220 brukere. Teamet jobbet på hverdager på dagtid og ga hjemmebasert oppfølging. Det var 10 årsverk i teamet. Lederen oppga at primært hadde brukerne de fulgte opp psykiske problemer. Noen hadde i tillegg også moderate rusrelaterte problemer, men ikke tunge ruslidelser.

---

<sup>1</sup> Vi benytter begrepet helsefagarbeidere for gruppen helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere.

<sup>2</sup> Fleksibelt aktiv oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam (FACT) er tverrfaglige og oppsøkende og yter langvarig oppfølging til mennesker med alvorlige psykiske lidelser i deres lokalsamfunn.

### 3. Kartlegging av brukerne

I dette kapitlet vurderer vi ulike sider ved bydelens kartleggingsarbeid. Kapitlet er delt inn etter de tjenestene som primært fulgte opp og ga tjenester til personer med ruslidelser: NAV, hjemmetjenesten og psykisk helse.

#### 3.1 Verktøy for kartlegging

##### 3.1.1 Revisjonskriterier

- Bydelen bør benytte anerkjent verktøy i kartlegging av personer med ruslidelser.

##### 3.1.2 Faktabeskrivelse

Begge bydelene skulle registrere brukere i BrukerPlan. Bydelene fikk tilgang til et kartleggingsskjema gjennom en link til en internettside, og de hadde ikke tilgang til skjemaet utover tidspunktet for registreringen. Kategoriene som ble benyttet i BrukerPlan, var, ifølge lederen i rusteamet i NAV Nordstrand, veldig vide og ikke hensiktsmessig å benytte i NAVs egne kartlegginger.

##### **NAV**

I begge bydeler hadde NAV en mal for mottakssamtale med nye brukere som inneholdt tema som familieforhold, nettverk, bolig, arbeid/utdanning, økonomi, tiltakshistorikk, helse og sosiale forhold. Rus var ikke nevnt i skjemaet, men utfylte skjema viste at rus kunne omtales under punktet om helse og sosiale forhold. Til slutt var det et punkt om konklusjon/vurdering.

I NAV Alna hadde ruskonsulentene utarbeidet en liste over relevante spørsmål om rus og psykisk helse som ansatte i mottaksavdelingen og øvrige avdelinger i NAV kunne benytte som støtteverktøy i kartlegging av nye brukere.

I NAV Nordstrand oppga både ruskonsulentene og lederen i rusteamet at de ikke hadde et eget kartleggingsskjema knyttet til brukerens helhetlige situasjon og behov, og det forelå ikke egne rutiner for hva som skulle kartlegges.

Begge NAV-kontor hadde et skjema utarbeidet av Velferdsetaten som skulle benyttes ved bosetting i bydelen. Skjemaet omfattet praktiske oppgaver som skulle gjøres før flytting, bruk av boligen, økonomi, hverdagsaktiviteter og kontakt med andre, rusmestring og overgangsavtale med institusjonen. Det forelå ikke utfylte skjemaer for noen av de ti brukerne vi gjennomgikk journalene til, og som var bosatt i bydelene.

##### **Hjemmetjenesten**

Begge hjemmetjenestene hadde på undersøkelsestidspunktet en huskeliste over temaer som skulle kartlegges ved oppstart av tjenesten og som var felles for alle brukere. Listen omfattet en rekke spørsmål om helsebakgrunn, funksjonsnivå, bolig, ernæring, nettverk og hjelpebehov. Brukers ønsker om aktiviteter og rutiner med hensyn til hva som var viktig, skulle også kartlegges («hva er viktig for deg?»). Rus var ikke et eget tema. Den kartlagte informasjonen skulle føres i fritekst i Geric. I begge bydeler skulle det gjennomføres en IPLOS-kartlegging av alle brukere, denne omfattet økonomi, psykisk og

somatisk helse, boforhold, aktivitet og annet. Brukerne skulle dessuten få en ernæringskartlegging med MNA-skjema.

Hjemmetjenesten i Bydel Alna utarbeidet høsten 2019 en ny mal for oppstartssamtale med nye brukere og en sjekklister for tjenesteansvarlig/primærkontakt ved hjemkomst fra sykehus/sykehjem, som ble tatt i bruk våren 2020. Malen for oppstartssamtale omfattet blant annet informasjon om fastlege, tannhelse, pårørende/nettverk, medisiner, funksjonsnivå, ernæring, psykisk helse mv. Vi fikk opplyst at det også skulle gjennomføres en kartlegging av risiko for forverring av helsesituasjon, med NEWS-skjema.

### **Psykisk helse**

Seksjon for psykisk helsearbeid i Bydel Alna hadde en liste med tema som skulle kartlegges ved oppstart hos nye brukere, deriblant funksjonsnivå, ernæring, medisiner, rusbruk, individuell plan, voldsrisiko og suicidalitet, dessuten andre hjelpetiltak, nettverk, økonomi, bolig, aktivitet og arbeid.

Fra 2019 ble kartlegging gjennomført av den enkelte psykisk helsearbeider i Enhet for psykisk helse i Bydel Nordstrand. Alle nye brukere skulle kartlegges med utgangspunkt i et nytt kartleggings-skjema. Skjemaet inneholdt punkter om brukernes utfordringer knyttet til både psykisk helse og rus, tidligere behandling, forventninger, mål og tidsperspektiv knyttet til tilbudet og informasjon om eksisterende tilbud fra tjenesten, bydelen og Oslo. Seksjonslederen i enheten oppga at de fra 1. januar 2020 hadde innført nye rutiner og retningslinjer for vurdering av behov for psykisk helsearbeid. I tilknytning til vurderingssamtale ville de benytte fire kartleggings-skjemaer som var prøvd ut og anbefalt av Helsedirektoratet. Skjemaene omfattet angst, depresjon, alkohol og narkotiske stoffer. De ville også benytte et inntaksskjema med en rekke punkter som var viktig å kartlegge for samtlige av deres brukere. Dette var ikke diagnoseverktøy, men ville hjelpe dem og brukeren med å få en oversikt over hvilken problematikk som var aktuell å jobbe med.

### **3.1.3 Kommunerevisjonens vurderinger**

Verken NAV Alna eller NAV Nordstrand benyttet verktøy for kartlegging av personer med ruslidelser, utover en mal for mottakssamtale som gjaldt alle brukere. NAV Alna hadde et kartleggings-skjema over rusbruk og psykisk helse som rusteamet hadde utarbeidet til bruk for andre av NAVs avdelinger, men vi så ikke at skjemaet var utfyllt i noen av de gjennomgåtte journalene.

Hjemmetjenestene i begge bydelene hadde et generelt kartleggingsverktøy, men det omfattet ikke spesifikt rusbruk. Psykisk helse-tjenestene i begge bydeler hadde kartleggingsverktøy som omfattet både generelle kartleggingsområder og ruslidelser.

Fravær av kartleggingsverktøy som omfatter utfordringer personer med ruslidelser er spesielt utsatt for å ha, gir risiko for at viktige sider ved brukernes funksjonsnivå og tjenestebehov ikke kartlegges.

Manglende verktøy og rutiner gir videre risiko for at de som kartlegges, vektlegges ulikt hva som kartlegges, noe som igjen gir risiko for at like tilfeller behandles forskjellig.

## 3.2 Kartlegging av funksjonsnivå og tjenestebehov

### 3.2.1 Revisjonskriterium

- Bydelen skal kartlegge brukers funksjonsnivå og vurdere behov for tjenester.

Helsedirektoratet anbefaler at det gjennomføres en kartlegging av personens bosituasjon, familie og nettverk, økonomi, arbeid og utdanning, ernæring og helse og eventuelt kriminalitet.

### 3.2.2 Faktabeskrivelse

#### **Kjennetegn ved brukerne**

Som nevnt registrerte begge bydelene brukere i BrukerPlan. Det var den ruskonsulent-/saksbehandler som hadde mest kjennskap til den enkelte bruker, som skulle registrere «sine» brukere. Informasjonen som ble registrert om brukerne på de ulike områdene, var hentet fra ulike kartlegginger i fagsystemet og saksbehandlerens kjennskap til brukerne.

Kartlegging i BrukerPlan 2019 viser at Bydel Nordstrand hadde høyest andel brukere med samtidig rusproblemer og psykiske helseproblemer, med 93 prosent, hvorav 28 prosent med alvorlig psykisk funksjonssvikt. Tilsvarende andeler for Bydel Alna var henholdsvis 76 prosent og 26 prosent.

Når det gjaldt fysisk helse, viser kartleggingen at i overkant av 50 prosent av brukerne i begge bydelene hadde fysiske helseplager. I Bydel Nordstrand hadde relativt få brukere alvorlige fysiske plager (5 prosent), mens i Bydel Alna hadde langt flere det (15 prosent).

Når det gjaldt arbeid, aktivitet og utdanning, var det 41 prosent av brukerne i Bydel Alna som ikke hadde noen aktivitet, mot 34 prosent i Bydel Nordstrand. Videre hadde rundt 80 prosent av brukerne i begge bydelene begrenset/ingen/dårlig sosial nettverk.

#### **NAV**

##### Rutiner og praksis for kartlegging

Den første kartleggingen av brukerne foregikk i publikumsmottaket som skulle avklare bydelstilhørighet, hva problemet gjaldt, samt kartlegge nettverk, boligforhold, utdanning/arbeid, tiltakshistorikk i NAV, økonomi, helse herunder rus der det var aktuelt, og sosiale forhold. I Bydel Nordstrand skulle ruskonsulenter involveres i kartleggings-samtalen når mottakskonsulent avdekket rusproblematikk. I begge bydelene ble bruker overført til rusteamet når det ble vurdert at bruker hadde behov for rusoppfølging. Her foretok ruskonsulent videre kartlegging og oppfølging. Ruskonsulentene hadde ikke egne rutiner for hva som skulle kartlegges.

Ruskonsulentene oppga at det ikke var en avgrenset kartleggingsfase men at kartleggingen skjedde fortløpende i dialog med brukerne avhengig av den enkeltes behov. De oppga at de gikk gjennom brukers rushistorikk, nettverk, familie og oppvekst, bolig-historikk og boevne, arbeidshistorikk, utdanning, kriminalitet/dommer, helse, tidligere behandlinger og annet. Videre oppga de at de kartla somatisk og psykisk helse, og vurderte brukers behov for oppfølging av andre instanser. Brukere med behov for helseoppfølging fikk hjelp til å søke tjenester fra bydelens hjemmetjenester og/eller psykisk helsearbeid, i tillegg til spesialisthelsetjenesten, oppga ruskonsulentene. De ansatte oppga at det kunne være en krevende gruppe å kartlegge, blant annet fordi det

kunne ta tid før enkelte brukere fikk tillit til dem og ønsket å snakke om vanskelige og såre ting.

Kartleggingen kunne foreligge spredt i flere ulike dokumenter i sosialtjenestens fagsystem Fasit som mottakssamtale, journalnotater, referat fra ansvarsgruppemøter, andre samarbeidsmøter, telefonsamtaler og sosialrapporter. De ansatte oppga at tjenesten også benyttet informasjon fra epikriser, rapporter fra institusjoner og spesialisthelsetjenesten, søknader knyttet til uførepensjon, institusjonsplass og annet. Mange av brukerne med ruslidelser hadde vært registrert i NAV i flere år og kunne ha vært til behandling i Velferdsetatens rusinstitusjoner og i spesialisthelsetjenesten. Det var ikke mulig å søke opp kartleggingsdokumenter i fagsystemet.

Brukernes ønsker og opplevde behov ble vektlagt i kartleggingsfasen, ifølge ruskonsulentene. Det ble også opplyst at pårørende kunne involveres dersom brukeren selv ønsket det.

Mange brukere hadde dobbeltdiagnoser, og nesten alle hadde helseutfordringer. Ifølge en ruskonsulent i Alna var det økt fokus på somatisk helse hos brukergruppen, ettersom flere ble somatisk dårligere jo eldre de ble.

Vi fikk opplyst at om det var uavklart hvilke tjeneste som burde involveres, ville saken i Bydel Alna drøftes i et av to ukentlige fordelingsmøter. Møtet ble ledet av bydelens forløpskoordinator, og enhetsledere fra aktuelle enheter i bydelen deltok. I Bydel Nordstrand ville sakene drøftes i vurderingsmøtet som ble avholdt hver 14. dag. Vurderingsmøtene ble ledet av bydelsoverlegen, og enhetsledere fra aktuelle enheter i bydelen deltok.

Vi fikk opplyst at miljøterapeutene i NAV Alna kunne være delaktige i kartleggingen av nye brukere, mens booppfølgerne i NAV Nordstrand i mindre grad deltok i kartleggingen. Også tiltakskonsulenter i NAV kunne være involvert i kartlegging av brukere.

#### Gjennomgang av brukerjournaler i NAV Alna

Vi gikk gjennom journalen i Fasit (sosialtjenestens elektroniske fagsystem) og Gerica (helse- og omsorgstjenestens elektroniske pasientjournalssystem) for tolv brukere med ruslidelser som var eller hadde vært fulgt opp av rusteamet i NAV. På undersøkelsestidspunktet benyttet ikke sosialtjenesten i Bydel Alna GOBO (fagsystemet for boligtildeling-/oppfølging). Fire av brukerne var nylig bosatt etter opphold i Velferdsetatens eller andre institusjoner, i tillegg var det en bruker med akutt boligbehov som hadde fått kommunal bolig. Sju av brukerne var tilfeldig utvalgt blant brukere som var blitt fulgt opp av ruskonsulent. Fire av de tolv hadde vedtak om oppfølging av miljøterapeut, mens én ble fulgt opp av Enhet for psykisk helsearbeid. Ingen av de tolv brukerne mottok hjemmetjenester på undersøkelsestidspunktet.

Det forelå ikke for noen av brukerne samlet og oppdatert informasjon om brukerens status og vurdering av tjenestebehov på relevante kartleggingsområder.

I ti av tolv brukerjournaler kunne vi se at det forelå mer eller mindre omfattende kartlegginger i mottakssamtale og annet. I de to øvrige framgikk noe informasjon på kartleggingsområder i andre dokumenter. Eksempelvis bodde en bruker på institusjon da personen ble overført til NAV Alna fra en annen kommune. For denne bruken forelå det

kartleggingsinformasjon og vurdering av behov i dokumenter knyttet til innsøking til bo- og behandlingsopphold i institusjon, og i sluttrapport etter institusjonsoppholdet. Også for de øvrige brukerne kunne kartleggingsinformasjon og vurderinger av brukers behov framgå av andre dokumenter og journalnotater, for eksempel i epikriser, sluttrapport fra institusjon, referat fra ansvarsgruppemøter, individuell plan og i løpende journalnotat. NAV hadde ikke sammenfattet disse kartleggingene.

Vi så i liten grad spor av kartlegging knyttet til brukers funksjonsnivå når det gjaldt helsestatus, herunder tannhelse og ernæring.

For alle brukere forelå det i varierende omfang journalnotater fra kontakt med NAV, der status og behov på ulike tidspunkt framgikk. Notatene gjaldt flere kartleggingsområder, som helse, bolig, økonomi, familieforhold, aktiviteter og annet. Det var stor variasjon i hvor hyppig/jevnlige journalen var ført, og hvilke tema som ble omtalt i notatene.

Brukere er spesielt sårbare ved overgang fra institusjon til egen bolig. Vi gjennomgikk de viktigste dokumentene for kartlegging og vurdering av behov for fem brukere bosatt i kommunal bolig i 2019. For alle fem framgikk det av journalnotater, møterefater, sluttrapporter fra institusjon og lignende at NAV hadde informasjon om status på relevante kartleggingsområder og om brukerens behov for tilbud og oppfølging. Vi så ikke at NAV hadde gjort egne vurderinger av brukernes behov for bistand fra NAV eller av andre instanser ved overgangen fra institusjon til bolig for de fem brukerne. NAV oppga at de benyttet et skjema utarbeidet av Velferdsetaten: *Utflyttingsplan*. Skjemaet ble ikke skannet inn i Fasit.

#### Gjennomgang av brukerjournaler i NAV Nordstrand

Vi gikk gjennom journalen i Fasit, Gerica og Gobo for elleve brukere med ruslidelser som var eller hadde vært fulgt opp av rusteamet i NAV. Av disse var seks tilfeldig trukket i Fasit, mens fem var de som sist ble bosatt i bydelen fra Velferdsetatens institusjoner. Blant de elleve brukerne hadde tre vedtak om booppfølging, én hadde vedtak om oppfølging av psykisk helse og én hadde vedtak om hjemmetjenester.

Det forelå ikke for noen av brukerne samlet og oppdatert informasjon om brukerens status og vurdering av tjenestebehov på relevante kartleggingsområder.

Det forelå kartlegginger i mottakssamtaler, i andre dokumenter og i journalnotat. Vi fant mottakssamtale for seks av de elleve brukerne. Tre av brukerne var overført fra andre bydeler/kommuner, og det forelå ikke mottakssamtale/overføringsdokument for dem.

Det var andre dokumenter og journalnotater med ulik informasjon og vurdering av brukers behov for ni av de elleve brukerne. Dette var i epikriser, sluttrapport fra institusjon, referat fra ansvarsgruppemøter, individuell plan, og i løpende journalnotat. NAV hadde ikke sammenfattet disse kartleggingene eller tjenestens vurderinger av brukernes behov for bistand fra NAV eller andre instanser. For to av brukerne, registrert i NAV Nordstrand i henholdsvis februar og september 2019, forelå det ikke noen kartlegging – én av dem var overført fra en annen kommune, og NAV hadde mottakssamtale derfra.

Vi så i liten grad spor av kartlegging knyttet til brukers funksjonsnivå når det gjaldt helsestatus, herunder tannhelse og ernæring. For en bruker sto det i epikrise fra

Velferdsetaten at de var usikre på brukers tannstatus, og at bruker var undervektig. Vi så ingen kartlegginger, vurdering av behov eller tiltak gjennomført av NAV på disse områdene.

Fem av de elleve brukerne i NAV var de som sist ble bosatt i bydelen fra Velferdsetatens institusjoner. Vi gjennomgikk de viktigste dokumentene for kartlegging og vurdering av behov for brukerne i denne fasen. NAV hadde ikke sluttrapport fra institusjon for fire av de fem brukerne. For femte brukeren fikk NAV sluttrapporten to måneder etter at brukeren var bosatt. Lederen for rusteamet oppga at de ofte hadde tett kontakt med institusjonene både før og etter bosetting. NAV oppga at de ikke hadde noe *skriftlig* dokumentasjon av kartlegging og vurdering av brukers behov i tilknytning til bosettingen, men presiserte at dette var gjort enten av institusjonen, i ansvarsgruppe eller av ruskonsulent. NAV hadde ikke dokumentert hvordan de hadde planlagt overgangen fra institusjon til bolig for de fire brukerne. Lederen for rusteamet oppga at Velferdsetatens skjema *Utflyttingsplan* skulle brukes, men at det ikke alltid ble brukt, og heller ikke ble brukt systematisk. I de tilfeller skjemaet ble brukt, ble det ikke skannet inn i Fasit.

### **Hjemmetjenesten**

#### Rutiner og praksis for kartlegging

Lederne av hjemmetjenestene i bydelene oppga at alle som fikk hjemmesykepleie eller praktisk bistand, ble kartlagt, og at denne ble lagt til grunn for vedtaket. Kartleggingene ble gjort ved hjemmebesøk.

Lederen for hjemmetjenesten i Bydel Alna opplyste at saksbehandlerne vurderte brukerens tjenestebehov på basis av informasjon fra den instansen henvendelsen kom fra. Vi fikk opplyst at mange av brukerne allerede var kartlagt når tjenesten startet opp. Saksbehandlerne fikk ved behov informasjon fra NAV i forbindelse med kartleggingen. Lederen oppga at hjemmetjenesten i spesielle tilfeller også samarbeidet med andre tjenester om kartlegging. Rutinen fra høsten 2019 var at en sykepleier ved første besøk kartla hjelpebehovet hos alle brukere via et eget kartleggingsskjema som omfattet blant annet fysisk og psykisk helse, tannhelse, medisinbruk og sosialt nettverk. Rus var ikke et eget tema i kartleggingsskjemaet. Noen pasienter ble i tillegg kartlagt for risiko for forverring av helsesituasjon (NEWS). Referater, epikriser og lignende skulle skannes inn i Gerica.

I Bydel Nordstrand var det Seksjon Mottak og vurdering som gjennomførte kartleggingen. Hovedfokus i kartleggingen var somatisk sykdom og hvilket tjenestebehov det utløste. Vi fikk videre oppgitt at alt skulle kartlegges – legemidler, hjelpebehov, bosituasjon, ernæring, fallrisiko, tannhelse, mental tilstand og så videre.

#### Gjennomgang av pasientjournaler i hjemmetjenesten

I Bydel Alna gjennomgikk vi sju journaler for personer med en kjent ruslidelse som hadde vedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand. Ingen av disse ble fulgt opp av ruskonsulent i NAV. Det var store variasjoner i hvilken kartlegging som var foretatt. For fem av sju brukere kunne vi ikke se at det forelå kartleggingsinformasjon i samsvar med tjenestens verktøy. Tre av sju brukere var kartlagt i det sentrale helseregisteret IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). To av de sju var kartlagt i NEWS, et verktøy for å identifisere pasienter i fare for å få forverret tilstand. Vi så i liten grad spor av kartlegging av brukers funksjonsnivå når det gjaldt tannhelse og ernæring i gjennomgangen av brukerjournalene. Det forelå ernæringskartlegging fra 2018 for én av brukerne.

I Bydel Nordstrand gjennomgikk vi fem journaler for personer med vedtak om hjemme- sykepleie og/eller praktisk bistand. Vi ba om å få se nærmere på kartleggingsdokumentasjonen til tre av disse brukerne. Hjemmetjenesten oppga det ikke forelå kartleggingsdokumenter for dem da de hadde vært i hjemmetjenesten siden tidlig på 2000-tallet. Vi gjennomgikk et skjema for en annen bruker som var kartlagt i desember 2019. Vi gjennomgikk videre ernæringskartlegging til to av de tre brukerne, den tredje var ikke ernæringskartlagt. Vi så i liten grad spor av kartlegging knyttet til tannhelse i gjennomgangen av brukerjournalene.

### **Psykisk helse**

#### Rutiner og praksis for kartlegging

I begge bydeler var ansvaret for kartlegging fra 2019 lagt til den enkelte psykiske helsearbeider.

Vi fikk vite at søknader om tjenester fra Enhet for psykisk helsearbeid i Bydel Alna som regel inneholdt beskrivelse av bakgrunn og behov for tjenester. Den fagansvarlige oppga at brukerens ønsker og erfaringer utgjorde en stor del av kartleggingen. Dersom brukeren tillot det, kunne Psykisk helse delta på møter, få tilsendt kartlegginger, eventuelle kriseplaner, eventuell voldsrisikovurdering og epikrise. Enheten fikk også NAVs kartlegging dersom rusteamet var involvert overfor brukeren.

Ifølge seksjonsleder ved Seksjon for psykisk helse i Bydel Nordstrand hadde de fokus på å kartlegge funksjon og ønsker, mens diagnose og målsetting var sekundært. Kartleggingen ble gjennomført som samtale med bruker enten på kontoret eller ved hjemmebesøk. I enkelte tilfeller fikk de kartleggingsinformasjon via e-link fra fastleger ved innsøking, eller de ba om epikriser eller lignende. De fikk ikke kartlegginger fra NAV.

#### Gjennomgang av pasientjournaler fra Psykisk helse

I Bydel Alna var det én av de utvalgte brukerne i NAV som mottok tjenester fra Psykisk helse. Brukeren hadde mottatt tjenester siden 2005. Det var ikke skannet inn epikriser, kartlegginger og lignende fra så langt tilbake i tid. Vi gjennomgikk i tillegg kartleggingene som lå til grunn for vedtak om oppfølging fra Psykisk helse for to brukere. I begge saker forelå det kartlagt informasjon om status for psykisk helse, sosial bakgrunn, økonomi, rushistorie og behandlingshistorikk, bosituasjon, sosialt nettverk, og oppfølging fra andre tjenester. For én av brukerne framgikk i tillegg utdanningsbakgrunn og interesser. Tjenestens vurderinger av den enkeltes behov som grunnlag for vedtak om oppfølging framgikk også. Det framkom ikke kartlagt informasjon om brukerens fysiske helse, deriblant ernæring og tannhelse, i de to sakene.

I Bydel Nordstrand gjennomgikk vi kartleggingene som lå til grunn for vedtakene om psykisk helsehjelp, for to av brukerne. For den ene brukeren var det en kartlegging som omfattet psykisk helse, rusproblematikk, nettverk, interesser og aktiviteter. Det var også gjennomført ADL-kartlegginger, det vil si en kartlegging av dagliglivets ferdigheter for å se hva brukeren klarte å utføre selv, og hva bruker trengte hjelp til, i 2006, 2013 og 2020. For den andre brukeren hadde ikke seksjonen dokumentasjon av kartlegging. Denne brukeren fikk oppfølging av psykisk helsehjelp fra november 2019, men vedtaket var først fattet i mars 2020. Det framkom ikke kartlagt informasjon om brukerens fysiske helse, deriblant ernæring og tannhelse, i de to sakene.

### **3.2.3 Kommunerevisjonens vurderinger**

Brukernes funksjonsnivå og tjenestebehov ble kartlagt og vurdert i varierende utstrekning og på ulike tidspunkter ved begge NAV-kontor.

Det forelå ikke en samlet, oppdatert og helhetlig kartlegging av brukernes funksjonsnivå eller vurdering av behov for tjenester i brukerjournalen for noen av de utvalgte brukerne. Elementer av kartlegging og vurdering av behov på ulike områder kunne framgå av ulike dokumenter i brukerjournalene. Det var ikke mulig å søke opp sentrale dokumenter knyttet til kartlegging og vurdering. Manglende samlet, helhetlig og oppdatert kartlegging gir risiko for at bydelene ikke har oversikt over brukernes behov, og at brukerne dermed ikke får tilbud i samsvar med disse. Det gir også risiko for at viktig informasjon ikke er lett tilgjengelig og ikke formidles, blant annet ved skifte av saksbehandler.

Personer med ruslidelser har særskilt risiko for å ha helseutfordringer og blant annet utvikle dårlig tannhelse og ernæringsutfordringer. Det var få spor av kartlegging av helsestatus, deriblant om tannhelse og ernæring. Det er en svakhet at disse helseområdene ikke hadde blitt kartlagt nærmere og systematisk i de gjennomgåtte journalene.

En høy andel av brukerne i begge bydelene hadde lite sosialt nettverk og var i liten grad i arbeid eller aktivitet. Heller ikke på disse områdene viste journalene systematisk kartlegging og vurdering av behov for tiltak.

Brukerne er spesielt sårbare i overgangen fra institusjon til egen bolig. Det var en svakhet at NAV Nordstrand ikke innhentet sluttrapporter fra institusjonene. Ingen av bydelene hadde dokumentasjon som viste NAVs vurdering av brukers behov i overgangen til egen bolig.

For noen av de gjennomgåtte brukerne i hjemmetjenestene i begge bydelene og i Psykisk helse i Bydel Nordstrand var det få spor av kartlegging i journalene.

## **3.3 Kvalifisert bemanning**

### **3.3.1 Revisjonskriterier**

- Bydelen bør benytte kvalifisert bemanning i kartlegging av personer med ruslidelser.

### **3.3.2 Faktabeskrivelse**

#### **NAV**

De ansatte i rusteamet i både Bydel Alna og Bydel Nordstrand – ruskonsulenter og miljøterapeuter/booppfølgere – var sosionomer, eventuelt med tilleggsutdanning. Også mottakskonsulenter som bisto i kartleggingen av personer med ruslidelser ved begge kontor, var sosionomer.

Tre av fire ruskonsulenter i Bydel Alna hadde videreutdanning i rus og avhengighet. To av fire var kliniske sosionomer med spesialkompetanse på rus og avhengighet. Erfaringskonsulenten var velferdsviter med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Ruskonsulentene hadde jobbet i feltet i 8 år eller mer. De to miljøterapeutene var utdannet i 2017 og hadde begge erfaring fra arbeid med målgruppen.

Ruskonsulentene i NAV Nordstrand hadde fra ett til sju års erfaring fra arbeid med personer med ruslidelser. To av de ansatte hadde tilleggsutdanning innen psykologi/-kognitiv terapi. De to bo-oppfølgerne var begge relativt nytilsatt i NAV, og en av dem var nyutdannet. De hadde ikke tidligere arbeidserfaring med personer med ruslidelser, men begge hadde hatt jobber innenfor psykiatri.

I Bydel Alna bisto ruskonsulentene andre NAV-avdelinger med veiledning av ansatte om hva de skulle se etter for å avdekke eventuelle rusproblemer.

### **Hjemmetjenesten**

Hjemmetjenesten i Bydel Alna hadde 14 saksbehandlere som kartla nye brukere. Lederen oppga at disse var sykepleiere, med unntak av en ergoterapeut og en fysioterapeut.

Vi fikk oppgitt at Seksjon for mottak og vurdering i Bydel Nordstrand hadde 17 saksbehandlere som kartla nye brukere. Seksjonen var tverrfaglig sammensatt av sykepleiere, hjemmetrener, helsefagarbeidere, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

### **Psykisk helse**

Ifølge lederen og den fagansvarlige i Bydel Alna var de ansatte sosionomer og barnevernspedagoger med videreutdanning eller annen relevant kompetanse innen rus og psykisk helse.

Seksjonsleder i Bydel Nordstrand oppga at de ansatte i psykisk helseteam hovedsakelig var psykiatriske sykepleiere. To av de ansatte hadde erfaring fra arbeid med personer med ruslidelser. Videre var det to psykologer og tre med master i klinisk psykologi.

### **3.3.3 Kommunerevisjonens vurderinger**

De som var involvert i kartlegging av brukerne, både i NAV, hjemmetjenesten og enhetene for psykisk helsearbeid, syntes å ha tilfredsstillende kompetanse.

## 4. Tildeling av tjenester

I dette kapitlet vurderer vi om bydelene fattet vedtak og ga tilbud om tjenester til personer med ruslidelser i tråd med deres kartlagte behov.

### 4.1 Enkeltvedtak

#### 4.1.1 Revisjonskriterier

- Bydelen skal fatte enkeltvedtak om tildeling av tjenester der kartleggingen gir grunnlag for dette.

#### 4.1.2 Faktabeskrivelse

##### **NAV**

De gjennomgåtte journalene i begge bydeler omtalte oppfølging og tjenester brukerne hadde fått fra NAV over tid. Alle så ut til å ha blitt fulgt opp av ruskonsulent i en eller annen grad, men det ble ikke fattet vedtak om slik oppfølging. Tjenester som ruskonsulent kunne gi eller henvise til, var for eksempel bistand med å søke ytelser (sosialhjelp, bostøtte og annet), økonomisk veiledning, bistand med å søke rusbehandling og tjenester fra andre avdelinger i NAV og andre tjenester i bydelen, deltakelse i ansvarsgruppemøter og møter med ulike samarbeidspartnere, følge til fastlege og annet.

Vi har ikke sett på vedtak om plass i Velferdsetatens institusjoner eller i spesialisthelsetjenesten, da disse tjenestene ikke omfattes av undersøkelsen.

##### Alna

NAV Alna fattet vedtak om tilrettelagt og individuell oppfølging av miljøterapeut etter sosialtjenesteloven § 17. På undersøkelsestidspunktet fikk vi opplyst at ca. 30 personer ble fulgt opp av miljøterapeuter.

Fire av de fem brukerne som fikk kommunal bolig i 2019, fikk oppfølging fra miljøterapeuter i rusteamet i NAV Alna. Vi så vedtak om oppfølging for to av disse. De to vedtakene om oppfølging fra miljøterapeuter som vi gjennomgikk, inneholdt i varierende grad informasjon om brukerens situasjon og behov. Vedtakene viste kun til at bruker hadde vært i kontakt med rusteamet og ytret ønske om oppfølging. Vedtaket var at brukeren hadde rett til råd og veiledning i form av oppfølging av miljøterapeuter ved bydelens rusteam etter lov om sosiale tjenester § 17. De to vedtakene var ikke spesifikke med hensyn til omfang eller varighet, bortsett fra startdato.

##### Nordstrand

NAV Nordstrand fattet vedtak om booppfølging etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. På undersøkelsestidspunktet var det ca. 20 personer som hadde vedtak om booppfølging, fikk vi oppgitt. Vedtakene inneholdt en kort beskrivelse av de faktiske forholdene og litt historikk knyttet til rus, vurdering av behov for tjenesten, og en kort beskrivelse av innholdet i booppfølgingen: hjemmebesøk, tilrettelegging for samarbeid med andre tjenester, råd og veiledning og så videre. I de tre gjennomgåtte vedtakene var omfanget av booppfølgingen fra to til ti timer per måned, og varigheten var fra to til seks måneder. Vi fikk opplyst at det var flere brukere som fikk kortvarig ad hoc-booppfølging med varighet under 14 dager, og da ble det ikke fattet vedtak.

### **Hjemmetjenesten**

Vedtakene om hjemmetjenester i begge bydelene ble fattet på bakgrunn av lov om pasient- og brukerrettigheter og helse- og omsorgstjenesteloven. Hjemmesykepleie kunne omfatte utdeling av medisiner og eventuelt observasjon av inntak av disse, for eksempel metadon, i tillegg til medisinsk hjelp og stell knyttet til somatiske sykdommer og plager brukeren kunne ha i tillegg til ruslidelser.

#### Alna

Vi så vedtak om henholdsvis hjemmesykepleie og praktisk bistand for tre brukere. Vedtakene var begrunnet i saksopplysninger om status og behov hos brukeren som framgikk kort i det enkelte vedtaket. Omfanget av og innholdet i tjenestene framgikk av vedtakene.

Vi fikk oppgitt at en forsøkte å unngå å gi vedtak om praktisk bistand, ettersom dette er en passiv tjeneste. For å fremme selvhjelpenhet ville en først prøve å få til en ordning med Enhet for psykisk helse om praktisk bistand og opplæring.

Alle de seks gjennomgåtte vedtakene var revurderinger av allerede tildelt tjeneste. I to vedtak framgikk det at tjenestens omfang var endret, men det framgikk ikke om omfanget var økt eller redusert. Vedtakene hadde en startdato, men var ellers ikke avgrenset i tid. Vi fikk opplyst at pasienter følte utrygghet når vedtaket hadde en sluttdato, og at tjenesten derfor ikke spesifiserte dette. Vedtakene omfattet en kort beskrivelse av brukers situasjon og en begrunnelse for tjenestebehovet. I vedtakene sto det at ved endring i behov ville tjenesten kunne bli endret, og at brukeren da hadde rett til å uttale seg før nytt vedtak ble fattet. Leder for hjemmetjenesten oppga at vedtakene vanligvis varte i seks måneder og deretter ble revurdert, avhengig av status og behov hos brukeren. Hyppige endringer av status og behov ville medføre hyppigere revurderinger.

I vedtakene om hjemmesykepleie ble det spesifisert hvilke sykepleietjenester som inngikk, for eksempel medisinbehandling, ernæringstiltak og personlig stell. I vedtakene om praktisk bistand framgikk hvilke tjenester det skulle bistås med, og varigheten av bistanden i timer/minutter.

#### Nordstrand

Vi så tre vedtak om hjemmesykepleie og ett om praktisk bistand. Vedtakene omfattet en kort beskrivelse av brukers situasjon og en begrunnelse for tjenestebehovet. Videre var innholdet i tjenesten kort beskrevet: «utlevering av metadon, hjelp til stell, ernæring og sårstell, administrere medisiner, handle i nærbutikk». I vedtakene om hjemmesykepleie var ikke omfanget på tjenesten tallfestet. Under omfang sto det: «Etter avtale med hjemmesykepleien/daglig etter avtale med hjemmesykepleien». I vedtaket om praktisk bistand var omfang i minutter angitt.

To av vedtakene om hjemmesykepleie hadde en varighet på ca. 2,5 år, det tredje 1,5 år. Vedtaket om praktisk bistand var på 2,5 år.

### **Psykisk helse**

#### Alna

Enheten opplyste at de fattet vedtak om helse- og omsorgstjenester, det vil si psykisk helsearbeid og praktisk bistand og opplæring. Psykisk helsearbeid omfattet blant annet samtaler og følge i ulike sammenhenger – «en slags profesjonell støttekontakt», ble det

sagt. Praktisk bistand og opplæring ble beskrevet som en slags miljøarbeidertjeneste, der brukeren kunne få hjelp med å få orden i hus og hjem.

Omfanget av tjenesten kunne variere etter hvor mye tid den enkelte hadde behov for, noen hadde to til fire timer per uke, andre en halv time. Vedtakene varte som regel i ett år, noe kortere i starten for å se utvikling og behov litt an.

De to vedtakene vi så, gjaldt psykisk helsearbeid og var i likhet med vedtakene om hjemmesykepleie hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter. Det var presisert at hjelpen var ansett som nødvendig helsehjelp.

Det ene vedtaket var på én times hjelp per uke, det andre på to timer. Begge vedtakene omtalte formål/mål med bistanden, for eksempel å komme i aktivitet, bli tryggere i leilighet, struktur i hverdagen, fokus på økonomi. Begge vedtakene gjaldt videreføring av allerede tildelt tjeneste, det ene i samme omfang som før, det andre med endret omfang. Varigheten av vedtaket framgikk.

For begge brukere vi så vedtak for, var det utarbeidet en samarbeidsavtale mellom bruker og tjeneste, der målene for samarbeidet og fastsatt tidspunkt var spesifisert. I samarbeidsavtalen framgikk det også hva tjenesteyterne skulle gjøre dersom det oppsto bekymring om brukeren. For én av brukerne var det også utarbeidet en kriseplan.

#### Nordstrand

Vi så to vedtak om psykisk helsearbeid. Det ene vedtaket var for støttesamtale i 45 minutter hver uke og gjaldt for ett år. Det var en kort beskrivelse av brukers situasjon og en begrunnelse for behovet. Videre var det informasjon om klagemulighetene. Vedtaket var datert fire måneder etter vedtakets gyldighetsperiode. Dette vedtaket var hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter som vedtakene om hjemmetjenester.

Det andre vedtaket var en nylig revurdering. Her sto det at bruker hadde mottatt psykisk helsearbeid i form av tilsyn og tur to ganger i uken siden 2014, at brukers situasjon var stabil, at bruker fikk medisintil levering fra hjemmetjenesten tre ganger i uken, og at bruker hadde uttrykt at det ble slitsomt at så mange kom innom. Vedtaket ble derfor endret til at psykisk helsetjeneste kom hjem til bruker én time én gang i uken. Det var ikke informasjon om klagemuligheter i vedtaket. Det framgikk ikke av vedtaket hvilken lov det var hjemlet i, eller varigheten av vedtaket.

Seksjonsleder oppga at seksjonen ikke hadde tilbud om praktisk bistand og opplæring, kun støttesamtaler og turer. De hadde imidlertid hjulpet enkeltbrukere med noen praktiske gjøremål i forbindelse med flytting.

Seksjonslederen oppga at de hadde endret vedtakspraksis fra 1. januar 2020 da tjenesten ble flyttet til Avdeling for Tilrettelagte tjenester og psykisk helse. Tidligere var praksis at brukere som fikk vedtak om psykisk helsearbeid, fortsatte å få det, selv om de kanskje egentlig ikke hadde behov for det. Mange brukere hadde fått oppfølging i fem til ti år. Det medførte at tjenesten fikk flere og flere brukere og ikke lenger hadde kapasitet til å ta inn nye. Fra januar 2020 foretok de derfor en vurdering av hvem som ikke lenger trengte jevnlig oppfølging, men kunne benytte teamets drop-in og/eller vakttelefon. Alle vedtak skulle ha begrenset varighet – 3 måneder, 6 måneder eller 1 år – avhengig av brukernes behov.

### 4.1.3 Kommunerevisjonens vurdering

Som beskrevet i punkt 3.2 var det manglende samlet, helhetlig og oppdatert kartlegging ved begge NAV-kontor, noe som gjør det vanskelig å vite fullt ut hvilket helhetlig tjenestebehov brukerne hadde, og dermed også om de fikk vedtak i tråd med behov.

Alle de gjennomgåtte brukerjournalene i NAV viste at alle brukerne fikk tjenester og oppfølging av ruskonsulent i større eller mindre grad, de fleste over lang tid. Mange av brukerne med ruslidelser som får tjenester og oppfølging fra NAV, er i en vanskelig livssituasjon og har sammensatte utfordringer. Kommunerevisjonen stiller spørsmål om flere av brukerne omfattet av denne undersøkelsen burde fått vedtak om tjenesten *Opplysning, råd og veiledning* etter sosialtjenesteloven § 17. Tjenesten skal styrke den enkeltes mulighet til å mestre egen livssituasjon, og hjelp til selvhjelp er et grunnleggende prinsipp for tjenestens innhold.

To av de revurderte vedtakene i hjemmetjenesten i Bydel Alna hadde ikke informasjon om omfang av tjenesten. Heller ikke vedtakene i hjemmetjenesten i Bydel Nordstrand hadde slik informasjon. Dette kan begrense brukernes klagemulighet knyttet til tjenesten, og det kan også gjøre det vanskelig for en klageinstans å vurdere om vedkommende får forsvarlig hjelp.

Kommunerevisjonen mener det ikke var tilfredsstillende at et av vedtakene i Seksjon for psykisk helse i Bydel Nordstrand, var fattet fire måneder etter vedtakets gyldighetsperiode startet, og det andre vedtaket verken inneholdt informasjon om vedtakets varighet eller klagemuligheter.

## 4.2 Tjenester i tråd med hjelpebehov

### 4.2.1 Revisjonskriterier

- Brukerne skal få tilbud om tjenester i tråd med hjelpebehovet.

### 4.2.2 Faktabeskrivelse

#### NAV

Som beskrevet i punkt 4.1 fattet ikke NAV vedtak om alle typer tilbud og tjenester som kunne gis. Oppfølging av ruskonsulent, som alle brukerne fikk, ble det ikke fattet vedtak om.

Noen brukere fikk vedtak om enkelte tjenester, for eksempel booppfølging/oppfølging av miljøterapeut. I det følgende ser vi først på om brukerne fikk tjeneste i tråd med disse vedtakene, og deretter ser vi på andre tjenester brukerne fikk men som det ikke var fattet vedtak om.

#### Oppfølging i henhold til vedtak

Tre av de tolv brukerne vi gjennomgikk journalene til i NAV Alna hadde vedtak om opplysning, råd og veiledning fra miljøterapeutene i rusteamet. Vedtakene var hjemlet i sosialtjenesteloven § 17 og var ikke spesifisert med hensyn til omfang og varighet. Tre av de elleve brukerne vi gjennomgikk journalene til i NAV Nordstrand, hadde vedtak om booppfølging som omfattet omfang og varighet. To av de tre vedtakene var akkurat fattet.

Av registreringene av journalnotat ved begge NAV-kontor så vi at brukere fikk hyppig oppfølging av booppfølger/miljøterapeut. Oppfølgingen dreide seg om hjemmebesøk, råd og veiledning, praktisk hjelp, følge til og fra lege, deltakelse i ansvarsgruppemøter, hjelp til å søke om tjenester og annet.

#### Annen oppfølging

Det var, som omtalt over, mange tjenester som ble gitt uten at de var forankret i vedtak. De tolv journalene vi gjennomgikk i NAV Alna og de elleve i NAV Nordstrand, omtalte tjenester brukerne hadde fått fra NAV over tid. I NAV Alna var det oppfølging i opp til 20 år eller mer, og i NAV Nordstrand i opp til 8 år. Alle så ut til å ha blitt fulgt opp av ruskonsulent i en eller annen grad.

For flere av brukerne var det dokumentert mye kontakt mellom bruker og NAV, ved ruskonsulent og/eller miljøterapeut/booppfølger. For andre var det dokumentert langt mindre kontakt. Oppfølgingsspørsmål til bydelene om flere av brukerne vi så journalen til, viste at bydelene kunne redegjøre for en langt tettere oppfølging av enkelte brukere enn journalføringen tilsa. For eksempel så det ut til at én av brukerne i Bydel Alna kun hadde vært fulgt opp ved én anledning (hjemmebesøk) i 2019. For én bruker i NAV Nordstrand sto det i journal at bruker var stresset for flyttingen og fryktet russprekk. Det var kun dokumentert én telefonsamtale med bruker etter bosetting. For begge disse to brukerne beskrev både NAV og brukerne at det hadde vært jevnlig og tett oppfølging.

For brukere som hadde ansvarsgrupper, var det i noen tilfeller referat fra møter, i andre tilfeller ikke. For andre brukere var det registrert lite kontakt mellom bruker og NAV, uten at årsaker framkom i journalen. For noen brukere var det registrert at NAV hadde forsøkt å ta kontakt flere ganger, men at brukerne ikke møtte til avtalt tid. Det var også journalført at enkelte brukere ikke ønsket kontakt med rusteamet. For flere brukere var det også journalført at NAV hadde vært i kontakt med brukerens fastlege, og/eller at bruker ble fulgt til fastlege.

En av de fem som fikk kommunal bolig i Bydel Alna, fikk et aktivitetstilbud gjennom bydelen. Denne brukeren beskrev selv å ha fått tett oppfølging fra både ledere i aktivitetstilbudet, fra boligkoordinator i prosjektperioden da dette var et tilbud, og fra ruskonsulent. Vi så at andre arbeids- og aktivitetstilbud (Rusken, Jobbspesialisten, Gatefotball, Nyttig butikk, Erlik kaffe, Aktiv på dagtid og andre) var foreslått for og/eller benyttet av brukere i begge bydelene.

Det var flere eksempler på at brukerne hadde fått råd, veiledning og hjelp med økonomi, for eksempel til å søke om supplerende sosialhjelp, bostøtte, kommunalt frikort for egenandel i forbindelse med behandling (NAV Alna).

En bruker i NAV Alna hadde restanser i husleien og tydeligvis problemer med å disponere økonomien. Det framkom i journalnotat at brukeren hadde fått økonomisk rådgivning og bistand fra ruskonsulent. Vi så to eksempler i journalnotat på at bruker i NAV Nordstrand hadde gjeldsproblemer – i det ene tilfellet sto det at bruker hadde fått gjeldsrådgivning tidligere i en annen bydel, mens i det andre tilfellet så vi ikke spor av vedtak om gjeldsrådgivning. NAV oppga at disse brukerne ikke hadde fått gjeldsrådgivning hos dem. Ved begge NAV-kontor så vi også at andre brukere hadde fått gjeldsrådgivning eller tilbud om dette, og noen hadde inngått avtale om frivillig forvaltning.

For én bruker anbefalte institusjonen som brukeren ble utskrevet fra, at NAV Nordstrand kontaktet bruker ukentlig for å følge opp blant annet psykisk helse. Det var ikke journalført kontakt i løpet av to måneder etter bosetting, og bruker fikk heller ikke vedtak om booppfølging før etter to måneder. NAV Nordstrand oppga at de hadde forsøkt å komme i kontakt med bruker, men uten å lykkes, og videre at bruker først ikke ønsket booppfølging, men dette var ikke journalført.

Vi snakket med fire brukere i NAV Alna og én i NAV Nordstrand. Alle var fornøyde med oppfølgingen de hadde fått av NAV, ved ruskonsulent og booppfølger/miljøterapeut. Flere oppga at de satte pris på at NAV kontaktet dem for å høre hvordan det gikk. De opplevde sine kontaktpersoner som tilgjengelige, og at de fikk den hjelpen og oppfølgingen de ønsket og hadde behov for. En viste til at oppfølgingen ga en trykghetsfølelse.

### **Hjemmetjenesten og psykisk helse**

Vi undersøkte tilbudet til sju personer med kjent ruslidelse med vedtak om hjemmetjeneste i Bydel Alna. Ambulant rehabiliteringsteam (ART) var eller hadde vært involvert ved to av de sju. Det var journalført i GERICA at hjemmetjenesten hadde vært på hjemmebesøk hos brukerne i tråd med vedtakene. Vi undersøkte også journalført oppfølging av tre brukere med vedtak om tjenester fra Enhet for psykisk helsearbeid i Bydel Alna. Sted, tidspunkt og varighet av møtet/tjenesten framgikk. Brukerens tilstand, innholdet i tjenesten og hva brukeren var opptatt av og trengte hjelp til, var også kort beskrevet. Det var også journalført om brukerne avbestilte avtalen eller om bruker var utilgjengelig.

Vi undersøkte tilbudet til fem personer med kjent ruslidelse med vedtak om hjemmetjeneste i Bydel Nordstrand. To av de fem brukerne hadde også vedtak om psykisk helsearbeid. Fire av dem var også registrert i sosialtjenestens FASIT, én hadde booppfølging, to hadde kun ruskonsulent, mens den fjerde ikke hadde noen av delene. I tillegg hadde to brukere vedtak om støttekontakt. Det var journalført i GERICA at både hjemmetjenesten og Seksjon for psykisk helse i bydelen hadde vært på hjemmebesøk hos brukerne, i tråd med vedtakene. Dato for besøkene var nedskrevet samt hva de gjorde hos brukerne: utdeling av medisin, næringsdrikk, sårstell, handling, fulgt til aktiviteter, deltakelse i ansvarsgruppe, støttesamtaler med bruker, bydelens ambulante team (Seksjon psykisk helse) og lignende.

### **Kommunale boliger**

Kjøp av bolig ved hjelp av startlån var også et tema for noen brukere i begge bydelene. Beboere i kommunale leiligheter var prioritert med hensyn til startlån i henhold til NAV. NAV oppga at det var få brukere med ruslidelser som ønsket å søke om startlån, dette på grunn av ansvaret det innebar.

#### Alna

Bydel Alna disponerte per 2019 i alt ca. 1000 boliger for beboere med behov for kommunal bolig. De vi snakket med, oppga at bydelen hadde få kommunale boliger å tilby. I 2019 ble 90 prosent av vedtakene om kommunal bolig effektivert innen 6 måneder.

Vi fikk opplyst at 102 personer fikk tildelt kommunal bolig i 2019. Av disse var det fire personer med ruslidelser som ble bosatt av rusteamet. Boligkontoret oppga at etter å ha fått positivt vedtak på å få kommunal bolig, var det venteliste før personer fikk vedtak

om tildeling av en bestemt bolig på en bestemt adresse. Per 31. mars 2020 var det 14 personer som stod på venteliste, herav én person med ruslidelser, denne ble fulgt opp av rusteamet. Boligkontoret opplyste at de fleste med ruslidelser som søkte om kommunal bolig, hadde institusjonsopphold på ulike tilbud gjennom Velferdsetaten, var i fengsel eller var i behandling i spesialisthelsetjenesten. Det hadde også vært tilfeller hvor personer hadde bodd midlertidig hos familie eller venner.

Per april 2020 var det ytterligere tre personer med ruslidelser fra bydelen i Velferdsetatens institusjoner som hadde fått vedtak om kommunal bolig og ventet på ledig bolig. En av disse skulle få tildelt bolig i mai 2020. Det var registrert om lag 20 bostedsløse personer i bydelen.

Bydelen disponerte 4 plasser på Arveset gård for personer med samtidige utfordringer innen rus og psykiatri. Tilbudet var etablert i samarbeid mellom bydelene Alna, Bjerke, Grorud, Stovner og Boligbygg.

#### Nordstrand

Bydelen hadde rundt 435 kommunale boliger. I tillegg til egne kommunale boliger, hadde NAV inngått en avtale om leie av en privat boligård i bydelen med kapasitet på 15 boenheter. De vi snakket med, oppga at bydelen hadde få kommunale boliger sett i forhold til behovet. NAV bisto også brukere med behov med å framskaffe private leieavtaler, ved at de deltok på visning sammen med brukere, ga økonomisk garanti for depositum, husleie og lignende.

I 2019 mottok bydelen 218 søknader om kommunal bolig. Av disse fikk 51 personer tildelt kommunal bolig i 2019, herav 9 personer med ruslidelser. Ved utgangen av 2019 var det 20 personer, herav 8 med ruslidelser, som sto på venteliste for kommunal bolig. Ifølge leder i rusteamet bodde de fleste med ruslidelser i institusjon eller lavterskeltilbud i påvente av kommunal bolig.

Andelen effektuerte boligtildelinger innen seks måneder var 75 prosent. Måltallet var på 90 prosent. Årsaken til at andelen boligtildeling var under måltallet, var at 67 kommunale boligenheter (Solfjellshøgda) skulle rehabiliteres, og bydelen fikk derfor ingen ledige boliger til nye søkere som sto på venteliste. Ventetiden for boligtildeling var antatt å øke i rehabiliteringsperioden, og en ansatt i NAV oppga at sannsynligvis ville de som søkte om kommunal bolig, få avslag på grunn av lange ventelister.

Per april 2020 hadde bydelen 6 personer i Velferdsetatens institusjoner med vedtak om kommunal bolig som ventet på ledig bolig. Det var registrert om lag 40 bostedsløse personer i bydelen. Lederen av rusteamet oppga at de bostedsløse som regel bodde i Velferdsetatens institusjoner eller i andre midlertidige botilbud til bydelen hadde et botilbud til dem.

Bydelen hadde ikke egne tilrettelagte boliger for personer med alvorlige ruslidelser. Lederen i Seksjon for psykisk helse i Nordstrand oppga at målgruppen deres var brukere som primært hadde psykiske problemer, og ikke brukere som i tillegg hadde tunge ruslidelser.

### **4.2.3 Kommunerevisjonens vurdering**

Som beskrevet i punkt 4.2 var det manglende samlet og helhetlig kartlegging ved begge NAV-kontor, noe som gjør det vanskelig å vite fullt ut hvilket helhetlig tjenestebehov brukerne hadde, og dermed også om de fikk tjenester i tråd med hjelpebehovet.

Gjennomgang av journaler tyder på at de undersøkte brukerne ble fulgt opp i tråd med vedtak om booppfølging/oppfølging av miljøterapeut i bydelene.

I tillegg så vi at brukerne fikk oppfølging ved begge NAV-kontor utover tilbud det ble fattet vedtak om. Undersøkelsen viser at flere av brukerne fikk tett oppfølging av NAV. De fem brukerne vi snakket med, ga uttrykk for at de var fornøyde med oppfølgingen de fikk fra NAV. Slik oppfølging kan bidra til at brukerne får tjenester i tråd med hjelpebehov.

Undersøkelsen viser at var det manglende journalføring ved begge NAV-kontor. Dette gir risiko for at viktig informasjon ikke blir tatt vare på og eventuelt formidlet videre.

Brukerne med vedtak om hjemmetjenester og oppfølging av psykiske helse synes å ha fått tjenester i tråd i tråd med vedtak i de tilfellene vi gjennomgikk i begge bydelene.

I Bydel Nordstrand så det ut til at brukere med ruslidelser i liten grad var i målgruppen for tilbudet til Seksjon for psykisk helse. Svært få brukere med alvorlige ruslidelser og psykiske utfordringer fikk oppfølging av seksjonen, dette til tross for at en høy andel av brukerne i bydelen var vurdert å ha utfordringer knyttet til psykisk helse, jf. punkt 2.2. Kommune-revisjonen stiller derfor spørsmål om tilbudet til brukere med ruslidelser og samtidige utfordringer knyttet til psykisk helse i Bydel Nordstrand var tilfredsstillende.

Kommunerevisjonen merker seg at ingen av bydelene hadde tilstrekkelig antall kommunale boliger å tilby brukere med ruslidelser som hadde behov for dette, situasjonen synes vanskeligst i Bydel Nordstrand. Konsekvensene er at brukerne blir boende lenger tid på institusjon enn ønskelig, eller de har andre midlertidige boløsninger, noe som kan medføre at brukernes livssituasjon ikke normaliseres.

## **4.3 Evaluering av tilbudet**

### **4.3.1 Revisjonskriterier**

- Bydelen skal evaluere tilbudet for å fange opp eventuelle endrede behov.

### **4.3.2 Faktabeskrivelse**

#### **NAV**

I begge bydeler fikk vi opplyst at det ikke forelå egne rutiner for evaluering av tjenestetilbudet til den enkelte bruker. De ansatte oppga at evaluering og vurdering av tjenestetilbudet og brukers livskvalitet ble gjort fortløpende i dialogen med brukerne.

Vi så ingen helhetlig/samlet evaluering eller vurdering av tjenestetilbudet til brukerne vi gjennomgikk journalene for. Evalueringsaktiviteter ble dokumentert i journal ved at planer og tiltak ble endret i samtaler og møter, for eksempel ansvarsgruppemøter. Videreføring av tjenesten skulle vurderes ved slutten av vedtaksperioden.

### Alna

Den fagansvarlige oppga at ruskonsulentene gjennomgikk saksporteføljen hvert halvår, eventuelt oftere ved behov. Miljøterapeutene oppga at de gjennomgikk oppfølgingen av enkeltbrukere ukentlig og vurderte status og behov for disse. De fulgte med på hyppigheten av kontakt, deriblant om det var brukere de ikke hadde hatt kontakt med på en stund, og om det var grunn til bekymring for disse. Ifølge en av miljøterapeutene ble det ført referat fra de ukentlige gjennomgangene.

Det ble også trukket fram at det nylig, høsten 2019, var gjennomført en brukerundersøkelse blant 50 personer med ruslidelser som ledd i en nasjonal evaluering.

### Nordstrand

Flere ansatte oppga at de evaluerte/vurderte tilbudet til brukerne i den månedlige porteføljegjennomgangen hvor den enkelte ruskonsulent/booppfølger og nærmeste leder gikk gjennom sakene og vurderte status og veien videre. Flere oppga også drøftingsmøter hver 14. dag, hvor de gjennomgikk sosialhjelpsaker herunder saker knyttet til personer med ruslidelser. Det ble ikke ført referat fra de nevnte møtene.

Selv for en bruker med store utfordringer etter bosetting fant vi ingen evalueringer av brukers situasjon, men fikk oppgitt av NAV at dette skulle drøftes i ansvarsgruppemøte som var et halvt år etter bosetting.

### **Hjemmetjenesten**

Hjemmetjenesten i begge bydeler oppga at evaluering av tjenestene ble gjort kontinuerlig i den løpende kontakten med bruker. Tjenestene hadde ikke egne skriftlige rutiner for evaluering. Ved mindre endringer i brukers situasjon ble vedtaket ikke endret. Vedtakene ble som regel revurdert halvårlig i Bydel Alna og årlig i Bydel Nordstrand, fikk vi oppgitt.

### **Psykisk helse**

Vi fikk opplyst at enheten i Bydel Alna brukte verktøyet FIT aktivt for å evaluere tjenestetilbudet sammen med bruker. FIT er et tilbakemeldingsverktøy hvor behandler skal sette brukers perspektiv i fokus og samtidig evaluere effekten av eget arbeid. Ifølge den fagansvarlige ble tilbakemelding i FIT registrert etter avtale med brukeren, og ikke oftere enn én gang per uke. Alle nye søkere fikk tilbud om FIT-registrering fra første samtale med enheten. Oppfølgingstjenesten hadde som mål å registrere i FIT ca. én gang per måned i aktuelle saker.

Seksjonslederen i Bydel Nordstrand oppga at seksjonen tidligere i stor grad hadde videreført tilbudet til brukerne år etter år, selv om mange kanskje ikke hadde behov for det. Fra januar 2020 ble dette endret. Vedtakene fikk deretter en tidsbegrenset varighet, og videreføring ble vurdert før nytt vedtak ble fattet. Tjenesten ville fra høsten 2020 starte et pilotprosjekt hvor den skulle teste ut FIT.

### **4.3.3 Kommunerevisjonens vurderinger**

Rutiner og praksis for evaluering av tjenestetilbudet til den enkelte bruker var ikke fullt ut tilfredsstillende ved NAV Alna eller NAV Nordstrand. Ingen av dem hadde rutiner for evaluering av tjenestetilbudet til den enkelte bruker. Vi fikk opplyst at evaluering av tjenestetilbudet og brukers livskvalitet ble gjort løpende i dialogen med brukerne, men vurderingene ble ikke konsekvent journalført. Fravær av rutiner for og dokumentasjon

ved evaluering av tjenestetilbudet kan gi risiko for at endringer i brukers situasjon og behov ikke fanges opp, og at oppfølgingen derfor ikke er helt i tråd med behovet.

Hjemmetjenesten i bydelene syntes å evaluere tilbudet løpende for å fange opp endret behov. Psykisk helse i Bydel Alna hadde et verktøy for evaluering av tilbudet for å fange opp eventuelle endrede behov. Psykisk helse i Bydel Nordstrand hadde ikke praksis med å evaluere tilbudet til brukerne, men innførte på undersøkelsestidspunktet rutiner for en systematisk revurdering av vedtakene og dermed vurdering av tilbudet.

## 5. Koordinering og samarbeid

I dette kapitlet vurderer vi om bydelens tjenester samarbeidet for å gi et helhetlig og koordinert tilbud til brukerne med ruslidelser. Videre ser vi på bydelens samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

### 5.1 Internt i bydelen

#### 5.1.1 Revisjonskriterier

- Det skal være tilfredsstillende samarbeid internt i bydelen, herunder med fastleger, og mellom helse- og omsorgstjenesten, psykisk helsearbeid og sosialtjenesten, slik at den enkelte bruker er sikret et helhetlig og forsvarlig tilbud etter behov.

#### 5.1.2 Faktabeskrivelse

##### **Bydel Alna**

###### Innen NAV

Ansatte i rusteamet i NAV beskrev at de fungerte som rådgivere overfor andre avdelinger i NAV (NAV stat). De samarbeidet med ulike veiledere og rådgivere i NAV blant annet når det gjaldt arbeidsavklaring, arbeid og praksisplasser, gjeldshåndtering, frivillig forvaltning og økonomisk sosialhjelp.

Vi fikk opplyst at rusteamet hadde ukentlig teammøte for saksdrøfting, oppdatering og planlegging. Ruskonsulentene deltok også ved behov i andre avdelingers møter.

###### Mellom bydelens tjenester

Alle tjenestelederne vi snakket med, viste til den interne koordinerende samhandlingen om brukere med ruslidelser. Koordinerende enhet omfattet enhetslederne fra alle enheter under Avdeling helse og mestring i bydelen, i tillegg til lederen av sosialfaglig avdeling, ved behov også lederen for Boligavdelingen. Vi ble fortalt at disse hadde møter to ganger per uke på bakgrunn av blant annet meldinger fra spesialisthelsetjenesten og/eller bekymringsmeldinger til bydelen knyttet til rus. Utfordrende pasienter/brukere tjenestene samarbeidet om, ble diskutert i møtet.

Alle vi snakket med, ga uttrykk for at brukerne i Alna var bydelens brukere, ikke de ulike tjenestenes brukere.

Hvis det ble ansett som nødvendig, kunne tjenestene samarbeide om å foreta vurderingsbesøk hos enkelte brukere. Både ledere og ansatte beskrev samarbeidet mellom bydelens tjenester som godt. Vi fikk videre beskrevet at ansatte i de ulike tjenestene tok kontakt med hverandre ved behov.

Alle de undersøkte tjenestene i bydelen registrerte i BrukerPlan, og lederne vi snakket med, hadde oversikt over hvor mange av brukerne/pasientene som hadde utfordringer med rus / ruslidelser.

Boligkontoret hadde en ansatt som jobbet med boligframskaffelse, deriblant på det private markedet. Rusteamet samarbeidet med boligframskaffereren i noen saker. Ifølge

rusteamet var det et godt samarbeid med boligkontoret. En person på boligkontoret og rusteamet kunne dessuten følge brukere på visning og lignende.

Samarbeidet mellom tjenestene ble ifølge dem vi snakket med, oppfattet som viktig både i etablerte saker og når det gjaldt å oppdage aktuelle brukere. En informant beskrev for eksempel at hjemmetjenestens skåringer i BrukerPlan var blitt gjennomgått av rusteamet, og at det dermed ble avdekket at enkelte brukere hadde større behov enn rusteamet hadde vært klar over eller kjente til.

#### Mellom bydelens tjenester og fastleger

Ledere og ansatte vi snakket med i både sosialtjenesten, hjemmetjenesten og Enhet for psykisk helsearbeid, beskrev at de samarbeidet med fastleger om oppfølgingen av brukere når det var aktuelt og bruker ønsket det. Flere oppga at de også fulgte brukere til og fra lege, og deltok i konsultasjonen. Vi så eksempler i journalene på at rus-konsulent/miljøterapeut hjalp brukere med å få ny fastlege. Alle oppga at de vurderte samarbeidet i utgangspunktet som bra, men det var også varierende, og blant annet avhengig av hvor mye kontakt bruker selv hadde med fastlegen. Hjemmetjenesten oppga at de opplevde at noen fastleger tok større ansvar for brukerne enn andre.

I vår undersøkelse blant fastleger fikk vi synspunkter på bydelens tjenester til pasienter med ruslidelser og samarbeidet med tjenestene fra seks fastleger i Bydel Alna. To oppga at de samarbeidet med NAV om ingen / svært få pasienter med ruslidelser, tre samarbeidet om noen, mens én samarbeidet om et flertall av pasientene.

Fastlegene var mest positive til NAVs avklaring mot uførepensjon, til oppfølging av timer hos fastlegen og til booppfølgingen, og minst positive til bistand med å skaffe bolig, praktisk bistand i hjemmetjenesten og tilbud om sosiale aktiviteter. Når det gjaldt samarbeid med de ulike tjenestene, var fastlegene mest fornøyde med samarbeidet med hjemmetjenesten. To av fastlegene var enige i utsagnet om at samarbeidet med henholdsvis NAV og Psykisk helse var godt, mens tre var uenige. Fem av de seks fastlegene var også uenige i at de ulike tjenestene i bydelen samarbeidet godt om tilbud til brukerne.

### **Bydel Nordstrand**

#### Innen NAV

Det var jevnlig møter (noen to ganger i uken, andre månedlig) både internt i den enkelte seksjon og på tvers av seksjoner i NAV hvor de diskuterte enkeltsaker for å finne beste løsninger for brukerne. De ansatte påpekte at de hadde lav terskel for å ta kontakt med hverandre både innad i sosialtjenesten og i NAV stat og kommune siden de var samlokalisert.

#### Mellom bydelens tjenester

Det var etablert rutine for vurderingsmøte hver 14. dag mellom ledere i NAV, Seksjon for psykisk helse, Avdeling Mestring og omsorg, Forebyggende enhet og Tilrettelagte tjenester, samt bydelsoverlegen. På møtene ble vanskelige enkeltsaker drøftet, og det ble gjort vurdering av brukernes behov for tjenester fra de ulike enhetene. Hjemmetjenesten oppga at de ikke deltok på møtene, men at det var faste datoer hvor de kunne melde inn saker.

### Hjemmetjenesten

Flere ansatte i NAV oppga at de hadde lite samarbeid med hjemmetjenesten, men at det hendte de tok kontakt om enkeltbrukere, og da fungerte det greit å komme i kontakt med tjenesten. En ansatt opplevde at det hadde vært problemer med samarbeid i enkeltsaker, for eksempel problemer knyttet til medisint levering og sårstell. Vedkommende pekte også på fravær av samarbeid på ledernivå.

Hjemmetjenesten hadde ikke oversikt over hvor mange av brukerne deres som hadde ruslidelser, og som fikk bistand fra NAV. Tjenesten hadde fram til februar 2020 ikke noe formelt samarbeid med NAV eller Seksjon for psykisk helse. Videre oppga lederen av hjemmetjenesten at samarbeidet mellom de ulike enhetene i bydelen fungerte greit, og at det var lav terskel for å ringe hverandre ved behov. Hjemmetjenesten oppga at de hadde mest kontakt med fastleger, legemiddelassistert rusbehandling og distriktpsykiatrisk senter. Lederen i hjemmetjenesten oppga at de ikke registrerte brukere inn i BrukerPlan.

Flere ansatte i hjemmetjenesten oppga at de opplevde at samarbeidet i bydelen om brukerne med ruslidelser var for dårlig, spesielt med NAV, men også med Seksjon for psykisk helse. Vi ble fortalt at de ikke kjente til hvilke andre tjenester fra bydelen brukerne deres fikk, hva brukerne kunne få av tjenester, eller hvilke mål brukerne forsøkte å oppnå. Dette kunne gjøre det vanskelig å støtte brukerne.

Hjemmetjenesten deltok sjelden i ansvarsgruppemøter, og flere ansatte mente at de kunne bidra inn i gruppen med mye fordi det var de som så brukerne mest i det daglige. En ruskonsulent i NAV oppga også at en av brukerne som fikk oppfølging fra hjemmetjenesten, ønsket at tjenesten skulle delta i ansvarsgruppemøtene.

### Seksjon for psykisk helse

Det var rutiner for månedlig møte mellom lederen for seksjonen og lederen i NAVs rusteam. Da gikk de gjennom seksjonens brukere som hadde behov for bolig og økonomiske ytelser. Lederen i seksjonen oppga at de to siste årene hadde de fått henvist fire eller fem brukere fra NAV som *tidligere* hadde store rusutfordringer, og som trengte oppfølging av psykisk helse. Noen av brukerne hadde i rusrelaterte problemer i tillegg til psykiske, men ruslidelsene var, ifølge lederen, ikke så alvorlige.

Seksjonen hadde ikke oversikt over hvor mange av deres brukere som også fikk rusoppfølging i NAV, og de hadde derfor planlagt en ny samarbeidsrutine med NAV. Når de henviste brukere til NAV, skulle NAV gi dem tilbakemelding dersom det ble fattet vedtak om en tjeneste for bruker.

Vi fikk oppgitt at det ble gitt oppfølging i hjemmetjenesten til 37 av seksjonens brukere. Seksjonen hadde ingen faste møtepunkt med hjemmetjenesten, og det var heller ingen koordinering av tjenestene.

Noen ansatte i NAV oppga at et par av deres brukere hadde oppfølging av Seksjon psykisk for helse. Vi fikk også oppgitt at brukerne som hadde vedtak om støttesamtaler fra psykisk helse som hovedregel ikke fikk oppfølging fra NAV i tillegg, men de hadde fremdeles ruskonsulent. De to tjenestene samarbeidet om bruker i overgangen. Dette så vi eksempel på i Geric. Videre oppga en ansatt at de kunne ha felles møte med bruker og Seksjonen for psykisk helse for å avklare vanskelige situasjoner for brukerne.

### Mellom bydelens tjenester og fastleger

Ledere og ansatte vi snakket med i både sosialtjenesten, hjemmetjenesten og Psykisk helse, beskrev at de samarbeidet med fastleger om oppfølgingen av brukere når det var aktuelt og dersom bruker ønsket dette. Fastlegene deltok ofte i ansvarsgruppemøter for brukerne som hadde det. En ruskonsulent oppga at det som hovedregel var lett å få til møte med fastlegene. Om bruker ønsket det, deltok de også i møte med fastlegen. Samarbeidet med fastlegene var varierende, det var avhengig både av hvor mye kontakt bruker selv hadde med fastlegen og i enkelte tilfeller også av kapasiteten til fastlegen. I enkelte tilfeller var det vanskelig å komme i kontakt med fastlegen. Vi så tilfeller hvor brukerne ikke var fornøyde med fastlegen, der ruskonsulent/booppfølger hjalp dem med å få ny fastlege.

I vår undersøkelse blant fastleger fikk vi synspunkter på bydelens tjenester til pasienter med ruslidelser og samarbeidet med tjenestene fra fem fastleger i Bydel Nordstrand (se vedlegg 4 for mer utfyllende informasjon). To oppga at de samarbeidet med NAV om ingen / svært få av pasienter med ruslidelser, to samarbeidet om halvparten eller færre, mens én samarbeidet om alle / de aller fleste av pasientene.

Fastlegene var mest positive til NAVs avklaring mot uførepensjon og oppfølging av hjemmesykepleien, men også til oppfølging av timer hos fastlegen, booppfølging og oppfølging knyttet til psykisk helse, og de var minst positive til tilbudet om arbeidsrettede tiltak og oppfølging av økonomi. Når det gjaldt fastlegenes vurdering av hvordan de selv samarbeidet med NAV, hjemmetjenesten og psykisk helse om pasientene, var tre av legene enige i at de samarbeidet godt, mens to var uenige i det. Tre av fastlegene var uenige i at de ulike tjenestene samarbeidet godt om tilbudet til brukerne.

### **5.1.3 Kommunerevisjonens vurderinger**

Undersøkelsen tyder på at det var etablert et tilfredsstillende samarbeid mellom ulike tjenester til personer med ruslidelser i Bydel Alna.

Undersøkelsen tyder på at det ikke var etablert et tilfredsstillende samarbeid mellom bydelens tjenester til personer med ruslidelser i Bydel Nordstrand: Det var i liten grad et formelt samarbeid mellom hjemmetjenesten, NAV og Seksjon for psykisk helse, til tross for at de ga tjenester til flere av de samme brukerne. Det syntes også som at det var mangelfull utveksling av informasjon om brukerne og om tjenesteytingen mellom involverte enheter. Det ga risiko for at den enkelte bruker ikke fikk et helhetlig, koordinert og forsvarlig tilbud etter behov.

## **5.2 Spesialisthelsetjenesten**

### **5.2.1 Revisjonskriterier**

- Det skal være tilfredsstillende samarbeid med spesialisthelsetjenesten, slik at den enkelte bruker er sikret et helhetlig og forsvarlig tilbud etter behov.
- Bydelen skal inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten.

### **5.2.2 Faktabeskrivelse**

#### **Bydel Alna**

Akershus universitetssykehus, som Bydel Alna sorterer under, hadde et utrednings- og behandlingstilbud for psykiske problemer og lidelser hos voksne over 18 år ved

Distriktpsikiatrisk senter Groruddalen. Sykehusets Avdeling rus og avhengighet hadde en poliklinikk som utredet og behandlet alvorlige avhengighetslidelser i kombinasjon med psykisk lidelse. Legemiddelassistert rusbehandling var en del av tilbudet.

Ledere og ansatte vi snakket med i bydelen, distriktpsikiatrisk senter og ved universitetssykehuset oppga at det var et formalisert samarbeid dem imellom, i tillegg til at det var kontakt, møter og samarbeid knyttet til enkeltpasienter, deriblant i ansvarsgruppemøter. Samarbeidet ble beskrevet som godt fra begge parter. Enkelte i spesialisthelsetjenesten påpekte at de opplevde ruskonsulentene i bydelen som svært kompetente. De trakk likevel fram at det kunne være vanskelig å ha oversikt over bydelens tjenestetilbud til aktuelle brukere.

### **Bydel Nordstrand**

For bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østnes var det et samlet behandlingstilbud innen psykisk helse og avhengighetsbehandling på Oslo Universitetssykehus Mortensrud. Her holdt blant annet Søndre Oslo distriktpsikiatrisk senter og Ruspoliklinikk Mortensrud til. Legemiddelassistert rehabilitering var en del av dette tilbudet.

Ruskonsulentene oppga at de samarbeidet med ruspoliklinikken og distriktpsikiatrisk senter, hovedsakelig om brukere som var i behandling eller som ble fulgt opp av poliklinikk og LAR. Graden av samarbeid varierte. Noen behandlere var lett tilgjengelige, og NAV hadde mye kontakt med dem, mens andre var det vanskeligere å oppnå kontakt med, oppga ruskonsulent.

Hjemmetjenesten beskrev samarbeidet med LAR-behandlerne ved Oslo Universitetssykehus Mortensrud som nyttig og godt. Blant annet ble det oppgitt at sykepleiere deltok på ulike kurs i metadon-behandling slik at dette ble gitt på en forsvarlig måte. Også distriktpsikiatrisk senter hadde nyttige kurs som hjemmetjenesten deltok på.

Seksjon for psykisk helse oppga at de samarbeidet hovedsakelig med Distriktpsikiatrisk senter Mortensrud om brukere med psykiske helseutfordringer. Seksjonslederen vurderte samarbeidet som greit.

De relevante lederne under OUS Mortensrud oppga også at de samarbeidet med NAV, hjemmetjenestene og Seksjon for psykisk helse i Bydel Nordstrand. Lederen i ruspoliklinikken beskrev samarbeidet som godt, men la til at det kunne være behov for samarbeid i flere saker og at de manglet informasjon om hvilke tjenester bydelen kunne tilby brukerne. Videre påpekte lederen at de hadde et godt inntrykk av ruskonsulentene i bydelen. Lederen ved distriktpsikiatrisk senter oppga at de opplevde samarbeidet med Seksjon for psykisk helse i bydelen etter utskrivning av pasientene som vanskelig, da det ikke alltid var lett å få tak i rett person, de var usikre på hvilket tilbud seksjonen hadde til pasientene, og hvilke pasienter som faktisk fikk tilbud. Videre viste lederen til at det hadde vært en sterk økning i antall henvendelser til dem fra bydelen det siste året. Behovet for psykiatrisk oppfølging av pasienter med både psykiatri- og rusutfordringer var stort i bydelen.

### **Avtaler og rutiner om samarbeid**

For begge bydelene forelå det en avtale om samhandling om pasienter med psykisk lidelse og/eller avhengighetslidelse og behov for tjenester fra både bydel/etater og spesialisthelsetjenesten.

I Bydel Alna var det også en retningslinje for samarbeidet mellom blant annet bydelen, Distriktpsykiatrisk senter Grorud og ruspoliklinikken for rus og avhengighet. I Bydel Nordstrand fikk vi oppgitt at det var en samarbeidsavtale mellom ruspoliklinikken og Avdeling for psykisk helse og NAV, og en samarbeidsavtale mellom DPS' poliklinikker og alle tre bydeler.

Det var etablert ulike samarbeidsmøter mellom begge bydelen og spesialisthelsetjenesten.

#### **5.2.3 Kommunerevisjonens vurderinger**

Det var samarbeid mellom bydelene og spesialisthelsetjenesten som kunne bidra til et helhetlig og forsvarlig tilbud til brukerne i tråd med behov.

Kommunerevisjonen merker seg likevel at spesialisthelsetjenesten oppga det kunne være vanskelig å ha oversikt over bydelenes tjenestetilbud, og at distriktpsykiatrisk senter mente det kunne være utfordrende å samarbeide med Seksjon for psykiske helse i Bydel Nordstrand.

I begge bydelene var det etablert samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten.

## **5.3 Samtykke til deling av informasjon**

### **5.3.1 Revisjonskriterier**

- Bydelen skal innhente brukerens samtykke for å utveksle taushetsbelagt informasjon ved behov.

### **5.3.2 Faktabeskrivelse**

#### **NAV**

De ansatte ved begge NAV-kontor oppga at de innhentet samtykke fra brukerne før de delte informasjon om dem med noen utenfor NAV. I noen tilfeller fikk de først muntlig samtykke, i påvente av å få det skriftlig. Ansatte i NAV Alna oppga at det muntlige samtykket ikke alltid ble dokumentert og journalført. I NAV Nordstrand oppga de ansatte at de journalførte informasjon om muntlig samtykke.

Vår gjennomgang av journaler viste få tilfeller av at det forelå et signert, skriftlig samtykke til deling av informasjon i saker der det ville være aktuelt, eller dokumentasjon av at det var gitt muntlig samtykke.

Vi fikk opplyst at brukerne ga skriftlig samtykke til å utveksle informasjon ved innsøking til institusjoner i Velferdsetaten og i spesialisthelsetjenesten. Videre skulle samtykke innhentes når bruker søkte om kommunal bolig. For eksempel måtte brukeren samtykke til at NAV kunne innhente dokumentasjon fra fastlege og lignende.

Begge NAV-kontor hadde et skjema i fagsystemet for spesifisert samtykke til innhenting og deling av opplysninger med andre tjenester.

NAV Alnas skjema spesifiserte ikke hvem eller hvilke tjenester det kunne innhentes opplysninger fra. Det framgikk heller ikke hvilke opplysninger det var aktuelt å innhente. Det spesifiserte videre ikke hvilke opplysninger som var aktuelle å dele med andre. Det var lagt opp til full deling av opplysninger, og brukeren ble gitt ansvar for å tenke over eventuelle begrensninger med hensyn til hva som kunne deles. Fullmakten var ikke tidsbegrenset.

Skjemaet for innhenting og deling av opplysninger i NAV Nordstrand spesifiserte ikke hvilke opplysninger som kunne innhentes og deles. Det framgikk ikke i hvilken forbindelse opplysningene kunne innhentes eller avgis. Fullmakten var ikke tidsbegrenset.

NAV Nordstrand hadde også et skjema for samtykke til å dele informasjon om brukeren i drøfting med andre avdelinger i NAV. Det framgikk ikke hva som skulle være formålet med drøftingen, eller hvilke konsekvenser informasjonsutvekslingen kunne ha. Hvilke opplysninger som kunne innhentes og deles i forbindelse med drøftingene, var ikke konkretisert. Fullmakten var ikke tidsbegrenset.

NAV Nordstrand hadde dessuten et tredje skjema for samtykke til deling av informasjon om bruker mellom sosialtjenesten og samarbeidende psykolog, og til at disse kunne drøfte saken og innhente informasjon fra lege og spesialister/behandlere. Skjemaet spesifiserte ikke hvilke opplysninger som kunne utveksles, eller med hvem. Formålet med drøftingen og hvilke konsekvenser informasjonsutvekslingen kunne ha, framgikk heller ikke.

Leder for hjemmetjenesten i Bydel Alna opplyste at skriftlig samtykke til deling av informasjon ble innhentet i forbindelse med søknaden om helse- og omsorgstjenester (deriblant tjenester fra Psykisk helse). Malen for denne søknaden var felles for alle bydeler, det vil si også for hjemmetjenesten i Bydel Nordstrand. Søknadsskjemaet spesifiserte ikke hvem opplysninger kunne innhentes fra utover fastlegen og den generelle angivelsen «sykehus». Den spesifiserte heller ikke hvilke opplysninger som var aktuelle å innhente. Det var lagt opp til at søkeren måtte vurdere eventuelle begrensninger i hvilke opplysninger som kunne innhentes. Fullmakten var ikke tidsbegrenset.

Leder i hjemmetjenesten i Bydel Nordstrand oppga at de i utgangspunktet innhentet skriftlig samtykke før de delte sensitiv informasjon om brukerne deres med andre, men at dersom det ikke ble gjort, måtte de journalføre i Gericia hva samtykket gjaldt og hvem det omfattet. Videre oppga lederen at de alltid skulle spørre bruker om det var greit å snakke med andre instanser, og at de skulle journalføre hva bruker svarte. Kommune-revisjonen mottok et skjema som lederen oppga ble brukt til å innhente samtykke til innhenting og deling av taushetsbelagt informasjon. Det framgikk ikke hvilke tjenester skjemaet gjaldt, eller hvilken informasjon som kunne innhentes og deles. Det var heller ingen tidsbegrensning. Videre var fullmakten formulert negativt, det vil si. at brukeren «ikke motsatte seg» at bydelen kunne «gi og innhente taushetsbelagte opplysninger til og fra samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp» eller «at helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter helsepersonel-

loven, gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte».

Seksjon for psykisk helse i Bydel Nordstrand oppga at de alltid innhentet skriftlig samtykke før de delte personsensitiv informasjon om brukerne. De hadde ikke et eget skjema for samtykke. Når det var behov for samtykke, snakket de med bruker og ba dem sende en e-post eller papir der det stod at de samtykket til at seksjonen tok kontakt med relevante aktører. Dette ble skannet inn i Geric. Vi så et eksempel på det tjenesten mente var dokumentasjon av et slikt samtykke. Dette gjaldt en e-post der brukeren skulle samtykke til at seksjonslederen kunne bistå på brukerens vegne i prosessen med å søke tjenester fra Psykisk helse i en annen bydel. Det framgikk ikke at det dreide seg om å gi samtykke til å innhente eller avgi opplysninger. E-posten spesifiserte ikke at opplysninger skulle deles, hvilke opplysninger som kunne deles, eller med hvem.

### **5.3.3 Kommunerevisjonens vurdering**

Informantutsagn, skjema og annet tyder på at NAV-kontorene hadde rutiner og system som skulle bidra til at samtykke ble innhentet. Fravær av dokumentasjon i brukerjournalene gjør det vanskelig å vurdere om NAV-kontorene innhentet nødvendig samtykke til å utveksle taushetsbelagt informasjon om brukerne.

Kommunerevisjonens gjennomgang av malene for samtykkeerklæring som ble lagt til grunn i NAV og hjemmetjenestene i de to bydelene, i tillegg til Enhet for psykisk helse i Bydel Alna, viser at de i varierende, men liten grad gjenspeilte kravene til et informert samtykke. Seksjon for psykisk helse i Bydel Nordstrand hadde ikke mal for samtykkeerklæring, men ga et eksempel på hvordan de innhentet samtykke fra brukerne. Dette var heller ikke tilfredsstillende.

## 6. Individuell plan og brukermedvirkning

I dette kapitlet vurderer vi om bydelenes arbeid knyttet til individuell plan, kriseplan og koordinator er tilfredsstillende. Videre vurderer vi om bydelene legger til rette for brukermedvirkning.

### 6.1 Individuell plan

#### 6.1.1 Revisjonskriterier

- Bydelen skal informere brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester om retten til individuell plan. Det bør dokumenteres at slik informasjon er gitt, samt brukerens beslutning.
- Bydelen skal utarbeide individuell plan til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, som selv ønsker dette.

#### 6.1.2 Faktabeskrivelse

Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester hadde krav på individuell plan, dersom de ønsket det selv. BrukerPlan 2019 viser at fire prosent av brukerne med ruslidelser i Bydel Alna hadde individuell plan, mens ti prosent hadde kriseplan. I Bydel Nordstrand hadde sju prosent av brukerne med ruslidelser individuell plan, mens seks prosent hadde kriseplaner.

I begge bydeler var det ruskonsulent som hadde ansvar for å orientere aktuelle brukere om retten til individuell plan. Vi fikk oppgitt at det kun var et mindretall av brukerne som hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester, og som dermed hadde krav på individuell plan. Videre fikk vi oppgitt at et flertall av brukere ikke ønsket individuell plan. «Individuell plan oppleves av noen brukere som en målestokk for alt det de ikke får til,» sa lederen i rusteamet i NAV Alna. De ansatte i bydelene registrerte ikke systematisk at tilbud om individuell plan var gitt, eller brukerens valg hvis tilbudet ble gitt.

#### **Bydel Alna**

Ingen av de tolv brukerne vi undersøkte journalen til i NAV, hadde individuell plan, selv om flere av dem hadde langvarige og koordinerte tjenester. Det framgikk ikke av journalene om bruker hadde fått tilbud om individuell plan, eller om bruker ønsket at en slik plan skulle utarbeides eller ikke. Vi så et eksempel i brukerjournal på at det i mars 2019 var vurdert ønskelig å utarbeide en individuell plan for brukeren, men dette var ikke gjort. Bydelen kunne ikke forklare hvorfor denne ikke var utarbeidet, men skulle følge dette opp overfor brukeren.

Ledelsen i rusteamet oppga at de hadde få skriftlige planer for den enkelte bruker, men påpekte at mange hadde ansvarsgruppe. Rusteamet begynte høsten 2019 å lage samarbeidsplaner mellom enkeltbrukere og rusteamet om innholdet i samarbeidet. Ledelsen opplevde at de oppnådde god koordinering med samarbeidspartnerne uten å ha individuell plan.

#### **Bydel Nordstrand**

To av brukerne vi undersøkte journalen til, hadde individuell plan fra Velferdsetatens institusjon. For en annen bruker der det framkom i journalnotat at brukeren hadde store utfordringer, og at flere instanser var inne og bisto bruker, oppga NAV at bruker skulle

få individuell plan i neste ansvarsgruppemøte. For en annen bruker oppga NAV at bruker hadde fått tilbud om individuell plan fra Psykisk helse i bydelen, men ikke ønsket det. Ingen av de øvrige brukerne vi undersøkte journalen til, hadde individuell plan, selv om flere hadde langvarige og koordinerte tjenester. Det framgikk ikke av journalene om bruker hadde fått tilbud om individuell plan, eller om bruker ønsket at en slik plan skulle utarbeides eller ikke.

Lederen for rusteamet oppga at de hadde få skriftlige planer for den enkelte bruker. De inngikk samarbeidsavtaler med enkelte brukere som var bosatt i kommunal bolig. Avtalens overordnede mål var å sikre at bruker skulle mestre i bo i egen bolig, og omhandlet videre innholdet i samarbeidet. Lederen opplevde at de oppnådde god koordinering med samarbeidspartnerne uten å ha individuell plan.

### **6.1.3 Kommunerevisjonens vurderinger**

Det var ikke tilfredsstillende dokumentasjon av om brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester hadde fått tilbud om individuell plan, og av brukerens beslutning hvis tilbud var gitt. Etersom en lav andel av brukerne i begge bydelene hadde individuell plan, stiller Kommunerevisjonen spørsmål om brukerne i tilstrekkelig grad fikk informasjon om og ble motivert til å ta imot dette tilbudet.

## **6.2 Kriseplan**

### **6.2.1 Revisjonskriterier**

- Bydelen bør ved behov utarbeide kriseplan for brukere med sammensatte, alvorlige og langvarige rusproblemer.

På dette punktet har vi vurdert NAV-kontorenes arbeid knyttet til kriseplan.

### **6.2.2 Faktabeskrivelse**

Risikoen for tilbakefall og akutt forverring er betydelig for mange i målgruppen. En kriseplan skal inneholde konkret informasjon om hvordan bydelen og andre instanser skal samhandle i krisesituasjoner. Beskrivelse av varselsymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn, og hvem som skal kontaktes, må utformes i samarbeid med brukeren og med enheter som kan bli involvert, som for eksempel fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Som omtalt over, viste BrukerPlan 2019 at ti prosent av brukerne med ruslidelser i Bydel Alna hadde kriseplan, og seks prosent av brukerne i Bydel Nordstrand.

Ved begge NAV-kontor fikk vi oppgitt at svært få av brukerne deres hadde kriseplan, men at brukere som hadde vært inne til behandling, enten i spesialisthelsetjenesten eller Velferdsetatens institusjoner, hadde kriseplaner. Begge bydeler hadde rutiner for hva de skulle gjøre hvis noe skjedde, hvem som skulle kontaktes og så videre. Flere rus-konsulenter ved NAV Alna oppga at de vurderte behovet for kriseplan for den enkelte bruker. Det ble også sagt at det var viktig med kriseplan for enkelte, og at de oppfordret aktuelle brukere til å få utarbeidet dette. NAV Alna hadde en mal for samarbeidsavtale med bruker som omfattet en avkryssingskategori for om kriseplan forelå. Vi så to samarbeidsavtaler basert på denne malen, i den ene var det krysset av for at bruker ikke hadde kriseplan, mens i den andre var punktet ikke utfyllt.

I mappegjennomgangen i NAV så vi ikke noen kriseplaner, og heller ikke dokumentasjon som tydet på at brukere hadde fått informasjon om plan, men takket nei. Enkelte av

journalene viste at noen brukere hadde omfattende utfordringer og tilfeller av forverret tilstand. Heller ikke for disse brukerne fant vi noen kriseplan.

NAV inngikk samarbeidsavtale med enkelte brukere i forbindelse med tildeling av kommunal bolig. Avtalens overordnede mål var at brukerne skulle klare å mestre å bo i egen bolig. Avtalen omfattet punkter som var knyttet til tilbakefall og akutt forverring av situasjonen, blant annet symptomer og hvem som skulle gjøre hva og kontaktes. De tre samarbeidsavtalene vi så på, var imidlertid i liten grad fylt ut, verken generelt eller spesielt på dette punktet.

### **6.2.3 Kommunerevisjonens vurderinger**

Undersøkelsen tyder på at det ikke ble utarbeidet kriseplan for alle brukere i NAV som hadde behov for dette, verken i Bydel Alna eller Bydel Nordstrand.

## **6.3 Koordinator**

### **6.3.1 Revisjonskriterier**

- Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få tilbud om koordinator.

### **6.3.2 Faktabeskrivelse**

For brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker samt sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

Alle ansatte vi snakket med ved begge NAV-kontor, oppga at de ikke benyttet begrepet «koordinator», men at det som oftest var sosialtjenesten som hadde påtatt seg denne rollen, selv om dette ikke var formalisert. Både ruskonsulenter, booppfølgere og miljøterapeuter oppga at de fungerte som koordinator for brukerne de fulgte opp. De vekslet på å delta eller deltok sammen på ansvarsgruppemøter for brukerne «sine». Miljøterapeutene og booppfølgerne var relativt nyansatt, men oppga at de overtok mer og mer ansvar for brukerne de fulgte opp, etter som de ble bedre kjent med dem. De ansatte oppga at mye av oppfølgingen av brukerne besto i koordinering, for eksempel at de ringte ulike tjenester/instanser på vegne av brukerne. Dette var det mange eksempler på i de gjennomgåtte sakene.

Lederne for hjemmetjenestene oppga at alle brukere hadde en tjenesteansvarlig, og at de med behov for det også hadde primærkontakt. Lederen for hjemmetjenesten i Bydel Alna oppga at for brukere med rusproblematikk som hadde individuell plan, var koordinatorrollen avklart. For brukere uten individuell plan var det avhengig av hvilke instanser som var involvert. Leder i hjemmetjenesten i Bydel Nordstrand oppga at det var NAV som hadde størstedelen av tjenestene til brukerne med ruslidelser og dermed også koordineringsansvar.

Enhet for psykisk helsearbeid i Bydel Alna oppga at alle brukerne i oppfølgingstjenesten hadde primærkontakt som fungerte som koordinator. Leder i Seksjon for psykisk helse i Bydel Nordstrand oppga at ansvarlig psykisk helsearbeider i noen tilfeller fungerte som koordinator for brukere som ikke hadde individuell plan.

### **6.3.3 Kommunerevisjonens vurderinger**

Undersøkelsen tyder på at både ruskonsulenter og booppfølgere/miljøterapeuter fungerte som koordinator for brukerne, men rollen var sjelden formalisert. Fraværet av en tydelig definert koordinator kan gi risiko for at brukerne med behov for langvarige og koordinerte tjenester ikke får et godt og sammenhengende tilbud.

## **6.4 Brukermedvirkning**

### **6.4.1 Revisjonskriterier**

- Bydelen skal legge til rette for brukermedvirkning.

### **6.4.2 Faktabeskrivelse**

De ansatte vi snakket med, oppga at brukernes ønsker og uttrykte behov var viktige. Om bruker ikke var motivert for bistand, ville det uansett ikke være mulig å gjennomføre det. I brukerjournalene i NAV så vi flere eksempler på at brukernes ønsker, synspunkter og vurderinger framgikk, både når det gjaldt behandling, aktiviteter, bolig og annen tilrettelegging. Lederne for hjemmetjenesten og Psykisk helse trakk fram at brukeren skulle spørres om «hva er viktig for deg?»

De ansatte oppga videre at de spurte brukerne om kontakten med pårørende og om de ønsket å involvere dem. Mange hadde imidlertid mistet kontakten med sine pårørende etter mange års rushistorikk, mens andre hadde kontakt med nære pårørende og ga NAV samtykke til å involvere dem i oppfølgingen.

De fire brukerne vi snakket med i Bydel Alna, beskrev at de som regel ble fulgt opp i den utstrekning de selv ønsket, og at deres ønsker om tjenester og hvordan tjenestene skulle gis, i stor grad ble tatt hensyn til. Brukeren vi snakket med i Bydel Nordstrand, oppga at NAV var på tilbudssiden hele tiden, og at hun var så takknemlig for det. I begge bydelene trakk brukere fram at det var krevende å skifte saksbehandler, da de opplevde at de nye saksbehandlerne ikke alltid var oppdatert på deres sak.

### **6.4.3 Kommunerevisjonens vurderinger**

Undersøkelsen tyder på at bydelene la til rette for brukermedvirkning i tjenesteytingen rettet mot personer med rusmiddelavhengighet.

## 7. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger

### 7.1 Konklusjoner

Kommunerevisjonen har undersøkt om Bydel Alna og Bydel Nordstrand arbeidet systematisk med å sikre at personer med rusproblemer fikk tilbud i tråd med sine behov.

#### **Samlet konklusjon**

Undersøkelsen viser mange eksempler på at personer med ruslidelser fikk tett oppfølging i både Bydel Alna og Bydel Nordstrand. Samtidig viser undersøkelsen at de to bydelenes arbeid ikke var tilstrekkelig *systematisk*. Det var spesielt svakheter og mangler knyttet til kartleggingen av brukernes funksjonsnivå og dokumentasjon av vurdering av tjenestebehovet. Dette ga risiko for at brukerne ikke fikk tilbud i samsvar med sine behov.

#### **Kartlegging av funksjonsnivå og tjenestebehov**

Verken NAV-kontorene eller hjemmetjenestene i bydelene benyttet kartleggingsverktøy som omfattet utfordringer knyttet til rus. Det gir risiko for at viktige sider ved brukernes funksjonsnivå og tjenestebehov ikke kartlegges, og at like tilfeller behandles forskjellig.

Brukernes funksjonsnivå og tjenestebehov ble kartlagt og vurdert i varierende utstrekning og på ulike tidspunkter ved begge NAV-kontorene. Det forelå ikke en samlet, oppdatert og helhetlig kartlegging av brukernes funksjonsnivå eller vurdering av behov for tjenester for noen av de utvalgte brukerne. Elementer av kartlegging og vurdering av behov på ulike områder kunne framgå av ulike dokumenter i den enkeltes brukerjournal, men det var ikke mulig å søke i denne for å finne sentral kartleggingsinformasjon.

Personer med ruslidelser har særskilt risiko for utfordringer knyttet til tannhelse og ernæring. Det var få spor av kartlegging av helsestatus på disse områdene i de gjennomgåtte journalene. Journalene viste heller ikke systematisk kartlegging av brukernes aktivitet, arbeid og sosiale nettverk. Også for noen av de gjennomgåtte brukerne i hjemmetjenestene i begge bydelene og i Psykisk helse i Bydel Nordstrand var det få spor av kartlegging i journalene.

De som var involvert i kartlegging av brukerne, både i NAV, hjemmetjenesten og enhetene for psykisk helsearbeid, syntes å ha tilfredsstillende kompetanse.

#### **Tjenester i tråd med hjelpebehov**

Manglende samlet, helhetlig og oppdatert kartlegging ved begge NAV-kontor gjør det vanskelig å vite fullt ut hvilket helhetlig tjenestebehov brukerne hadde, og dermed også om de fikk vedtak og tjenester i tråd med behovet.

Brukerjournalene i NAV i begge bydeler viste at alle brukerne fikk oppfølging av ruskonsulent, de fleste over lang tid. Mange av brukerne med ruslidelser som får oppfølging fra NAV, er i en vanskelig livssituasjon og har sammensatte utfordringer. Kommunerevisjonen stiller spørsmål om flere av brukerne omfattet av denne undersøkelsen burde fått vedtak om tjenesten *Opplysning, råd og veiledning* etter sosialtjenesteloven § 17. Tjenesten skal styrke den enkeltes mulighet til å mestre egen livssituasjon, og hjelp til selvhjelp er et grunnleggende prinsipp for tjenestens innhold.

Ikke alle gjennomgåtte vedtak i hjemmetjenestene hadde informasjon om omfang av tjenesten. Dette kan begrense brukernes klagemulighet og gjøre det vanskelig for en klageinstans å vurdere om vedkommende får forsvarlig hjelp. Det var også mangler ved de to gjennomgåtte vedtakene i Seksjon for psykisk helse i Bydel Nordstrand.

Gjennomgang av journaler tyder på at de undersøkte brukerne ble fulgt opp i tråd med vedtak om booppfølging / oppfølging av miljøterapeut, hjemmetjenester og oppfølging av Psykisk helse i begge bydeler.

I tillegg fikk brukerne oppfølging ved begge NAV-kontor utover tilbud det ble fattet vedtak om. Undersøkelsen viser at flere av brukerne fikk tett oppfølging av NAV, noe som kan bidra til at brukerne får tjenester i tråd med behov.

Undersøkelsen viser at det var manglende journalføring ved begge NAV-kontor. Dette gir risiko for at viktig informasjon ikke blir tatt vare på og eventuelt formidlet videre.

I Bydel Nordstrand så det ut til at brukere med ruslidelser i liten grad var i målgruppen for tilbudet til Seksjon for psykisk helse, og få av dem fikk oppfølging av seksjonen. En høy andel av brukerne var vurdert å ha utfordringer knyttet til psykisk helse. Kommune-revisjonen stiller spørsmål om tilbudet til brukere med ruslidelser og samtidige utfordringer knyttet til psykisk helse i Bydel Nordstrand var tilfredsstillende.

### **Samarbeid og samtykke**

Undersøkelsen tyder på at det var etablert et tilfredsstillende samarbeid mellom ulike tjenester til personer med ruslidelser i Bydel Alna.

Undersøkelsen tyder på at det ikke var etablert et tilfredsstillende samarbeid mellom bydelenes tjenester til personer med ruslidelser i Bydel Nordstrand: Det var i liten grad et formelt samarbeid mellom hjemmetjenesten, NAV og Seksjon for psykisk helse, til tross for at de ga tjenester til flere av de samme brukerne. Det syntes også som at det var mangelfull utveksling av informasjon om brukerne og om tjenesteytingen mellom involverte enheter. Det ga risiko for at den enkelte bruker ikke fikk et helhetlig, koordinert og forsvarlig tilbud etter behov.

Det var samarbeid mellom bydelene og spesialisthelsetjenesten som kunne bidra til et helhetlig og forsvarlig tilbud til brukerne i tråd med behov.

Undersøkelsen tyder på at NAV-kontorene hadde rutiner og system som skulle bidra til at samtykke ble innhentet. Fravær av dokumentasjon i brukerjournalene gjør det vanskelig å vurdere om de innhentet nødvendig samtykke.

Malene for samtykkeerklæring som ble lagt til grunn i NAV og hjemmetjenestene i de to bydelene og i Enhet for psykisk helse i Bydel Alna, gjenspeilet i liten grad kravene til et informert samtykke. Seksjon for psykisk helse i Bydel Nordstrand hadde ikke mal for samtykkeerklæring, men ga et eksempel på hvordan de innhentet samtykke fra brukerne. Dette var heller ikke tilfredsstillende.

### **Individuell plan, kriseplan, koordinator og brukermedvirkning**

Det var ikke tilfredsstillende dokumentasjon av om brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester hadde fått tilbud om individuell plan og av brukerens beslutning hvis tilbud var gitt. Ettersom en lav andel av brukerne i begge bydelene hadde individuell plan, stiller Kommunerevisjonen spørsmål om brukerne i tilstrekkelig grad fikk informasjon om og ble motivert til å ta imot dette tilbudet.

Undersøkelsen tyder på at det ikke ble utarbeidet kriseplan for alle brukere i NAV som hadde behov for dette, verken i Bydel Alna eller Bydel Nordstrand.

Undersøkelsen tyder på at både ruskonsulenter og booppfølgere/miljøterapeuter i NAV Alna og NAV Nordstrand fungerte som koordinator for brukerne, men rollen var sjelden formalisert. Fravær av en tydelig definert koordinator kan gi risiko for at brukerne med behov for langvarige og koordinerte tjenester ikke får et godt sammenhengende tilbud.

Undersøkelsen tyder på at begge bydelene la til rette for brukermedvirkning i tjenesteytingen.

## **7.2 Anbefalinger**

Kommunerevisjonen anbefaler at byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester og byråden for helse, eldre og innbyggertjenester i tillegg til oppfølging av de to bydelene, vurderer behovet for tiltak rettet mot øvrige bydeler.

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Alna og Bydel Nordstrand å iverksette tiltak for å sikre

- systematisk, helhetlig og oppdatert kartlegging av brukernes funksjonsnivå og situasjon
- eksplisitt vurdering av brukerens tjenestebehov på bakgrunn av kartlagte behov
- at det fattes vedtak om tjenester i tråd med kravene på de undersøkte områdene
- at samtykkeerklæring gjenspeiler kravene til et informert samtykke
- tilfredsstillende journalføring

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Alna og Bydel Nordstrand å vurdere tiltak for å sikre tilfredsstillende praksis knyttet til bruk av individuell plan, kriseplan og koordinator.

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Nordstrand å vurdere tiltak for å sikre

- at brukere med tunge ruslidelser og samtidige utfordringer knyttet til psykisk helse får et tilfredsstillende tilbud i bydelen
- et tilfredsstillende samarbeid mellom bydelens tjenester til personer med ruslidelser

## 8. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurderinger av disse

I det følgende oppsummerer Kommunerevisjonen vesentlige momenter i uttalelsene fra byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester, byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, Bydel Alna og Bydel Nordstrand og vurderer disse. Uttalelsene er i sin helhet lagt ved rapporten i vedlegg 4-7. Bydel Nordstrand kom i tillegg med enkelte presiseringer knyttet til informasjon om prosjektets hensikt i en egen e-post.

### 8.1 Byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester

#### 8.1.1 Byrådets uttalelse

Byråden skriver at informasjon om prosjektets hensikt har vært tilstrekkelig klar, og hadde ingen kommentarer til prosjektets metode eller revisjonskriterier.

Byråden mener at Kommunerevisjonens undersøkelse gjør at både byrådsavdelingen og bydelene har et godt utgangspunkt for å identifisere hvilke tiltak som er nødvendig å iverksette. Videre skriver byråden at det ikke bare er et mål å rette manglene i de undersøkte bydelene, men også å sikre at alle bydelene har systemer på plass for kartlegging, vurdering, tildeling og evaluering av tjenester og individuell oppfølging.

Byråden skriver at selv om det kan virke som brukerne i all hovedsak har fått de tjenestene som de har ønsket og hatt behov for, viser rapporten konkrete mangler og svakheter. Med bakgrunn i rapportens konklusjoner ser byråden at det er utfordringer knyttet til kartlegging, vurdering og tildeling/evaluering av tjenester, samarbeid og samtykke, og individuell plan/kriseplan og koordinator.

Byråden legger til grunn at bydelene Alna og Nordstrand vil redegjøre nærmere for konkrete tiltak og rutiner i sine uttalelser til Kommunerevisjonens rapport.

Byrådsavdelingen har under utarbeidelse *Oslostandard for rusfaglig arbeid* og *Oslostandard for booppfølging*, og det vil bli vurdert hvordan Kommunerevisjonens rapport kan følges opp i standarden for rusfaglig arbeid. Begge standardene vil bli ferdigstilt i 2021. Byråden legger til grunn at bydelenes oppfølging av personer med ruslidelser vil styrkes ytterligere fremover gjennom *Program for rusfeltet i Oslo 2020 – 2024*, som skal bidra til en operasjonalisering av byrådets russtrategi.

Byrådsavdelingen vil i løpet av høsten 2020 vurdere på hvilken måte rapporten kan inngå i dialogen med bydelene om videreutviklingen av det lokale rusfaglige arbeidet. Kommunerevisjonens rapport blir tema på et av de faste møtene byrådsavdelingen har med bydelsdirektørene høsten 2020.

Byrådsavdelingen har igangsatt et arbeid med å revidere rutinen *Fra institusjon til bolig*, med mål om at rutinen skal forankres i et forpliktende fellesskriv til bydelene og Velferdsetaten. Byrådsavdelingen vil også gi Velferdsetaten i oppdrag å utarbeide og holde oppdatert en felles mal for samtykke i henhold til gjeldende lovverk og krav.

Når det gjelder Kommunerevisjonens bemerkninger hvorvidt det i større grad bør fattes vedtak om tjenesten «opplysning, råd og veiledning» etter sosialtjenestelovens § 17, gjør byråden oppmerksom på at tjenestene det da kan fattes vedtak om ikke kan inneholde mer enn det NAV-kontoret har ansvar for etter sosialtjenesteloven. Dette gjelder også der kommunen har lagt flere tjenester til NAV-kontorene enn de som er regulert av sosialtjenesteloven.

Tjenester til personer med rusproblemer reguleres i utgangspunktet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Innbyggere med slike problemer kan i kortere eller lengre perioder ha behov for opplysning, råd og veiledning, som i henhold til sosialtjenestelovens formål kan bidra til å løse sosiale problemer. Det vurderes allikevel at den langvarige oppfølgingen av personer med rusproblemer ikke nødvendigvis er egnet for vedtak etter sosialtjenestelovens § 17, da oppfølgingen ofte vil være en kombinasjon av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Til spørsmålet om rapportens språkbruk skriver byråden at begrepet «personer med rusproblemer» er anvendt i russtrategien. Begrepet «ruslidelse» som benyttes i rapporten, er en mer medisinsk term, og oppfattes dermed som noe begrensende. Videre bemerker byråden at ruskonsulent er en stillingsbeskrivelse og ikke en tjeneste i seg selv, og at endringen fra institusjonsbaserte tilbud til hjemmebaserte tiltak ikke innebar endringer i bydelenes ansvarsforhold.

### **8.1.2 Kommunerevisjonens vurderinger**

Byråden varslar relevante tiltak til rapportens anbefalinger.

Byråden skriver at det kan virke som brukerne i all hovedsak har fått de tjenestene som de har ønsket og hatt behov for. Kommunerevisjonen vil påpeke at manglende systematisk kartlegging og journalføring hos de undersøkte bydelene har gjort det vanskelig å vurdere brukernes behov, og dermed også om de har fått de tjenestene de har hatt behov for.

Kommunerevisjonen er kjent med betingelsene for bruk av vedtak om tjenesten «opplysning, råd og veiledning» etter sosialtjenestelovens § 17. Kommunerevisjonen mener likevel det er grunn til å stille spørsmål ved om flere av brukerne burde fått vedtak om tjenesten *Opplysning, råd og veiledning*, ettersom tjenesten skal styrke den enkeltes mulighet til å mestre egen livssituasjon, og hjelp til selvhjelp er et grunnleggende prinsipp for tjenestens innhold. Slik Kommunerevisjonen ser det vil ikke langvarig behov for tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven nødvendigvis utelukke behovet for vedtak etter § 17.

Kommunerevisjonen ser at betegnelsen «rusproblem» kunne vært benyttet i stedet for «ruslidelse». I oppstartbrev og i møte med de reviderte har det blitt poengtert at undersøkelsen omfatter personer som får tjenester i bydelen, uavhengig av hvilke rusmidler de benytter og uavhengig av om de har fått diagnostisert en ruslidelse.

Kommunerevisjonen har gjort enkelte justeringer og presiseringer i rapporten for å tydeliggjøre ruskonsulenters rolle og bydelenes ansvar.

## 8.2 Byråden for helse, eldre og innbyggertjenester

### 8.2.1 Byrådets uttalelse

Byråden skriver at rapporten ved mottakelse i Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester ble omfordelt til Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester for uttalelse, da det er denne avdelingen som har oppfølging av tjenester på rusområdet. Byråden slutter seg til deres tilbakemelding på rapporten og har ingen ytterlige kommentarer.

### 8.2.2 Kommunerevisjonens vurderinger

Kommunerevisjonen legger til grunn at svaret fra byråden innebærer at tiltakene som byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester varsler, også vil omfatte brukeres behov for tjenester innenfor ansvarsområdet til byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, herunder tjenester til personer med ruslidelser i hjemmebaserte tjenester og psykiske helsetjenester.

## 8.3 Bydel Alna

### 8.3.1 Bydelens uttalelse

Bydelen uttaler at det har vært nyttig å få tilbakemelding og at det er satt fokus på forbedringsområder i tjenesten. Bydelen oppga at den tar rapporten til etterretning og at den vurderer og har igangsatt tiltak på flere områder utfra anbefalingene:

- Hjemmetjenesten vil endre sine kartleggingsverktøy og passe på at alle vedtakene har informasjon om tjenestens omfang.
- Enhet for psykisk helse hadde gjennomført en evaluering og utvikling av saksbehandling av nye søknader og revurdering av vedtak, og kartlegging og brukermedvirkning var sentralt i dette arbeidet.
- NAV rusteam hadde utarbeidet et nytt helhetlig kartleggingsskjema samt rutiner og systemer for å sikre at brukers behov blir tilstrekkelig systematisk kartlagt, vurdert og dokumentert.
- NAV har endret praksis og journalfører fortløpende og systematisk.
- NAV har tatt praksis knyttet til bruk av individuell plan, kriseplan og koordinator inn i den helhetlige kartleggingen, gjennomført opplæring og satt det som tema på fagmøter.
- Bydelen skriver at den mener ordningen med individuell plan bør evalueres, da svært mange brukere ikke ønsker å ha dette.
- Bydelen ønsker at standardskjemaene for samtykke forbedres.

Samtidig har bydelen enkelte innvendinger til blant annet undersøkelsens metode og data. Bydel Alna viser til at rusfeltet er komplekst. NAV Alna har opplevd det som noe utfordrende at de som har gjennomført revisjonen, ikke hadde forkunnskaper eller kjennskap til kommunens rusarbeid, og at bydelen dermed har brukt mye ekstra tid og ressurser. Enhet for psykisk helse oppga at den fikk svært kort tid på å forberede seg til møtet med Kommunerevisjonen, men at den fikk god informasjon i møtet. Videre skriver bydelen at utskrifter av journaler over korte perioder gir et lite helhetlig bilde av oppfølgingen av brukerne.

Ifølge bydelen hadde alle med vedtak om ukentlig oppfølging fra Enhet for psykisk helse fått tilbud om henvisning til tannhelsetjenesten. Personer som mottok oppfølging fra

rusteamet i NAV Alna, hadde også fått informasjon om og henvisning til tannhelse-tjenesten ved behov.

Til rapportens oppbygning påpeker bydelen at det hadde vært ønskelig med én rapport per bydel, alternativt et tydeligere skille mellom bydelene og de ulike tjenestene.

### **8.3.2 Kommunerevisjonens vurderinger**

Kommunerevisjonen merker seg at bydelen tar rapporten til etterretning og at den vil iverksette tiltak som vurderes som relevante for rapportens anbefalinger.

Kommunerevisjonen er enig i at rusfeltet er komplekst og omfattende. Revisjonen tar utgangspunkt i den enkelte bydels konkrete organisering og praksis. Mangelfull dokumentasjon i journalene økte behovet for relativt detaljerte beskrivelser av praksis fra informantene. Kommunerevisjonen har forståelse for at dette har vært ressurskrevende for bydelen. Forvaltningsrevisjonen er etter Kommunerevisjonens vurdering gjennomført av et prosjektteam med tilstrekkelig kunnskap både om rusområdet og relevante metoder.

Kommunerevisjonen hadde ikke lagt opp til at møtet med Enhet for psykisk helse skulle forandre forberedelser fra enhetens side. Kommunerevisjonen mener dette ble kommunisert i forkant av møtet, men vil på bakgrunn av bydelens tilbakemelding se om det kan gjøres enda tydeligere i forkant av fremtidige møter. Kommunerevisjonen fikk god informasjon om tjenesten i møtet.

Bydelen skriver at utskrifter av journaler over korte perioder gir et lite helhetlig bilde av oppfølgingen av brukerne. Kommunerevisjonen oppfatter at dette gjelder brukere av Enhet for psykisk helse. Journalføring i kortere perioder tjente som stikkprøver for å vurdere om brukerne fikk oppfølging i tråd med vedtak i det aktuelle tidsrommet. Kommunerevisjonen merker seg bydelens opplysning om at Enhet for psykisk helse og NAV Alna gir informasjon og tilbud om henvisning til tannhelsetjenesten ved behov. Kommunerevisjonen så imidlertid i liten grad spor i journalene av at brukernes behov for tannhelsetjenester var kartlagt.

Når det gjelder bydelens ønske om et tydeligere skille mellom bydelene i deler av rapporten, vil Kommunerevisjonen påpeke at der hvor rapporten ikke skiller mellom bydelene, er det fordi det gjelder områder der bydelene framsto som relativt like.

## **8.4 Bydel Nordstrand**

### **8.4.1 Bydelens uttalelse**

Bydelen skriver i uttalelsen at rapporten er nyttig fordi den gir en bekreftelse på at den må jobbe med tjenestene på tvers av tjenestesteder og at den i større grad må dokumentere arbeidet den gjør. Bydelen skriver videre at rapportens konklusjoner og anbefalinger var gjenkjennbare, og den varsler relevante tiltak til noen av anbefalingene.

Bydelen skriver at den er kjent med at samarbeidet på tvers av tjenestestedene må bedres for å ivareta brukernes behov, og varsler at den vil se nærmere på samarbeidet mellom avdelingene og eventuelt opprette et samarbeidsforum. Videre vil bydelen fra 1. oktober 2020 starte et ambulerende team på tvers av NAV og Seksjon for psykisk helse.

I tillegg hadde bydelen nettopp startet et Fact-team.<sup>3</sup> Disse tiltakene vil sikre samarbeidet mellom tjenestestedene og at brukerne får kompetent og tilpasset hjelp. Når dette er på plass, vil bydelen se på et samarbeid med avdeling for Mestring og omsorg for å få en helhetlig oppfølging av brukerne. Bydelen vil videre se på hvordan den dokumenterer jobben som utføres mot brukerne, og hvordan den kan sikre en kartlegging av brukerne uten at det går på bekostning av oppfølgingen. Dette vil gjøres i løpet av 2020.

Samtidig hadde bydelen enkelte innvendinger til rapporten. Bydelen skriver at revisjonskriteriene delvis var for generelle og oppga at ord som tilfredsstillende og evaluerende kunne tolkes og benyttes ulikt avhengig av kontekst. Videre oppgir bydelen at det ikke var avklart om undersøkelsen kun gjaldt brukere med samtidige rus- og psykiske lidelser eller samtlige brukere med rusutfordringer.

Bydelen skriver også at informantene under intervjuene opplevde manglende forståelse for hvordan de utførte sitt arbeid og hvordan de best mulig kunne ivareta brukergruppen. Bydelen opplever at utfordringene med den praktiske jobbingen med brukergruppen ikke ble vektlagt tilstrekkelig i rapporten og at det ikke i stor nok grad er tatt høyde for at brukere selv ikke ønsker å ta imot tjenester, bli kartlagt eller følges opp av flere instanser samtidig. Videre skriver bydelen at konklusjonen viser en manglende forståelse for at det i en bydel er ulike arbeidsområder, ulik bruk av dokumentasjonssystemer samt fagkunnskap knyttet opp mot en og samme bruker. Bydelen mener også at brukererfaringer ikke ble innhentet i tilstrekkelig omfang.

Bydelen hadde ønsket et tydeligere skille mellom bydelene i deler av rapporten og opplevde at det var unødige gjentakelser som vanskeliggjorde leseropplevelsen.

#### **8.4.2 Kommunerevisjonens vurderinger**

Kommunerevisjonen merker seg at rapportens konklusjoner og anbefalinger er gjenkjennbare for bydelen og at den vil iverksette tiltak som er relevante for enkelte av rapportens anbefalinger.

Kommunerevisjonen har benyttet autoritative kilder som sosialtjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og nasjonal faglig retningslinje fra Helsedirektoratet i utarbeidelse av revisjonskriteriene, og bydelen har også fått mulighet til å gi tilbakemelding på kriteriene forut for datainnsamlingen. Bydelen hadde ingen innvendinger til revisjonskriteriene.

Bydelen oppgir at det var uklarhet om undersøkelsens brukergruppe. Kommunerevisjonen viser til at det framgår av brevet til bydelen ved oppstart av forvaltningsrevisjonen, der det blant annet står at undersøkelsen omfatter personer med ruslidelser som får tjenester i bydelen, uavhengig av hvilke rusmidler de benytter og uavhengig av om de har fått diagnostisert en ruslidelse. Dette er også kommunisert i møter med bydelen.

---

<sup>3</sup> Fleksibelt aktiv oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam (FACT) er tverrfaglige og oppsøkende og yter langvarig oppfølging til mennesker med alvorlige psykiske lidelser i deres lokalsamfunn.

I intervjuene kom utfordringer ved arbeidet med brukergruppen opp ved flere anledninger. Intervjuguidene er utformet for å få informasjon om praksis opp mot de krav og føringer som gjelder på området. Informantene ble bedt om å ta utgangspunkt i egen arbeidshverdag når de svarte på spørsmålene. Som i alle forvaltningsrevisjoner, ble referatene fra intervjuene verifisert av dem vi snakket med. Informantene fikk tilføye dersom de mente det var noe viktig vi ikke hadde fanget opp eller korrigere dersom vi hadde misforstått noe. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål der vi oppfattet at noe kunne være uklart.

Bydelen opplever at utfordringene med den praktiske jobbingen med brukergruppen ikke ble vektlagt. Kommunerevisjonen forstår at det er en krevende brukergruppe. Kommunerevisjonen mener dette blant annet fremkommer i kapittel 3.2 og 4.2. Det at brukere ikke ønsker å kartlegges eller ta imot tjenester kan gjøre kartleggingsarbeidet mer krevende. Kommunerevisjonen mener dette stiller ekstra krav til systematikk i bydelens arbeid. Undersøkelsens problemstilling har vært om bydelene arbeider systematisk med å sikre at personer med ruslidelse får et tilbud i tråd med sine behov, og det er også dette som er viet størst plass i rapportens konklusjon.

Bydelen opplevde manglende forståelse for at det i bydelene er ulik bruk av dokumentasjonssystemer for en og samme bruker. Forvaltningsrevisjonen følger brukerne i de tre tjenestenes dokumentasjonssystemer. Slik Kommunerevisjonen ser det, vil ulik bruk av dokumentasjonssystem og fagkunnskap øke behovet for helhetlige og oppdaterte kartleggingsdokumenter og godt samarbeid på tvers av tjenestene, jf. rapportens anbefalinger.

Det er viktig for Kommunerevisjonen å få brukere i tale. Bydelen fikk etter avtale én måned på å gjøre intervjuavtaler med utvalgte brukere på Kommunerevisjonens vegne. Kommunerevisjonen foreslo også å møte brukere sammen med booppfølgerne dersom det var vanskelig å skaffe egne intervjuavtaler. Kommunerevisjonen var fleksibel med hensyn til møtetid og møtested, men merker seg at det likevel var vanskelig å få til intervjuavtaler. Kommunerevisjonen har snakket med en rekke bruker- og pårørendeorganisasjoner og aktører bydelene samarbeidet med, for å få deres erfaringer med bydelenes tjenester.

Bydelen varsler relevante tiltak til enkelte av anbefalingene i rapporten. Bydelen varslet ikke tiltak til anbefalingene om:

- å fatte vedtak om tjenester i tråd med kravene
- at samtykkeerklæring gjenspeiler kravene til et informert samtykke
- individuell plan, kriseplan og koordinator.

Når det gjelder samtykkeerklæring oppfatter Kommunerevisjonen at dette er dekket av byrådets tiltak omtalt i 8.1.

## Referanser

Her lister Kommunerevisjonen opp sentrale dokumenter som er vist til i rapporten. Dette er ikke en fullstendig oversikt over det kildematerialet som er benyttet.

### a) Referanser fra Oslo kommune

Byrådssak 158/28 *Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo*. Behandlet av bystyret 14. november 2018, sak 350

FOR-2015-03-04-198: Forskrift om tildeling av kommunal bolig, Oslo, med hjemmel i LOV-1992-09-25-107 § 6 (kommuneloven)

Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid: *Tildelingsbrev til bydelene for 2019*

Velferdsetaten, 2017: *Kvalitetshåndbok for sosiale tjenester*

Velferdsetaten, 2019: *Helhetlig russtatistikk Oslo kommune 2018/2019*

### b) Eksterne referanser

LOV 2009-12-18-131: Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)

LOV-2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

LOV-1967-02-10: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

LOV-1999-07-02-63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

LOV-2017-12-15-107: Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)

FOR-2003-06-27-792: Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene

FOR-2010-11-19-1462: Forskrift om individuell plan i NAV

Helsedirektoratet, 2011: *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser, Sammensatte tjenester – samtidig behandling*.

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

### Tabelloversikt

Tabell 1 Antall fastleger i spørreundersøkelsen.....	74
Tabell 2 Omfang og kjennetegn ved kartlagte personer med ruslidelser som fikk tjenester i bydelene i Oslo i 2019.....	76

## Vedlegg 1: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger Kommunerevisjonen legger til grunn for sine vurderinger. Revisjonskriteriene blir utledet fra autoritative kilder, i tråd med *Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001)*.

Denne forvaltningsrevisjonen har følgende hovedproblemstilling:

*Arbeider bydelene systematisk med å sikre at personer med ruslidelser får et tilbud i tråd med sine behov?*

### **Bakgrunn**

Byrådets strategiske plan for rusfeltet ble vedtatt av bystyret 14. november 2018. Målet med planen er at færre innbyggere utvikler rusproblemer, og at innbyggere med rusproblemer skal få bistand ut fra sine behov til å leve et meningsfylt liv. Tjenester til personer med ruslidelser skal bidra til flere friske leveår og redusere negative konsekvenser av rusproblemer for den enkelte, for familien og for samfunnet. Videre står det i planen at redusert livskvalitet, manglende utdanning, arbeid og inntekt, sosial isolasjon og for tidlig død er blant de mest alvorlige følgene av rusproblemer. For å øke livskvaliteten for personer med rusproblemer vil byrådet føre en politikk som i større grad bidrar til meningsfulle aktiviteter og sysselsetting, lønnet arbeid og mindre sosial isolasjon gjennom bruk av sosialt entreprenørskap, innovasjon og samskaping. Byrådet vil vri innsatsen fra institusjonsbaserte tilbud til helseorientert hjelp med vekt på hjemmebaserte tiltak i lokalmiljøet, egen bolig med oppfølging og tiltak som understøtter folks ressurser og egeninnsats. Somatiske, psykiske og rusrelaterte helseforhold må i større grad ses i sammenheng.

### Grunnleggende krav til tjenester til personer med ruslidelser

De kommunale tjenestene til personer med ruslidelser er blant annet underlagt lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven), lov om sosiale tjenester i NAV (sosialtjenesteloven) og pasient- og brukerrettighetsloven.

Formålet i helse- og omsorgstjenesteloven (§ 1-1) er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, lidelse og nedsatt funksjonsevne, arbeide for å fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, forebygge sosiale problemer, sikre at den enkelte får tilbud om å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, samt sikre samhandling.

Formålet i sosialtjenesteloven (§ 1) er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.

Formålet i pasient- og brukerrettighetsloven (§ 1-1) er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Velferdsetaten har utarbeidet *Kvalitetshåndbok for sosiale tjenester*. Boken har som mål å kvalitetssikre de sosiale tjenestene som Oslo kommune yter til byens befolkning. Den skal være et verktøy ved opplæring av nyansatte og et oppslagsverk for kontroll av egne

rutiner. I kapittel 5 *Særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige* (side 34) står det at kommunen skal sørge for at personer med rusproblemer får et helhetlig tjenestetilbud, og at i Oslo kommune er det bydelenes NAV-kontor som har dette ansvaret.

I alle lover nevnt ovenfor er det også krav om at tjenestene skal være *forsvarlige*. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. De er ikke rettslig bindende, men retningsgivende og uttrykker god praksis (Helsedirektoratet, 2011 og 2014).

Nedenfor følger kriterier og utledningen av disse fra kildene nevnt ovenfor. Kriteriene er knyttet til sentrale elementer i tilbudet til personer med ruslidelser som kommunen skal sørge for. Følgende kilder er referert til i utledningen av revisjonskriteriene, i tillegg til noen dokumenter fra Oslo kommune:

- LOV 2009-12-18-131: Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)
- LOV-2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV-1967-02-10: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- LOV-1999-07-02-63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- LOV-2017-12-15-107: Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)
- FOR-2003-06-27-792: Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene
- FOR-2010-11-19-1462: Forskrift om individuell plan i NAV
- Helsedirektoratet (2011): Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser, Sammensatte tjenester – samtidig behandling.
- Helsedirektoratet (2014): Sammen om mestring, Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

### **Kartlegging av brukers behov i forkant av tildeling av tjenester**

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-1 første og andre ledd:

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

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne

§ 3-2 nr. 4. og 6. bokstav a og b:

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

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

a. helsetjenester i hjemmet,

b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og

§ 4-1 første ledd bokstav a-d:

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

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

Også sosialtjenesteloven omtaler krav til forsvarlighet (§4): «Tjenester som ytes etter denne loven skal være forsvarlige».

#### Forvaltningsloven

##### § 17 første ledd første punktum:

Forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

I Helsedirektoratet (2011, side 75) står det at kommunens ansvar omfatter følgende:

kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester, herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene med mer  
ruskartlegging og psykososial oppfølging

Videre står det i retningslinjene at alle kommuner skal ha rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Retningslinjene har en rekke *anbefalinger*, herunder blant annet følgende knyttet til kartlegging:

- I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy.
- Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet, har rusmiddelproblemer, må psykisk helse kartlegges.
- Somatisk utredning, inklusiv utredning av tannhelse, skal gjøres spesielt med tanke på de sykdommene som personer med ulike typer rusmiddelbruk er mest utsatt for å få.
- Det bør gjøres en kartlegging av personens bosituasjon, familie og nettverk, økonomi, ernæring, helse og eventuelt kriminalitet.
- Det bør gjøres en kartlegging av personens erfaring og motivasjon for utdanning og arbeid i tillegg til funksjonsevne og mestring.

Kommunerevisjonen legger følgende revisjonskriterier til grunn:

- Bydelen bør benytte anerkjent verktøy i kartlegging av personer med ruslidelser.
- Bydelen skal kartlegge brukers funksjonsnivå og vurdere behov for tjenester.
- Bydelen bør benytte kvalifisert bemanning i kartlegging av personer med ruslidelser.

#### **Tildeling av tjenester til brukerne**

##### *Saksbehandling – enkeltvedtak*

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

Sosialtjenesteloven

§ 41 første og andre ledd:

Forvaltningsloven gjelder med de særregler som er fastsatt i loven her.

Avgjørelser om tildeling av sosiale tjenester skal regnes som enkeltvedtak.

## Helse- og omsorgstjenesteloven

### § 2-2

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven)

### § 2-7 andre ledd

For vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c, 3-6 og 3-8, som forventes å vare lenger enn to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særlige bestemmelsene som følger av loven her. Tilsvarende gjelder for vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a.

## Forvaltningsloven

### § 11

Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold.

Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det forvaltningsorganet som mottok henvendelsen, snarest mulig gi et foreløpig svar. I svaret skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og såvidt mulig angis når svar kan ventes. Foreløpig svar kan unnlates dersom det må anses som åpenbart unødvendig.

I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis foreløpig svar etter annet ledd dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt.

### § 23

Et enkeltvedtak skal være skriftlig om ikke dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet.

### § 24 første ledd:

Enkeltvedtak skal grunngis. Forvaltningsorganet skal gi begrunnelsen samtidig med at vedtaket treffes.

### § 27 tredje ledd:

I underretningen skal videre gis opplysning om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåte ved klage, samt om retten etter § 18, jfr § 19 til å se sakens dokumenter

### § 28 første ledd:

Enkeltvedtak kan påklages av en part eller annen med rettslig klageinteresse i saken til det forvaltningsorgan (klageinstansen) som er nærmest overordnet det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket (underinstansen).

Kommunerevisjonen legger følgende revisjonskriterier til grunn:

- Bydelen skal fatte enkeltvedtak om tildeling av tjenester der kartleggingen gir grunnlag for dette.

### *Tjenester etter behov*

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)

### § 17

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

§ 15

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.

§ 27

Kommunen er forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv.

§ 18

De som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad.

Stønadene bør ta sikte på å gjøre vedkommende selvhjulpne.

§ 29 første og andre ledd

Kvalifiseringsprogram gjelder for personer mellom 18 og 67 år med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold etter folketrygdloven eller arbeidsmarkedsloven.

Rett til kvalifiseringsprogram forutsetter at søkeren har gjennomgått en arbeidsevnevurdering og at tett og koordinert bistand gjennom deltakelse i programmet vurderes som hensiktsmessig og nødvendig for å styrke vedkommendes mulighet for deltakelse i arbeidslivet.

### Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-3 første og tredje ledd

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

§ 3-7

Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.

### Forskrift om tildeling av kommunal bolig i Oslo kommune

Fastsatt av bystyret i Oslo 7. mai 2003 med hjemmel i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

§ 6

Søker må antas å kunne mestre bosituasjonen og forpliktelser knyttet til denne, eventuelt ved hjelp av tilgjengelige botrenings-, booppfølgings- eller lignende hjelpetiltak.

Hjelpetiltak som anses nødvendige for at søker skal kunne mestre bosituasjonen, skal spesifiseres og forelegges søker til uttalelse og godkjenning, før de tas inn som vilkår i et positivt vedtak.

Aksepterte hjelpetiltak skal danne grunnlag for en samarbeidsavtale mellom søker og kommunen.

Dersom søker ikke ønsker å benytte seg av tilbudte hjelpetiltak som anses å være nødvendige for å mestre bosituasjonen, skal søknaden avslås.

I Helsedirektoratets faglige retningslinje (2011) står det at kommunens ansvar omfatter

- forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk og psykososial habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg)
- fremskaffing av bolig og oppfølging i bolig
- sosial eller arbeidsrettet aktivisering
- arbeid med individuell plan
- generell oppfølging og veiledning
- henvisning til behandling

Videre står det i Helsedirektoratets retningslinjer i anbefaling 74:

Det bør tilbys meningsfulle aktiviteter i samsvar med den enkeltes behov. Om mulig bør disse gjøres yrkesrettede.

I Helsedirektoratets veileder (2014) står følgende om oppfølgingstjenester i bolig og nærmiljø (side 41):

Oppfølgingstjenester i bolig og nærmiljø spenner over et bredt spekter av helse-, omsorgs- og velferdstjenester som råd og veiledning, praktisk bistand til dagliglivets gjøremål, ivaretagelse av boligen, deltakelse i arbeid og fritidsaktiviteter eller økonomihåndtering. Tjenestene må ta utgangspunkt i den enkeltes behov, og legge til rette for at brukeren tar aktivt del i prosessen med å skape trivsel og opprettholde sin egen bo- og livssituasjon.

I tildelingsbrev 2019 til bydelene står blant annet følgende:

Bydelene må fortsette å utvikle sine ordinære tjenester for i større utstrekning å kunne bosette og følge opp personer som i dag har opphold i Velferdsetatens institusjoner, når innsatsen fremover skal omstilles i retning av oppfølging i trygge, permanente boliger. Oppfølgingen må skje slik at også bo- og nærmiljøet ivaretas.

Bydelene skal bidra til vridningen fra institusjonsbaserte tjenester til helseorientert hjelp med vekt på hjemmebaserte tiltak i lokalmiljøet. Det forventes at bydelene legger til rette for at personer med rusproblemer deltar i aktiviteter og arbeid for å skape en meningsfull tilværelse og oppleve tilhørighet i et sosialt fellesskap.

Booppfølging skal gis for å bidra til at personer med rusproblemer klarer å beholde boligen sin og slik at bo- og nærmiljøet ivaretas. Økte midler til desentraliserte tiltak skal anvendes slik at flere får dekket behovet for tjenester der de bor, og i mindre grad trenger å oppsøke lavterskeltjenester i sentrum.

Alle bydelene fikk i 2019-budsjettet særskilte tildelinger knyttet til rusoppfølging, jf. Grønt hefte.<sup>4</sup> Tildelingene var blant annet til følgende tiltak:

- Booppfølgingstiltak – tildelingen gjaldt opptrapping av midler til booppfølging.
- Statlig styrket rusomsorg – I 2016 startet en betydelig opptrapping av statlig tildeling av midler til brukere i rusomsorgen.
- Desentraliserte rustiltak i bydelene – tiltak for å opprette tilbud i bydelene for å redusere utfordringer i Oslo sentrum.
- Ruskonsulent for unge i hver bydel.

Kommunerevisjonen legger følgende revisjonskriterium til grunn:

- Brukerne skal få tilbud om tjenester i tråd med hjelpebehovet.

#### *Evaluering av tjenestetilbudet*

---

<sup>4</sup> Grønt hefte 2019 – Vedtatt budsjett – Særskilte tildelinger F04 Sosiale tjenester og økonomisk sosialhjelp.

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

Både sosialtjenesteloven § 4 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd angir at «tjenestene som ytes etter loven skal være forsvarlige».

Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-1 tredje ledd

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

I Kvalitetshåndbok for sosiale tjenester står følgende om evaluering (s. 43):

Evalueringen av tjenestetilbudet skal skje kontinuerlig i samarbeidet mellom brukeren og koordinatoren, slik at endringer fanges opp og tilbudet kan korrigeres underveis. Det bør ved avtalt tidspunkt gjøres en større evaluering av tjenestetilbudet og plandokumentet.

I tildelingsbrev 2019 til bydelene står blant annet følgende:

Undersøke og dokumentere livskvalitet hos brukere som får oppfølging for rusproblemer, inngår som et tiltak i russtrategien.

Kommunerevisjonen legger følgende revisjonskriterier til grunn:

- Bydelen skal evaluere tilbudet for å fange opp eventuelle endrede behov.

**Koordinering og samarbeid internt og eksternt**

Mange brukere har behov for tjenester fra ulike enheter i kommunen og andre instanser. Forsvarlighetsplikten krever at tjenestene må tilrettelegges slik at den enkelte bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

Ifølge både helse- og omsorgstjenesteloven og sosialtjenesteloven 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.

Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-4 første ledd:

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

§ 4-1 første ledd bokstav a:

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

§ 3 første ledd første og andre strekpunkt:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 12-1 første, andre og tredje ledd

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 209.

Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning.

Opplysninger til andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 kan bare gis når dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter loven her, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

## Sosialtjenesteloven

### § 13 første, andre og tredje ledd

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer som har betydning for at formålet med loven blir oppnådd.

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal samarbeide forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse oppgavene som den er pålagt etter denne loven. (...)

Blir det påvist mangler ved de tjenester som andre deler av forvaltningen skal yte til personer med et særlig hjelpebehov, skal kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen om nødvendig ta opp med andre sektorer og saken med rette vedkommende. Er det uklarhet eller uenighet om hvor ansvaret ligger, skal kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen søke å klargjøre forholdet.

### § 44 første, andre og tredje ledd

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for kommunen etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 209.

Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om en tjenestemottakers oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til kommunen.

Opplysninger til andre forvaltningsorganer, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, kan bare gis når dette er nødvendig for å fremme kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningens oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

## Forvaltningsloven

### § 13 første ledd punkt 1

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

- 1) noens personlige forhold

I Helsedirektoratets veiledning gis det flere anbefalinger knyttet til samarbeid, blant annet at samarbeid mellom nivåer og innenfor nivåer bør skje gjennom samarbeidsavtaler som må formaliseres. Videre at det bør utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpersoner.

Samarbeid mellom nivåer og innenfor nivåer bør skje gjennom samarbeidsavtaler som må formaliseres. For den enkelte person er det individuelt plan som presiserer samarbeidet. Det bør utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpasienter (anbefaling 89).

Kommunenes rus og psykiatriplaner bør omtale hvordan kartlegging og oppfølging av pasienter med ROP-lidelser skal gjennomføres, samt rutiner for samhandling (anbefaling 90).

Kartleggingsresultatet skal etter samtykke, følge personen for å unngå unødvendige gjentakelser (anbefaling 11)

Samtykket må spesifikt angi hvilke opplysninger som kan deles, og hvem de kan deles med for å møte kravene til et informert samtykke. Bydelen må kunne dokumentere at brukerne har gitt sitt samtykke til samarbeid og utveksling av informasjon. (Helsetilsynet)

Kommunerevisjonen legger følgende revisjonskriterier til grunn:

- Det skal være tilfredsstillende samarbeid internt i bydelen, herunder med fastleger, og mellom helse- og omsorgstjenesten, psykisk helsearbeid og sosialtjenesten, slik at den enkelte bruker er sikret et helhetlig og forsvarlig tilbud etter behov.
- Det skal være tilfredsstillende samarbeid med spesialisthelsetjenesten, slik at den enkelte bruker er sikret et helhetlig og forsvarlig tilbud etter behov.
- Bydelen skal inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten.
- Bydelen skal innhente brukerens samtykke for å utveksle taushetsbelagt informasjon ved behov.

### **Individuell plan og kriseplan**

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Gjennom samhandlingsreformen er hovedansvaret for at det blir utarbeidet en individuell plan, lagt til kommunen. Individuell plan vil for mange være et viktig redskap for brukermedvirkning, men også for å gjøre ansvars- og oppgavefordelingen mellom behandlings- og oppfølgingstiltak koordinerte og mer oversiktlige. Dersom enkelte brukere ikke ønsker individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester.

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

Sosialtjenesteloven

§ 28 første, andre og tredje ledd

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med tjenestemottakeren, jf. § 42.

Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. (...)

Det er kommunen som har ansvaret for at det utarbeides en individuell plan.

Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 7-1 første og andre ledd

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

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

§ 7-2 første ledd

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen

## § 7

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- a) en oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester,
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c) en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- d) en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h) tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater. Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

Tjenester som kommunen yter, skal være forsvarlige, jf. sosialtjenesteloven § 4 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Risikoen for tilbakefall og akutt forverring er betydelig for mange i denne gruppen. For brukere som trenger en slik type plan, må den inneholde konkret informasjon om hvordan kommunen og andre instanser skal samhandle i krisesituasjoner. Beskrivelse av varselsymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes (fastlege, sykehusavdeling, telefonnummer, ev. navn) må utformes i samarbeid med brukeren og med enheter som kan bli involvert, som for eksempel fastlegen og spesialisthelsetjenesten (Helsetilsynet, 2017<sup>5</sup>). Kriseplan bør inngå i en individuell plan. Det er ikke krav om et eget dokument, men aktuelle opplysninger må foreligge samlet.

Ifølge Helsedirektoratet (2014) er det ikke lovpålagt å etablere ansvarsgruppe, men det anbefales som en god arbeidsform når det er flere tjenesteytere som er involvert og det er behov for å koordinere innsatsen rundt den enkelte bruker.<sup>6</sup> Ansvarsgruppen, som består av brukeren, eventuelt pårørende og de sentrale tjenesteyterne, har som oppgave å planlegge, følge opp og samordne innsatsen fra de involverte tjenestene. Den bør klargjøre rolle- og oppgavefordeling mellom deltakerne i gruppen. Hvis det foreligger en individuell plan, bør den være utgangspunkt for arbeidet i ansvarsgruppen.

Kommunerevisjonen legger følgende revisjonskriterier til grunn:

- Bydelen skal informere brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester om retten til individuell plan. Det bør dokumenteres at slik informasjon er gitt, samt brukerens beslutning.

<sup>5</sup> Helsetilsynet, Internserien 2/2017: Veileder for landsomfattende tilsyn 2017 og 2018 med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse.

<sup>6</sup> Helsedirektoratet, 2014: Sammen om mestring, Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

- Bydelen skal utarbeide individuell plan til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, som selv ønsker dette.
- Bydelen bør ved behov utarbeide kriseplan for brukere med sammensatte, alvorlige og langvarige rusproblemer.
- Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få tilbud om koordinator.

### **Brukermedvirkning**

Ifølge Helsedirektoratet (2011) er det overordnede målet med brukermedvirkning at brukere skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene – både på individuelt nivå og på systemnivå. En forutsetning for forsvarlige tjenester er at pasienter og brukere skal få anledning til å medvirke. Reell brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning eller er bruker av tjenester, deltar i beslutningsprosesser på like vilkår, slik at brukerens ulike oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud. Brukermedvirkning er viktig i alle ledd, fra kartlegging og vurdering, til tildeling og oppfølging av tjenestene.

### Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

#### § 3-10 første, andre og tredje ledd

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

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

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

#### Sosialtjenesteloven

##### § 14

Kommunen bør samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen.

##### § 17

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

##### § 42

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med tjenestemottaker. Det skal legges stor vekt på hva vedkommende mener.

#### Pasient- og brukerrettighetsloven

##### § 3-1 første, andre, tredje og fjerde ledd

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og

forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (...)

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

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

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

#### § 3-2 første og åttende ledd

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

I Helsedirektoratets retningslinjer (2011) er det flere anbefalinger knyttet til brukermedvirkning:

Behandlingsplan og målsetting om behandling skal utarbeides i samarbeid med brukeren (anbef. 4)

Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging når brukeren ønsker det (anbef. 5).

Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvalitet bedres (anbef. 37).

Kommunerevisjonen legger følgende revisjonskriterier til grunn:

- Bydelen skal legge til rette for brukermedvirkning.

## Vedlegg 2: Metode

### **Generelt om FR metode**

De sentrale elementene i prosjektets gjennomføringsmodell bygger på *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001). Standarden angir god kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon. Med utgangspunkt i temaer og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utleder vi relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegger og beskriver vi de undersøkte virksomhetenes systemer, praksis eller resultater på aktuelle områder. Faktabeskrivelsen blir så vurdert med utgangspunkt i revisjonskriteriene, med vekt på avvik og sammenfall. Dette leder fram til konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

### **Beskrivelse av prosjektgjennomføring**

Undersøkelsen er gjennomført som en dybdeundersøkelse i to utvalgte bydeler: Bydel Alna og Bydel Nordstrand. Ved utvelgelsen av disse to la vi blant annet vekt på om bydelene hadde vært omfattet i øvrige forvaltningsrevisjoner de siste årene, og geografisk spredning.

Prosjektet ble vedtatt i kontrollutvalgets møte 28. august 2019 (sak 71). Prosjektet ble formelt startet ved utsendelse av oppstartsbrev 30. oktober 2019 til Bydel Alna og Bydel Nordstrand, med kopi til Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid.

Det ble gjennomført oppstartsmøte 11. november 2019 med representanter for Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid, Bydel Alna og Bydel Nordstrand.

Utkast til revisjonskriterier ble 2. desember 2019 sendt byrådsavdelingen og de to bydelene, med mulighet for å komme med innspill eller kommentarer til utkastet. Vi mottok enkelte kommentarer fra byrådsavdelingen og tok i stor grad hensyn til disse.

Datainnsamlingen ble i hovedsak gjennomført i perioden desember 2019 til mars 2020. På slutten av datainnsamlingen inntraff covid-19. Noe av datainnsamlingen gjensto, og for ikke å belaste bydelene for mye i den vanskelige situasjonen de da var i, reduserte vi noe på omfanget av innhentede dokumenter – spesielt i hjemmetjenestene og Psykisk helse – det vil si at vi ba om færre vedtak og kartlegginger av brukerne.

Undersøkelsesperioden omfattet en lengre periode. Mange av brukerne hadde fått tjenester i bydelen i mange år. I mappegjennomgangen så vi derfor på journalføringer for den enkelte bruker fra de ble registrert ved tjenesten. Spesielt når det gjaldt kartlegging og vurdering av behov, var det nødvendig å se tilbake for å få et bilde av hva som var gjort. Når det gjaldt praksis knyttet til oppfølging av brukerne, så vi mest på 2019.

Utkast til faktabeskrivelse ble sendt til bydelene Alna og Nordstrand 24. april 2020. Tilbakemeldingene fra begge bydelene ble mottatt 8. mai 2020, med unntak av de to enhetene for psykiske helse i begge bydelene – her fikk vi tilbakemeldingene 13. mai.

Det ble avholdt en forhåndspresentasjon av Kommunerevisjonens vurderinger 18. juni 2020. Representanter fra bydelene Alna og Nordstrand og Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid deltok.

Byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester, byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, Bydel Alna og Bydel Nordstrand fikk rapporten til uttalelse 12. august 2020. Det er gjort enkelte endringer i rapporten på bakgrunn av uttalelsene og som følge av korrektur.

### **Metode for datainnhenting**

Undersøkelsen er basert på informasjon samlet inn gjennom intervjuer, mappe- og dokumentgjennomgang og en elektronisk spørreundersøkelse.

#### Intervjuer

Vi har gjennomført følgende intervjuer, de aller fleste som enkeltintervju:

##### *Bydel Alna*

- NAV: avdelingsleder og fagansvarlig i rusteamet, to ruskonsulenter, to miljøterapeuter og én erfaringskonsulent
- *Hjemmetjenesten*: lederen av hjemmetjenesten, to hjemmesykepleiere og én helsefagarbeider i praktisk bistand
- *Enhet for psykisk helsearbeid*: leder av tjenesten og fagansvarlig
- *Spesialisthelsetjenesten*: fungerende seksjonsleder ved seksjon for akutte og ambulante tjenester (SAAT) ved DPS Groruddalen og teamleder ved avdeling for rus og avhengighet (ARA) Groruddalen

##### *Bydel Nordstrand*

- NAV: leder av rusteamet, tre ruskonsulenter, to bo-oppfølgere, én mottakskonsulent og én tiltakskonsulent
- *Hjemmetjenesten*: stabs- og seksjonsleder ved tjenesten, tre hjemmesykepleiere, en helsefagarbeider og én assistent i praktisk bistand
- *Seksjon for psykisk helse*: seksjonsleder
- *Spesialisthelsetjenesten*: enhetsleder ved Psykiatrisk avdeling og enhetsleder ved Ambulant psykoseenhet ved Søndre Follo DPS, og enhetsleder ved Ruspoliklinikk Mortensrud (Rupo).

Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer. Det innebærer at vi hadde utformet hovedspørsmålene på forhånd og at vi stilte oppfølgingsspørsmål der dette ble vurdert som nyttig eller nødvendig underveis. Informantene hadde også anledning til å fortelle fritt om forhold de anså som relevante innenfor temaene som ble dekket i intervjuene.

Referatene fra intervjuene er verifisert av de aktuelle informantene.

#### *Brukere med ruslidelser*

Vi ønsket i utgangspunktet å snakke med fem brukere med ruslidelser som fikk oppfølging, ved hvert av de to NAV-kontorene. Vi valgte selv ut brukerne, som var blant dem vi hadde gjennomgått journalene til. Gjennomgangen av brukerjournaler er videre beskrevet under. Vi sendte forslag til de to NAV-kontorene om de brukerne vi ønsket å snakke med, og ba om tilbakemelding dersom det var enkelte av dem vi av ulike årsaker ikke burde intervjuer. Vi fikk ingen tilbakemeldinger om det. NAV skulle kontakte brukerne for oss og avtale sted og tidspunkt for intervjuene. Vi hadde gitt beskjed om at vi kunne møte brukerne stort sett der de ønsket – hos NAV, hjemme hos dem, på arbeid, et sted ute eller per telefon, og vi kunne møte dem både på dag- og kveldstid. NAV Alna fikk

avtale med alle fem brukerne, men én av dem trakk seg. NAV Nordstrand fikk avtale med én av brukerne – ifølge kontoret var det én bruker som ikke ønsket å snakke med oss, mens NAV ikke fikk kontakt med de tre andre. Vi ba NAV Nordstrand vurdere om det var noen av de andre brukerne vi hadde gjennomgått journalene til, som kunne være aktuelle, men vi fikk ikke flere intervjuavtaler. Det ble gjennomført fire brukerintervjuer ved NAV Alna og ett ved NAV Nordstrand.

#### *Brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og andre samarbeidspartnere*

Vi har hatt telefonintervjuer og/eller møter med Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN), Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), 24SJU, Jobben – Frelsesarmeen, Pasient- og brukerombudet, Sosial ambulant akuttjeneste (SAA), Prindsen Mottakssenter og Velferdsetaten.

#### Gjennomgang av brukerjournaler

Vi ønsket å gjennomgå journalene i Fasit, Gobo og Gericatil ca. 10–12 brukere med ruslidelser registrert ved NAV Alna og NAV Nordstrand. Vi ba kontorene om å få en oversikt over alle personer med ruslidelser som var registrert i NAV på undersøkelsestidspunktet høsten 2019, med unntak av de som var i heldøgnsinstitusjon i Velferdsetaten, i spesialisthelsetjenesten eller i fengsel.

#### *Bydel Alna – valg av brukere*

Ifølge BrukerPlan 2019 hadde bydelen 206 personer med ruslidelser. Av disse var 76 prosent vurdert å ha både rus- og psykiske lidelser, mens 24 prosent hadde rene ruslidelser. Vi mottok en Excel-oversikt over Fasit-identene til alle personer som ble fulgt opp av ruskonsulent i NAV Alna, til sammen 128 personer. Av disse oppholdt 28 personer seg i institusjon – hos Velferdsetatens eller andre.

Vi trakk et tilfeldig utvalg på sju personer blant de hundre brukerne som hadde ruskonsulent i NAV. I tillegg fikk vi Fasit-identene til de fem personene med ruslidelser som sist var bosatt i bydelen. Vi gjennomgikk brukerjournal i Fasit for disse tolv personene. Ingen av dem hadde vedtak om hjemmesykepleie eller praktisk bistand på undersøkelsestidspunktet. Én bruker ble fulgt opp av Psykisk helse.

Hjemmetjenesten i Bydel Alna hadde ikke et register i Gericatil over brukere med ruslidelser som fikk hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Vi ba derfor om å få Gericatidenten til sju brukere med en kjent ruslidelse som hadde vedtak om hjemmesykepleie, eventuelt også praktisk bistand. Vi gjennomgikk deretter brukerjournal i Gericatil for de sju brukerne. Ingen av disse sju brukerne hadde ruskonsulent. Én av dem ble fulgt opp av Psykisk helse.

#### *Bydel Nordstrand – valg av brukere*

Ifølge BrukerPlan 2019 hadde bydelen 145 personer med ruslidelser. 125 av dem var registrert av NAV, de øvrige av helse- og omsorgstjenesten.

NAV Nordstrand ga oss en liste på 43 personer. På forespørsel om differansen mellom denne listen og brukerne i BrukerPlan 2019, oppga NAV at de hadde hatt en del brukere med ruslidelser som hadde flyttet og som ikke lenger tilhørte bydelen. Videre var noen i fengsel eller i heldøgns behandling. I tillegg var det noen hvor oppfølgingen var opphørt fordi brukerne ikke lenger ønsket oppfølging, og de ble da satt inaktive i Fasit, oppga lederen av rusteamet.

Med utgangspunkt i listen med 43 brukere i NAV trakk vi tilfeldig ut seks brukere. I tillegg ba vi om å få Fasit-identen til de fem siste brukerne med ruslidelser som var bosatt i bydelen etter opphold i Velferdsetatens institusjoner.

Hjemmetjenesten hadde ikke en samlet oversikt over brukere med ruslidelser som fikk hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Vi ba derfor om å få Gerica-identer for fem brukere med kjent ruslidelse som hadde vedtak om hjemmetjenester. Fire av dem var også registrert i Fasit. Videre var det to av de fem brukerne som også hadde vedtak om oppfølging av Seksjon for psykisk helse.

Vi gjennomgikk brukerjournaler i Fasit, Gerica og Gobo for til sammen 15 brukere – 11 brukere i NAV og 5 brukere av hjemmetjenesten, herav 2 som også hadde vedtak om psykisk helsehjelp.

I gjennomgangen av dokumentasjon i fagsystemene i begge bydelene så vi blant annet etter kartlegging av brukernes funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester, vedtak om tjenester, evaluering av tjenestene, ulike planer for brukerne, spor av samarbeid med ulike aktører og generell oppfølging og tjenester brukerne hadde fått. Spesielt gjennomgangen i Fasit viste seg å være svært omfattende. Vi fikk oppgitt av begge NAV-kontor at det ikke var en avgrenset kartleggingsfase, og at kartleggingen skjedde fortløpende i dialog med brukerne avhengig av den enkeltes behov. Kartleggingen var i ulike dokumenter i Fasit som mottakssamtale, journalnotat, referat fra ansvarsgruppemøter og andre samarbeidsmøter, telefonsamtaler, hjemmebesøk, sosialrapporter, epikriser, rapporter fra institusjoner og spesialisthelsetjenesten, søknader knyttet til uførepensjon, m.m. I flere av dokumentene var det *elementer* av både kartlegging av brukers situasjon og funksjonsnivå, samt vurdering av behov for tjenester. Det var imidlertid ikke mulig å få oversikt over brukers helhetlige behov. Til det var informasjonen for fragmentert. Det var ikke mulig å søke etter kartlegging i Fasit.

For enkelte brukere ba vi NAV Nordstrand om å gi oss de viktigste dokumentene knyttet til kartlegging, men NAV hadde ikke kapasitet til å sortere ut relevante dokumenter, og vi fikk alle journalnotat. For en av brukerne var det rundt 100 notat.

#### Dokumenter

For begge NAV-kontor ba vi om å få dokumenter knyttet til deres arbeid med og oppfølging av personer med ruslidelser – rutiner, retningslinjer, informasjonsskriv, planer, samarbeidsavtaler eller andre dokumenter som belyste dette arbeidet.

#### Spørreundersøkelse til fastleger

Vi sendte ut et elektronisk spørreskjema til alle fastlegene i Bydel Alna og Bydel Nordstrand. Vi fikk e-postadressene av bydelsoverlege/ansvarlig for fastlegeordningen. Vi sendte tre påminnelser. Tabell 3 viser antall fastleger i de to bydelene som fikk spørreundersøkelsen, antall som besvarte, og antall av dem som hadde pasienter i målgruppen. Kun fastleger med pasienter i målgruppen besvarte undersøkelsen, da spørsmålene i stor grad gikk på legenes vurdering av bydelens tilbud til målgruppen, samt samarbeidet om målgruppen mellom aktuelle tjenestesteder.

Tabell 1 Antall fastleger i spørreundersøkelsen

Bydel	Utsendt skjema	Mottatt svar	Hadde pasienter i målgruppen
Alna	40	12	6
Nordstrand	38	16	5

Note: Kommunerevisjonen

Svarprosenten for begge bydelene er lav: 30 i Bydel Alna og 42 i Bydel Nordstrand. Av legene som svarte, hadde halvparten pasienter med ruslidelser i Bydel Alna og en tredel i Bydel Nordstrand. Den lave svarprosenten i begge bydelene innebærer at svarene ikke er representative for alle fastlegene i bydelene. Svarene gir imidlertid viktig informasjon fra 5–6 fastleger i hver av bydelene.

### Gyldighet og pålitelighet

Kommunerevisjonens kvalitetssikring av datagrunnlaget omfatter en vurdering av dataenes gyldighet og pålitelighet. Med gyldighet menes hvor godt en klarer å måle det en har til hensikt å måle eller undersøke, mens pålitelighet refererer til hvor nøyaktig innsamlingen av data har vært.

Undersøkelsen bygger på data innhentet ved hjelp av flere metoder og fra ulike kilder: gjennomgang av journalnotat og dokumenter, intervjuer med ledere og ansatte, med enkelte brukere, bruker- og frivillige organisasjoner og andre relevante samarbeidspartnere, samt en spørreundersøkelse til fastlegene.

Vi berørte de samme temaene i intervjuene med lederne og de ansatte og oppfatter det slik at framstillingene deres samsvarte i stor grad. I Bydel Alna støttet intervjuene med brukerne opp om informasjon fra de ansatte i NAV når det gjaldt oppfølgingen. Dette gjaldt i mindre grad i Bydel Nordstrand da vi kun snakket med én bruker der. På enkelte områder underbygget også informasjon fra ulike brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner våre vurderinger.

Den største utfordringen var å skaffe oversikt over NAV-kontorenes kartlegging av brukernes funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester. Kartlegging er helt sentralt for å svare på flere av revisjonskriteriene, både selve kartleggingen og vurderinger av tjenestebehovet basert på denne, men også om brukerne fikk tjenester i tråd med kartlagt behov. Manglende oversikt over kartlegging ga derfor utfordringer knyttet til vurderinger av flere av kriterier. Også manglende journalføring av oppfølging ga tilsvarende utfordringer. I de tilfellene hvor vi vurderte at oppfølgingen av brukerne syntes mangelfull, stilte vi oppfølgingsspørsmål til NAV, og i flere av disse sakene oppga NAV at brukerne var fulgt opp, men at dette ikke var journalført. I noen tilfeller bekreftet intervjuene med brukerne dette.

I våre vurderinger har vi tatt hensyn til dette.

### Samlet vurdering

På grunnlag av det ovennevnte vurderer Kommunerevisjonen at de innsamlede dataene samlet sett har tilstrekkelig gyldighet og pålitelighet som grunnlag for rapportens vurderinger og konklusjoner.

## Vedlegg 3: Brukere med ruslidelser i alle bydeler – utfordringer

I dette vedlegget gir vi en kort beskrivelse av omfanget av personer med registrerte ruslidelser i alle bydeler, samt ulike kjennetegn ved dem. Videre ser vi på hvilke utfordringer bydelene har meldt om, knyttet til å bosette personer med ruslidelser etter opphold i Velferdsetatens institusjoner. Til slutt beskriver vi kort tilbakemeldinger vi innhentet gjennom intervjuer med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner og andre aktører som samarbeider med bydelene om personer med ruslidelser.

### **Omfang og kjennetegn**

Velferdsetaten utarbeider årlig en rapport – *Helhetlig russtatistikk* – hvor den sammenstilte eksisterende informasjon om personer som mottok kommunale og/eller spesialisthelsetjenester på grunn av gjentatt bruk av alkohol, narkotika og/eller legemidler. Rapporten bygger blant annet på bydelenes egne registreringer av brukere som mottar tjenester av bydelene på grunn av rus eller rus og psykiske problemer – BrukerPlan-kartlegging. Kvaliteten i registreringene er avhengig av at alle relevante instanser gjennomfører registrering, slik at den omfatter alle i målgruppen. Alle instanser som ga tjenester til personer med ruslidelser, ble bedt om å registrere i BrukerPlan, men det var frivillig. Det var ikke alle instanser i alle bydeler som deltok, og dermed er det grunn til å anta at ikke alle personer med ruslidelser som mottar tjenester i bydelene, er registrert. Kartlegger vurderer brukers fungering innen åtte levekårsområder. Vurdering av problemomfang på de ulike levekårsområdene er avhengig av kartleggers kjennskap til bruker og hans/hennes forståelse og vurdering.

Det anslås i rapporten at minst 7000–8000 personer i Oslo mottar tjenester i kommunen, spesialisthelsetjenesten og/eller frivillige/ideelle aktører på bakgrunn av rusproblemer. I den videre framstillingen ser vi kun på tall fra BrukerPlan, altså tall over brukere som fikk kommunale tjenester i Oslo på grunn av rusproblemer.

Tabell 2 viser at det totalt var registrert nærmere 4000 brukere som fikk kommunale tjenester på grunn av rusproblemer i Oslo i 2019. Bydelene Grünerløkka, Gamle Oslo og Sagene hadde flest kartlagte brukere med rundt 500 hver, mens bydelene Vestre Aker, Nordre Aker, Nordstrand og Bjerke hadde færrest med under 150 hver.

I BrukerPlan er det utarbeidet en levekårsindeks som omfatter følgende områder: rusbruk, bolig, arbeid/aktivitet, økonomi, fysisk og psykisk helse, sosialt nettverk og sosial fungering. I tabell 2 vises andel av de kartlagte som hadde alvorlig problemomfang på alle eller nesten alle levekårsområdene. I gjennomsnitt gjaldt det 65 prosent av de kartlagte i Oslo. Bydelene Vestre Aker, St. Hanshaugen, Nordstrand, Nordre Aker og Gamle Oslo hadde høyest andeler, mens bydelene Østnesjø, og Alna hadde lavest.

Tabell 2 Omfang og kjennetegn ved kartlagte personer med ruslidelser som fikk tjenester i bydelene i Oslo i 2019

Bydel	Brukere (antall)	Dårlige levekår (andel)	Både rusproblemer og psykiske problemer (andel)	Alvorlige fysiske problemer (andel)	Alvorlige psykiske problemer (andel)	Ikke sosialt nettverk (andel)	Ikke i aktivitet/ arbeid (andel)
Alna	206	57	76	15	26	22	41
Bjerke	142	61	82	16	21	12	32
Frogner	271	61	77	12	24	15	31
Gamle Oslo	503	70	84	13	32	17	35
Grorud	190	63	75	14	26	21	32
Grünerløkka	528	62	84	9	19	10	30
Nordre Aker	128	70	91	13	37	15	33
Nordstrand	145	71	93	5	28	17	34
Sagene	469	67	80	16	27	17	38
St. Hanshaugen	319	71	84	12	28	24	46
Stovner	246	61	80	14	30	17	26
Søndre Nordstrand	232	69	78	12	36	28	44
Ullern	176	63	85	15	27	13	20
Vestre Aker	127	74	79	9	26	17	34
Østernsjø	276	49	71	8	17	11	33
<b>Gjennomsnitt/sum</b>	<b>3 958*</b>	<b>65</b>	<b>81</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>35</b>

Note: Tallene er hentet fra ulike tabeller/figurer i Helhetlig russtatistikk 2019, herunder BrukerPlan 2019.\* I tillegg hadde Uteseksjonen, ved Velferdsetaten, registrert 10 brukere.

Videre viser tabell 2 andel registrerte brukere som var vurdert å ha både rus- og psykiske problemer. Den gjennomsnittlige andelen kartlagte med både rusproblemer og psykiske problemer var 81 prosent. Høyest andel kartlagte brukere med både rusproblemer og psykiske problemer hadde bydelene Nordstrand og Nordre Aker, og lavest andel var i bydelene Østernsjø, Grorud og Alna.

Brukernes fysiske helse var også kartlagt. I gjennomsnitt var det 12 prosent av de kartlagte som hadde alvorlige fysiske plager. Bydelene med høyest andel kartlagte med alvorlige fysiske plager er Bjerke, Sagene, Alna og Ullern, mens bydelene Nordstrand, Østernsjø, Vestre Aker og Grünerløkka hadde lavest andel. Det var også en høy andel brukere i alle bydeler som hadde noen fysiske plager – i gjennomsnitt ca. halvparten av de kartlagte. Dette framkommer ikke i tabell 2.

Når det gjelder psykisk helse, viser tabell 2 at i gjennomsnitt hadde 26 prosent av de kartlagte alvorlige og langvarige psykiske plager. Bydelene med høyest andel var Nordre Aker og Søndre Nordstrand, og bydelene med lavest andel var Østernsjø og Grünerløkka. Det var også en høy andel brukere i alle bydeler som hadde kortvarige og alvorlige eller langvarige og mildere psykiske plager – i gjennomsnitt ca. halvparten av de kartlagte. Dette framkommer ikke i tabell 2.

Videre viser tabell 2 andel registrerte som hadde ingen eller dårlig kontakt med sosialt nettverk. Gjennomsnittet i Oslo var 17 prosent. Bydel Søndre Nordstrand hadde høyest andel kartlagte med ingen/dårlig sosialt nettverk, mens bydelene Grünerløkka, Østensjø og Bjerke hadde lavest andel. Det var også en høy andel brukere i alle bydeler som hadde begrenset kontakt med sosialt nettverk – i gjennomsnitt ca. 65 prosent av de kartlagte. Dette framkommer ikke i tabell 2.

I gjennomsnitt var det 35 prosent av de registrerte som ikke var i en meningsfull aktivitet, arbeid eller utdanning. Bydelene med høyest andeler var St. Hanshaugen og Søndre Nordstrand, mens bydelene med lavest andel var Ullern og Stovner. Også på dette området var det en høy andel brukere i alle bydeler som hadde litt aktivitet de deltok – i gjennomsnitt nærmere halvparten av de kartlagte. Dette framkommer ikke i tabell 2.

### **Utfordringer i bydelene**

I byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo står det at innsatsen skal vris fra institusjonsbaserte tilbud til helseorientert hjelp med vekt på hjemmebaserte tiltak i lokalmiljøet, egen bolig med oppfølging og tiltak som understøtter folks ressurser og egeninnsats.

Velferdsetaten gjennomførte i februar 2020 en undersøkelse rettet mot bydelene for å innhente informasjon om status og utfordringer ved overgangen fra en institusjonsbasert rusomsorg til boligtilbud i bydelene med desentraliserte tjenester. Nedenfor refereres kort svarene fra bydelene.

#### Årsverksinnsats i tråd med føringer

I undersøkelsen svarte 6 av 15 bydeler at de hadde en fordeling av årsverksinnsats som var i tråd med føringene om å gå fra en institusjonsbasert rusomsorg til boligtilbud i bydel med desentraliserte tjenester. Fem svarte at de ikke hadde det, mens de fire resterende beskrev situasjonen på en måte som ikke gjorde det mulig å svare ja eller nei på om årsverksinnsatsen var fordelt i tråd med føringene. Likevel hadde flere av disse økt bosettingen i boliger med ordinær oppfølging.

#### Utbygging av tjenester/tiltak for å motvirke opphold i institusjon

Nesten alle bydelene viste til iverksatte tiltak og utvidelser av eksisterende tjenester for å motvirke opphold i institusjon. De aller fleste satset på utbygging av væresteder rettet mot å gi aktivitetstilbud. Eksempler på tiltak var i bydelene Frogner, Vestre Aker og Ullern, som samarbeidet om å etablere et aktivitetshus samt tre FACT-team, og bydelene Nordstrand, Østensjø og Søndre Nordstrand som samarbeidet om å etablere et værested for rusavhengige. Bydel Frogner hadde et prosjekt som de kalte «Fra VEL til bolig», som handlet om å få personer som hadde bodd lenge i Velferdsetatens institusjoner etablert i bolig i egen bydel. I tillegg hadde flere bydeler økt satsing på ambuleringer tjenester, booppfølging og FACT-/rusFACT-team.

#### Bemannede boliger

Undersøkelsen viste at 6 av 15 bydeler hadde boliger med bemanning til personer med alvorlige langvarige rusproblemer, mens de resterende ikke hadde det. De fleste av de bemannede boligene hadde kun bemanning på dagtid utenom helger. Én bydel hadde boliger med bemanning hele døgnet. Innholdet i tilbudene så ut til å variere noe, men de fleste botilbudene hadde en eller annen form for booppfølging som vektla aktivisering.

Hjemmetjenester til beboerne i form av hjemmesykepleie ble også trukket fram av et par bydeler.

#### Tjeneste- og/eller botilbud det er behov for, men som ikke er mulig å opprette innenfor en femårsperiode

Bydelene pekte på flere tjeneste- eller botilbud det var behov for, og mange av bydelene nevnte de samme behovene i sine svar. I tillegg til flere kommunale boliger var det behov for flere skjermede boliger og boliger for brukere med utfordrende atferd, flere boligtilbud for ROP-brukere, egne tomter til Flexbo-boliger<sup>7</sup> og egne boliger tilpasset eldre i aktiv rus.

#### Målgrupper med behov for å prioriteres i et femårsperspektiv

Bydelene trakk fram ulike brukergrupper som hadde behov for å bli prioritert i et femårsperspektiv. De gruppene som ble trukket fram av flest bydeler, var de tyngste brukerne som krevde mest oppfølging og bemanning, de med sammensatte problemer (rus og psykisk helse), og de aller yngste brukerne. I tillegg trakk bydelene fram aleneboende med utfordringer knyttet til ensomhet, beboere med dårlig boevne, utskrivningsklare fra fengsel, samt beboere som i dag bodde i lavterskeltilbud fra Velferdsetaten trukket fram.

#### ***Brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og andre samarbeidspartnere***

Det var mange aktører som bisto personer med ruslidelser i ulike sammenhenger. Vi har snakket med en rekke brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og andre aktører i bydelen som var involvert i tjenesteyting til personer med ruslidelse. Under følger en oppsummering av hva de så på som de største utfordringene knyttet til tilbudet til brukerne:

- Brukere som bodde på lavterskeltilbud, fikk ikke tilstrekkelig hjelp og oppfølging innen psykisk helse i bydelen. Det var nødvendig med en økt satsing på FACT-team og spesielt RusFACT for å kunne hjelpe personer med psykiske lidelser som var i aktiv rus. Ambulante og oppsøkende tjenester var viktige for å forsøke å stabilisere brukerens liv før brukeren gikk over i en eventuell behandlingsfase. Seksjonene for psykisk helse i bydelene hadde for få tiltak rettet mot personer i aktiv rus.
- Bydelene gjorde mye godt arbeid i oppfølging av personer med ruslidelser. Brukere med de største psykiske, atferdsmessige og somatiske utfordringene, som samtidig var i aktiv rus, fikk ikke sine behov dekket i tilstrekkelig grad i bydelene. Det fantes blant annet ikke døgnbemannede boliger for personer med alvorlig psykisk lidelse og aktiv rusproblematikk. Dette gjaldt oftest brukere som hadde behov for et høyt og kostnadskrevenende omsorgsnivå. De ble værende lenge i Velferdsetatens tilbud, som skulle være kortvarige, i påvente at varige, gode tilbud.
- De mest slitne og krevende brukerne var en utfordring, da mange var utestengt fra de fleste overnattingsstedene på grunn av utagering. I helt akutte tilfeller var Legevakten eneste løsning.

---

<sup>7</sup> Flexbo er rimelige boenheter som enkelt kan flyttes fra sted til sted. Dette gjør dem blant annet til et økonomisk og praktisk alternativ for kommuner med behov for å skaffe bolig til personer som ikke har mulighet til å gjøre dette på det ordinære markedet.

- Det var en utfordring at det var få helhetlige tilbud til personer med ruslidelser i bydelene. Et slikt tilbud burde inkludere botilbud, akuttovernatting, smittevernsutstyr, injeksjonsrom, feltpleie og hepatitt-C-behandling. Det var derfor viktig å få til utbygging av tolerante væresteder, aktivitetstilbud og helsetilbud for personer i aktiv rus i bydelene for å avlaste kapasiteten til de sentrumsnære tilbudene.
- Uerfarne ruskonsulenter i NAV førte ofte til langsom saksbehandling fordi de trengte godkjenning av leder før beslutninger kunne tas.
- Det var utfordringer knyttet til hyppige bytter (høy turnover) av ruskonsulenter i NAV.
- Det ble vanskeligere å få tak i de rette vedkommende i NAV etter at NAV gikk over til felles telefonsentraltjeneste i 2019. Dette gjaldt for alle bydeler.

## Vedlegg 4: Uttalelse fra byråden for arbeid, integrering og sosiale tjenester

Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester



Kommunerevisjonen  
Fredrik Selmers vei 3  
0663 OSLO

Unntatt offentlighet  
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref.: Vår ref. (saksnr.): Saksbeh.: Dato:  
20/3387 - 7 Stian Nissen Biong, 918 45 714 03.09.2020

### Kommunerevisjonens rapport om oppfølging av personer med ruslidelser - byrådens kommentarer

Jeg viser til brev av 12. august 2020 fra Kommunerevisjonen med rapport om oppfølging av personer med ruslidelse i bydelene Alna og Nordstrand til uttalelse.

Nedenfor følger mine kommentarer til rapporten gjennom de spørsmålene som Kommunerevisjonen har oversendt.

*Spørsmål 1, 2 og 3.*

*Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?*

*Har byråden kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?*

*Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger? I tilfelle hvilke?*

Informasjon om prosjektets hensikt har vært tilstrekkelig klar, og jeg har ingen kommentarer til metode eller revisjonskriterier.

*Spørsmål 4. Hva er byrådens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefaling?*

Jeg viser til Kommunerevisjonens uttalelse om at «personer med ruslidelser er blant de mest sårbare innbyggerne i Oslo. Mange lever i tillegg med omfattende helse- og levekårsutfordringer.» Dette er også byrådets utgangspunkt. I bydelene er det derfor over flere år iverksatt tiltak for å styrke rusfeltet, etablere desentraliserte rustiltak og få på plass bo-oppfølgingstiltak. Alle bydelene har fra 2016- budsjettet fått særskilte tildelinger knyttet til rusoppfølging. Tildelingene i 2020 er blant annet til følgende tiltak:

- Booppfølgingstiltak – tildelingen gjaldt opptrapping av midler til booppfølging.
- Statlig styrket rusomsorg – generell styring av bydelenes rusarbeid
- Desentraliserte rustiltak i bydelene – tiltak for å opprette tilbud i bydelene for å redusere utfordringer i Oslo sentrum.
- Ruskonsulent for unge i hver bydel.

 Oslo kommune  
Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester

Besøksadresse:  
Olav V gate 4  
Postadresse:  
Rådhuset, 0037 OSLO

Telefon: 21 80 21 80  
postmottak@byr.oslo.kommune.no  
Org. Nr.: 925192686  
oslo.kommune.no

Jeg er glad for at Kommunerevisjonens rapport viser at de brukerne som er intervjuet som del av undersøkelsen gir uttrykk for at de var fornøyde med oppfølgingen de fikk fra NAV ved ruskonsulent og booppfølger/miljøterapeut, og at bydelene i mange tilfeller gir tettere oppfølging enn det de er pålagt. At brukerne opplevde sine kontaktpersoner som tilgjengelige og at de fikk den hjelp og oppfølging de ønsket og hadde behov for, er spesielt bra.

Det er viktig for byrådet at medarbeiderne har tid til å jobbe med det brukerne synes er nyttig. Jeg legger også merke til at kompetansen til dem som var involvert i kartleggingen av brukerne i bydelene synes å være tilfredsstillende. Det er også viktig for meg at samarbeidet mellom bydelene og spesialisthelsetjenesten vurderes å kunne bidra til et helhetlig og forsvarlig tilbud i tråd med behovene, samt at undersøkelsen tyder på at begge bydelene la til rette for brukermedvirkning.

Selv om det kan virke som brukerne i all hovedsak har fått de tjenestene som de har ønsket og hatt behov for, viser rapporten konkrete mangler og svakheter knyttet til samlet, oppdatert og helhetlig kartlegging av funksjonsnivå, vurdering av behov for tjenester og manglende rutiner for evaluering av tjenestetilbudet til den enkelte bruker, samt for koordinering og samarbeid.

Kommunerevisjonens undersøkelse gjør at både byrådsavdelingen og bydelene har et godt utgangspunkt for å identifisere hvilke tiltak som er nødvendig å iverksette. Det er ikke bare et mål å rette manglene i de undersøkte bydelene, men også et mål å sikre at alle bydelene har systemer på plass for kartlegging, vurdering, tildeling og evaluering av tjenester og individuell oppfølging.

*Spørsmål 5 og 6.*

*Vil byråden vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefaling? I tilfelle hvilke?*

*Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?*

Det er mitt inntrykk at bydelene følger opp personer med ruslidelser i tråd med nasjonale krav og faglige anbefalinger. De avvikene som Helsetilsynet fant i fem bydeler i Oslo kommune i 2017 og 2018 er lukket, og resultatene fra tilsynet finnes derfor på Helsetilsynets hjemmesider fra 2019. Jeg legger til grunn at bydelene Alna og Nordstrand vil redegjøre nærmere for konkrete tiltak og rutiner i sine uttalelser til Kommunerevisjonens rapport.

For meg er det viktig at personer med rusproblemer får likeverdige og kvalitativt gode tjenester, uavhengig av hvilken bydel de bor i, hvilke tjenesteyter de møter og omfanget av rusproblemene.

Med bakgrunn i rapportens konklusjoner ser jeg at det er utfordringer knyttet til kartlegging, vurdering og tildeling/evaluering av tjenester, samarbeid og samtykke, og individuell plan/kriseplan og koordinator.

I tråd med byrådsplattformen vil byrådet fortsette å utvikle standarder innenfor flere av sektorens tjenester. Byrådsavdelingen har under utarbeidelse Oslostandard for rusfaglig arbeid og Oslostandard for bo-oppfølging. Det vil bli vurdert hvordan funnene og konklusjonene i Kommunerevisjonens undersøkelse kan følges opp i standarden for rusfaglig arbeid. Begge standardene vil bli ferdigstilt i 2021.

Jeg legger også til grunn at bydelenes oppfølging av personer med ruslidelser vil styrkes ytterligere fremover gjennom Program for rusfeltet i Oslo 2020 – 2024. Programmet ledes av en styringsgruppe i byrådsavdelingen, og skal bidra til en operasjonalisering av byrådets russtrategi. Fem bydeler er representert i styringsgruppen. Målet er å støtte opp under bydelenes arbeid med å skaffe boliger/boligløsninger i velfungerende bomiljø, samt utvikle individuelt tilpassede tjenester til personer med rusproblemer. I programmet vil det gjennomføres tiltak som gjør at byrådet både kan initiere, følge opp og dokumentere utviklingen i bydelene.

Når det gjelder Kommunerevisjonens bemerkninger hvorvidt det i større grad bør fattes vedtak om tjenesten «opplysning, råd og veiledning» etter sosialtjenestelovens § 17, gjør jeg oppmerksom på at tjenestene det da kan fattes vedtak om ikke kan inneholde mer enn det NAV-kontoret har ansvar for etter sosialtjenesteloven. Dette gjelder også der kommunen har lagt flere tjenester til NAV-kontorene enn de som er regulert av sosialtjenesteloven.

Tjenester til personer med rusproblemer reguleres i utgangspunktet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Innbyggere med slike problemer kan i kortere eller lengre perioder ha behov for opplysning, råd og veiledning, som i henhold til sosialtjenestelovens formål kan bidra til å løse sosiale problemer. Det vurderes allikevel at den langvarige oppfølgingen av personer med rusproblemer ikke nødvendigvis er egnet for vedtak etter sosialtjenestelovens §17, da oppfølgingen ofte vil være en kombinasjon av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Slik jeg ser det, er det avgjørende at ledere på ulike nivå i bydelene er oppmerksomme på, og vurderer, om oppfølgingen av personer med ruslidelser er i samsvar med kravene som blir stilt på rusfeltet både nasjonalt og lokalt. Ruspolitiske handlingsplaner i bydelene fra 2020 bør kunne anvendes til nødvendige lokale prioriteringer, spesielt etter at bystyrets Finansutvalg fra 2020 har ønsket å redusere bruken av øremerkede midler.

Byrådsavdelingen vil i løpet av høsten 2020 vurdere på hvilken måte rapporten kan inngå i dialogen med bydelene om videreutviklingen av det lokale rusfaglige arbeidet. Kommunerevisjonens rapport blir forøvrig tema på et av de faste møtene byrådsavdelingen har med bydelsdirektørene høsten 2020.

Byrådsavdelingen har igangsatt et arbeid med å revidere rutinen "Fra institusjon til bolig", med mål om at rutinen skal forankres i et forpliktende fellesskriv til bydelene og Velferdsetaten.

Byrådsavdelingen vil også gi Velferdsetaten i oppdrag å utarbeide og holde oppdatert en felles mal for samtykke som til enhver tid er oppdatert i henhold til gjeldende lovverk og krav.

*7. Oppfattes rapporten som nyttig for kommunen? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.*

Ja.

*8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?*

Byrådet har i russtrategien anvendt begrepet «personer med rusproblemer». Dette favner alle innbyggere med denne typen problemer. Begrepet «ruslidelse» er en mer medisinsk term, og dermed oppfattes som noe begrensende.

Jeg vil bemerke at ruskonsulent er en stillingsbeskrivelse, ikke en tjeneste i seg selv. Hvilke tjenester ruskonsulentene i de ulike bydelene har ansvar for å gi, og hvilke oppgaver som tilligger den enkelte, kan variere.

Jeg ser også at Kommunerevisjonen skriver at endringen fra institusjonsbaserte tilbud til hjemmebaserte tiltak i lokalmiljøet medfører økt ansvar for bydelene. Denne vridningen av innsatsen medfører etter min vurdering ikke en endring i ansvarsforholdet mellom bydelene og byomfattende etater. Ansvar for helhetlig oppfølging av den enkelte innbygger ligger allerede til bydelene, og de byomfattende tjenestene Velferdsetaten leverer er kun en del av det omfattende tilbudet bydelene gir til personer med rusproblemer.

Jeg har ellers ingen merknader til rapportens oppbygning og språkbruk.

Med vennlig hilsen

Rina Mariann Hansen

Byråd

## Vedlegg 5: Uttalelse fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester

Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester



Kommunerevisjonen  
Fredrik Selmers vei 3  
0663 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):  
20/3387 - 9

Saksbeh.:  
Janne Melsom-Hansen

Dato:  
18.09.2020

### Kommunerevisjonens rapport om oppfølging av personer med ruslidelser - byrådens kommentarer

Jeg viser til brev av 12. august 2020 fra Kommunerevisjonen med rapport om oppfølging av personer med ruslidelse i bydelene Alna og Nordstrand til uttalelse, og påfølgende etterlysning av tilbakemelding fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester.

Jeg beklager at dere ikke har fått tilbakemelding fra oss innen fristen. Rapporten ble ved mottakelse i min byrådsavdeling omfordelt til Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosialtjenester for uttalelse, da det er de har oppfølging tjenester på rusområdet.

Jeg tilslutter meg deres tilbakemelding på rapporten og har ingen ytterlige kommentarer å tilføye.

Med vennlig hilsen

Robert Steen

Byråd

 Oslo kommune  
Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester

Besøksadresse:  
Olav V gate 4  
Postadresse:  
Rådhuset, 0037 OSLO

Telefon: 21 80 21 80  
postmottak@byr.oslo.kommune.no  
Org. Nr.: 876819872  
oslo.kommune.no

## Vedlegg 6: Uttalelse fra Bydel Alna



OSLO kommune  
Bydel Alna  
NAV Alna

Kommunerevisjonen  
Fredrik Selmers vei 3  
0663 OSLO

Deres ref: 19/00640-32

Vår ref. saksnr:

Saksbehandler:

Dato: 10.09.20

Arkivkode:

### Uttalelse til rapport om oppfølging av personer med ruslidelser i Bydel Alna

#### 1. Har informasjonen om prosjektet hensikt vært tilstrekkelig klar?

Informasjonen om prosjektets hensikt har vært klar.

#### 2. Har bydelen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Rusområdet er et komplekst og omfattende fagfelt. NAV Alna har opplevd det som noe utfordrende at de som har gjennomført revisjonen ikke hadde forkunnskap eller kjennskap til kommunens rusarbeid. Det har resultert i at bydelen har brukt mye ekstra tid og ressurser på å forklare, vise til og kommentere underveis i prosessen. Enhet for psykisk helse fikk svært kort tid på å forberede seg til møtet (en dag varsel), men fikk god informasjon i møte med kommunerevisjonen. Utskrifter fra journaler over korte perioder gir lite helhetlig bilde av oppfølging av personer med ruslidelser og psykisk helse. Motivasjon og tilgjengelighet for oppfølging/ending for personer med disse utfordringene kommer i perioder og tjenestene prøver å tilpasse dette ved å jobbe fleksibelt. Dvs. at disse brukerne vil få mye oppfølging i enkeltperioder. Dette ville kommet frem bedre hvis de f.eks. fikk journal for et helt år for disse brukerne.

#### 3. Har bydelen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Bydelen har ingen kommentarer til revisjonskriteriene

#### 4. Hva er bydelens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

##### Vedrørende kartlegging:

Personer som har ruslidelse og psykisk helseproblem har ofte vært igjennom mange behandlere og flere behandlingsløp og utredninger både innen rus og psykisk helse. Ofte får vi i bydelen epikriser ol. andre ganger starter vi opp kun gjennom samtaler med brukeren. Mange snakker gjerne om egen situasjon og deler sin historie, andre er mer tilbakeholdne. Dette må vi ta hensyn til i kartleggingen og er også en viktig brukemedvirkning.

##### Vedrørende innhenting av samtykke:

Oslo kommune har et standard søknadskjema for helse- og omsorgstjenester som bl.a. enhet for psykisk helse bruker til søknader om psykisk helsearbeid i bydelen, også med de som har ruslidelse. Her samtykker søker til innhenting av opplysninger fra andre instanser i kommunen, fastlege og sykehus, men dette er ikke spesifisert hvilke. Det er mulig å begrense/ trekke samtykket. Vi ønsker at dette søknadskjemaet forbedres i sin helhet og



Bydel Alna  
NAV Alna sosialtjeneste

Postadresse:  
Postboks 37, Furuset

Telefon: 02 180  
Telefax: 22 47 00 61



spesielt i forhold til samtykke. NAV Alna benytter mal fra sitt fagsystem og vil rette forespørsel til VEL og HEL om en vurdering på dette spørsmålet da malene er felles for alle bydelene og er laget sentralt.

**Vedrørende IP:**

Alle som har et omfattende tjenestebehov får tilbud om IP. Personer som ønsker det og har omfattende tjenester får IP. Vi mener IP ordningen bør evalueres da vi opplever at svært mange svarer nei til dette. Utover dette brukes ansvarsgrupper mye i enhet for psykisk helse og NAV Alna. Her skrives referat som inneholder det man kommer fram til og mål videre.

Enhet for psykisk helse har også vedtak med mål som er utarbeidet i samarbeid med brukeren. Enheten mener disse metodene er gode for denne brukergruppen. De får da snakket med forskjellige instanser om behov og realistiske mål blir satt. Målene justeres på møter og/eller ved evaluering/revurdering jevnlig og ved behov.

**Vedrørende kriseplaner:**

Kriseplan brukes, og er et godt hjelpemiddel for en del brukere som trenger tett oppfølging. En kriseplan utarbeides gjerne sammen med brukeren og DPS. Et problem er at kriseplanen fort blir utdatert pga. at behandling oi slutter eller personen skrives ut fra DPS. En god kriseplan fordrer et godt samarbeid mellom bydel og spesialisthelsetjeneste med gjensidige forpliktelser. Dette kan være utfordrende å få til å fungere.

**Vedrørende tannhelse:**

Alle som har tjenester fra oppfølgingstjenesten i enhet for psykisk helse som har vedtak ukentlig får tilbud om henvisning til kommunal tannhelsetjeneste. Personer som mottar oppfølging fra rusteamet ved NAV Alna får også informasjon og henvisning ved behov.

**Vedrørende samarbeid med instanser internt:**

Kontaktpunkt møte to ganger pr.uke fortsetter og utvikles videre

**5.Vil bydelen vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefalinger? I tilfelle hvilke?**

Bydelens hjemmetjeneste vil endre sine kartleggingsverktøy og passer på at alle vedtakene har informasjon om omfang av tjenesten.

Enhet for psykisk helse er pt. i et løp hvor enheten evaluerer og utvikler saksbehandling av nye søknader og revurdering av vedtak. Kartlegging og brukemedvirkning er naturlig svært sentralt i dette.

NAV Alna rusteam har også utarbeidet et nytt helhetlig kartleggingsskjema, samt utarbeidet rutiner og systemer for å sikre at brukers behov blir tilstrekkelig systematisk kartlagt, vurdert og dokumentert. Tjenesten har endret praksis og journalfører fortløpende og systematisk. Spørsmålstilling angående vedtak om tjenester i tråd med kravene på de undersøkte områdene vil bli rettet til byrådsavdelingen.

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Alna å vurdere tiltak for å sikre tilfredsstillende praksis knyttet til bruk av individuell plan, kriseplan og koordinator. NAV Alna rusteam har tatt dette inn i helhetlig kartleggingen, gjennomført opplæring og satt det som tema på fagmøter.

Bydelen tar rapporten til etterretning og vurderer og har igangsatt tiltak på flere områder ut fra de anbefalinger som er gitt.

Bydelens aktuelle tjenester vil jobbe videre med utvikling av tjenestene i forhold til planlagt fagutvikling, saksbehandlingsrutiner og retningslinjer fra kommunen sentralt.

**6.Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltakene?**

Tjenestene har igangsatt tiltak som beskrevet og vil fortsette arbeidet fremover.

**7.Oppfattes rapporten som nyttig for bydelen? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.**

Bydelen vurderer at det har vært nyttig å få tilbakemeldinger og at det er satt fokus på forbedringsområder i tjenesten. Noen spørsmål er fortsatt uavklart og rettes videre for å få felles foringer og praksis for Oslo som helhet.

8.Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk? Revisjonskriterier

Bydelen kunne med fordel fått hver sin rapport, og ikke samlet for to bydeler. Alternativt at det ble tydeligere skilt i alle kapitler hva som gjelder henholdsvis Alna og Nordstrand, og de ulike enhetene. Det er tidvis uklart hvilke(n) bydel og tjeneste det refereres til, og blir vanskelig å lese.

Med hilsen

  
Ellen Liljedahl  
avdelingsdirektør

## Vedlegg 7: Uttalelse fra Bydel Nordstrand

Oslo kommune  
**Bydel Nordstrand**  
Nav Nordstrand  
Avdeling Oppvekst og Velferd



Kommunerevisjonen

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):

Saksbehandler:

Heidi Trygg tlf 99 35 75 0

Dato: 31.08.20

### Rapport til uttalelse: Oppfølging av personer med ruslidelser

Bydelens samlede tilbakemelding på kommunerevisjonens rapport er inkludert i svarene på spørsmålene som vi skulle besvare.

#### 1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Ja. Har kommet tilbakemelding på at det var ønskelig med flere avklaringer på brukerguppen.

#### 2. Har bydelen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Bydelen opplevde manglende forståelse av hvordan vi utfører vårt arbeid og hvordan vi best mulig kan ivareta brukerguppen under intervjuene.

Det ble ikke brukt tilstrekkelige kilder på innhenting av brukererfaringer. Dette av ulike grunner, både etter ønske fra brukere selv og at de ikke var tilgjengelig i perioden.

Dette burde ha blitt satt av mer tid til innhenting av brukererfaringer og evt observasjoner på møter med brukerne.

#### 3. Har bydelen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Revisjonskriteriene var delvis for generelle. Ord som tilfredsstillende og evaluerende kan tolkes og benyttes ulikt ut i fra konteksten man jobber med brukere i.

#### 4. Hva er bydelens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Konklusjonen og anbefalingene er gjenkjennbare for bydel. Bydel er kjent med at samarbeidet på tvers av tjenestestedene må bedres for å ivareta brukers behov. Konklusjonen og anbefalingene er gjenkjennbare for bydel. Vi opplever at rapporten kun fokuserer på det teoretiske og at utfordringene med den praktiske jobbingen med brukergruppen ikke blir vektlagt. Revisjonen tar i denne konklusjonen ikke stor nok grad høyde for at brukere selv ikke ønsker å ta imot tjenester, bli kartlagt eller følges opp av flere instanser samtidig. I konklusjonen på *at det mangler en samlet, helhetlig og oppdatert og at det ikke er mulig å søke opp sentrale dokumenter knyttet til kartlegging og vurdering* opplever vi en manglende forståelse for at det i en bydel er ulike arbeidsområder, ulik bruk av dokumentasjonssystemer samt fagkunnskaper knyttet opp mot en og samme bruker.

**5. Vil bydelen vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefalinger? I tilfelle hvilke?**

Ja, bydelen ønsker å se på samarbeidet mellom avdelingene, og evt opprette et samarbeidsforum som avdelingene hadde for et par år siden. Bydel Nordstrand har oppstart av et ambulerende team på tvers av NAV og psykisk helse 01.oktober 2020. Dette sammen med at Fact har nylig startet opp, vil være tiltak som sikrer samarbeidet mellom tjenestesteder og sikrer at brukerne får kompetent og tilpasset hjelp. Etter oppstart av dette vil vi se på et samarbeid med Mestring og omsorg for å få en helhetlig oppfølging av brukerne. Videre må bydel se på hvordan vi dokumenterer jobben som utføres og hvordan vi sikrer kartleggingen av brukere uten at det går på bekostning av oppfølgingen. Det må være et mål og mening med den kartleggingen som skal gjøres og sikre at kartleggingen ikke hindrer tiltakene.

**6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltakene?**

Se svar spm. 5 ift fellesmøter. Begge tiltakene er ny oppstartet. Arbeidet med hvordan vi skal dokumentere jobben vår vil vi se på i løpet av 2020.

**7. Oppfattes rapporten som nyttig for bydelen? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.**

Ja. Vi får bekreftet at vi må jobbe med tjenester på tvers av tjenestesteder. Videre må vi fokusere på å dokumentere arbeidet som gjøres i større grad.

**8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?**

Det hadde vært ønskelig med tydeligere skille mellom bydelene i deler av rapporten. Rapporten har en del gjentakelser som oppleves som unødvendige og vanskeliggjør leseropplevelse.

Med vennlig hilsen



Hanne Sommerfelt  
NAV leder



---

**Bydel Nordstrand**

**Nav Nordstrand**

Postboksadresse:  
NAV Nordstrand sosial  
Postboks 4, Lambertseter  
1101 Oslo

Cecilie Thoresens  
vei 1  
1153 Oslo

Telefon: 55 55 33 33

Epost:

postmottak@bns.oslo.kommune.no

Bankgiro: 1315 01 0053

Org.nr.: 970 534 679