

FORVALTNINGSREVISJON

RUSVERN



GJESDAL KOMMUNE
MARS 2019

INNHold

Innhold	3
Sammendrag	4
Rådmannens kommentar	8
Rapporten	10
1 Innledning	11
1.1 Formål og problemstillinger	11
1.2 Revisjonskriterier og metode.....	11
2 Faktabeskrivelse og vurderinger	13
2.1 Ressursinnsats og prioritering.....	13
2.2 Organisering av tjenestetilbudet	17
2.3 Effekter/ resultater av kommunens tjenestetilbud	21
2.4 Kommunens botilbud.....	31
2.5 Evaluering av tjenestetilbudet.....	35
2.6 Samordning og koordinering	37
2.7 Innspill fra brukere og brukerorganisasjoner.....	42
Vedlegg	43

SAMMENDRAG

OPPDRAGET

Formålet med prosjektet har vært å vurdere kommunens oppfølging av rusmisbrukere, med spesielt henblikk på aldersgruppen 18-24 år.

HOVEDFUNN I PROSJEKTET

- I forvaltningsrevisjonen har vi sammenstilt resultatene fra BrukerPlan-kartleggingene i 2013, -14, -15, -17 og -18. Vår analyse avdekker følgende:
 - I 2013 var prosentandelen i aldersgruppen 16-24 år på 29 prosent. I 2018 var denne andelen redusert til 10 prosent¹.
 - Rusmisbrukernes psykiske og fysiske helse, rusmiddelbruk, boligforhold, økonomi og aktivitetstilbud har bedret seg i Gjesdal. Kommunen kommer godt ut sammenlignet med nabokommunene og landssnittet.
 - Men målt i antall rusmisbrukere per 1000 innbyggere, har andelen i Gjesdal steget fra 9,7 prosent i 2013 til 10,9 prosent i 2018².
 - I antall dreier dette seg om en økning fra 77 personer i 2013 til 98 personer i 2018.
- Blant Gjesdal kommunes samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten, etterlyses mer bruk av individuell plan.
- Gjesdal kommune kan med fordel bedre evalueringen av tildelte tjenester, samt oversikten over hvor mange som gjennomfører, eller eventuelt ikke gjennomfører, tilbud om behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen kan i større grad tilpasse målformuleringene individuelt, herunder hva som skal ligge i formuleringen «rusfri».

RESSUR SINNSATS OG PRIORITERING

Med et høyt antall sosialhjelpsmottakere, blir kommunens utgifter til sosialtjenester høye. Prosentandelen av kommunens totale utgifter som går til råd, veiledning og sosialt arbeid er likevel på nivå med andre kommuner. Målt i antall årsverk ser vi at psykisk helsearbeid og rusvern er en prioritert oppgave i Gjesdal kommune. Samlet sett indikerer disse tallene at kommunen er opptatt av å gi et forsvarlig tjenestetilbud overfor innbyggere med psykiske og/eller rusproblemer.

¹ I 2018 var tilsvarende andel i Time 14 prosent, 21 prosent i Hå og 22 prosent i Klepp. Sammenlignet med Rogaland Revisjon sin forvaltningsrevisjon av rusverntilbudet i 2013, har kommunen forbedret seg på dette punktet.

² Kilde: BrukerPlan-kartleggingene. Tilsvarende 2018-tall for Time er 11,1 prosent, Hå 7,7 prosent og Klepp 6,1 prosent. Per mars 2019 foreligger ikke landssnittet for 2018. I 2017 var landssnittet på 6,8 prosent. Om mulige mørketall, se vedleggsdel.

ORGANISERING AV RUSVERNARBEIDET

Kommunens rusverntjenester er lagt til Mestringssenteret, som ikke opererer med noen bestemt aldersgrense. I saker som gjelder ungdom 12-18 år samarbeider Mestringssenteret tett med Familiesenteret, helsestasjon og barneverntjenesten i kommunen. I Mestringssenteret finner vi 17 ansatte fordelt på 14 årsverk³.

KOMMUNENS BOTILBUD

I forrige forvaltningsrevisjon av rusvernarbeidet i 2013, var ett av funnene at Gjesdal kommune hadde behov for flere boliger til rusmisbrukere. På denne bakgrunn formulerte vi en anbefaling om å «se nærmere på hvilke tiltak som kan bidra til at flere får dekket sitt boligbehov».

Antall rusmisbrukere på venteliste til bolig er per mars 2018 kraftig redusert, noe som må sies å være positivt. Vi ser også at prosentandelen bostedsløse i BrukerPlan-kartleggingene er kraftig redusert, og bruken av omsorgsplasser har gått ned. Med god drahjelp av en generell bedring i boligmarkedet, peker dette i retning av at Gjesdal kommune er på riktig vei i sitt arbeid med å sikre rusmisbrukerne et godt botilbud.

EVALUERING AV TJENESTETILBUDET

I den enkeltes ansvarsgruppe blir tjenestetilbudet gjenstand for en fortløpende evaluering. I prosjektet har vi gjennomgått samtlige saker til brukere i aldersgruppen 18-24 år (13 saker). Gjennomgangen viser at alle har fått utarbeidet en tiltaksplan, hvor tjenestetilbudet er gjenstand for evaluering. For flere av disse er det satt som mål at vedkommende skal bli «rusfri», uten at dette er nærmere definert. Kommunen oppgir at hva som ligger i et slik målsetting vil være individuelt, men at dette per i dag likevel ikke blir utdypet.

Samtidig er det vårt inntrykk at den enkelte ruskonsulent er gitt mye frihet til selv å avgjøre hvor mye innsats som skal legges ned i arbeidet med å evaluere tjenestene og måloppnåelsen ved vedtakets utløp. Etter vår vurdering vil grundig arbeid på disse punktene skape grobunn for læring.

I samtlige enkeltsaker vi har undersøkt har for øvrig kommunen fulgt forvaltningslovens regler knyttet til saksbehandlingstid og innhold i vedtaket.

SAMORDNING OG KOORDINERING

Ruskonsulentene forsøker å være tett på når brukerne er i behandling. Dette er også et inntrykk som støttes av kommunens samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten. Men

³ Personalet består av 1 leder, 2 erfaringskonsulenter, 4 vernepleier/sykepleiere, 5 miljøterapeuter (barnevernspedagog, sosionom eller annen treårig helse- og sosialfaglig utdanning), 3 fagarbeidere og to assistenter.

til tross for dette er det mange som avbryter behandlingen. I denne forvaltningsrevisjonen har vi forsøkt å tallfeste dette, og vi har derfor bedt kommunen foreta en manuell optelling. Fra kommunen får vi opplyst følgende:

I løpet av kalenderåret 2018 begynte 19 registrerte brukere hos Mestringscenteret et behandlingsopplegg i regi av spesialisthelsetjenesten. Status 01.03.2019 er som følger:

- 8 har avbrutt behandlingen,
- 7 har rukket å gjennomføre hele behandlingen,
- mens de resterende 4 ikke er ferdige med behandlingen.

Verdt å nevne er også at av disse 19 har for øvrig 11 vært inne til behandling tidligere.

Gjesdal kommune oppleves av samarbeidspartnerne å være på tilbudssida, og kommunen er god til å følge opp pasientene. I tillegg oppleves kommunen som fleksibel når møtetidspunkter skal avtales.

Samtidig etterlyses mer bruk av individuell plan. Her blir Sandnes kommune trukket fram som et godt eksempel. I Sandnes blir blant annet den individuelle planens hovedtema brukt til å strukturere tverrfaglige møter. Og i stedet for å skrive referat fra hvert møte, blir den individuelle planen som partene har felles tilgang til, oppdatert.

En individuell plan gir oversikt, og muliggjør i større grad å undersøke om det har skjedd endringer over tid. I tillegg sørger verktøyet for at opplysningene er samlet på ett sted.

I Gjesdal har en lav andel av brukerne individuell plan. Kommunen fremhever at krav til dokumentasjon blir fulgt i praksis, men at denne dokumentasjonen må hentes fra ulike kilder. Sammenlignet med kommunens praksis i dag, kan bruk av individuell plan innebære dobbeltføring, men til gjengjeld kan det bli enklere å holde oversikten og tydeligere for alle involverte parter, inklusiv bruker, hva som er avtalt. Således vil planen også bidra til at bruker føler en økt forpliktelse til å følge opp avtaler.

SAMARBEID MED NABOKOMMUNER

Gjesdal samarbeider med andre kommuner på flere områder, og i den senere tid har spesielt samarbeidet med nabokommunene Klepp, Time og Hå blitt mer omfattende. I felles samarbeidsmøter diskuteres hvordan generelle utfordringer kan løses og hvordan tjenestene kan utformes. Disse fire jærkommunene samarbeider også om et felles statlige prosjekt, kalt «Ny Start Jæren»⁴. I dette prosjektet skal 35 brukere med et sterkt ønske om endring, gis mulighet til å få skreddersydde, arbeidsrettede aktiviteter og fysisk trening, og målet er utdanning eller jobb på sikt.

⁴ Her deltar forøvrig også Jæren DPS og Rogaland A-senter.

I prosjektet har vi vært i kontakt med lederne for rusverntjenestene i Hå, Klepp og Time. Samtlige sier seg fornøyde med samarbeidet så langt.

VÅRE ANBEFALINGER

- **Vi anbefaler kommunen** å utarbeide individuell plan i større grad enn hva som er tilfelle per i dag.
- **Vi anbefaler kommunen** å bedre evalueringen av tildelte tjenester.
- **Vi anbefaler kommunen** å tydeliggjøre og i større grad individuelt tilpasse målformuleringer, herunder hva som skal ligge i formuleringen om å bli «rusfri».
- **Vi anbefaler kommunen** å bedre oversikten over hvor mange som gjennomfører, eller eventuelt ikke gjennomfører, tilbud om behandling i spesialisthelsetjenesten.

RÅDMANNENS KOMMENTAR

(Rådmannens kommentar mottatt 25.03.2019):

Rådmannen takker for mottatte revisjonsrapport om oppfølging av rusmisbrukere i Gjesdal kommune, og vil i det følgende kommentere revisjonens fire anbefalinger.

1. Vi anbefaler kommunen å utarbeide individuell plan i større grad enn hva som er tilfelle per i dag.

Rådmannen støtter revisjonens anbefaling om i større grad å benytte individuell plan som verktøy i brukeroppfølging. Som det fremgår av rapporten har om lag en tredjedel av tjenestemottakerne en ansvarsgruppe. Rådmannen er enig med tjenesteyter i at en ansvarsgruppe kan formalisere samarbeidet mellom bruker og involverte aktører. Gjesdal kommune vil i fortsettelsen jobbe målrettet med å sikre at alle rusavhengige som har rett til individuell plan, og som selv ønsker en slik plan, får det. Dersom en bruker heller ønsker ansvarsgruppe med ordinær referatsform i stedet for individuell plan, må dette imøtekommes, da individuell plan er et frivillig tilbud.

2. Vi anbefaler kommunen å bedre evalueringen av tildelte tjenester.

Tjenestene evalueres i dialog med brukeren, og journalføres fortløpende i brukerens journal. Videre evalueres tjenestene ved vedtakets utløp eller ved endringer i behov, ved at det sendes en endringsmelding til Tjeneste- og koordineringskontoret. Brukere har tilbud om å benytte KOR/FIT som verktøy for kontinuerlig måling av relasjon med hjelpe og av utviklingen mot egne mål, samt konkrete verktøy for evaluering og kartlegging av rusbruk. Rådmannen tar anbefalingen til etterretning, og ser det som hensiktsmessig at de allerede eksisterende verktøyene og arenaer for evaluering benyttes mer systematisk. Dette kan gjøres ved at man sammenholder alle tiltak for evaluering rundt den enkelte bruker, og ved revurdering av vedtaket basert på dette, dokumenterer antatt effekt av hjelpen som gis.

3. Vi anbefaler kommunen å tydeliggjøre og i større grad individuelt tilpasse målformuleringer, herunder hva som skal ligge i formuleringen om å bli «rusfri».

Rådmannen forstår begrepet «rusfri» som en overordnet målsetting knyttet til langtidsmål i ruslidelsen. Fagteam rus erfarer at noen mennesker ønsker å jobbe målrettet for å mestre egen ruslidelse, mens andre vil dempe symptomtrykk, oppnå rusreduksjon eller jobbe med livskvalitetsrelaterte målsettinger med samtidig rusbruk. En kan i målformuleringen i fortsettelsen i større grad definere ønsker og mål sammen med brukere og

ansvarsgruppe. I tiltaksplanen vil det da fremgå hva den enkelte bruker legger i ordet rusfri, slik at alle vet hvilke konkrete mål det jobbes mot.

4. Vi anbefaler kommunen å bedre oversikten over hvor mange som gjennomfører, eller eventuelt ikke gjennomfører, tilbud om behandling i spesialisthelsetjenesten.

Rådmannen er enig i at det kan være formålstjenlig å holde oversikten over hvordan det enkelte behandlingsløp i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) utarter seg. Fra nå av vil derfor Gjesdal kommune føre statistikk over hvor mange som årlig starter opp, gjennomfører og evt. avslutter behandling før tilmålt tid. Dette vil hjelpe fagteam rus å jobbe målrettet og systematisk mot at flere brukere skal lykkes med sin rusbehandling, og vil være bevisstgjørende med tanke på hva som er god hjelp for den enkelte bruker.

Generelle kommentarer til rapporten

Rådmannen leser rapporten med interesse, og legger merke til at forholdene for rusavhengige i Gjesdal kommune ser ut til å ha bedret seg, og at kommunen kommer godt ut sammenlignet med nabokommunene og landssnittet. Det er gledelig å få en indikasjon på at Gjesdal kommunes arbeid innen rusvern har gitt resultater over tid. Samtidig har rapporten identifisert viktige forbedringsområder som kommunen vil jobbe videre med, i den hensikt å kunne tilby enda bedre tjenester til personer med rusavhengighet i Gjesdal.

RAPPORTEN

1 INNLEDNING

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med prosjektet har vært å vurdere kommunens oppfølging av rusmisbrukere, med spesielt henblikk på aldersgruppen 18-24 år. I tillegg til formålet, fremgår det av kontrollutvalgets bestilling av 13.02.2018 at følgende problemstillinger skal besvares:

- Hvordan fungerer dagens rusverntjenester i Gjesdal kommune?
- Hvilke effekter eller resultater har tjenestene for brukerne? Hvordan evalueres tjenestetilbudet?
- Hvordan fungerer samordning og koordinering mellom de ulike instansene som er involvert i rusvernarbeidet? Hvordan er samarbeidet med nabokommunene?
- Hvordan sikres det at noen pasientgrupper eller personer med kombinerte diagnoser ikke faller gjennom i hjelpeapparatet?
- Når og hvordan utarbeides individuell plan?
- Hvordan er boligtilbudet til rusmisbrukere? Er antallet boliger i samsvar med behovet?

1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

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

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Psykisk helsevernlov

- Kommuneplan (2015-27)
- Ruspolitisk handlingsplan (2016-20)
- Mestringssenterets virksomhetsplan og handlingsplan for 2018
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2017-20
- Helhetlig oppvekstplan (2017)
- SLT-handlingsplan (2017-18)
- Boligsosial handlingsplan for Gjesdal kommune 2016-20.
- Sammenligninger med andre kommuner.

Metodisk er det benyttet intervju og dokumentgransking, samt sammenligninger (mot seg selv over tid og mot andre kommuner). En nærmere omtale av kriterier, metode og kildehenvisninger ligger i rapportens [vedlegg](#).

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

1.2.1 ROGALAND REVISJON SIN FORVALTNINGSREVISJON I 2013

Rogaland Revisjon gjennomførte i 2013 en forvaltningsrevisjon av rusverntilbudet til Gjesdal kommune. Her er et utdrag av de viktigste punktene:

- *Gjesdal kommune har høye utgifter til sosialhjelp og økende utgifter til rusvern.*
- *Det er relativt mange rusmisbrukere i Gjesdal, mange av disse er i ung alder og de aller fleste har bodd i Gjesdal mer enn tre år.*
- *Kommunen har et godt samarbeid med andre involverte i og utenfor kommunen, og sammen gir partene et godt tilbud til rusmisbrukerne.*
- *Kommunen har behov for flere boliger som kan benyttes av rusmisbrukere.*

Revisjonens anbefalinger (i 2013):

- ***Vi anbefaler kommunen å videreføre sitt forbyggende arbeid, spesielt overfor ungdom. Dette blir enda viktigere i den vekstperioden Gjesdal kommune står foran.***
- ***Vi anbefaler kommunen å se nærmere på hvilke tiltak som kan bidra til at flere får dekket sitt boligbehov.***

2 FAKTABESKRIVELSE OG VURDERINGER

2.1 RESSURSINNSATS OG PRIORITERING

2.1.1 NASJONALE OG LOKALE FØRINGER

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 slår fast at kommunen har et ansvar for innbyggere med rusproblemer. Ansvaret omfatter forebygging, kartlegging og henvisning til spesialisert behandling. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stiller krav om at kommunens helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. I begrepet forsvarlig ligger at tjenestene skal være av tilfredsstillende omfang⁵.

I **Ruspolitisk handlingsplan** (2017-21) heter det at målet for kommunens arbeid skal være å hindre bruk av illegale rusmidler, og redusere alkoholbruk blant ungdom.

Ut fra disse føringene har vi utledet følgende revisjonskriterie (krav eller forventninger til kommunens arbeid):

- Gjesdal kommune skal tilby rusverntjenester av tilfredsstillende omfang.

2.1.2 GJESDAL KOMMUNES PRIORITERING AV RUSVERN

For å danne oss et bilde av kommunens prioritering av sosialt forebyggende arbeid og tilbud til personer med rusproblemer, er det naturlig å se nærmere på kommunens utgifter til sosialtjenesten. Disse utgiftene kan nemlig spesifiseres i tre hovedområder:

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

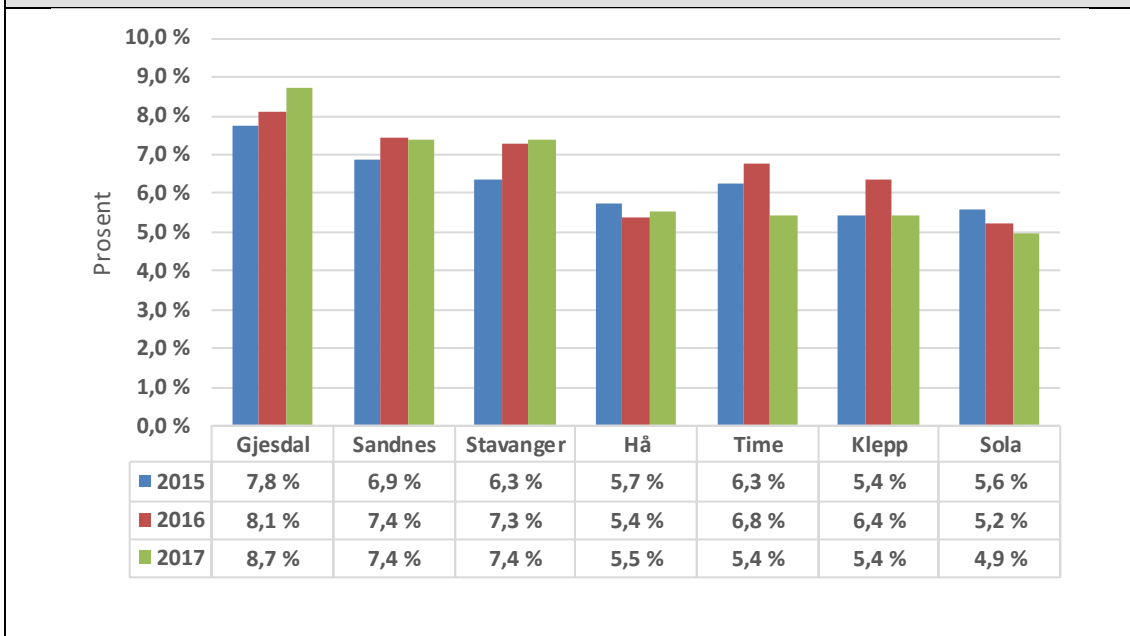
Fordelingen mellom disse tre sier noe om hvordan kommunen prioriterer arbeidet med sosialt forebyggende arbeid og rusvern. Men før vi går inn på fordelingen, skal vi se nærmere på kommunens totale utgifter til sosialtjenesten.

Sammenlignet med andre kommuner, har Gjesdal kommune relativt mange sosialhjelpsmottakere, noe som bidrar til at utgiftene til sosialtjenesten er høye;

⁵ Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet I-4/2017.

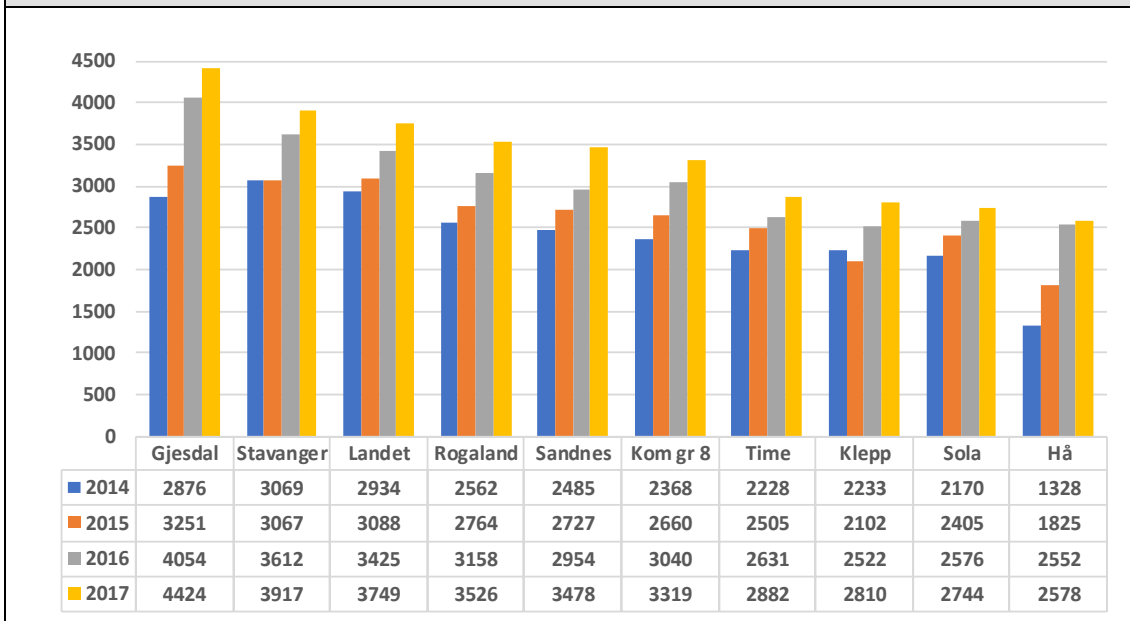
Figur 1 – Andel sosialhjelpsmottakere 20-66 år av innbyggere 20-66 (Kilde: Framsikt/ KOSTRA).

Kommentar og vurdering: Tall fra KOSTRA viser at i 2017 mottok 3,7 prosent av alle i aldersgruppen 20-66 år sosialhjelp, mens landsgjennomsnittet lå på 3,3 prosent. Gjesdal kommune har med andre ord en høy andel innbyggere som mottar sosialhjelp.

Figur 2 – Andel sosialhjelpsmottakere mellom 18-24 år i prosent av antall innbyggere 18-24 år (Kilde: KOSTRA⁶)

Kommentar og vurdering: Det samme kan sies om aldersgruppen 18-24 år. I denne aldersgruppen mottok 8,7 prosent sosialhjelp i 2017. Dette er godt over gjennomsnittet av de kommunene som er tatt med her (6,4 prosent).

⁶ Her foreligger ikke tall for kommunegruppa, Rogaland eller landet.

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

Kommentar og vurdering: Som følge av et høyt antall sosialhjelpsmottakere har kommunen høye utgifter til sosialtjenesten, her målt i utgifter per innbygger. I et fire-års perspektiv ser vi at samtlige kommuner har hatt en økning i utgiftene. Økningen må blant annet ses i sammenheng med situasjonen i arbeidsmarkedet disse årene, med færre i arbeid og dermed flere med behov for økonomisk sosialhjelp. Gjesdal er dessverre den kommunen med størst prosentvis økning, og kommunen ligger nå godt over gjennomsnittet i Rogaland- og landet.

Hvis vi ser på fordelingen mellom de tre hovedområdene (andel netto driftsutgifter til råd, veiledning, sosialt forebyggende arbeid, andel netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer og andel netto driftsutgifter til økonomisk sosialhjelp) ser vi at mesteparten av kommunens utgifter går til økonomisk sosialhjelp:

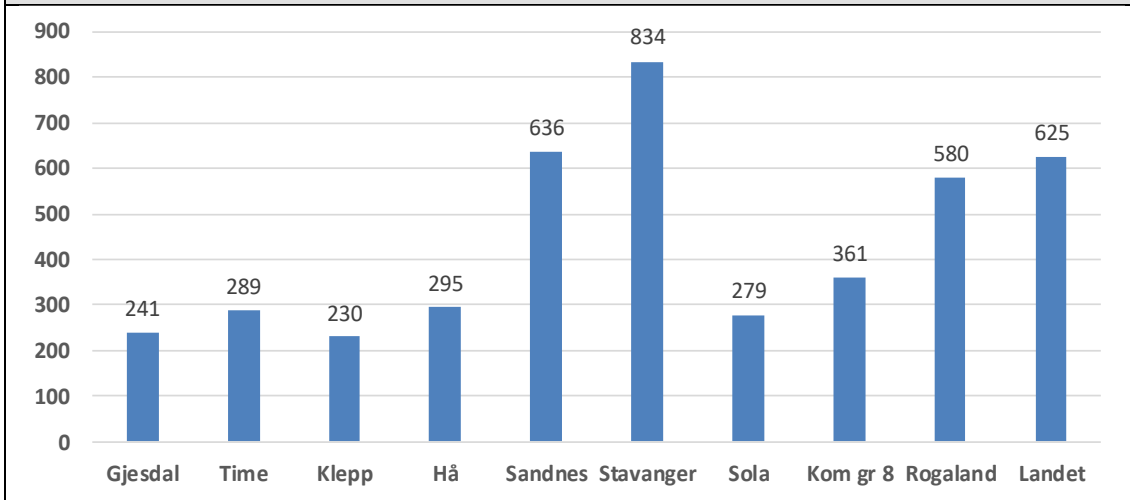
Tabell 1 – Andel netto driftsutgifter til råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid (Kilde: KOSTRA. Tall for 2017)

	Gjesdal	Time	Hå	Klepp	Sandnes	Stavanger	Sola	Kom gr 8	Rogaland	Landet
Andel netto driftsutg. til råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid (funksjon 242)	35,4	30	19,7	43,0	24,8	28,5	31,9	42,4	31,1	37,5
Andel netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer (funksjon 243)	4,9	9,4	11,1	7,3	16,5	19,7	9,3	10,2	15,7	15,1
Andel netto driftsutgifter til økonomisk sosialhjelp (funksjon 281)	59,7	60,5	69,3	49,6	58,8	51,8	58,9	47,4	53,2	47,4

Kommentar og vurdering: Av tabellen ser vi at mesteparten av kommunens utgifter går til økonomisk sosialhjelp, mens en mindre andel går til forebyggende arbeid og rusproblematikk. Dette gjelder også i andre kommuner. Samtidig ser vi at andelen som går til personer med rusproblemer er noe lavere i Gjesdal enn i

andre kommuner (4,9 prosent, mot landssnittet på 15,1 prosent). Dette poenget kan også illustreres ved å se på «netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer per innbygger», jamfør neste figur;

Figur 4 – Netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer pr. innb. 20-66 år (Kilde: Framsikt. Funksjon 243. Tall for 2017)



Kommentar og vurdering: Målt i netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer, ser vi at Gjesdal kommune har lave utgifter, sammenlignet med Rogalands- og landssnittet. Denne indikatoren i KOSTRA er det imidlertid knyttet noe usikkerhet til. Mange kommuner rapporterer lite på denne indikatoren (kalt funksjon 243), noe som kan påvirke gjennomsnittstallene for Rogaland og landet.

Tabell 2 – Antall årsverk i tjenester til voksne, barn og unge med psykiske helse- og/eller rusproblemer i Gjesdal kommune. (Kilde: SINTEF. Tall for 2017).

	Årsverk			Årsverk per 10000 innbyggere		
	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn
Gjesdal	29	25	4	25	29	13
Klepp	46	34	13	24	24	25
Time	38	34	4	20	25	7
Hå	70	62	8	37	45	16
Landet	14633	11534	3099	28	28	27

Kommentar: Tallene i tabellen viser at Gjesdal kommune har en årsverksinnsats til psykisk helsearbeid og rusvern som ligger på nivå med flere nabokommuner og landssnittet (målt i antall årsverk per 10000 innbyggere). Vi ser også at en forholdsvis lav andel av den totale årsverksinnsatsen kommer barn og unge til gode i Gjesdal, sammenlignet med landssnittet og nabokommunen Klepp.

2.1.3 VÅR VURDERING AV RESSURSINNSATS OG PRIORITERING

Vår gjennomgang viser at kommunen har høye utgifter til sosialtjenesten, først og fremst fordi antallet sosialhjelpsmottakere er høyt. Samtidig ser vi at prosentandelen som går til råd, veiledning og sosialt arbeid er på nivå med andre kommuner. Målt i antall årsverk ser vi at psykisk helsearbeid og rusvern er en prioritert oppgave i Gjesdal kommune. Etter vår vurdering viser disse tallene at kommunen er opptatt av å gi et forsvarlig tjenestetilbud overfor innbyggere med psykiske og/eller rusproblemer.

2.2 ORGANISERING AV TJENESTETILBUDET

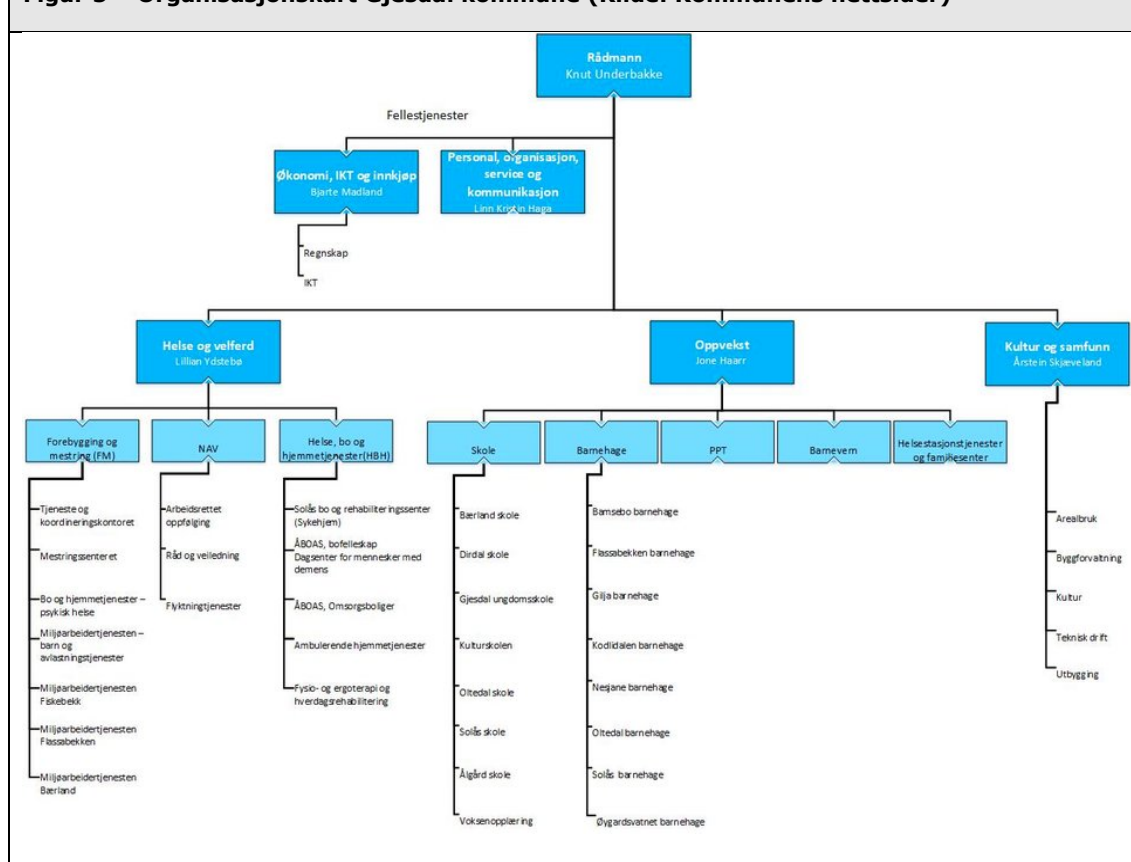
2.2.1 MANGE ORGANISASJONS- OG LEDERNIVÅER

Som vi ser av organisasjonskartet, består Helse og velferd av enhetene

- Forebygging og mestring,
- NAV
- Helse-, bo- og hjemmetjenester.

Inn under Forebygging og Mestring finner vi Mestringscenteret, som har som målgruppe mennesker med utfordringer innen psykisk helse og rus⁷:

Figur 5 – Organisasjonskart Gjesdal kommune (Kilde: Kommunens nettsider)



Kommentar: Mestringscenteret ligger under Forebygging og mestring, som i sin tur ligger under Helse og velferd.

Mestringscenteret er i sin tur delt inn i seks enheter, deriblant Fagteam rus, som har rusvernarbeidet i Gjesdal kommune som sin hovedoppgave:

- Fagteam rus
- Fagteam psykisk helse

⁷ Målgruppen omfatter også mennesker med utfordringer knyttet til livsstil, eller som har behov for hjelp til å komme i gang med meningsfull aktivitet eller arbeid.

- Frisklivssentralen
- SMIÅ kurs- og kompetansesenter
- Miljøservice
- Ambulerende vaktmesterteam

Kort oppsummert er det tale om tre organisasjonsnivåer under Helse og Velferd: Forebygging og mestring, Mestringscenteret og deretter Fagteam rus.

2.2.2 MESTRINGSSENTERETS MÅLGRUPPE OG KOMPETANSE

Mestringscenteret opererer ikke med noen bestemt aldersgrense, og i saker som gjelder ungdom 12-18 år, samarbeider Mestringscenteret tett med Ungdomskontakten, som er organisert under Familiesenteret i kommunen.

Mestringscenteret består av 17 ansatte fordelt på 14 årsverk. Personalet består av 1 leder, 2 erfaringskonsulenter, 4 vernepleier/sykepleiere, 5 miljøterapeuter (barnevernspedagog, sosionom eller annen treårig helse- og sosialfaglig utdanning), 3 fagarbeidere og to assistenter.

2.2.3 TJENESTETILBUD OG FAGTEAM RUS SITT MANDAT OG OPPGAVER

Av Mestringscenterets ansatte utgjør 4,5 stillinger Fagteam rus. Teamet består av én erfaringskonsulent i 50 prosent stilling, og følgende i 100 prosent stillinger:

- én vernepleier (ruskonsulent)
- én barnevernspedagog med videreutdanning i rusproblematikk (ruskonsulent)
- én vernepleier med videreutdanning i boligsosialt arbeid og rusproblematikk (fagansvarlig rus)
- Fra november 2018 er det i tillegg ansatt én vernepleier i en 100 prosent prosjektstilling som boveileder.

Fagteamets målgruppe er personer som har en ruslidelse eller som står i fare for å utvikle en ruslidelse⁸.

Av kommunens rusverntjenester er det som oftest Fagteam rus som er utfører av tjenesten. Gjesdal kommune har for øvrig inngått et samarbeid med Funkishuset i Sandnes, som innebærer at Funkishuset kommer to ganger i måneden til Gjesdal kommune og tilbyr rusmisbrukerne å få utlevert utstyr, levere inn utstyr eller få en helsesjekk etc. Gjesdal har også ACT-teamet på Jæren DPS som kommunen betaler for som for øvrig er et tilbud fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg kjøper Gjesdal plasser i omsorgsinstitusjon, enten i påvente av behandling eller dersom noen står uten fast bopel og trenger et litt høyere omsorgsnivå.

⁸ Kommunens generelle forebyggende tiltak rettet mot ungdom fremgår SLT-handlingsplan 2017-18. Disse tiltakene er gjengitt i rapportens vedleggsdel.

Alle ansatte i fagteam rus jobber dagtid. Brukere med behov for tjenester på kveldstid eller i helger tilbys dette i samarbeid med kommunens bo- og hjemmetjeneste. Teamets ansatte jobber for at den enkelte bruker skal:

- Ha et sted å bo.
- Ha en hverdag med meningsfullt innhold. Muligheter for arbeid/ aktivitetstilbud og fysisk aktivitet/ treningstilbud.
- Ha et sosialt fellesskap å være en del av.
- Ha oversikt over egen økonomi.
- Få nødvendig hjelp til å mestre egen lidelse.
- I tillegg gis tjenester i forbindelse med omsorgen for barn og samtaler til pårørende som trenger råd, støtte og veiledning.

Fagteamets ruskonsulenter har således mange oppgaver:

- Kartlegge behov, herunder innhente helseopplysninger.
- Motivere og se til at brukeren får oppfølging av fastlege og tannlege.
- Motivere brukeren slik at han eller hun kan bli henvist til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (inkludert legemiddelassistert rehabilitering – LAR).
- Søke vedkommende inn til en omsorgsinstitusjon.
- Følge opp under og etter behandling i institusjon.
- Fremme sak om tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 og 10-3, overfor Fylkesnemnda for sosiale saker.
- Samhandle med boligtildelingsutvalget om kommunal bolig.
- Samhandle med NAV-kontoret om sosialhjelp, statlige ytelser, arbeid og aktivitet.
- Etablere og delta i brukerens ansvarsgruppe, og sørge for et godt samarbeid mellom involverte parter.
- Være koordinator for individuell plan.

2.2.4 SAKSGANG

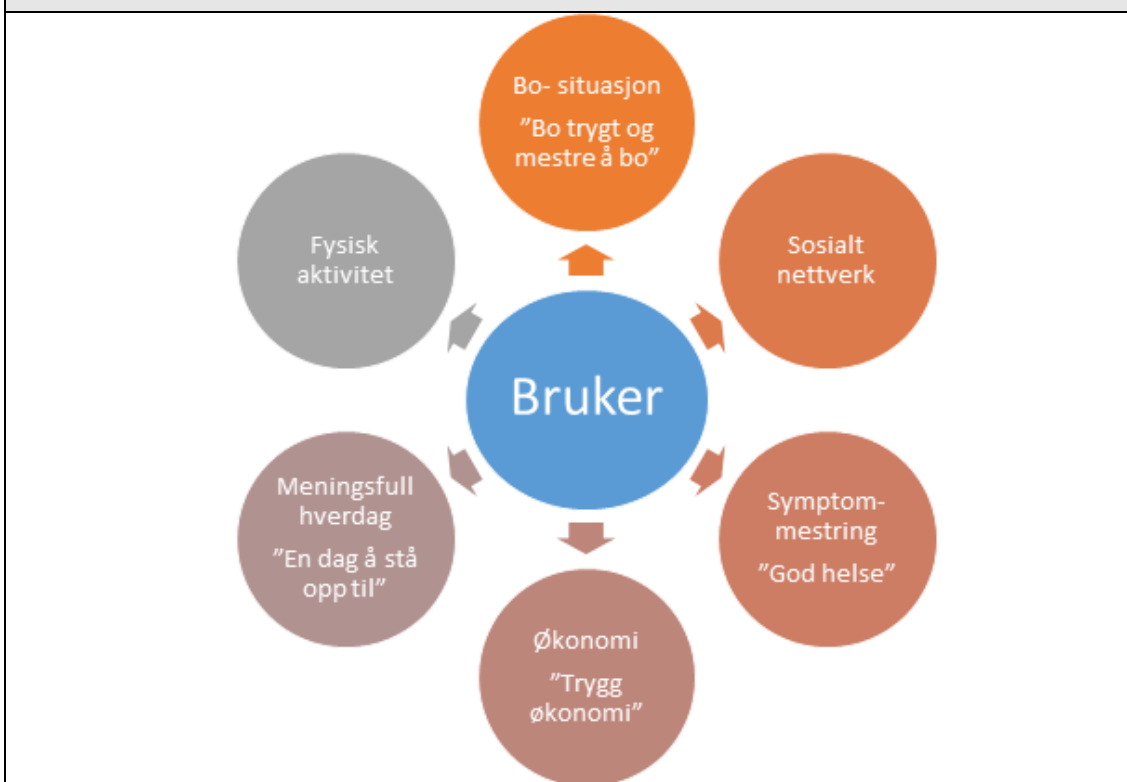
Behovet for tjenester fanges gjerne opp av fastlege, sykehus eller pårørende. Etter å ha mottatt en søknad, starter en kartlegging, samtidig som man forsøker å komme i kontakt med vedkommende.

I kartleggingen av den enkelte bruker har kommunen valgt å benytte den såkalte Recovery-tilnærmingen, og Gjesdal er med i et regionalt læringsnettverk for utvikling av Recovery-orienterte tjenester. Hovedpoenget er at man forsøker å bevege seg bort fra en tradisjonell, medisinsk tilnærming. Brukeren skal ses i en større sosial kontekst, og oppmerksomheten skal rettes mot personlige erfaringer, ressurser og ansvar, fremfor sykdomshistorikk, diagnose og behandlingstiltak. Bedringsprosessen ses på som en individuell prosess, som krever individuell tilrettelegging, med ulik hjelp til ulik tid. Hele mennesket skal være i fokus og oppmerksomheten rettes mot områder som:

- Livskvalitet (herunder også psykisk helse)
- Fysisk helse
- Meningsfulle aktiviteter og sosialt nettverk
- Gode boforhold
- Ordinært, lønnet arbeid og trygg økonomi

Det er først og fremst brukeren selv, som sammen med fagkonsulenten skal utarbeide et forslag til mål for tjenestene og tiltak for å nå målene;

Figur 13 – Rusteamets Recovery-orienterte arbeidsmodell (Kilde: Tjenestebeskrivelse og virksomhetsplan 2018)



Kommentar og vurdering: Brukeren bestemmer selv hva som skal være målet/målene. I praksis betyr dette at målet ikke trenger å være at man skal bli rusfri – dette er opptil brukeren selv å avgjøre.

De aller fleste som tar kontakt får vedtak. Unntaket kan være dersom det dreier seg om en generell bekymring, eksempelvis fra skolehelsetjenesten. I slike tilfeller vil det være aktuelt med en samtale for avklaring. Brukere som tar kontakt kan for øvrig også få hjelp til å søke om tjenester.

For tjenestene som tildeles, er antall timer og tidspunktet for når tjenestene skal leveres ikke fastsatt på forhånd. All den tid det her er tale om en gruppe tjenestemottakere med sammensatte problemer og en ustabil livssituasjon, vil dette være nødvendig. En slik organisering åpner for å tilpasse tjenestene i tråd med brukerens varierende behov til enhver tid.

2.3 EFFEKTER/ RESULTATER AV KOMMUNENS TJENESTETILBUD

2.3.1 SAMMENLIGNINGSGRUNNLAG/ REVISJONSKRITERIE

Ved å sammenstille Gjesdal kommunes resultater fra Brukerplan-kartleggingen med omkringliggende kommuner, vil vi i dette kapitlet forsøke å si noe om effekt/resultater av kommunens tjenestetilbud. Selv om det ikke kan sies å være noen direkte sammenheng, kan resultatene likevel gi oss en viss indikasjon på i hvilken grad kommunen er på rett vei i sitt rusvernarbeid.

I kommuneplan for Gjesdal 2015-27 heter det at «kommunen skal gi våre brukere rett tjeneste utført til rett tid og med rett kvalitet». Og i Gjesdal kommunes ruspolitiske handlingsplan (2017-21) heter det at «et viktig fokusområde for Gjesdal er å identifisere og fange opp unge mennesker i risikozonen tidligere enn før».

For å belyse måloppnåelsen knyttet til disse målsettingene, vil vi se hen til den historiske utviklingen i Gjesdal og omkringliggende kommuner. På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier, det vil si krav eller forventninger, til kommunens arbeid:

- Gjesdal kommune skal være på linje med eller ha bedre resultater enn sammenlignbare kommuner.
- Sammenlignet med tidligere, skal Gjesdal kommune være på vei mot færre, unge rusmisbrukere.

2.3.2 GJESDALS RESULTATER FRA BRUKERPLAN-KARTLEGGINGEN

Brukerplan er et verktøy for å kartlegge omfanget av rus- og psykiske problemer i den enkelte kommune⁹. Antallet innbyggere som mottar tjenester fra kommunens helse, omsorgs- og/eller velferdstjenester, og som blir vurdert av fagpersoner i vedkommende tjeneste til å ha et rusproblem, blir talt opp. Tjenestemottakeren blir vurdert å ha et rusproblem dersom mottakerens bruk av rusmidler er til skade for personens funksjonsnivå og relasjoner til andre.

Brukerplan-kartleggingen ble første gang gjennomført i år 2010 og er siden blitt gjennomført årlig. Kartleggingen gjennomføres av Fagteam rus, som sammen med NAV-kontoret i kommunen, fastlegene og barnevernet danner seg en oversikt over antallet. Kartleggingen omfatter rusmisbrukere over 16 år, og tallmaterialet gjør det mulig å følge utviklingen over tid. Foruten antallet rusmisbrukere, blir også antallet med kombinerte rus- og psykiske lidelser talt opp.

⁹ For kommunen er det frivillig om man vil delta i kartleggingen eller ikke.

Gjesdal gjorde sin første kartlegging i desember 2011, og har etter dette gjennomført kartleggingen i 2013, -14, -15, -16, -17 og -18. Med visse unntak, som er redegjort for nedenfor, har følgende instanser deltatt:

- NAV
- Mestringscenteret
- Barnevernstjenesten
- Fastleger
- Hjemmesykepleien

I 2016 deltok dessverre ikke NAV Gjesdal og fastlegene i kartleggingen. Dette medfører at 2016-tallene i liten grad kan sies å være representative, og av denne grunn er disse tallene ikke benyttet i vår analyse.

2.3.3 OMFANG

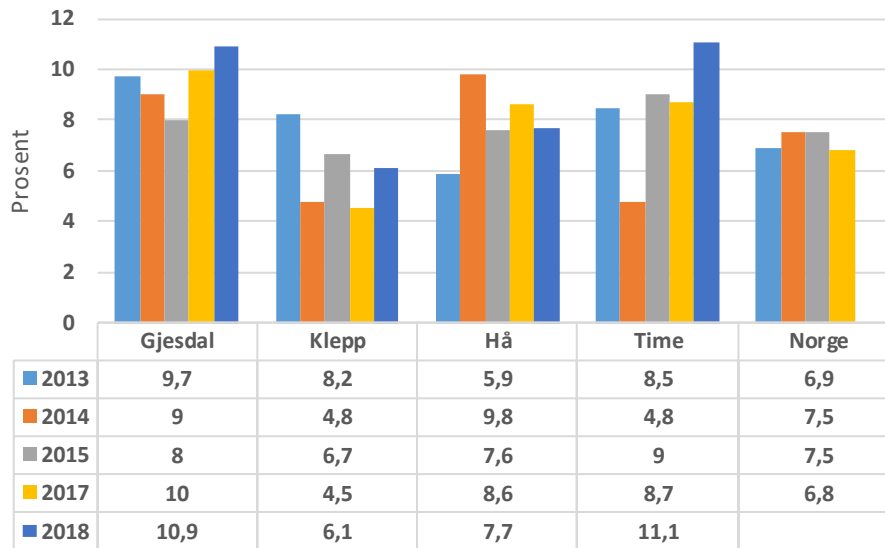
Hvor mange tjenestemottakere som er blitt vurdert å ha et rusproblem fremgår av denne tabellen:

Tabell 6 – Antall registrerte tjenestemottakere i Gjesdal kommune som er vurdert av fagpersonell å ha rusproblemer og antall som er vurdert å ha både rus og psykiske lidelser. (Kilde: BrukerPlan-kartleggingene i 2013, -14, -15, -17 og -18)

	2013	2014	2015	2017	2018
Kun rusproblem	38	29	20	24	49
Rusproblem og psykisk lidelse (ROP-lidelse)	39	45	48	66	49
Totalt	77	74	68	90	98

Kommentar: I henhold til kartleggingene i regi av BrukerPlan har det totale antallet økt fra 77 personer i 2013 til 98 personer i 2018, noe som utgjør en økning på 27 prosent.

**Tabell 6 – Antall registrerte tjenestemottakere med rusproblemer (med eller uten psykiske lidelser i tillegg), 16 år og eldre, per 1000 innbyggere¹⁰
(Kilde: Brukerplan-kartleggingene)**



Kommentar og vurdering: Målt i antall tjenestemottakere per 1000 innbyggere ligger Gjesdal kommune noe høyt, sammenlignet med landssnittet og flere av nabokommunene. I tillegg ser vi dessverre en liten økning siden 2013.

Figur 5 – Narkotikautløste dødsfall i Gjesdal og nabokommuner, 15-64 år, per 100 000, standardisert.

(Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet. Tall for Hå, Klepp og foregående år finnes dessverre ikke)

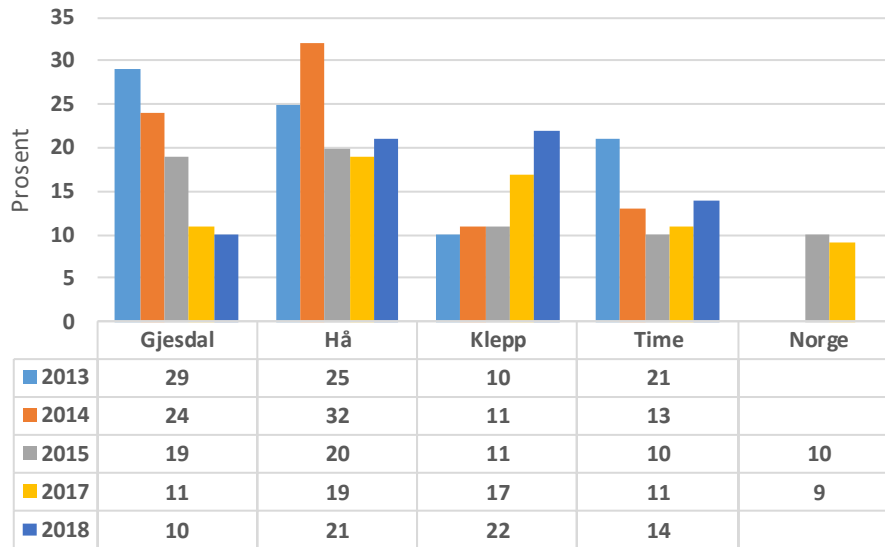
	2015-2017
Gjesdal	12,6
Time	10,9
Stavanger	9,8
Landet	7,3
Rogaland	7
Sandnes	3,9

Kommentar og vurdering: Gjesdal kommer dessverre også høyt oppe i denne sammenligningen, hentet fra Folkehelseinstituttets statistikkbank.

2.3.4 RUSMISBRUKERNES ALDERSSAMMENSETNING

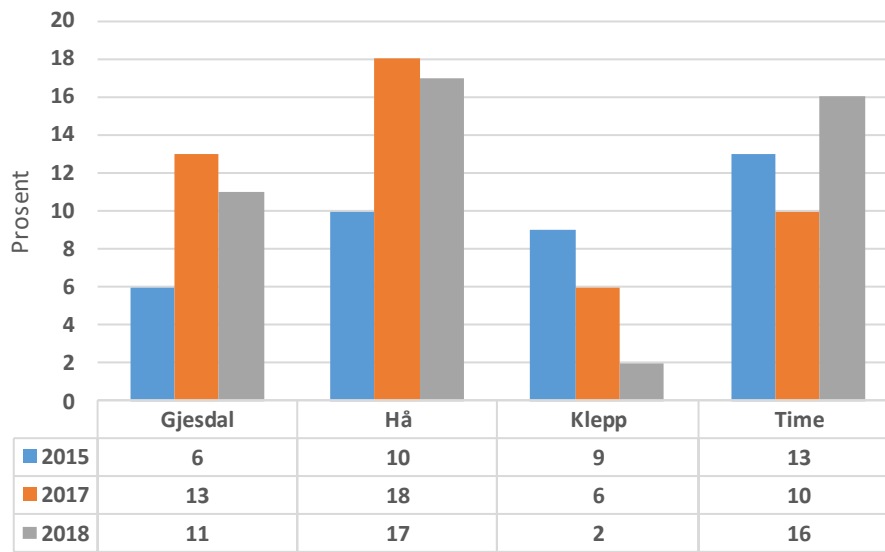
I tabellen under har vi ved å sammenstille resultatene fra BrukerPlan-kartleggingen det enkelte år, sett nærmere på prosentandelen brukere under 24 år og over 60 år i de ulike kommunene:

¹⁰ Tall for hele landet i 2018 foreligger foreløpig ikke. Merk at man i kartleggingen har operert med ulik aldersgrense i utvalget. Frem til og med 2014 er det tale om antall brukere 18 år og eldre, deretter 16 år og eldre. Men blant 16 og 17 åringene er det svært få registrerte. Mer informasjon om dette i rapportens vedlegg.

Figur 16 – Prosentandel registrerte tjenestemottakere som befinner seg i alderen 16–24 år (Kilde: BrukerPlan-kartleggingene).

Kommentar og vurdering: Vi ser at Gjesdal lenge har hatt en høy prosentandel unge, sammenlignet med kommunene som er tatt med her. Men prosentandelen er på vei ned, noe som må sies å være positivt. Slik sett kan dette indikere at kommunen er på rett vei i sin målsetting om å identifisere og fange opp unge mennesker i risikozonen, for således å redusere omfanget av unge rusmisbrukere. Og sammenlignet med Rogaland Revisjon sin forvaltningsrevisjon av rusverntilbudet i 2013, har kommunen forbedret seg på dette punktet.

I tabellen under ser vi på prosentandelen kartlagte brukere 60 år og over i de samme kommunene:

Figur 16 – Prosentandel registrerte tjenestemottakere i aldersgruppen 60 år og over (Kilde: BrukerPlan-kartleggingene¹¹).

Kommentar: Av tabellen ser vi at 11 prosent av de registrerte tjenestemottakerne i Gjesdal kommune i 2018 er over 60 år.

2.3.5 RUSMISBRUKERNES FUNKSJONSNIVÅ

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

Den enkeltes funksjonsnivå på hvert av disse områdene vurderes på en tredelt skala etter alvorlighetsgrad. Skalaen strekker seg fra grønn, gul og til rød;

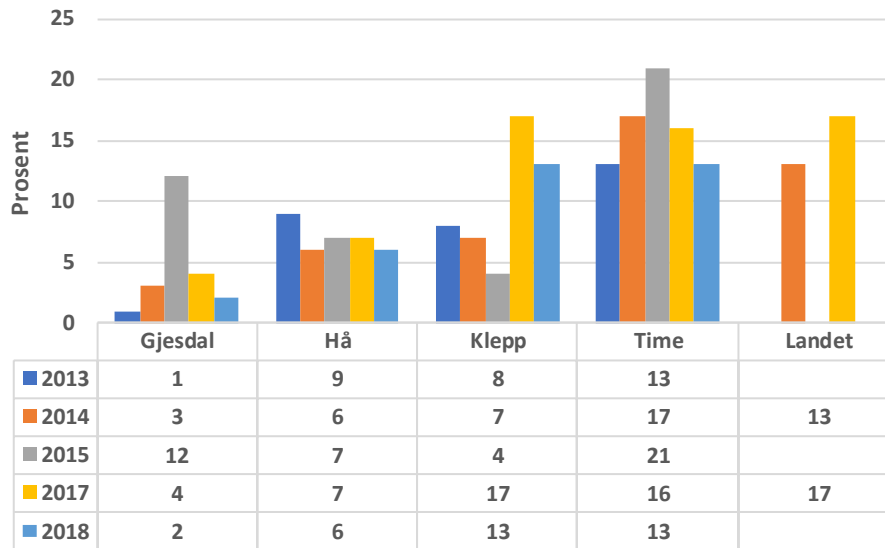
¹¹ Her finnes ikke tall for 2013 og -14. Ei heller landstall, med unntak av landstall for 2017 som viser en andel på 12 prosent. For å kunne sammenligne, har vi valgt å ta med tall for de samme kommunene som i figuren som omhandler aldersgruppen 16-24 år.

Figur 18 – Funksjonsområder og kategorisering av alvorlighetsgrad i BrukerPlan-kartleggingen
(Kilde: BrukerPlan – årsrapport 2016)

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

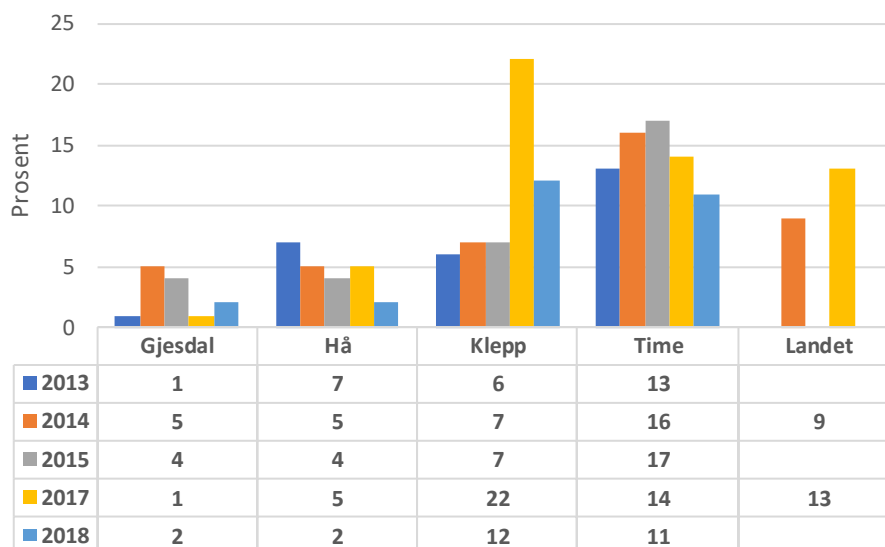
I denne forvaltningsrevisjonsrapporten har vi sammenlignet prosentandelen i rød kategori i kartleggingene fra år 2013, -14, -15, -17 og -18, for å se nærmere på utviklingen. Har prosentandelen i rød kategori gått opp eller ned i løpet av disse årene? I analysen har vi konsentrert oss om områdene psykisk helse, rusmiddelbruk, bolig, økonomi, meningsfull aktivitet og fysisk helse.

Figur 19 - Psykisk helse: De registrerte tjenestemottakernes psykiske helse. Prosentandel i rød kategori det enkelte år.
(Kilde: BrukerPlan-kartleggingene¹²)



Kommentar og vurdering: Dette er prosentandel av de registrerte tjenestemottakerne som er vurdert av fagpersonell å ha alvorlige og langvarige psykiske problemer/lidelser, jamfør definisjonen av «rød kategori» i tabellen ovenfor. For personer i rød kategori innebærer lidelsene ofte store påkjenninger for den enkelte og de nærmeste rundt, og personen kan ha store funksjonstap på sentrale livsområder. Av figuren ser vi at Gjesdal har hatt en lav prosentandel i alle årene med unntak av 2015. I 2017 og -18 var prosentandelen lavest blant de kommunene som er tatt med her, og i 2017 lavere enn landssnittet, noe som må sies å være positivt.

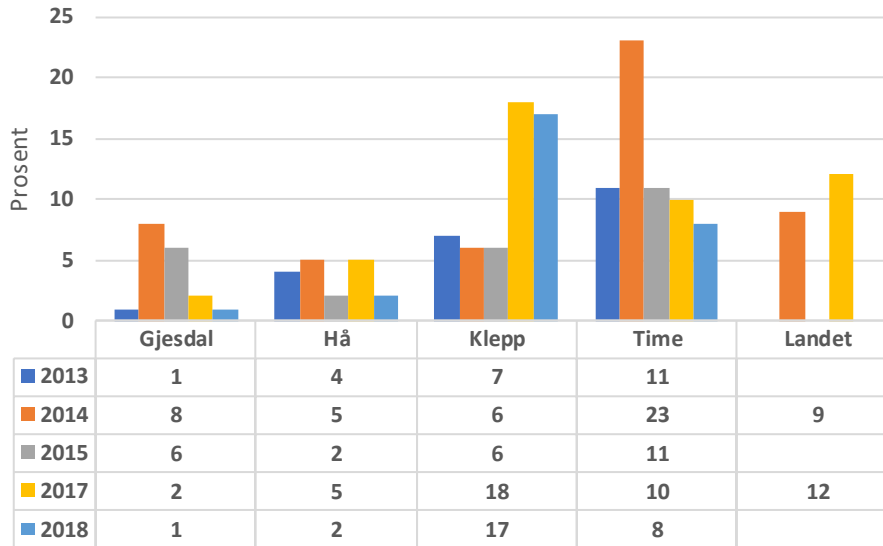
Figur 20 – Sosial fungering: De registrerte tjenestemottakernes sosiale fungering. Prosentandel i rød kategori.
(Kilde: BrukerPlan-kartleggingene)



¹² Landstall er tatt med i den grad dette foreligger. Dette gjelder også de neste figurene..

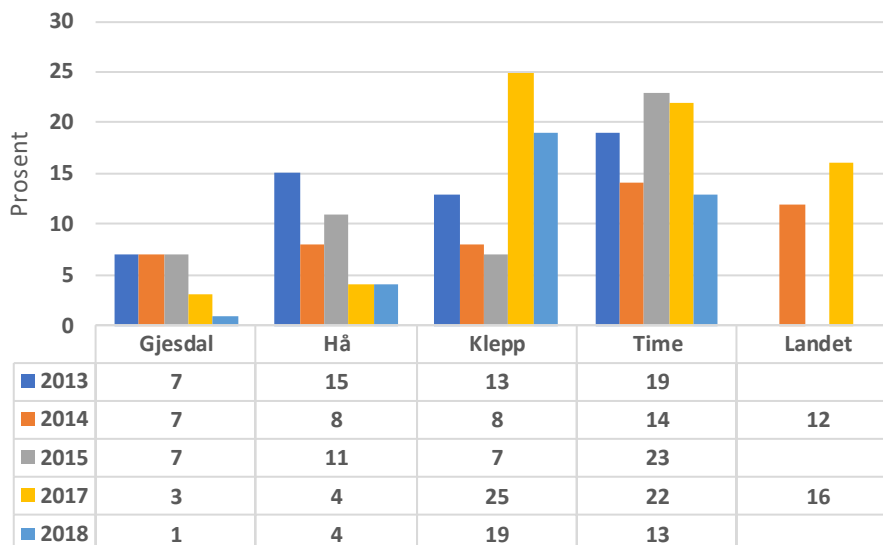
Kommentar og vurdering: Ut fra nevnte tabell kan vi lese at «Registrerte tjenestemottakere i rød kategori har marginal sosial kompetanse, både i sitt daglige miljø og utenfor dette miljøet, så som i butikker, på offentlige kontor etc». Av figuren ser vi at Gjesdal har en lav prosentandel i denne kategorien, sammenlignet med nabokommunene og landssnittet, og tallene viser en forbedring siden 2014. Dette må sies å være positivt.

Figur 20 - Nettverk: De registrerte tjenestemottakernes sosiale nettverk. Prosentandel i rød kategori (Kilde: BrukerPlan-kartleggingene)



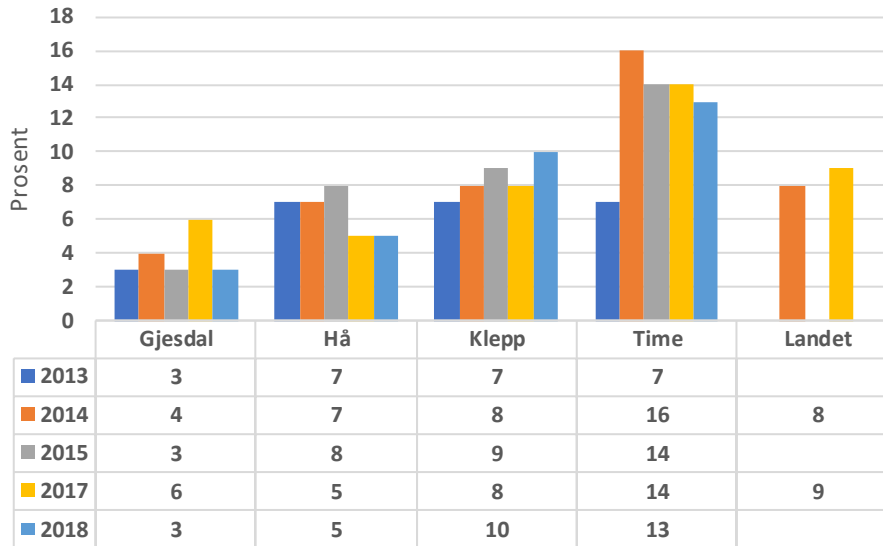
Kommentar og vurdering: Av ovenfor nevnte tabell kan vi lese at «registrerte tjenestemottakere i rød kategori har lite eller ingen kontakt med sosiale nettverk som familie, barn, venner, frivillige organisasjoner og/eller arbeidsliv. Vedkommende er isolert eller har bare marginale sosiale relasjoner». Av figuren ser vi at Gjesdal kommer godt ut med en lav prosentandel i rød kategori i 2018. Samtidig ser vi også en forbedring siden 2014. Igjen kommer Gjesdal best ut av de kommunene som er tatt med her.

Figur 20 - Rusmiddelbruk: De registrerte tjenestemottakernes rusmiddelbruk. Prosentandel i rød kategori (Kilde: BrukerPlan-kartleggingene)



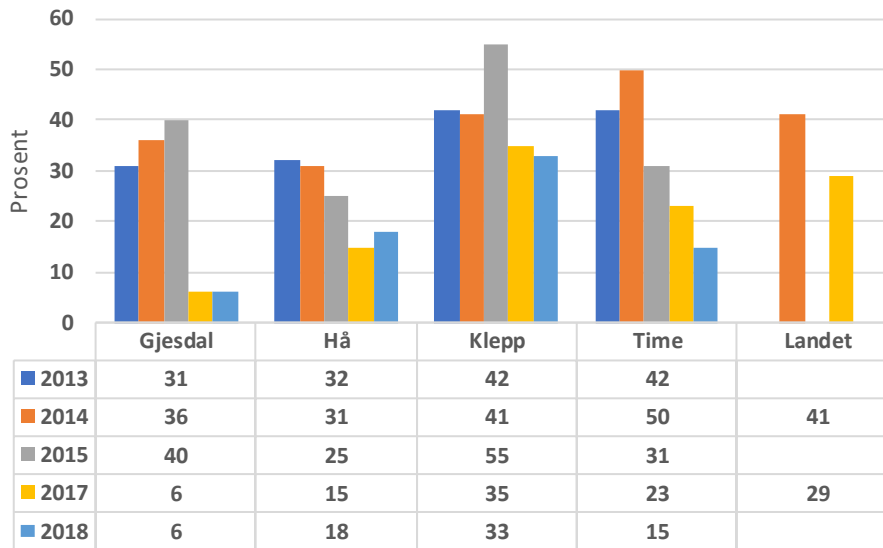
Kommentar og vurdering: Prosentandel i rød kategori er «registrerte tjenestemottakere som er vurdert å ha svært omfattende bruk av rusmidler. Rusmiddelbruken anses å ha svært alvorlige konsekvenser for personens fungering i det daglige - rusmiddelbruken er grenseløs, slik at brukeren ikke klarer å forutse eller begrense konsekvensene». Av figuren ser vi at Gjesdal kommer godt ut med en lav prosentandel i 2017 og -18.

Figur 21 – Fysisk helse: De registrerte tjenestemottakernes fysiske helse. Prosentandel i rød kategori (Kilde: BrukerPlan-kartleggingene)



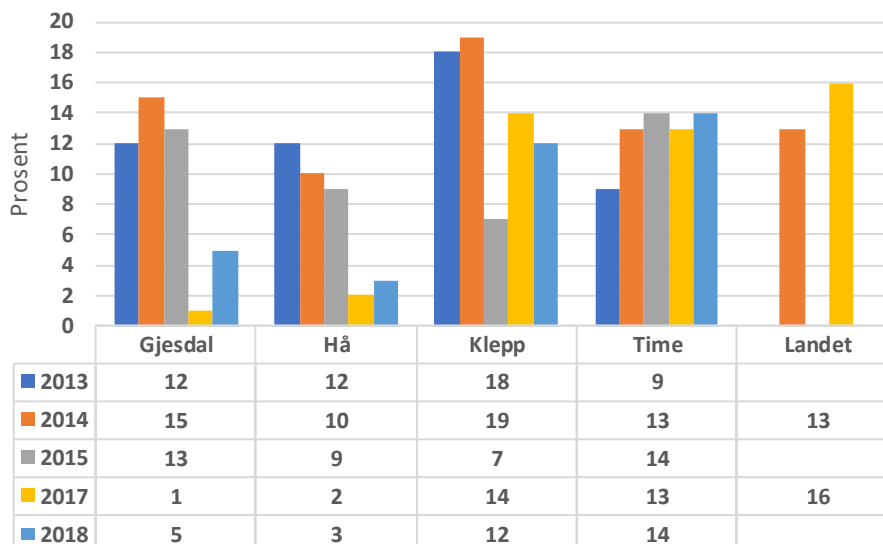
Kommentar og vurdering: Prosentandel i rød kategori er registrerte tjenestemottakere som er vurdert å ha omfattende fysiske helseplager, nærmere bestemt helseplager som gir svært alvorlige konsekvenser for personens fungering i det daglige/framtidige helsetilstand. Resultatene viser at Gjesdal har hatt en lav prosentandel i denne kategorien over lengre tid, sammenlignet med nabokommunene, noe som må sies å være positivt.

Figur 22 – Meningsfulle aktiviteter: Prosentandel registrerte tjenestemottakere som oppgir at de *ikke* har fått tilbud om meningsfulle aktiviteter (Prosentandel i rød kategori. Kilde: BrukerPlan-kartleggingene).



Kommentar og vurdering: Dette er prosentandel som i liten grad er i utdanning, arbeid eller meningsfull aktivitet. I Gjesdal er prosentandelen i rød kategori kraftig redusert, og resultatene viser en lav andel i rød kategori både i 2017- 18, sammenlignet med de andre kommunene. Nedgangen kommer som et resultat av at arbeid og aktivitet har vært et viktig satsningsområde de siste årene. Som eksempler kan nevnes at Mestringscenteret samarbeider tett med NAV og at kommunen har etablert et eget fotballag for rusavhengige¹³.

Figur 23 – Økonomisk situasjon til registrerte tjenestemottakere i Brukerplan-kartleggingene. Prosentandel i rød kategori (Kilde: BrukerPlan-kartleggingene)



Kommentar og vurdering: Dette er prosentandel registrerte tjenestemottakere som er vurdert av fagpersonell å ha stor uorden i økonomien (og/eller er helt avhengig av midlertidige stønader og/eller illegale inntekter). Vi ser at Gjesdal kommer godt ut i 2017, og til dels også i 2018.

¹³ Ved siste fotballtrening i februar 2019 møtte 12 deltakere.

2.3.6 VÅR VURDERING AV TJENESTENES EFFEKT

I forrige forvaltningsrevisjon av rusvernarbeidet i 2013, var ett av funnene en høy andel unge rusmisbrukere i Gjesdal. På denne bakgrunn formulerte vi den gang en anbefaling om «å videreføre kommunens forbyggende arbeid, spesielt overfor ungdom». Tallene fra BrukerPlan-kartleggingene i 2013-18 viser at prosentandelen har gått ned, noe som må sies å være positivt. Slik sett kan dette indikere at kommunen er på rett vei i sin egen målsetting om å identifisere og fange opp unge mennesker i risikozonen, for dermed å redusere omfanget av unge rusmisbrukere.

I tillegg viser tallene fra BrukerPlan-kartleggingene at både rusmisbrukernes psykiske og fysiske helse, rusmiddelbruk, boligforhold, økonomi og aktivitetstilbud har bedret seg, og kommunen kommer godt ut sammenlignet med nabokommunene og landssnittet. Dette gir en indikasjon på at Gjesdal kommunes arbeid innen rusvern har gitt resultater over tid.

2.4 KOMMUNENS BOTILBUD

2.4.1 NASJONALE OG LOKALE FØRINGER

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 skal kommunen medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.

I Gjesdal kommunens boligsosiale handlingsplan (2016-20) heter det at kommunen skal «styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet». Og i kommunens ruspolitiske handlingsplan 2017-21 er boligoppfølging for personer med rus- og psykiatrilidelser et viktig satsningsområde. «Dette er mennesker som har alvorlig funksjonssvikt på flere livsområder (..) Dette er en gruppe som i liten grad er motivert for rusfrihet og hvor hjelpen er å bedre livskvaliteten. Disse har behov for omfattende tjenester for å kunne bo i egen bolig», heter det i planen.

Ut fra disse føringene har vi utledet følgende revisjonskriterie (krav eller forventninger til kommunens arbeid):

- Gjesdal kommune skal kunne tilby et forsvarlig boligtilbud til personer med ruslidelser.

2.4.2 BOLIGTILBUDET I GJESDAL KOMMUNE

Gjesdal kommune har boliger med ulik grad av oppfølging, forbeholdt forskjellige målgrupper, deriblant personer med psykiske- og/eller ruslidelser. For denne gruppen vil

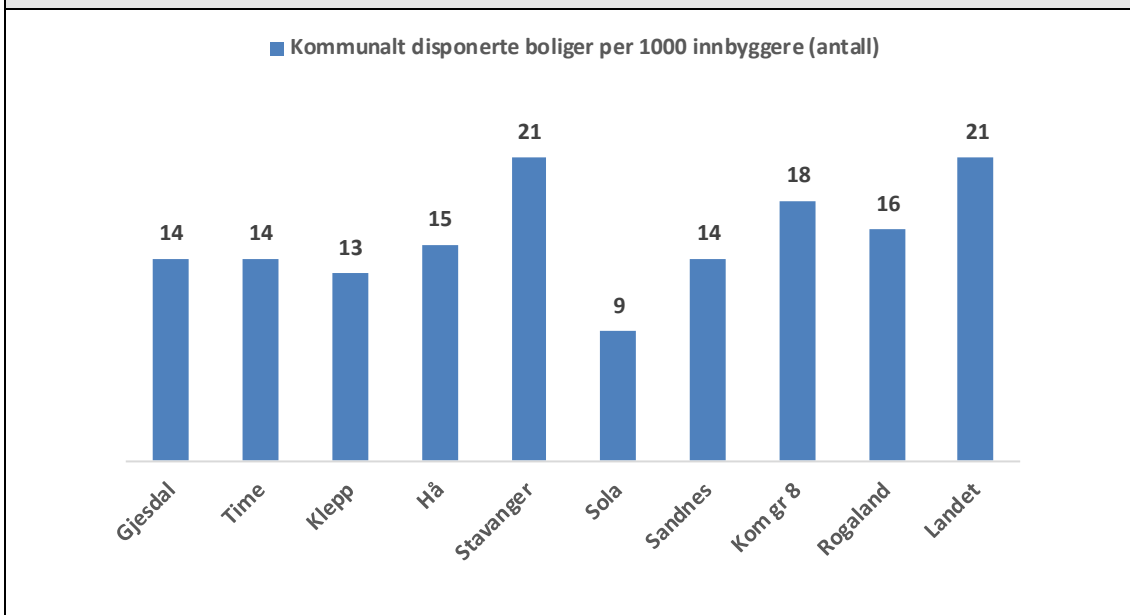
behovet variere fra liten eller ingen oppfølging, til bofellesskap med døgnbemanning. Selve tildelingen av kommunale boliger er lagt til kommunens boligtildelingsutvalg.

Foruten 50 ordinære kommunale boliger (fremleieboliger ikke medregnet), har kommunen følgende tilrettelagte boliger:

- 16 plasser i bofellesskap for personer med demens.
- 18 omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns tjenester.
- 24 omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns tjenester (miljøtjenester).
- 4 omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns tjenester (rus).
- 4 omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns tjenester (rus og psykiatri).
- 13 (2+4+7) omsorgsboliger som ikke tilrettelagt for heldøgns tjenester.

For å undersøke om tilbudet er i samsvar med behovet, har vi hentet inn tall fra KOSTRA/SSB og BrukerPlan-kartleggingen.

Figur 5 – Antall kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere (Kilde: KOSTRA)



Kommentar og vurdering: Tall fra KOSTRA viser at Gjesdal ligger under landssnittet målt i antall kommunale boliger per 1000 innbyggere, men likevel på nivå med nabokommuner som Time, Klepp og Hå.

Figur 6 – Prosentandel nye søkere som har fått avslag på søknad om kommunal bolig (Kilde: KOSTRA. Tall for 2017)

	Gjesdal	Time	Klepp	Hå	Kom gr 8	Rogaland	Landet
Andel nye søkere som har fått avslag på kommunal bolig (prosent)	13 %	16 %	20 %	44 %	25 %	31 %	33 %

Kommentar og vurdering: I 2017 var det en lav andel som fikk avslag på søknad om kommunal bolig, sammenlignet med andre kommuner.

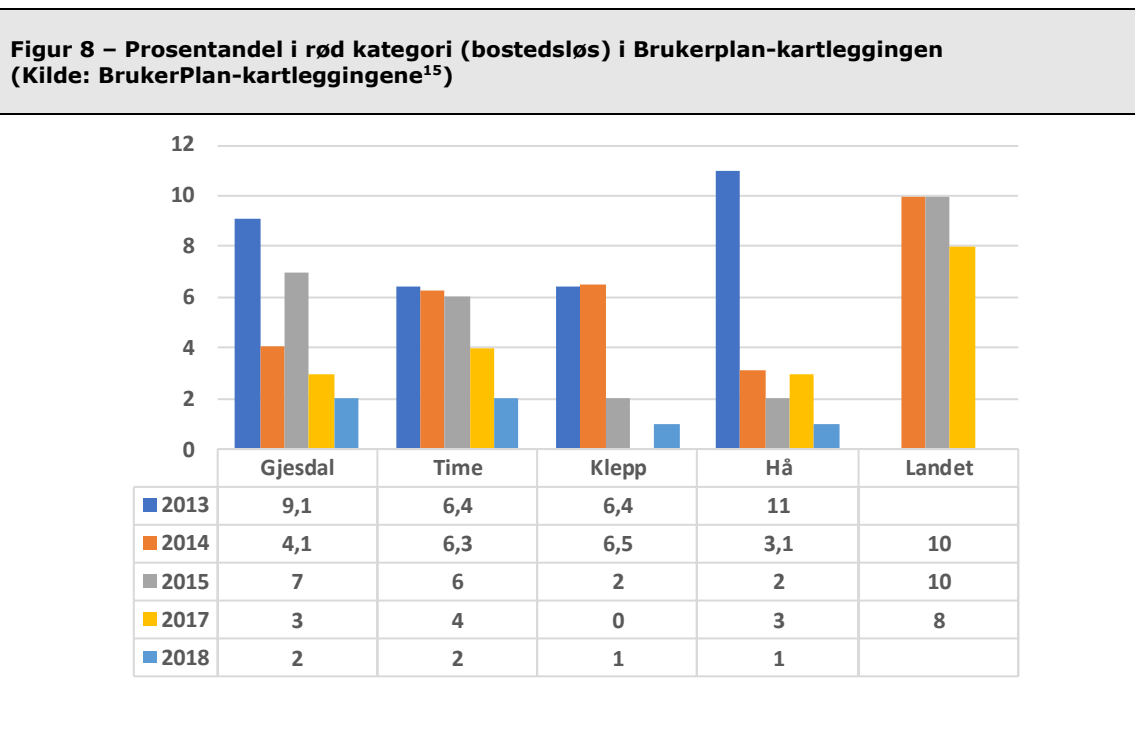
Vi får opplyst at per september 2018 har Gjesdal én person på venteliste til bolig¹⁴. Denne personen er for øvrig i behandling. Av kommunen får vi opplyst en generell bedring i boligmarkedet de siste årene har gjort det enklere for kommunen å skaffe til veie boliger i det private markedet.

I BrukerPlan-kartleggingen blir de registrerte tjenestemottakernes bosituasjon vurdert i henhold til tre kategorier:

- Permanent, tilfredsstillende (grønn kategori)
- Ikke permanent, ikke tilfredsstillende (gul kategori)
- Bostedsløs (rød kategori)

Før vi ser nærmere på resultatene fra BrukerPlan-kartleggingen, vil vi gjøre oppmerksom på at kartleggingens bruk av begrepet «bostedsløs» også inkluderer brukere som bor på hospits eller som bor midlertidig hos venner og bekjente.

I figuren nedenfor har vi sammenlignet prosentandelen i rød kategori (bostedsløs) i 2013, -14, -15 og -17;



Kommentar og vurdering: I Gjesdal har andelen bostedsløse gått betydelig ned fra 2013 til 2017, noe som må sies å være positivt. Kommunen opplyser at de ved siste kartlegging rapporterte noen få bostedsløse, men at alle har fått tilbud om bolig. Disse har takket nei og bor hos venner og bekjente.

¹⁴ Dette gjelder personer med utfordringer innen rus, det samlede tallet for kommunen er høyere.

¹⁵ Tjenestemottakere i tabellen er kartlagte brukere over 18 år som enten har kun rusproblemer eller samtidige rus- og psykiske problemer. Tjenestemottakere i kommunene er summert opp, og det er denne summen prosentene er regnet fra.

2.4.3 SÆRSKILT OM BRUK AV OMSORGSINSTITUSJONER

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 gir kommunen et ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester i institusjon, og kommunen kan selv velge mellom å etablere en egen omsorgsinstitusjon eller benytte private leverandører.

En omsorgsinstitusjon er ikke en behandling sinstitusjon, men et døgnbemannet tilbud til rusavhengige som er i en slik situasjon at de trenger hjelp og omsorg som følge av sitt rusmisbruk. Tilbudet er nærmere bestemt rettet mot personer som har fått nedsatt funksjonsnivå grunnet inntak av rusmidler, og hovedmålet er at bruker skal oppnå bedre livskvalitet ved å få dekket sine primære behov. Siden dette ikke er et behandlingstilbud, er det kommunen og ikke spesialisthelsetjenesten, som dekker kostnadene, og tilbudet gis etter vedtak.

Ved bruk av omsorgsinstitusjon betaler Mestrings senteret i Gjesdal den ene halvparten og NAV Gjesdal den andre, forutsatt at vedkommende mottar sosialhjelp. Opphold på behandling sinstitusjon dekkes av staten.

Nedenfor har vi skissert omfang og kostnader for Gjesdal kommune siste tre år når det gjelder bruk av plasser i omsorgsinstitusjon:

Figur 10 – Tildeling av omsorgsplasser i antall (Kilde: Gjesdal kommune)				
		2016	2017	2018
	Antall brukere	2	3	1
	Kroner	124 300,00	64 370,00	24 000,00

Kommentar: De oppgitte kostandene er kommunens totale utgifter til omsorgsplasser tre siste kalenderår (dette er Mestrings senteret sin andel, noe som skal tilsvare halvparten av den totale kostnaden). Vi får opplyst at variasjonen i kostnadene først og fremst skyldes tilfeldige variasjoner. For kommunen er målsettingen først og fremst behandling, men omsorgsinstitusjoner kan også benyttes ved behov. En plass i omsorgsinstitusjon koster om lag 32 000 kr i måneden.

2.4.4 VÅR VURDERING AV KOMMUNENS BOTILBUD

I forrige forvaltningsrevisjon av rusvern arbeidet i 2013, var ett av funnene at Gjesdal kommune hadde behov for flere boliger til rusmisbrukere. På denne bakgrunn formulerte vi en anbefaling til kommunen om å «se nærmere på hvilke tiltak som kan bidra til at flere får dekket sitt boligbehov».

Antall rusmisbrukere på venteliste til bolig er per mars 2018 svært lavt, noe som må sies å være positivt. Vi ser også at prosentandelen bostedsløse i BrukerPlan-kartleggingen er kraftig redusert. I tillegg har bruken av omsorgsplasser gått ned. Med god drahjelp av en generell bedring i boligmarkedet, peker dette i retning av at Gjesdal kommune er på riktig vei i sitt arbeid med å sikre rusmisbrukerne et godt botilbud.

2.5 EVALUERING AV TJENESTETILBUDET

2.5.1 NASJONALE OG LOKALE FØRINGER

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

I henhold til forvaltningsloven skal saken avgjøres uten ugrunnet opphold, enten søknaden kommer fra privatpersoner, spesialisthelsetjenesten eller fastlegen¹⁶.

Av kommunale føringer finner vi følgende formulering i Mestringssenterets Virksomhetsplan for 2018: «Den enkelte som mottar individuelle tjenester, skal ha en egen tiltaksplan som beskriver målet for hjelpen».

Ut fra disse føringene har vi utledet følgende revisjonskriterier (krav eller forventninger til kommunens arbeid):

- Søknader om rusverntjenester skal avgjøres innen lovpålagt frist.
- Gjesdal kommune skal utarbeide tiltaksplaner hvor tildelte tjenester blir gjenstand for evaluering.

2.5.2 PRAKSIS I GJESDAL KOMMUNE

Kommunen opplyser at de følger forvaltningsloven i behandlingen av søknader. Ved mottatt søknad, gjennomfører Mestringssenterets ruskonsulenter en kartlegging av den enkelte bruker og utarbeider en saksutredning. Ruskonsulenten legger saksutredningen fram for vedtaksansvarlig ved kommunens tjeneste- og koordineringskontor, og saken drøftes i fellesskap. Fra kommunen får vi opplyst at vedtaksansvarlig sjelden går imot saksutreders anbefaling når vedtak fattes.

I Gjesdal kommune har man valgt en modell hvor vedtaksansvarlig er ansatt 50 prosent ved tjeneste- og koordineringskontoret og 50 prosent i kommunens psykiske helseteam, organisatorisk underlagt Mestringssenteret. Organiseringen er ment å gi vedtaksansvarlig oppdatert og inngående kunnskap om tjenestetilbudet til enhver tid, for å sikre riktig hjelp i hvert enkelt tilfelle.

¹⁶ Forvaltningsloven spesifiserer ikke konkret hvor raskt et vedtak skal fattes, men fastslår i § 11a at forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken **uten ugrunnet opphold**. Hva som er forsvarlig saksbehandlingstid må vurderes konkret i hver enkelt sak, og kan variere med sakens art og omfang, kompleksitet, tilgjengelige ressurser osv.

Etter vedtak ytes individuell oppfølging av Fagteam rus og Fagteam psykisk helse. Disse teamene er i seg selv også beslutningsdyktige, noe som betyr at de kan justere vedtak etter behov, i samråd med bruker.

Et vedtak inneholder alltid en begrunnelse og vurdering, og som hovedregel skal vedtak ikke gis en varighet på mer enn seks måneder. Alle som får vedtak får utarbeidet en tiltaksplan, hvor mål ut fra hva brukeren selv ønsker, blir fastsatt. For noen blir målet å få til en så god hverdag som mulig innenfor de rammene de lever under. Ikke alle har mål om å bli rusfri, fordi målene er opp til den enkelte selv å bestemme. Hvor spesifikke og ambisiøse målene er, vil av denne grunn variere. Hovedmålet kan for eksempel være å opprettholde en viss funksjonsdyktighet.

Ved utløpet av hvert vedtak gjennomføres en evaluering. I samråd med bruker blir spørsmålet om tjenestene fungerer tilfredsstillende eller om andre alternativer kan være aktuelle. På dette tidspunktet skrives en endringsjournal av kontaktperson¹⁷. Og ved vedtakets utløp er det vanlig at tjenestetilbudet også blir drøftet i brukerens ansvarsgruppe. Hvorvidt tjenestenes *effekt* blir gjenstand for evaluering og drøfting i interne og eksterne samarbeidsmøter, vil være opp kontaktansvarlig.

Mens evalueringen som foregår ved vedtakets utløp ofte blir mer helhetlig, vil evalueringen som foregår fortløpende i den enkeltes ansvarsgruppe være mer avhengig av tema for møtet. I ansvarsgruppa er alle aktørene med, eksempelvis NAV og Jæren DPS, og da vil NAV være mest interessert i å evaluere og diskutere hva NAV skal gjøre videre. Evalueringen ved utløpet av Mestringscenterets vedtak vil på sin side være mer knyttet til hva vedtaket omhandler.

2.5.3 GJENNOMGANG AV ENKELTSAKER

I forbindelse med prosjektet har vi sett nærmere på samtlige registrerte brukere hos Mestringscenteret som befinner seg i aldersgruppen 25 år og yngre. Per november 2018 er dette tale om 13 personer.

Blant disse viser det seg at 12 av 13 har fått utarbeidet et vedtak innenfor forvaltningslovens frist, mens én fortsatt er under kartlegging. Sistnevnte har det vært vanskelig for Fagteam rus å få kontakt med. Her var det for øvrig NAV som først tipset om denne brukeren. Rusteamet har i lengre tid jobbet for å komme i posisjon overfor denne brukeren og skaffe informasjon om hjelpebehovet, for deretter å kunne fatte et vedtak. En tiltaksplan er for øvrig allerede utarbeidet for denne brukeren.

Vår gjennomgang viser at samtlige 13 brukere har fått utarbeidet en tiltaksplan.

¹⁷ Vedtaksansvarlig ved tildelingskontoret sender en internmelding i Gericas med oversikt over hvilke vedtak som skal evalueres den aktuelle måneden, og det vil da være primærkontakten (kontaktperson) sitt ansvar å gi informasjon til vedtaksansvarlig om hva som skal legges til grunn for et nytt vedtak.

2.5.4 VÅR VURDERING

I samtlige enkeltsaker vi har undersøkt har kommunen fulgt forvaltningslovens regler med hensyn til saksbehandlingstid og vedtakets innhold. I den enkeltes ansvarsgruppe blir tjenestetilbudet gjenstand for en fortløpende evaluering. Vår gjennomgang av samtlige saker til brukere under 25 år (13 saker) viser at alle har fått utarbeidet en tiltaksplan, hvor tjenestetilbudet er blitt gjenstand for evaluering. Samtidig er det vårt inntrykk at den enkelte ruskonsulent er gitt mye frihet til selv å avgjøre hvor mye innsats som skal legges ned i arbeidet med å evaluere tjenestene ved vedtakets utløp.

2.6 SAMORDNING OG KOORDINERING

2.6.1 NASJONALE OG LOKALE FØRINGER

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd har kommunen plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven. I kommunens ruspolitiske handlingsplan 2017-21 heter det at kommunen skal sørge for en «helhetlig oppfølging av familien ut fra behov, f.eks. fra helsestasjon, oppvekstteam, psykisk helse og rusvern, barneverntjeneste eller politi».

Individuell plan er sentralt i arbeidet med å få til et helhetlig behandlingsforløp og smidige overganger mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og private behandlingssituasjoner. Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 skal kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal være koordinator og samarbeide med andre tjenesteytere for å skape et helhetlig tilbud¹⁸.

I Gjesdal kommunes ruspolitiske handlingsplan 2017-21 heter det at «individuell plan blir vurdert som et helt sentralt virkemiddel i arbeidet med å sikre brukermedvirkning på individnivå. Individuell plan er forankret i sosial- og helselovgivningen, og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, herunder rusmiddelmissbrukere, har rett til å få utarbeidet individuell plan dersom de ønsker det».

Ut fra disse føringene har vi utledet følgende revisjonskriterier (krav eller forventninger til kommunens arbeid):

- Gjesdal kommune skal legge til rette for samhandling mellom ulike tjenesteytere internt og eksternt.

¹⁸ Retten til individuell plan følger også av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1, og gjeldende samarbeidsavtale mellom Stavanger kommune og Arbeids- og velferdsetaten i Rogaland. Her heter det at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få tilbud om individuell plan eller tilsvarende.

- Registrerte rusmisbrukere i Gjesdal kommune med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal få utarbeidet en individuell plan.

2.6.2 PRAKSIS I GJESDAL KOMMUNE

Innad samarbeider den enkelte ruskonsulent med kommunens helsetjeneste, barnehauger og skoler, den kommunale delen av NAV, barneverntjenesten, Familiesenteret, SMIÅ kurs- og kompetansesenter (som organisatorisk ligger under Mestringssenteret) og fastlegene.

Eksterne samarbeidspartnere er Jæren distriktpsikiatriske senter, Rogaland A-senter og Ruspoliklinikk Ung¹⁹, foruten behandlingstilbud, som for eksempel Hjeltestad-klinikken. Gjesdal benytter også rusbehandlingstilbud andre steder i landet for å gi den enkelte en sjanse til å komme bort fra det lokale rusmiljøet. Som allerede nevnt benyttes omsorgstilbud, som for eksempel Bjørnstad ressursenter.

Mestringssenteret forsøker å legge til rette for at de som har behov og ønsker det, skal få tilbud om behandling i regi av spesialisthelsetjenesten. Så langt har dette resultert i at flere er i behandling enn tidligere, enten poliklinisk eller døgnbehandling. Hvilke instanser brukerne blir henvist til varierer, men hovedsakelig er dette:

- Private institusjoner for rusbehandling med driftsavtale med helseforetakene, (Rogaland A-senter for dem over 30 år eller Ruspoliklinikk Ung for dem under 30 år)
- Sykehusavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus (forutsetter henvisning fra fastlegen).
- Jæren distriktpsikiatriske senter (i praksis forutsetter dette behandlingstilbudet også henvisning fra fastlegen. Dette for å sikre et mer helhetlig bilde av hva som allerede er undersøkt).

Vi får opplyst at Mestringssenteret stiller opp som koordinator hvor det foreligger ansvarsgruppe. Dette fordi rusteamet ønsker å ha oversikten denne rollen gir.

2.6.3 GJENNOMGANG AV EN KNIPPE UTVALGTE BRUKERE

Ruskonsulentene forsøker å være tett på når brukerne er i behandling. De deltar i ansvarsgruppemøter og hjelper til ved permisjoner etc. Men til tross for dette er det mange som avbryter behandlingen. I denne forvaltningsrevisjonen har vi forsøkt å tallfeste dette, og vi har derfor bedt kommunen foreta en manuell optelling. Fra kommunen får vi opplyst følgende:

¹⁹ Ruspoliklinikk Ung ligger under Helse Stavanger.

I løpet av kalenderåret 2018 begynte 19 registrerte brukere hos Mestringssenteret et behandlingsopplegg i regi av spesialisthelsetjenesten. Status 01.03.2019 er at av disse har 8 avbrutt behandlingen, 7 har rukket å gjennomføre hele behandlingen, mens de resterende 4 ikke er ferdige med behandlingen.

Verdt å nevne er også at av disse 19 har 11 vært til behandling tidligere. Hvorvidt man skal prøve med ny behandling, vil være avhengig av hva brukeren selv ønsker og har behov for. Rusverntjenesten har ingen fast mal for hvilke tiltak som skal iverksettes dersom en behandling avbrytes. Vi får opplyst at avbrytelse av behandling veldig ofte skjer ved første forsøk, og at det er veldig få som opplever å bli rusfrie etter første behandling.

2.6.4 SAMARBEIDET MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Fra spesialisthelsetjenesten meldes det om et godt samarbeid med kommunen. I overgangen fra kommunen til spesialisthelsetjenesten er det viktig at ansvarsfordelingen er nøye klarlagt. Siden tilstanden til pasienten kan endre seg underveis, må alle parter være fleksible. Gjesdal kommune oppleves å være på tilbudssida, og kommunen er god til å følge opp pasientene. I tillegg oppleves kommunen som fleksibel når møtetidspunkter skal avtales.

Samtidig etterlyses mer bruk av individuell plan. Den individuelle planens hovedtema kan bli brukt til å strukturere tverrfaglige møter, og i stedet for å skrive referat fra hvert enkelt møte, kan den individuelle planen som alle involverte parter har tilgang til, oppdatert. En individuell plan gir oversikt, og muliggjør i større grad å undersøke om det har skjedd endringer over tid. I tillegg sørger verktøyet for at opplysningene er samlet på ett sted.

2.6.5 MER OM BRUKEN AV INDIVIDUELL PLAN I GJESDAL KOMMUNE

Tabellen under viser prosentandel registrerte tjenestemottakere i BrukerPlan-kartleggingene som har fått utarbeidet en individuell plan. Her er også prosentandel med tiltaksplan, kriseplan og ansvarsgruppe tatt med:

Figur 13 – Prosentandel registrerte tjenestemottakere med utarbeidede planer og ansvarsgruppe (Kilde: BrukerPlan-kartleggingene)

2017					
	Gjesdal	Hå	Time	Klepp	Landet
Ansvarsgruppe	42	29	39	54	41
Andre planer (inkludert tiltaksplan)	64	66	63	2	28
Kriseplan	23	2	11	9	9
Individuell plan	6	1	10	11	14
2018					
	Gjesdal	Hå	Time	Klepp	Landet
Ansvarsgruppe	33	35	33	47	
Andre planer (inkludert tiltaksplan)	66	65	14	6	
Kriseplan	10	3	8	12	
Individuell plan	19	14	8	7	

Kommentar og vurdering: Vi ser at samtlige kommuner, inklusiv Gjesdal, har en lav andel registrerte tjenestemottakerne som har fått utarbeidet en individuell plan. Selv om andelen har steget noe fra 2017 til -18, må denne andelen likevel sies å være lav. Kommunen forklarer dette med at tilbudet er frivillig og at ikke alle ønsker å ha en individuell plan. I tillegg stiller dagens elektroniske løsning store krav til både ansatte og bruker.

Så langt har Gjesdal kommune blandede erfaringer med bruk av den elektroniske løsningen SAMPRO. Kommunen løser dette med å supplere med å opprette en ansvarsgruppe, med en definert koordinator, som skriver referat fra møtene i ansvarsgruppa.

Hyppighet, antall deltakere og hvor konkrete mål som fastsettes er, vil variere fra ansvarsgruppe til ansvarsgruppe. Per i dag har Gjesdal i hovedsak ansvarsgrupper med referat, og i de fleste tilfeller er bruker med i ansvarsgruppa.

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

Av tabellen ser vi at Gjesdal kommune har en høy andel med tiltaksplan. For å kunne få utarbeidet en tiltaksplan, er det en forutsetning at brukeren mottar tjenester fra kommunen. Ansvaret for utarbeidelse av planen ligger hos den enkelte enhet, og andelen som ikke har fått utarbeidet en slik plan, er gjerne brukere som er i ferd med å bli rusfrie og som ikke lenger har behov tjenester eller som ikke er henvist til kommunens hjelpeapparat knyttet til rusvern enda.

Videre ser vi at om lag en tredjedel av tjenestemottakerne har ansvarsgruppe. Kommunen presiserer at for en bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester vil en ansvarsgruppe formalisere samarbeidet med brukeren og mellom involverte aktører.

Bruker deltar som regel på ansvarsgruppemøtene, og bruker får her anledning til å komme med innspill, både til hvem som skal gjøre hva og frister. Dette vil være forpliktende avtaler for alle involverte. Fra hvert møte utarbeides et referat, som sendes alle parter, inklusiv bruker, og hva som er gjort siden sist, vil være første punkt på neste møte i ansvarsgruppa.

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

2.6.6 SAMARBEIDET MED NABOKOMMUNER

Gjesdal samarbeider med andre kommuner på flere områder, og i den senere tid har spesielt samarbeidet med nabokommunene Klepp, Time og Hå blitt mer omfattende. I felles samarbeidsmøter diskuteres hvordan generelle utfordringer kan løses og hvordan tjenestene kan utformes. Samarbeidet omfatter blant annet Frisklivscentralen, og Forum for psykisk helse og rus på Jæren, og i sistnevnte forum møtes lederne av rustjenestene i de fire kommunene, de respektive kommunelegene og ledelsen ved Jæren Distriktspsykiatriske senter.

Disse fire jærkommunene samarbeider også om et felles statlige prosjekt, kalt «Ny Start Jæren»²⁰. Dette er et prosjekt som baserer seg på nevnte Recovery-metodikk. Gjennom gjensidig kunnskap om hverandre, herunder oversikt over det totale tilbudet og kompetanse, skal tjenester kunne benyttes på tvers av kommunegrensene, for å gi et best mulig tilbud til brukere med psykisk helse- og /eller rusproblemer. 35 brukere med et sterkt ønske om endring skal gis mulighet til å få skreddersydde, arbeidsrettede aktiviteter og fysisk trening, og målet er utdanning eller jobb på sikt. I prosjektet bidrar firmaet No Limitations med arbeidsrettede og sosiale aktiviteter, foruten et eget treningsopplegg. Så langt har fem rusmisbrukere fra Gjesdal sagt ja til å delta, og ytterligere tre er under vurdering²¹.

I prosjektet har vi vært i kontakt med lederne for rusverntjenestene i Hå, Klepp og Time. Samtlige sier seg fornøyde med samarbeidet så langt.

2.6.7 VÅR VURDERING AV SAMORDNING OG KOORDINERING

Gjesdal kommune oppleves av spesialisthelsetjenesten å være på tilbudssida, kommunen er god til å følge opp pasientene, og kommunen oppleves som fleksibel. Dette må sies å være positivt.

²⁰ Her deltar forøvrig også Jæren DPS og Rogaland A-senter.

²¹ Status per mars 2019. I forbindelse med prosjektet vil det også bli gjennomført et forskningsprosjekt som vil omhandle brukerens ønsker kontra hvilke tjenester som kan ytes. Resultatet kan bli at de ulike instansene må endre på utformingen av sine tjenester.

Samtidig har kommunen et forbedringspotensiale når det gjelder bruk av individuell plan, med en lav andel brukere med individuell plan. Kommunen fremhever at krav til dokumentasjon blir fulgt i praksis, og at denne dokumentasjonen må hentes fra ulike kilder.

Sammenlignet med kommunens praksis per i dag, kan bruk av individuell plan innebære dobbeltføring, men til gjengjeld blir det enklere å holde oversikten og tydeligere for alle involverte parter, inklusiv bruker, hva som er avtalt.

2.7 INNSPILL FRA BRUKERE OG BRUKERORGANISASJONER

Som en del av prosjektet har vi intervjuet fem tilfeldig valgte brukere som er innvilget legemiddelassistert rehabilitering (LAR)²². Brukerne har følgende innspill til kommunens tjenestetilbud innen rusvern. I tillegg til disse brukerne, har vi intervjuet representanter fra ulike brukerorganisasjoner.

Fra brukerne har vi fått følgende innspill:

- Samtlige er klar over hvem som er deres kontaktperson på Mestringscenteret, og de sier seg fornøyde med den hjelpen og oppfølgingen de får.
- Samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om LAR-behandlingen oppleves som tilfredsstillende.
- Kommunen har flere gode aktivitetstilbud, som for eksempel fotballaget for rusavhengige og tilbud om spinning på treningssenteret.
- Gjesdal oppleves som liten og oversiktlig, både på godt og vondt. Ulempen er at det kan være vanskelig å fri seg av det etablerte rusmiljøet.
- Ikke alle ønsker seg en individuell plan. De samarbeidsmøtene som arrangeres oppleves å dekke behovet for koordinering og informasjonsutveksling.
- Kommunens erfaringskonsulent gir inspirasjon, i den forstand at brukerne ser at det faktisk er mulig å komme «på den andre siden» (bli rusfri og få skikk på livet).

Fra brukerorganisasjonene har vi fått følgende innspill:

- Gjesdal kommune er flinke til å søke brukerne inn til rusbehandling.
- Kommunens moderate størrelse gjør det mulig å ha god oversikt.
- Rus og psykiatri glir over i hverandre, og kommunen gjør riktig i å samordne dette i størst mulig grad.
- Gode boforhold og aktivitetstilbud er viktige bidrag til mestring. Dette må til for å åpne veien mot rusfrihet.

²² LAR-behandling innvilges overfor brukere som har ROP-lidelser (sliter med både psykiske lidelser og ruslidelser) og som er avhengige av rusmidler som kan kategoriseres som opiat. Per mars 2019 har Mestringsssenheten totalt 7 brukere som er innvilget denne typen behandling.

VEDLEGG

Om forvaltningsrevisjon

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

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

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

Denne rapporten er utarbeidet av forvaltningsrevisor Frode K. Gøthesen, og gjennomgått av fagansvarlig for forvaltningsrevisjon, Christian J. Friestad.

Metode og revisjonskriterier

I prosjektet har vi kombinert flere metoder, som dokumentanalyse, intervju og statistisk analyse. Resultater fra Brukerplan-kartlegginger og forskning på feltet er tatt med. Metodisk er også sammenligninger (mot seg selv over tid og mot andre kommuner) gjennomført. Vi har dratt veksler på erfaringer fra lignende prosjekter i andre kommuner. For å få et bredest mulig bilde av kommunens rusvernarbeid, har vi intervjuet ledere ved kommunens mest sentrale deler av tjenestetilbudet, eksterne samarbeidspartnere, forskningsleder ved KORFOR og brukere.

I valg av brukere for intervju, har vi valgt å konsentrere oss om brukere som er innvilget LAR-behandling. Dette fordi disse brukerne har benyttet seg av kommunens tjenestetilbud over lengre tid, samtidig som de mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Personer som har bidratt med informasjon i prosjektet:

- Kommunalsjef Helse og Velferd, Lillian Ydstebø
- Virksomhetsleder, Forebygging og mestring, Stig Egeland
- Avdelingsleder Mestringssenteret Randi Heskestad
- Fagansvarlig rus Mestringssenteret, Jon Øyvind Storvik
- Avdelingsleder Bo- og hjemmetjeneste, Psykisk helse og rusvern, Camilla Nielsen Trones
- Oppvekst- og SLT-koordinator, Monica Bjerkreim
- Leder Psykisk helse og rusvern, Hå kommune, Atle Straume
- Avdelingsleder/ konstituert prosjektleder Ny Start Jæren, Helga Tengs-Pedersen
- Leder rusverntjenesten i Time kommune, Bjarte Sælevik
- Psykolog ved ACT team, Jæren DPS, Paul Nordgreen
- Behandler ved RUPO Sandnes, Wenche Valheim
- Forskningsleder ved KORFOR, Sverre Nesvåg
- Kontaktperson i A-larm, Silje Gundersen
- Lokalsleder for Mental Helse Gjesdal, Jenny Kyllingstad
- Fem tilfeldig valgte brukere bosatt i Gjesdal, i LAR-behandling

Utleddning av revisjonskriterier

Gjeldende lovkrav:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 slår fast at kommunen har et ansvar for innbyggere med rusproblemer. Ansvaret omfatter forebygging, kartlegging og henvisning til spesialisert behandling. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stiller krav om at kommunens helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. I begrepet forsvarlig ligger at tjenestene skal være av tilfredsstillende omfang²³.

Ifølge **helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5** skal kommunen medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.

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

I **henhold til forvaltningsloven** skal saken avgjøres uten ugrunnet opphold, enten søknaden kommer fra privatpersoner, spesialisthelsetjenesten eller fastlegen²⁴.

Ifølge **helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd** har kommunen plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven. I kommunens ruspolitiske handlingsplan 2017-21 heter det at kommunen skal sørge for en «helhetlig oppfølging av familien ut fra behov, f.eks. fra helsestasjon, oppvekstteam, psykisk helse og rusvern, barneverntjeneste eller politi».

Individuell plan er sentralt i arbeidet med å få til et helhetlig behandlingsforløp og smidige overganger mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og private behandlingstilbud. Ifølge **helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1** skal kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal være koordinator og samarbeide med andre tjenesteytere for å skape et helhetlig tilbud²⁵.

Kommunens styringsdokumenter innenfor feltet:

- Kommuneplan (2015-27)
- Ruspolitisk handlingsplan (2016-20)
- Helhetlig oppvekstplan (2017)
- Boligsosial handlingsplan for Gjesdal kommune 2016-20.
- Mestringssenterets virksomhetsplan og handlingsplan for 2018
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2017-20
- SLT-handlingsplan (2017-18)

I **Gjesdal kommunes kommuneplan** for perioden 2015-27 heter det at kommunen skal gi våre brukere rett tjeneste utført til rett tid og med rett kvalitet».

I **Ruspolitisk handlingsplan** (2017-21) heter det at «målet for kommunens arbeid skal være å hindre bruk av illegale rusmidler, og redusere alkoholbruk blant ungdom».

I Gjesdal kommunens **boligsosiale handlingsplan** (2016-20) heter det at kommunen skal «styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet»

²³ Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet I-4/2017.

²⁴ Forvaltningsloven spesifiserer ikke konkret hvor raskt et vedtak skal fattes, men fastslår i § 11a at forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken **uten ugrunnet opphold**. Hva som er forsvarlig saksbehandlingstid må vurderes konkret i hver enkelt sak, og kan variere med sakens art og omfang, kompleksitet, tilgjengelige ressurser osv.

²⁵ Retten til individuell plan følger også av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1, og gjeldende samarbeidsavtale mellom Stavanger kommune og Arbeids- og velferdsetaten i Rogaland. Her heter det at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få tilbud om individuell plan eller tilsvarende.

Ut fra disse kildene har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- Gjesdal kommune skal tilby rusverntjenester av tilfredsstillende omfang.
- Gjesdal kommune skal være på linje med eller ha bedre resultater enn sammenlignbare kommuner.
- Sammenlignet med tidligere, skal Gjesdal kommune være på vei mot færre, unge rusmisbrukere.
- Gjesdal kommune skal kunne tilby et forsvarlig boligtilbud til personer med ruslidelser.
- Søknader om rusverntjenester skal avgjøres innen lovpålagt frist.
- Gjesdal kommune skal utarbeide tiltaksplaner hvor tildelte tjenester blir gjenstand for evaluering.
- Gjesdal kommune skal legge til rette for samhandling mellom ulike tjenesteytere internt og eksternt.
- Registrerte rusmisbrukere i Gjesdal kommune med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal ha å få utarbeidet en individuell plan.

Om mørketall i BrukerPlan-kartleggingen

Det er langt flere innbyggere i Norge med et rusrelatert problem enn de som er kjent av kommunens helse-, omsorgs- og/eller velferdstjenester (KORFOR-rapport 06/2012).

I høringsrunden til denne rapporten skriver Gjesdal kommune følgende om prosentandelen rusmisbrukere i Gjesdal kommune i henhold til BrukerPlan-kartleggingen:

«Dette er antall personer som i kartleggingen er identifisert med rusavhengighet. Det reelle antallet rusavhengige er etter all sannsynlighet høyere. Dette kan være unge som ikke har oppsøkt hjelpeapparatet, eller andre som har et skjult misbruk. Det er videre vanskelig å vite hvorvidt en økning i antall kartlagte skyldes en økning blant kommunens innbyggere, eller hvorvidt det skyldes at flere av de rusavhengige identifiseres».

I BrukerPlan Nasjonal rapport 2016 finner vi følgende om registrerte brukere 16 og 17 år (Kilde: BrukerPlan Nasjonal rapport 2016): «Kommunene har mulighet til å kartlegge mottakere i alderen 16 og 17 år. Det ser imidlertid ut som at denne gruppen i liten grad blir fanget opp. Dette kan skyldes at de fleste i denne alderen fortsatt bor med sine foreldre. Da kan de primære behovene bli dekket hjemme, og de oppsøker ikke NAV eller helse- og omsorgstjenestene for hjelp. De unge har bolig og støttes foreløpig økonomiske av foreldre.

Flere av de tiltakene som kommunene tilbyr de yngste er lavterskeltilbud. Selv om de yngste deltar i slike tilbud, blir de i liten grad registrert med i kommunens journalsystem. I alt er det registrert 410 personer under 18 år i kommunene i 2016, hvilket utgjør to prosent av mottakerne. Det er omtrent like mange menn som kvinner blant de yngste mottakerne».

Kvalitetsregisteret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Dette nasjonale kvalitetsregisteret, som ble offisielt åpnet i februar 2019, skal gi bedre kunnskap om behandlingsforløpet. I registeret registreres opplysninger om pasientens helse, livssituasjon og tidligere behandling, hva som gjøres i behandlingen, pasientens vurdering av nytte og medvirkning samt rusmiddelbruk. I tillegg registreres helse, livssituasjon og opplevd livskvalitet ved avsluttet behandling og ett år etter avsluttet behandling (Kilde: Kvalitetsregistre.no).

Dødsårsak-registeret

Statistikken er basert på opplysninger i Dødsårsaksregisteret og omfatter alle bosatte i Norge per 1.januar i angitte år. Dødsårsaksstatistikken utarbeides på grunnlag av dødsmeldinger fra offentlige leger. I tillegg innhentes opplysninger og resultater av obduksjoner fra sykehus og rettsmedisinske undersøkelser. Ved kodingen av dødsårsaker skal man velge den underliggende dødsårsaken som er oppgitt av utstedende lege. Underliggende dødsårsak er definert som den sykdom eller skade som etter legens mening, startet rekken av de tilstander som ledet direkte til døden. Det kan være vanskelig å fastslå om inntak av narkotika er den direkte underliggende dødsårsak for personer som har et sammensatt og komplisert sykdomsbilde. Dødsårsakene kodes i samsvar med prinsipper og retningslinjer som er fastlagt av WHO, og man benytter

den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). (Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet).

Om barn av rusmisbrukere

Gjesdal kommune går gjennom resultatene fra BrukerPlan-kartleggingen for å fange opp barn av rusmisbrukere. Ved Forsterket helsestasjon gis de med kjent rusproblematikk tett oppfølging, og kommunen har utarbeidet en egen rutine for oppfølging av gravide rusmisbrukere.

Forebyggende tiltak rettet mot ungdom, 12-18 år, slik de fremgår av SLT Handlingsplan 2017-18.

Ungdata

Gjennomføre ungdomsundersøkelser hvert. 3. år. Siste gjennomført i mars 2016. Sikre tydelig plan for involvering, og hvordan tallene skal formidles til elever, foresatte, ansatte og politikere. Sikre at Ungdata legges til grunn i det forebyggende arbeidet.

SLT-møter

Faste treff for å dele kunnskap, erfaring, fange opp tidlig, styrke det forebyggende arbeidet: SLT arbeidsgruppe minst 4 ganger i året, SLT styringsgruppe minst 4 ganger i året, og Fellesmøte arbeidsgruppe og styringsgruppe cirka 1 gang i året.

Samarbeid politi mellom skoler

- Gjesdal ungdomsskole: Politi på skolen hver 14. dag
- Oltedal skole: Besøk 8.-10. trinn høst og vår
- Dirdal skole: Besøk 8.-10. trinn høst og vår

Skole/politi kan avtale tettere samarbeid ved behov. Politiet kan delta på foreldremøter.

Samarbeid politi og barnevern.

Fast samarbeid for å avklare ansvar/samarbeid i enkeltsaker og generelle saker.

Kompetanseheving/tema-møter

Kompetanseheving eller temamøter for ansatte som jobber med ungdom. Bl.a. om psykisk helse, rus, kriminalitet, radikalisering, fra bekymring til handling. Må ses i sammenheng med andre kurs/tilbud. Vurderes som del av Helhetlig oppvekstplan (revideres høst-17). Bør være del av skolenes årshjul. Ulike avdelinger bør informere mer/komme ut i skolene.

Synliggjøre SLT arbeidet

Gjøre det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet kjent for ansatte og innbyggere. Økt fokus på frivillige organisasjoner: Hva de kan gjøre når de opplever bekymring?

Styrket ungdomstilbudet i kommunen

Skape trivsel og gode møteplasser, bl.a. på Ungdomshuset. Tilbudene rettes mot alle ungdommer. Det innebærer også ungdom som i liten grad deltar på fritidsaktiviteter.

Kontakt med lag/foreninger/menigheter og frivillige

Mål: utveksle erfaringer, dele kunnskap om ungdom og forebyggende arbeid, drøfte hvordan vi kan samarbeide og utfylle hverandre best mulig. Treffpunkt: 1 gang i halvåret.

Natteravnordningen, Ålgård

Opprettholde og synliggjøre natteravnordningen.

Felles undervisningsopplegg

Videreutvikle det forebyggende undervisningsopplegget i Gjesdal «Livsmestring i skolen». For 8.-10. trinn. Tema: psykisk helse, sosiale medier og rus. Også som tema på foreldremøte.

Foreldrebrosjyre om rus og ungdomstid

I samarbeid med SLT-nettverket i Rogaland, søke om midler til å oppdatere og revidere brosjyre laget i 2015. Samarbeid mellom Kompetansesenter Rus og SLT nettverket. Brosjyren oppdateres med tall fra Ungdata-16. Digital versjon på kommunens nettsider.

Revidere Ruspolitisk handlingsplan

Bidra til at visjonen for det ruspolitiske arbeidet følges opp: «Forsvarlig ruspolitikk – felles ansvar».

Tydeliggjøring av roller og ansvar

Synliggjøre for ansatte og innbyggere hvem som har ansvar for hva når det gjelder oppfølging av ungdom i risiko og ungdom med omfattende vansker. Gjerne lage et visuelt «kart» som viser «veien» for ansatte, ungdom og foreldre. Spesielt informere om helsesøster som lavterskeltilbud på skolene, og ungdomskon- takten i Psykisk helse og rusvern.

Legge til rette for foreldregrupper

Ved behov legges det til rette for foreldrenettverk med mulighet for veiledning i gruppe.

Oppfølging av ungdom som har begått lovbrudd

Sikre tett samarbeid med interne og eksterne aktører bl.a. konfliktrådet når det gjelder ungdomskontrakter, ungdomsstraff og ungdomsoppfølging.



Rogaland Revisjon IKS

Lagårdsveien 78
4010 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Faks 51 84 47 99

www.rogaland-revisjon.no