



Oslo kommune

Å sikre brukerne helhetlige og sammenhengende sosial-
helse- og omsorgstjenester ved hjelp av bedre
samhandling og koordinering.

Fafo seminar 10.12.2018

Marit Polle , seksjonssjef

NAV Stovner sosialtjenesten, seksjon bolig og rustiltak



Bydel Stovner





BrukerPlan og statistikk VEL 2017

- **228 brukere med rus/psyk kartlagt, 4 av fem har psykiske helseproblemer**
- **Hver 5. bruker har psykiske probl. som tilsvarer alvorlig funksjonssvikt på flere områder.**
- **73 brukere har barn, tils. 161 barn, 15% har omsorg**
- **102 har ikke en tilfredsstillende bolig, 41 personer var uten bolig**
- **Kun 27% har en tilfredsstillende aktivitet**
- **50% har en trygdeytelse, 28% en varig trygd.**
- **25% har en IP, høyeste antall i Oslo, 24% har en tiltaksplan, 38% har en ansvarsgruppe**
- **64 personer har hatt 184 inntak i VEL**
- **1 har vært i forsterket sykehjem**



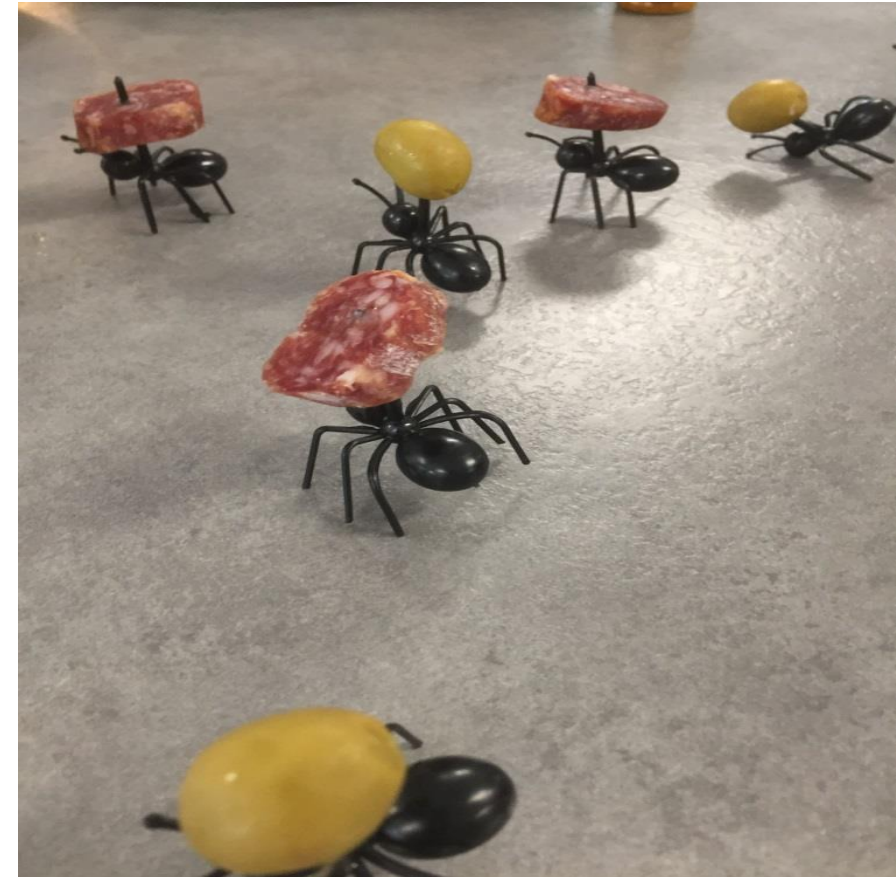
ROP brukere. Rus og psykisk lidelse, kjennetegn jfr. BrukerPlan

- Skårer lavt på levekårsundersøkelser
- Ustabile bomønstre
- Lite nettverk utenforskap
- Sårbarhet, vold, traumer, overgrep
- Kriser, nedturer og ustabilitet i hverdagen
- Mange «hjelpere»
- Selvmords/overdose fare etter institusjonsopphold





Kaos



Samhandling



Seksjon Bolig og Rustiltak

- Seksjonssjef
- Seksjonsleder boligkontor og teamleder booppfølging
- Teamleder boligbrua og værestedet Stovner Senter 16
- Ruskonsulenter
- Bo-oppfølgere
- Boligbrua, værestedet (og erfaringskonsulent)
- Vestlisvingen, værestedet, JAR/Nærmiljøverksted og erfaringskonsulent
- Nærmiljøteamet
- ROP-teamet, matriseorg. med psykisk helse
- IPS
- Boligkontoret
- Boligfremskaffelse
- BOSin. Startlån prosjekt

Stovner IPS
ips.bydelstovner.no

NAV

Hva er IPS?
Individual placement and support, individuell jobbstøtte. Alle som blir en del av Stovner IPS blir fulgt opp tett, basert på egne ønsker og motivasjon til å komme seg ut i ordinær jobb eller skole.

IPS ER FOR ARBEIDSGIVERE | JOBBØKERE | SAMARBEIDSPARTNERE



Samarbeid/samhandling bydel(er)

- Boligtildelingsmøte
- Hygieneteam
- IPS/ROP og psykisk helse, inntak, veiledning og samarbeid
- REBUS, gravide med rusproblemer
- Nærmiljøteam
- Vurderingsteam
- Arveset gård, 4 bydeler botiltak
- Vanskelig bosettbare, 6 bydeler og VEL
- Lokal gruppe vanskelig bosettbare





Byomfattende, statlige organer for samarbeid og samhandling

- VEL og HEL Fagetater som utvikler og tilbyr byomfattende tjenester.
 - BOSin, Felles inntak! Prindsen- MAR/IPS Oslo- Nyttig arbeid, avtaler kjøps plasser, kurs i booppfølging, trusler og vold, V-risk
- Kompetansesenteret rus, BrukerPlan, kompetanse og utvikling
- Fylkesmannen og Helsedirektoratet, Kurs, seminarer og tilskudd IPS, ROP og erfaringskonsulent
- Byrådsavdelingen, midler til særskilt boligsosial satsning og jobb/aktivitetstiltaket JAR



OSLO

OSLO KOMMUNE - STATENS KOMMUNIKASJONSVESEN



Samhandling med psykisk helse i kommunen og spesialisthelsetjenesten ARA og DPS

- Kommunens ruskons/ROP har henvisningsrett til TSB





Samhandlingsarenaen DPS, ARA og bydel

- **Faste strukturer og møtesteder mellom spes.tj. og bydelen både på ledelses - og ansatt nivå.**
- Overordna møte med Ahus og ledelse i bydel
- Møtested for ledere i DPS og bydel halvårlig
- Samhandlingsteam, ARA, DPS og bydel ledernivå og ansatte
- Flytkoordinator møter, lav terskel, ukentlig
- DPS og ARA deltar i arbeidsgruppemøter med ROP månedlig
- ROP kons/psyk deltar i FAST tavle møter ukentlig





Samhandlingsarena forts.

- Vi har jobbet for å få **en forpliktende samhandlingsarena med spesialisthelsetjenesten**
- **Formålet** er å sikre brukerne helhetlige og sammenhengende sosial,- helse,- og omsorgstjenester ved hjelp av bedre samhandling og koordinering.
- **Mål** er å videreutvikle samhandlingsarenaen til å omfatte samtidig oppfølging, behandling, alternativ bosetting og aktivisering eller arbeid, koordinert av ROP/ bydelen. Samhandlingsarenaen omfatter også samarbeid med barnevernet.



Brukerreiser

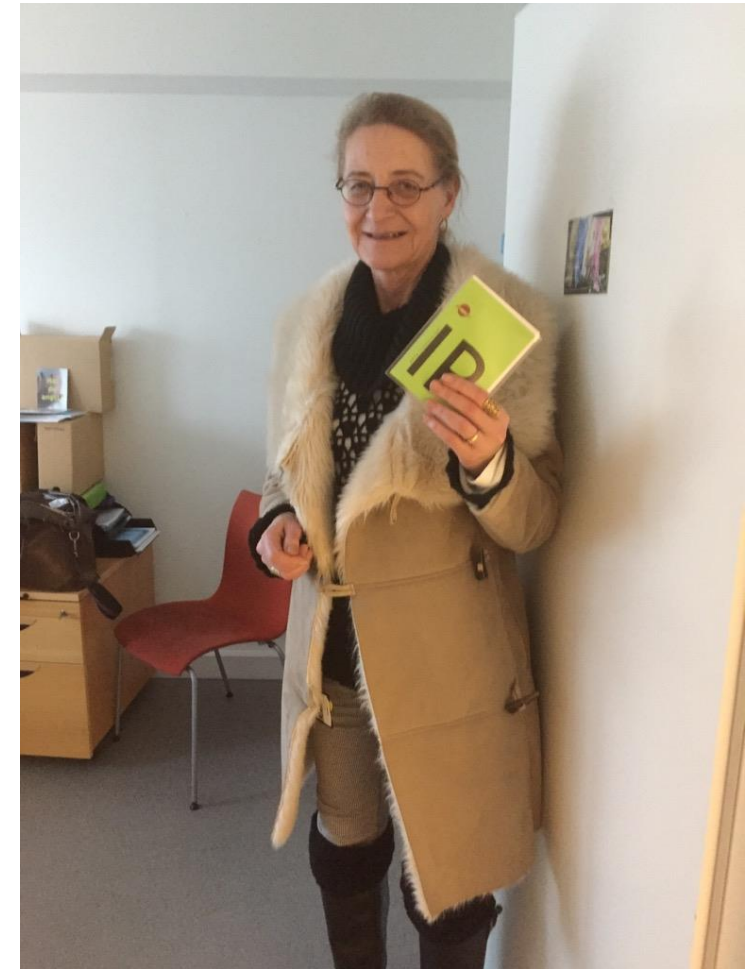
Hva er viktig for deg?





ROP-TEAMET

- Målgruppe (ROP under 30 år)
- Case management er både modell og metode (med vekt på koordinatordelen)
- IP, koordinator og ansvarsgrupper
- Langtids relasjonsbygging
- Høy grad av tilgjengelighet
- Ambulant
- Tverrfaglig
- Henvendelser
- IPS tilsluttet teamet, JAR samarbeid





Utfordringer- ROP

- Få kommunale boliger i borettslag- sameier.
- Vi har ikke de riktige tiltakene for gode boliger, vi mangler ansatte på kveld- helg; besøkskontroll.
- Boliger til unge ROP brukere, få egnede tilbud, ungdom er bevegelige.
- Somatikk krevende, vanskelig å få hjemmetjenestene inn hos beboere med ROP lidelser.
- Bruker er ikke tilstede, følger ikke opp.
- For mye trusler og vold, utkastelser, stadige flyttinger.
- For mye rus i de kommunale boligene, kriminalitet.

Fortsatt vanskelig å få spesialisthelsetjenesten på banen, ting tar tid!!





Forts. utfordringer

- Uoversiktlige tjenester, det tar tid å bli kjent.
- Kortvarige opphold i spesialisthelsetjenesten etter akutt opphold gir vanskelige utskrivninger.
- Interne utfordringer i NAV knyttet til ytelser og økonomi.
- Ansatte møter utfordringer som fører til stress, egen helse blir utfordret.
- Forskyving av saker internt i bydelen.



Felleskap
**Vi skaper sosiale
treffpunkt for
brukere og oss selv.**





Hva lykkes vi med?

- Faglig dyktige og kreative ansatte og ledere som gir ansatte og brukere muligheter.
- Organisering av tjenester internt og eksternt «samhandlingsarenaer»? Vi blir kjent og kan ikke «skyve saker».
- Vi bruker : Tid, Tillit og er tilgjengelige.
- Langtids relasjonsbygging krever relasjons-kompetanse (både overfor brukere og samarbeidspartnere).
- Gode samarbeidspartnere internt og eksternt.
- Evne til å jobbe oppsøkende, ambulant og tverrfaglig.





Hva lykkes vi med?

- Høy grad av tilgjengelighet, oppsøkende tjenester og fleksible tjenester
- Vi har tjenester inn i de kommunale blokkene, nærmiljøteam, JAR, boliger og ansatte, vi «ser» beboerne
- Ansatte samarbeider godt og melder bekymring seg i mellom.
- Vi får erfaring med å ha erfaringskonsulenter som kollegaer.
- Hverdagsrehabilitering- ansatte har recovery orientert tilnærming.
- Aktiv brukerdeltakelse, bruker initierte aktiviteter.
- Kort vei til de øvrige tjenestene.



Suksessfaktorer

- Aktiv brukermedvirkning, vi spør bruker- hva er viktig for deg?
 - Tverrfaglig samhandling
 - Individuell oppfølging
 - Ambulerende tjenester
 - Koordinering
-
- Aktivt samarbeid mellom alle seksjoner/avd. i bydel og i spesialisthelsetjenesten, sentrumstiltak.
 - Vi er avhengig av et tett kontakt og en god dialog





REBUS





Oslo kommune

PÅ SIKT VIL VI NÅ FLERE AV DE
MEST SÅRBARE OG KREVENDE

TAKK FOR MEG !