

Karen-Sofie Pettersen og Gudrun Rudningen

Samspill eller svarteperspill?

En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk.



ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

© Arbeidsforskningsinstituttet 2014
© Work Research Institute
© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without the written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-344-5

ISSN 0807-0865

Arbeidsforskningsinstituttet
Pb. 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Work Research Institute
P.O.Box 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00
E-post: afi@afi.no
Webadresse: www.afi.no

Publikasjonen kan bestilles eller lastes ned fra <http://www.afi.no>

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

Temaområde

Velferdsstatens organisering

Rapport nr.:

10/2014

Tittel:

Samspill eller svarteperspill?
En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk.

Dato:

Juni 2014

Forfatter(e):

Karen-Sofie Pettersen og Gudrun Rudningen

Antall sider:

71 + vedlegg

Resymé:

Prosjektets formål har vært å kartlegge gråsoner og klargjøre ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for mennesker med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser (RoP-lidelser) med voldsproblematikk. Studien systematiserer kunnskap om hva som fremmer og hemmer gode pasientforløp. Videre presenteres eksempler og modeller på likeverdig samhandling som har fungert over tid og drøfter hindringer for gode pasientforløp og samarbeid. Endelig gis det en vurdering av ansvar- og rollefordeling for å gi og utvikle tjenester til målgruppen og det foreslås relevante styringsindikatorer på brukernivå og for samhandling.

Ett sentralt funn i studien er at jo sterkere organisering av og satsning på kommunale helse- og omsorgstjenester for målgruppen, desto bedre er grunnlaget for samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er bred oppslutning om at det er i kommunen at målgruppen skal leve sine liv og at det meste av oppfølgingen må skje i kommunen. Dette fordrer at spesialisthelsetjenesten tar medansvaret for oppfølgingen som gis i kommunene. De gode eksemplene og modellene for samhandling kjennetegnes av tydelig ansvarsfordeling, samtidighet i tjenestene, dialog mellom ulike tjenester, gjensidig respekt og en utadrettet spesialisthelsetjeneste som bistår kommunene med kompetanse, veiledning og som kan gi et tilbud på spesialisthelsetjenestenivå når det er behov for det.

Studien viser at det organisatoriske skille mellom tverrspecialisert rusbehandling og psykisk helsevern kan stå i veien for samhandling og ansvarsfordeling både innenfor spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Emneord:

Samhandling, RoP-lidelser, voldsproblematikk, pasientforløp, tjenesteutvikling,

Førord

Prosjektet har som intensjon å kartlegge gråsoner og klargjøre ansvarsforhold mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for mennesker med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser med voldsproblematikk. Prosjektet gir kunnskap om kommunale tjenester til målgruppen og eksempler på gode samhandlingsmodeller mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten og peker på faktorer som fortsatt står i veien for en god samhandling.

Prosjektet er gjennomført på oppdrag for KS og delfinansiert av Program for storbyrettet forskning. Fra KS har Siri Jensen (fagansvarlig) og Ellen Dehli (rådgiver FoU) vært kontaktpersoner for prosjektet. Gjennom tilgjengelighet, innspill og tilbakemeldinger på resultater har de fylt sin rolle som oppdragsgiver med stort engasjement og kunnskap. Ved prosjektets oppstart ble det i regi av KS opprettet en prosjektgruppe bestående av Anne Jensen (rådgiver, KS), Kari Venke Lindkvist (seksjonsleder, psykiatrisk klinikk, sykehuset i Telemark), Gunn Hinna (rådgiver, Stavanger kommune), Odd Kjøstvedt (assisterende kommunelege, Kristiansand kommune), Therese Sivertsen (regionrådgiver, KS) og Siv Irén Storbekk (rådgiver, KS). Rådmannsutvalget i Finnmark har vært referansegruppe for prosjektet. Prosjektgruppa har gitt gode tilbakemeldinger, vurderinger og forslag i løpet av hele prosjektperioden.

Takk til Napha og nestleder, Petter Dahle, som har gitt nyttige innspill til casestudien. Napha inviterte oss til å delta i et interessant og spennende dialogmøte om tematikken våren 2014.

Kontaktpersoner i de åtte casene som vi har besøkt, har lagt godt til rette både når det gjelder praktisk organisering og innhold. Vi vil takke alle informanter som har satt av tid til å utveksle erfaringer og kunnskaper om å etablere tjenester og samarbeid som bidrar til å gi målgruppen et godt og trygt hverdagsliv. Disse erfaringene og vurderingene ligger til grunn for analysen i rapporten.

Tidligere kollega Ingebjørg Skarpaas har vært fødselshjelper for prosjektet, deltatt på to casebesøk og gitt fruktbare tilbakemeldinger på tidligere rapportutkast. Kollega Øyvind Pålshaugen var med å planlegge og lede dialogkonferansen og kollega Knut Fossetøl har kvalitetssikret sluttrapporten.

Arbeidsforskningsinstituttet, august 2014

Karen- Sofie Pettersen og Gudrun Rudningen

Innhold

Forord

Sammendrag

Summary

1.	Innledning.....	1
1.1.	Bakgrunn.....	1
1.2.	Problemstillinger	5
1.3.	Metode og data	6
1.4.	Rapportens oppbygging.....	8
2.	Faktorer som har betydning for samhandling	10
2.1.	Utbygging av psykisk helsearbeid på kommunalt nivå.....	10
2.2.	Satsninger og tiltak for målgruppen	11
2.3.	Hva viser andre studier av samhandling rundt målgruppen?	12
2.4.	Studier av bolig som har relevans for målgruppen	15
2.5.	Erfaringer fra Nasjonalt temanettverk	16
2.6.	Oppsummering.....	18
3.	Eksempler på likeverdig samhandling.....	19
3.1.	Samhandlingsmodeller	19
3.2.	Suksesskriterier for samarbeid med kommune og spesialisthelsetjenesten.....	23
3.3.	Oppsummering.....	36
4.	Fortsatte utfordringer	38
4.1.	Utfordringer knyttet til målgruppen.....	38
4.2.	Mangel på ressurser og interesser som utfordring	41
4.3.	Organisatoriske utfordringer	43
4.4.	Boligutfordringer	46
4.5.	Mangel på tilbud om tilpasset aktivitet som utfordring.....	48
4.6.	Oppsummering.....	49
5.	Vurdering av ansvars og rollefordeling	51
5.1.	Felles ansvar for parallelle tjenesteløp og samtidighet i tjenestene.....	51
5.2.	Ansvarsfordeling - bolig	53
5.3.	Ansvar for møteplasser.....	54
5.4.	Ansaret for tverrfaglig kompetanse, rus og psykisk helsearbeid	54
5.5.	Felles ansvar for å håndtere vold	55
5.6.	Oppsummering.....	55

6. Forslag til relevante styringsindikatorer.....	57
6.1. Betingelser og utfordringer.....	57
6.2. Styringsindikatorer – Kunnskap om målgruppen.....	58
6.3. Styringsindikatorer – Samhandling rundt målgruppa	59
6.4. Oppsummering.....	59
7. Oppsummering og konklusjoner.....	61
7.1. Kunnskap om gode pasientforløp og samhandling	61
7.2. Hindringer for gode pasientforløp og samhandling	63
7.3. Vurdering av ansvar og rollefordeling	64
7.4. Forslag til styringsindikatorer.....	65
Litteratur	66
Begreper og forkortelse	68
Vedlegg: Casene som inngår i studien	1

Sammendrag

Problemstilling og metode

Prosjektets formål har vært å kartlegge gråsoner og klargjøre ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for mennesker med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser med voldsproblematikk. Det første delmålet i prosjektet er å systematisere kunnskap om hva som fremmer og hemmer gode pasientforløp. Det andre delmålet er å presentere eksempler og modeller på likeverdig samhandling som har fungert over tid. For det tredje identifiserer vi hindringer for gode pasientforløp og samarbeid. Det siste delmålet er å vurdere ansvar- og rollefordeling for å gi og utvikle tjenester som gis til målgruppen. På bakgrunn av analysen skal vi også foreslå relevante styringsindikatorer på brukernivå og for samhandling.

For å svare på disse problemstillingene har vi gjennomført en kartlegging av satsninger, forsøk og prosjekter som har, eller som har hatt, som mål å styrke samhandlingen og utvikle et mer helhetlig tjenestetilbud for målgruppen. På bakgrunn av kartleggingen og i samarbeid med oppdragsgiver samt etter innspill fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha) har vi gjennomført casestudie åtte steder i landet hvor man over tid har utviklet tjenester for målgruppen. I valg av case har vi lagt vekt på å fange mangfoldet i tjenesteutvikling, samhandling og utfordringer: Casene omfatter derfor små og store kommuner, kommuner som har ulik geografisk avstand til spesialisthelsetjenesten og DPS, og DPS-er som varierer med hensyn til hvor mange kommuner de har i sitt opptaksområde. Som en del av prosjektet ble det gjennomført en dialogkonferanse som fungerte som arena for erfaringsutveksling, kunnskapsdeling og idégenerering.

På bakgrunn av de mange og sammensatte karakteristikker av målgruppen bruker vi i dette prosjektet betegnelsen *RoP-lidelser* (samtidige ruslidelse og psykisk lidelse). Begrepet samsvarer med helsemyndighetenes oppmerksomhet på bedring og livskvalitet gjennom koordinert innsats fra alle tjenesteytere som er involvert i arbeidet med personer med RoP-lidelser. Pasientgruppen kjennetegnes av at de har behov for hjelp fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Sykdomsforløpet er langvarige, svingende og preget av hyppige, ikke-planlagte innleggelses. Sosial isolasjon og nedsatt evne til relasjonsbygging fører ofte til manglende oppfølging av avtaler med tjenesteytere. Enkelte i målgruppen har i perioder utagerende eller truende adferd. Ustabil bosituasjonen, dårlig relasjon til nærmiljøet, fattigdom, dårlig livskvalitet og problemer med egenomsorg gjør det vanskelig å mestre hverdagen. Det er behov for tett og aktiv oppfølging etter behandling samt kontinuitet og koordinering av en rekke tjenestenivåer og profesjoner.

- ***Faktorer som hemmer og fremmer pasientforløp og samhandling – gjennomgang av tidligere studier og evalueringer***

Siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008 har det vært flere satsninger for målgruppen, som har vært prosjektorientert, finansiert gjennom tilskuddsordninger og ledet av sentrale helsemyndigheter. Studier og evalueringen av satsninger viser at kommunene og spesialisthelsetjenesten flere steder klarer å gi et godt koordinert tilbud til mange med RoP-lidelser, og at enkelte kommuner har utviklet gode tjenester for målgruppen.

De foreliggende studiene av betydningen av samhandling mellom tjenestenivåene for målgruppen løfter frem enkelte aspekter ved samhandlingen, slik som utfordringer knyttet til utskrivningsklare pasienter og brukermedvirkning. Studiene går for øvrig i liten grad inn i helheten i samhandling og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Bolig og tjenester i bolig er et sentralt element i arbeidet med målgruppen. Vi har særlig trukket veksler på begrep om «boliggjøring av velferdspolitikken» som viser hvordan bolig er et sentralt virkemiddel for målgruppen for å fremme rehabilitering og å gi målgruppen et trygt og godt hverdagsliv.

- ***Eksempler på samhandlingsmodeller som fungerer over tid***

Det er oppslutning om at personer som hører til målgruppen skal leve sine liv i kommunen og at hovedparten av oppfølgingen skal foregå i kommunen. Gode modeller for samhandling handler om å skape en trygg og meningsfull hverdag for målgruppen. Dette lar seg gjøre når spesialisthelsetjenesten tar medansvar for oppfølging ute i kommunene. Kommunene i studien legger vekt på at spesialisthelsetjenesten, og særlig DPS, må ha en sentral og tydelig rolle i tjenestetilbudet til målgruppen, også når brukerne bor og har sitt hverdagsliv i kommunen. Gjennom tidlig intervensjon, ambuleringe tjenester, veiledning og opplæring bidrar spesialisthelsetjenesten til at personer som hører til målgruppen kan leve et liv i kommunen. Et godt samarbeid mellom og innad i tjenestenivå er kjennetegnet av tilgjengelighet, gjensidig respekt og kunnskap om hverandre, samt en klar og tydelig ansvarsfordeling. I studien har vi sett hvordan ulike varianter av halvannenlinjemodeller der spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester i fellesskap gir tjenester til målgruppen.

Samhandling er spesielt kritisk i overgangen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten det vil si rundt henvisninger og utskrivning fra sykehus/DPS. Representanter for de ulike tjenestenivåene vektlegger at slike overganger må håndteres som samsoner med tydelig ansvarsfordeling og et intensivt samarbeid på tvers av tjenestenivå.

De gode eksemplene og modellene for samhandling kjennetegnes av formelle samarbeidsstrukturer som signaliserer en vilje til en satsning og forpliktelse overfor samarbeidspartnere. Dette er nødvendig for et likeverdig samarbeid. Dette fordrer sterk forankring på ledelsesnivå, god organisering av tjenestene og at det etableres velfungerende samarbeidsarenaer mellom aktørene som er i kontakt med målgruppen. I tillegg til kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten bør NAV, politi, og fastleger være representert i disse arenaene. En grundig avveining av taushetsplikten mot opplysningsplikten er et viktig premiss for å få disse arenaene til å fungere.

Det kan være en utfordring å sikre et likeverdig tilbud i hele landet for målgruppen. For små kommuner, det vil si kommuner under 5000 innbyggere, kan det være vanskelig å rekruttere tverrfaglig kompetanse og utvikle og holde vedlike fagmiljøer som jobber med problemstillinger som berører målgruppen. For disse kommunene er det viktig at DPS-et bidrar med veiledning og er tilgjengelig med et behandlingstilbud som integrerer rus og psykiatri. I vår studie ser vi at DPS med flere opptakskommuner tar en aktiv rolle i å etablere samarbeid om målgruppen på tvers av kommunene i opptaksområde. Samtidig viser studien eksempler på små kommuner som på egen hånd, men med tett veiledning og bistand fra andre aktører slik DPS og fylkesmannen, utvikler og etablerer egne tjenester for målgruppen ut fra lokale rammebetingelser.

Samarbeidet må være handlingsorientert, det vil si at ulike tjenester på samme og ulike nivå samarbeider tett i det daglige med og for bruker og over tid. Boligen er den viktigste arenaen for en slik handlingsorientert samhandling. De mest vellykkede eksemplene på samarbeid finnes i kommuner der det er lagt til rette for gode boliger til personer som hører til målgruppen, og der kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider om å gi tjenester i bolig.

Studien viser at tverrfaglig kompetanse er en betingelse for å kunne utvikle helhetlige og sammenhengende tjenester til målgruppen. Ulike profesjoner representerer ulike metodiske og kunnskapsbasert tilnærminger som til sammen er viktige verktøy for å gi målgruppen et trygt og godt hverdagsliv. Samtidig fordrer samarbeidet at de som jobber med gruppen har et felles kompetansegrunnlag i psykisk helsearbeid. Casestudien viser at felles kunnskap om RoP-lidelser og håndtering av vold er viktig for å få til gode og sammenhengende tjenester til målgruppen.

- ***Fortsatte hindringer for gode pasientforløp***

Det organisatoriske skillet mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern representerer en samhandlingsutfordring. Uklare grenser mellom rusfeltet og psykisk helse står i veien

for å få til integrerte tjenester til målgruppen. Flere kommuner i studien har erfaringer med at DPS og sykehusavdelinger avviser pasienter på grunn av rus, og at pasienter blir avvist i rusbehandling på grunn av for dårlig psykisk helse. Dårlig integrering av rusbehandling, psykiatri og psykisk helsearbeid bidrar til at man ikke greier å etablere god samhandling for målgruppen rundt overganger mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Enkelte av kommunene i studien viser til at mangel på kompetanse og liten interesse for rusbehandling i DPS gjør at kommunen blir sittende alene med ansvaret for brukere med RoP-lidelser. Tilsvarende viser studien at mange kommuner opplever at det er varierende interesse og kompetanse i DPS om risiko for vold og voldsforebygging.

Kompleksiteten i organisering og samhandling innad i tjenester på samme nivå i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er en utfordring for å skape gode og helhetlige tilbud til målgruppen. Mangel på oversikt over kommunale tjenester, lite kunnskap om tjenestene og komplisert organisering vanskeliggjør samhandling. Studien viser at dette er en særlig aktuell problemstilling i kommuner med høy turnover på fastleger og/eller i kommuner hvor legevakten bemannes av leger med lite kunnskap om kommunale tjenester. Tilsvarende har mangelfull kommunikasjon og informasjonsflyt mellom DPS og ulike avdelinger på sykehus negative konsekvenser for målgruppen og for samhandlingen rundt målgruppen.

- ***Vurdering og ansvars- og rollefordeling***

I studien har vi vurdert ansvars og rollefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å skape et likeverdig og vellykket samarbeid om målgruppen. Selv om oppfølgingen i hovedsak skal skje i kommunen, må den enkelte bruker følges opp i et langvarig og tett samspill mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Samspill fordrer en spesialisthelsetjeneste som tar ansvar for å være tilgjengelig for kommunen, gi tjenester i kommunen og som bidrar til å styrke kommunens arbeid med målgruppen gjennom et spekter av tiltak (veiledning, tilgjengelighet, kompetanseheving). Kommunene kan ikke ha dette ansvaret alene. Parallelle tjenester og klar ansvarsfordeling viser seg å være særlig viktig i bolig og botjenester for målgruppen.

På bakgrunn av resultatene fra studien foreslår vi relevante styringsindikatorer på brukernivå og for samhandling. Dagens rapporteringssystem med et skille mellom rus og psykisk helse, fanger i liten grad opp arbeidet som gjøres overfor RoP-pasienter og heller ikke kompleksiteten i dette arbeidet. De foreslåtte styringsindikatorene på brukernivå kan bidra til en bedre oversikt over hvem i kommunen som hører til målgruppen og hvilke tjenester som er involvert rundt målgruppen. Utviklingen av styringsindikatorer for målgruppen og samhandling rundt målgruppen må ses i sammenheng med det løpende arbeidet med utvikle bedre statistikk over psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunen.

Summary

Objectives and methods

The project's main objective is to document grey zones and clarify distribution of responsibility between the municipals and the specialist health service for people with a combination of mental diseases, intoxication and risk of violence. The first subsidiary objective is to systemize the knowledge about enablers and disablers for good patients progress. The secondary objective is to present examples and models for reciprocal interaction that has been successful for a period of time. The third is to identify disablers for beneficial interaction and cooperation. Finally, the last objective is to evaluate responsibility and roles between municipals and specialist health service when it comes to the services and the development of services given to the target group. Based on the analysis we suggest relevant key performance indicators on user level and for cooperation.

We have answered these objectives through mapping out existing action points for development, experiments and project that have or have had a goal to strengthen and develop an overall service provision for the target group. Based on this study and in cooperation with The Norwegian Association of Local and Regional Authorities (KS), and The National Center for Competence about Mental Health (Napha) eight locations in Norway were chosen to be part of the case study. The selection was done in regard to prolonged development of services for the target group, diversity of development, interaction and challenges: The cases include small and large municipals, municipals that have different distance to the special health service and the District Psychiatric Centre (DPS), and DPS that varied in regard to how many municipals they cover. A dialogue conference was arranged as part of the project for exchanging experience, sharing of knowledge and generation of ideas.

There are many and divergent characteristics of the target group and we use the term RoP-diseases (simultaneous mental and intoxication diseases) in this project. The term coincides with the health authorities' attention towards improvement and life quality through coordinated effort from all service providers for the target group. The characteristics of people with RoP-diseases are that they require assistance from both the primary - and the specialist health service. The patient's expiration is long-lasting, complicated and characterized by frequently, non-scheduled hospitalization. Social isolation and reduced ability to build relations lead in many cases to problems with keeping appointments with the health services. In periods some patients have uninhibited and threatening behaviour. Unstable accommodation, bad relation to the local environment, poverty, bad life quality and problems with self-care make it hard to handle the everyday life. There is a need for close and

active follow-up after treatment and a continuity and coordination from different services and professions.

Enablers and disablers for patient's progress and cooperation between services

Ever since the termination of the Escalation Plan for Mental Health in 2008 there has been a lot of resolutions for the target group. Studies and evaluations show that municipals and the specialist health service have managed to coordinate their services to people with RoP-diseases and that some municipals have developed good services for the target group.

The existing studies about the importance of interaction between service levels for the target group draw attention to some aspects of the interaction, for instance challenges connected to patients ready for discharged and client participation. The studies do not go into detail about the totality of interaction and the distribution of responsibility between the municipals and the specialist health service. Residence and services in residences is a principal element in the work with the target group. We have used the concept of "residence-creation of the welfare politics" that show how residence is a central instrument to encourage rehabilitation and giving the target group a safe everyday life.

Examples and models for successful cooperation

The informants in this study support that the target group is required to live in the municipals and there is also where the follow-up must take place. Beneficial models for cooperation have to do with creating a safe and meaningful daily life for the target group. This is done when the specialist health service cooperates and shares the responsibility with the services given in the municipals. The municipals represented in the study emphasize that the specialist health service, and especially the DPS, must have a central and clear role in the service given to the target group, also when the clients are living in the municipals. Through preventative work like early intervention and ambulant services, and through counseling and teaching the specialist health service contributes to the group's ability to live in the municipals. The characteristics for a beneficial cooperation internally and between the service levels are accessibility, mutual respect, knowledge about each other, and clear and determinate distribution of responsibility. In the study we have seen different models for "one and a half level" services where the specialist health service and the municipals provide services in cooperation.

The study shows that cooperation is especially critical in the transfers between the municipals and the specialist health service, like referrals and discharges from the hospitals and DPS. Representatives from

the different service levels emphasize that these transfers must be handled as “common zones” with clear distribution of responsibility and intensive cooperation between the service levels.

The successful examples and models for interaction are characterized by formal structures for cooperation that signalize engagement and a wish for participation and commitment that is necessary for a reciprocal cooperation. This call for strong anchoring on management level, robust organizing of services and establishment of well functioning arenas for cooperation - between all personnel in contact with the target group. In addition to municipal services and the specialist health service, the Welfare and Labour Administration (NAV), the probation and general practitioners must be represented at these arenas. The duty to provide information must be considered on behalf of the duty of confidentiality – it is an important premise for well functioning arenas. In several cases the DPS has had the responsibility to initiate and to formalize these meeting arenas for cooperation. This has contributed to an establishment of cooperation across municipals, on location where the DPS serves several municipals.

In addition the cooperation has to be action-oriented, in other words beneficial and coherent services demand for different services’ close cooperation on a daily basis for a long period of time. The residences are the most important arenas for an action-oriented cooperation. We find the most successful examples of cooperation in municipals where there have been established residencies for people in the target group and where the municipal and the specialist health service cooperates in giving services in these residencies.

The study shows that multidisciplinary competence is a requirement for the development of coherent and overall services to the target group. Different professions represent different methods and knowledge intensive approaches that in total are important tools for giving the target group a safe and meaningful everyday life. Simultaneously, the cooperation requires a common basis for competence in mental health care for all the personnel working with the group, as well as common knowledge about RoP-diseases and handling of violence are important aspects for coherent and overall services for the target group.

Obstacles for beneficial patient’s progress

The study shows that the organizational separation between multidisciplinary specialized intoxication treatment (TSB) and mental health represent a huge challenge for cooperation. Diffuse borders between intoxication and psychiatry can prevent integrated services for the target group. Several municipals in the study have experienced rejection from the specialist health service due to

intoxication or patients that are rejected from intoxication treatment due to their mental health. Poor integration between intoxication, psychiatry and mental health work can contribute to establishment dismissal for cooperation in the transfer between the municipal and the specialist health service. Some municipals point at inadequate competence and a lack of interest for intoxication treatment in the DPS that contribute to the municipals having the total responsibility for users with RoP-diseases. Corresponding is the experience in the municipals for varying interest and competence in the DPS about risk of violence and how to prevent risk of violence.

The complexity in the arrangement and the cooperation internally on the same level is a challenge when it comes to creating coherent and overall service to the target group. A lack of overview, minor knowledge about the services on the same level and complicated organization makes it difficult for internal cooperation. The study show that this is especially a problem in municipals with high turnover in general practitioners and where the emergency medical service is staffed with doctors with minor knowledge about local circumstances and the target group. Corresponding, inadequate communication and flow of information between the DPS and different departments at the hospital have negative consequences for the target group and for the cooperation.

Evaluation of distribution of responsibility and roles

We have evaluated the distribution of responsibility and roles between municipals and specialist health service when it comes to a reciprocal and successful cooperation for the target group. Even though the follow-up is mainly suppose to be in the municipals, the users must be followed over time in a close relation between the specialist health service and the municipals. The cooperation requires that the specialist health service take responsibility to be accessible for the municipals, gives services in the municipals and contribute to a strengthening of the municipals work with the group through a variety of actions (counseling, accessibility, strengthening of competence). The municipals cannot have the responsibility alone. Parallel services and a clear distribution of responsibility are especially important in residences and in the services provided in the residences.

Based on the result for the study we suggest relevant key performance indicators on user levels and for cooperation. Today's reporting systems differ between intoxication and mental health and does not capture the work that is done for RoP-patients, neither the complexity in this work. The suggested key performance indicators on user level can contribute to a better overview over the people that belongs to the target group and what kind of services that are involved in the work with the group. The development of the key performance indicators must be seen in connections with the current development for statistics for mental health work and work with intoxication in the municipals.

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

På oppdrag fra KS har Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) kartlagt ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten som innbefatter behandling og oppfølging innen både rus og psykisk helse. Hensikten har vært å identifisere eksempler på gode løsninger og modeller for samhandling rundt mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelmisbruk hvor det i perioder er risiko for vold og som har behov for særlig tilrettelagte og langvarige tilbud.¹

Prosjektet må ses i lys av de omfattende reformer som har skjedd innen helsefeltet de siste tiårene og som har påvirket tilbudet og organiseringen av helsetjenester, også innenfor rusfeltet og psykisk helse.² I neste kapittel går vi nærmere inn på denne utviklingen.

Trekk ved målgruppen, definisjoner og begreper

Evalueringen av Opptappingsplanen viste at det særlig var en gruppe personer som ikke klarte å nyttiggjøre seg eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbud i kommunene. Dette var personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med andre tilleggspolmelemer, som rusmiddelmisbruk, kriminalitet, voldsproblematikk, etc. (Forskningsrådet 2009, Sosial- og helsedirektoratet IS-1554, 2008). Selv om det har vært økt oppmerksomhet rundt denne pasientgruppen de siste årene, parallelt med at spesialisthelsetjenesten i større grad enn før vektlegger samspillet mellom rusmidler og psykiske lidelser, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging av denne gruppen (Helsedirektoratet IS-1554, 2008).

Målgruppen for studien kjennetegnes av at de svært ofte har behov for hjelp fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, og de faller ofte mellom helse- og sosialtjenester, og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De har behov for tett og aktiv oppfølging etter behandling, i tillegg til kontinuitet og koordinering av en rekke tjenestenivåer og profesjoner. Samtidig ligger det en

¹ Alvorlige psykiske lidelser er her avgrenset til psykotiske lidelser som schizofreni eller bipolar lidelse med psykotiske symptomer og andre særlige alvorlige tilstander som vanskelig karakter- eller personlighetsproblematikk, atferdsforstyrrelser og alvorlig angst- og depresjonstilstander.

² Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St.prp nr 63 (1997-1998)) Rusreformen i 2004 (Rundskriv I-8/2004), Opptappingsplan for rusfeltet 2007-2012 (St.prp. nr. 1 (2007-2008)) og Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009))

utfordring i at mange ofte ikke selv er i stand til å søke hjelp, og noen motsetter seg også hjelp.³ På bakgrunn av de mange og sammensatte karakteristikker av målgruppen bruker vi i dette prosjektet betegnelsen *RoP-lidelser* (samtidige ruslidelse og psykisk lidelse). Begrepet er i samsvar med helsemyndighetenes oppmerksomhet på bedring og livskvalitet gjennom koordinert innsats fra alle tjenesteytere som er involvert i personer med RoP-lidelse (Helsedirektoratet 2012). Rus- og psykisk helsearbeid overfor denne gruppen må være sammensatt, og ikke kjennetegnet av enkle rettlinjede behandlingsforløp.

Målgruppens utfordringene er mange og sammensatt (Lohne og Buseth 2006). Målgruppen lider av alvorlige psykiske lidelser alene, eller i kombinasjon med rusmiddelmissbruk, kognitiv svikt, psykisk utviklingshemming og/eller betydelig funksjonsnedsettelse. De bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte og blir ofte stående utenfor behandlingstiltak. Sykdomsforløpet er gjerne langvarige og svingende og kjennetegnes av mange hyppige, ikke-planlagte innleggelses, Sosial isolasjon og nedsatt evne til relasjonsbygging fører til manglende oppfølging av avtaler med tjenesteytere. Enkelte i målgruppen har i perioder utagerende eller truende adferd. Ustabil bosituasjonen, dårlig relasjon til nærmiljøet, fattigdom og dårlig livskvalitet og problemer med egenomsorg gjør det vanskelig å mestre hverdagen.⁴

Det er grunn til å presisere at ikke alle som hører til RoP-kategorien har voldsrisiko. I offentligheten gjøres det ofte en kobling mellom psykisk helse og voldsproblematikk og drap uten å skille mellom tilstander og diagnoser. Et ensidig og lite nyansert fokus på vold bidrar til stigma for brukeren, og har også konsekvenser for hvor man mener at ansvaret for brukerne skal ligge. Jo større vekt på «farlighet» og «uforutsigbarhet» («en tikkende bombe») jo sterkere blir det lagt vekt på at brukerne «ikke hører hjemme i kommunen».

Som flertallet av informantene i studien har lagt vekt på, er ikke risikoen for vold en absolutt eller en varig tilstand. For å fremme nyansene i både målgruppens utfordringer og ulike tjenesters ansvar og muligheter for å håndtere disse utfordringene har vi forsøkt å være bevisst på hvordan vi omtaler voldsproblematikken. Vold er et relasjonelt begrep og har mange uttrykk (Isdal 2000).⁵ Vi bruker blant

³ Kunnskapssenteret har delt målgruppen inn i tre ulike grupper; Gruppe 1: Brukere som har behov for tjenester hele døgnet. Gruppe 2: Brukere som har omfattende tjenester, men ikke døgkontinuerlig tilsyn, og Gruppe 3: Brukere med antatt underforbruk av tjenester i kommunen. Målgruppen er dermed ikke homogen, personer kan gå fra en kategori til en annen. Det er enkeltmennesker med individuelle lidelser og behov. Pasientene forholder seg til flere behandlere og behandlingsnivåer, og risikoen for tilbakefall er stor (Kunnskapssenteret, 2008).

⁴ Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 11

⁵ Isdal, P. (2000): *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.

annet uttrykkene «risiko for vold» og «voldsproblematikk», og har forsøkt å unngå begreper som «farlige», «voldelige» og mer tabloide uttrykk, slik som «tikkende bomber». Et slikt grep er gjort for å unngå stereotypiske og ensidige fremstillinger av målgruppen. Vi mener videre at dette har bidratt til å ivareta en forståelse av at vold oppstår i relasjoner og at dette er handlinger som er betinget av mange og ulike faktorer. Dette betyr selvfølgelig ikke at vi har avvist farlighet når det er dukket opp som tema i intervju, men vi har selv ikke brukt begrepet når vi har omtalt målgruppen eller utfordringer knyttet til målgruppen.

Utfordringer

Det er påpekt at det fortsatt er samhandlingsproblemer i grensesnittet mellom kommunalt helsearbeid og spesialisthelsetjenesten for målgruppen (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

En første utfordring dreier seg om at de økonomiske grenseflatene, og at ulike finansieringsordninger (rammefinansiering versus stykkprisfinansiering) gir ulike insentiver som det kan være vanskelig å forutse effektene av.

En annen utfordring handler om at trange kommunebudsjetter gir lite handlingsrom for å skape gode tjenester for målgruppen. Herunder er det også en bekymring for at ressursbruken i helsefeltet dreies mot somatikk (Kalset m.fl. 2013). Samtidig bør en være tilbakeholden med bare å se samhandlingsutfordringer i et ressursperspektiv. Aarre (2010) mener at fokuset på ressursmangelen i spesialisthelsetjenesten tar oppmerksomheten vekk fra profesjonssentrerte holdninger og innarbeide uvaner. Aarre skriver:

«Istedenfor for å ønske oss flere stillinger, kan vi konsentrere oss om hvordan vi disponerer den tiden og kompetansen vi tross alt rår over. Ansvaret for å drive god husholdning ligger ikke hos andre enn oss selv. Nike, produsenten av sportsutstyr, har et slagord det er lett å slutte seg til; *Just do it*. Det er ikke alt vi trenger å fundere så mye over. Handlingen kan i blant være like bra som refleksjon. Eliminer ventelistene! *Just do it*.» (Aarre 2010:202)

Aarres påpeking av at holdninger og handlinger er vel så viktige som økonomiske ressurser er også relevant for kommunesektoren. Ressurser alene skaper ikke gode holdninger eller vilje til å lage gode tjenester.

Den tredje utfordringen handler om de *faglige grenseflatene og de ulike profesjonene* som arbeider med mennesker med RoP-lidelser, både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. RoP-lidelser

krever integrerte behandlingstiltak, det vil si at brukerne har behov for både rusbehandling og behandling og oppfølging av psykiske lidelser som involverer flere tjenester. I feltet rus- og psykisk helsearbeid møtes leger med sine medisinske behandlingsperspektiv og andre helsefaglige profesjoner som til dels har mer sosialfaglig perspektiv. En svensk studie av samhandling innenfor det psykiske heltefeltet etter den svenske psykiatireformen viser at aktørene i spesialisthelsetjenesten hadde en pasienttilnærming til brukerne med fokus på sykdom, behandling og aktiv intervensjon. På den andre siden la kommunale helsearbeidere til grunn en klienttilnærming med fokus på å planlegge, initiere og koordinere tjenester (Magnusson and Lützén 2009). I vårt prosjekt ser vi nærmere på hvilken betydning faglige og organisatoriske grenseflater har for rollefordeling og ansvarsforståelse mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten i arbeidet med personer med RoP-lidelser.

En fjerde utfordring for samhandling er distansen som psykiatrien har til politiske prioriteringer og de grenseflater som dette skaper i form av funksjoner (Østergren og Reisæter 2005). Diagnoser og forståelse av helse og sykdom endrer seg, og det er en langvarig debatt om hvilke pasientgrupper som bør prioriteres, hvilke pasientgrupper som faktisk blir prioritert og hvilket tjenestenivå som skal inn.

Det er også utfordringer knyttet til målgruppens boforhold, og noen brukere har behov for tett oppfølging i bolig.⁶ Ofte er det behov for fleksible botilbud, som for eksempel tilgang til eneboliger for brukere som kan være en fare for seg selv og nære naboer, og bofellesskap for personer som trenger tilgang til sosiale fellesskap. Dette stiller store krav til kommunene i form av et bredt spekter av boliger og berører spørsmålet om samlokalisert versus spredt botilbud.

En utfordring flere kommuner påpeker, er at de tar imot personer som trenger omfattende og sammensatt tjenestetilbud, uten at kommunen får nødvendig faglig og praktisk støtte fra spesialisthelsetjenesten. Videre oppleves spesialisthelsetjenesten som lite tilgjengelig (Sosial- og helsedirektoratet, 2008; Fossetøl & Skarpaas, 2013). RoP-pasienter har ofte behov for oppsøkende tjenester på spesialistnivå. Utfordringen for kommunene er at brukerne som blir overført til kommunehelsetjenesten får hjelp *både* i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og har behov for aktiv oppfølging i videre behandlingsforløp.

Nasjonale retningslinjer beskriver hvordan utredning, behandling og oppfølging av målgruppen bør skje, samt tjenestenes roller og ansvar. Ideelt innebærer samhandling mellom kommunale tjenester

⁶ Kommunene er ikke lovpålagt å skaffe permanent bolig, men de har plikt til å medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet (jfr Helse- og omsorgstjenesteloven).

og spesialisthelsetjenesten for personer med RoP-lidelser at man har en klar forståelse av rollefordeling og ansvar når det gjelder utredning, behandling og ettervern, og at kommunene får hjelp av spesialisthelsetjenesten til å løse utfordringene. Det er imidlertid gitt få føringer for hvordan ulike tjenester skal implementere samhandling eller hvordan det skal etableres arenaer for samhandling. Det foreligger lite kunnskap om hvordan retningslinjene blir brukt av de ulike tjenestene i arbeidet med pasientgruppen. Fortsatt er det en reell usikkerhet blant ulike tjenesteytere om hvor pasienten skal behandles, når han eller hun bør utskrives fra spesialisthelsetjenesten, hvilke tjenester som må være på plass i kommunen ved utskrivelser og hvem som har ansvaret for å gi oppfølging. Et høyt antall pasienter som har hatt lange opphold i psykisk helsevern er tilbakeført til kommunene, samtidig som nye personer som har behov for tjenester og bolig har kommet til. Noen kommuner har mange reinnleggelser i døgnposter i psykisk helsevern og poliklinisk behandling, og det reises spørsmål om dette kan skyldes at behandlingstilbudet de mottok i forkant ikke var tilstrekkelig med hensyn til innhold og intensitet.

Små og store kommuner har ulike utfordringer. Sintefs kartlegging viser at det er de største og minste kommunene som har høyest andel ventende utskrivningsklare pasienter og antyder at små kommuner har lite fagfolk, mens store kommuner har mange pasienter med behov (Ose og Slettebakk 2013:25).

Fastlegene en sentral rolle i å avklare og koordinere ansvar og oppgaver, og til å gi pasientene et riktig tilbud til rett tid. Ulik integrering og oppfølging av personer med RoP-lidelser må ses i lys av organisatoriske og geografiske forskjeller knyttet til legedekning og stabilitet (Kalseth m.fl. 2013). I kommuner med spredt bebyggelse må tjenesteyterne håndtere lange avstander, noe som kan være en utfordring for å etablere gode rammer for samhandlingen.

1.2. Problemstillinger

Prosjekts formål er å kartlegge gråsonene og klargjøre ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser og der det er risiko for vold. Begrepet «gråsoner» viser til at det er mange utfordringer i grensesnittet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten for målgruppen. Det er ikke etablert en felles og tydelig strategi for samarbeid, finansieringen kommer fra ulike kilder, og det har frem til de siste årene vært få insentiver for samarbeid mellom de ulike nivåene. I prosjektet har vi forsøkt å finne ut hva som kjennetegner disse gråsonene.

Prosjektets hovedproblemstilling er å kartlegge ansvarsforholdet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for mennesker med RoP-lidelser og der det er risiko for vold.

Problemstillingen er operasjonalisert med følgende underpunkter:

- Systematisere kunnskap om hva som fremmer og hemmer gode pasientforløp.
- Presentere eksempler og modeller på likeverdig samhandling som har fungert over tid.
- Identifisere hindringer for gode pasientforløp, god samhandling og et robust kommunalt tjenesteapparat – organisatoriske, faglige, juridiske og finansielle hindringer.
- På bakgrunn av data gjør vi en vurdering av ansvars- og rollefordelingen, modeller og tjenestelevering og finansieringsordninger for å få etablert gode, robuste og bærekraftig tjenester til pasientgruppen.

1.3. Metode og data

For å belyse kompleksiteten i ansvarsfordeling og samhandling om målgruppen har vi fremskaffet empiri som vi mener gir et bredt grunnlag for å svare på problemstillingene. Vi har besvart prosjektets problemstillinger gjennom ulike datainnsamlinger: 1) kartlegging, 2) åtte casestudier, og 3) dialogkonferanse.

Kartlegging

Studien ble innledet med en kartlegging av utviklingstiltak, forsøk og prosjekter som har/har hatt som mål å styrke samhandlingen og utvikle et mer helhetlig tjenestetilbud for personer med samtidige rus- og psykiske lidelser. Formålet var todelt, for det første ønsket vi å fremskaffe en oversikt over arbeidet som gjøres og synliggjøre erfaringer og vurderinger, samt å kartlegge kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for disse forsøkene. For det andre ønsket vi å sikre at casene som vi skulle velge ut for casestudien varierte med hensyn til størrelse, geografisk beliggenhet, organisatoriske løsninger og hvilke aktører som var involvert i samarbeidet. Kartleggingen ble gjennomført som en dokument- og litteraturgjennomgangen av forskning, evalueringer, prosjektrapporter, årsmeldinger og nettsteder som angår norske forhold. Arbeidet med kartleggingen har foregått i nært samarbeid med oppdragsgiver (KS) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha).

Casestudie

På bakgrunn av kartleggingen, og i samråd med oppdragsgiver, prosjektgruppen i KS og i dialog med Napha valgte vi ut casestudier åtte steder i landet. Casestudiene er beskrevet i et av vedleggene til rapporten.

Formålet med casestudiene har vært:

- Å få fram *konkrete, praktiske beskrivelser* av hvordan man har styrket samhandlingen og bidratt til mer helhetlige tjenestetilbud til målgruppen. Herunder har vi sett nærmere på utfordringer som har dukket opp underveis og hvordan disse har blitt håndtert.
- Å få fram hvordan eventuelle gråsoner mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er håndtert.
- Å undersøke om prosjektene har bidratt til endringer og utvikling av tjenestetilbudet til målgruppen.

Vi innledet casestudien med å gå gjennom nærmere 60 prosjekter som har fått støtte fra Helse- direktoratet (2013) for å se om noen av prosjektene var direkte innrettet mot målgruppen. Fire av casene ble valgt på bakgrunn av at de har fått tilskudd til utviklingsarbeid knyttet til samarbeid og samhandling for målgruppen. For å se på samhandling og utvikling av tjenester over tid var det viktig å ikke avgrense casene til prosjekter eller andre satsninger finansiert av statlige tilskuddsmidler. Fire casene ble derfor valgt ut på bakgrunn av at de både med og uten ulike tilskuddsmidler over tid har etablert et godt samarbeid og god praksis rundt målgruppen.

Vi innledet hvert casebesøk med å kontakte de vi anså som nøkkelpersoner i hvert av casene og ga informasjon om prosjektet og spurte om de ønsket å delta i studien. Hvem vi kontaktet var avhengig av hvordan caset var organisert (prosjekt eller som en del av det ordinære tjenestetilbudet). Kontaktpersonen kunne være leder i et samhandlingsteam, leder ved DPS eller andre avdelinger i psykisk helsevern, eller det kunne være fagansvarlig i en av de kommunale tjenestene. Alle vi kontaktet var positive til å delta i studien og ut fra våre innspill laget de et opplegg for et to-dagers casebesøk der vi intervjuet ulike aktører og i enkelte case ble vi invitert på fellesmøter, slik som evalueringsmøte, «tavlemøte» og lignende. I rapportens vedlegg fremgår det hvilke data vi har hentet fra hvert case.

Den innledende kontakten bekreftet det vi fant i kartleggingene, nemlig at samhandlingen rundt målgruppen skjer på svært ulike måter og på ulike arenaer. For hvert case la vi vekt på at vi også ønsket å intervju fastleger og representanter for NAV og politi. Samtidig viste det seg at det var ulikt *hvilke* tjenester og instanser som var aktive i samhandlingen i hvert case, og det var også ulikt *hvordan* disse aktørene var involvert. Dette kunne være representanter for kommunale helse- og omsorgstjenester (blant annet ledere, ansatte i botiltak, oppsøkende team), helseforetak (ledere og ansatte i DPS,

sikkerhetsavdelinger, halvannenlinjetjenester) og samarbeidende aktører (NAV, politi, fastlege/kommunelege/legevakt). Til sammen har vi intervjuet i overkant av 80 informanter fordelt mellom de ulike aktørene i de åtte casene. Dette har gitt oss et omfattende og rikt kvalitativt datamateriale der problemstillingene blir belyst fra ulike ståsteder.

I analysen har vi brukt det digitale analyseverktøyet Hyperresearch som gjør det mulig å analysere store mengder kvalitative data på en effektiv og fleksibel måte. Gjennom analyseprogrammet har vi kodet materialet ut fra en metodisk tilnærming som har vært inspirert av «grounded theory».⁷ Det innebærer en empirinær analyse der vi tar utgangspunkt i tematikk som springer ut av intervjuene. Store deler av rapporten er bygd opp rundt organiseringsformer og praksiser som framkommer i de kvalitative casestudiene. Dette innebærer at resultatene fra casestudiet først er tematisk presentert. I rapportens vedlegg gir vi imidlertid en kort oversikt over casene med vekt på kjennetegn og hvilke datakilder som ligger til grunn for hvert case.

Dialogkonferanse

I tett samarbeid med oppdragsgiver arrangerte vi ved utgangen av mars 2014 en dialogkonferanse med overskriften “Gode samhandlingsmodeller for personer med RoP-lidelser”. Deltakere var hovedsakelig fra casene, men også andre interesserte aktører var tilstede, fortrinnsvis fra andre kommuner/bydeler. Napha og en representant for Mental Helse deltok også. Bakgrunnen for dialogkonferansen var å fremme realistiske endringsforslag som kan iverksettes i praksis. En betingelse for å få dette til var å sikre medvirkning fra involverte aktører i feltet. For å få til framdrift og forbedring av utviklingsprosessene lokalt, ønsket vi at dialogkonferansen skulle være en viktig arena for erfaringsutveksling, kunnskapsdeling og idégenerering på tvers av de deltagende kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dialogkonferansen har også vært en kilde til data til rapporten og en effektiv formidling fra prosjektet underveis.

1.4. Rapportens oppbygging

I kapittel to presenterer vi, med bakgrunn av tidligere satsninger og forskning faktorer som har betydning for samhandling for målgruppen.

⁷ <http://www.researchware.com/>

I kapittel tre presenterer vi, på bakgrunn av casestudien, eksempler på likeverdig samhandling som har fungert over tid overfor målgruppen. Her ser vi på ulike modeller for samhandling og suksesskriterier som må være til stede for å få til et godt samspill mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

I kapittel fire ser vi, på bakgrunn av casestudiet, hvilke utfordringer i arbeidet med målgruppen og hvilke faktorer som står i veien for å skape god samhandling og forutsigbare pasientforløp.

På bakgrunn av kapittel tre og fire gir vi i kapittel fem en vurdering av ansvars- og rollefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å fylle suksesskriteriene for god samhandling. I kapittel seks foreslår vi styringsindikatorer på brukernivå og for samhandling.

Kapittel sju er en oppsummering og diskusjon av resultatene.

I rapportens vedlegg gir vi en kort presentasjon av de åtte casene som inngår i denne studien og hvilke data som er hentet fra hver av casene.

2. Faktorer som har betydning for samhandling

Som en del av studien har vi gjennomgått satsninger, utviklingstiltak, forsøk og prosjekter som har/har hatt som mål å styrke samhandlingen og utvikle et mer helhetlig tjenestetilbud for personer med samtidig rus - og psykisk lidelse. Formålet med kartleggingen har vært å fremskaffe en oversikt over arbeidet som gjøres og synliggjøre erfaringer og vurderinger, samt å få en oversikt over kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for disse forsøkene.

2.1. Utbygging av psykisk helsearbeid på kommunalt nivå

Reformene innen helsefeltet og ny lovgivning har dratt i samme retning, mot en utbygging av kommunal psykisk helsearbeid nær pasientens bosted.⁸ Bakgrunnen for Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) var ønsket om å redusere fokuset på sykehus og senger parallelt med en utbygging av DPS-er. Det ble lagt vekt på å utvikle mer dynamiske, oppsøkende og polikliniske tjenester der mennesker bor og lever sine liv. Verdigrunnlaget for planen var å skape tjenester som fremmer uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Satsningen la vekt på at det skulle etableres behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå. Opptappingsplanen førte til at kommunene har bygd opp en rekke tjenester for innbyggere med psykiske vansker. Antall årsverk innen psykisk helsearbeid har økt og de kvantitative målene i satsningen anses i hovedsak å være nådd (Forskningsrådet 2009). Vi vet mindre om innholdet i tjenestene, og hva som i praksis tilbys ulike brukergrupper (ibid.).

I tillegg til Opptappingsplanen er *Samhandlingsreformen* sentral. Den vektlegger betydningen av rett behandling på rett sted til rett tid. Veksten i sykehustjenester skal dempes ved at en større del av tjenestene leveres i kommunene, og gjennom forebygging og tidlig innsats i et sykdomsforløp. Reformen legger vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene (Kunnskapssenteret, 2008; Slettebak m.fl 2013). Rus og psykisk helse er en del av samhandlingsreformen på alle måter med unntak av økonomiske virkemidler. Det er fortsatt ikke avklart hvilken modell som skal være gjeldende for kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Reformene har fått konsekvenser for kommunenes psykiske helsearbeid. Stadig flere personer med alvorlige psykiske lidelser har blitt overført fra sykehus og blir fulgt opp av kommunale helse- og omsorgstjenester. Resultatet er at mennesker med *RoP-lidelser* (kombinasjoner av psykiske lidelser og

⁸ Ny folkehelselov (LOV 2011-06-24-29, HOD 2010), og ny kommunal helse- og omsorgslov (LOV 201-06-24-30)

rus) har blitt mer synlige i lokalmiljøet. Studier viser imidlertid at integreringen av mennesker med psykiske lidelser i samfunnet har vært vanskelig på grunn av marginalisering, stigmatisering og mangelfull kunnskap om RoP-lidelser (Penn and Wykes 2003; Magnusson and Lütén 2009). Det stilles derfor store krav til samarbeid og koordinering mellom ulike tjenesteytere. Behovet for samhandling finnes horisontalt, altså *på tvers av profesjoner og ulike sektorer* som er involvert i behandlingen og tjenesteytingen, men også vertikalt, mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetjenester.

Utviklingen har ført til at mennesker med ruslidelser og psykiske lidelser har fått større behov for kommunale tjenester enn tidligere. Mange kommuner har de senere årene bygd opp kompetanse på psykisk helsearbeid. I perioden 2008 til 2012 var det nullvekst i ressursinnsats til kommunene på dette feltet. Det er pekt på at liten ressurstilgang, økt behov for tjenester og en høy prioritering av forebyggende tiltak gjør at kommunene ikke makter oppgaver de har blitt gitt, og særlig fordi forebyggende virksomhet er gitt høy prioritet (Slettebak m.fl, 2013). Flere kommuner gir dermed tilbakemeldinger om at de har kommet i en vanskelig situasjon hvor de opplever en sterk økning i personer med psykiske lidelser fordi spesialisthelsetjenesten gir kortere behandlingsopphold i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Resultatet er at kommunene i dag bruker en god del ressurser på svært syke pasienter som kun får korte opphold i spesialisthelsetjenesten (ibid.).

2.2. Satsninger og tiltak for målgruppen

Kompleksiteten knyttet til differensieringen av målgruppen peker på hvor omfattende hjelpeapparatet som skal gi bistand til denne gruppen må være. Den peker også på at mange ulike tjenesteytere og tjenesteområder bør være involvert.

De nasjonale målene for helsevesenet i Norge er at *hele befolkningen* skal sikres tilgang på gode offentlige helse- og omsorgstjenester. Pasienter med alvorlig ruslidelse/psykiske lidelser har samme rett som andre til nødvendig helse og omsorgstjenester i kommunetjenesten, og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten⁹. Det er iverksatt en rekke tiltak og satsninger for å avhjelpe situasjonen for personer med alvorlige psykiske lidelser, og det har vært gjennomført kartlegginger for å forsøke å danne et bilde av omfang og behandlingsbehov (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

I 2011 lanserte Helsedirektoratet faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelse og psykiske lidelse – RoP-lidelse (RoP-retningslinjene). Ved utgangen av 2011 la helsemyndighetene føringer for en felles strategi for samarbeidet mellom primær-

⁹Jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §§2-1a og 2-1b.

og spesialisthelsetjenesten gjennom en nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet 2012). Gjennom RoP-retningslinjene ønsker man å legge til rette for et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud og at brukerne skal møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder som ivaretar god kvalitet. Retningslinjene inneholder anbefalinger om kartlegging, behandling og oppfølging til alle tjenesteytere som er i kontakt med gruppen. I retningslinjene er det også en drøfting av roller og ansvar som skal gjøre det enklere å vite hvem som skal gjøre hva.

I 2008 etablerte Helsedirektoratet Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (Napha) for å styrke arbeidet med å sikre innhold og kvalitet i tjenesten. Gjennom kunnskapsutveksling, informasjonsarbeid og forskningsformidling spiller Napha en viktig og normerende rolle på utviklingen av det kommunale helse- og sosialtilbudet til mennesker med psykiske vansker og lidelser. For å styrke tjenestene og fagfeltet har kompetansesenteret etablert flere læringsarenaer og bistår Helsedirektoratet i arbeidet med tilskuddordninger til prosjekter som skal utvikle organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller. Napha tilbyr blant annet veiledning og kompetanseheving og opplæring til «aktivt oppsøkende behandlingsteam», såkalte ACT-team.¹⁰

Andre satsninger er også ment å styrke tilbudet for målgruppen, som opptrappingsplanen på rusfeltet, tiltaksplan mot fattigdom, nasjonal strategi for boligsosialt arbeid og nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse. Det er innført en prøveordning med koordinerende tillitspersoner for personer med rusmiddelavhengighet, samt gitt tilskudd til en rekke utviklingsprosjekter for å bedre samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Studier og evalueringen av satsninger viser at kommunene og spesialisthelsetjenesten flere steder klarer å gi et godt koordinert tilbud til mange med RoP-lidelser, og at enkelte kommuner har utviklet gode tjenester for målgruppen (Sosial- og helsedirektoratet 2008, Slettebak m.fl, 2013).

2.3. Hva viser andre studier av samhandling rundt målgruppen?

Det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om samhandling og betydningen av samhandling for målgruppen i vår studie. I følge Sintef har kommunalt rusarbeid på tjenestenivå «vært preget av konsulentprosjekt som har gitt lite forskningskunnskap, og innenfor psykisk helse er det lite som er gjort etter at opptrappingsplanen var over i 2008» (Ose og Slettebakk 2013:2). Studiene vi presenterer her har sine begrensninger fordi de i liten grad går i dybden på samhandling. En annen begrensning er

¹⁰ ACT står for Assertive Community Treatment.

at de er orientert mot avgrensede sider av samhandling, slik som bolig, pasientforløp (særlig utskrivinger) og brukermedvirkning, og fanger derfor i liten grad opp helheten i samhandlingen.

Høsten 2013 presenterte Sintef resultatene fra en studie om samarbeid på pasientnivå mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helse- og rusfeltet der hovedtema var forebygging av innleggelser samt utskrivningsklare pasienter. Undersøkelsen bygger på en kartlegging av over 3000 pasienter som mottar døgnbehandling i psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultatene viser at utskrivningsklare pasienter oftere har alvorlige psykiske lidelser sammenliknet med pasienter som ikke er vurdert som utskrivningsklare. Ifølge Sintef er dette «pasienter som sannsynligvis trenger omfattende tilbud i kommunene i tillegg til omsorgsbolig med bemanning eller tilsyn» (Ose og Slettebakk 2013:5). Sintef legger vekt på at spesialisthelsetjenesten og kommunen må samarbeide tett om disse pasientene for å gi dem et godt tilbud også når behandling i psykisk helsevern er ferdig. Dette er pasienter kommunen ikke kan ha ansvaret for alene, skriver Sintef. Videre viser studien at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått dersom ulike kommunale tilbud hadde vært etablert og utviklet. På bakgrunn av resultatene fra studien anbefaler Sintef en økt utbygging av kommunale tjenestene som omfatter bolig, lavterskeltiltak, hjemmetjenester og andre støttetjenester (arbeid, dagsenter, støttekontakt).

Utskrivningsklare pasienter er også tema i masteroppgaven til Eirik Roos (2010) *Samhandling – Et tilsiktet eller utilsiktet resultat*. Her undersøker Roos årsaker til at utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskriving og hvilken rolle kommunene bør ha i dette arbeidet. Analyse av kvalitative intervjuer med ledelse og fagpersoner innenfor psykisk helse og i Helse- og velferdstjenesten i Trondheim kommune, samt bruk av andre data, viser at det er betydelig forskjell i omfanget av tildelte omsorgstjenester før og etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Ifølge Roos har det vært en tradisjon for at spesialisthelsetjenesten «bestiller» kommunale omsorgstjenester for utskrivningsklare pasienter og at kommuneansatte i liten grad vurderer alternative omsorgstjenester. Studien omfatter også en undersøkelse av etterbehandling i kommunalt helsehus, Leistad bo og behandlingssenter. Her vurderer kommunens ansatte pasientens omsorgsevner og tildeler individuelle omsorgstjenester. Studien viser at pasientene utskrives fra Leistad innen fire uker til egen bolig med omtrent samme nivå på omsorgstjenester som før innleggelse. I følge Roos gir etterbehandling i helsehus en betydelig kostnadseffektivitet sammenliknet med direkte utskriving fra psykisk helsevern til kommune. Etablering av helsehus reduserer, ifølge Roos, både unødvendige oppholdsdøgn i sykehus-/DPS og kostnader til omsorgstjenester.

Sammen med FoU-avdelingen i Divisjon psykisk helsevern ved Akershus Universitetssykehus (AHUS) evaluerer Kompetansesenter Rus Øst-Norge (KoRus-Øst) utprøvingen av 12 ACT-team rundt om i landet. Disse teamene ble etablert som en følge av at evalueringen av Opptrappingsplanen viste at mennesker med alvorlig psykiske lidelser, ofte med tilleggsproblemer som for eksempel rusbruk, ikke klarte å nyttiggjøre seg eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbud. Flere internasjonale randomiserte kontrollerte studier hadde vist at ACT-modellen gir gode resultater. ACT er en kunnskapsbasert modell utviklet for pasienter med omfattende hjelpebehov og sammensatte problemer. Modellen legger vekt på oppsøkende virksomhet med intensiv og hyppig brukerkontakt og koordinert samhandling mellom ulike tjenester som er i kontakt med bruker. Samtlige ACT-team er etablert som et forpliktende og likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS) og førstelinjen (en eller flere kommuner/bydeler). Flere bykommuner har valgt en kommunal forankring av teamet, og med ansatte fra begge nivåer. Evalueringen går ikke inn på om ulike forankring har konsekvenser for teamenes måloppnåelse. Det er klare retningslinjer og prinsipper for arbeidsmåte og sammensetning i ACT-team, og i Norge er det utarbeidet en egen håndbok som beskriver innholdet i modellen (Aakerholt 2013). For å sikre robuste team og bruk av alle elementer i modellen er det anbefalt at ACT har opptaksområde med rundt 50 000 innbyggere. Teamene klarer å inkludere de brukerne som modellen legger opp til, det vil si personer som ikke klarer å nyttiggjøre seg eller får dekket sine behov gjennom eksisterende tjenester det siste året før inntak (ibid.). Evalueringen viser at det var en signifikant nedgang av bruk av døgnplasser etter start av oppfølging ved ACT-team.

«Midtveisevalueringen viser at ACT-teamene fanger målgruppen teamene var planlagt for, og mange har fått en mer ordnet situasjon. Resultatene peker i retning av færre innleggelses. Det å hindre at mange forblir svingdørspasienter er klart regningssvarende og forsvarende ressursbruken til behandlingsteamene.» (Aakerholt 2013:44).

De nasjonale undersøkelsene av fastlegers vurdering av DPS-ene som har blitt gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i perioden 2006-2011 viser at det er en positiv utviklingstendens når det gjelder fastlegenes generelle tilfredshet med DPS-ene (Kunnskapssenteret 2012). Det har blant annet vært en forbedring i støtten fastlegen får i akutte situasjoner og på bemanning i DPS. Samtidig viser resultatene at det er grunn til å anta at det er geografiske forskjeller i tilbudet til befolkningen. Som vi skal se er geografiske forskjeller i DPS-enes tjenestetilbud et tema som blir løftet fram som en utfordring også i vår studie.

2.4. Studier av bolig som har relevans for målgruppen

Vi ser at organiseringen av bolig tjenestene er et sentralt element i kommunens arbeid for målgruppen, og det er også et tema i kommunens samhandling med spesialisthelsetjenesten. Her vil vi trekke frem resultater fra studier som omhandler bolig og som kan ha relevans for tjenester til målgruppen.

Selv om det ikke er sammenfallende målgruppe, er det relevant å vise til studien *Ryktet forteller hvor du bor*, av Vassenden mfl (2012). Studien har fokus på botjenester for rusmiddelavhengige, men har imidlertid en del felles likhetstrekk med hensyn til avveininger som kommunen må gjøre når den skal utvikle botilbud for målgruppen. I studien brukes uttrykket «boliggjøring av velferdspolitikken» for å vise at boligen har blitt et sentralt virkemiddel i blant annet rehabilitering, nedbygging av institusjonsomsorg og en styrket innsats mot bostedsløshet. Studien drøfter hva det innebærer for integrering og bomiljø at botilbudet til rusmiddelavhengige leietakere samlokaliseres med andre kommunale boliger eller at botilbudet spres i ordinære nabolag (Vassenden mf. 2012). Studien viser at det er variasjoner i boligkonsentrasjoner for målgruppen. Samlet sett byr imidlertid samlokalisering på det som forfatterne omtaler som «lav sosial kapital», det vil si at bomiljøene er preget av uro og utrygghet for den enkelte. Boligkonsentrasjon gjør det vanskelig å ivareta eller etablere et nettverk utenfor rusmiljøet.

Også andre studier av samhandling rundt bolig er interessant for vårt formål. I 2010 kartla Oslo kommune behovet for boligløsninger til personer med tung rus- og/eller psykiatriproblematikk og mulige eiendommer som kan benyttes ved slike boligtiltak. Kartleggingen hadde form som et ettårig prosjekt som også skulle legge til rette for at bydelene kan realisere boligprosjekt til målgruppen, med god utnyttelse av Husbankens støtteordninger i tillegg til sentrale avsetninger. Studien viser at 1/3 av alle kartlagte personer går inn og ut av bostedsløshet i den forstand at de går inn og ut av lavterskeltilbud. Manglende samordning og koordinering av oppgaver og ansvar har medvirket til at disse har hatt en slik livssituasjon i svært mange år. Studien pekte på behovet for et mangfold av differensierte boligløsninger og at det må inngå et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å sikre utredning, behandling og rask skjerming ved behov. Studien konkluderer med at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er avgjørende og må være forpliktende og forankres i alle ledd. «Kommunen og stat vil ha like stort ansvar for å ivareta oppgaver knyttet til personer med omfattende rus- og/eller psykiatriproblematikk» (Jensen 2010:10).

I masteroppgaven *Bedre samhandling med «samtidig samhandling»* undersøker Tove Kristin Steen (2011) erfaringer som ansatte i DPS og kommunale boliger har med overflytting av pasienter fra

spesialisthelsetjenesten til bolig med base i kommunen. Studien, som bygger på data innhentet fra fokusgruppeintervjuer med ansatte som har tett og nær kontakt med pasienten, illustrerer ulike former for kunnskapsformidling i samhandling rundt overføringer, og at det finnes ulike forståelser av veiledningsbegrepet. Studien viser betydningen av kunnskapsdeling og trygghet i pasientoverføringer, både mellom fagutøvere i de ulike tjenestenivåene og mellom fagutøvere og pasienter.

2.5. Erfaringer fra Nasjonalt temanettverk

I perioden 2010-2013 ledet Høgskolen i Østfold, avdeling for helse og sosialfag, et nasjonalt temanettverk med fokus på "mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester". Nettverket koblet sammen forskere fra høgskolen, kommunalt ansatte med erfaring fra å yte tilbud til målgruppen samt brukerorganisasjoner. Deltakerne i temanettverket ble i hovedsak rekruttert gjennom «storkommunenettverket for psykisk helsearbeid» og representerte ulike tiltak i de største kommunene i landet. I tillegg deltok to brukerrepresentanter.

Målet med nettverket var å skape grobunn for en ny type kunnskapsutvikling. Erfaringene er samlet i til sammen 11 delrapporter som hver for seg dokumenterte aktivitetene som deltakerne i nettverket representerte. Følgende virksomheter er dokumentert:

- **Moss/Rygge kommune – Prosjekt oppsøkende rusteam:** Rapporten beskriver teamets arbeidsmetode og viser hvordan en slik arbeidsform gir mulighet for å skissere et helhetlig tjenestetilbud til målgruppen.
- **Oslo/Alna - ambulant oppfølgingstjeneste:** Rapporten beskriver hvordan ansatte jobber og følger opp brukerne. Det legges stor vekt på fleksibilitet i tjenestetilbudet og at tjenestene kan tilpasse seg den enkelte brukers behov.
- **Sandnes - bofellesskap:** Rapporten viser prosessen der Sandnes kommune og Sandnes DPS samarbeidet rundt etableringen av et kommunalt bofellesskap.
- **Stavanger - Vannassen bofellesskap:** Rapporten viser hvordan man i et kommunalt botilbud til mennesker med RoP-lidelser, som er i aktiv rus og som har en voldelig atferd gir brukerne en mulighet for å få tilrettelagt liv som brukerne opplever positivt, og som et alternativt til sine tidligere liv.
- **Stavanger - Spilderhaug og Berggylt bofellesskap:** Studien viser hvordan botilbudet og det tillitsforholdet som bygges opp mellom bruker og ansatte gir et godt grunnlag for å hjelpe brukerne til å mestre sine utfordringer og å få et mer selvstendig liv.
- **Bergen-Myrsæter - bo og rehabiliteringssenter:** Studien tar utgangspunkt i et forsterket botilbud og viser hvordan selvstendighet og vektlegging av å bygge på brukernes ressurser forankret i en recovery-ideologi, gir brukerne støtte i arbeidet med å bli rusfrie.

- **Bergen - «Lien» - botreningscenter:**¹¹ Rapporten beskriver organiseringen av tilbudet i et tilrettelagt botreningscenter for mennesker med RoP-lidelser. Målsettingen med botiltaket er å skape et sted som trykker beboerne slik at de kan opprettholde selvstendighet og å motivere brukerne til å benytte seg av eksisterende tjenestetilbud
- **Bergen kommune - Moldebakken bosenter og bofellesskap.** Studien viser hvordan man klarer å etablere stabile rammer rundt beboere med alvorlige psykiske lidelser.
- **Trondheim – Østbyen helsehus – Etterbehandling:** Studien viser hvordan organiseringen av helsehuset henger sammen med hva ansatte og samarbeidende virksomheter mener om tilbudet.
- **Bodø - helhetlig tjenestetilbud:** Studien beskriver kommunenes oppfølgingstjeneste for psykisk helse og rus, og hvilke erfaringer de ansatte har med denne organiseringen.
- **Tromsø - bofellesskap:** Studien tar utgangspunkt i et boligprosjekt med i alt 32 boenheter for brukere med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Rapporten beskriver hvordan ansatte jobber for å finne ressurser hos hver enkelt beboer, og hvordan de med dette utgangspunktet bygger opp og gir trygghet hos beboere slik at de etter hvert mestrer livet sitt bedre enn tidligere.

Til sammen gir de empirinære rapportene fra nettverket innblikk i ulike erfaringsbaserte kunnskaper i arbeidet rundt målgruppen. Hver for seg og samlet bidrar de til forståelse hvordan målgruppens utfordringer griper inn i hverandre, og at tjenestetilbudet må tilpasses svingningene i brukers situasjon. Studiene viser betydningen av samarbeid og brukermedvirkning. Nettverket er forankret i de kommunale tjenestene, og de gir innblikk i ansattes og brukeres erfaringer med tjenestetilbudet. Samtidig er det variasjoner i hvor langt hver enkelt delrapport gir en analytisk drøfting av samhandling, ansvarsforhold og gråsoner mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Det er videre variasjoner i hvorvidt delrapportene går inn i kommunens samarbeid med andre aktører, slik som NAV og politi. Studiene er avgrenset til større kommuner, og fanger dermed ikke opp hvordan samhandlingen foregår i mindre kommuner. Rapportene drøfter dessuten i liten grad rammebetingelsene for praksisen som er utviklet i de enkelte virksomhetene, slik som økonomiske og juridiske betingelser for arbeidet.

Tre av kommunene (Tromsø, Bodø og Sandnes) som er beskrevet i nettverkets rapporter inngår i vår caseundersøkelse. Vi erfarte at kommunene selv la vekt på at de forholdene som ble beskrevet i nettverksrapportene lå en del år tilbake i tid. Vårt inntrykk er at de nå har kommet lengre i arbeidet med å utvikle og etablere tjenester til målgruppen. To av disse kommunene beskrev dagens samhandlingen med spesialisthelsetjenesten som sterkere forankret enn det som ble beskrevet i rapportene over.

¹¹ Fiktivt navn.

2.6. Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett nærmere på hvilke faktorer som har betydning for samhandling rundt målgruppen med utgangspunkt i tidligere satsninger og studier. Siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008 har det vært flere satsninger for målgruppen. Kjennetegnet for disse satsningene er at de har vært prosjektorientert, finansiert gjennom tilskuddsordninger og ledet av sentrale helsemyndigheter. Studier og evalueringen av satsninger viser at kommunene og spesialisthelsetjenesten flere steder klarer å gi et godt koordinert tilbud til mange med RoP-lidelser, og at enkelte kommuner har utviklet gode tjenester for målgruppen.

Det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om samhandling og betydningen av samhandling for målgruppen. Studiene som finnes går i liten grad inn i helheten i samhandling og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. De løfter frem enkelte aspekter ved samhandlingen, slik som utfordringer knyttet til utskrivningsklare pasienter og brukermedvirkning. Bolig og tjenester i bolig er et sentralt element i arbeidet med målgruppen. I kapitlet har vi derfor presentert studier av kommunale botjenester som kan være relevant for målgruppen i denne studien. Her har vi særlig trukket veksler på begrep om «boliggjøring av velferdspolitikken» som viser hvordan bolig er et sentralt virkemiddel for rehabilitering, nedbygging av institusjonsomsorgen og en styrket innsats mot bostedsløshet (Vassenden mfl). Vi har også presentert rapportene som ble produsert i regi av Nasjonalt temanettverk i perioden 2010-2013. Disse rapportene gir innblikk i erfaringsbaserte kunnskaper om arbeidet med målgruppen og hvordan kommunene kan utvikle gode tjenester for målgruppen.

3. Eksempler på likeverdig samhandling

Et av prosjektets delmål er å beskrive modeller for samhandling rundt målgruppen som har fungert over tid. Her vil vi, med utgangspunkt i casestudiet, beskrive hva som kjennetegner god og likeverdig samhandling for målgruppen. I de kvalitative casene har vi forsøkt å fange opp hvordan samhandlingen foregår, hva det samhandles om, hvilke roller de ulike aktørene, instanser og etater har i samarbeidet og hvordan aktørene har funnet løsninger på utfordringer som har dukket opp underveis. I dette kapittelet tar vi for oss ulike samhandlingsmodeller mellom spesialisthelsetjeneste og kommune og suksesskriterier for gode praksiser som har fungert over tid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Ansvarsfordeling og rollebeskrivelser er beskrevet i kapittel 5.

3.1. Samhandlingsmodeller

Informantene i denne studien enes om at det er i kommunene folk skal leve sine liv, og det er i kommunene at hovedparten av oppfølgingen av denne målgruppen må foregå. Våre funn viser at for å få til dette for personer med RoP-lidelser med risiko for vold, må spesialisthelsetjenesten ta medansvar for oppfølging av personer som bor hjemme - i tett samarbeid med kommunen. Når spesialisthelsetjenesten (sykehus og/eller DPS) tar ansvar for å jobbe forebyggende med tidlig intervensjon basert på en ambulerende virksomhet, viser denne studien at personene kan ha sitt hverdagsliv i kommunen. Både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester legger vekt på at gode pasientforløp fordrer at de ulike instansene utfører oppfølgingen i fellesskap. Samhandling blir spesielt vellykket når spesialisthelsetjenesten og kommunen legger til rette for at man koordinerer tjenestene i samtidighet og med tydelig ansvarsfordeling. Samarbeidet er da preget av kort vei til dialog mellom tjenestene, gjensidig respekt og lydhørhet samt rask intervensjon. Dette fordrer realistiske forventinger og god kjennskap til hverandres tjenester og rammevilkår. Samarbeidet viser seg å være vellykket når det organiseres ut fra lokale forhold, og når kompetansen som finnes også er forankret i de spesifikke utfordringer som skal løses.

Et felles kjennetegn vellykkede samhandlingsformer uansett modell, er en aktiv DPS med gode etablerte samhandlingsrutiner og samhandlingsrelasjoner med opptakskommunene. Den mest vellykkede modellen for organisering av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen vi har sett i denne studien, er ulike former for halvannenlinjetjenester som inkluderer kommunen og DPS i felles tjenesteutførelse. Vi har også sett at definerte samhandlingsprosjekt mellom DPS og tilhørende kommuner er en svært vellykket modell for samhandling når samarbeidet er formalisert og etablert

over tid. Slike definerte samhandlingsteam kan også langt på vei karakteriseres som halvannenlinjetjenester siden de utfører tjenester i fellesskap. Hva man kaller teamet har mindre å si, det er hvordan samhandlingen er organisert som er utslagsgivende for et likeverdig samarbeid. Vi velger i denne rapporten å differensiere mellom halvannenlinjetjenester og samhandlingsteam og redegjør nedenfor for ulike modeller for organisering av slike team.

Handlingsorienterte halvannenlinjetjenester ¹²

Halvannenlinjetjenester bygger på prinsippet om felles ansvar for helhetlig og sammenhengende tjenesteutøvelse fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen. Dette er en arbeidsmåte som spenner over hele tjenesteregisteret som kobler bruker, spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester tett sammen. Vi bruker begrepet handlingsorientert halvannenlinjetjeneste om denne samhandlingsmodellen for å understreke at samarbeidet er praktisk innrettet mot bruker og tjenester som er involvert. Grunnlaget for modellen er likeverdig horisontalt samarbeid; de ulike aktørene er likestilt i formell makt, men har til dels ulike funksjoner, ansvar og kompetanse. I casene som er organisert som halvannenlinjetjeneste jobber personalet i kommunale tjenester (oftest rus- og psykiatritjenesten, og i enkelte tilfeller er NAV) side om side med personalet fra spesialisthelsetjenesten (DPS). Felles for halvannenlinjetjenestene i de kvalitative casene i denne studien er at de jobber ambulerende, tverrfaglig, er behandlingsorienterte og bistår brukeren til å få en trygg og god hverdag. Flexibilitet og løsningsorientering er viktige omdreiningspunkter for modellen.

I casene har vi sett ulike modeller for organisering av halvannenlinjetjenestene. Noen er forankret i DPS (Samhandlingsteamet i Bærum og Ytre Sunnhordaland Samhandlingsteam), mens andre er forankret i kommunen (ACT teamet i Tromsø og FACT på bydelsnivå i Oslo). Studien viser også at det er en ulik avgrensning mot behandling og diagnoser mellom teamene og ulike avveininger av hvilke oppgaver de tar på seg å løse. Enkelte halvannenlinjetjenesteteteam overtar hele ansvaret for brukeren over en periode, mens andre legger vekt på å finne gode løsninger sammen med andre etablerte tjenester. I det sistnevnte tilfellet er det et metodisk poeng å sikre at bruker er koblet på det ordinære tjenesteapparatet.

¹² «Halvannenlinjetjeneste» (...) opprettet for å yte medisinsk behandling utover det kommunehelsetjenesten vanligvis er rustet til, men mindre omfattende og ressurskrevende enn sykehusbehandling (Store medisinske leksikon).

Eksempler på halvannenlinjetjeneste

FACT Gamle Oslo - Som første i landet etablerte bydel Gamle Oslo og Lovisenberg DPS i 2013 et ambulant behandlingsteam rettet mot personer med psykoselidelser. FACT står for Flexible Assertive Community Treatment (fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam) og er en videreutvikling av ACT-modellen. Modellen, som tar utgangspunkt i teambasert behandling, legger vekt på kontinuitet i behandlingen og at oppfølging tilpasses pasientens behov. I perioder trenger pasienten intensiv oppfølging i form av ACT, og temaet har en koordinerende funksjon ved å gi individuell oppfølging til de av brukerne som til enhver tid ikke har behov for tett og fleksibel oppfølging (case management). Teamet er tverrfaglig, også med erfaringskonsulent, og har ambisjon om 150 brukere i året. De ansatte er leid inn i DPS for blant annet å sikre tilgang til DIPS.¹³ Teamet har lagt vekt på å tydeliggjøre oppgaver og gjøre voldsrisikovurderinger i team. Behandlingsformen kan motvirke at pasientene faller ut av behandlingen og reduserer behovet for innleggelser i sykehus.

Ytre Sunnhordaland Samhandlingsteam (YSS) er en halvannenlinjetjeneste som startet i 2009. Bakgrunnen var ca. 950 behandlingstimer uten oppmøte hvert år ved DPS. For å nå ut til de som ikke før klarte å nyttegjøre seg tilbudet ved DPS, er det i dag en ambulerende tjeneste som følger opp ca. 35-40 personer (60 per år) i fire kommuner i Ytre Sunnhordaland (Fitjar, Stord, Bømlo og Tysnes). Prosjektet er lokalisert ved DPS Stord og er finansiert av kommunene, DPS og Helsedirektoratet. Kommunene betaler en andel fordelt etter folketall i kommunen. Teamet består av 4,5 årsverk og gjør utredning, diagnose og behandling i tillegg til praktisk oppfølging - i tett samarbeid med de involverte kommunene og spesialisthelsetjenesten. Gjennom aktivt oppsøkende tilnærming og tett oppfølging greier teamet å gi bistand og hjelp til målgruppen og man erfarer at man klarer å få til bedre og mer helhetlig pasientforløp. Denne arbeidsmodellen har ført til reduksjon i antall timer uten oppmøte, bedre samhandling, mer planlagte innleggelser og videre henvisning til riktig behandlingsnivå.

Samhandlingsteamet Bærum er en forpliktende samhandlingsmodell mellom Bærum kommune og Bærum DPS på bakgrunn av erfaring med at man ikke nådde ut til målgruppen med tjenester. Samhandlingsteamet, som er forankret i ulike enheter og tjenester på ulike nivå, består av dedikerte personer som jobber ca. 50 % stilling i teamet. Det er et tverrfaglig team med ansatte fra kommunen, NAV, spesialisthelsetjenesten i psykiatri, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, PUT og teamet har også

¹³ DIPS er et produksjons- og informasjonssystem for sykehus som har erstattet den papirbaserte pasientjournalen. Systemet består av en kjerne med et elektronisk pasientjournalssystem (EPJ) og et pasientadministrativt datasystem (PAS), og ivaretar lovbestemte krav for både psykiatriske og somatiske helsetjenester.

rekruttert en erfaringskonsulent som blir vurdert som en viktig brobygger til pasientene. Samhandlingsteamet består av ordinære ansatte med lønnsmidler fra der de tjenestene har tilhørighet i. Teamet møtes ukentlig og målet for arbeidet er å få brukere inn i det ordinære tjenesteapparatet for å skape kontinuitet i behandlingen og oppfølgingen. Også dette teamet jobber oppsøkende og gir tett oppfølging, og legger samtidig stor vekt å være tilgjengelig for både bruker og det øvrige tjenesteapparatet. Samhandlingsteamet har mange likhetstrekk med et ACT-team, men har ingen inntakskriterier og jobber som et lavterskeltilbud.

Definerte samhandlingsteam

Formelle samarbeidsstrukturer signaliserer en vilje til satsning og en forpliktelse overfor samarbeidspartnerne som er nødvendig for et likeverdig samarbeid. Eksempel på slike vellykkede formaliserte samarbeidsstrukturer finner vi i samhandlingsmøtene og Nettverk for psykisk helsearbeid som er etablert mellom Nordfjord psykiatrisenter og alle opptakskommunene. Et annet eksempel finner vi i Samhandlingsprosjektet i Salten der man har hatt sterkt fokus på å formalisere samarbeidet mellom Salten DPS og dets opptakskommuner. Felles for disse to modellene er at DPS-ene har mange opptakskommuner og må håndtere store geografiske avstander.

Nettverk for psykisk helsearbeid i Nordfjord springer ut av et samarbeid om felles ansvar og mellom Nordfjordkommunene og Nordfjord psykiatrisenter (NPS) som ble opprettet i 1991. Nettverket er representert av 8 kommuner fordelt over et større geografisk område, NAV, brukerrepresentant, praksiskonsulent og NPS (som har koordineringsansvar). Suksesskriterier etter deres erfaring er personlig kjennskap til hverandre, respekt og lydhørhet for hverandres arbeidsform, samarbeid om faglig metoder, spesialist som er ute i kommunene og lokalt utarbeida retningslinjer. Nettverket koordinerer felles kompetanseheving og akuttambulanseteam uten henvisning.

Salten samhandlingsprosjekt er et utviklingsarbeid i Saltenregionen i Nordland med 12 kommuner spredt over et stort geografisk område som dekker alle opptakskommunene i Salten DPS. Prosjektet er 4-årig og ble opprettet i 2010 på bakgrunn av erfaringer med brukere som ikke fikk gode nok tjenester. Prosjektet retter seg mot å utvikle de eksisterende tjenester og er finansiert av Helse- og sosialdepartementet. Suksesskriteriene etter deres erfaring er god dialog og gode relasjoner underveis både mellom tjenester og internt i tjenestene, god forankring i ledelsen for å få til legitimitet og prioritet og samarbeidsavtaler som forplikter. Salten samhandlingsprosjekt jobber ut fra et faglig perspektiv med vekt på kompetanseøkning og god fagkompetanse nær bruker. Fokus sammenfaller med DPS-ets arbeid med å styrke pårørendes rolle og å øke kompetansen hos bruker; gi makt og myndighet gjennom Recovery-college og deltakelse i IPS – Individuell jobbstøtteprosjektet.

Formelt samarbeid kan fort bli symbolpreget heller enn handlingsorientert dersom det ikke også er forankret i tjenesteutførelsen. I samhandlingsprosjektene som inngår i vår studie beskrives god samhandling mer som et holdningsspørsmål, enn et spørsmål om geografi og tilgjengelighet. For målgruppen kreves et tett samarbeid i tjenesteutførelsen i det daglige for å få til god samhandling over tid. Det daglige samarbeidet innebærer en arbeidsmåte der kommunen og spesialisthelsetjenesten jobber «skulder mot skulder» for å skape god praksis og et styrket medansvar i tjenesteutførelsen. «Å skuldre» bidrar til felles ansvar, skaper rutiner som gir gode pasientforløp og gir kunnskap om hverandres tjenester. Det verdt å merke seg at studien viser at samarbeidet først og fremst kommer til uttrykk gjennom et samspill mellom personer som utfører tjenestene og at retningslinjer er lokalt utarbeidet, heller enn formelle avtaler på høyere nivå.

For samhandlingsprosjekt som er finansiert av statlige tilskuddsmidler og som har som mål at prosjektet skal inn i ordinær drift er forankring på alle nivå i tjenestelinjen særlig viktig.

3.2. Suksesskriterier for samarbeid med kommune og spesialisthelsetjenesten

I den kvalitative casestudien har det utkrystallisert seg en del suksesskriterier for vellykkede og likeverdige samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. I denne rapporten har vi delt det inn i følgende overskrifter:

- Parallelle tjenesteløp og samtidighet i tjenestene
- Møteplasser og samhandlingsarenaer
- Bolig i kommunal regi som er tilrettelagt og bemannet
- Integrrert rus og psykisk helsearbeid, både i organisering og kompetanse
- Metodisk tilnærming til forebygging av vold og voldrisikovurderinger
- Brukermedvirkning - samarbeid om å skape en trygg og meningsfull hverdag med og for bruker

Parallelle tjenesteløp og samtidighet i tjenestene

Pasientforløpet til denne målgruppen er ikke ensartet og lineært, men kjennetegnes av langvarige, svingete forløp med høy risiko for tilbakefall. Dette innebærer ofte gjentatte innleggelses i akutt-psykiatrien og tvangstiltak. Samhandlingen er spesielt kritisk i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, det vil si rundt henvisninger og utskrivinger fra sykehus. Disse overgangene kan kalles samsoner fordi det ofte kreves parallell innsats fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er et behovet for samtidighet i tjenesteytelsen og en intensivering av samarbeidet for å fremme

gode pasientforløp. Det er et uttrykk for et vellykket samarbeid dersom man har en tydelig ansvarsfordeling i disse samsonene. Behovet for parallell tjenesteytelse fra kommune og spesialisthelsetjeneste kan variere fra bruker/pasient, og variere i lengde, intensitet og omfang. Halvannenlinje-tjenester kan sikre en nødvendig plattform for god ansvarsfordeling i samsonene, men studien viser at det også krever koordinering horisontalt spesielt i spesialisthelsetjenesten, og også til dels i kommunen. Casene indikerer at overgangene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten blir vellykket dersom:

- Kommunen og spesialisthelsetjenesten tilrettelegger for **parallele tjenesteløp**, spesielt i kritiske faser for eksempel ved utskrivelser etter langvarige innleggelser.
- Det er **kort vei inn** til spesialisthelsetjenesten ved forverret sykdomsbilde.
- Det utarbeides **individuelle kriseplaner** i fellesskap mellom kommune og spesialisthelsetjenesten for å tydeliggjøre ansvarsfordeling i samsonene.
- Man jobber mot **en felles forståelse** for hva som er gode tjenester for bruker/pasient.

Parallele tjenester etter langvarige innleggelser

Ved langvarige innleggelser i spesialisthelsetjenesten er det spesielt viktig at man etablerer parallele tjenester. Et vesentlig funn i denne studien er de gode resultater som oppnås når sikkerhetsavdelinger gir oppfølging ute kommunen i etterkant av en utskrivelse. Dette gjelder spesielt personer med RoP-lidelser med voldsproblematikk og som har hatt langvarige innleggelser. Sikkerhetsavdelinger ved enkelte helseforetak har rutiner på at de er med og tilrettelegger for en god overgang for pasientene ut til kommunen. Ved Sikkerhetsavdelingen ved Telemark sykehus ble det i 2012 etablert et mobilt trygghetsteam, Ny Start, som dekker hele fylket. Teamet har som oppgave å trygge pasientene i overgangen til kommunen. En kanskje vel så viktig oppgave for teamet er å trygge ansatte i Telemarkskommunene som har oppfølgingsansvar, samt ansatte i DPS-ene. Ny Start jobber poliklinisk og teamet består av to psykiatriske sykepleiere med lang erfaring fra sikkerhetspsykiatrien. Teamet har kompetanse om vold, utagering og risikovurderinger som kommunen drar nytte av i arbeidet med målgruppen. Teamet bistår personalet i konkrete situasjoner og gir kompetanseheving og veiledning for personalet før, under og etter utskrivelse alt etter behov. Høy grad av tilgjengelighet («24/7»), fokus på relasjonsbygging for å forebygge vold og aggresjon og for å unngå innleggelser og bruk av tvang, er viktige elementer i teamets arbeid. Dette gir stabilitet og trygghet til både bruker og personalet og kontinuitet i relasjonen til hjelpeapparatet blir ivaretatt gjennom pasientforløpet. I dette tilfellet innebærer utskrivning fra sikkerhetsavdelingen parallele løp til DPS, der sikkerhetsavdelingen har en tilsvarende rolle overfor DPS som til kommunen.

Kort vei inn til spesialisthelsetjenesten ved forverret sykdomsbilde

I nasjonale diskusjoner om ambulante team er det reist spørsmål om man skal ha henvisning fra lege eller ikke. De kvalitative casene indikerer at for å kunne gi riktig hjelp til riktig tid bør henvendelser også kunne skje utenom fastlegesystemet. Kommunene legger vekt på at en god jobb med tidlig intervensjon fordrer at sykehus er involvert og kan ta imot en pasient på kort varsel. Utfordringene med henvisninger fra lege handler om ventetid på time hos fastlege og at mange som hører til målgruppen har en svak relasjon til fastlege. I enkelte kommuner blir det lagt vekt på at legevakten er bemannet av leger som har lite kjennskap til pasienten og de kommunale tjenestene. Dette kan være et hinder i å skape gode pasientforløp. I enkelte case har vi sett at samhandlingsteam (halvannenlinjetjeneste) kan trekkes inn for å gjøre vurderinger og avklaringer før det foreligger en formell henvisning fra fastlege. En slik tidlig intervensjon bidrar til en større grad av treffsikkerhet om hvilke helse- og omsorgstjenester som skal/bør iverksettes. Henvisning fra fastlege kan om nødvendig ordnes i etterkant av konsultasjon med teamet.

For å sikre gode pasientforløp er det viktig at spesialister er tilgjengelige og at de aktivt oppsøker pasient/bruker ved behov. Gode samhandlingsmønstre mellom kommune og spesialisthelsetjenesten kjennetegnes ved at spesialisthelsetjenesten er lydhøre overfor kommunale tjenester når de ber om hjelp og at man har mulighet til iverksette tiltak umiddelbart. Det er ofte ansatte i kommunale tjenester som har den daglige kontakten og som dermed kan se når sykdomsbildet forverres og andre instanser må trå til. Flere av casene som er med i denne studien viser til en nedgang i antall akuttinnleggelser etter at samhandlingen mellom tjenestenivåene ble styrket. Ved at spesialisthelsetjenesten er raske til å bistå kommunen og legge til rette for tettere samarbeid og samtidighet i tjenestene, kan behovet for akuttinnleggelser reduseres.

Kriseplaner for gode rutiner rundt innleggelser

Funnene i denne studien peker på at et godt arbeid rundt *individuelle kriseplaner* er en nøkkel til å sikre gode samarbeidsrutiner rundt innleggelser for denne målgruppen. Det er et dokument som sørger for ansvarsavklaring når spesialisthelsetjenesten må inn. Kriseplanen er et felleseid dokument som utformes i samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten med brukers medvirkning om mulig. Kriseplan må ikke forveksles med individuell plan; det er et verktøy for hvordan tjenesteutøvere skal håndtere forsterket symptomtrykk og forverring i sykdomssituasjonen. For målgruppen i vår studie er det mange aktører som vil være involvert i hvordan kriseplanen utarbeides og virker i praksis. Dette kan være en utfordring, særlig om den ikke er godt forankret eller forstått av alle aktører som er involvert og når den ikke følges opp ved krise. Godt arbeid rundt kriseplaner kjennetegnes av at den oppdateres jevnlig i samarbeid mellom de ulike instansene som er involvert, de involverte

aktører har kunnskaper om hva kriseplaner er og at den følges opp slik det er planlagt fra alle instanser. Så langt det lar seg gjøre er det viktig at kriseplanen bygger på medvirkning fra bruker og at det er et felles forståelse av at det er et verktøy for å unngå situasjoner voldseskalering, utagering og bruk av tvang. Fra et brukerperspektiv og et rehabiliteringsperspektiv er det avgjørende at innholdet i kriseplanen peker fremover og er et virkemiddel for å unngå unødig tvang og maktbruk. Det er viktig at alle, inkludert legevakt og politi om nødvendig, vet og har kompetanse om hvilke tiltak kriseplanen legger opp til.

Et eksempel er fra en mindre kommune hvor samarbeidet med DPS og sykehuset er avgjørende for å gi en god oppfølging til en av kommunens innbyggere. Teamet fra sikkerhetsposten har vært med i prosessen rundt utskrivning fra sykehuset. Sammen med kommunen og DPS har teamet utarbeidet en kriseplan. Kriseplanen fastslår at når kommunen opplever at den psykiske helsen forverres så skal DPS og sikkerhetsposten ta imot bruker. Dette er en anerkjennelse av at det er kommunen som er tett på i det daglige og fanger opp symptomer og signaler på at personen blir dårligere og trenger tjenester som kommunen ikke kan tilby. Kriseplaner fungerer i dette tilfellet som samarbeidsavtale mellom kommune og spesialisthelsetjenesten rundt hvilke tiltak som skal settes i verk i forhold til forverret sykdomsbilde. Etter at denne kom på plass har samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten rundt denne brukeren blitt forutsigbart og preget av gjensidig forståelse og trygghet.

Felles forståelse for hva som er gode tjenester

Et viktig premiss for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er forståelse for hverandres fagbakgrunn og tilnærming til pasient/bruker. En forklaringsmodell for et vellykket likeverdig samarbeid tar opp i seg at spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester har ulike fokusområdene i tjenesteutførelsen (Andreassen og Fossetøl 2014). Spesialisthelsetjenesten jobber ofte utfra et diagnoseperspektiv, mens kommunen jobber utfra et funksjonsperspektiv utfra hvilke tjenester de gir. Begge disse perspektivene er nyttige, og et vellykket samarbeid preges av en gjensidig forståelse for og en forening av de ulike perspektivene.

Perspektivene må så langt det lar seg gjøre forenes, slik at spesialisthelsetjenesten og kommunen, til tross for ulike premisser, er omforent om muligheter og mål i arbeidet med målgruppen. Ved å etablere felles drøftingsarenaer, kan man lære av hverandres erfaringer og perspektiver om målgruppen og hva som er hensiktsmessige tjenester. En spesialist ved RoP-team ved DPS beskriver det slik:

«Det å kunne snakke fag og det å heve fagnivået i kommunen er viktig. Da jeg startet samarbeidet med boligen var det lite fokus på psykisk helse, og mer på mat og vasking. Jeg begynte å stille krav til at de

ansatte i boligen skulle ha et fokus på psykisk helse og at de skrev om psykisk helse i rapportene sine. Jeg er ikke interessert i hvor mange brødkiver de spiser, men aggresjon, psykotiske symptomer, om beboer isolerer seg og om han eller hun er fiendtlig. Dette er en form for veiledning og er viktig for at du skal kunne forstå en kriseplan.» (*Leder, ambulant team, DPS*)

Fra kommunen kan det oppleves andre veien, at det DPS legger for mye vekt på diagnose og ser mindre på funksjonsnivå. Et avgrenset diagnoseperspektiv kan stå i veien for å forstå betydningen av å mestre hverdagen og de daglige gjøremålene som hverdagen består av. I noen tilfeller kan kommunens brukertilnærming (klienttilnærming) dra i en annen retning enn spesialisthelsetjenestens pasienttilnærming (Magnusson and Lützné 2009, Fossetøl og Skarpaas 2013).

Møteplasser og samarbeidsarenaer

Studien viser hvordan man oppnår et likeverdig samarbeid gjennom velfungerende samarbeidsarenaer mellom og i kommunene for alle aktører som er i kontakt med målgruppen; NAV, politi, kommunalt ansatte, lege og spesialisthelsetjenesten. På disse arenaene skapes gode samarbeidsrelasjoner gjennom både drøfting av enkeltsaker og generelle temaer, diskusjoner om faglige metoder og erfaringsutveksling, varsling av risiko for vold, og tydelig ansvarsfordeling og planer rundt enkeltpersoner. Suksesskriterier for gode samarbeidsarenaer er:

- Grundig avveining av taushetsplikt mot opplysningsplikt
- At DPS har en aktiv rolle i å initiere og vedlikeholde møteplasser. Dette er særlig viktig der DPS har flere opptakskommuner.
- Når møtedeltakerne har beslutningsansvar og stiller forberedt

Taushetsplikt versus opplysningsplikt

Ett sentralt kjennetegn ved målgruppen er at mange ikke oppsøker tjenester eller ikke ønsker hjelp. Hvordan kan man i slike tilfeller sikre samhandling rundt målgruppen på måter som ivaretar bruker og som ikke kommer i konflikt med taushetsplikten i helse- og omsorgstjenesten? Respekten for pasientens integritet er en grunnleggende etisk norm ved all helsehjelp. Dette innebærer at pasienter skal vernes mot spredning av opplysninger om personlige og helsemessige forhold, og gir seg utslag i at helsepersonell er pålagt en omfattende taushetsplikt (Helsedirektoratet IS 6-2010). Samtidig, som vist i Olsen-utvalgets utredning, er det gjort få systematiske studier om hvordan taushetspliktbestemmelsene faktisk brukes innen og mellom samarbeidende etater:

«På denne bakgrunn er det vanskelig å si noe sikkert om det er regelverket og/eller andre forhold (holdninger hos enkeltpersoner, ulike kulturer og arbeidsmetoder) som eventuelt vanskeliggjør eller

forhindrer nødvendig informasjonsflyt og samarbeid mellom etater og forvaltningsnivåer.» (NOU 2010:3:108).

Som en del av studien har vi forsøkt å se hvordan informasjonsutveksling om målgruppen foregår i praksis. Et viktig premiss for å få samarbeidsarenaer til å fungere er en grundig avveining av taushetsplikten mot opplysningsplikten. Det blir lagt vekt på at informasjonsutvekslingen rundt personer med alvorlige RoP-lidelser med risiko for vold er en avgjørende faktor for at alle som yter tjenester vet hvem som hører til målgruppen. Forsvarlighetskravet vil ofte ha forrang i tilfeller der man ser at det er nødvendig å varsle andre instanser. I ett av casene la politiet vekt på de årlige kontaktmøtene som ble arrangert mellom DPS, kommunale tjenester og NAV. Kontaktmøtene er en arena der de ulike instansene kunne drøfte case som de erfarte som vanskelige og som krevde samordnet innsats. Denne måten å utveksle informasjon på hadde ført til bedre koordinering av tjenester, noe som sitatet under viser:

«På 1990-tallet snakket vi om x'er og y'er og var ikke kalibrert i det hele tatt for samarbeid. Nå er vi bedre. Vi er enige om at vi skal få til ett eller annet så må vi ha en viss form for åpenhet. Nå kan ikke disse tunge brukerne gå å shoppe rundt på alle instanser. Nå får de kontaktpersoner og tjenestene blir samla. Vi har fått en bedre hverdag på grunn av gode rutiner. Vi snakker om mennesker, og ikke x'er og y'er. Vi holder oss innenfor reglene, og om det er til klientens gunst at vi er åpne, så er vi det.» (*Politi*)

Aktørene er bevisst på hva man kan gi av informasjon og at informasjonsutvekslingen ikke skal være en hemsko for samarbeidet. Samtidig ble det i et case lagt vekt på at det kunne være vanskelig å balansere mellom taushetsplikt og opplysningsplikt, og de etterlyste klarere retningslinjer for hvordan opplysningsplikten kunne anvendes. I flere av samhandlingsprosjektene har fylkesmannen vært inne i saker der man drøfter i forholdet til taushetsplikten og opplysningsplikten.

DPS har en aktiv rolle

Samarbeidsarenaer fremstår som særlig vellykket når DPS har en aktiv og sentral rolle både til å initiere og til å tilrettelegge for slike arenaer. Interkommunale samarbeid og/eller samarbeid mellom opptakskommunene som hører til DPS, viser seg å være svært gunstige for drøftinger av felles og mer overordnet problematikk. Det er også av vesentlig betydning at aktørene som møter har beslutningsansvar og at drøftingene resulterer i konkrete handlingsrettede tiltak.

DPS-enes veiledningsansvar overfor kommunale tjenester synes å fungere godt når de kommunale tjenestene er klare i sin bestilling på hva de har behov for. Det kan være veiledning på brukernivå eller

mer generelle temaer man ønsker å få belyst. Kontaktpunktene gjør at man blir kjent, slik at terskelen blir lav for å ta videre kontakt. Gjennom veiledning bygges bro mellom de ulike tjenestene og gir en større forståelse for hverandres rammevilkår og praksis. Fra kommunens side opplever man at spesialisthelsetjenesten trykker personalet gjennom slike drøftinger, og at kompetansen om målgruppen heves blant ulike kommunale tjenesteleverandører.

Bolig- nøkkelen til godt samarbeid

Funnene i denne studien indikerer at jo sterkere organisering av og satsning på kommunale helse- og omsorgstjenester for mennesker med RoP-lidelser med risiko for vold, desto bedre er grunnlaget for samhandling med andrelinjetjenesten. Dette gir kommunene en plattform for å skape en felles faglig forståelse av ansvar og ansvarsområder mellom dem og spesialisthelsetjenesten. Boligtjenestene er vellykket dersom det er etablert:

- Kommunalt bemannende boliger
- Samarbeid mellom de ulike tjenestene i boligen
- Oppfølging i bolig som en faktor i pasientforløp
- Tverrfaglig kompetanse i bolig

Kommunale bemannende boliger

Studien viser at samhandlingen rundt bolig skjer på ulike måter, både på systemnivå, men mest rundt den enkelte bruker på ulike og på fleksible måter. I noen case har kommunen sammen med spesialisthelsetjenesten forsøkt å etablere halvannenlinje boliger der de deler på driftsansvaret. Det ser imidlertid ut som at det har vært vanskelig å få til et forpliktende samarbeid om en slik organisering av botilbudet. De forsøkene som vi har hørt om ligger noe tilbake i tid og har angivelig strandet på grunn av uklarheter om regelverket og hvor mye ressurser de ulike tjenestene skulle stille i boligen. De bemannede og tilpassede boligene i casene som inngår i denne studien er dermed kommunale. Samtidig er det samarbeid om tjenester om bolig på ulike måter. For noen år siden samarbeidet Tromsø kommune tett med Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) om etablering av 32 boenheter for mennesker som har vært innlagt over en lengre periode. I Bodø kommune er spesialisthelsetjenesten representert inn i en bemannet bolig med en 20 % stilling til en psykiater som sykehuset selv finansierer. Ifølge helse- og omsorgslederen i kommunen er denne stillingen helt avgjørende for samhandlingen med helseforetaket og bidrar også til å redusere ikke-planlagte innleggelses ved sykehuset. Deltakelse i kommunale inntaksteam for boliger er en tredje måte å samarbeide med spesialisthelsetjenesten på. I Telemark er for eksempel RoP-teamet ved DPS Porsgrunn representert i Porsgrunn kommunes inntaksteam.

Samarbeid mellom de ulike tjenestene i boligen

Et godt samarbeid mellom ulike tjenester i boligen bidrar for det første til å gi kompetanse og trygge ansatte, men også til å gi bruker stabilitet og verdighet i hverdagen. Dette er faktorer som forbygge voldsrisiko og unødige innleggelses. Uansett hvilke aktører innen psykisk helsevern kommunene samarbeider med når det gjelder botjenester til målgruppen, må samarbeidet være forankret i ledelsen og komme til uttrykk i det daglige arbeidet med og for bruker.

I et av casene viser både kommunen og DPS til et tett og godt samarbeid rundt en av brukeren i boligen. De trakk særlig frem samarbeidet om endring av rutinene rundt medisinerer til en bruker som i perioder var svært utagerende. Disse endringene førte til mindre utagering hos beboer, bedre relasjon mellom beboer og ansatte/andre beboere og en bedring av arbeidsvilkårene:

«Denne beboeren hadde svært rigide rutiner rundt medisinerer. Han var på tvang og skulle medisineres her på basen fordi hjemmesykepleien ikke ville gå inn til han for de opplevde han som farlig. Det skulle alltid være personal tilstede under medisinerer og om han ikke kom så skulle vi banke på, vente ti minutter før vi banket på igjen og låste oss inn. Så gikk det noen dager, og det hele eskalerte med kriseplan og innleggelses med politi. Vi så at ingen hadde det bra, verken personal, bruker eller de andre beboerne. Det var mye støy rundt han. Da endret vi sammen med DPS medisinerer til depot hver 10. dag. Da ble det en konflikt hver 10 dag i stedet for hver dag som vi hadde fra før. Vi som jobber her opplevde at det endret alt, og det har blitt mye bedre.» (*Leder, bemannet bolig*)

Dette eksempelet viser hvordan et tett og godt samarbeid mellom kommunen, i dette tilfellet boligen og DPS kan bidra til å forbedre tjenestene til bruker og arbeidsvilkårene for alle tjenesteytere. Ved at DPS er i tett dialog og har faste møter i boligen, har man mulighet til å etablere et likeverdig samarbeid som fungerer over tid.

Oppfølging i bolig som en faktor i pasientforløp

Sintefs rapport om utskrivningsklare pasienter viser at bolig og mangler på tjenester i bolig en viktig årsak til at utskrivningsklare pasienter blir inneliggende i psykisk helsevern. I flere av casene ble dette tematisert i intervjuer med representanter både fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. I likhet med Sintef-rapporten legger aktørene i spesialisthelsetjenesten vekt på at kommunen ikke har tilstrekkelige boligjenester ved utskrivning, og/eller at det tar svært lang tid før tjenestene er på plass. Flere kommuner opplever imidlertid om spesialisthelsetjenestens har forståelse for at kommunen trenger tid for å etablere et tilfredsstillende tilbud til enkelte av innbyggerne. Da blir mange pasienter ivaretatt av spesialisthelsetjenesten og først skrevet ut når kommunen har etablert tjenesten.

En av kommunene som inngår i dette casestudiet er i gang med å planlegge en egen kommunal overgangsbolig for pasienter som skulle skrives ut fra sykehuset og som har behov for kommunale tjenester etter modell av Leistad bo- og behandlingssenter som Trondheim kommune etablerte i 2009. Etterbehandlingen på Leistad innebærer at vurderinger og kartlegging av behov for kommunale tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Kommunen i vårt case har tro på at dette kan styrke kommunens vurderinger og kartlegging av brukers behov ved utskriving.

Flere av kommunene i undersøkelsen var i gang med å etablere egne boliger for personer som hørte til målgruppen og som kommunen hadde kjøpt plasser for hos private aktører. Disse kommunen ønsket selv å tilby tjenestene til disse innbyggerne, men samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om tjenester i boligen. Driftsansvaret for boligen skulle ligge i kommunene.

Et eksempel på utvikling av en kommunal bo-tjeneste er hentet fra en mindre kommune med ca. 5000 innbyggere. Leder i den kommunale psykiatritjenesten forteller at kommunen er i gang med å planlegge et institusjonslignende tiltak (regulert etter sykehjemsforskriften) for tre innbyggere i kommunen. Tidligere har kommunen kjøpt plasser for disse personene på private tiltak. Først og fremst opprettes dette for å få ned kostnadene (fra døgnpris på 30 000 kroner), men som leder for psykiatritjenesten forklarer:

”Vi ønsker mer langsiktighet og kontinuitet i arbeidet og vi tenker på hva kommunen får tilbake for å gjøre dette selv. Formannskapet ønsket at vi skal etablere dette. Nå bruker vi tilskuddsordningen for å etablere boligen. Det hele er ganske nytt for oss. Vi fått veiledning fra fylkesmannen under arbeidet og vi ser at dette er et tilbud som i lovsform vil være det beste for brukerne. Det er etablert en tverrenhetlig samarbeid mellom de to enhetene Rus og psykisk helse og Pleie og- omsorg om dette som skal bli psykiatriboliger i kommunen.” (*Leder, psykiatritjenesten kommune*)

Riktig bruk av ressurser, samhandling på tvers av kommunale tjenester og faglige synergieffekter er vurderinger har gjort seg gjeldende i etableringen av boligen. De rekrutterer internt og oppretter ikke nye stillinger til dette. De fleste har helsefaglig bakgrunn og DPS skal gi opplæring, kurs og veiledning. ROP-retningslinjene har vært viktige i etableringen og skal være retningsgivende for hvordan de skal jobbe i boligen.

Tverrfaglig kompetanse i oppfølgingen i bolig

Studien viser at tverrfaglig kompetanse er et viktig element i arbeidet med målgruppen, også i boligoppfølgingen. Personalgruppene i de bemannede boligene i casene som vi har besøkt representerer ulike profesjoner (eks. sykepleiere, miljøarbeidere, vernepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og

barnevernspedagoger). Samtidig er det behov for at de som jobber med og for målgruppen har et felles kompetansegrunnlag slik som videreutdanning i psykisk helsearbeid og Seprep-utdanning. Studien viser videre at det for denne målgruppen er avgjørende at personalgruppen har kunnskap om ROP-lidelser, voldsrisikovurderinger og bruk av kriseplaner. I en kommunal bemannet bolig hadde personalet fått opplæring i ERM (Early Recognition Method) som er en metode utviklet for å identifisere og intervensere basert på kunnskap om beboernes forvarsler om voldseskalering. ERM har vært organisert som et prosjekt ved sikkerhetsenheten ved Psykiatrisk aveling, Vestre Viken HF. Som en del av prosjektet har flere kommuner fått opplæring i metodikken. Evaluering av ERM viser at prosjektet har bidratt til økt samarbeid med brukere og med kommunehelsetjenesten (Eidhammer mfl 2013).

Psykiatri og rus integrert – i organisering og kompetanse

At målgruppens utfordringer er svært komplekse stiller store krav til samhandling. Studien viser at en av de mest sentrale samhandlingsutfordringene er knyttet til det organisatoriske skillet mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern. Dette blir beskrevet nærmere i neste kapittel. Analysen viser at en god ansvarsfordeling for målgruppen handler om at man greier å ha en samtidig og integrert tilnærming til *både* rus og psykisk helse. Dette krever

- God organisering med integrert psykisk helse- og rusarbeid
- Kunnskap om og aktiv bruk av RoP-retningslinjene

Et godt eksempel på integrasjon av psykisk helse og rusarbeid ser vi der tverrspesialisert rusbehandling (TSB) er en integrert del av psykisk helsevern, som i Helse Førde-området og i Telemark. Ifølge leder ved et av DPS-ene i helseforetaket bidrar dette til at man unngår diskusjoner om ansvarsforskyvning (og ansvarsfraskrivelse) rundt enkeltpasienter. I Salten la kommunene og Salten DPS stor vekt på de positive gevinstene ved at ansvaret for LAR-behandlingen for noen år siden ble flyttet til Nordland-sykehuset.

Fra spesialisthelsetjenestens side blir det lagt vekt på nærhetsgevinstene som reformene i psykisk helsevern de siste tiårene har vært tuftet på, også må gjelde for brukere med rusproblemer. Spesialisthelsetjenesten erfarer at «asyntenkningen», altså at pasienter sendes til langvarig behandlingsopphold langt unna kommunen, og forventninger til tradisjonell rusbehandling, henger igjen i måten mange kommuner organiserer tjenestene til personer med ruslidelser. Dette innebærer at i stedet for å bygge opp tjenester i kommunen, satses det heller på at behandlingen gis over tid et annet

sted. Mange kommuner har også, ifølge spesialisthelsetjenesten, en urealistisk tro på at pasienten kan klare seg selv etter et slikt behandlingsopphold.

RoP-retningslinjene inneholder anbefalinger om kartlegging, behandling og oppfølging til alle tjenesteytere som er i kontakt med gruppen. I retningslinjene er det også en drøfting om roller og ansvar som skal gjøre det enklere å vite hvem som skal gjøre hva. Casestudiene viser at det er svært ulik kjennskap til retningslinjene. Noen kommuner hadde bygget opp tjenester med utgangspunkt i disse retningslinjene, men erfarte at spesialisthelsetjenesten generelt hadde liten kunnskap om dem. Flere av fastlegene vi intervjuet hadde liten kjennskap til innholdet i retningslinjene. Dette ble trukket frem som en utfordring for samhandlingen. Det er grunn til tro at bedre kunnskap og sterkere forankring av retningslinjene vil gi et bedre grunnlag for samhandlingen mellom tjenester.

Metodisk tilnærming til forebygging av vold og voldsrisikovurderinger

Kompetanse om vold og hvordan man skal håndtere voldsrisiko er avgjørende for styrke ansattes trygghet og hindre tilbakefall hos bruker. I casene blir det vist til at opplæring om voldsrisiko og voldshåndtering er viktig i arbeidet med målgruppen. Tjenester som tar sikte på å sikre brukeren en trygg og forutsigbar livssituasjon har en forebyggende effekt på risikoen for vold. Vi har sett at dette arbeidet forutsetter kompetanser om voldsrisiko og en aktiv bruk av kriseplaner. Det fordrer at *ulike tjenester* har kunnskaper om vold og forebygging av vold, at det er faglig og god samhandling rundt voldsrisikovurderinger og at det finnes kriseplaner som er aktive og levende og dermed blir viktige verktøy i arbeidet med målgruppen.

Det er generelt vanskelig å forutsi hvilke personer som kan utgjøre en risiko for voldelig atferd. Studien viser hvordan helsetilstand og voldsrisiko er betinget av situasjoner og relasjoner. Forebyggende faktorer inngår i det samlede risikobildet (Helsedirektoratet 2007). Å kunne forutsi hvilke personer som kan utgjøre en risiko for voldelig atferd krever klinisk skjønn og kompetanse om bruk av standardiserte vurderingsverktøy. I casebesøkene har vi lagt vekt på å finne ut hvordan de ulike aktørene jobber med risiko for vold og hvilke vurderinger av ansvar og ansvarsfordeling som blir gjort rundt en bruker når risikoen for vold er tilstede.

Vold og utageringer leder ofte til tvangstiltak. Her er det derfor relevant å vise til arbeidet som Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse bidrar til større kreativitet i å finne alternativer i situasjoner der man vanligvis ville ha brukt tvang (Bjørgeren m.fl 2014). I rapporten

konkretiseres brukernes egne forlag til reduisering av tvang og synliggjør deres erfaringer og innsikt i egen situasjon som grunnlag for alternativer til tvangstiltak.

Psykisk helsearbeid, trygghet i hverdagen, brukermedvirkning, oppsøkende tilnærming, samhandling og koordinering, rom for justeringer underveis og tett oppfølging innenfor en større tidshorisont er forebyggende faktorer som spiller inn for risikoen for voldelig atferd og hvorvidt denne risikoen eskaleres eller ikke. Aktørene vi har intervjuet legger vekt på at ulike tjenester har felles ansvar for å trygge brukeren i hans eller hennes hverdagsliv. I praksis innebærer det at bruker får bistand til å få bolig og mestre en bosituasjon, adekvat oppfølging, tilpassede aktiviteter og at tiltakene er basert på brukermedvirkning.

Studien har ikke gitt rom for en systematisk analyse av DPS-enes arbeid med vold og risikovurderinger. Data indikerer imidlertid at det er variasjoner mellom DPS-enes kompetanse og interesse for å jobbe med dette. Det er grunn til å tro at disse forskjellene har konsekvenser for tjenestetilbudet til målgruppen, men også for kommunene som hører til DPS-ene. I noen av casene som vi har besøkt er DPS og ulike instanser i kommunen (boligtjeneste, rus- og psykiatritjenesten) i større grad blitt involvert i spesialisthelsetjenestens arbeid med voldsrisikovurderinger og kriseplaner rundt enkeltbrukere enn andre steder. Et tett medvirkningsbasert samarbeid mellom DPS og kommunene rundt dette arbeidet gjør at man i høyere grad unngår at risikoen for vold eskaleres, behovet for tvangstiltak reduseres og det blir færre akutte innleggelser.

Brukermedvirkning - Samarbeid om å skape en trygg og meningsfull hverdag med og for bruker

De gode modellene for samhandling rundt målgruppen handler om å skape en god og trygg ramme for brukers hverdagsliv. For denne målgruppen er det i mange tilfeller vanskelig å etablere en relasjon som gjør at de vil ta imot helse- og omsorgstjenester. Brukere kan også aktivt motsette seg hjelp og ikke dele hjelpeapparatets forståelse av behovet for langsiktighet. En grundig avveining av brukers rett til å bestemme over eget liv og hva som for eksempel er uverdige menneskelige forhold, blir dermed kritisk. Dette temaet tar vi også opp i neste kapittel. Tidlig intervensjon og forebygging blir av mange trukket fram som et av suksesskriteriene for å samhandler rundt denne målgruppen. I friske perioder har folk mer sykdomsinnsikt og kan lettere ta imot hjelp og man sikrer brukermedvirkning. Det kan legges til rette for et godt samarbeid i sykere perioder og noen kan også bidra til egen kriseplaner.

Behovet for aktivitet gjør seg særlig gjeldende når man har klart å etablere en relasjon, «fått et vindu inn til bruker». Gjennom å bygge relasjoner og jobbe tett og oppsøkende ser man en bedring i brukers funksjonsnivå, omfanget av psykiske plager blir mindre, rusmisbruket reduseres og brukeren følger opp medisiner. Studiene viser at tett og god oppfølging over tid kan bidra til at brukere er mer motivert for å fylle dagliglivet med aktivitet. Aktivitet på sin side kan hos mange bidra til en forbedring av sykdomssituasjon og større rusmestring.

I de sist ti årene har det vokst fram en inkluderingspolitikk som gjør det mulig at mennesker med helsesvekkelser, funksjonsnedsettelse eller sosiale problemer får en plass i arbeidslivet og en vei ut av fattigdom (Andreassen og Fosseth 2014:174). Denne inkluderingspolitikken omfatter også mennesker med alvorlig psykiske lidelser og ruslidelser. NAV har ansatt flere med kompetanse på psykisk helse og ruslidelser, noe som har bidratt til å bedre samarbeidet mellom NAV og helse-tjenestene. I følge Napha har dette skapt «en økt felles forståelse av utfordringer knyttet til arbeid for personer med psykiske helseproblemer» (Napha 2013: 37). Flere kommuner og NAV-kontor har egne tiltak og fokus på målgruppen for å sikre aktivitet og arbeid, slik som dagsenter og arbeidstilbud på dagtid med motivasjonslønn. I casestudiet ble slike tiltak løftet frem som arenaer der målgruppen opplever verdien av mestring og tilhørighet.

Individuell jobbstøtte (IPS) for mennesker med alvorlige psykiske lidelser

IPS (Individual Placement and Support) kan oversettes med individuell jobbstøtte. IPS-metoden er en standardisering av prinsipper og måte å jobbe på som har vist seg å fungere for å få mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer i jobb. Manualer, basert på 8 prinsipper, beskriver nøyaktig hva hjelpeapparatet må gjøre. De 8 prinsippene handler i korthet om veien til en ordinær, lønnet jobb.

Et IPS-samarbeid mellom helseforetak og NAV har blitt etablert ved ett av casene i studien: Salten DPS er med i IPS-prosjektet der mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer er i ordinær jobb gjennom individuell jobbstøtte.¹⁴ Prosjektet heter «Kom i Jobb» og er ett av 7 nasjonale pilotprosjekter i tidsrommet 2013-2016. Satsningen er et samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet og har totalt 350-400 deltakere, ca. 15 helseteam og 20 jobbspesialister. Målgruppen for IPS er alvorlig psykisk syke unge pasienter under 30 der ordinært arbeid og aktivitet er en del av behandlingen. IPS i Salten har bidratt til en tettere tilknytning mellom NAV og DPS og ifølge NAV-leder har man allerede høstet svært gode erfaringer fra forsøket, både når det gjelder samarbeid og

¹⁴ <http://komijobb.no/>

det å skape en felles ansvarsforståelse mellom DPS og NAV. Målet er at pasientene kommet ut i ordinære jobber med lønn.

Brukerstyrte plasser for økt brukeransvar

Studien viser at ordningen med brukerstyrte plasser i DPS («brukerstyrt seng») blir vurdert som gunstig for å øke brukeransvaret rundt egen sykdomsutvikling. Både fra et bruker- og et personalperspektiv (lege, DPS og kommune) blir brukerstyrte sengeplasser tilpasset pasientens behov trukket frem som et virksomt lavterskeltilbud for denne målgruppen. Tilbudet kan bidra til å redusere behovet for innleggelse. Ofte er en natt med ekstra omsorg, god søvn, og sunn ernæring tilstrekkelig for å stabilisere sykdomsbildet. Det forutsettes at pasient/bruker har innsikt i egen sykdom og at vedkommende selv kjenner når symptomtrykket øker. I enkelte case blir lite bruk av brukerstyrte senger tolket som et suksesskriteriet for tilbudet; det å vite om at tilbudet finnes kan være nok til å ha en positiv effekt. En av de mindre kommune i ett av casene er i gang med å etablere en brukerstyrt seng som kommunen selv ønsker å drifte. De ser på dette som et redskap til å styrke arbeidet med målgruppen og at flere som reiser til DPS-en kunne blitt tatt hånd om i kommunen. Denne studien viser at brukerstyrte sengeplasser er et omsorgs- (og kanskje i mindre grad et behandlings-) tilbud som ikke nødvendigvis trenger å være en tilbud i spesialisthelsetjenesten.

3.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett nærmere på hva som kjennetegner god og likeverdig samhandling for målgruppen. Med utgangspunkt i casestudiene har vi vist hvordan samhandlingen foregår, hva det samhandles om, hvilke roller de ulike aktører, instanser og etater har i samarbeidet og hvordan man har funnet løsninger på utfordringer som har dukket opp underveis.

Funnene indikerer at jo sterkere organisering av og satsning på kommunale helse- og omsorgstjenester for mennesker med RoP-lidelser med risiko for vold, desto bedre er grunnlaget for samhandling med andrelinjetjenesten. Dette innebærer blant annet sterk forankring i kommunal ledelse så vel som i tjenesteutøvelsen, god organisering og koordinering av tjenestene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Dette fordrer også en satsning på tverrfaglig kompetanse der psykisk helsearbeid er et felles kunnskapsgrunnlag og rus er integrert i tjenestene. Til sammen gir disse faktorene kommunene en plattform for å skape en felles faglig forståelse av ansvar og ansvarsområder mellom dem og spesialisthelsetjenesten. God samhandling kommer til uttrykk ved at partene møtes på ulike arenaer som likeverdige aktører og at disse har god kjennskap til, og respekt for hverandre. Gode samhandlingsmodeller forutsetter klar og tydelig ansvarsfordeling; *gråsoner blir samsoner*.

Det er bred oppslutning om at det er i kommunen at folk skal leve sine liv og at mesteparten av oppfølgingen må skje i kommunen og der spesialisthelsetjenesten har medansvaret for oppfølgingen som skal gis. Dette fordrer tydelig ansvarsfordeling, samtidighet i tjenestene, kort vei til dialog mellom involverte tjenester, gjensidig respekt og rask intervensjon der det er behov for det. Funnene peker mot en utvidet rolle for spesialisthelsetjenesten der de sammen med kommunen der bruker bor for å gi bruker et trygt og godt hverdagsliv. I kapitlet har vi videre sett på ulike former for det vi har valgt å betegne som handlingsorientert halvannenlinjetjenester. Dette er tjenester som bygger på prinsippet om felles ansvar for helhetlig og sammenhengende tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Vi har sett at det finnes ulike modeller for halvannenlinjetjenester. Det er ulikheter i hva som er innholdet i tjenestene, målgruppeorientering, finansiering og samhandling med det øvrige tjenesteapparatet.

På bakgrunn av analysen har vi skissert det vi mener er de viktigste suksesskriteriene for vellykket og likeverdig samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Parallelle tjenesteløp og samtidighet i tjenesten er det viktigste omdreiningspunktet for god samhandling mellom tjenester både på samme nivå og mellom ulike tjenestenivå. I tillegg må det legges til rette for møteplasser på både bruker- og på systemnivå. Videre blir det lagt vekt på betydningen av et godt og tilpasset botilbud som kommunen har hovedansvar for, hvor spesialisthelsetjenesten bistår med veiledning og kompetanseutvikling. God samhandling fordrer tverrfaglig tilnærming der psykisk helsearbeid og rus utgjør en felles kompetanseplattform. Målgruppen har mange og sammensatte utfordringer, og risikoen for vold og utagerende atferd er en av de vanskeligste å jobbe med. I casestudiet har blitt lagt vekt på at god samhandling krever at de involverte instansene har kunnskap om metodiske tilnærminger til voldsrisikovurderinger og bruk av kriseplaner. Brukermedvirkning er et viktig element i arbeidet for og med målgruppen.

4. Fortsatte utfordringer

Resultatene fra casestudiet gir kunnskap om hvilke betingelser som må være på plass for å få til en god samhandling om målgruppen, både på systemnivå og individnivå. Vi ønsket også å bruke casestudiet til å løfte frem fortsatte utfordringer i arbeidet med målgruppen. I dette kapittelet vil vi se nærmere på hva aktørene selv beskriver som hindrer for god samhandling, og gode pasientforløp. Noen av disse utfordringene er knyttet til kjennetegn ved målgruppen, mens andre er knyttet til organisatoriske rammebetingelser.

4.1. Utfordringer knyttet til målgruppen

En utfordring som trekkes frem i de fleste casene er å gi tjenester til mennesker som ikke ønsker eller ikke er i stand til å ta imot hjelp og som det er knyttet mye stigma til. Dette er en utfordring som har metodiske og etiske konsekvenser, men griper også inn i samhandlingen for målgruppen. Tilsvarende kan negative holdninger til målgruppen gjøre det vanskelig å etablere gode tjenester og god samhandling rundt målgruppen.

Avvisning som en utfordring

Studien viser at det i mange tilfeller, uansett god organisering av tjenestene og god samhandling, er vanskelig å etablere en relasjon til brukere som gjør at de vil ta imot helse- og omsorgstjenester. Alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk fører gjerne med seg mangelfull innsikt i egen situasjon. Dette sammen med kognitive svikt gjør det vanskelig for bruker å følge opp behandlingsopplegget. Bruker kan også ha dårligere erfaringer med tvangsbruk og eller annen inngripende behandling som gjør at de derfor ikke ønsker tjenestene som blir tilbudt. Til sammen bidrar disse faktorene til at bruker ikke deler hjelpeapparatets forståelse av behovet for langsiktighet og når hjelpen oppfattes som uønsket innblanding:

«Mange av de vi jobber med har dårlig innsikt. De som har vanskeligheter med å følge opp medisinsk behandling. Det er også uvant og nytt for dem med så tett oppfølging. Vi merker det når de sier *Hvorfor skal dere komme hjem til meg? Dere trenger ikke å blande dere.* Så mange opplever at det er litt sånn overinvolvering, litt sånn ... *hvorfor bryr dere dere så mye nå? Jeg har vært her alene hele tiden, ingen har brydd seg.* Det er den ambivalensen for å ta imot hjelp da, den kan også være et kjennetegn.» (Leder FACT-team)

«Vi har fem personer som vi ikke klarer å komme i posisjon til å gi tjenester. De har ingen diagnose, er veldig aktiv i rus og har en sterk forankring i kriminelt miljø. De er slike som vi tenker at ting kan skje.

Dette er mennesker som ikke har bolig, som går ut og inn av fengsel og natthjemmet. De kommer dettende inn og vi vet ingenting.» (*Enhetsleder psykiatritjenesten i en bykommune*)

I Sintefs kartlegging av utskrivningsklare pasienter beskrives individuell plan (IP) som et viktig verktøy for god samhandling rundt målgruppen (Ose og Slettebakk 2013). Også i våre casebesøk ble det lagt vekt på at IP var et viktig verktøy for samhandling mellom ulike tjenester i forhold til enkeltbrukere. Samtidig legger de som jobber tett med brukerne vekt på at mange ikke ønsker IP fordi den blir for krevende å følge den opp.

«De fleste av brukerne i teamet ønsker ikke Individuell Plan (IP) fordi den er vanskelig å følge. Hverdagen endres mye og det tar lang tid å forstå IP. Innføringen av elektronisk verktøy er særlig vanskelig når man har brukere som er paranoide, og også når hverdagen er lite forutsigbar og ting skifter hele tiden. Mange brukere er svært kognitivt svekket og har et lavt funksjonsnivå etter mye rusbruk. IP greier ikke helt å fange opp de små målene og endringene. IP er et greit verktøy for oss som jobber i teamet, men ikke så greit for brukerne.» (*Kommunalt ROP-team*)

Etiske utfordringer

Brukernes ambivalente holdning til IP kan ses i lys av de etiske utfordringene knyttet til brukernes rett til autonomi og grenser for hjelpeapparatets inngripen.

«Dette er et etisk spørsmål, det er en menneskerett å være i fred. Det er et vanskelig felt fordi det dreier seg om at vi som er friske må akseptere at andre har mål i livet enn oss og trives best med å leve på en annen måte enn oss. Vi må la være å gjøre våre krav gjeldende over alt og tro alle skal leve etter våre standarder. På den andre siden ser vi en del triste eksempler på mennesker som går i hundene, som lever under uverdige forhold, og hvor de får lov til å forkomme uten at noen tar et virkelig ansvar. Hjemler som kommuner har for å gripe inn er veldig uklare. Vi ser noen nå og da som lever under forhold som vi ikke skulle ha trodd og det er klart at våre hjemler strekker ikke langt, og kommunenes enda kortere. Det er noe med innstillingen og møtet mellom behandler og pasient som er veldig avgjørende. Det der finnes det ingen lovhjæmmel som kan løse.» (*Leder DPS*)

Enkelte av informantene i studien, særlig på kommunalt nivå, viser til at man ikke har tvangshjemlene som åpner for å gripe inn overfor mennesker som grunnet psykiske lidelser og rusmisbruk lever svært vanskelige liv. I flere av casene som ble uttrykket «å forkomme» brukt om brukere som selv ønsker å leve under forhold som de fleste vil oppleve som dypt fornedrende og vanskelig. I flere av casene har Fylkesmannen hatt en viktig rolle som veileder om ulike juridiske og etiske aspekter ved utformingen av tjenestetilbudet for målgruppen, og også veiledning om bruk av tiltak som man opplever grenser til tvang. I et av casene erfarte imidlertid en kommune at Fylkesmannen ikke ville gi veiledning i et konkret

tilfelle. Ifølge kommunen var begrunnelsen at en slik tilbakemelding (veiledning) ville være i konflikt med Fylkesmannens tilsynsmyndighet.

Stigma som utfordring

Kommunens samhandlingsflate mot det sivile samfunn spiller en viktig rolle for denne innbyggergruppen. I følge NIBRs surveyundersøkelse fra 2012 er det jevnt over lite stigmatiserende holdninger overfor psykiske sykdom og generelt er det et positivt syn på mulighetene til å bli friske etter å ha opplevd psykiske problemer (Blåka 2012).¹⁵ Studien viste også at det har vært en nedgang i grad av stigmatisering i forhold til psykisk syke fra 2007. NIBRs studie gir ikke svar på om holdninger til psykiske lidelser varierer etter tilstander eller diagnoser. Den belyser heller ikke om holdninger til mennesker med alvorlige psykiske lidelser endrer seg når rus er en del av problematikken. Resultatene fra vår casestudie peker i motsetning til NIBRs undersøkelse at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk møter stigma og fordommer i lokalsamfunnet.

«Det er mye stigma knyttet til disse pasientene. Medialbildet gjør det ikke greit å være paranoid schizofren. Retorikken rundt alvorlig psykiske lidelser er lite oppløftende, noe som vi så ganske godt i NRK sin kobling mellom psykiatri og drap.» (*Ansatt ved sikkerhetsavdeling*)

Måten målgruppen omtales i offentligheten har betydning for stigma. I media gjøres det stadig en kobling mellom psykisk helse og voldsproblematikk og drap uten å skille mellom tilstander og diagnoser. I lokalsamfunnet kommer negative holdninger til alvorlige psykisk syke med rusproblematikk ofte til uttrykk som et NIMBY- (Not in my backyard) syndrom, det vil si at lokalsamfunnet uttrykker motstand mot at de etableres boligtilbud i nærheten (Lyngstad 2000).

Selv om stigma er en utfordring som ligger utenfor de interorganisatoriske tjenestenivåene, griper dette inn i samhandlingen og utviklingen av helse- og omsorgstjenestene for pasientgruppen. I flere av casene ble det pekt på at en av utfordringene med å etablere gode botilbud til målgruppen henger sammen med naboprotester og negativ omtale i media. Dette har ført til forsinkelser av etablering av botiltak og enkelte steder har planene blitt skrinlagt. For kommunen innebærer NIMBY-syndromet, lokalsamfunnets fordommer og frykt, at det blir vanskelig å etablere botjenester til målgruppen. Stigma er også en merbelastning for de som jobber tett med brukerne og også i samhandlingen med andre aktører. For brukerne vil dette vanskeliggjøre arbeidet med å få en god og trygg bolig, men også

¹⁵ Blåka (2012) Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Status etter opptrappingsplanen. NIBR-rapport 2012:9.

en vanskeligere hverdag med diskriminering, utestenging og mangel på tilhørighet i lokalsamfunnet. Stigma og fordommer kan også føre til at brukere ikke tar imot tjenestene som blir tilbudt på kommunalt nivå:

«Vi har brukere som har hatt lengre oppfølging på dagposten, men de vil ikke ha oppfølging fra kommunale tjenester. Det kan ligge litt i det at folk er redd for å bli sett på dagtilbudet her i sentrum av kommunen.» *(Leder psykiatritjenesten i en mindre kommune)*

4.2. Mangel på ressurser og interesser som utfordring

I sin gjennomgang av pasienter som mottar døgnbehandling i psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser Sintef at utskrivningsklare pasienter blir værende på sykehus i påvente av at kommunen klarer å etablere nødvendige helse- og omsorgstjenester, og hovedutfordringene dreier seg stort sett om bolig og tjenester i bolig. I følge Sintef vil mange kommuner hevde «at disse pasientene er for syke til at de kan gi dem et forsvarlig tilbud med de ressursene de har tilgjengelige» (Ose og Slettebakk 2013:4). Resultatene fra vår studie faller til dels sammen med Sintefs konklusjoner. Kommunene som inngår i studien opplever at pasienter som skrives ut er mer syke og har større helseutfordringer enn tidligere, og de legger vekt på at det mangler ressurser for å etablere gode tilbud.

«Vi ser en trend der kommunene får større ansvar for kompliserte og sammensatte behov og skal bygge opp tilbud til personer som har hatt tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Det har jo kommet kritikk mot at det ikke er samsvar mellom nedbygging i spesialisthelsetjenesten og opprustning i kommunene, at det er en skeivfordelingen der.» *(Kommunal enhetsleder psykiatritjeneste)*

«Jeg savner økonomiske virkemidler og helt klare ansvarsfordelinger. Det er kanskje å ønske seg stjernene, men skal vi virkelig drive med *det* i kommunen? Jeg ønsker klarere retningslinjer som delegerer ansvar. Man kan ikke si at kommunen har ansvaret når det ikke følger penger med dette ansvaret. For de pengene man sparer på innleggelse de må jo følge med. Pengene må følge brukerne.» *(Kommunal enhetsleder rus- og psykiatritjeneste)*

Kommuner er komplekse systemer der ulike tjenester konkurrerer om samme ressurser. Flere steder vi har besøkt opplever kommunale rus og psykiatritjenesten at de stiller svakt i den interne konkurransen og at økt fokus på de mest syke fører til nedskjæringer i forebyggingsarbeidet:

«Når kommunen kommer i en situasjon med fokus på de som er mer syke, så svikter det i forebyggingsbiten. Der mye viktig arbeid skulle blitt gjort, det som går på barn og unge og knytta opp

mot skole. Det drukner i de større tingene og de vanskelige saker. Nedbygging av sykehusene går fortere enn oppbygging i kommune.» *(Kommunal enhetsleder rus- og psykiaritjeneste)*

Dårlig økonomi og konkurranse med andre kommunale tjenester gir dårlige rammebetingelser for å bygge opp tilbud til målgruppen:

«Kommunen har stått på Robek-lista siden høsten 2013 og vil nok være der ut året 2015. Det betyr at vi ikke får gjort så mye. Nå skal vi kutte i psykiatrien for tredje gang på ett år, så det er vanskelig å si at dette satser vi på. Det er fokus på penger og på å spare penger. Det er veldig demotiverende.» *(Kommunal enhetsleder psykiatri- og rustjenesten)*

Samtidig, som Aarre (2010) vektlegger, er ikke ressurser en faktor som alene bidra til god tjenesteutvikling for målgruppen. Som vi har sett i forrige kapittel er det en forutsetning at ulike tjenester har en vilje til å samhandle både rundt den enkelte bruker, men også på et mer overordnet nivå. Til tross for de gode praksisen som ble løftet frem i casestudien, hadde man også erfaringer med at det ikke lå en slik handlingsorientert vilje til samhandling for målgruppen. Flere av informantene vi har snakket med i de ulike casene legger vekt på holdninger og mangel på interesse som et hinder for å gi et godt tjenestetilbud til denne målgruppen.

«Generelt så handler det meste om interesser og relasjoner. Om de man møter i samarbeidsrelasjoner ikke er særlig interessert i temaet eller brukeren så er det vanskelig.» *(Kommunalt ROP-team)*

«Det er veldig personavhengig. Har samarbeid med alle kommuner, men i noen kommuner ser vi at det er vanskelig å bruke krefter på utvikling og samarbeid, for vi ser at det ikke blir fulgt opp. Noen steder er det ildsjeler som driver dette, i andre kommuner er holdningen mer lunken.» *(Leder for halvannelinjetjeneste)*

Manglende tilnærming til rus i DPS som utfordring

Enkelte av kommunene i studien har erfaringer med at DPS-en og sykehusavdelinger avviser pasienter på grunn av rus. Fra kommunens side blir dette tolket som uttrykk for manglende interesse for og kompetanse om rusbehandling i spesialisthelsetjenesten og i DPS. En informant fra et kommunalt RoP-team uttrykte dette på følgende måte:

«Jo mer man har en forståelse av at rusen er det primære problemet, jo mer negativ er holdningen i spesialisthelsetjenesten». Det er lite fokus der på avhengighetsproblematikken som er knyttet til rus.» *(Kommunalt rus- og psykiatriteam).*

I ett av casene opplevde kommunen at DPS-en de tilhørte ikke forholdt seg til RoP-retningslinjene, ikke ga relevant veiledning og det var liten interesse i DPS for å etablere ambulante tjenester for målgruppen. Samtidig pekte noen av informantene fra kommunale tjenester på at det også handlet om at de strukturelle rammene ved DPS-ene gjør det vanskelig å ta imot pasienter med ruslidelser:

«Utfordringen er rus. Man kan jo ikke ha rus på åpne avdelinger i DPS. Man kan ikke legge inn folk på tvang med åpen dør, for da går de bare ut igjen. Vi må ha et sted der man må kunne låse døra. Det finner ikke rus på DPS'ene her, kun poliklinisk. *(Kommunal enhetsleder rus og psykisk helse)*

«Rus er et vanskelig tema, og vi opplever at DPS-en som vi hører til avviser brukere som er ruset. Det er så mange hensyn å ta når det gjelder rus, blir vi fortalt. Brukere som er i sterk rus krever en helt annen innsats, de lager litt uorden i avdelingene og de er vanskelig å forholde seg til for andre pasienter ved DPS.» *(Leder, kommunalt rus- og psykisk helse)*

En kommune erfarte at DPS systematisk avviste ruspasienter og manglet kompetanse på vurderingsverktøy for voldsrisiko. I dette tilfelle valgte ledelsen ved kommunens bemannede boligen å samarbeid direkte med enkeltavdelinger ved sykehuset, og hadde liten samhandling med DPS.

4.3. Organisasjonelle utfordringer

Både kommuner og helseforetak er omfattende beslutningshierarkier med faste strukturer og inndelinger (Andreassen og Fosseth 2014). Det å kjenne hverandres tjenester og rammebetingelser er en viktig forutsetning for samhandling på tvers av tjenester. I studien var det mange utfordringer som ble løftet frem som handler om mangel på samtidighet i behandlingen av rus og psykiske lidelser.

Kommunene har erfaringer med at pasienter innlagt med rusutløste psykoser ble raskt skrevet ut igjen, noe som gjør at det er vanskelig å få til god samhandling, god ansvarsfordeling og gode pasientforløp. Dette er pasienter som ofte ikke er utredet i tillegg til at rusen gjør det vanskelig både å utrede og å gjennomføre en voldsrisikovurdering når det er behov for det. Fra spesialisthelsetjenestens side blir det lagt vekt på at tvangsgrunnlaget ikke er til stede når rusen går ut av kroppen og at pasienten ofte selv velger å skrive seg ut. Konsekvensene er at det er vanskelig å få en god utredning av pasienten før utskriving og det er dermed vanskelig å identifisere behovet for kommunale tjenester. I sum bidrar dette til at mange kommuner opplever at blir sittende alene med ansvaret for brukere med RoP-lidelser.

«Vi ser at det er veldig vanskelig å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Vi erfarer at det er vanskelig å innkalle til møter og det er vanskelig å få til en gjensidighet rundt utskrivinger av pasienter. Utskrivinger

skjer på kort varsel og begrunnes gjerne med at det ikke er grunnlag for tvang. Dette skjer gjerne i forbindelse med rusrelaterte psykoser, der pasienten blir roligere når rusen går ut av kroppen. De som legges inn i spesialisthelsetjenesten har bruk for hjelp over en lengre tidsperiode selv om symptomene avtar når rusen avtar. Vi er med brukerne i det daglige, vi ser når de blir syke og når det er behov for at de bør legges inn. I dette arbeidet bruker vi gjerne lang tid til å motivere pasientene til innleggelse og da er det frustrerende at de kommer ut igjen så fort.» *(Kommunalt RoP-team)*

Det organisatoriske skille mellom tverrspesialisert behandling og psykisk helsevern er ofte en utfordring for samhandling og ansvarsfordeling både innenfor spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Den todelte behandlingstilnærmingen mellom rus og psykisk helsevern bidrar ofte til at pasientene blir kasterballe og sammenhengen mellom rusbruk og psykiske lidelser blir ignorert (Gråwe 2006: 561). Vår studie viser at det kan oppstå store samhandlingsutfordringene når brukers psykiske helse forverres og det dermed kreves økt innsats fra ulike tjenester som både omfatter rusbehandling, psykiatrisk behandling og kommunalt psykisk helsearbeid. Forverret psykisk helse skjer ofte i kombinasjon med tiltakende rusmisbruk og at bruker ikke følger opp medisiner, kobler seg av tjenester og ikke ønsker hjelp. Konsekvensene er ofte økt risiko for vold. Det er under slike forhold at det er viktig at det er god samhandlingsflate mellom tjenestenivåer og også på tvers av nivåene. Mange informanter fra kommunale tjenester legger vekt på at de føler seg maktesløse i situasjoner den brukernes psykiske helse forverres og de kobler seg av tjenestene.

«Den mest kjente problematikken for disse pasientene, og som er en av de problematikken som vi sliter med, er at når de blir ustabile, så slutter de med medisiner. Kommunen har ingen mulighet til å følge dette systematisk opp, Det er jo fastlegen da som eventuelt følger opp det, med jevnlig blodprøver og sånt. Men hvis pasienten ikke kommer til fastlegen, så går sjeldent fastlegen til pasienten, selv om de vet at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. De går aldri til en pasient bare fordi den har uteblitt tre ganger. Også kommer det da klager fra det ene og det andre hold.» *(Leder halvannen-linjetjeneste)*

Mangelfull kommunikasjon mellom sykehusavdelinger kan få alvorlige følger for pasienten som hører til målgruppen og for samhandlingen rundt vedkommende. Kommunen opplever generelt at det er lite samhandling rundt utskrivning av målgruppen når de har vært innlagt på somatiske avdelinger. Dette gjaldt særlig når brukere som var i LAR-behandling ble innlagt for behandling i somatikken.

I ett av DPS-ene som inngår i studien var det ett år forut for casebesøket etablert en rusavdeling som DPS-et ønsket å benytte overfor pasientene i opptakskommunene. Det regionale helseforetaket åpnet imidlertid for å ta imot pasienter fra hele helseforetaket, det vil si pasienter som kom fra kommuner

også utenfor opptaksområdet til DPS. Fra DPS-et sin side førte dette til at rustilbudet ikke ble som de hadde planlagt. De opplevde blant annet at det var vanskelig å etablere et godt samarbeid med kommuner utenfor opptaksområdet rundt utskriving.

Intern organisering i kommunene og bydelsforskjeller som utfordring

Ulike kommunale tjenester og samarbeidsparter (spesialisthelsetjenesten/DPS, NAV, Politi, fastleger) legger vekt på at det kan være vanskelig å orientere seg i det kommunale tjenestetilbudet.

«Kommunen er organisert seg slik at de er vanskelig å følge noen ganger. De har en enhet som tar rus og de alvorlige syke og følger disse tett opp og server de ulike boligene. Og så har du psykisk helse som ikke tar rus, men kun alvorlig syke. Dette gjør det vanskelig dersom man skal søke inn en pasient til kommunen. Det er litt rotete.» (Avdelingsleder, DPS)

Kompleksiteten og mangel på oversikt gjør det også vanskelig å få til en intern samhandling på kommunalt nivå om målgruppen. Studien viser at mangelfull oversikt over tjenestene er særlig aktuelt i kommuner der det er høy turnover på leger og hvor legevakten bemannes av leger som har lite kunnskap om lokale forhold og om de som hører til målgruppen. Flere steder har man erfart at leger henviser brukere til poliklinisk behandling ved DPS fordi de ikke har kjennskap til kommunens rus- og psykiske helsearbeid.

I Oslo ble det fra DPS'et sin side særlig pekt på at store forskjeller i helse- og omsorgstjenestene mellom bydelene står i veien for å få til god samhandling og likeverdige tjenester. Variasjoner i tjenestetilbudet mellom bydelene og bydelenes ulike måter å organisere tjenestene på bidrar til en forskjellsbehandling av brukerne, sier de. Dette kan lede til ansvarsfraskrivelse og utfordringer med å skape gode arenaer for samhandling.

Ulike tilnærminger til vold og risikovurderinger

Studien har ikke gitt rom for en systematisk analyse av DPS-enes arbeid med vold og risikovurderinger. Vi ser imidlertid at kommunene som inngår i studien erfarer at det er variasjoner mellom DPS-enes kompetanse og interesse for å jobbe med dette. Det er grunn til å tro at disse forskjellene har konsekvenser for tjenestetilbudet til målgruppen, men også for kommunene som hører til DPS-ene. I flere av casene peker representanter fra kommunale tjenester på at risikovurderingene som gjøres under innleggelse er lite hensiktsmessige:

«Jeg skjønner at de ikke kan få de samme observasjonene i et sykehus der det er lite impulser, lite stress og nok mat. Vi ser bruker i en setting der han er blakk, russugen og alt det her står i kø. Da blir stressnivået veldig høyt. Mange har klart å skjule litt av sykdomsbildet når disse ytre stressfaktorene er skrellet bort. En fungere kanskje mye bedre i institusjon enn ute i samfunnet og da blir det et gap på hva en observerer i sykehuset og et vi ser i kommunen. Vi syns at risikovurderingen skjer i en setting som er veldig oppkonstruert.» (*Medarbeider i et rusteam, NAV*)

I noen av casene som vi har besøkt er DPS og ulike instanser i kommunen (boligtjeneste, rus- og psykiatritjenesten) i større grad blitt involvert spesialisthelsetjenestens arbeid med voldsriskovurderinger og kriseplaner rundt enkeltbrukere enn andre steder. Et tett medvirkningsbasert samarbeid mellom DPS og kommunene rundt dette arbeidet gjør at man i høyere grad unngår at risikoen for vold eskaleres, behovet for tvangstiltak reduseres og det blir færre akutte innleggelseser. Som vist tidligere viser ERM-prosjektet (Early Recognition Method) at kunnskaper om risiko for og håndtering av vold har en positiv innvirkning på samhandling på tvers av tjenestenivå (Eidhammer mfl. 2013).

4.4. Boligutfordringer

I studien er det løftet frem flere boligutfordringer knyttet til målgruppen. Disse utfordringene kan oppsummeres i følgende punkter:

- Boligmangel i kommunen; mangel på både private og kommunale boliger
- Mangel på/manglende mulighet til å gi tilstrekkelig boligoppfølging for å gjøre bruker i stand til å beholde bolig
- Mangel på muligheter til tiltak i bolig når risikoen for vold eskaleres og/eller når brukerens psykiske helse forverres
- Utfordringer med nærmiljøet

Mangel på boliger og på adekvat tjeneste i bolig

Mangel på kommunal bolig og brukernes manglende boevne og liten evne til å ta imot kommunale tjenester, ansvaret for andre beboeres sikkerhet og konflikter med nærmiljøet gjør det vanskelig både gi tilbud om bolig og å gi oppfølging i boligen. Vi ser også at det kan være vanskelig for de ulike tjenestene å etablere et godt botilbud og samordne ulike tjenestene som bruker skal få i boligen:

«Den mest ressurskrevende brukeren vår er en eldre kvinne som tidligere har vært dømt for ildspåsettelse. Hun setter fortsatt fyr på ting når hun er syk og det er derfor veldig vanskelig å bosette henne med andre. Hun bor i bemannet bolig der vi kjøper inn tjenester fra privat vaktsselskap for å dekke natten.

Vi ønsker å få henne overflyttet til kommunens alderspsykiatriske avdeling, men vi har fått tilbakemelding på at hun er for dårlig til å bo der. Ho trenger bemanning rundt seg hele tida. Jo eldre hun blir jo mer hjelp trenger hun. Hun klarer ikke å ta vare på seg selv; hun griser mye avføring rundt i leiligheten, river opp ting og hun ødelegger inventar. Vi som jobber mer henne klarer dette godt, men nå er leiligheten hennes nok en gang helt nedgriset og det er uverdigg for henne å bo der. Vi har fått tilskudd til å pusse opp, men utfordringen er at ingen, verken i kommunen eller på sykehuset, vil ta imot henne når vi pusser opp. Avvisningsgrunnlaget er merarbeidet som vil følge med henne. Så når står vi ganske rådløse.» *(Enhetsleder, kommunalt botiltak)*

Ved flere av stedene som vi har besøkt ble pekt på behovet for døgnbemannede boliger. Uro om natten, uønskede gjester og mye kjøp og salg av illegale stoffer gjør at det er vanskelig å sikre om boligene ikke er bemannet om natten.

Studien viser at det også for denne målgruppen gjøres en avveining av hvilke botilbud som er best egnet til målgruppen og det er et særlig fokus på fordeler og ulemper med å samlokalisere botilbudet.

«Kommunen har definert et boliganlegg som skal komme disse brukerne til gode. Det er god standard på disse leilighetene, de er store og funksjonelle. Men det er en fortetning av problemene, og det gjør dette vanskelig. I noen får tilfeller så har det lykke å få de plasser i noen andre steder, men da har det vært tungtveiende grunner slik som alder og helse.» *(Medarbeider, kommunal rustjeneste, NAV)*

Ulempene med samlokalisering er det som Vassenden mfl, (2012) peker på; opphopning av personer med omfattende levekårsproblemer, og at det skapes et bomiljø preget av uro og utrygghet for den enkelte. Samtidig legger informantene vekt at samlokalisering legger til rette for å utvikle gode fagmiljø der ulike profesjoner er representert i tillegg til at mange vurderer at det er kostnadsbesparende.

Forventinger til bolig ved utskrivning

Fra kommunens side handler en stor del av boligutfordringene om å finne godt botilbud etter utskrivelse fra døgnopphold. I følge kommunene har spesialisthelsetjenesten ofte urealistiske krav til hva kommunen kan gi av oppfølging i bolig og lite kunnskap om kommunens rammeverk for oppfølging i bolig.

«Vi opplever at spesialisthelsetjeneste har liten innsikt i hva det innebærer for brukerne å bo i eget hjem. Dette gjelder særlig de som bor i egne hjem og som vi skal følge opp. Vi i teamet kan ikke bare låse oss inn hos brukerne når vi selv ønsker dette. Boforholdet er regulert av husleieloven som gir føringer på hva vi kan og ikke kan gjøre.» *(Kommunalt Rop-team)*

«Vi ser vel ofte at bestillinger, i alle fall fra sykehuset her, ofte handler om omsorgsbolig. Pasientene blir kanskje beskrevet som litt dårligere enn de er, så når de kommer ut ser vi at de ikke alltid har det samme behovet for tjenester som da de ble innskrevet på sykehus. Vi får ikke kartlagt behovene godt nok når de er inne på sykehuset.» *(Leder, kommunal bestillerenhet)*

Fra kommunens side er det vanskelig å gjennomføre en god kartlegging av brukers behov for oppfølging i bolig før det er skrevet ut av sykehuset. Å være innlagt gjør det vanskelig å fange omfanget av brukerens tjenestebehovet. Enkelte ganger opplever kommunene at sykehuset beskriver behovet for kommunale tjenester som mer omfattende enn hva det er. I følge kommunene er det vanskelig å endre på måten sykehuset definerer tjenestebehovet:

4.5. Mangel på tilbud om tilpasset aktivitet som utfordring

I flere kommuner har rus og psykiatritjenesten aktivitetstilbud på dagtid som bidrar til å gi brukerne en meningsfylt hverdag, både gjennom vektlegging av ordinære arbeidslivet som en arena for mestring og inkludering, eller gjennom tilpassede aktiviteter. Samtidig er det behov for mer organisert og omfattende samarbeid mellom helsetjenesten for å bedre arbeidsrehabiliteringen av personer med psykiske lidelser (Berge og Falkum 2013:212). Resultatene fra vår studie viser at mangelfull samhandling mellom helsetjenester og velferdstjenesten flere steder står i veien for å utvikle tilbud som er tilpasset brukernes behov for oppfølging. Her blir det pekt på behovet for mer kunnskap om målgruppen, og mer kommunikasjon og samhandling mellom NAV og helsetjenesten, både på kommunalt nivå og på spesialisthelsetjenestenivå.

«Det å finne egnet aktivitet er en god tilrettelegging i tiltaket er en utfordring. Vi hadde en bruker som ønsket et arbeidstiltak og han fikk etter hvert jobb i en arbeidsmarkedsbedrift. Personen hadde i utgangspunktet arbeidsevne og han kunne ha fungert ut i et tilrettelagt tiltak. Det endte med en svært dramatisk voldsepisode der han jobbet. Utfordringen er altså å finne et tiltak og aktiviteter med tilstrekkelig tilrettelegging. Det er flere personer som krever en høy grad av oppfølging og en stor bemanning.» *(Leder, Kommunal oppfølgingstjeneste)*

Behovet for aktivitet er særlig gjeldende når man klart å etablere en relasjon, «fått et vindu inntil bruker». Gjennom å bygge relasjoner og jobbe tett og oppsøkende ser man en bedring i brukers funksjonsnivå, omfanget av psykiske plager blir mindre, det blir gjerne mindre rus, bruker følger opp medisiner og bruker er mer motivert til og orientert mot å fylle dagliglivet med aktivitet:

«Vi i teamet skulle hatt litt bedre kontakt med NAV, både den statlige og den kommunale delen. Vi har brukere som ble innvilget uføretrygdet kanskje for 2 år siden, og var da 100 % ufør. Men så kommer vi inn og jobber med å få tilbake livskvalitet, og har fokus på hva det gjør med selvbildet å føle seg nyttig. Til slutt ønsker de kanskje en tilrettelagt arbeidsplass og vi hjelper dem med å sende søknad til NAV om dette. Da har vi erfart at vi ikke hører noe fra NAV på lenge, og når vi purrer så ha de glemt søknaden eller at de har ikke kapasitet til å finne en slik tilrettelagte arbeidsplass.» (*Leder, halvannenlinjetjeneste*)

Sitatet over kan lese som et eksempel på at tjenester ikke er tilpasset brukernes behov og liten fleksibilitet når det skjer en bedring i brukers livssituasjon. Det er behov for mer fleksible løsninger og tilnærminger til mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer som ønsker å komme ut i jobb eller å være i aktivitet.

4.6. Oppsummering

I flere av casene har de gode praksisene blitt utviklet på bakgrunn av en felles forståelse av utfordringer og et felles ansvar for å jobbe sammen med utfordringene. Vi har sett på utfordringer i arbeidet med målgruppen og på hva aktørene selv beskriver som hindrer for god samhandling, og gode pasientforløp. Noen av disse utfordringene er knyttet til kjennetegn ved målgruppen, mens andre er knyttet til organisatoriske strukturelle rammebetingelser.

Det vil alltid være en utfordring å skulle gi tjenester til mennesker som enten ikke ønsker hjelp eller som i svært liten grad er i stand til å ta imot hjelp. Studien viser at det ofte er vanskelig å komme i posisjon til bruker. Som vi har sett i det forrige kapittelet har de handlingsorienterte halvannenlinjetjenestene sterkt fokus på å utvikle metoder for å få et «vindu til bruker». Flere av informantene, på ulike tjenestenivå, viser til de etiske utfordringene knyttet til brukers rett til autonomi som en grense for hjelpeapparatets inngripen. I tillegg kan stigma være en faktor som vanskeliggjør arbeidet med å etablere tjenester, særlig tilpassede boliger. Selv om det er en bred oppslutning i de tjenestene vi har møtt om at målgruppen hører hjemme i kommunen, så opplever mange kommuner at innbyggerne protesterer mot at det etableres boliger til målgruppen i nærmiljøet.

Mangel på ressurser vanskeliggjør arbeidet med målgruppen. Fra kommunens side er det dyrt å etablere tjenester til målgruppen og mange kommuner etterlyser økonomiske virkemidler for å gi arbeidet med målgruppen mer tyngde. I dette kapitlet har vi også sett at liten interesse og vilje kan være et hinder for å skape god samhandling for målgruppen. Dette kommer særlig til uttrykk i de varierte erfaringene som kommunene hadde om hvordan spesialisthelsetjenesten forholdt seg til ruslidelser. Enkelte kommuner erfarer at DPS har liten kompetanse og interesse for ruslidelser. Enkelte

steder erfarte man også at DPS ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om voldsrisikovurderinger og bruk av kriseplaner.

En annen utfordring er at spesialisthelsetjenesten i stedet for å gå i dialog med kommunene om hvilke tjenester som kommunen skal tilby, heller inntar en bestillerrolle og definerer hvilke tjenester kommunen skal gi. Som vi har sett tidligere var dette noe av bakgrunnen for at Trondheim kommune etablerte et eget kommunalt helsehus hvor kommunens ansatte vurderte omsorgsevner og tildeler individuelle omsorgstjenester til pasienter som hadde blitt utskrevet fra sykehus. I seg selv kan et slikt tiltak gi kommunen en større treffsikkerhet når den skal tildele kommunale tjenester, og kommunen står mer fritt til å avklare brukers behov for tjenester. Samtidig er det grunn til spørre om like tiltak i seg selv bidrar til bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Kanskje kunne man ha unngått å etablere en slik kommunal mellomstasjon om kommunen og helseforetaket har fått til bedre prosesser og samhandling rundt utskrivningsklare pasienter mens pasienten er inne på sykehus.

Fra kommunenes side ble det vist til at pasientforløpet var særlig svingete og uforutsigbart i de tilfeller der rus var involvert. Det kan synes som om det er vanskelig å få til et langsiktig og godt samarbeid i slike tilfeller, og at samhandlingen er mest sårbar når det er behov for samtidig rusbehandling, psykiatrisk behandling og psykisk helsearbeid.

Studien viser også at det er utfordringer i måten tjenestene organiseres på i samme nivå. Kommuner er komplekse organisasjoner og studien viser at det kan være vanskelig, særlig i tilfeller der det er høy turnover på fastleger, å bli kjent med og orientere seg i det kommunale tjenestetilbudet. Også i spesialisthelsetjenesten kan samhandling på tvers være en utfordring.

Analysen viser også at det kan være en utfordring å etablere og organisere et varig, godt og tilpasset botilbud for målgruppen.

5. Vurdering av ansvars og rollefordeling

I prosjektet har vi gått nærmere inn på hvilke betingelser som må være til stede for å sikre gode pasientforløp til målgruppen. De åtte stedene i landet vi har besøkt har på ulike måter utviklet tilpassede tjenester til målgruppen, og har over tid jobbet med samhandling og ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Som vi har sett er det variasjoner i hvordan dette arbeidet er blitt gjort og disse variasjonene henger først og fremst sammen med om lokale forhold (små og store kommuner, geografisk avstand til spesialisthelsetjenesten, DPS-med flere opptakskommuner), men også organisering av arbeidet (gjennom statlige tilskuddsmidler eller som en del av den ordinære virksomheten). Til tross for disse variasjonene har vi funnet noen felles kjennetegn for hvordan et godt arbeid rundt målgruppen ser ut. I dette kapitlet vil vi gi en vurdering av ansvar og rollefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å nå disse suksesskriteriene.

5.1. Felles ansvar for parallelle tjenesteløp og samtidighet i tjenestene

Som nevnt er det stor oppslutning blant alle aktørene som inngår i studien det er i kommunen at hovedvekten av oppfølgingen av brukerne må foregå. Dette innebærer imidlertid ikke at kommunene er alene om ansvaret for målgruppen, men at oppfølgingen i kommunen skjer i et langvarig samspill med spesialisthelsetjenesten, enten DPS og/eller sikkerhetsavdelinger/sykehus. Modeller for god samhandling kjennetegnes av parallelle tjenesteløp og samtidighet i tjenestene. I praksis innebærer det at kommunene og spesialisthelsetjenesten må spille på lag med hverandre for å gi tjenester til målgruppen, og dette skal hovedsakelig foregå i kommunene.

Kommunene i studien understreker først og fremst viktigheten av at spesialisthelsetjenesten har et tilbud ut til kommunene og at de er tilgjengelige. Det er først og fremst ønskelig med ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten som kan bistå i oppfølgingen av den enkelte bruker i kommunen. Samtidig er det viktig for kommunen at spesialisthelsetjenesten bidrar i å styrke kommunens kompetanse om psykisk helsearbeid gjennom veiledning og opplæring. På disse to områdene må spesialisthelsetjenesten ta ansvar for å få til et godt samarbeid.

Samspeillet med spesialisthelsetjenesten er særlig viktig når pasientens psykiske helsetilstand forverres og når risikoen for vold eskaleres. I slike situasjoner opplever ofte kommuner at poliklinisk tilbud og ambulante tjenester ikke er tilstrekkelig for å ivareta bruker. Kommunene som inngår i studien har i liten grad etterlyst mer muligheter til å utøve tvang. Flertallet av de kommunale aktørene vi har intervjuet ønsker ikke økte muligheter for å utøve tvang først og fremst fordi de ser for seg at det kan

skape en uheldig relasjon til bruker, samtidig som bruk av tvang krever høy kompetanse og de vurderer at faren for maktmisbruk kan bli høy. På den andre siden ønsker de at spesialisthelsetjenesten skal være tilgjengelig med tvangstiltak og skjerming *når det er behov for det*. I slike tilfeller vil det også være behov for døgnplasser med spesialiserte tjenester med blant annet muligheter for tvangstiltak og skjerming. I casene har det vært uttrykt en bekymring for nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, og at dette særlig rammer arbeidet med målgruppen. Fra kommunens side er det viktig at det finnes et tilbud fra spesialisthelsetjenesten, som også omfatter døgnplasser når det er behov for det.

Kommunen har ansvar for å gi oppfølging til pasienten også ved langvarige innleggelser. Spesialisthelsetjenesten legger vekt på at oppfølging og tjenester fra kommunens side ikke må opphøre når pasienter er innlagt i en lengre periode. En viktig betingelse for gode pasientforløp er altså at man på ulike tjenestenivå tar ansvar for et tett og nært samarbeid rundt den enkelte bruker, og at det er en klar og tydelig ansvarsfordeling mellom nivåene. Her har tjenestene et felles ansvar å sørge for god informasjonsflyt mellom tjenestenivåene. Det er også viktig at ved kritiske overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, for eksempel ved innleggelser og utskrivelser, at man tar et felles ansvar for å sikre gode pasientforløp gjennom en intensivering av samarbeidet og gjerne gjennom parallelle tjenesteløp.

Halvannenlinjetjenester representerer en måte å skape parallelle tjenesteløp og samtidighet i tjenestene som innbefatter både spesialisthelsetjenesten og kommunene. I studien har vi sett at det finnes ulike modeller for en slik organisatorisk samhandling på tvers av tjenestenivåene. Noen halvannenlinjetjenester tar over det hele ansvaret for brukeren, mens andre jobber med å koble bruker og det ordinære tjenesteapparatet til hverandre. Et annet skillelinje er forankring; de fleste halvannenlinjetjenestene er forankret i DPS, mens noen er forankret på kommunalt nivå. Med unntak av de evidensbaserte ACT og FACT-modellene, er organiseringen av og det metodiske arbeidet i halvannenlinjetjenestene tilpasset lokale forhold og etter målgruppens behov for tjenester. Studien gir ikke grunnlag for å fastslå om det overordnede ansvaret organiseringen av halvannenlinjetjenester bør ligge i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

I hovedtrekk viser analysen at ansvarsfordelingen i samsone er slik:

- Spesialisthelsetjenesten:
 - er tilgjengelig gjennom ambulante tjenester
 - er med på å styrke kompetansen til kommunen
 - har ansvar for tvangstiltak
 - har døgnplasser tilgjengelig ved behov
- Kommunen:
 - har ansvar for oppfølging også ved langvarige innleggelser

5.2. Ansvarsfordeling - bolig

I studien har vi sett at samhandling og samspill om målgruppen forutsetter felles møteplasser for involverte instanser, både på brukernivå, men også på systemnivå. Studien viser at bolig er en viktig felles møteplass for kommunen, spesialisthelsetjenesten og bruker. Bolig er en arena for å etablere en felles faglig forståelse av ansvaret og ansvarsområder mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og de enkelte bruker. Å ha et felles mål om å gi tjenester i bolig og å finne tilpassede måter å samhandle rundt bruker i bolig viser seg å kunne ha en sykdoms- og voldsforbyggende effekt. Det betinger at kommunene tar ansvaret for boligene både når det gjelder hvilken bolig og hvilken oppfølging bruker skal ha i bolig. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å bistå kommunen med kompetanse om psykiske lidelser, rusrelaterte lidelser og medisinoppfølging. Samhandlingen rundt den enkelte bruker fungerer særlig godt når spesialisthelsetjenesten veileder ansatte i voldshåndtering og bruk av kriseplaner i kommunale tjenester. Veiledningsansvaret fra DPS ovenfor kommunene har vist seg å være svært viktig for å skape gjensidig forståelse av ansvarsforholdet mellom tjenestene, og er med på å tilrettelegge for et godt samarbeid på liveverdige premisser.

I studien har halvannenlinjemodeller blitt løftet frem som et viktig verktøy i arbeidet med målgruppen. Da vi startet studien forventet vi derfor at halvannenlinjetenkingen også kom til uttrykk i hvordan man organiserer boliger og oppfølgingstjenester til målgruppen, og at vi ville finne eksempler på «halvannenlinjeboliger», det vil si boliger som ble etablert og driftet av kommunen og spesialisthelsetjenesten i fellesskap. I enkelte av casene har slike boligmodeller vært vurdert, men det har ikke blitt realisert på grunn av usikkerheten om blant annet regelverk, ressurser i bolig og lokalisering. Selv om ansvaret for bolig og tjenester i bolig ligger hos kommunen, vil et godt botilbud til målgruppen være avhengig av at kommunen og spesialisthelsetjenesten samhandler om hvilke oppfølgingstjenester som må gjøres for den enkelte bruker. Svak boevne, mistro til hjelpeapparatet, sosialt stigma

og konflikter med naboer og nærmiljøet, risiko for vold, fare for ildspåsettelse, trusler og lignende gjør det begrenset hvilke boliger som er aktuelle å benytte for brukere og det er derfor viktig at spesialisthelsetjenesten også er med rundt beslutninger av bolig tjenester, lokasjon og tjenestetilbud i bolig. Her er det viktig å presisere at dette innebærer at spesialisthelsetjenesten ikke inntar rollen som «bestiller» av kommunale oppfølgingstjenester, men heller går inn som en likeverdig aktør for å få til et godt og trygt botilbud til den enkelte bruker.

- Kommunen har hovedansvar for boligtilbudet, samtidig som spesialisthelsetjenesten må være en likeverdige aktør for å gi et godt og trygt botilbud

5.3. Ansvar for møteplasser

I tillegg til å etablere møteplasser rundt den enkelte bruker viser studien at samhandlingen er avhengig av at det finnes formaliserte møteplasser mellom tjenestenivåene hvor beslutningstakere er inkludert. Dette er arenaer hvor ulike aktører kan fremme sine behov, få hjelp til komme videre i arbeidet med målgruppen, utveksle informasjon, få mer kunnskap, støtte hverandre og å finne felles løsninger. Dette er arenaer som åpner for å se de ulike utfordringene i sammenheng, slik som psykisk helse, rus-utfordringer, voldrisiko, bolig, medisinoppfølging, hverdagsliv/aktivitet og relasjoner til pårørende og nærmiljø. Formaliserte møteplasser fungerer best når de initieres og vedlikeholdes gjennom DPS. For å utvikle helhetlige og koordinerte tjenester på spesialistnivå er det hensiktsmessig at DPS, og særlig der det er flere opptakskommuner, tar på seg ansvaret for å organisere formaliserte møteplasser. I tillegg til kommunene er det viktig at NAV og politi er representert i disse møtestedene.

- Formaliserte møteplasser fungerer best når DPS tar på seg ansvaret for å etablere og å drifte disse

5.4. Ansvaret for tverrfaglig kompetanse, rus og psykisk helsearbeid

Resultater fra studien viser at en god samhandling rundt målgruppen fordrer tverrfaglig kompetanse. Behovet for tverrfaglig kompetanse er særlig gjeldende i botjenestene som gis til målgruppen, men også for alle på alle tjenestenivå som arbeider med målgruppen. Som vi har sett har kommunene det overordnede ansvaret for botjenestene til målgruppen, og dermed å gi personalet tilfredsstillende kompetanse. Samtidig understreker studien nødvendigheten av at spesialisthelsetjenesten bidrar inn

med kompetanse om psykisk helsearbeid (seprep-utdanning), RoP-lidelser, voldsrisikovurderinger og bruk av kriseplaner gjennom veiledningsansvar og tilrettelegging av kompetanseheving.

- Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å bistå kommunen med kompetanse gjennom veiledning

5.5. Felles ansvar for å håndtere vold

I studien har trygghet og forutsigbarhet i hverdagen blitt trukket fram som en viktig faktor i arbeidet med målgruppen. I praksis innebærer det at den enkelte bruker får bistand til å få og mestre en bosituasjon med god oppfølging og tilpassede aktiviteter. Ansvar for at alt dette faller på plass, og ansvaret for bruker når risikoen for vold øker, vil være avhengig av lokale forhold. I studien har vi sett hvordan aktørene, fra ulike tjenester og ulike tjenestenivå, ulike profesjoner jobber for å trygge brukeren. Vi har også erfart gjennom casene at man i fellesskap tar ansvar for å intensivere arbeidet rundt bruker ved forverret sykdomssituasjon. Dette fordrer at de ulike aktørene har gode kunnskaper om vold, forebygging av vold og at det er en felles forståelse av hva en kriseplan er og hvordan den skal brukes.

- Ansvaret for opplæring av voldsrisikovurderinger og bruk av kriseplaner må ligge hos spesialisthelsetjenesten og kommunen må legge til rette for at de som jobber tett med bruker får denne opplæringen.

5.6. Oppsummering

I dette kapitlet har vi vurdert ansvars- og rollefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å skape et likeverdig og vellykket samarbeid rundt målgruppen. Vi har tatt utgangspunkt i den brede oppslutningen blant både deltakerne i studien og i de politiske føringer innen feltet om at det er i kommunen at folk lever sine liv og at det er der oppfølgingen skal foregå. Selv om oppfølgingen i hovedsak skal skje i kommunen, må den enkelte bruker følges opp i et langvarig og tett samspill mellom spesialisthelsetjenesten. Samspill fordrer en spesialisthelsetjeneste som er tilgjengelig for kommunen og gir tjenester i kommunen gjennom en ambulant virksomhet, samt veileder kommunalt personale. Dette bidrar til å styrke kommunens arbeid med målgruppen slik at brukerne kan leve sine liv i kommune. Spesialisthelsetjenestens rolle, og spesielt DPS-enes rolle ute i kommunene bør styrkes slik at kommunen ikke står alene om ansvaret for denne målgruppen. Det gjelder både en styrking av den ambulante virksomheten og av en tverrfaglige tilnærmingen som integrerer rus, psykiatri og psykisk helsearbeid.

Halvannenlinjemodeller er en måte å legge til rette for felles ansvar for målgruppen. Sykdomsforløpet til målgruppen er gjerne svingete og uforutsigbart. Selv om målet er at bruker skal bo og leve i kommunen, må spesialisthelsetjenesten ha et godt og tilpasset tilbud, som inkluderer døgnbehandling, når sykdomsbildet forverres og når risikoen for vold er høy. Spesialisthelsetjenesten må i slike tilfeller ta ansvar for pasienten til sykdomssituasjonen er stabilisert og bruker kan nyttiggjøre seg av kommunens tjenester igjen. Det er viktig å understreke betydningen av felles ansvar for gode pasientforløp i kritiske overganger, som innleggelser eller utskrivinger.

Studien viser at det er hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten, da spesielt DPS, har ansvaret for å igangsette og holde vedlike formaliserte møteplasser som omfatter beslutningstakere på ulike nivåer og i ulike tjenester.

Bolig er en felles møteplass for kommunen og spesialisthelsetjenesten rundt den enkelte bruker. Kommunen har ansvaret for å etablere boliger og å legge til rette for at boliger fungerer som møteplasser. Samtidig er det viktig å etablere et likeverdig samarbeid med spesialisthelsetjenesten i bolig, både med hensyn til hvilke boligtilpasninger som skal gjøres for en enkelte bruker, men også for å gi opplæring og veiledning hos personalet i bolig. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å bidra med kompetanse om rus, psykisk helsearbeid, voldsrisikovurderinger og bruk av kriseplaner.

6. Forslag til relevante styringsindikatorer

Casestudien gir innsikt i hvordan samhandling om målgruppen foregår på mange ulike måter. På bakgrunn av resultatene av studien vil vi i dette kapitlet foreslå noen styringsindikatorer for samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten på feltet. Formålet er å gi gode indikatorer på tverrfaglig samarbeid som kan brukes av ulike målgrupper.

6.1. Betingelser og utfordringer

Studien viser at målgruppen har behov for tjenester som går på tvers av sektorgrenser og som må være langsiktige. Det kan være svært utfordrende å samordne aktører som har ulike strategier, forståelse og målsettinger og som forholder seg til ulike styringslinjer. I utviklingen av styringsindikatorer må det derfor tas høyde for mangfoldet av interesser som åpner for å samordne de ulike aktørene som er involvert. Fossetøl og Andreassen's påpeking av betingelser som må være tilstede for å realisere måloppnåelse gjennom samstyring, er relevant når man skal utvikle styringsindikatorer for feltet (Andreassen og Fossetøl 2014: 181). Disse forutsetningene er:

- De riktige aktørene aktiviseres for å skape en felles forståelse og forpliktelse i forhold formålet.
- De hensyn og mål som fremmes må være integrert på alle nivåene i de ulike styringskjedene som de ulike aktørene inngår i.

Disse betingelsene innebærer at styringsindikatorer må bygge på en felles forståelse av formålet med å utvikle og anvende indikatorene, og at dette er forankret i hele tjenesten i de ulike sektorene som er involvert.

En tredje forutsetning er, som Tjelta (2013) understreker i sin masteroppgave, at utvikling av styringsindikatorer er knyttet til det løpende arbeidet med å utvikle bedre statistikk over psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene. «For bedre tilgang og kvalitet i datamaterialet på området er det behov for å arbeide videre med Kostra, BrukerPlan, Helse-direktoratets særreporteringer, Iplos, indikatorarbeidet og brukererfaringsundersøkelser.» (Tjelta 2013:11).

Informantene i studien ga få konkrete tilbakemeldinger på våre spørsmål om å peke ut relevante styringsindikatorer. I den grad spørsmålet ble besvart ble det gjerne fra kommunenes side vist til at det i hovedsak var manglende ressurser til å utvikle gode tjenester for målgruppen. Fra kommunens side ble det også pekt på behovet for å rapportere på måter som synliggjør det kommunale arbeidet

som gjøres rundt målgruppen. Dagens rapporteringssystem fanger, ifølge kommunene, ikke opp arbeidet med RoP-pasienter.

«Vi har nettopp jobbet med rapporteringsverktøyene for rus- og psykisk helsefeltet. Det er merkelig at de to ikke er slått sammen for lenge siden. Det er det veldig rart å skille på rus og psykisk helse for brukere med RoP-lidelser. I realiteten blir det ikke rett svar, fordi verden er annerledes enn de spørsmålene som stilles.» (Rådgiver og prosessleder, kommune)

Fra spesialisthelsetjenestens side ble det vist til at dokumentasjonskrav står i veien for å etablere gode modeller for samhandling mellom tjenestenivå:

«Det er et stekt fokus på dokumentasjonskrav, og krav til et visst antall konsultasjoner, og dette lå i bakhodet til lederne. Dette gjør at det er mye lettere å la pasientene sitte på et venterom. Da kan man klare trekvarterstimer, og får registrert koder, og du får betalt. I vårt team reiser vi hjem til folk, og det passer ikke inn med kravene til dokumentasjon.» (Leder i et Samhandlingsteam på DPS)

Dokumentasjonskravet i spesialisthelsetjeneste, og opplevelsen av at det legges for stor vekt på antall pasientkonsultasjoner, gjør det vanskelig å sette av tid og prioritere samhandling med kommunale tjenester.

6.2. Styringsindikatorer – Kunnskap om målgruppen

Kunnskap om målgruppen og hvem som hører til målgruppen er viktige forutsetninger for både samhandling og for å utvikle gode tjenester. Følgende indikatorer gir kommuner oversikt over målgruppen og tjenester som er involvert:

- Andelen brukere som hører til målgruppen
- Tjenester som er involvert rundt den enkelte bruker:
 - Hvilke kommunale tjenester?
 - Hvilke tjenester fra spesialisthelsetjenesten?
 - Hvilke tiltak/ tjenester fra andre instanser (eks. den statlige delen av NAV, politi/kriminalomsorgen).
 - Hvilke tjenester er det behov for å etablere rundt bruker? Hvem skal gi disse tjenestene?

De Kommunene vi har besøkt har god oversikt over hvem som tilhører målgruppa. Flere steder har en systematisk gjennomgang av BrukerPlan gitt gode kunnskaper om målgruppen og deres relasjon til behandlingsapparatet. BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og

karakteren av rusmiddelmissbruk i kommunen. Også andre kartlegginger, prosjekter og satsninger har gitt kommunen en god oversikt over hvem som hører inn i målgruppen.

6.3. Styringsindikatorer – Samhandling rundt målgruppa

Samhandling lar seg vanskelig måle direkte, men kan måles ut fra ulike og mer indirekte aspekter slik som struktur (innsatsfaktor), prosess (relasjoner mm), tjenester (innhold og service) og resultat. Disse aspektene kan til sammen brukes til tjenesteutvikling, informasjon og styrke samhandlingen. Vi har operasjonalisert disse faktorene på følgende måte:

Struktur (Formaliserte innsatsfaktorer)	Prosess (Relasjoner mm)	Tjenester (Innhold og service)
Samarbeidsavtaler mellom involverte tjenester	Antall formelle/uformelle samarbeidsmøter (innhold, omfang, kvalitet) Hyppighet – dokumentasjon – endring	Andelen brukere med Individuell Plan – Måler oppfyllelsen av bestemmelsen om at de som trenger det (og selv ønsker det) får tilbud om IP.
Evalueringsrutiner	Brukere og pårørende opplevelser av tjenester og kvalitet på tjenester Dokumentasjon – endring	Kommunale tjenester til den enkelte bruker Innhold – hvem er involvert?
Overføringsrutiner mellom tjenester på samme nivå, og mellom tjenester på ulike nivå	Medarbeideres opplevelser av kvalitet på samarbeid med andre instanser Dokumentasjon – endring	Tjenester fra spesialisthelsetjenesten Innhold – hvem er involvert?
Definert ansvar for oppfølging Rammeverk for å sikre god oppfølging og godt samarbeid når flere instanser er involvert		Samsoner Tjenester som gis i fellesskap mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, evt andre sektorer. Innhold – hvem er involvert?

De foreslåtte indikatorene er ikke en uttømmende liste. Indikatorene må videre ses i sammenheng med det arbeidet som allerede pågår for å utvikle bedre statistikk.

6.4. Oppsummering

På bakgrunn av studien har vi foreslått relevante styringsindikatorer på brukernivå og styringsindikatorer for samhandling. Dagens rapporteringssystem med et skille mellom rustiltak og psykisk helse, fanger i liten grad opp arbeidet som gjøres overfor RoP-pasienter og heller ikke kompleksiteten

i dette arbeidet. De foreslåtte styringsindikatorerne på brukernivå kan bidra til en bedre oversikt over hvem i kommunen som hører til målgruppen og hvilke tjenester som er involvert rundt målgruppen. Samhandling lar seg vanskelig måle direkte. I våre forslag til styringsindikatorer for samhandling har vi tatt utgangspunkt i struktur, prosess, tjenester (innhold og service) og resultat. I dette arbeidet må man ta høyde for at resultater handler om flere faktorer. Det dreier seg om å gi brukerne et trygt hverdagsliv, men også å trygge kommunene i arbeidet med målgruppen og på den måten bidra til trygge lokalsamfunn. De foreslåtte indikatorene er ikke en uttømmende liste. Indikatorene må videre ses i sammenheng med det arbeidet som allerede pågår for å utvikle bedre statistikk over psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunen.

7. Oppsummering og konklusjoner

Prosjektets formål har vært å kartlegge gråsoner og klargjøre ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for mennesker med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser med voldsproblematikk. For det første har vi systematisert kunnskap om hva som fremmer gode pasientforløp og så fremskaffet eksempler og modeller på vellykket og likeverdig samhandling som har fungert over tid. For det andre har det vært en intensjon å identifisere de viktigste organisatoriske, faglig, juridiske og finansielle hindringer for gode pasientforløp. Vurdering av ansvars og rollefordeling og modeller for tjenestelevering for målgruppen har vært den tredje målsettingen. Endelig har det vært et mål å foreslå relevante styringsindikatorer som kan dokumentere problemstillingene og kvalitetssikre samhandlingen.

7.1. Kunnskap om gode pasientforløp og samhandling

Reformene innen helsefeltet og ny lovgivning har dratt i samme retning, mot en utbygging av kommunal psykisk helsearbeid nær pasientens bosted. Siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008 har det vært flere satsninger for målgruppen. Kjennetegnet for disse satsningene er at de har vært prosjektorientert, finansiert gjennom tilskuddsordninger og ledet av sentrale helsemyndigheter. Studier og evalueringen av satsninger viser at kommunene og spesialisthelsetjenesten flere steder klarer å gi et godt koordinert tilbud til mange pasienter med RoP-lidelser, og at enkelte kommuner har utviklet gode tjenester for målgruppen. Det foreligger imidlertid lite forskningsbasert kunnskap om samhandling og betydningen av samhandling for målgruppen.

I studien har vi med utgangspunkt i casebesøk åtte ulike steder i landet sett nærmere på hva som kjennetegner god og likeverdig samhandling rundt målgruppen. Disse stedene er valgt ut fordi de over tid har klart å etablere god samhandling mellom ulike tjenester og tjenestenivå. Både små og store kommuner er representert i casene, og tilsvarende er det variasjoner DPS-ene som inngår i casene med hensyn til hvor mange opptakskommuner de har ansvar for og geografiske avstander til disse kommunene. Endelig er det variasjoner i hvordan samhandlingen er organisert og forankret. Formålet med casebesøkene har vært å gå i dybden i hvordan samhandlingen foregår, hva det samhandles om, hvilke roller de ulike aktører, instanser og etater har i samarbeidet og hvordan man har funnet løsninger på utfordringer som har dukket opp underveis.

Ett sentralt funn i rapporten er at jo sterkere organisering av og satsning på kommunale helse- og omsorgstjenester for mennesker med RoP-lidelser med risiko for vold, desto bedre er grunnlaget for samhandling med andrelinjetjenesten. Dette innebærer blant annet sterk forankring i kommunal ledelse så vel som i tjenesteutøvelsen, god organisering og koordinering av tjenestene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, samt en satsning på tjenester og tiltak for målgruppen. Dette fordrer også en satsning på tverrfaglig kompetanse der psykisk helsearbeid utgjør et felles kompetansegrunnlag som inkluderer kunnskap om rus. Til sammen gir disse faktorene kommunene en plattform for felles faglig forståelser av ansvar og ansvarsområder mellom dem og spesialisthelsetjenesten. God samhandling kommer til uttrykk ved at partene møtes på ulike arenaer som likeverdige aktører og disse har god kjennskap til og respekt for hverandre. Gode samhandlingsmodeller forutsetter klar og tydelig ansvarsfordeling; gråsoner blir samsoner.

Studien viser at det er bred oppslutning om at det er i kommunen at målgruppen skal leve sine liv og at mesteparten av oppfølgingen må skje i kommunen. Dette fordrer imidlertid at spesialisthelsetjenesten tar medansvaret for oppfølgingen som gis i kommune. De gode eksemplene og modellene for samhandling kjennetegnes av tydelig ansvarsfordeling, samtidighet i tjenestene, dialog mellom involverte tjenester, gjensidig respekt og rask intervensjon når det er behov for det. Ulike varianter av handlingsorientert halvannenlinjetjenester er eksempler på samhandlingsmodeller som bygger på prinsippet om felles ansvar for helhetlig og sammenhengende tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og ulike kommunale tjenester. I studien har vi sett at det flere av disse modellene er organisert og tilpasset lokale forhold og etter lokale behov. Det er variasjoner i hva som er innholdet i tjenestene, målgruppeorientering, finansiering og samhandling med det øvrige tjenesteapparatet. Studien viser at medansvar, tett samarbeid og veiledning fra spesialisthelsetjenesten er særlig viktig for små kommuner der det kan være en utfordring å etablere et stabilt fagmiljø for de som jobber med målgruppen og hvor det også kan være en utfordring å rekruttere tverrfaglig kompetanse.

Parallele tjenesteløp og samtidighet i tjenesten er et viktig suksesskriteriet for god samhandling mellom tjenester både på samme nivå og mellom ulike tjenestenivå. I tillegg må det legges til rette for møteplasser på både bruker- og på systemnivå. Videre viser studien betydningen av et godt og tilpasset botilbud for målgruppen og at bolig er en viktig samhandlingsarena. God samhandling fordrer tverrfaglig tilnærming der psykisk helsearbeid og rus utgjør en felles kompetanseplattform. Målgruppen har mange og sammensatte utfordringer, og risikoen for vold og utagerende atferd er en av de vanskeligste å jobbe med. Prosjektet har vist at god samhandling rundt målgruppen fordrer at involverte instanser og aktører har kunnskap om metodiske tilnærminger til voldsrisikovurderinger og

bruk av kriseplaner. Brukermedvirkning er et viktig element i arbeidet for og med målgruppen på alle tjenestenivå.

7.2. Hindringer for gode pasientforløp og samhandling

På bakgrunn av casestudiet har vi også presentert og diskutert fortsatte utfordringer i arbeidet med målgruppen. Vi har sett på hva aktørene selv beskriver som hindrer for god samhandling, og gode pasientforløp. Noen av disse utfordringene er knyttet til kjennetegn ved målgruppen, mens andre er knyttet til organisatoriske rammebetingelser. Uansett hvor gode rammebetingelser man har etablert for samhandling så vil det alltid være en utfordring å gi tjenester til mennesker som enten ikke ønsker hjelp eller som i svært liten grad er i stand til å ta imot hjelp. Studien viser at det ofte er vanskelig å komme i posisjon til bruker, men at samhandling og klare ansvarsfordeling mellom tjenester likevel kan gi et godt utgangspunkt for å lage en felles plattform for oppsøkende arbeid mot målgruppen. Dette må ses i lys av de etiske utfordringene knyttet til brukers rett til autonomi på den ene siden og hjelpeapparatets inngripen på den andre siden. Studien viser at stigma være en faktor som vanskeliggjør arbeidet med å etablere og samhandle om tjenester til målgruppen, særlig tilpassede boliger.

Mangel på ressurser er en av de organisatoriske betingelsene som vanskeliggjør arbeidet med målgruppen. Fra kommunens side er det dyrt å etablere tjenester til målgruppen og mange kommuner etterlyser økonomiske virkemidler for å gi dette arbeidet mer tyngde. Samtidig viser studien at liten interesse og vilje også kan være et hinder for å skape god samhandling. Dette kommer særlig til uttrykk i de varierte erfaringene som kommunene hadde om hvordan spesialisthelsetjenesten forholdt seg til ruslidelser. Enkelte kommuner opplever at DPS-en de tilhører har liten kompetanse og interesse for ruslidelser. Enkelte steder erfarte man også at DPS ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om voldsrisikovurderinger og bruk av kriseplaner. Fra kommunenes side ble det vist til at pasientforløpet var særlig svingete og uforutsigbart når rus er involvert. Studien indikerer at det er vanskelig å få til et langsiktig og godt samarbeid i slike tilfeller, og at samhandlingen er mest sårbar når det er behov for både samtidig rusbehandling, psykiatrisk behandling og psykisk helsearbeid. Studien viser at manglende kunnskaper om innholdet og føringer som ligger i RoP-retningslinjene svekker samhandlingen rundt målgruppen.

En annen utfordring er knyttet til tjenesteorganisering på samme nivå. På samme måte som spesialisthelsetjenesten er kommuner komplekse organisasjoner med mange interne styringslinjer.

Studien viser at det kan være vanskelig, særlig i kommuner der det er høy turnover på fastleger, å bli kjent med og orientere seg i det kommunale tjenestetilbudet.

Samspillet med spesialisthelsetjenesten er særlig viktig når pasientens psykiske helsetilstand forverres og når risikoen for vold eskaleres. I den offentlige debatten blir det gjerne vist til at kommunene, som har begrensede muligheter til sette inn tvangstiltak, gjerne står maktesløse når brukere ikke ønsker hjelp, utagerer og risikoen for vold øker. Før vi tok fatt på prosjektet forventet vi derfor at det fra kommunenes side ville bli pekt på behovet for å gi kommunene økte muligheter til å utøve tvangstiltak. Kommunene som inngår i studien har imidlertid i liten grad etterlyst mer muligheter til å utøve tvang på kommunalt nivå. Flertallet av de kommunale aktørene vi har intervjuet ønsker muligheter for å utøve tvang først og fremst fordi de ser for seg at det kan skape en uheldig relasjon til bruker, samtidig som bruk av tvang krever høy kompetanse og de vurderer at faren for maktmisbruk kan bli høy. I stedet for økte muligheter for bruk av tvang legger kommunene vekt på at spesialisthelsetjenesten skal være tilgjengelig med tvangstiltak og skjerming *når det er behov for det*. I slike tilfeller vil det også være behov for døgnplasser med spesialiserte tjenester med blant annet muligheter for tvangstiltak og skjerming. Kommunene ønsker altså at tvangstiltak i hovedsak skal være oppgaver som ligger i spesialisthelsetjenesten. I casene har det vært uttrykt en bekymring for nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, og at dette særlig rammer arbeidet med målgruppen. Kommunene som deltar i studien legger stor vekt at forebygging, rehabilitering gjennom å bidra til å gi bruker et trygt liv og å trygge ansatte som jobber rundt bruker.

7.3. Vurdering av ansvar og rollefordeling

I vurderingen av ansvar og rollefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for å skape et likeverdig og vellykket samarbeid om målgruppen har vi tatt utgangspunkt i den brede oppslutningen blant både deltakerne i studien og i de politiske føringer innen feltet om at det er i kommunen at folk lever sine liv og at det er der oppfølgingen skal foregå. Selv om oppfølgingen i hovedsak skal skje i kommunen, må den enkelte bruker følges opp i et langvarig og tett samspill mellom spesialisthelsetjenesten. Resultatene fra studien peker på behovet for en tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens rolle overfor kommunene som handler om å ta ansvar for å være tilgjengelig for kommunen, gi tjenester i kommunen og som bidrar til å styrke kommunens arbeid med målgruppen. Sykdomsforløpet til målgruppen er gjerne svingete og uforutsigbart. Selv om målet er at bruker skal bo og leve i kommunen, må spesialisthelsetjenesten ha et godt og tilpasset tilbud, som inkluderer døgnbehandling, når sykdomsbildet forverres og når risikoen for vold er høy. Kommunen kan ikke stå alene om dette ansvaret.

Det er hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å igangsette og holde vedlikeholde formaliserte møteplasser som omfatter beslutningstakere på ulike nivåer og i ulike tjenester. Dette koordinerende ansvaret er særlig viktig der DPS har mange og små kommuner i sitt opptaksområde.

Bolig utgjør en viktig møteplass for kommunen, spesialisthelsetjenesten og bruker. Kommunen har ansvaret for å etablere boliger og å legge til rette for at boliger fungerer som møteplasser. Kommunen har et overordnet ansvar for bolig og oppfølgingstjenester til målgruppen. Samtidig er det viktig å etablere et likeverdig samarbeid med spesialisthelsetjenesten om tjenester i bolig, både med hensyn til hvilke boligtilpasninger som skal gjøres for en enkelte bruker, men også for å gi opplæring og veiledning hos personalet i bolig. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å bidra med kompetanse om rus, psykisk helsearbeid, voldsrisikovurderinger og bruk av kriseplaner.

7.4. Forslag til styringsindikatorer

På bakgrunn av studien har vi foreslått relevante styringsindikatorer på brukernivå og styringsindikatorer for samhandling. Dagens rapporteringssystem med et skille mellom rus og psykisk helsearbeid, fanger i liten grad opp arbeidet som gjøres overfor RoP-pasienter og heller ikke kompleksiteten i dette arbeidet. En viktig forutsetning for utviklingen av styringsindikatorer er at de bygger på en delt forståelse av formålet med å utvikle og anvende indikatorene, og at dette er forankret i hele tjenesten i de ulike sektorene som er involvert.

De foreslåtte styringsindikatorene på brukernivå kan bidra til en bedre oversikt over hvem i kommunen som hører til målgruppen og hvilke tjenester som er involvert rundt målgruppen. Samhandling lar seg vanskelig måle direkte. I våre forslag til styringsindikatorer for samhandling har vi tatt utgangspunkt i struktur, prosess, tjenester (innhold og service) og resultat. De foreslåtte indikatorene er ikke en uttømmende liste. Indikatorene må videre ses i sammenheng med det arbeidet som allerede pågår for å utvikle bedre statistikk over psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunen.

Litteratur

- Aarre, Trond (2010) Manifest for psykisk helsevern. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aakerholt, Amund (2013) *ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen*. Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk helse.
- Andreassen, Tone Alm og Knut Fossetøl (2014) Utfordrende inkluderingspolitikk. Samstyring for omforming av institusjonell logikk i arbeidslivet, helsetjenesten og NAV. I *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 2-2014, årgang 55.
- Berge, Torkil og Erik Falkum (2013): *Se muligheten! Arbeidsliv og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal forlag.
- Bjørngen, Dagfinn m.fl (2014) Alternativ til tvang. Sett fra et bruker- og fagperspektiv. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. *erfaringskompetanse.no* 2014:2.
- Blåka, Sara (2012) Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Status etter Opptreppingsplanen. NIBR-rapport 2012:19.
- Eidhammer, Gunnar m.fl, (2013) Early Recognition Method – ERM. Pilotfase 2 - 2009-2013. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri. Helseregion Sør-Øst. Prosjektrapport 2013-1.
- Forskningsrådet (2009): Evaluering av Opptreppingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Divisjon for vitenskap.
- Fossetøl, Knut og Ingebjørg Skarpaas (2013): Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten. AFI-rapport 8/2013.
- Gråwe, Rolf W. (2006): Psykisk helsevern for personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. I *Tidsskrift for norsk psykologforening*, nr. 43. s 561-562.
- Helsedepartementet (2004): Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rundskriv I-8/2004:
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) Opptreppingsplan for rusfeltet (2007-2012), (St.prp. nr. 1 (2007-2008)).
- Helsedirektoratet (2007): Vurdering av risiko for voldelig atferd. Bruk av strukturerte kliniske verktøy. Rundskriv. IS-9/2007.
- Helsedirektoratet (2008) Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for tilrettelagt tilbud. Rapport IS-1554.
- Helsedirektoratet (2012): Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser (ROP-retningslinjene). IS-1948.
- Isdal, Per (2010): *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Jensen, Elisabeth (2010): Når bolig ikke er nok. En kartlegging av personer med tung rus- og/eller psykiatriproblematikk og som har behov for omfattende bistand til å mestre og beholde sitt boligforhold. Prosjektrapport. Oslo kommune – Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.
- Kalseth, Jorid mfl. (2013): Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Forskningsrapport Sintef; A24136.

- Kunnskapssenteret (2012): Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. Nasjonale resultater i 2011 og utvikling over tid. PasOpp rapport Nr 6-2012.
- Lohne, Petter og Tove Buseth (2006): Alvorlig psykiske lidelser og rusavhengighet: Integreert behandling i oppsøkende poliklinisk team. I *Tidsskrift for norsk psykologforening*, nr. 43. s 563-573.
- Lyngstad, Gunnar Dreyer (2000): Stigma og stigmatisering i psykiatrien. Et område som krever innsats? I *Tidsskrift Den norske legeförening*. 2000, 120:2178-81.
- Magnusson, A. and K. Lutzen (2009): Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSS: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23(1):140-5.
- NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009. Norges offentlige utredninger.
- NAPHA (2013) Arbeid og psykisk helse. Fem gode eksempler. Rapport nr 2/2013.
- Ose, Solveig O. og Rune Slettebakk (2013) Unødige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. Forskningsrapport, SINTEF A2547.
- Slettebakk, R.T, m.fl. (2013) Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF A23879.
- St.prp. 63 (1997-1998): Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Sosial og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2007-2009): Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Roos (2010) Samhandling – Et tilsiktet eller utilsiktet resultat? Hva er årsaken til at utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskrivning på hva kan gjøres? Avhandling i MPA-studiet ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Høgskolen i Nord-Trøndelag og Copenhagen Business School.
- Ruud, Torleif og Anne Landheim (2012): Evaluering av 12 ACT-team, Midtveisrapport. Aker Universitetssykehus og Sykehuset Innlandet.
- Steen, Tove Kristin (2011): Bedre samhandling med «samtidig samhandling. Ansattes erfaringer rundt samarbeid mellom DPS og bolig med base i kommuner. Master i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Tjelta, Tor Helge (2013): Kunnskapsbasert psykisk helsesamarbeid. ... og bedre skal det bli! Kvalitativ masterstudie av psykisk helsesamarbeid mellom DPS og kommune/bydel.
- Vassenden, Anders m.fl. (2013) «Ryktet forteller hvor du bor». Botetthet og integrering blant rusavhengige kommunale leietakere. IRIS-rapport Iris 2012/316.
- Østergren, K. og G.S.D. Reisæter (2005): Koordinering i psykiatrien – Et grenseflateproblem. I *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 125: 2281-2282.

Begreper og forkortelse

Ambulant	”Ambulant, ambulatorisk, poliklinisk, om utredning og/eller behandling som utføres uten at pasienten legges inn på sykehus. Av latinske ambulare, 'gå omkring'.” Store medisinske leksikon
ACT	Assertive Community Treatment - ”aktiv oppsøkende behandling”. ACT og FACT-teamene er tverrfaglige team som arbeider aktivt oppsøkende utenfor sykehus, og som retter seg mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser/problemer. Arbeidet foregår utenfor kontoret, der brukeren bor eller oppholder seg. Formålet med arbeid etter ACT-modellen er å gi sammenhengende og helhetlige tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste til mennesker som ikke makter å oppsøke hjelpeapparatet, eller som ikke selv ser behov for det. Teamene skal sikre brukerne en kontinuerlig kontakt med hjelpeapparatet, redusere behovet for innleggelser og forbedre brukerens livskvalitet og fungering. <i>Naphas nettsider</i> . Les mer: http://www.napha.no/content/425/ACT-team
Bruker-Plan	BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakteren av rusmiddelmissbruk i kommunen. BrukerPlan er utviklet av Helse Fonna, IRIS og KORFOR og er godkjent av Datatilsynet for kvalitetssikring, utvikling og planlegging av tjenester
DPS	Distriktpsikiatriske sentre (DPS) har hovedansvar for generelle tilbud innen den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Med døgntilbud, dagtilbud, poliklinikk og akutt-team er disse sentrene statlige klinikker som samarbeider nært med kommunene i sine respektive områder. Distriktpsikiatriske sentre tilbyr spesialiserte, psykiatriske tjenester og det er fastlegen som henviser til en DPS for utredning og eventuell behandling og innleggelse. <i>Helsedirektoratet</i> . Les mer på: https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Distriktpsikiatriske-sentre.aspx
Early Recognition Method (ERM)	Early Recognition Method (ERM) er en metode for å identifisere forvarsel på vold og etablerer voldsforebyggende tiltak for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og som har en historie på voldsutøvelse. Les mer på: http://sifer.no/verktoy/detalj/early-recognition-method

- FACT** *Flexible Assertive Community Treatment*. Et FACT-team har mindre opptaksområde og behandler en mer sammensatt pasientgruppe enn for eksempel ACT-teamene. De gir også tilbud over lengre tid istedenfor å overføre behandling og oppfølging til ordinære tjenester når pasienten er stabilisert. *FACT-håndboka*. Last den ned her:
<http://www.rop.no/artikler/fact-haandboken-er-klar>
- HCR-20 og VRS-10** Verktøy for utredning av voldsrisiko. Les mer på:
www.sifer.no (Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helseregion Sør-Øst)
- IP** Individuell plan (IP) er innført som et virkemiddel for å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere. En individuell plan gir ikke pasienten eller brukeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket, men planen vil være en viktig premisse ved tildeling av tjenester og kan bidra til å utløse nødvendig hjelp. I tillegg kan planen være viktig ved gjennomføring av hjelpen, og den gir større forutsigbarhet for pasienten eller brukeren. Les mer på:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011/31.html?id=639211>
- IPS** Individual Placement and Support (IPS) oversettes med individuell jobbstøtte. IPS-metoden er en standardisering av prinsipper og måte å jobbe på som har vist seg å fungere for å få mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer i jobb. Manualer, basert på 8 prinsipper, beskriver nøyaktig hva hjelpeapparatet må gjøre. De 8 prinsippene handler i korthet om veien til en ordinær, lønnet jobb. Les mer på:
<https://www.nav.no/Helse/Arbeid+og+psykisk+helse/Individuell+jobbst%C3%B8tte+%28IPS%29+hjelper+syke+i+arbeid.312192.cms>
- LAR** Legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) der substitusjonsbehandling inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp for heroinavhengige. Behandlingen i LAR organiseres som et trepartsamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten i kommunen og primærhelsetjenesten, med pasienten i midten. Les mer på:
<https://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Hva-er-legemiddellassistert-rehabilitering/Generelt.aspx>

- ROP** Forkortelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.
www.rop.no
"Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser":
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Sider/default.aspx>
- Napha** Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha)
www.napha.no
- Sam-handling** Samhandling er en måte for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Samhandlingsreformen s.13, 2012).
Både samarbeid og tverrfaglighet er begreper som kommer inn under begrepet samhandling.
- SEPREP** Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP) tilbyr tverrfaglige utdanningsprogram og utdanning i psykoterapi ved psykoser.
<http://seprep.no/>
- TPH** Tvungent psykisk helsevern. Reglene om tvungent psykisk helsevern finnes i Psykisk helsevernloven kap. 3. Det tvungne psykiske helsevernet kan deles inn i en kortvarig observasjonsperiode og en behandlingsperiode av ubestemt lengde. Tvungent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person som har en alvorlig sinnslidelse (§ 3-3, første ledd). *Store norsk leksikon*

- TSB** Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). TSB er sektoren i spesialisthelsetjenesten som ble opprettet i forbindelse med rusreformen i 2004. Sektoren tilbyr både døgnbehandling og poliklinisk behandling ved private rustiltak og offentlige enheter som er organisert innen helseforetakene. Les mer på: <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/pasienter-i-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb.aspx>
- TUD** Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold

Vedlegg: Casene som inngår i studien

Som vist i kapittel to ønsket vi at casestudien skulle inkludere case som representerte variasjoner i gode praksiser med hensyn til organisering av arbeidet (prosjekt – ordinær drift), hvilke modeller som er valgt (noen har ulike varianter av halvannenlinjetjeneste), samarbeidsformer. Her gir vi en kort presentasjon av hvert enkelt case.

Samhandlingsteamet i Bærum

Samhandlingsteamet i Bærum er treårig prosjekt med oppstart i 2012. Prosjektet skal utvikle og prøve ut en forpliktende samhandlingsmodell mellom Bærum kommune og DPS i Bærum. Prosjektet består av et tverrfaglig samhandlingsteam med ansatte fra psykisk helse og rustjenester i Bærum kommune og DPS Bærum. Teamet har som mål at mennesker med langvarig, alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig ruslidelse og svak eller manglende tilknytning til tjenesteapparatet får et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud i det ordinære tjenesteapparatet i kommunen og spesialisthelsetjenesten. For å kvalitetssikre og dokumentere samhandlingen er det igangsatt en egen evaluering. Formålet med evalueringen er å undersøke hvilke effekt etableringen av samhandlingsteamet har på målgruppens funksjonsnivå, livskvalitet og psykisk helse, og hvilken betydning dette har for tjenesteapparatets praksis.

Casebesøket består av intervjuer med representanter for samhandlingsteamet og ulike avdelinger i DPS. Fra kommunen har vi intervjuet NAV, boligkontoret, psykisk helse- og rustjenesten. Vi har også intervjuet en representant for politiet og fastlege og deltatt på møte i samhandlingsteamet for å bli kjent med metodikken teamet jobber etter.

Sandnes kommune

Sandnes kommune har over flere år bygd opp et ulike tjenester til målgruppen, blant annet et spekter av tilrettelagte botjenester, et kommunalt RoP-team og det at kommunen deltar i Husbankens Housing First-prosjekt. En stor del av dette arbeidet er forankret i kommunens Mestringsenhet, som også organiserte vårt casebesøk. Mestringsenheten gir tjenester innen rus og psykisk helse og enheten består av flere avdelinger, med ulik lokalisering.

Casebesøket består av intervju med representanter for kommunes RoP-team, et tilrettelagt bofellesskap, NAV, Samordningsenheten, bolig tjenesten, Mestringsenheten og kommunelege/fastlege. I tillegg ble politi og representanter for spesialisthelsetjenesten intervjuet (Sikkerhetsposten, EVA, DPS Sandnes og AUV (Avdeling Unge Voksne)).

Nordfjord Psykiatrisenter (NPS) og Nordfjordkommunene

NPS og opptakskommunene i Nordfjord har over lang tid hatt et tett samarbeid, på både systemnivå og på pasient- brukernivå. Vi ønsket å se hvordan dette samarbeidet var forankret, hvilke vurderinger de ulike aktørene hadde av samarbeidet og hvordan de håndterte gråsoner og utfordringer som dukket opp underveis.

Casebesøket, som ble organisert av NPS, består av intervjuer med ledelsen ved NPS, representanter for politi, to NAV-kontor og en kommunal psykiaritjeneste. I tillegg intervjuet vi en fastlege og en brukerrepresentant ved NPS.

Salten Samhandlingsprosjekt

Salten Samhandlingsprosjekt ble startet i 2011 og er et fireårig prosjekt mellom Salten DPS og de ti opptakskommunene. Prosjektet har som mål å utvikle organisatoriske forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetaket. Prosjektet skal bidra til at mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med ruslidelser, kognitiv svikt m.v. med langvarige og sammensatte behov for bistand sikres et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud.

Casebesøket består av intervjuer med representanter for spesialisthelsetjenesten (DPS, psykoseteam, samhandlingsprosjektet), representanter for oppfølgingstjenester innen rus og psykisk helsearbeid i to kommuner, NAV og en fastlege.

Mobilt Sikkerhetsteam «Ny Start», Sykehuset i Telemark

På eget initiativ etablerte sikkerhetsavdelingen ved Sykehuset i Telemark et mobilt Sikkerhetsteam i 2010. Teamet fikk navnet Ny Start og er med å planlegge og legge til rette for utskrivning av pasienter fra sikkerhetsavdeling til kommunen. Dette innebærer en tett samhandling rundt overføringer til kommunale botjenester, rus- og psykiaritjenester, og andre tjenester som er inne, slik som DPS, NAV og politi. Teamet har fokus på å trygge kommunen i slike overføringer og legger vekt på å økt kompetansen om psykisk helsearbeid, alvorlig psykiske lidelser og å bruke verktøy for voldsrisko.

Casebesøket består av intervjuer med representanter for to kommunale bofellesskap, psykisk helsetjeneste og rusomsorg i to kommuner, NAV, DPS og medarbeiderne i Ny Start.

DPS Lovisenberg og to FACT-team i Oslo

Høsten 2013 etablerte bydelen Gamle Oslo landets første FACT- team (fleksibelt oppsøkende behandlingsteam). Teamet er en forlengelse av bydelens ACT-team. FACT tilbyr pasientene mer kontinuitet i behandlingen, med blant annet mer oppfølging enn ACT. Etter hvert har to andre bydeler også gått fra ACT-team til FACT-team. ACT og FACT team er tverrfaglige team som arbeider aktivt oppsøkende utenfor sykehus, og som retter seg mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser/problemer. Arbeidet skal foregå ute av kontoret, der brukeren bor eller oppholder seg. Modellen legger vekt på å gi sammenhengende og helhetlige tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste til mennesker som ikke makter å oppsøke hjelpeapparatet, eller som ikke selv ser behov for det.

Casebesøket bestod av intervjuer med representanter for FACT-Gamle Oslo (inkludert intervju med teamets erfaringskonsulent), FACT-Grünerløkka, RoP-teamet ved DSP Lovisenberg (seksjon for ambulant virksomhet) og NAV. Vi deltok også på et FACT-teamenes «tavlemøte» og med et påfølgende møte hvor det ble gjennomført en voldsrisikovurdering.¹⁶

Ytre Sunnhordaland Samhandlingsteam (YSS)

YSS er et oppsøkende team som gir hjelp til folk med psykiske lidelser og der andre tilbud ikke har gitt resultat. Teamet er organisert som et femårig prosjekt under DPS Stord og dekker kommunene Stord, Fitjar Bømlo og Tysnes og teamet er organisert som prosjekt i perioden 2010-2014/15.

Casebesøket består av intervju med representanter for YSS-teamet, politi, NAV, en kommunal psykiatritjeneste og akuttavdelingen i psykisk helsevern. Vi intervjuet dessuten en fastlege som også hadde en stilling som kommunelege og i tillegg deltok vi på et evalueringsmøte i regi av teamets styringsgruppe med DPS og alle de fire involverte kommunene.

¹⁶ ACT- og FACT-teamene bruker «Tavlemetoden» som et redskap for å sikre mest mulig oversikt over brukerne i teamet. Tavla er sentralt instrument for å ivareta kommunikasjon innad i teamet, sikre teamoppfølgingen og effektivisere daglige teammøter.

Tromsø kommune

Tromsø er et eksempel på et case der samhandling og organisatoriske løsninger for samhandling har utviklet seg over tid både med og uten prosjektmidler; kommunen ble vurdert som et interessant case på bakgrunn av et prosjekt om tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) som kommunen hadde sammen med Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og at ACT-teamet var forankret i kommunen. Da vi tok kontakt med fagansvarlig i den kommunale rus- og psykiatritjenesten fikk vi vite om andre satsninger og tjenesteutvikling i kommunen rundt målgruppen og også utfordringer som hadde blitt fanget opp utenfor disse to prosjektene.

Etablering av et botilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser Tromsø var en av virksomhetene som ble dokumentert av Nettverk for psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Østfold (jf. forrige kapittel). Rapporten viste at prosessen med å etablere boligene hadde positive ringvirkninger for samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. I ettertid har det vært flere samhandlingsarenaer mellom disse. I 2010 fikk Tromsø kommune driftsansvaret for ACT-team. Samtidig, og uavhengig av ACT-satsningen, etablerte kommunen og spesialisthelsetjenesten et samarbeid med og for personer underlagt tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Målsettingen med samarbeidet er å øke kvaliteten på tilbudet til pasientgruppen, samt å redusere bruken av tvang.

Casebesøket ble organisert som en rekke gruppeintervjuer, delvis ut fra kommunens ønske om drøfte ulike utfordringer som kommunen stod overfor og som kunne belyse samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Fra kommunen ble representanter for psykiatrisk bolig-tjeneste, rus- og psykiatritjenesten, tildelingskontoret og Miljøarbeidertjenesten intervjuet. Fra spesialisthelsetjenesten ble representanter fra ulike avdelinger innen psykisk helsevern intervjuet (Subakutt Nord, rehabiliteringsposten og Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn (PSTO-DPS)).

Arbeidsforskningsinstituttet er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt.

Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Publikasjoner kan lastes ned fra AFIs hjemmeside eller bestilles direkte fra instituttet.



Postboks 6954 St. Olavs plass
0130 Oslo
Telefon 23 36 92 00 www.afi.no