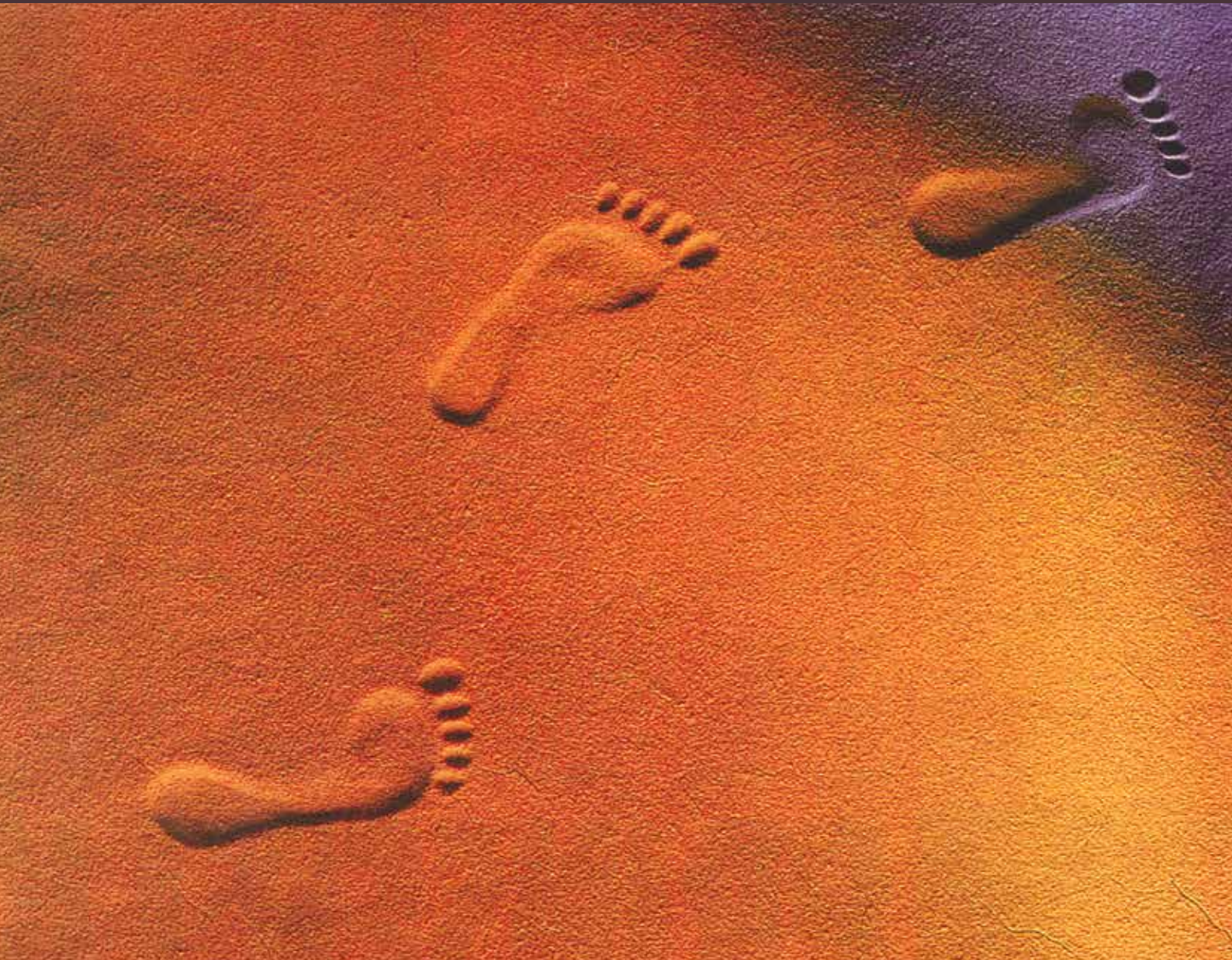


Prosjektrapport:
SPoR Vestfold 2010-2013
- SAMHANDLING PSYKIATRI OG RUS

Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter:

- Hva er 'e vi driver med?



Om rapporten

Denne rapporten fra prosjektet ”SPoR Vestfold – samhandling psykiatri og rus 2010-2013” stiller grunnleggende spørsmål ved hva som særlig kjennetegner psykososial rehabilitering av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Rapporten kommer også med anbefalinger til kommunene og helseforetaket om tiltak for bedre brukeropplevd nytte og samlet kostnadseffektivitet. Disse tiltakene omfatter:

- Organisasjonsutvikling helseforetaket og kommunene sammen med grunnlag i forløpstenkning
- Samordnet tiltaksutvikling
- Utvikling av koordinatorrollen i spesialisthelsetjenesten
- Utprøving av en enklere samhandlingsmodell
- Økt vekt på ”henvendelse før henvisning”
- Samordning for radikalt tidligere innsats
- Utvikle samarbeidet med leger og jurister

Forord

Prosjektgruppa for SPoR Vestfold – Samhandling Psykiatri og Rus legger med dette fram rapporten som oppsummerer fire års arbeid. Vi har valgt å kalle rapporten

Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter: Hva er 'e vi driver med?

Tittelen på rapporten kan virke provokatorisk, og er i en viss forstand ment å være det.

En politikk bør bedømmes ut fra i hvor stor grad den lar seg gjennomføre. Vi er bedt om å se fordomsfritt på hjelpeapparatets samlede virksomhet ut fra ståstedene til 22 brukere med sammensatte vansker. Det er god ledelse å be brukere og medarbeidere om innspill til forbedringer.

Vi oppfatter at oppdragsgiver ønsker å bidra til å minimere velferdstapet gjennom forløpet av en kronisk lidelse – ved at vi blir flinkere til sammen å levere tiltak som gir best mulig brukeropplevd nytte og høyest mulig kostnadseffektivitet innen rammen av tilgjengelige ressurser. Vi er ikke bedt om å foreta en fullstendig og objektiv beskrivelse av arbeidet på feltet. Vi ber om at rapporten leses med dette utgangspunktet.

Prosjektgruppa mener det er grunnlag for å stille følgende spørsmål:

- I hvor stor grad er hjelpeapparatets oppbygging og fungeringsmåte tilpasset oppgaven å levere psykososiale rehabiliteringsforløp for pasienter/brukere med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse?
- Er vi sikre på at de ulike aktørene i hjelpeapparatet har tilstrekkelig like bilder av oppgavene vi skal løse samme, slik at vi alle drar i samme retning?
- Er vi flinke nok til å samhandle med brukerne/pasientene når vi formulerer målsettinger og veien vi skal gå for å nå disse?

Vi er klar over at det er tunge politiske, strukturelle og økonomiske forklaringer på at ting er som de er. Nettopp fordi det er så sterke krefter i spill, må det stilles grunnleggende spørsmål hvis nødvendige endringsprosesser skal være mulig. Prosjektgruppa håper rapporten kan bidra i diskusjonen om veien videre i psykososial rehabilitering av RoP-pasienter.

Rapporten er ført i pennen av prosjektleder Vidar Bjørn som også er prosjektgruppas leder.

Prosjektgruppa står samlet bak rapporten. I siste fase av arbeidet har gruppa bestått av følgende personer:

- Kari Banggren, Sykehuset i Vestfold, avdeling for rusbehandling (ARB)
- Hilde C Rui, Tønsberg kommune (i permisjon – har bidratt hele veien – ingen vara oppnevnt)
- Anders Wivestad, psykiatrisk fylkesavdeling (PFA)
- Laila Stadsnes, Stokke kommune
- Sissel Egenberg, Larvik kommune
- Grete Wold, Sandefjord kommune
- Lena Sjølie, Nøtterøy kommune
- Dan-Ketil Olufsen, Nordre Vestfold Distriktspsykiatriske Senter
- Dagheid Holm, Søndre Vestfold Distriktspsykiatriske senter
- Inger Marie Pauli, NAV Vestfold, VIPS-prosjektet

Arbeidet med rapporten avsluttes 15. januar 2014.

Innhold

1) Kortversjon: Sammendrag, funn og anbefalinger	s. 5
2) Hvorfor startet vi prosjektet og hvordan?	s. 9
2.1 Bakgrunn	s. 9
2.2 Rigging av prosjektorganisasjon	s. 9
2.3 Avklaringer og målformuleringer	s. 10
2.4 Tidsramme og parallelle hendelser	s. 12
3) Hva var vår forforståelse av brukernes erfaringer med hjelpeapparatet?	s. 13
4) Hva lærte vi om RoP-feltet i prosjektets forberedelsesfase?	s. 14
5) Hva lærte vi om brukernes erfaringer gjennom oppstartintervjuene?	s. 14
6) Hva gjorde vi i prosjektet ?	s. 16
6.1 Om valg av metode	s. 16
6.2 Om rekruttering av deltakere	s. 17
6.3 Om gjennomføringen	s. 18
7) Ble brukertilfredsheten endret?	s. 19
7.1 Oppstartintervjuene	s. 19
7.2 Bortfallerne	s. 20
7.3 Endringer i brukertilfredshet	s. 21
8) Hva lærte vi underveis, gjennom sluttintervjuene og saksoppsummeringene?	s. 22
8.1 Vellykkede og ikke vellykkede case	s. 22
8.2 Hvordan forstå "et funn"	s. 22
8.3 De viktigste "funnene" i SPoR-prosjektet	s. 23
8.3.1 RoP dominerer fullstendig som samhandlingsutfordring	s. 23
8.3.2 "VIP" – "veldig innsatskrevende pasient"	s. 24
8.3.3 Utredning skjer svært seint	s. 25
8.3.4 Rehabilitering – eller habilitering?	s. 25
8.3.5 Betydningen av å skape like bilder	s. 26
8.3.6 Betydningen av trygge og robuste relasjoner og oppfølging i hjemmemiljøet	s. 27
8.3.7 Rollen som koordinator i kommunen	s. 28
8.3.8 Rollen som koordinator i spesialisthelsetjenesten	s. 28
8.3.9 Å strekke seg – eller å trekke seg	s. 30
8.3.10 En enklere samarbeidsmodell?	s. 31
8.3.11 Drøftingsarenaer	s. 32
8.3.12 Fastlegene, kommunen og spesialisthelsetjenesten	s. 33
8.3.13 Terapeutisk og juridisk rasjonalitet	s. 33
8.4 Stikkordmessig oppsummering av funnene i SPoR-prosjektet	s. 34
9) SPoR-prosjektets anbefalinger til oppdragsgiver	s. 36
9.1 Organisasjonsutvikling som tema i samarbeidsavtalene	s. 38
9.2 Samordnet tiltaksutvikling	s. 38
9.3 Utvikling av koordinatorrollen i spesialisthelsetjenesten	s. 39
9.4 Utprøving av en enklere samhandlingsmodell	s. 39
9.5 Henvendelse før henvisning	s. 39
9.6 Samordning for radikalt tidligere innsats	s. 39
9.7 Utvikling av samarbeid med fastleger og jurister	s. 40
10) Noter	s. 41
11) Vedlegg	s.42

1) Kortversjon

Sammendrag, funn og anbefalinger

Prosjektet SPoR Vestfold - samhandling psykiatri og rus har gjennom årene 2010 - 2013 i hovedsak blitt finansiert av en årlig bevilgning på kr. 500 000 fra Helsedirektoratet. Bakgrunnen for prosjektet er en erkjennelse blant ledere på høyt nivå i fem kommuner og i helseforetaket av at samhandlingen rundt denne gruppen pasienter/brukere er en utfordring, og resultatene ikke står i samsvar med de ressursene som settes inn.

Prosjektet rekrutterte 22 brukere som deltakere. De ble valgt ut fra den gruppen kommunene og helseforetaket synes de lyktes dårligst med å hjelpe. Hver av deltakerne ble grundig intervjuet om sine erfaringer som tjenestemottakere. Deres synspunkter ble tatt med inn i ansvarsgruppene, og lagt

til grunn for den videre jobbingen. Arbeidet i hver av ansvarsgruppene ble fulgt tett og dokumentert over en periode på ca. 2 ½ år. Ved prosjektets avslutning ble deltakerne intervjuet på nytt med hensyn til brukeropplevd nytte, og hver av sakene ble oppsummert i ansvarsgruppe eller samarbeidsgruppe⁷⁾. Saksoppssummeringene ble analysert av prosjektgruppa med tanke på læring på systemnivå.

Bare ti av deltakerne svarte med tallangivelse på fem spørsmål om brukertilfredshet både i oppstart- og avslutningsintervjuet. Angivelsene i oppstartintervjuet var overraskende positive. Endringene gjennom prosjektperioden var moderate. På en skala fra 1 til 9 – der 1 er veldig dårlig/i veldig liten grad og 9 er veldig bra/i veldig høy grad fordelte svarene seg slik:

	Median i oppstart-intervju	Median endring
- Hvordan synes du alt i alt du har det i livet nå?	5,5	+1,8
- Hvor nyttig synes du alt i alt at hjelpen/støtten du mottar nå er?	6,5	0
- I hvor stor grad synes du hjelperne forstår hvordan du har det og hva som er dine mål?	6	0
- I hvor stor grad synes du hjelperne tar hensyn til dine meninger?	4,3	+1,5
- Hvor flinke synes du nå hjelperne er til å samarbeide seg imellom?	6,5	+1,5
Indeks "brukertilfredshet"	5,7	+1,2

Spredningen var stor, og funnene må tolkes med forsiktighet. Prosjektgruppa leser budskap til de ti brukerne som ga tallmessig tilbakemelding både ved start og slutten av prosjektperioden slik:

"Jeg har fått det litt bedre, og hjelperne gjør så godt de kan innen de rammene de har. Men tiltakene de rår over treffer ikke noe bedre det som er mine målsettinger, og er derfor ikke blitt mer nyttige for meg"

Brukerintervjuene gir etter prosjektgruppas vurdering grunnlag for å stille spørsmålet "hva er det vi driver med":

I hvor stor grad er hjelpeapparatets struktur og verktøykasse tilpasset de særlige utfordringene som psykososial rehabilitering av RoP-pasienter byr på?

Prosjektgruppa har gjennomgått og analysert saksoppsummeringene fra de enkelte casene, og beskriver stikkordmessig de viktigste "funnene" i prosjektet slik:

- 1) Av de sakene som skaper særlige samhandlingsutfordringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (RoP-lidelser) helt dominerende – i SPoR-prosjektet er 95 % av samhandlingsnøttene RoP-saker.
- 2) Noen RoP-pasienter er til enhver tid så funksjonshemmet og innsatskrevende at det er hensiktsmessig å se det som et tidsavgrenset fellesprosjekt å løse eller rydde opp i saken.
- 3) Det kjennetegner gruppen RoP-pasienter at det er vanskelig og tar særlig lang tid å få tilstanden utredet, og å komme i posisjon for adekvate behandlings- og rehabiliteringstiltak.
- 4) De fleste RoP-pasienter har såpass liten erfaring med å mestre livet at det er like riktig å snakke om habilitering som om rehabilitering. Pedagogiske tiltak er like viktig som terapi og omsorg. Tiltak i regi av NAV kan utnyttes bedre, og NAV Vestfold har tatt et kraftfullt initiativ til det.
- 5) Prosjektets sterkeste funn er at samhandling med og rundt RoP-pasienter løper mye lettere når det skapes forutsetninger for at de ulike aktørene klarer å skape like bilder av "hva er det egentlig vi driver ned".
- 6) Skal arbeidet med RoP-pasienter lykkes, må det legges til rette for få, trygge, varige og robuste, terapeutiske relasjoner med mulighet for oppsøkende, boligbasert og nærmiljøbasert innsats. Det er for knapp tilgang på egnede boliger i kommunene.
- 7) En sterk funksjon som kommunal koordinator for RoP-pasient/bruker, med tilstrekkelig kapasitet og bred RoP-kompetanse, er avgjørende viktig for å lykkes i slike saker.
- 8) Rollen som koordinator i spesialisthelsetjenesten er ennå ikke utviklet i tråd med lovens intensjoner. Dette er medvirkende til at en samlet spesialisthelsetjeneste - tross stor ressurstilgang i enkelte særlig sammensatte RoP-saker - har vanskelig for å bidra optimalt i samarbeidet med kommunene. Helseforetakenes rapport- og incentivstruktur fremmer ikke medarbeidernes mulighet for å utvikle koordinatorrollen på tvers av enheter som opptrer autonomt.
- 9) Det er stort variasjon i når samarbeidspartnerne innen gitte ressursrammer "strekker seg" og når de "trekker seg" i vanskelige enkeltsaker. Kriteriene for når det ene og når det annet skjer er utydelige.
- 10) En mindre modell (triangel eller tetraede) som grunnstruktur i daglig samarbeid ivaretar både økt reell brukermedvirkning og nødvendig tverrfaglig samarbeid på en bedre og mer effektiv måte enn en tradisjonell, stor ansvarsgruppemodell.
- 11) Tydelige arenaer og rutiner for drøfting etter HFH-prinsippet ("henvendelse før henvisning") kan bidra til "rett RoP-pasient på rett sted til rett tid" i samhandlingen mellom den enkelte kommune og spesialisthelsetjenesten.
- 12) Fastlegenes deltakelse er en avgjørende viktig kommunal ressurs i samarbeidet rundt RoP-pasienter. Det er en kommunal lederoppgave å sikre at uvillige fastleger kommer på banen.

13) I møtet mellom helse/sosial/omsorgs-sektoren og justissektoren er det ibo-ende forskjeller i tenkemåte som i gitte situasjoner gjør det vanskelig å enes om hva som er hensiktsmessig og nyttig for pasienten/brukeren/klienten.

Prosjektgruppa gir ved avslutningen av SPoR-prosjektet følgende anbefalinger til sine oppdragsgivere:

1. Organisasjonsutvikling som tema i samarbeidsavtalene

SPoR-prosjektet har befattet seg med samhandling, ikke med andre viktige temaer som kompetanse, ressurstilgang og ressursfordeling. Ressurstildeling er et politisk tema. Samtidig med at prosjektet avsluttes gir en ny regjering signaler om å prioritere innsatsen på RoP-feltet. Det er svært gledelig for alle som er opptatt av dette arbeidet. Prosjektgruppa vil allikevel advare mot å tro at økt ressurstilgang er det viktigste som kan skje. Det hjelper sjelden med mer av gammel medisin hvis gammel medisin ikke virker. Vi mener at prosjektet viser at det er sider ved helsevesenets struktur og fungeringsmåte som dårlig støtter opp om den forløpstenkning som er nødvendig for å hjelpe personer med sammensatte vansker og langvarige hjelpebehov, slik som RoP-pasienter. Ut fra SPoR-prosjektets erfaringer er ROP-feltet så dominerende som opphav til samhandlingsutfordringer mellom kommunene og Klinikk psykisk helse og rusbehandling at hensynet til sammen å skape gode pasientforløp bør tillegges økt vekt for hvordan tjenestene i hele grenseflaten utvikles i tiden framover. For å låne et begrep fra teknologien: Det bør jobbes med kompatibilitet mellom systemene.

Kommunene har langt på vei, innen sine knappe ressursrammer, omorganisert innsatsen på RoP-feltet de siste årene:

- Organisatorisk integrering rus/psykiatri
- Lagt til rette for kompetanse på integrert behandling

- Prioritert de til enhver tid mest innsatskrevende brukerne

Spesialisthelsetjenestens store innsats på RoP-feltet fremstår organisatorisk og faglig som langt mer fragmentert:

- Markant organisatorisk skille mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- DPS poliklinikker er diagnoseinndelt - allmenn, rus og rehabilitering
- Det er stor forskjell mellom enhetene i vektlegging av ambulant arbeid
- Deltakerne i SPoR-prosjektet beskriver en "enten-rus-eller-psykiatri"-kultur

Det blåser sterke vinder på RoP-feltet i retning av terapeutisk integrering og økt vekt på ambulant, hjemmebasert og oppsøkende arbeidsmetodikk. Den siste nye innsatsen fra Klinikk psykisk helse og rusbehandling – ROP-team Vestfold – legger slike tanker til grunn, og er blitt svært godt mottatt i kommunene. ROP-teamet er styrket med en kommunal tilleggsressurs. Men de store ressursene i Klinikk psykisk helse og rusbehandling (KPR) ved Sykehuset i Vestfold inn mot RoP-feltet har rammebetingelser som ikke fungerer optimalt med tanke på den forløpstenkning som er nødvendig i psykososial rehabilitering av RoP-pasienter. Prosjektgruppa vil tilrå at en felles, kritisk gjennomgang av slike organisatoriske spørsmål blir gjort til tema i samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og kommunene. Og at det nyopprettede ROP-teamet ses på som et felles utviklingsprosjekt.

NAV må bli en del av dette utviklings-samarbeidet.

2. Samordnet tiltaksutvikling

Den typiske RoP-pasient har en lang karriere i hjelpeapparatet. Både hensynet til brukeropplevd nytte og samlet kostnadseffektivitet tilsier at noen sentrale hensyn må ivaretas i det repertoaret av tiltak som spesialisthelsetjenesten og kommunene sammen rår over:

- Samtidighet i innsats
- Forløpsperspektiv
- Kompetanse på integrert innsats ruslidelse og psykisk lidelse
- Nærmiljøbasert og kontinuerlig
- Bidrag til helhetlig løsning ("skulder ved skulder")
- Robust med hensyn til svingende motivasjon hos brukeren/pasienten

Prosjektgruppa anbefaler at samarbeidsavtalen mellom helseforetaket og kommunene sikrer at tiltakene blir utviklet ut fra et slikt bredt og felles perspektiv.

3. Utvikling av koordinatorrollen i spesialisthelsetjenesten

De sakene som er løst dårligst i SpoR-prosjektet, har det til felles at de ulike enhetene i spesialisthelsetjenesten ikke har klart å samordne seg for et optimalt forløp. I disse sakene savnes en koordinator med kapasitet og autoritet til å arbeide på tvers av enhetene. Spesialisthelsetjenesteloven forutsetter en slik funksjon.

Prosjektgruppa anbefaler at KPR tar ledergrep for å utvikle koordinatorrollen i spesialisthelsetjenesten.

4. Utprøving av en enklere samhandlingsmodell

En sterk og tydelig koordinatorfunksjon både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, vil etter prosjektgruppas vurdering være en forutsetning for at en mindre og mer effektiv triangel- eller tetraedemodell kan fungere som grunnstruktur i samarbeidet i visse særlig innsatskrevende saker.

Prosjektgruppa anbefaler at en slik modell prøves ut systematisk.

5. Henvendelse før henvisning

Prinsippet – eller stikkordet – "henvendelse før henvisning" (HFH) har kommet i bruk i det siste. Meningsinnholdet er det samme som det flere kommuner lenge har argumentert for: Sikring av møtearenaer

og møterutiner mellom DPS og den enkelte kommune for drøfting og samordning av utfordrende caser. Det kan bidra til at en av samarbeidspartnerne går videre alene med større trygghet, eller at det kommer en god henvisning til rett instans.

Prosjektgruppa er kjent med at det ved prosjektets avslutning er utvikling på gang i samarbeidet mellom DPS'ene og kommunene om akkurat dette. Gruppa anbefaler at sikring av slike arenaer og rutiner blir en del av samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og alle kommunene i Vestfold.

6. Samordning for radikalt tidligere innsats

Det er regelen mer enn unntaket at godt voksne RoP-pasienter har vært kjent i hjelpeapparatet fra barndommen av, og gjennom en vanskelig ungdomstid aldri har vunnet evne til å mestre eget liv på en god måte.

Prosjektgruppa anbefaler at kommunene og helseforetaket gjennom bred involvering utreder hvordan de ulike enhetene med delansvar og delhjempler kan samhandle for en vesentlig tidligere og sterkere innsats for barn og unge som er i risiko for å utvikle invaliderende RoP-lidelser.

7. Utvikling av samarbeidet med fastleger og jurister

Fastlegen er dypt involvert i de aller fleste RoP-sakene, og burde være det i alle. I mange saker er det jurister involvert – både som forsvarer og som representant for tiltale- eller justismyndighet.

Det er en lederoppgave å sikre best mulig samhandling med disse fagpersonene. Det er allikevel enkelte sider ved de tradisjonelt "frie profesjonenes" arbeidsmåte og rammebetingelser som gjør det vanskelig å få dem i tale når det trengs aller mest.

Prosjektgruppa anbefaler at styringsgruppa drøfter om det er systematiske tiltak som kan iverksettes for å fasilitere samarbeidet med disse gruppene.

2) Hvorfor startet vi prosjektet og hvordan?

2.1 Bakgrunn

Prosjektets historikk går tilbake til høsten 2008 da Psykiatrien i Vestfold, HF (PiV HF) inviterte kommunene i fylket til sammen med seg å søke Helsedirektoratet om midler til et ACT-team (Assertive Community Treatment). Underveis i prosessen har Psykiatrien i Vestfold HF fra 1.1.2012 blitt til Klinikk psykisk helse og rusbehandling (KPR) under Sykehuset i Vestfold HF (SiV HF).

De kommunene som svarte på PiV HF's invitasjon og ble med videre i prosjektet var Horten, Nøtterøy, Tønsberg, Stokke, Sandefjord og Larvik. Horten kommune falt ut igjen før prosjektet var kommet ordentlig i gang, slik at fem av fylkets 14 kommuner ble med videre. De fem deltakende kommunene representerer ca. 2/3 av Vestfolds innbyggere. NAV Vestfold var ikke med i prosjektet fra starten, men ble invitert inn i tidlig fase og takket ja til deltakelse.

Utgangspunktet for prosjektet var enighet blant ledere på høyt nivå i helseforetaket og i kommunene om at det rundt en gruppe pasienter med langvarige og sammensatte hjelpebehov kreves bedre samhandling. Samhandlingsreformen var på vei, lederne ønsket sterkere fokus på pasientforløp. Kommuner og foretak sammen skulle framstå som lærende organisasjoner med hensyn til samhandling.

Etter at et forprosjekt leverte sin rapport 25.5.2009 ble det i samarbeidsmøte konkluderte med at kommunene ikke så seg i stand til mobilisere de ressurser som måtte til for til å fylle søknadskriteriene for et ACT-prosjekt. Isteden ble det enighet om å søke Helsedirektoratet om midler til et mindre prosjekt under overskriften "Utvik-

ling av organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller innen psykisk helsefeltet" over statsbudsjettets kapittel 0743.62.

Søknad som ble sendt Helsedirektoratet 24.4.2009 skisserte et prosjekt relativt "rett-på-sak" for å utvikle samarbeidsarenaene og "stramme opp" samarbeidet rundt pasienter som, uavhengig av diagnose, fungerte slik at de i liten grad klarte å nyttiggjøre seg eksisterende hjelpetiltak. I brev fra direktoratet datert 9.juli 2009 ble søknaden imøte-kommet med kr. 500 000. Tilskudd har ligget på samme nivå for de følgende årene (2010-2013). Noe egen tilleggsfinansiering er mobilisert underveis.

Det er altså snakk om et svært lite prosjekt. Ingen pasientrettede tiltak har skjedd i regi av prosjektet, men i regi av de deltakende enhetene.

2.2 Rigging av prosjektorganisasjon

Prosjektleder tiltrådte i 60 % stilling 18. januar 2010. Prosjektleders arbeidsforhold ble knyttet til PiV HF (seinere SiV HF – KPR), som har stilt kontor, telefon, IKT og transport kostnadsfritt til rådighet for prosjektet.

Etter litt innledende famling, fikk styringsgruppa for prosjektet i løpet av våren 2010 stabilt slik sammensetning:

- Klinikk psykisk helse og rusbehandling: Fagsjef (tidligere PiV HF fagdirektør) – leder
- Nordre Vestfold DPS (Distriktpsikiatriske senter): Avdelingsjef
- Søndre Vestfold DPS: Avdelingsjef
- NAV Vestfold: Avdelingsdirektør brukere og muligheter
- Nøtterøy kommune: Kommunaldirektør helse og sosial

- Tønsberg kommune: Virksomhetsleder helsetjenester
- Stokke kommune: Kommunalsjef helse, velferd, omsorg
- Sandefjord kommune: Helse- og sosialsjef
- Larvik kommune: Enhetsleder – omsorgstjenesten for rus og psykisk helse
- Brukerutvalget i SiV/KPR
- Fylkesmannen i Vestfold (observatør)

Styringsgruppa har underveis i prosjektet hatt tre til fire møter i året. Prosjektleder har vært gruppas sekretær.

Det ble vedtatt å opprette en prosjektgruppe som fikk denne sammensetningen:

- Prosjektleder – leder av prosjektgruppa
- Avdeling for rusbehandling (tidligere Vestfoldklinikken): Fagkonsulent
- Psykiatrisk fylkesavdeling: Enhetsleder forsterket psykoseavdeling
- Nordre Vestfold DPS: Enhetsleder ruspoliklinikk
- Søndre Vestfold DPS: Enhetsleder rehabiliteringspoliklinikk
- Nøtterøy kommune: Leder tjeneste for psykisk helse og rus
- Tønsberg kommune: Enhetsleder psykisk helse og rus
- Stokke kommune: Leder psykisk helse – og rustjenester
- Sandefjord kommune: Leder sosialmedisinsk senter
- Larvik kommune: Avdelingsleder – omsorgstjenesten for rus og psykisk helse
- NAV Vestfold: Prosjektleder VIPS (Vestfold Individual Placement and Support)
- Prosjektleder KPR bedre intern samhandling (deltok til oktober 2012)

Prosjektgruppa har hatt møter seks til syv ganger i året.

Det har vært en del personutskiftninger, både i styringsgruppa og i prosjektgruppa underveis i prosjektet.

Ved vedtak i styringsgruppa 22.9.2010 fikk

prosjektet navnet ”SPoR Vestfold – samhandling psykiatri og rus”.

Styringsgruppa har flere ganger underveis drøftet eventuelle initiativ for å utvide prosjektet til å omfatte alle Vestfoldkommunene. Det har vært holdt åpent for det, men ikke tatt aktive initiativ, og det er ikke registrert interesse fra andre kommuner for å komme med.

2.3 Avklaringer og målformuleringer

Etter grundig høring og utredning fikk prosjektets styringsgruppe i møte 28.4.2010 forelagt en skisse til mulige innfallsvinkler for arbeidet. Styringsgruppa valgte da bort noen tiltak som ble ansett for å være for ambisiøse i et så lite prosjekt. Blant det som ble valgt bort var tiltak for å utvikle samarbeidsarenaene mellom kommunene og helseforetaket på nivåene over det helt pasientnære, samt en mer ambisiøs satsing på samordning av arbeidet med tidligintervensjon for å hindre tidlig kronifisering og livslange RoP-lidelser. Linjelederne så iverksetting av slike tiltak som oppgaver utenfor prosjektets ansvar, og ønsket å følge opp dette gjennom tjenesteventaler mellom kommunene og helseforetaket i forbindelse med samhandlingsreformen. Styringsgruppa ba prosjektleder og prosjektgruppa å beskrive og utvikle prosjektet med utgangspunkt i følgende to prioriterte innsatsområder:

- Utvikle metode og gjennomføre undersøkelse av brukeropplevd nytte i et forløpsperspektiv
- Utvikle samhandling i retning felles innsetsteam og arenaavhengig innsats på pasientnært nivå ved å oppgradere samhandling på enhetsledernivå.

Følgende målformuleringer ble vedtatt i styringsgruppas møte 28.4.2010:

MÅLGRUPPE:

Målgruppen er personer som pga alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusproblem i kombinasjon med andre vansker har behov for langvarig, sammensatt og omfattende hjelp fra både spesialisttjenesten psykisk helse og rus og fra kommunene – med særlig vekt på de som har vansker med å nyttiggjøre seg gitte tilbud. Dobbeltdiagnoser psykiatri/rus skal ha prioritet, men det er også aktuelt å jobbe med personer med personlighetsforstyrrelser, bipolare lidelser, tvangslidelser, traumatiserte, ADHD og personer i autisme/Asperger-området. Fokus skal være på personer i voksen alder, men det kan være aktuelt å jobbe med forløp fra før 18 års alder.

OVERORDNET FORMÅL:

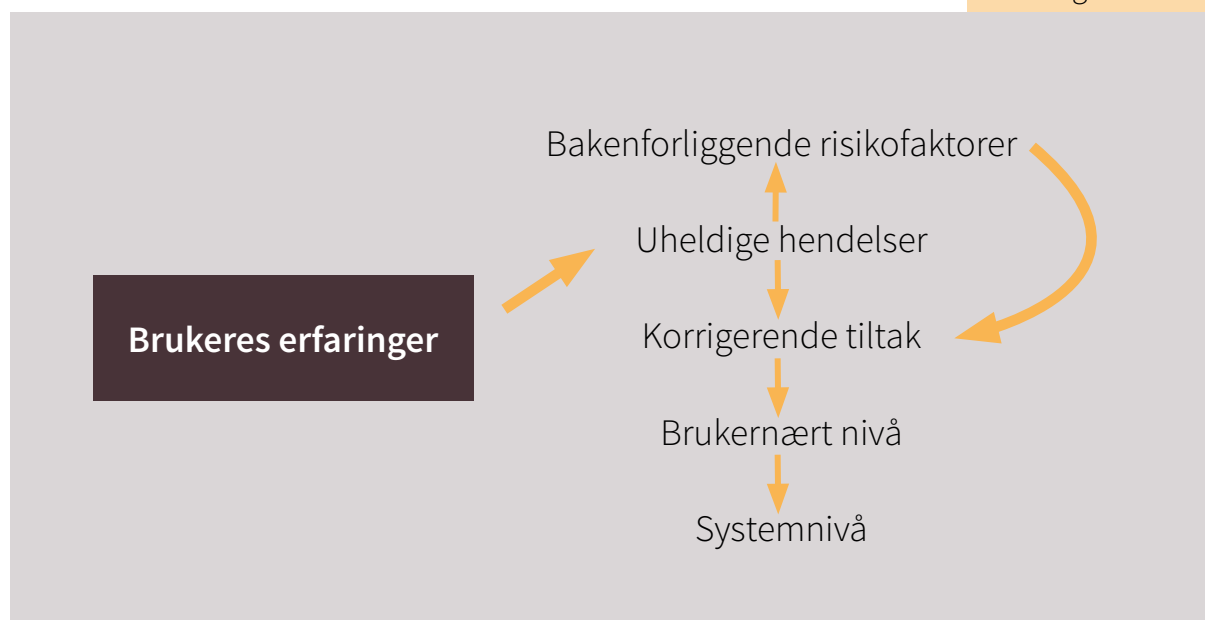
Prosjektets overordnede formål er å sikre helhetlige, sammenhengende og kostnads-effektive pasientforløp og bedre brukeropplevd nytte av de samlede behandlings- og rehabiliteringstiltak når tjenesteytende enheter på begge nivå er involvert.

DELMÅL – bidrag til å nå det overordnede formålet:

- Å lage opplegg for og gjennomføre undersøkelser av brukeres opplevde nytte og tilfredshet
- Å involvere alle aktuelle tjenesteytere i utviklingsarbeid
- Å skape like bilder av oppgavene, utfordringene og ansvarsfordelingen
- Å skape klima for læring og endring
- Å utvikle praksisnære og forpliktende modeller, arenaer og rutiner for samhandling
- Å utvikle behandlingslinjer og metoder som er koordinert og fleksible på tvers av tjenestenivåene.

Uheldige hendelser (eller altså "feil") sett fra brukernes ståsted er prosjektets viktigste læringsressurs. Figur 1 representerer en tankemodell for SPoR-prosjektets læringsmål:

Figur 1



Det er verd å merke seg at prosjektet ønsket å holde fokus på hva som kan gjøres bedre med hensyn til samhandling innen eksisterende rammer. Prosjektet har derfor ikke befattet seg med problematikk knyttet til ressurstilgang eller generell faglig kompetanse.

Det ligger også i formålstenkningen at erfaringer som gjøres med de vanskeligste sakene vil ha overføringsverdi til alle saker som innebærer samhandling mellom ulike enheter.

Prosjektet ”oversatte” de mer formelle målsettingene til fyndord for daglig bruk:

- Våre brukere/pasienter er hele og individuelle
 - enten vi jobber i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten
 - enten han/hun for tiden er innlagt eller ikke
 - enten rus eller psykiske plager er mest dominerende akkurat nå
- Vi leter sammen etter årsaker når ting ikke går bra
- Vi søker sammen etter hva hver og en kan bidra med for å finne bedre løsninger
- Vi skal først og fremst ikke skape problemer for hverandre

2.4 Tidsramme og parallelle hendelser

Prosjektets opprinnelige tidsramme var tre år, 2010-2012. Det ble tidlig klart at arbeidet foregår i en ”langsom bransje”, og at den opprinnelige tiden til å innhente relevante erfaringer med pasientforløp ville bli snau. Ved styringsgruppas vedtak 10.2.2012 ble prosjektet vedtatt utvidet med ett år – ut 2013. Det innebærer at prosjektet når det oppsummeres har jobbet med innhenting av pasient/bruker erfaringer i ca. 2 ½ år.

Underveis i arbeidet har de foreløpige erfaringene fra SPoR-prosjektet vært etterspurt. Prosjektleder har deltatt i planlegging og utvikling av to beslektede tiltak i Vestfold:

- Opprettelsen av et nytt ROP-team i Klinikk psykisk helse og rusbehandling
- Et prosjekt med finansiering fra Fylkesmannen for styrking av kommunenes samarbeid med ROP-teamet, inspirert av erfaringer fra Bærum kommune og Bærum DPS – om integrerte innsatsteam

Prosjektet er en rekke ganger presentert i ulike faglige fora, lokalt og nasjonalt. Det planlegges en bredt anlagt avslutningskonferanse/fagdag 27.2.2014 der prosjektet skal dokumenteres.

Mens SPoR-prosjektet har gått sin gang, har NAV Vestfold startet opp et kraftfullt utviklingsprosjekt etter metodikken Individuell Jobbstøtte (se kort omtale under pkt. 8.3.4)



3) Hva var vår forforståelse av brukernes erfaringer med hjelpeapparatet?

For å øke sensitiviteten for det som faktisk ville bli sagt i de innledende brukerintervjuene, mente prosjektgruppa det ville være hensiktsmessig med en forhåndsgjennomgang av hvilke synspunkter vi ventet å få fram. Etter en diskusjon ble prosjektgruppa enig om å starte med en forforståelse av hva målgruppen ville komme til å fortelle:

- Trenger hjelp til livsmestring i et langsiktig, rehabiliterende perspektiv
- Har erfaring med "sirkulære forløp" – ikke "lineære forløp" som er vanlig i somatikken
- Etterlyser bedre sammenheng i tiltakene – samordning i tid er særlig viktig
- Beskriver flaskehals, ventetid og brudd i forløp som er særlig uheldig når motivasjonen er vekslende
- Har mange opplevelser av tap og brudd i relasjoner – og er sårbare for relasjonsbrudd
- Har behov for
 - medvirkning
 - langsiktighet – rød tråd
 - respekt for egne mål
 - frivillighet framfor tvang
 - forutsigbarhet – trygghet
 - tilgjengelighet

4) Hva lærte vi om RoP-feltet i prosjektets forberedelsesfase?

Underveis i et prosjekt som SPoR fokuseres oppmerksomheten. De involverte personene lærer av hverandre og suger til seg kunnskap, uten å alltid vite etterpå hvor den kom fra. Her nevnes punktvis noe kunnskap om RoP-feltet som tidlig nedfelte seg i "den kollektive bevisstheten" til prosjektgruppa:

- Problemene debuterer før 15 års alder for 50 % og før 25 års alder for 75 % av brukerne/pasientene med RoP-lidelser. Dette bør tilsi mye tidligere og bedre koordinert innsats for å hindre kronifisering.¹⁾
- Det er høy grad av overlap mellom alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse – for enkelte parametere over 50 %, ifølge Nasjonal retningslinje for RoP-lidelser.
- Personer med RoP-lidelser får som oftest livslange vansker, og lever i gjennomsnitt 15-25 år kortere enn normalbefolkningen.¹⁾
- Det er grunn til å tro at resultatet av behandling og rehabilitering ved RoP-lidelser kan gi minst like gode resultater som ved ruslidelser alene, dersom tiltakene er adekvate - i og med at det er to sårbar-

hetsfaktorer som kan arbeides med. Ved ruslidelser alene er det vanlig å regne med slik prognose etter adekvat behandling og rehabilitering:²⁾

- Ca. 1/3 helt helbredet
- Ca. 1/3 vesentlig bedring og livskvalitet
- Ca. 1/3 kronisk forløp og tidlig død
- Et kronisk forløp på RoP-feltet manifesterer seg gjerne som en lang rekke akutte hendelser.
- Tiltaksansvaret er som oftest fordelt på mange, og uklart avgrenset.
- Bedre livsmestring går ofte forut for klinisk bedring, og kollaps i hjelpe- og støttetiltak går ofte forut for sykdomsforverring.³⁾
- To av tre pasienter har liten eller ingen arbeidserfaring
- Brukerne er preget av ambivalens og tilbaketrekning.
- Vellykket rehabilitering krever langsiktig perspektiv og robuste allianser.
- Man er ikke først og fremst syk, men har en psykososial funksjonshemning.
- Opplevd nytte av tiltak må løpende sjekkes ut med hver enkelt pasient/bruker.

5) Hva lærte vi om brukernes erfaringer gjennom oppstart-intervjuene?

Intervjuene ble gjennomført for å legge grunnlag for et bedre samarbeid med og rundt den enkelte bruker i prosjektperioden. Intervjuguiden som ble utviklet og brukt vises som vedlegg til denne rapporten.

De synspunktene som samlet sett kom

sterkest fram i oppstartintervjuene samsvarte ganske godt med prosjektgruppas kunnskap og for forståelse, men konkretiserte og utdypet forståelsen i betydelig grad. Her refereres de sterkeste funnene fra oppstart-intervjuene, i en sammenstilt og reflekterende form:

- En svært stor andel av brukerne ga uttrykk for forvirring eller frustrasjon over at hjelpeapparatet oppleves som dårlig samkjørt.
 - Representanter for ulike enheter er for opptatt av egen agenda, mer enn av en brukerorientert og felles agenda.
 - ”Systemets” behov kommer mer i fokus enn brukerens egne målsettinger.
 - Store ansvarsgruppemøter oppleves som fremmedgjørende av brukerne.
- Funksjonen som koordinator eller primærkontakt fremstår som helt sentralt mht hvor nyttig brukerne opplever de samlede tiltakene. Med en god koordinator går det meste seg til. Uten en god koordinator kan nytten bli dårlig selv om kvaliteten i enkeltinnsatsene er god. ”Den gode koordinator” beskrives med stikkord som
 - Tydelig
 - Tilgjengelig
 - Har kapasitet
 - Kan jobbe oppsøkende
 - Sikrer informasjonsflyt
 - Har god kjemi med bruker
- Brukerne er mer opptatt av kvalitet i tiltakene enn av omfanget. Opplevd kvalitet i tiltakene beskrives med ord som:
 - Individuelt tilpasset
 - Påregnelig og tilgjengelig når behov oppstår
 - Koordinert og sammenhengende
 - Samtidighet
 - Oppsøkende og arenaavhengig ved behov
 - Levert med respekt
- Psykiatri og rusomsorg oppleves fortsatt dårlig samkjørt mht kunnskaper, holdninger og organisering.
 - ”Du klarer ikke å nyttiggjøre deg de tilbudene vi kan gi”
 - ”Det er slik rusmiddelbrukere er” – stigma, gruppefordømmelse
 - Rusmestringstiltak er dårlig integrert i tilbud på DPS-nivå og i hjemmemiljøet
- Behov for hjelp med psykiske plager undervurderes hos personer som også er rusmiddelavhengige
- Hverdagen må henge sammen hvis psykososial rehabilitering skal lykkes. Det dreier seg mer om håp om bedre livsmestring enn om helbredelse. Svært mange opplever ikke seg selv som syke. Følgende områder nevnes som særlig viktige med tanke på livsmestring:
 - Trygg bosituasjon – bolig er både en base og en skjerming mot uønsket kontakt
 - Hverdagsaktiviteter som bidrar til struktur og tilhørighet
 - Å få brukt sine evner – kultur og pedagogikk er like viktig som terapi og omsorg
 - Personlig økonomi må på plass
- Engasjerte fastleger bidrar som regel til gode og helhetlige løsninger
 - Men mange brukere opplever at fastlegen trekker seg unna når det handler om avhengighetsproblematikk
 - Når fastlegen ikke stiller opp blir også somatiske helseplager dårlig fulgt opp. RoP-pasienter har en betydelig somatisk oversykelighet
- NAV opplevdes av mange brukere ved oppstarten av prosjektet som for distansert i det direkte klientrettede arbeidet
 - Mange ulike saksbehandlere
 - Oppstykket ansvarsområde – økonomi, bolig, arbeid

6) Hva gjorde vi i prosjektet?

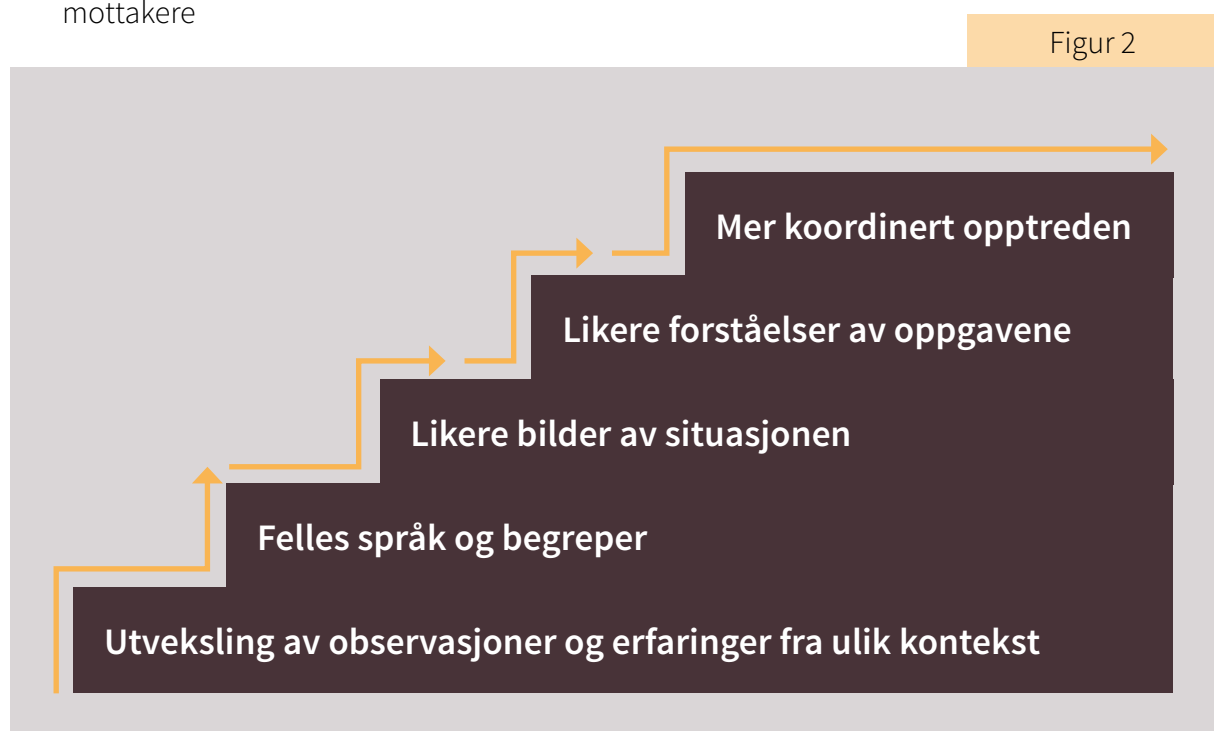
6.1 Om valg av metode

I tråd med styringsgruppas vedtak (jf.pkt. 2.3) valgte prosjektet å legge stor vekt på perspektivet brukermedvirkning. Prosjektgruppa fikk en kort veiledning i kvalitativ forskningsmetode⁴⁾. Det ble gjort omfattende research med tanke på at prosjektet skulle fremme felles forståelse av hvordan psykososial rehabilitering skal forstås

- i et perspektiv med vekt på samhandling og forløp
- i lys av
 - brukernes erfaringer som hjelpemottakere

- tjenesteytneres erfaringer av samarbeidet med brukerne
- tjenesteytneres erfaringer av samarbeidet med hverandre

Figur 2 representerer en modell for hvordan prosjektet tenker at det går an å utvikle bedre samhandling gjennom trinnvis bedret kommunikasjon, en slags "læringstrapp"⁵⁾:



Det ble utviklet en intervjuguide som danner grunnlag for de innledende brukerintervjuene (jf. vedlegg). Intervjuene etterspør i hovedsak kvalitative data. Disse er oppsummert i pkt. 5. På fem spørsmål ble det bedt om en angivelse på en skala fra 1 til 9: "I hvor høy grad er du fornøyd med ...". Det gir grunnlag for å lage en indeks for endring i

brukertilfredshet fra prosjektstart til prosjektslutt. Dette omtales nærmere i pkt. 7.

Metoden som ble valgt kan beskrives som aksjonslæring.⁶⁾ Prosjektleder intervjuet alle deltakerne om deres egenopplevde livssituasjon, deres erfaringer med å være hjelpemottaker og deres mål for livet framover. Dette intervjuet danner grunnlaget for samarbeid-

det med den enkelte deltaker – i de fleste tilfellene i en ansvarsgruppe⁷). Prosjektleder deltok i og dokumenterte arbeidet i hver av ansvarsgruppene så tett som praktisk mulig gjennom en periode på ca. to og et halvt år. Når det skjedde endringer i samarbeidet som ble opplevd som viktige (de fleste i positiv retning, men av og til også uheldige hendelser), drøftet ansvarsgruppa hva som hadde skjedd og nedfelte sine erfaringer som en læringslogg. Et sluttintervju etter en lett modifisert intervjuguide (spørsmålene 11, 12 og 13 ble ikke gjentatt) ble gjennomført med hver av deltakerne ved avslutningen av prosjektet. Dette ble gjort for å fange opp om samhandling og brukeropplevd nytte var blitt endret i perioden.

Formålet var altså i første hånd å legge til rette for mer nyttige tjenester for den enkelte bruker, og i annen hånd også å kunne bruke erfaringene i et kumulativt, systemisk perspektiv.

Alle samarbeidsgruppene oppsummerte sine erfaringer med hele casehistorien ved avslutningen av prosjektet. I noen av disse oppsummeringsmøtene ønsket brukeren/prosjektdeltakeren å være med (altså definisjonsmessig et ansvarsgruppemøte). Det at prosjektet ble rundet av, betydde ikke at samarbeidet mellom brukeren og hjelpeapparatet ble avsluttet.

Av ressursmessige grunner ble det ikke lagt opp til individuelle før-/etter-intervjuer med alle involverte hjelpere. Det viste seg også underveis at høy turnover i stillingene ville gjort et slikt materiale lite verdifullt. Den høye turnover-raten, særlig blant de ansatte som jobber med RoP-problemer i kommunene, er et interessant funn i seg selv.

6.2 Om rekruttering av deltakere

Ut fra antakelser om prosjektleders oppfølgingskapasitet i 60 % stilling, valgte prosjektgruppa å invitere 30 brukere/pasienter til å delta i prosjektet. I det daglige arbeider de ulike enhetene både i helseforetak og i kommuner relativt autonomt. Det ble derfor en lærerik prosess da medarbeiderne ble bedt om å sette seg sammen og anlegge et "vi-perspektiv" - for så å svare på følgende spørsmål:

*Rundt hvilke pasienter/brukere er det vi sliter mest med samarbeidet
– slik at det kommer mindre brukeropplevd nytte enn ønskelig ut av de samlede tiltakene?*

Prosjektet nådde ikke måltallet på 30 deltakere. Det lyktes ved oppstarten å rekruttere 22 deltakere, fordelt på de fem deltakende kommunene. De to viktigste grunnene til at deltakertallet ble lavere enn måltallet var at noen av brukere som ble ansett som aktuelle: 1) Ikke ønsket å delta. 2) Ble på det aktuelle tidspunkt ansett for å være for dårlig fungerende til å delta i slik samhandling som prosjektet la opp til. Etter en innledende skuffelse over at måltallet ikke ble nådd, erkjente prosjektgruppa raskt at rekrutteringsproblemet var prosjektets første "funn": Vi har truffet målgruppen godt, dette måtte vi regne med – dette sier oss nettopp noe viktig om hvorfor psykososial rehabilitering av RoP-pasienter er særlig vanskelig.

Det var bare én av de 22 deltakerne som ikke hadde rus som en viktig del av sine problemer. Av de 22 var det 8 kvinner og 14 menn. Tabell 1 beskriver materialet ytterligere:

	Gjennomsnitt	Median	Spredning
Alder	37 år	37 år	21-52 år
Kontakt med hjelpeapparatet	16 år	17 år	2-25 år

Tabell 1 (n= 22)

Vi ser at ”den typiske” deltakeren i prosjektet er 37 år gammel og har allerede en karriere i hjelpeapparatet på 17 år. Det er altså grunnlag for å snakke om en gruppe med omfattende og langvarige problemer.

Det kom tre tidlige drop-outs i prosjektet: Et dødsfall, en flytting ut av landet og en sak ”løste seg av seg selv”. Erfaringsmaterialet i prosjektet er derfor samarbeidet i nitten enkeltsaker.

6.3 Om gjennomføringen

SPoR-prosjektet er et svært lite prosjekt, et følgeprosjekt. Ingen av brukerne/pasientene mottok noen ytelser via prosjektet, men via de deltakende enhetene i kommunene og helseforetaket. Prosjektlederrollen utviklet seg underveis i retning ”mentor”: I tillegg til å dokumentere arbeidet i ansvarsgruppene bidro prosjektleder til kritisk refleksjon i ansvarsgruppene omkring gruppens egen praksis og tok initiativ til å nedfelle læringslogger. Prosjektleder ledet også oppsummeringsmøtene i hver av ansvarsgruppene og skrev utkast til caseoppsummering. Oppsummeringen ble deretter godkjent av ansvarsgruppene ⁷⁾.

I forhold til forventningene ble det skrevet veldig få læringslogger. Bare atten logger ble ført totalt. I fem saker ble det ikke ført noen logg i det hele tatt. Dette er ikke ensbetydende med at det ikke foregikk felles refleksjoner som endret praksis – men er et uttrykk for at endringene kom mer gradvis som resultatet av drøftelser enn som klare ”aha-opplevelser”.



7) Brukertilfredshet

7.1 Oppstart-intervjuer med prosjektdeltakerne

Opplegget for brukerintervjuer var at alle deltakerne skulle intervjues ved oppstarten og på nytt ved avslutningen av prosjektet. Intervjuene (se vedlegg – intervju skjema) inneholdt blant annet fem spørsmål som deltakerne ble bedt om å vurdere på en skala fra 1 (veldig dårlig/i veldig liten grad) til 9 (veldig bra/i veldig høy grad).

I mange tilfeller ble det under intervjuet klart at deltakerne tross iherdig innsats fra kontaktpersonene ikke var kognitivt i stand til eller ikke ønsket å forholde seg til en tallskala. Bare ti av de 22 deltakerne svarte adekvat på talldelen av intervjuene både ved oppstart og avslutning. Det er tallene for oppstartintervjuene med disse ti som presenteres i tabell 2. Indeks samlet brukertilfredshet angir gjennomsnittet for de fem spørsmålene der det ble spurt etter tallangivelse.

	Gjennomsnitt	Median	Laveste/høyeste score
Hvordan synes du alt i alt at du har det i livet nå?	4,6	5,5	2-6,5
Hvor nyttig synes du alt i alt at hjelpen/støtten du mottar nå er?	5,9	6,5	1-9
I hvor stor grad synes du nå hjelperne forstår hvordan du har det og hva som er dine mål ?	5,8	6	1-9
I hvor stor grad synes du hjelperne tar hensyn til dine meninger?	4,7	4,3	2-8
Hvor flinke synes du nå hjelperne er til å samarbeide seg i mellom?	5,7	6,5	2-9
Index "samlet brukertilfredshet" i oppstartintervjuene	5,3	5,7	

Tabell 2 (n= 10)

Resultatene er preget av stor spredning, men representerer på tidspunktet for oppstart av prosjektet en samlet bedømmelse av egen trivsel og hjelpeapparatets innsats som for prosjektgruppa var overraskende positiv. Dårligst bedømmelse er på spørsmålet ”i hvor sterk grad syns du hjelperne tar hensyn til dine meninger.” At avviket mellom median og gjennomsnitt er klart størst på spørsmålet ”hvordan har du det” tolkes slik at noen (få) ga

uttrykk for å ha det (svært) dårlig. Fem deltakere anga ikke tall, verken i oppstarts- eller avslutningsintervjuet.

Syv deltakere anga tall ved oppstart, men ikke ved avslutningen. Tallene fra oppstartintervjuene med disse syv (”bortfallerne”) presenteres i tabell 3.

	Gjennomsnitt	Median	Laveste/høyeste score
Hvordan syns du alt i alt at du har det i livet nå?	4,6	5	1,5-8
Hvor nyttig syns du alt i alt at hjelpen/støtten du mottar nå er?	5,6	5	3-9
I hvor stor grad syns du nå hjelperne forstår hvordan du har det og hva som er dine mål?	6,1	6,5	1,5-9
I hvor stor grad syns du hjelperne tar hensyn til dine meninger?	6,4	7	2-9
Hvor flinke syns du nå hjelperne er til å samarbeide seg i mellom?	5,7	5,5	2-9
”Index brukertilfredshet” i oppstartintervjuene	5,7	5,7	2,9-8,8

Tabell 3 (n=7)

”Bortfallerne” gir høyest score på spørsmålet om hjelpernes evne til å ta hensyn til deltakernes meninger. De scorer her klart høyere enn hovedgruppa, som har sin laveste score på det samme spørsmålet.

Det er snakk om små grunnlagstall, og funnet bør ikke tillegges avgjørende vekt. Men det kan tolkes slik at de ti som har svart både før og etter, er en gruppe som i utgangspunktet har større krav og forventninger til hva som bør komme ut av de samlede hjelpetiltakene enn det bortfallerne har.

7.2 Endringer i brukertilfredshet i løpet av prosjektperioden

Tabell 4 gjengir endringene i opplevd brukertilfredshet for de ti deltakerne som svarte adekvat med hensyn til tallangivelse både i innledningsintervjuet og i avslutningsintervjuet. Tallene her angir positiv eller negativ endring på skalaen fra 1 (dårlig/i liten grad) til 9 (bra/i høy grad):

	Gjennomsnitt endring	Median endring	Laveste/høyeste score endring
Hvordan synes du alt i alt at du har det i livet nå?	+1,6	+1,8	-2,5 - 4
Hvor nyttig synes du alt i alt at hjelpen/støtten du mottar nå er?	+1	0	-1,5-8
I hvor stor grad synes du nå hjelperne forstår hvordan du har det og hva som er dine mål?	+1	0	-1,5-8
I hvor stor grad synes du hjelperne tar hensyn til dine meninger?	+2,1	+1,5	-0,5-7
Hvor flinke synes du nå hjelperne er til å samarbeide seg i mellom?	+1,7	+1,5	-0,5-7
”Index brukertilfredshet” i prosjektperioden	+1,5	+1,2	0,2-5,5

Tabell 4 (n=10)

7.3 Vurdering av endring i brukeropplevd nytte

Median indeks for samlet brukeropplevd nytte økte med 1,2 - fra 5,7 til 6,9 på skalaen fra 1 til 9. Gjennomsnittlig indeks for brukeropplevd nytte økte med 1,5 – fra 5,3 til 6,8. Men spredningen er veldig stor. Den mest fornøyde deltakeren fikk et løft på 5,5 - fra 2,4 til 7,9. Den minst fornøyde deltakeren fikk et løft på 0,2 – fra 4,4 til 4,6.

Det var liten eller ingen endring på spørsmålene om opplevd nytte av de samlede tiltakene og om hjelpernes evne til å forstå hva som er brukerens mål. De positive endringene kom på spørsmålene om samlet trivsel, om hjelpernes evne til å ta hensyn til brukers meninger og om opplevelse av hjelpernes evne til å samarbeide seg imellom.

Prosjektgruppa var litt overrasket over at brukervurderingene var såpass positive som de var i oppstartintervjuene. Endringene i brukeropplevd nytte underveis må sies å være svært moderate, men må tolkes i lys av at de kommer på toppen av den positive

vurderingen i utgangspunktet og etter en periode med kritisk blikk på arbeidet.

Funnene må tolkes med forsiktighet. Men prosjektgruppa leser budskap til de ti brukerne som ga tallmessig tilbakemelding både ved start og slutten av prosjektperioden slik:

”Jeg har fått det litt bedre, og hjelperne gjør så godt de kan innen de rammene de har. Men tiltakene de rår over treffer ikke noe bedre det som er mine målsettinger, og er derfor ikke blitt mer nyttige for meg”.

Brukerintervjuene gir etter prosjektgruppas vurdering grunnlag for å stille spørsmålet ”hva er det vi driver med”:

I hvor stor grad er hjelpeapparatets struktur og verktøykasse tilpasset de særlige utfordringene som psykososial rehabilitering av RoP-pasienter byr på?

8) Hva har vi lært - underveis, gjennom sluttintervjuene og saksoppsummeringene?

8.1 Vellykkede og ikke vellykkede case

Det aller første funnet i SPoR-prosjektet var at ikke alle de pasientene/brukerne som prosjektgruppa ønsket å jobbe med selv ønsket eller ble ansett å være i stand til å delta. Måltallet var 30. Aktuelle case utgjorde omtrent 40. Vi klarte bare å rekruttere 22 til deltakelse.

Samhandling på premissene til personer som ikke vil eller kan samhandle må bli vanskelig. En vesenlig del av den aktuelle målgruppa var umulig å få i tale. Dette til tross for at "systemet" signaliserte et sterkt ønske om å få tak i deres egne erfaringer og å legge disse til grunn for videre samarbeid. Det kreves høy grad av bevissthet og refleksjonsevne hos ansatte som skal navigere i et så vanskelig faglig, etisk og juridisk farvann som det her er snakk om - uten korrektiv av brukererfaringer. Vi må være desto mer lydhøre for tilbakemeldingene fra de som har gitt slike.

Prosjektets resultater gir ikke grunnlag for å kategorisere sakene som enten vellykket eller ikke vellykket løste. Det dreier seg heller om en glideskala. Etter oppsummeringene i ansvars-/ samarbeidsgruppene kan de nitten sakene erfaringsmaterialet består av allikevel, kanskje litt tvungent, deles inn i tre kategorier:

- I tre-fire saker kan vi fortsatt ikke være tilfreds, idet sakene etter prosjektgruppas mening ikke kan anses vesentlig bedre løst enn ved prosjektstart

- Tolv-tretten saker er gjennom jevnt og trutt arbeid etter prosjektgruppas mening betydelig bedre løst ved slutten av prosjektet enn ved oppstarten
- Tre-fire saker ligner på suksesshistorier. De var i utgangspunktet blant de aller mest utfordrende, og ble løst på måter som gledet og overrasket både brukerne og alle involverte hjelpere

Trolig er det de vanskeligste sakene som har bidratt sterkest til erfaringsinnhenting om når samhandling fungerer og når ikke. Det er lettere å peke på en snublestein enn å forklare hvorfor det ikke ligger noen snublesteiner i stien.

8.2 Hvordan forstå "et funn"

I punkt 3 og 4 ovenfor er det redegjort for prosjektgruppas for forståelse og hva vi mente å lære i prosjektets innledningsfase før vi startet innhenting av nye samhandlingserfaringer.

I prosjektdesignet ble det lagt opp til følgende kilder for "datafangst":

- 1) Kvalitative brukerintervjuer "før og etter"
- 2) Kvantitative angivelser av brukertilfredshet "før og etter"
- 3) Læringslogger nedfelt av ansvarsgruppene samlet
- 4) Case oppsummeringer foretatt av ansvarsgruppe eller samarbeidsgruppe⁷⁾.

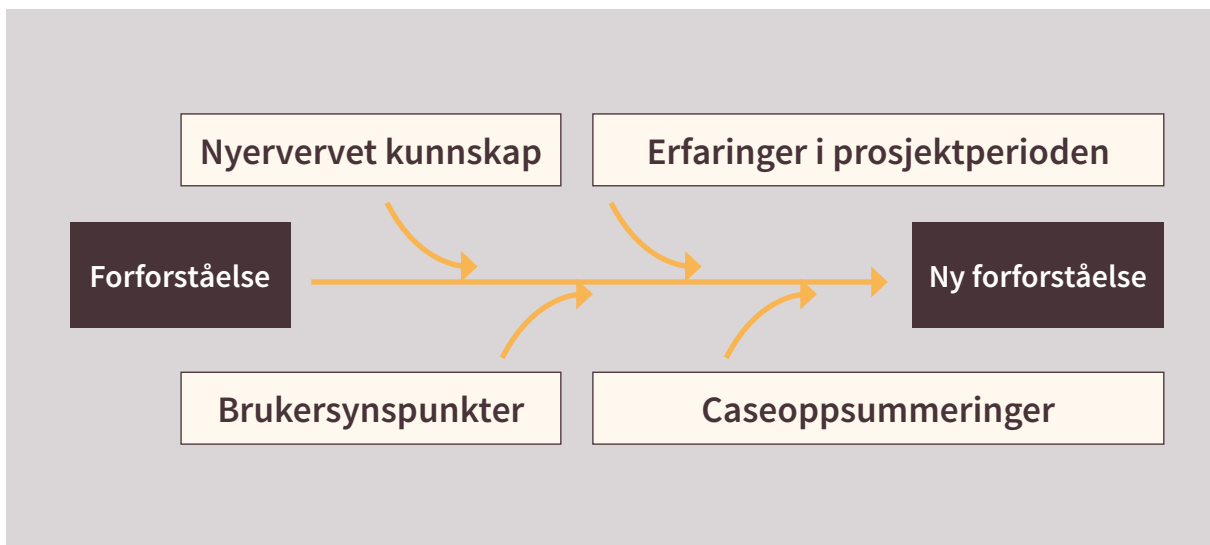
Læringsloggene ga klart mindre enn prosjektet hadde håpet. De kvantitative funnene fra

brukerintervjuene må tolkes med forsiktighet (jf. pkt 7.3 ovenfor). Det er etter prosjektgruppas vurdering de kvalitative funnene i oppstartintervjuene (jf. pkt. 5 ovenfor) og caseoppsummeringene (jf. pkt. 8.3 nedenfor) som bidrar mest til kunnskapsinnhenting.

Det vil ofte være sammenheng mellom brukeren/pasientens og hjelpernes vurdering

av nytte, men ikke alltid. I noen situasjoner kan det som hjelperne oppfatter som bedret oversikt og effektivitet, av brukeren bli oppfattet som økt kontroll og maktutøvelse.

Når vi nå velger å bruke begrepet ”funn” i oppsummeringen av SPoR-prosjektets erfaringer, må det forstås som en prosess som har endret prosjektgruppas kollektive bevissthet:



Det er en utfordring ved presentasjonen av kvalitative data å gjøre en avveining mellom nitidig referering av et stort antall enkeltutsagn (fra brukerintervjuene og ansvarsgruppenes caseoppsummeringer) og en sammenstilling av like eller beslektede utsagn til bredere tematiske og reflekterende utsagn.

Prosjektgruppa har av hensyn til rapportens omfang og lesbarhet valgt det siste alternativet og oppsummerer hovedfunnene i tretten punkter nedenfor. Gruppa har kvalitetssikret utsagnene gjennom grundig gjennomgang og drøfting av grunnlagsmaterialet.

Begrepet ”funn” brukes her derfor ikke i streng vitenskaplig forstand. Det ligger utenfor prosjektets mandat og rammer.

8.3 De viktigste ”funnene” i SPoR-prosjektet

Punkt 8.3 er den bredere oppsummeringen av prosjektets funn som vi mener er av interesse for alle som vil bidra til en bedre utvikling på RoP-feltet. Punkt 8.4 er en stikkordmessig oppsummering av det samme.

8.3.1 RoP dominerer fullstendig som samhandlingsutfordring

Det var en innledende antakelse i prosjektet at svært mange av de vanskeligste samhandlingssakene ville finnes innen RoP-feltet – derav navnet på prosjektet, Samhandling Psykiatri og Rus (SPoR). Det var allikevel

overraskende at RoP ble så dominerende. Av de vanskeligste sakene med hensyn til samhandling mellom Klinikk psykisk helse og rusbehandling og kommunene i Vestfold som prosjektet startet å jobbe med våren 2010, var det bare én av 22 saker der rusproblematikk ikke spilte en dominerende rolle.

Gjennom prosjektperioden, til dels også i forkant av denne, valgte kommunene som deltok i SPoR-prosjektet å organisere seg med integrerte tjenester på RoP-feltet. Det ble også foretatt klare prioriteringer på kommunal side for å sikre at de vanskeligste sakene var tilgodesett med tilstrekkelig koordinatorkapasitet.

I de innledende intervjuene var et av de klareste funnene at brukerne opplevde at deres rushistorie ”skygget for” deres psykiske plager. Dette førte til at de systematisk ble nedprioritert med hensyn til psykiatrisk oppfølging, og var etter deres egen mening sterkt medvirkende til at de ikke kom videre i sin psykososiale rehabilitering.

Grovt sett: Rusproblematikk er vesentlig i halvparten av de tunge sakene psykiatrien jobber med. Rusproblemer er vesentlig i 95 % av de sakene i SPoR-prosjektet der psykiatrien og kommunene etter egen vurdering sliter med å samarbeide godt. En stor del av pasientene/brukerne med RoP-lidelser mener selv de får for dårlig psykiatrisk oppfølging.

Det er etter prosjektgruppas vurdering grunnlag for å se med friske øyne på om det er strukturelle trekk ved dagen psykiatriske hjelpeapparat som slår særlig uheldig ut for de brukerne/pasientene som har de mest sammensatte og langvarige hjelpebehovene, slik som RoP-pasienter.

8.3.2 ”VIP” – ”veldig innsatskrevende pasient”

SPoR-prosjektet fikk en god start ved å sette medarbeidere fra de ulike enhetene i

kommunene og i helseforetaket sammen for å svare på følgende spørsmål:

Rundt hvilke pasienter/brukere er det vi sliter mest med samarbeidet – slik at det kommer mindre brukeropplevd nytte enn ønskelig ut av de samlede tiltakene?

Slik ble det skapt enighet om hvilke pasienter det var nødvendig å prioritere og jobbe særlig intenst med akkurat nå. Klarer vi å løse disse sakene, bedrer vi den samlede effektiviteten på sikt. Vi må gi disse sakene ”VIP-status” nå, men antakelig klarer vi å rydde opp i dem slik at de om litt framstår som ”helt vanlige”. Klarer vi å løse disse vanskeligste sakene, klarer vi også å løse de øvrige.

Prioritering betyr å være tydelig på at noen oppgaver til enhver tid er viktigere enn andre, og må gis forrang. Det er selvmotsigende å skulle prioritere alt innen en konstant ressursramme. At samarbeidspartnerne har arenaer og rutiner for å drøfte prioritering og pasientflyt er viktig. Nye saker som krever særlig innsats vil stadig komme.

Det er selvfølgelig slik at noen saker på varig basis vil utgjøre en ressursmessig utfordring for kommunen, for helseforetaket eller for begge. Slike saker krever ofte omfattende og løpende samhandling. Noen få pasienter er så syke at de har behov for (lang-)varig institusjonstilbud, eventuelt i kombinasjon med permisjoner til egen bolig. Noen brukere er psykososialt funksjonshemmet i så høy grad at de må anses avhengig av tett døgnoppfølging eller brukerstyrt personlig assistent for å kunne bo utenfor institusjon.

Det faller utenfor SPoR-prosjektets mandat å gå dypere inn i problematikken rundt behovet for å utvikle såkalte ”halvannenlinjetiltak” der kommuner og helseforetak begge skyter til ressurser på varig basis.

8.3.3 Utredning skjer svært seint

I en rekke av de sakene som ble del av SPoR-prosjektet hadde det gått svært lang tid uten at pasientens/brukerens tilstand var blitt tilfredsstillende utredet. RoP-pasienter har en tendens til å ”skli” mellom systemene i årevis. Det er ulike årsaker til det. I mange tilfeller har det vært erkjent psykisk sårbarhet og observert avvikende adferd svært tidlig, og disse barna har før de kommer i tenårene vært vurdert av mange instanser; skole, PPT, barnevern, barne- og ungdomspsykiatri og rusomsorg. Mange instanser har ansvar og hjemler for avgrensede tiltak, men rutinene for samhandlingen mellom instansene har vært for svake til å fange opp barna og sette inn avbøtende tiltak tidlig. Frafall i skole og rusbruk har ofte dominert ungdomsårene til disse brukerne, og de har på veien gått glipp av viktig intellektuell- og sosial læring og modning. De har egentlig aldri mestret livet i voksen forstand. Deres identitet er ofte knyttet opp til rusmiljøet. Mange broer er brent. To av tre har liten eller ingen erfaring fra arbeidslivet. De er ambivalente til eller motstandere av å ha noe med psykiatrien å gjøre, og har opplevd en rekke relasjonsbrudd. Mange benekter psykisk sykdom. Underliggende psykisk sårbarhet og sykdom forblir udiagnostisert – typisk inntil akutte psykiatriske episoder oppstår når de er i tjueårene. Noen fortsetter å insistere på at de ikke er psykisk syke – andre er uttalt kritiske til at de ikke har fått tilbud de trenger fra psykiatrien, fordi rusadferden deres ”skygger for” underliggende psykiske vansker.

I to-tre av sakene i SPoR-prosjektet hadde det selv etter over to års jobbing ennå ikke lyktes å skape de rammene som skal til for å foreta en tilfredsstillende utredning av problemenes art og omfang.

Uten en full og felles forståelse av problemenes art er det vanskelig å enes om hva som er adekvate hjelpetiltak.

8.3.4 Rehabilitering – eller habilitering ?

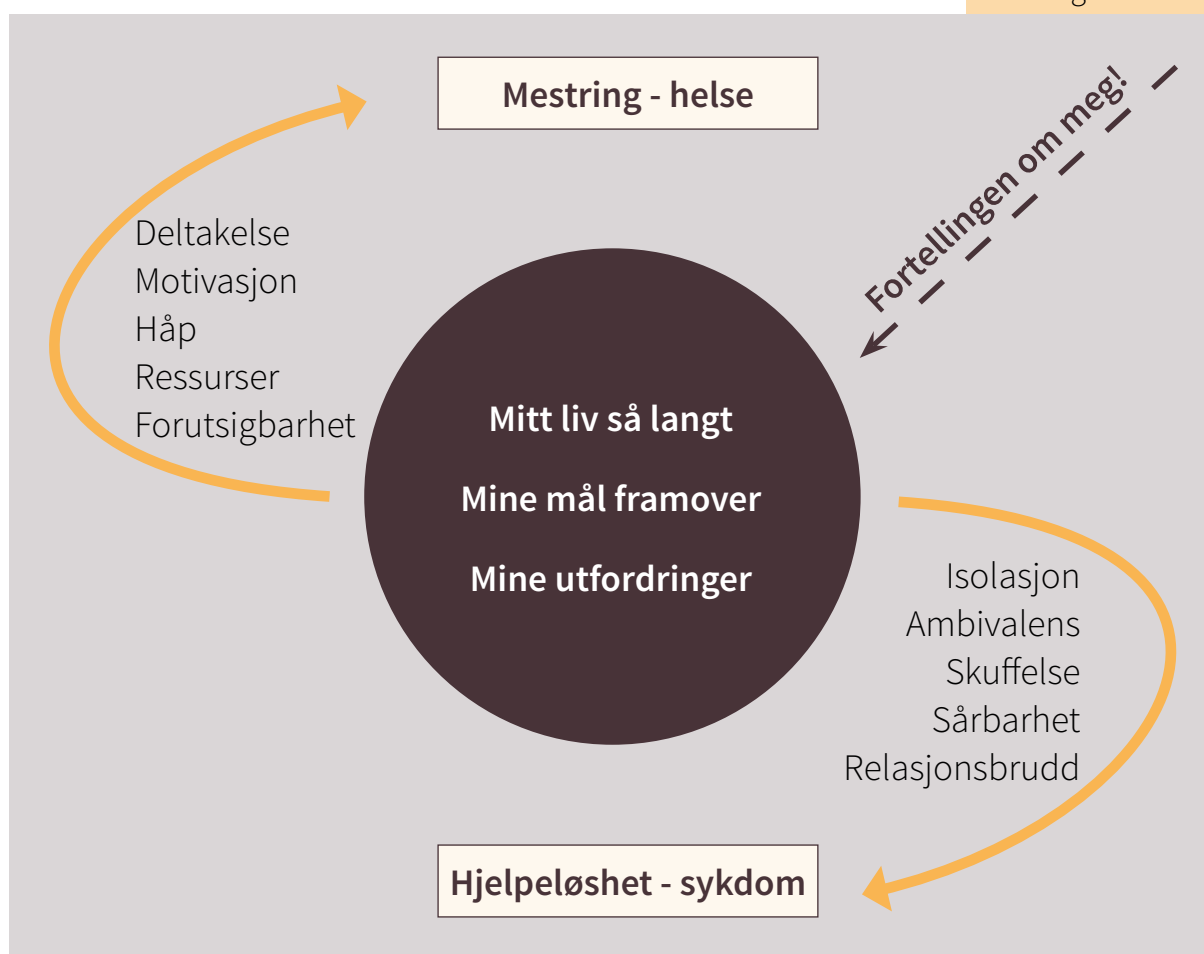
Pasienter med kronifiserte RoP-lidelser har gjennomgående en lang karriere i ulike deler av hjelpeapparatet – jf. pkt 8.3.3 over. Ofte innebærer deres egen situasjonsforståelse mer et håp om varig og vesentlig bedre livsmestring, enn et ønske om ”å bli frisk”. I den jevne hverdagen utgjør ensomhet og dårlig økonomi for de fleste et mye større stress enn symptomtrykk.

Spesialisthelsetjenesten er preget av en terapeutisk rasjonalitet. Kommunens helse-, sosial- og omsorgstjeneste er preget av en omsorgsrasjonalitet. Selv om ingen brukere/pasienter i SPoR-prosjektet selv har brukt slike ord, har prosjektgruppa reflektert over om det er trekk ved ”systemets” måte å møte brukere med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse på som kan øke hjelpeløshet og avhengighet. Diagnoser kan bli til selvoppfyllende profetier. Den som føler seg avvist har tendens til å svare med motavvisning⁸⁾. Det vises til pkt. 5 ovenfor om brukererfaringer ved starten av SPoR-prosjektet.

Fenomenet avvisning/motavvisning er særlig aktuelt når rusmiddelbruk er en dominerende del av problematikken. Det er godt erfaringsmessig belegg i SPoR-prosjektet for at oppmykingen av LAR-retningslinjene i retning større aksept av sidemisbruk bidrar til å redusere opplevelsen av avvisning, og har konkret positiv betydning for brukeres/pasienters rehabiliteringsprosess.

Grovt sagt: Terapeutisk rasjonalitet fokuserer på svikt og endring. Omsorgsrasjonalitet fokuserer på udekkede behov. Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter bør etter prosjektgruppas mening i sterkere grad også inkludere en pedagogisk rasjonalitet med utgangspunkt i å mobilisere individuelle ressurser for økt læring og mestring. Figur 3 illustrerer en slik tenkemåte⁹⁾:

Figur 3



I en slik forståelse blir de virkemidlene NAV rår over særlig sentrale i psykososial rehabilitering. Ved innledningen til prosjektet rapporterte mange av deltakerne at de opplevde at NAV etter reformen var blitt svakere på sosialfaglig arbeid rettet direkte mot mennesker som sto langt unna det ordinære arbeidslivet.

Utover i prosjektperioden er det registrert stort engasjement i NAV for å komme denne kritikken i møte. Det sterkeste uttrykket dette har fått i Vestfold er et ressursmessig og faglig solid initiativ fra NAV Vestfold til utviklingsorientert samarbeid med de to distriktpsikiatriske sentrene (NVDPS og SVDPS) og relevante fagmiljøer de fleste av kommunene i fylket. Prosjektet har fått navnet VIPS (Vestfold Individual Placement and Support) og tar utgangspunkt i den evidensbaserte metodikken for psykososial rehabilitering,

som på norsk har fått betegnelsen Individuell Jobbstøtte¹⁰).

Dette NAV-initiativet er etter prosjektgruppes vurdering et veldig godt bidrag til tverrfaglig utvikling på RoP-feltet. Det vil bidra til at tenkemåten (rasjonaliteten) i de ulike etatene blir bedre samkjørt, og at de samlede tiltakene blir mer effektive med tanke på livsmestring for mennesker med særlig store og sammensatte vansker.

8.3.5 Betydningen av å skape like bilder

Prosjektets læringsmodell (jf. pkt.2.3) tar utgangspunkt i at "våre feil er vår viktigste læringsressurs". Alle involverte medarbeidere i helseforetaket og i kommunene ble oppfordret til å anlegge et samhandlingsperspektiv:

Hvordan kan vi i denne vanskelige saken endre vår samhandling, slik at det kommer mest mulig brukeropplevd nytte ut av de samlede tiltakene - innen de rammene vi har, og her og nå ikke kan gjøre noe med?

Dette ga prosjektet en god start (jf. figur 4).

Et omfattende intervju med hver enkelt av brukerne (jf. vedlegg) dannet grunnlag for løpende drøftelser i ansvarsgruppene for å sikre at alle involverte, også brukeren/pasienten, hadde mest mulig like bilder av hva som var formålet med de felles bestrebelsene, og hvordan hver og en kunne bidra til at målsettingen ble nådd (jf. også pkt 6.1 "læringstrapp").

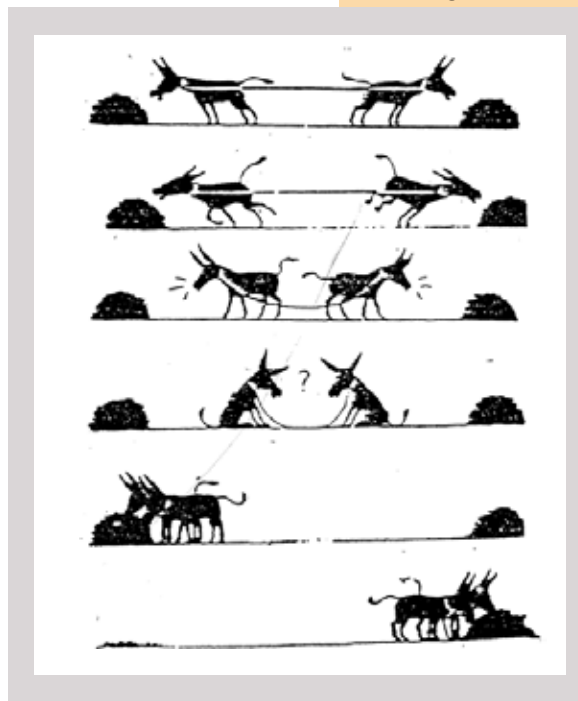
I de fleste sakene strekker tiltakene seg over mange år, og medarbeidere fra de ulike enhetene har til og fra kontakt med den aktuelle pasienten/brukeren. I disse sakene er det særlig viktig å sikre at det langsiktige formålet står klart for alle, og at det løpende blir sjekket at innsatsen er i tråd med hva den enkelte brukeren/pasienten mener er nyttig.

Ved prosjektgruppas gjennomgang av saksoppsummeringene er det slående hvor stor vekt som legges på at prosjektet har lagt til rette for løpende og grunnleggende refleksjoner i den enkelte sak om "hva er det egentlig vi driver med"? Betydningen av "å skape like bilder" er antakelig prosjektets sterkeste funn.

8.3.6 Betydningen av trygge og robuste relasjoner og oppfølging i hjemmemiljøet

Betydningen av "den terapeutiske relasjonen" står helt sentralt i all psykologisk og psykiatrisk teori. Mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har en dobbel sårbarhet, og må i utgangspunktet forutsettes å være relasjonelt særlig sårbare. Delta-kerne i SPoR-prosjektet forteller om en lang historie der de går inn og ut av hjelpeapparatet. Og at de har opplevd gjentatte brudd,

Figur 4



både i tiltakene og i personlige relasjoner. De fleste har hatt kontakt med en rekke avdelinger og enheter både i kommunen og i helseforetaket. De opplever at tiltakene ofte henger dårlig sammen. I tillegg er feltet preget av høy personalmessig turn-over. Det tar tid å bygge opp personlige relasjoner. Mange er oppgitt over stadig å måtte fortelle sin historie på nytt til nye kontakter.

Det å beskrive og gjennomføre gode pasientforløp er en utfordring for alle deler av helsevesenet. Allikevel virker det som vi er særlig svake på dette på RoP-feltet. Dette er desto alvorligere fordi vi har å gjøre med en pasientgruppe som på grunn av ambivalens og svingende motivasjon ofte selv er dårlig til følge opp og etterspørre hjelp. Forutsigbarhet og tillit til hjelpeapparatet er helt avgjørende.

Det er umulig å tenke seg at pasientene/brukerne kan klare å jobbe med andre utfordringer hvis de ikke har en stabil bosituasjon.

Den klart største utfordringen for kommunene er å sikre tilgang til botilbud som er

- tilstrekkelig stort i antall
- adekvat bemannet
- variert nok til å fange opp ulike og vekslende behov
- robust nok til å tåle slik adferd som faktisk forekommer i brukergruppa

Vellykket psykososial rehabilitering forutsetter som oftest samtidighet i tiltak. SPoR-prosjektet etterlater et inntrykk av at kommunene er blitt flinkere til å vedlikeholde relasjonen til sine brukere også under innleggelser.

Det er flere trekk ved spesialisthelsetjenestens måte å fungere på som, slik SPoR-deltakerne erfarer det, ikke støtter opp om robuste og kontinuerlige pasientforløp for mennesker med sammensatte og kroniske lidelser:

- Pasienter som på grunn av sykdomsforverring eller svingende motivasjon uteblir fra avtaler ønsker at spesialisthelsetjenesten jobber mer aktivt oppsøkende og arena-uavhengig enn de gjør i dag
- DPS-ene belønnes for å avslutte flest mulig pasientkontakter, ikke for å opprettholde kontakten lenge på et lavt nivå
- Manglende kompetanse på integrert terapi, psykiatri og rus vanskeliggjør tiltak med én terapeut på ett sted
- Mange etterlyser at rusmestringstiltak i større grad kan tilbys i eget nærmiljø - ikke bare ved institusjonsopphold langt hjemmefra:
 - Selv om skjerming i korte perioder kan være nødvendig, er det kunstig å skulle trene rusmestring utenfor hjemmemiljøet. Og uansett nytte, er fasen rundt utskrivning til hjemmemiljø svært sårbar
 - Institusjonsbehandling trekker store ressurser
 - Stor fysisk avstand er et praktisk hinder for løpende kontakt med støttepersoner i hjemmemiljøet under innleggelse

8.3.7 Rollen som koordinator i kommunen

Flere av de deltakende kommunene hadde felles erfaringer med at medarbeidere som jobbet med RoP-pasienter ble utbrent og endte opp i lange sykmeldinger. Parallelt med at SPoR-prosjektet ble rigget, til dels også før dette, tok de deltakende kommunene ledegrep for å sikre to forhold:

- At arbeidet med RoP-pasienter/brukere blir best mulig organisasjonsmessig integrert
- At tilstrekkelig kommunal koordinator-kapasitet blir prioritert i de tyngste og mest sammensatte sakene

Det ble satt et tak på hvor mange pasienter/brukere i kategorien VIP ("veldig innsatskrevende pasient") hver koordinator/primærkontakt kunne ha ansvaret for til enhver tid – jf. begrepet "case load". I noen av sakene var dette tilstrekkelig til at det ble ryddet opp i de utfordringene med hensyn til samhandling som var årsak til at den aktuelle brukeren var invitert inn i prosjektet.

Det er ikke grunnlag for å si at disse grepene har løst problemene rundt den viktige koordinatorrollen i kommunene, fordi den samlede ressurstilgangen ikke er vesentlig endret. Men det er en lederoppgave å gjøre nødvendige prioriteringer og å legge til rette for at belastningen er rimelig fordelt på medarbeiderne. Det er gjennom prosjektet kastet skarp lys på tema som organisering og prioritering. Koordinatorrollen er helt sentral i dette bildet.

8.3.8 Rollen som koordinator i spesialisthelsetjenesten

I tre-fire av de 22 sakene i SPoR-prosjektet er prosjektgruppa direkte misfornøyd med hva som er oppnådd etter litt over to års oppfølging (jf. pkt 8.1). De aktuelle brukerne er ikke kommet lenger i sin psykososiale rehabilitering og samhandlingen i disse sakene er ikke avgjørende bedret.

Det er et slående felles trekk ved disse sakene: Det er først og fremst forhold internt i spesialisthelsetjenesten som gjør at de ikke løses bedre. Det har ikke lyktes å etablere felles forståelse på tvers av enhetene i spesialisthelsetjenesten for hvordan saken skal forstås og ansvar fordeles. Hver enhet opptrer autonomt i henhold til egendefinerte driftsmål, uten å bli stilt ansvarlig for tjenestens bidrag til klinikkens samlede oppgaveløsning. I minst to av sakene som SPoR-prosjektet jobbet med har kommunen foreløpig endt opp med ansvar for å løse oppgaver de ikke har kompetanse til¹¹).

Underveis i arbeidet i ansvarsgruppene i de 22 sakene er det ofte kommet utsagn som forteller om ”beslutningshierarkier” i den komplekse organisasjonen som Klinikk psykisk helse og rusbehandling er. Begrepet hierarki brukes her i betydningen ”hvem har størst sannsynlighet for å få sitt syn gjennom når det oppstår uenighet”:

- Psykiatri vinner frem overfor rus
- Fylkesavdelingene vinner frem overfor DPS'ene
- Legene vinner frem overfor de øvrige profesjonene

Prosjektgruppa ser fem dimensjoner når spesialisthelsetjenesten på tvers av enhetene får problemer med å bidra til gode forløp:

- å forstå en akutt hendelse som en del av et kronisk forløp, og sammen med øvrige enheter takle hendelsen i et forløpsperspektiv – særlig når pasienten selv er uttalt ambivalent
- å skape rammer for å foreta en etterspurt utredning
- å håndtere at rusadferd skygger ofte for behandlingstrengende, psykiatrisk problematikk
- å yte samtidig, integrert terapi for psykisk lidelse og ruslidelse
- å møte pasienten der pasienten faktisk befinner seg

Etter at begrepet ”pasientansvarlig lege” aldri fikk noe reelt innhold i spesialisthelsetjenesten, ble Lov om spesialisthelsetjenesten endret fra 1.1.2012. Loven hjemler Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, og forskriftens § 22. Koordinator i spesialisthelsetjenesten lyder nå:

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det tilbys koordinator – jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a. Dette gjelder uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan.

Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere, og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinator bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.

Med den lave legedekningen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusomsorg, mener prosjektgruppa det er en dårlig idé at knapp legetid skal brukes på koordinatorfunksjon. Rollen som koordinator krever rutine, kunnskap, egnethet og tid - mer enn en særlig profesjon. Det er slik prosjektgruppa ser det særlig fire utfordringer knyttet til å utvikle en velfungerende koordinatorfunksjon i spesialisthelsetjenesten:

- En kulturutfordring – å skape respekt for en rolle som må ha autoritet på tvers av fag og enheter
- En ressursutfordring – å skape rom for medarbeidere til å utøve en slik funksjon i noen av de sakene de har ansvar for
- En prioriteringsutfordring – å avgjøre hvilke saker som (for tiden) er så kompliserte at koordinator bør utpekes
- En dialogutfordring - å opptre som likeverdig partner overfor eksterne samarbeidspartnere

RoP-feltet er trolig det området der spesialisthelsetjenestelovens nye bestemmelse er aller mest aktuell. Prosjektgruppa er ikke kjent med at det etter lovendringen innen Klinikk psykisk helse og rusbehandling er tatt noen ledergrep for å implementere bestemmelsen om å utpeke koordinatore eller utvikle rollen. Prosjektgruppa mener det er god sjanse for at de særlig vanskelige sakene i SPoR-prosjektet som er omtalt i dette avsnittet, kunne vært bedre håndtert dersom det hadde vært utpekt koordinator, ikke bare på kommunal side, men også i spesialisthelsetjenesten.

I kommunene er erfaringen gjennom SPoR-prosjektet entydig at styrking av koordinatorrollen er en investering i kvalitet som ganske snart lønner seg både med hensyn til samlet ressursbruk, og med hensyn til brukeropplevd nytte.

I to-tre andre, men også de svært tunge sakene i prosjektet har medarbeidere i DPS'ene klart å bidra avgjørende til gode løsninger sammen med kommunen ved å utøve koordinatorfunksjonen helt i tråd med lovgivers intensjoner. SPoR-prosjektets erfaringsinnhenting og drøfting gir ikke grunnlag for å forklare hvorfor noen greier dette, og andre ikke. Men det vil være svært interessant å bore dypere i dette tema.

Det er et tankekors at svært mange av behandlerne i psykiatrien i SPoR-prosjektet har gitt uttrykk for frustrasjon over en utvikling i retning av at en stadig større del av deres tid går med til rapportering og dokumentasjon, og tilsvarende mindre til pasientrettede oppgaver. Det etterlater et bilde av en konfliktfylt posisjon for fotfolkene i psykiatrien: Skal lojaliteten gå innad/oppad mot organisasjonens vedtatte driftsmål, eller utad/nedad mot primæroppgavene.

I et bredere perspektiv aktualiserer dette problemstillingen om hvorvidt helseforetakenes fokus på å rapportere på innsatsmål

og produktivitet (som for eksempel antall konsultasjoner) er hensiktsmessig innen kronikeromsorgen. Å formulere og rapportere på utfallsmål (som for eksempel vellykkede forløp og unngåtte reinnleggelse) ville etter prosjektgruppas vurdering tjent RoP-pasientene bedre.

8.3.9 Å strekke seg – eller å trekke seg

Gjennom å følge samarbeidet rundt 22 av de mest utfordrende pasientene i Vestfold gjennom to-tre år har prosjektet innimellom erfart at ulike aktører i spesialisthelsetjenesten har strukket seg meget langt. De har bidratt ut over sitt eget ansvarsområde og funnet kreative løsninger i vanskelige situasjoner. Parallelt med dette har vi observert at sterkt etterspurte tiltak ikke er blitt iverksatt, fordi alle har ment at oppgaven hører hjemme ”på en annens bord”.

Spesialisthelsetjenesten har store ressurser, og viser altså til tider et imponerende repertoar for tverrfaglig samarbeid. Men den samlede tjenesten er ikke like god på å sikre at enhetene opptre kollektivt ansvarlig for å løse de sakene der samhandlingsutfordringene er størst. Det virker som om de ulike enhetene har mulighet til å opptre ganske autonomt med hensyn til når de spiller på hele sitt repertoar - og når de trekker seg. Det er som regel i overgangsfaser systemet blir utfordret på disse svakhetene: Det oppstår en krise, det er nødvendig å etablere rammer for en nødvendig utredning, et tiltak har kollapset, hva er omsorg og hva er behandling akkurat her og nå?

Kriteriene for når spesialisthelsetjenesten ”strekker seg” og når den ”trekker seg” er ikke tydelig for kommunene. Når det oppstår situasjoner som kan minne om Svarte-Per-spillet, er det som regel kommunene som taper. Kommunale tjenester utgjør ”bunnplanken” i velferdssamfunnet, og kommunene er vant til å måtte håndtere det ingen andre tar seg av.

Også i SPoR-prosjektet har vi saker som tross intens samarbeid gjennom nesten tre år ikke er løst tilfredsstillende. Disse sakene illustrerer at kommunene av og til blir sittende med ansvar for pasienter som er for dårlige til at spesialisthelsetjenesten har noe tilbud de kan nyttiggjøre seg. Dette er saker der det er grunn til å stille spørsmål både om faglig forsvarlighet og om kostnadseffektiviteten av de samlede tiltak.

Følgende utdrag fra en caseoppsummering kan illustrere at poenget ”å strekke seg eller trekke seg” kan gjelde begge veier i samarbeidet mellom helseforetaket og kommunene:

En pasient i kommunal bolig trengte skjerming og avrusning for å få gjennomført en ortopedisk operasjon. Akuttavsnittet i psykiatrien kjente pasienten og tilbød opphold noen dager både før operasjonen (for avrusning) og etter (for skjerming). Da pasienten ble søkt overført til videre opptrening i kommunal institusjon, ble søknaden avvist av kommunen med henvisning til forventet uakseptabel rusadferd, og pasienten ble utskrevet til egen bolig med trapp.

8.3.10 En enklere samarbeidsmodell?

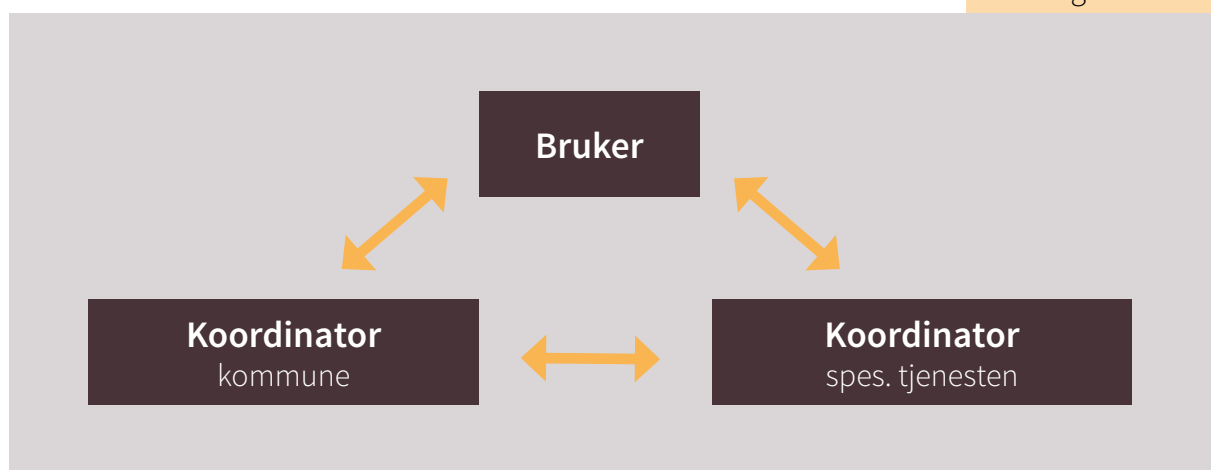
Allerede i oppstartintervjuene i SPoR-prosjektet uttrykte mange av pasientene/brukerne at de ikke er bekvemme med store

og relativt sjeldne møter i ansvarsgruppe ”med brukeren/pasienten i sentrum”. Mye av tiden i slike møter går med til å sjekke ut (og ikke sjelden kjekle) om avtaler fra forrige møte er fulgt opp. Mye av kommunikasjonen går over hodet på pasienten/brukeren. Mange av møtedeltakerne er relativt fremmede for ham/henne, og har ansvar for bare en avgrenset del av tiltakspakken. Slike ansvarsgrupper er også, på grunn av deltakernes fulle avtalebøker, et dårlig utgangspunkt for å handle raskt når kriser oppstår. Nettopp dette hensynet var det viktig å ivareta i SPoR-prosjektets deltakergruppe.

En kronisk lidelse manifesterer seg gjerne som en serie akutte hendelser som ofte kunne vært håndtert bedre ved rask innsats. En kriseplan er som regel den viktigste delen av en velfungerende, individuell plan.

Bredt sammensatte ansvarsgrupper må i de fleste saker møtes av og til. Men SPoR-prosjektet fokuserte på at den daglige samhandlingen i all hovedsak foregår mellom et lite antall personer: Bruker, kommunal koordinator og behandler fra spesialisthelsetjenesten. Samhandlingen fløt best i de sakene der det var færrest enkeltpersoner inne. Det gjorde det også lettere å løpende sjekke ut om brukeren følte at han/hun var delaktig i og tilfreds med arbeidet. En samhandlingsmodell som ivaretar disse erfaringene illustreres i figur 5:

Figur 5



Poenget her er ikke om det er en trekant eller en tetraede (firfoting) – med for eksempel også fastlegen (jf. pkt. 8.3.12) eller NAV tett inne. God gjensidig tilgjengelighet og raske beslutninger er det avgjørende. En liten gruppe som forestår den daglige samhandlingen, bidrar for pasientens/brukerens del både til sterkere innflytelse og til økt ansvar for eget liv.

En slik enklere ”hverdagsmodell” vil etter prosjektgruppas vurdering kunne bidra avgjørende til mer sammenhengende og helhetlige rehabiliteringsforløp. Reelt bedre brukermedvirkning og bedre forløp er to helt sentrale utfordringer for dagens tjenesteparasapparat når vi tar utgangspunkt i brukernes erfaringer som tjenestemottakere.

Det er etter prosjektgruppas mening naturlig at koordinator på kommunal side over tid bærer det største ansvaret for at samhandlingsrutinene fungerer. Men modellen forutsetter at rollen som koordinator i spesialisthelsetjenesten utvikles like tydelig og forpliktende som tilsvarende rolle i kommunene – jf. pkt 8.3.8. Den forutsetter også at samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten sikrer arenaer og rutiner for å beslutte hvem som til enhver tid skal ha VIP-status (”veldig innsatskrevende pasient”), og som derved inviteres til denne mer intense, prioriterte formen for samhandling (jf. pkt 8.3.11 nedenfor).

8.3.11 Drøftingsarenaer

Det går fram av pkt. 2.3 i denne rapporten at SPoR-prosjektet ikke fikk i oppdrag å jobbe med å utvikle samhandlingsarenaene på nivåene over det helt pasientnære. Prosjektgruppa er kjent med at det jobbes med slike temaer på høyere organisasjonsnivå. Gruppa vil ut fra SPoR-prosjektets erfaringer allikevel komme med innspill til diskusjonen.

Både hva gjelder kompetanse og kapasitet er kommunenes innsats på feltet psykisk helse

betydelig styrket de siste årene, særlig gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008). Men uansett hvor høyt kommunens innsatsnivå er, vil det alltid være et grensesnitt der kompetanse og kapasitet ikke strekker til, og spesialisthelsetjenesten må trå til.

På flere nivåer i SPoR-prosjektet (styringsgruppa, prosjektgruppa, ansvarsgruppene) har det vært anledning til å reflektere over samhandlingserfaringer. Særlig kommunale representanter har etterlyst større grad av systematikk med hensyn til det som stikkordmessig er kalt henvendelse før henvisning (”HFH”) - gjensidig drøfting og veiledning av saker:

- Hvordan syns dere vi skal forstå denne saken?
- Hva syns dere om det vi har gjort så langt?
- Er det noe annet dere syns vi bør prøve?
- Hva kan dere bidra med?
- Hva er riktig adresse for en eventuell henvisning i denne saken?

SPoR-prosjektet har mottatt sterke impulser fra Samhandlingsteamet i Bærum¹²). Teamet organiserer fagressurser fra kommunen og spesialisthelsetjenesten under felles ledelse, og legger vekt på å jobbe utadvendt og ”skulder ved skulder” for å få grep om særlig vanskelige saker på RoP-feltet. Et nyopprettet RoP-team i Vestfold (fra 1.4.2013) forankret i Psykiatrisk fylkesavdeling i Klinikk psykisk helse og rusbehandling (Sykehuset i Vestfold) legger en liknende tenkning til grunn for sitt arbeid: Ikke ta over ansvaret, men gjøre det lettere for de andre enhetene å stå i situasjonen ved å tilby assistanse (”skulder ved skulder”) med hensyn til utredning og tiltak. Tre av de sakene som SPoR-prosjektet ikke har klart å bidra til å løse, følges opp ved dette prosjektets slutt av det nye RoP-teamet.

Det foreligger altså flere erfaringselementer som kan vise vei mot bedre rutiner på hele samhandlingsflaten mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

8.3.12 Fastlegene, kommunen og spesialisthelsetjenesten

Den engasjerte fastlegen bidrar som regel til brede og gode løsninger for pasienter med store og sammensatte hjelpebehov. Når fastlegen i noen tilfeller ikke engasjerer seg, merkes det. Dette er særlig alvorlig fordi RoP-pasienter også har en betydelig somatisk oversykelighet.

Etter SPoR-prosjektets erfaringer er det to forhold som går igjen når samarbeidet med fastlegen ikke lykkes:

- I vanlig, daglig virksomhet foregår kommunikasjonen rundt en pasient i kommunehelsetjenesten direkte mellom fastlegen og en lege i spesialisthelsetjenesten. På RoP-området er situasjonen i de fleste tilfelle en annen. Her er kommunens øvrige tiltaksapparat i førersetet og hovedkontakten i spesialisthelsetjenesten er som regel ikke lege. Dersom fastlegen ikke har vært tydelig inne i tidlig fase av utredning og henvisning, blir han/hun lett glemt i informasjonsprosessen underveis i forløpet og rundt utskrivning og tilbakehenvisning. Det oppstår lett onde sirkler av gjensidig oppgitthet mellom fastlegen og det øvrige hjelpeapparatet.

Prosjektgruppa minner om at fastlegen ofte er den person i hjelpeapparatet som har mest langvarig og omfattende kjennskap til pasienten/brukeren. Og fastlegen tar i enkelte situasjoner på seg rollen som kommunal koordinator. I de fleste tilfeller foretrekker fastlegene en sterk og tydelig koordinator plassert annensteds i det kommunale hjelpeapparatet. Fastlegene er særlig opptatt av at dette blir i varetatt av en profesjonell koordinator:

- Avtaler om gjensidig tilgjengelighet
- Kontinuitet og personlig kjennskap
- Ved behov hjelp til bruker for å overholde legeavtaler
- Tidlig varsling av møteavtaler

- Enighet om egnet tidspunkt og sted for møter
- God møteledelse med dagsorden, referat og oppfølging
- Oppdatering av informasjon ved viktige endringer og lange pauser i kontakten. Feks. innleggelse, endret medisiner og opphør eller oppstart av tiltak med tvangshjemmel

- Noen fastleger har dårlige erfaringer med pasienter med avhengighetsproblematikk, og løser dette ved å trekke seg lengst mulig unna saker der dette er en del av bildet. Men dette løser ingenting for pasienten. Fastlegen er en del av det kommunale hjelpeapparatet. Det er en kommunal lederoppgave å få til en god dialog med "uvillige" fastleger. Faglig veiledning kan komme på tale. I noen tilfeller er slike saker løst ved at lege i spesialisthelsetjenesten har overtatt ansvar for forskrivning som fastlegen har funnet vanskelig. Dette gjelder typisk vanedannende medisiner.

8.3.13 Terapeutisk og juridisk rasjonalitet

Grenseflaten mellom kommunens helse/sosialtjenester, psykisk helsevern og justis-sektoren har ikke vært dominerende i SPoR-prosjektet. Men naturlig nok jobber man ikke med såpass tung problematikk som prosjektet har gjort i nesten tre år uten å erfare at noen brukere har strafferettslige forhold å svare for.

Vi har i prosjektet ikke rammer eller erfaringsgrunnlag for å gå dypere inn på de mest alvorlige temaene i denne grenseflaten. Eksempler på dette er samfunnsvern versus personvern og tilregnelighet versus ansvarlighet. Vi har heller ikke spesielt erfaringsgrunnlag for å gå dypere inn i diskusjonen om taushet og samtykke. Men prosjektet har ved enkelte anledninger erfart at terapeutisk og juridisk rasjonalitet (tenkemåte) har kollidert ut fra rene hensiktsmessighetsbetraktninger – for eksempel:

- Hva er pasienten/brukeren best tjent med på sikt – å sone sin straff, eller å bli erklært soningsudyktig?
- Kan et planlagt fengselsopphold være en hensiktsmessig og skjermet arena for å få utredet en uklar tilstand, eller for en ny giv i rehabiliteringsprosessen?

Alle aktørene – kommunene, psykisk helsevern, justissektoren – kan komme i skade for spenne opp snubletråder for hverandre, dersom de ikke tar seg tid til å skape like bilder av hensiktsmessighet og nytte i situasjoner der hensynet til brukerens/pasientens ve og vel tilsier at alle gode krefter drar i samme retning.

8.4 Stikkordmessig oppsummering av funnene i SPoR-prosjektet

8.4.1

Av de sakene som skaper særlige samhandlingsutfordringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (RoP-lidelser) helt dominerende. I SPoR-prosjektet er 95 % av samhandlingsnøttene RoP-saker.

8.4.2

Noen RoP-pasienter er til enhver tid så funksjonshemmet og innsatskrevende at det er hensiktsmessig å se det som et tidsavgrenset, felles prosjekt å løse eller rydde opp i saken.

8.4.3

Det kjennetegner gruppen RoP-pasienter at det er vanskelig og tar særlig lang tid å få tilstanden utredet for å komme i posisjon for adekvate behandlings- og rehabiliterings tiltak.

8.4.4

De fleste RoP-pasienter har såpass liten erfaring med å mestre livet at det er like riktig å snakke om habilitering som rehabilitering. Pedagogiske tiltak er like viktige som terapi og omsorg. Tiltak i regi av NAV kan trolig utnyttes bedre, og NAV Vestfold har tatt et kraftfullt initiativ til det.

8.4.5

Prosjektets sterkeste funn er at samhandling med og rundt RoP-pasienter løper mye lettere når det skapes forutsetninger for at de ulike aktørene kan skape like bilder av ”hva er det egentlig vi driver ned”.

8.4.6

Skal arbeidet med RoP-pasienter lykkes, må det legges til rette for få, trygge, varige og robuste terapeutiske relasjoner med mulighet for oppsøkende, boligbasert og nærmiljøbasert innsats. Det er for knapp tilgang på egnede boliger i kommunene.

8.4.7

En sterk funksjon som kommunal koordinator for RoP-pasient/bruker, med tilstrekkelig kapasitet og bred RoP-kompetanse, er avgjørende for å lykkes i slike saker.

8.4.8

Rollen som koordinator i spesialisthelsetjenesten er ennå ikke utviklet i tråd med lovens intensjoner. Dette er medvirkende til at en samlet spesialisthelsetjeneste tross stor ressurstilgang i enkelte særlig sammensatte RoP-saker har vanskelig for å bidra optimalt i samarbeidet med kommunene. Helseforetakenes rapport- og incentivstruktur fremmer ikke medarbeidernes mulighet for å utvikle koordinatorrollen på tvers av enheter som opptrer autonomt.

8.4.9

Det er stor variasjon i når samarbeidspartnerne innen gitte ressursrammer ”strekker seg” og når de ”trekker seg” i vanskelige

enkeltsaker. Kriteriene for når det ene og når det andre skjer er utydelige.

8.4.10

En mindre modell (triangel eller tetraede) som grunnstruktur i daglig samarbeid ivaretar både økt reell brukervedvirkning og nødvendig, tverrfaglig samarbeid på en bedre og mer effektiv måte enn en tradisjonell, stor ansvarsgruppemodell.

8.4.11

Tydelige arenaer og rutiner for drøfting etter HFH-prinsippet ("henvendelse før henvisning") kan bidra til "rett RoP-pasient på rett sted til rett tid" i samhandlingen mellom den enkelte kommune og spesialisthelsetjenesten.

8.4.12

Fastlegenes deltakelse er en avgjørende, viktig kommunal ressurs i samarbeidet rundt RoP-pasienter. Det er en kommunal lederoppgave å sikre at uvillige fastleger kommer på banen.

8.4.13

I møtet mellom helse/sosial/omsorgssektoren og justissektoren er det iboende forskjeller i tenkemåte som i gitte situasjoner gjør det vanskelig å enes om hva som er hensiktsmessig og nyttig for pasienten/brukeren/klienten.

9) SPoR-prosjektets anbefalinger til oppdragsgiver

Dette niende og avsluttende kapittelet er prosjektgruppas mer spesifikke tilbakemelding til oppdragsgiver. Kapittelet omfatter de anbefalinger vi har til styringsgruppa og til ledere på enda høyere nivå om utfordringene rundt det å legge til rette for bedre og mer effektive tiltak for RoP-pasienter på systemnivå.

SPoR-prosjektet ble igangsatt ut fra en felles forståelse på ledernivå om at RoP er et felt der bedre samhandling vil kunne bidra til betydelig bedre brukeropplevd nytte og kostnadseffektivitet. Prosjektgruppa består av mellomledere. Prosjektgruppas oppdrag var å rapportere til styringsgruppa om samhandlingserfaringer med og rundt pasienter/brukere som var ansett å representere særlige store utfordringer, og å komme med forslag til forbedringer. Vi syns det er god ledelse å be om innspill til forbedringer.

Representativiteten i materialet overgår det meste av klinisk forskning. Men det viktig å presisere at det lille SPoR-prosjektet ikke har forskningsdesign. Rapporten har derfor ikke ambisjon om å gi en fullstendig og objektiv beskrivelse av virkeligheten hva gjelder samhandling. Den må betraktes som et bidrag til en villet organisasjonsutvikling i helsevesenet.

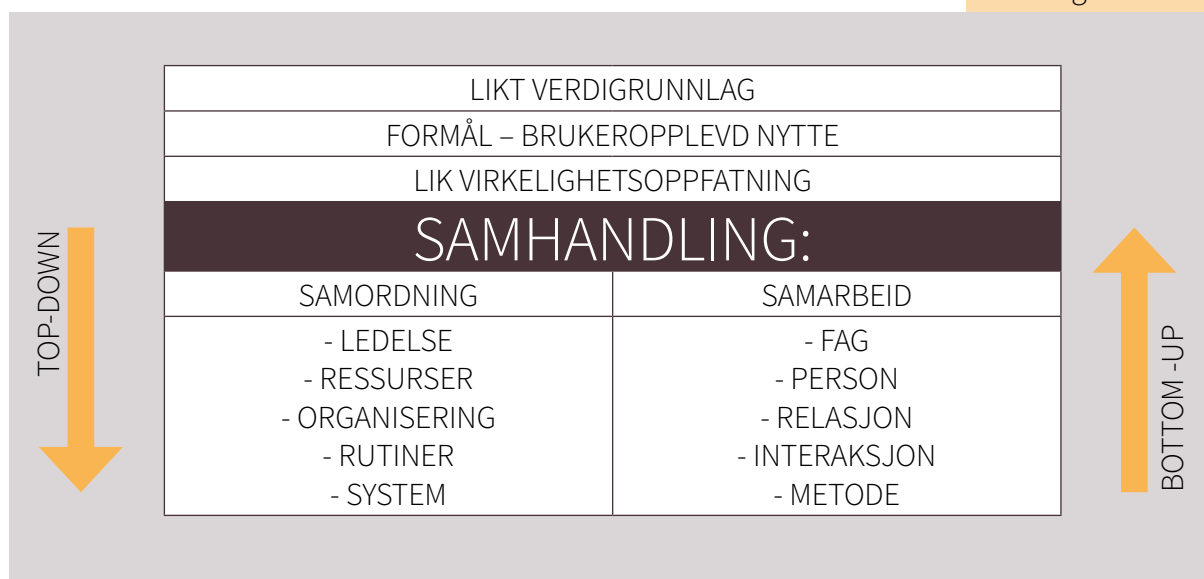
”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse” (Helsedirektoratet IS-1948) er et eksempel på en samtidig bottom-up og top-down-prosesser for å stimulere og normere arbeidet med psykososial rehabilitering. Samtidig er det etter prosjektgruppas vurdering noen sider ved helsepolitikken på systemnivå fra de

seneste årene som ikke uten videre støtter opp om intensjonen bak RoP-retningslinjen:

- Helseforetaksreformen rokket ved den demokratisk forankrede likeverdigheten som tidligere var en styrke i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Helseforetakenes styringslogikk legger sterkere vekt på kostnadskontroll, produktivitet og kjernevirksomhet enn på brukeropplevd faglig nytte i et forløpsperspektiv
- Innføring av tonivåmodellen i de fleste kommuner vektlegger kostnadskontroll og kjernevirksomhet sterkere enn tverrfaglig samarbeid innenfor og utenfor kommunenes egen virksomhet
- Samhandlingsreformens økonomiske ”drivere” er foreløpig ikke gjort gjeldende for RoP-feltet

Vellykket samhandling på tvers av formelle organisasjonsstrukturer kjennetegnes ved at prosesser top-down (samordning) og prosesser bottom-up (samarbeid) finner hverandre og virker sammen. Slike samhandlingsprosesser løper bedre jo tydeligere verdigrunnlaget er og jo likere virkelighetsoppfatningen er. Formålstenkning i helsevesenet må forankres i brukeropplevd nytte (figur 6):

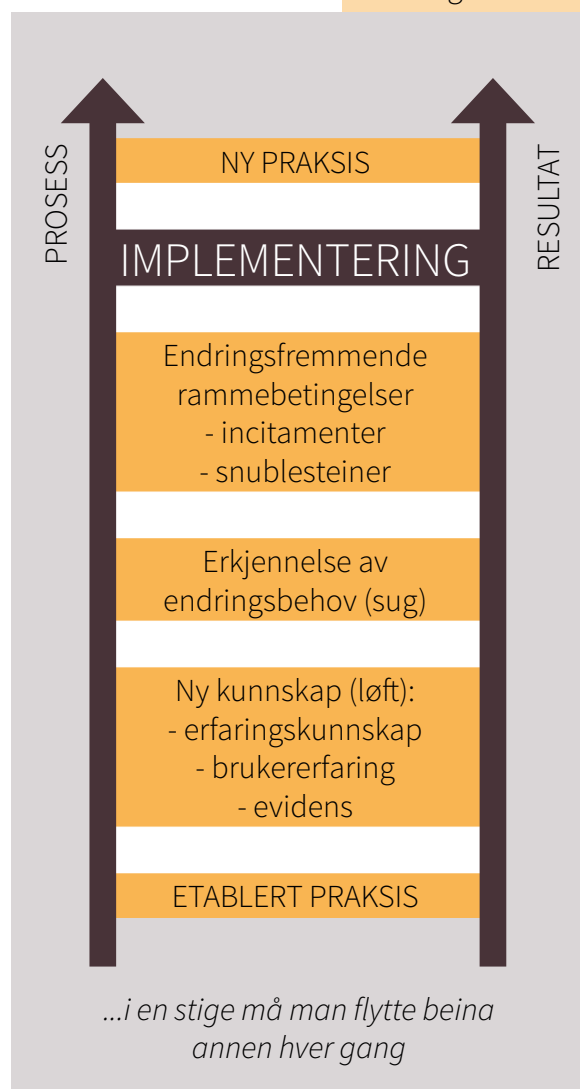
Figur 6



Medarbeidere ute i organisasjonen må stimuleres til å erkjenne og ta i bruk det handlingsrommet de faktisk har for å virkeliggjøre overordnede intensjoner og beslutninger. Bedre samhandling betyr å bli flinkere sammen – ikke ved å bli mer like, men ved at alle bidrar med det de er flinkest til. Å bli flinkere sammen kan sammenlignes med å gå oppover en stige hvor de to stigeløpene representerer henholdsvis prosess og resultat (figur 7): Ny kunnskap skaper erkjennelse av endringsbehov. Om man ikke flytter føttene annenhver gang på en stige (prosess – resultat) vil man forskreve seg. Ensidig resultatfokus, uten sidesyn til at endring tar tid, gjør det vanskelig å overvinne den motstand som alltid vil være tilstede i endringsprosesser. Ensidig prosessfokus, uten evne til å klare å vise resultat, vil svekke motivasjonen og utholdenheten blant deltakerne.

Det mest kritiske punktet i ethvert prosjekt er i hvor stor grad linjeorganisasjonen (i dette tilfellet linjeorganisasjonene) klarer å ta med seg resultatene videre når prosjektorganisasjonen legges ned. Implementering av ny praksis på RoP-feltet er derfor en solid samhandlings- og lederutfordring internt i kommuner, internt i spesialisthelsetjenesten og mellom forvaltningsnivåene.

Figur 7



På bakgrunn av funn og erfaringer i SPoR-prosjektet kommer prosjektgruppa med følgende anbefalinger til styringsgruppa:

9.1 Organisasjonsutvikling som tema i samarbeidsavtalene

SPoR-prosjektet har befattet seg med samhandling, ikke med andre viktige temaer som kompetanse, ressurstilgang og ressursfordeling. Ressurstildeling er et politisk tema. Samtidig med at prosjektet avsluttes gir en ny regjering signaler om å prioritere opp innsatsen på RoP-feltet. Det er svært gledelig for alle som er opptatt av dette arbeidet. Prosjektgruppa vil allikevel advare mot å tro at økt ressurstilgang er det viktigste som kan skje. Det hjelper sjelden med mer av gammel medisin hvis gammel medisin ikke virker. Vi mener at prosjektet viser at det er sider ved helsevesenets struktur og fungeringsmåte som dårlig støtter opp om den forløpstenkningen som er nødvendig for å hjelpe personer med sammensatte vansker og langvarige hjelpebehov, slik som RoP-pasienter. Ut fra SPoR-prosjektets erfaringer, er ROP-feltet dominerende som opphav til samhandlingsutfordringer mellom kommunene og Klinikk psykisk helse og rusbehandling. Hensynet til sammen å skape gode pasientforløp bør derfor tillegges økt vekt for hvordan tjenestene i hele grenseflaten utvikles i tiden framover. For å låne et begrep fra teknologien: Det bør jobbes med kompatibilitet mellom systemene.

Kommunene har langt på vei, innen sine knappe ressursrammer, omorganisert innsatsen på RoP-feltet de siste årene:

- Organisatorisk integrering rus/psykiatri
- Lagt til rette for kompetanse på integrert behandling
- Prioritert de til enhver tid mest innsatskrevende brukerne

Spesialisthelsetjenestens store innsats på RoP-feltet fremstår organisatorisk og faglig som langt mer fragmentert:

- Markant organisatorisk skille mellom psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling
- DPS poliklinikker er diagnoseinndelt - allmenn, rus og rehabilitering
- Det er stor forskjell mellom enhetene i grad av ambulant arbeid
- Deltakerne i SPoR-prosjektet beskriver en "enten-rus-eller-psykiatri"-kultur

Det blåser sterke vinder på RoP-feltet i retning av terapeutisk integrering og økt vekt på ambulant, hjemmebasert og oppsøkende arbeidsmetodikk. Den siste nye innsatsen fra Klinikk psykisk helse og rusbehandling – ROP-team Vestfold – legger slike tanker til grunn, og er blitt svært godt mottatt i kommunene. ROP-teamet er styrket med en kommunal tilleggsressurs. Men de større ressursene i KPR inn mot RoP-feltet har rammebetingelser som ikke fungerer optimalt med tanke på slik forløpstenkning som er nødvendig i psykososial rehabilitering av RoP-pasienter.

Prosjektgruppa vil tilrå at en felles kritisk gjennomgang av slike organisatoriske spørsmål blir gjort til tema i samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og kommunene, og at det nyopprettede ROP-teamet ses på som et felles utviklingsprosjekt. NAV må bli en del av dette utviklings samarbeidet.

9.2 Samordnet tiltaksutvikling

Den typiske RoP-pasient har en lang karriere i hjelpeapparatet. Både hensynet til brukeropplevd nytte og samlet kostnadseffektivitet tilsier at noen sentrale hensyn må ivaretas i det repertoaret av tiltak spesialisthelsetjenesten og kommunene sammen rår over:

- Samtidighet i innsats
- Forløpsperspektiv
- Kompetanse på integrert innsats ruslidelse og psykisk lidelse

- Nærmiljøbasert og kontinuerlig
- Bidrag til helhetlig løsning ("skulder ved skulder")
- Robust med hensyn til svingende motivasjon hos brukeren/pasienten

Prosjektgruppa anbefaler at samarbeidsavtalen mellom helseforetaket og kommunene sikrer at tiltakene blir utviklet ut fra et slikt bredt felles perspektiv.

9.3 Utvikling av koordinatorrollen i spesialisthelsetjenesten

De sakene som er løst dårligst i SpoR-prosjektet, har det til felles at de ulike enhetene i spesialisthelsetjenesten ikke har klart å samordne seg for å få til et optimalt forløp. I disse sakene savnes en koordinator med kapasitet og autoritet til å arbeide på tvers av enhetene. Spesialisthelsetjenesteloven forutsetter en slik funksjon.

Prosjektgruppa anbefaler at KPR tar ledergrep for å utvikle koordinatorrollen i spesialisthelsetjenesten.

9.4 Utprøving av en enklere samhandlingsmodell

En sterk og tydelig koordinatorfunksjon, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, vil etter prosjektgruppas vurdering være en forutsetning for at en mindre og mer effektiv triangel- eller tetraedemodell kan fungere som grunnstruktur i samarbeidet i visse særlig innsatskrevende saker.

Prosjektgruppa anbefaler at en slik modell prøves ut systematisk.

9.5 Henvendelse før henvisning

Prinsippet eller begrepet "henvendelse før henvisning" (HFH) har kommet i bruk i det siste. Meningsinnholdet er det samme som det flere kommuner lenge har argumentert for: Sikring av møtearenaer og møterutiner mellom DPS og den enkelte kommune for drøfting av utfordrende case og for å skape like bilder. Det kan resultere i at en av samarbeidspartnerne tryggere går videre alene, eller at det kommer en god henvisning til rett instans.

Prosjektgruppa er kjent med at det er utvikling på gang i samarbeidet mellom DPS'ene og kommunene. Gruppa anbefaler at rutiner og sikring av slike arenaer blir en del av samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og alle kommunene i Vestfold.

9.6 Samordning for radikalt tidligere innsats

Det er regelen mer enn unntaket at godt voksne RoP-pasienter har vært kjent i hjelpeapparatet fra barndommen av. Gjennom en vanskelig ungdomstid har de aldri vunnet evnen til å mestre eget liv på en god måte.

Prosjektgruppa anbefaler at kommunene og helseforetaket gjennom bred involvering utreder hvordan de ulike enhetene med delansvar og delhjemler kan få til å samhandle for vesentlig tidligere og sterkere innsats for barn og unge som erkjennes å være i risiko for å utvikle invaliderende RoP-lidelser.

9.7 Utvikling av samarbeidet med fastleger og jurister

Fastlegen er dypt involvert i de aller fleste RoP-sakene, og burde være det i alle. I mange saker er det jurister involvert, både som forsvarer og som representant for tiltale- eller justismyndighet.

Det er en lederoppgave å sikre best mulig samhandlingen med disse fagpersonene. Det er allikevel enkelte sider ved de tradisjonelt "frie profesjonenes" arbeidsmåte og rammebetingelser som gjør det vanskelig å få dem i tale når det trengtes aller mest.

Prosjektgruppa anbefaler at styringsgruppa drøfter om det er systematiske tiltak som kan iverksettes for å fasilitere samarbeidet med disse gruppene

10) Noter

- 1) Psychosomatics 2010, 51:6: 458-465 og Current Opinion in Psychiatry 2012, 25: 83-88, her sitert etter NAPHA-forelesning 27.9.2012 av overlege Petter Bugge Oslo universitetssykehus, Josefinegaten DPS.
- 2) Her sitert etter overlege Rune Tore Strøm, Oslo Universitetssykehus, forelesning Vestfold forum for rus og psykisk helse 8.3.2013
- 3) Ambulant akutteam i Ålesund siterer professor M. Morris på at kollaps i hjelpetiltak er direkte årsak til 70 % av akutte henvendelser i psykiatrien.
- 4) Dosent Anne Lyberg ved Høgskolen i Vestfold har fungert som mentor hva gjelder kvalitativ metode underveis i prosjektet.
- 5) De viktigste inspirasjonskildene ved utarbeidingen av prosjektets læringsmål og læringmodell er:
 - Erik Roos' avhandling fra 2010 - "Samhandling – et tilsiktet eller utilsiktet resultat". Den tar utgangspunkt i erfaringene fra Leistad helsehus i Trondheim, og er i stor grad basert på teori om kontekstualisering og translasjon – jf. KA Rørvik 2007.
 - Flytteori – Mihaly Csikszentmihalyi
 - Bjørn Z Eklund – 7 diversity model
 - Patricia Deegan – recovery-teori
 - CAS-teori – komplekse adaptive systemer
 - Lean-metodikk
 - CRM – Crew Resource Management – et begrepsapparat for kvalitetssikring brukt bl.a. i flybransjen og i akuttmedisin
 - Samtaler med Marian van der Meijde, psykiatrisk poliklinikk Porsgrunn DPS om pasient formulert rehabilitering
- 6) Førstelektor Liv Hanson Ausland ved Høgskolen i Vestfold ga prosjektgruppa en innføring i aksjonslæring, og inspirerte til bruken av læringslogger.
- 7) I denne rapporten brukes begrepet ansvarsgruppe når brukeren er med, og begrepet samarbeidsgruppe når brukeren ikke er med.
- 8) Den fransk-svenske psykologen Alain Topor har skrevet mye om slike fenomener
- 9) Figuren er basert på narrativ teori og teori om salutogenese versus patogenese (jf. særlig Aaron Antonovsky). Figuren er utviklet i samarbeid med Even B Bjørn under hans arbeid med mastergradsoppgave i kroppsøving ved Høgskolen i Nord-Trøndelag 2012.
- 10) Prosjektleder er Inger Marie Pauli (inger-marie.pauli@nav.no)
- 11) For balansens skyld: Prosjektgruppen er selvfølgelig klar over at det også er utskrivningsklare pasienter innlagt i psykiatrien fordi kommuner ikke har klart å komme opp med adekvate botiltak.
- 12) Prosjektleder Anne-Grethe Skjerve (skjera@vestviken.no)

11) Vedlegg

Intervjuguide:

Deltakeridentifikasjon:

Kjønn: Alder Kontaktlengede_

Nedenfor er det formulert noen spørsmål. Du trenger ikke svare på alle. Intervjueren noterer stikkord. Noen av spørsmålene som dreier seg om følelser er kombinert med farger - og da er grønn den bra delen, gul den ikke så verst delen, og rød den dårlige delen. 3 er overgang rød/gul, og 7 er overgang gul/grønn. Bruk helst hele skalaen 1-9 - og sett et kryss i én av rutene.

Vi vil bruke svarene dine til å prøve å samarbeide med deg på en bedre måte.

1) Hvordan syns du alt i alt at du har det i livet nå?

Veldig bra			Ikke så verst				Veldig dårlig	
9	8	7	6	5	4	3	2	1

2) Hvem er de viktigste hjelperne i livet ditt nå (familie, venner, kommunalt ansatte, fastlege, NAV, psykiatrien, LAR, andre)

3) Hvor nyttig syns du alt i alt at hjelpen/støtten er?

Veldig nyttig			Ikke så verst				Veldig lite	
9	8	7	6	5	4	3	2	1

4) Hva er det du særlig har behov for hjelp/støtte til?

5) Er det noen hjelp/støtte du vil peke på som har vært særlig nyttig?

6) Er det noen form for hjelp/støtte du særlig savner?

7) I hvor stor grad syns du hjelperne forstår hvordan du har det og hva som er dine mål?

I høy grad			Ikke så verst				I veldig liten grad	
9	8	7	6	5	4	3	2	1

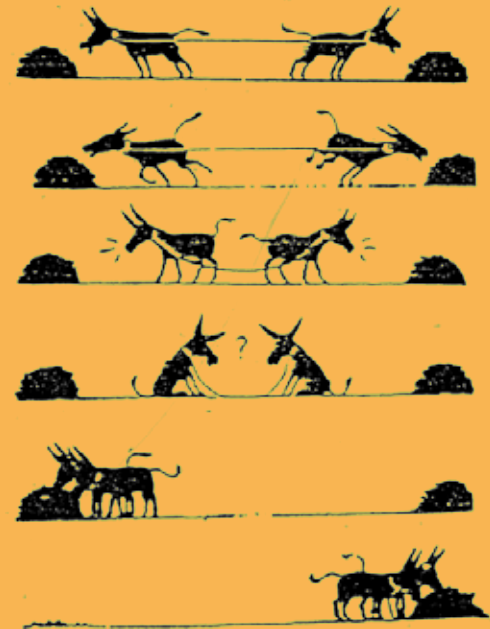
8) I hvor stor grad syns du hjelperne tar hensyn til dine meninger?

I høy grad			Ikke så verst				I veldig liten grad	
9	8	7	6	5	4	3	2	1

- 9) Har du individuell plan (IP) – og hvordan syns du det fungerer for deg?
 10) Hvor flinke syns du hjelperne er til å samarbeide seg imellom?

Veldig flinke		Ikke så verst					Veldig lite flinke	
9	8	7	6	5	4	3	2	1

- 11) Har du forslag til hvordan hjelperne kan bli flinkere til å samarbeide med deg?
 12) Har du forslag til hvordan hjelperne kan bli flinkere til å samarbeide seg imellom?
 13) Er det noen du mener må trekkes inn i samarbeidet som i dag ikke er med?
 14) Kan du nevne noe du er særlig fornøyd med at du har fått til i livet ditt?
 15) Kan du huske om det var noe som var spesielt viktig i den situasjonen – din egen innsats? Andres innsats?
 16) Er det noen områder i livet hvor det er særlig viktig å få til endringer dersom du skal få det bedre alt i alt?
 17) Kan du gi eksempel på noe som må være annerledes hvis du skal bli mer fornøyd med livet ditt?
 18) Har du noen tanker om hvordan du selv best kan bidra til en slik endring?
 Takk for samtalen!
 19) Hvordan syns du denne samtalen har vært?
 20) Vil du være med i en oppsummerende samtale sammen med andre fra samme kommune som også er deltakere i prosjektet?



Denne rapporten handler om psykososial rehabilitering av RoP-pasienter:

- I hvor stor grad er hjelpeapparatets oppbygging og fungeringsmåte tilpasset den særlige oppgaven å skulle levere psykososiale rehabiliteringsforløp for pasienter/brukere med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse?
- Er vi sikre på at de ulike aktørene i hjelpeapparatet har tilstrekkelig like bilder av de oppgavene som vi er satt til å løse sammen til at vi klarer å dra i samme retning?
- Er vi flinke nok til å samhandle med brukerne/pasientene - både om å formulere mål og om å søke å nå målene?

