

Insentiver for god samhandling i
lokalbasert rus og psykisk helsearbeid
Sluttrapport

2016



Innhold

1	Sammendrag: FoU-prosjekt «Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus og psykisk helsearbeid», 2016.....	4
1.1	Kort om dagens situasjon.....	5
1.2	Overordnede funn og anbefalinger.....	5
2	Innledning.....	8
2.2	Innledende om samhandling.....	8
2.3	Metoder og datakilder.....	10
3	Nåsituasjon.....	12
3.1	Organisatoriske rammebetingelser.....	12
3.2	Faglige rammebetingelser.....	15
3.3	Økonomiske rammebetingelser.....	22
3.4	Juridiske rammebetingelser.....	26
3.5	Oppsummerende om dagens rammebetingelser.....	36
4	Erfaringsbaserte modeller for samhandling.....	40
4.1	Erfaringer og eksempler fra Norge.....	40
4.2	Oppsummerende om erfaringsbaserte modeller.....	44
5	Forskningsbaserte modeller for samhandling.....	46
5.1	Faglig samhandling mellom nivåer: Insentiver og rammebetingelser.....	46
5.2	Organisering: Implementering av faglig samhandling mellom nivåer.....	48
5.3	Organisasjonskultur: Ingen dør er feil.....	52
5.4	Nordiske perspektiver.....	52
5.5	Oppsummerende om forskningsbaserte modeller.....	54
6	Avsluttende drøfting og forslag til mulige modeller for samhandling.....	55
6.1	Innledende om handlingsrom for god samhandling.....	55
6.2	To mulige modeller: Samtidigmodellen og Ett-nivåmodellen.....	56
6.3	En tredje mulige modell: Samhandlingsmodellen.....	57
6.4	Modeller, prinsipper og insentiver.....	59
7	Konklusjoner og anbefalinger.....	63
7.1	Hvilke rammebetingelser bør endres?.....	63
7.2	Hva må til for å få til gode samhandlingsmodeller lokalt?.....	65
8	Referanser.....	67

1 Sammendrag: FoU-prosjekt «Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus og psykisk helsearbeid», 2016

Prosjektet har hatt som mandat å besvare følgende problemstillinger:

- Hvilke insentiver og rammebetingelser må være til stede - både lokalt og nasjonalt - for å sikre de gode samhandlingsmodellene mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste?
- Hvordan kan kommunen sikre at de gode samhandlingsmodellene gjennomføres lokalt?
- Hva skal til for at spesialisthelsetjenesten tar et felles ansvar med kommunen for å sikre god samhandling og kvalitet i arbeidet?
- Hvilke nasjonale betingelser må endres?

Den metodiske gjennomføringen i prosjektet har i hovedsak bestått av dokumentstudier av relevante offentlige dokumenter, en gjennomgang av juridiske rammebetingelser, samt intervjuer og møter med representanter for kommuner, spesialisthelsetjeneste og aktuelle organisasjoner. I tillegg er det gjennomført en systematisk gjennomgang av relevant kunnskap om hva som fremmer og hemmer samhandling i lokalbasert rus og psykisk helse.

En hovedkonklusjon i FoU-prosjektet er at det er mulig å utvikle gode modeller for samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid med dagens rammebetingelser og vilkår, til tross for at ulike typer rammer oppleves å være til hinder. En kjerneutfordring er – etter vår forståelse – at eksisterende rammebetingelser og virkemidler i for liten grad stimulerer til samhandling. Samhandling realiseres *på tross av*, og ikke *på grunn av*, de rammebetingelser og virkemidler som utgjør grunnlaget for hvordan tjenestene organiseres og utøves. Vi finner derfor at det er behov for at nasjonale myndigheter i større grad sikrer at rammebetingelsene legger til rette for økt samhandling fremover. Funnene i den foreliggende studien, indikerer at det særlig bør rettes oppmerksomhet mot organisatoriske, faglige og til dels økonomiske rammebetingelser.

Videre vurderer vi at ledelsen lokalt på begge forvaltningsnivåer bør ha et særlig ansvar for å utvikle og innføre gode modeller for samhandling. Ledelse og kontinuitet i arbeidet med å innføre og opprettholde godt samarbeid er en forutsetning for å lykkes med å etablere gode og varige samhandlingsmodeller.

1.1 Kort om dagens situasjon

Det har blitt lagt frem flere satsninger, meldinger og planer for rus- og psykisk helsearbeid de siste 15-20 årene. Utfordringer og forbedringspotensial knyttet til samhandling i tjenesteapparatet har fått økende oppmerksomhet. Det er dokumentert at det foregår mye godt arbeid på feltet, men at problemene til pasientene er stadig større og mer komplekse og tjenestene må tilpasses deretter. Kapasitet og kompetanse i tjenestene og frivillig sektor må økes, tjenestene må bli mer samtidige og helhetlige, akutthjelpen må økes, behandlingen må bli mer oppsøkende, fleksibel og ambulant og terskelen må senkes.

Ansvar for tjenester til personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser følger av helse- og omsorgstjenesteloven og kommunen må tilby alle innbyggere lovpålagte tjenester. Tjenestene er fordelt på mange ulike aktører i kommunen, for eksempel psykisk helseenhet, rusenhet, boligenhet, tildelingskontor, fastlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste, psykologer, PPT, skolen, barnehagen, barnevern, NAV osv. Oppgavene innebærer blant annet forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og behandling. Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får nødvendig tilbud om spesialiserte helsetjenester. Disse tjenestene omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusmiddelmissbruk, prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Sentrale deler av spesialisthelsetjenesten omfatter distriktpsykiatrisk senter (DPS), psykisk helsevern for barn og unge (BUP), og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB).

Lokalbasert samhandling innen rus og psykisk helse har vært en utfordring i tjenester til personer med både lettere og mer sammensatte problemer. Sentralt i samhandlingsreformen har vært å imøtekomme utfordringer knyttet til at pasienters behov for koordinerte tjenester ikke ivaretas godt nok, og at tjenestene ikke har vært nok rettet mot å begrense og forebygge sykdom. Strategiene i reformen har derfor vært å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. I samhandlingsreformen legges det vekt på at det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner.

1.2 Overordnede funn og anbefalinger

1.2.1 Rammebetingelsene må i større grad stimulere til samhandling

Det gjelder både organisatoriske, faglige og til dels økonomiske rammebetingelser. Prosjektet viser at det finnes en rekke gode erfaringer med vellykket samhandling i flere kommuner. Det tyder på at eksisterende rammebetingelser og strukturer ikke nødvendigvis er til hinder for god samhandling i det lokalbasert rus- og psykisk helsearbeidet. Samtidig peker representanter for kommuner, spesialisthelsetjeneste og relevante organisasjoner på behovet for endringer.

I tabellen under presenteres vår overordnede anbefaling knyttet til ulike typer rammebetingelser.

Rammebetingelse Anbefaling

Organisatoriske	<ul style="list-style-type: none">Nasjonale myndigheter må tydeliggjøre at kommunen og spesialisthelsetjenesten er likeverdige parter i inngåelse og utøvelse av samarbeidKommuner bør gå sammen for å inngå formelle samarbeidsavtaler med helseforetakene. Dette for å styrke deres posisjon overfor helseforetakene og legge til rette for mer tilpassede og relevante avtalerLokal ledelse for kommunale og statlige tjenester bør etablere arenaer der de kan møtes for å definere hva som er lokale utfordringer og hvordan tjenestene i fellesskap kan møte disse
Faglige	<ul style="list-style-type: none">Nasjonale myndigheter må legge til rette for mer felles kompetanseutvikling for å gi fagfolk i ulike aktuelle tjenester i rus- og psykisk helsefeltet en felles faglig plattformLokal ledelse for kommunale og statlige tjenester må legge til rette for og forvente at relevante ansatte deltaer på felles kompetanseutvikling og andre arenaer for samhandlingUtdanningstilbydere må utvikle relevante etter- og videreutdanningstilbudProfesjonsutdanningene må videre sikre at det gis innføring i samhandlingskompetanse
Økonomiske	<ul style="list-style-type: none">Nasjonale myndigheter bør utrede og vurdere endringer i takstsystemet, og hvordan dette i større grad kan stimulere til samarbeid. Dette gjelder særlig muligheter for å innføre takster for reise og ambulansetjenesterNasjonale myndigheter bør utrede hvordan det kan legges til rette for felles investeringer på tvers av tjenester og nivåer. Dette gjelder investeringer både i teknologiske systemer og i kompetanseLokal ledelse for kommunale og statlige tjenester bør inngå dialog for å identifisere muligheter for felles finansiering og investeringer
Juridiske	<ul style="list-style-type: none">Vi finner ikke grunnlag for å foreslå endringer i de juridiske rammebetingelsene. I stedet anbefaler vi at det legges til rette for å styrke den juridiske kompetansen lokalt, slik at ledere og ansatte i tjenestene i større grad kan ta i bruk det handlingsrommet de har innenfor dagens lov- og regelverk. Det stilles spørsmål ved om lovverket bør forenkles for at aktørene lokalt i større grad skal kunne ta i bruk gjeldende handlingsrom

1.2.2 Videreutvikling og spredning av gode lokale samhandlingsmodeller

I prosjektet er det avdekket både erfaringsbaserte og forskningsbaserte modeller for samhandling. Norske kommuner er veldig ulike, både når det gjelder geografi, antall innbyggere og hvordan tjenestene innen psykisk helse og rus er bygd opp. Vi anbefaler derfor at aktørene utvikler og tilpasser en modell som er hensiktsmessig og virkningsfull ut fra lokale utfordringer og behov. I prosjektet har vi identifisert tre mulige modeller for samhandling:

Modell	Beskrivelse
1.Samtidighetsmodellen	<p>Samtidigmodellen legger til grunn at ansvaret for utredning, vurdering, behandling og oppfølging ligger i 1. linjen, mens 2. linjens funksjon er å gi støtte og konsultasjon til primærnivået. Case manager (fortrinnsvis helsepersonell fra psykisk helse-/rusarbeid i kommunen) har et utvidet ansvar for oppfølging og omsorg. Dette inkluderer en fortløpende vurdering av helsestatus, å pro-aktivt å bistå brukeren til å velge blant ulike behandlingsalternativer, å følge behandlingen, å legge til rette for atferdsendring samt økt egenomsorg og selvhjelp. I tillegg inkluderer det koordinering av hjelp på tvers av tjenester, organisatoriske grenser og nivåer i kommunen og mellom kommune og 2. linjen. Det forutsettes at det er utviklet faglige retningslinjer for ulike pasientforløp som case manager følger, og som legges til grunn for vedkommendes vurderinger. Eksempler på samtidighetsmodellen i praksis er bruk av case manager som koordinator i tett individuell oppfølging av personer med rus- og/eller psykiske helseproblemer. Bruk av koordinator i oppfølging av personer med individuell plan kan også være et eksempel på denne modellen.</p>

2. Etnivå-modellen

Etnivåmodellen handler om å etablere lokale nettverk for samarbeid og integrerte tjenester. Formålet er at mottakere av tjenester ivaretas lokalt gjennom 1) etablering av ett felles beslutningsnivå med tanke på ledelse og ressursfordeling i nettverket, 2) case management som tilnærming for integrering og koordinering og 3) felles undervisning for kommunalt og spesialiserte ansatte. Poenget er at pasienter eller ansatte får direkte tilgang på et lokalt faglig nettverk. Dette kan sørge for at pasienten får nødvendig hjelp, at ansatte får nødvendig veiledning og opplæring, eller at pasienten får henvisning til mer spesialiserte tjenester. En slik integrering kan utfordre ulike kulturer og nivåer som skal integreres. En forutsetning for å lykkes med å etablere slike nettverk er at alle parter forstår avhengigheten av hverandre, og kan identifisere felles faglige utfordringer. Eksempler på etnivåmodellen er etablering av samhandlingsteam med tverrfaglig kompetanse og representanter for både første- og andrelinje. ACT-team¹ kan også forstås som en variant av denne modellen der tverrfaglige team arbeider oppsøkende for å sikre helhetlige tjenestetilbud.

3. Samhandlingsmodellen

Samhandlingsmodellen tar utgangspunkt i at en felles faglig forståelse og tilnærming legges til grunn for utvikling av tjenester som er tilpasset den enkeltes behov. Samarbeidet skal ta utgangspunkt i personers egen livssituasjon for å utvikle tjenester som er tilpasset personens liv, både med hensyn til behandling og tilhørighet til lokalsamfunnet. Modellen innebærer aktiv deltakelse fra brukerne der de er med på å ta beslutninger om hvilke tjenester de ønsker seg innen tjenestene. Samhandlingsmodellen legger således til grunn en mer fleksibel tjeneste som tilpasses med bakgrunn i pasientens behov og ønsker, og de ansattes faglige ståsted og vurdering. I modellen ligger også en forutsetning om å evaluere resultatene av tjenestene som tilbys. Modellen kan foreløpig forstås som forskningsbasert, men er utviklet i et forskningsprosjekt gjennomført av Høgskolen i Sør-Øst Norge i samarbeid med Asker kommune.

Uansett hvilken modell som legges til grunn for samhandling, bør øverste ledelse for aktuelle tjenester vurdere følgende punkter ved innføring av en lokalbasert samhandlingsmodell:

- Øverste ledelse for relevante tjenester samles for å definere hvilke utfordringer man ønsker å imøtekomme, og hva som bør være formålet med modellen.
- Øverste ledelse drøfter i fellesskap med sentrale fagpersoner hva som er forutsetninger for å lykkes.
- Øverste ledelse kommer til enighet om en plan for innføring og gjennomføring av modellen som forankres i gjeldende respektive tjenesters plan- og avtaleverk.
- Øverste ledelse sørger for at modellen iverksettes og etablerer rutiner og systemer for evaluering og oppfølging av arbeidet.

I tillegg vil det være en forutsetning at fagpersoner på tvers av tjenester og nivåer samles for å avklare faglig tilnærming, og i fellesskap utvikle rutiner eller handlingsbeskrivelser for hvordan tjenestene skal utøves. Brukerperspektivet må stå sentralt og erfaringskonsulenter bør involveres aktivt både i planleggingen og gjennomføringen av arbeidet. Erfaringer fra tidligere forsøk, tilsier at prosjektorganisering kan være en hensiktsmessig måte å organisere implementeringen. Etablert prosjektstyringsmetodikk kan bidra med nødvendig struktur for hvordan modellutviklingen organiseres, styres og gjennomføres.

¹ ACT står for *Assertive Community Treatment*

2 Innledning

Deloitte og Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN)² presenterer med dette sluttrapport i KS FoU-prosjektet 154013 «Incentiver for god samhandling i lokalbasert rus og psykisk helsearbeid». Prosjektet ble påbegynt våren 2015 og avsluttet i 2016. Sluttrapporten sammenfatter og presenterer sentrale funn i prosjektet. Deloitte har hatt hovedansvaret for prosjektet og står dermed som hovedansvarlig for rapporten. HBV har hatt et særlig ansvar for gjennomføring av en systematisk kunnskapsgjennomgang av forskningsbasert kunnskap om hva som fremmer og hemmer samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid.

2.1.1 Formål og hovedproblemstillinger i prosjektet

FoU-oppdrag har hatt som mandat å utrede hvilke virkemidler og rammebetingelser som hemmer eller fremmer god samhandling mellom tjenester og nivåer i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid. Utredningen omfatter både økonomiske, juridiske, faglige og organisatoriske rammebetingelser. Problemstillingene under utgjør utgangspunktet for prosjektet.

- Hvilke incentiver og rammebetingelser må være til stede - både lokalt og nasjonalt - for å sikre de gode samhandlingsmodellene mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste?
- Hvordan kan kommunen sikre at de gode samhandlingsmodellene gjennomføres lokalt?
- Hva skal til for at spesialisthelsetjenesten tar et felles ansvar med kommunen for å sikre god samhandling og kvalitet i arbeidet?
- Hvilke nasjonale betingelser må endres?

Et viktig formål i prosjektet er å løfte frem gode eksempler for å komme frem til alternative modeller for økt samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid.

2.2 Innledende om samhandling

2.2.1 Samhandling på systemnivå: Å guide hverandre i hverandres systemer

En av de store utfordringene i tjenestetilbudet innen rus og psykisk helse i Norge har over lang tid vært flere forvaltningsnivå. I en slik setting har særlig personer med behov for sammensatte og langvarige tjenestetilbud vært en sårbar gruppe. Mange brukere og pårørende har opplevd at de ikke «passer» noe sted, at de «faller mellom stoler», og at ansvaret skyves fram og tilbake i tjenestesystemet (Andersen, 2013).

² Ansvarlige hos Deloitte har vært Kristian Dyrkorn, Mirjam Snåre Jarbo, Evy Tynes Johnsen, Sigbjørn Holst og Rachel Williksen. Ansvarlige hos HSN har vært Stian Nissen Biong og Ottar Ness.

Samhandling mellom tjenester og nivåer på dette feltet er gjort til gjenstand for myndighetskrav (plikt) og samhandlingen på systemnivå skal tydeliggjøres i virksomhetenes internkontrollsystemer (Helsedirektoratet, 2014, s. 105). Samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid er derfor ikke bare et teoretisk fundament eller for spesielt interesserte.

I en studie av hva som kjennetegner god samhandling mellom ulike tjenester, nivåer og virksomhetsgrenser i psykisk helsearbeid og -helsevern fant Biong (2011) at god samhandling synes å være knyttet til relasjonelle og kontekstuelle forhold. Konklusjonen i studien var at god samhandling mellom tjenester, nivåer og virksomhetsgrenser kan forstås som at partene veileder hverandre i hverandres systemer.

Fra et lengre forskningsprosjekt i en norsk kommune fant forskerne at fagfolk beskrev samhandling med både brukere med samtidige lidelser og med andre fagfolk som det å være «medvandrer» sammen med brukeren og familien. Dette vil si å være en veiviser for brukeren i systemene, og at dette fordret løpende vedlikehold av relasjonene. Fagpersonene beskrev at samhandling handler om både å samhandle *med* brukere og pårørende og *på vegne* av dem inn i andre systemer (Ness, Borg, Semb og Karlsson, 2014).

Personer med psykiske lidelser, ruslidelser og/eller samtidige lidelser er ikke en ensartet gruppe og deres hjelpebehov er høyst ulike. Maharaj (2010) viser til at kompleksiteten i samtidige lidelser utfordrer en standardisert implementering og oppfølging. I følge Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro og Perreault (2010) betyr dette at man i liten grad kan snakke om én modell for samtidige og koordinerte tjenester, men at disse må utvikles lokalt med utgangspunkt i den lokale konteksten.

2.2.2 Samhandling på individnivå: Felles beslutningstaking

Lidelsenes kompleksitet kan vanskeliggjøre samhandlingsrelasjonene også på individnivå (Andersen, 2013). Nøkkelen til vellykket samhandling på individnivå ved psykiske lidelser synes å være en recovery- og personorientert tilnærming (Slade og Longden, 2015), som tar høyde for alder, kjønn, kultur og kontekst. Å ha forståelse for ulikheter og mangfold understøtter en tilnærming til samhandling på individnivå hvor samhandlingen tar utgangspunkt i «hva er viktig for deg» og hvor ulike kombinasjoner av tiltak matches mot personens verdier, preferanser og behov (Cleary, Walter, Hunt, Clancy & Horsfall, 2008).

Personlig og sosial recovery som et felles faglig perspektiv i tjenestene på tvers av nivå og virksomhetsgrenser, kan bety at spesialistene bør vies spesiell oppmerksomhet når det gjelder opplæring og veiledning. Dette fordi en recovery-orientert tilnærming med økte valgmuligheter og mer autonomi og makt for brukeren representerer noe relativt nytt og kan dermed være særlig utfordrende å lykkes med (Mabe, Ahmed, Duncan, Fenley & Buckley, 2014). Helsedirektoratet (2014, s. 17) omtaler økt autonomi og makt til brukeren som knyttet til «reell brukermedvirkning», i den betydning at den som berøres av en beslutning deltar i beslutningsprosesser på like vilkår slik at brukerens ønsker og behov legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud.

Delaney, Robinson og Chafetz (2013) peker på betydningen av kulturendring i tjenestene med tanke på å utvikle en recovery- og personorientert tjeneste ved samtidige lidelser, med fokus på brukerens opplevelse av livskvalitet og velvære. Denne kulturendringen handler ifølge Gerard (2010) i stor grad om å utvikle prosesser for å praktisere felles beslutningstaking. For at et samarbeid mellom erfaringskunnskap og teoretisk kunnskap skal være fruktbart, har Hodges og Hardiman (2006) pekt på at fagfolk må få økt erfaringskunnskap gjennom samarbeid med likemenn og selvhjelpsgrupper (Drake & Bond, 2010). Fokuset for samhandling på individnivå bør rettes mot en verdibasert faglig praksis, bl.a. i form av økt felles beslutningstaking og partnerskap (Xie, Drake, McHugo, Xie & Mohandas, 2010).

2.3 Metoder og datakilder

Den metodiske gjennomføringen i prosjektet har i hovedsak bestått av følgende:

- Dokumentstudier av relevante retningslinjer, herunder stortingsmeldinger og andre sentrale føringer
- Gjennomgang av juridiske rammebetingelser
- Intervju med representanter for kommuner, spesialisthelsetjeneste og aktuelle organisasjoner
- Systematisk kunnskapsgjennomgang av relevant forskningsbasert kunnskap
- Involverende arbeidsmøter

Når det gjelder intervjuene er det gjennomført om lag 25 intervjuer og samtaler, fordelt på kommuner, spesialisthelsetjeneste og organisasjoner på feltet. Formålet med intervjuene har vært både å få deres erfaringer og vurderinger knyttet til problemstillingene i prosjektet, samt å få frem konkrete eksempler på praksis.

Intervjuobjektene er blitt invitert til å delta i et avsluttende arbeidsmøte for å drøfte aktuelle modeller.

2.3.1 Metoder og datakilder i kunnskapsgjennomgangen

Vi gjennomførte et systematisk litteratursøk i flere databaser med vekt på rammebetingelser for samhandling i rus og psykisk helsearbeid. I tillegg til å gjennomføre systematiske litteratursøk i databaser har vi også søkt litteratur gjennom manuelt søk. Dette betyr at vi har lest referanselister til relevante artikler, og hatt kontakt med relevante fagmiljøer internasjonalt (Australia, Storbritannia, Canada, USA og i Norden), vi har brukt egen forskning, og sett på vitenskapelige fagbøker om tematikken.

2.3.1.1 Databaser og søkeord

Utvalget av databaser ble definert av oppdragsgiver, forskere og bibliotekarer. Ut fra dette ble det utført søk i databasene Medline, Cinahl, PsychInfo, Scopus, Web of Science og SWEMED+. Søkene ble utført den 12.08. - 29.09.2015, og tidsperioden er avgrenset til 2005-2015. Treffene i hver base ble overført til referansehåndteringsverktøyet Endnote, og etter dublett fjerning ga søkene 1210 unike treff.

Valg av søkeord reflekterer oppdraget. Basene PsychInfo, Medline og Cinahl har strukturerte begrepsordbøker, og disse ligger til grunn for valg av søkeord og søkestrategier i hver database (se vedlegg 1). I tillegg ble det gjort søk på tekstord for å fange opp artikler som ikke er kategorisert i disse begrepsordbøkene.

Web of Science og Scopus har ikke begrepsordbøker, og søkene i disse databasene ble derfor utført med krav om at alle valgte kjerneord forekom i titlene i artiklene (se vedlegg 1). Dette valget ble gjort for å redusere mulighet for «støy» i trefflistene. Oversikt over arbeidsprosessen i litteratursøket beskrives i vedlegg 2.

2.3.1.2 Avgrensning og vurdering av artikler

Artikkelreferansene i Endnotebiblioteket ble lest og vurdert for relevans og eventuell inklusjon i kunnskapsgjennomgangen. Etter å ha gått igjennom og behandlet artiklene i Endnote, der vi ekskluderte artikler i annet språk, satt vi igjen med 1156 artikler. Vi leste sammendragene til alle de 1156 artiklene og etter dette satt vi igjen med 85 artikler til grundigere gjennomlesing. Av disse referansene er det 5 bokkapitler og 3 bøker som ikke enda er analysert, da vi ikke har fått de fra biblioteket enda. Fra de internasjonale kontaktene har vi analysert to hjemmesider. Disse ble lest i fulltekst for nærmere vurdering. Etter dette satt vi igjen med 65 artikler og 1 bokkapittel. Etter å ha lest disse ble ytterligere noen artikler ekskludert og vi satt igjen med **35 relevante artikler** til analyse i denne rapporten.

3 Nåsituasjon

I dette kapittelet beskrives dagens situasjon, med tanke på hvilke rammebetingelser som virker inn på dagens samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid. Et sentralt spørsmål handler om hvorvidt dagens rammebetingelser legger til rette for eller stimulerer til samhandling. For å belyse dette foretar vi en gjennomgang av aktuelle organisatoriske, faglige, økonomiske og juridiske rammebetingelser. Med rammebetingelser menes her de forhold – fortrinnsvis ytre forhold – som stiller krav til og virker inn på hvordan lokalbasert samhandling innen rus og psykisk helse kan utøves.

3.1 Organisatoriske rammebetingelser

For å belyse organisatoriske rammebetingelser gis en overordnet beskrivelse av hvordan rus- og psykisk helsearbeid i Norge er organisert.

3.1.1 Organiseringen av rus- og psykisk helsearbeid i Norge

Det er Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som har det overordnede ansvaret for en helhetlig og samordnet politikk innenfor områdene rus og psykisk helse. Politikken skal både virke forebyggende og sørge for god og riktig behandling. Ansvarsfordelingen generelt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er blant annet knyttet til graden av spesialisering av tjenestene. Tjenester til mennesker med rus- og/eller psykiske helseproblemer skal ifølge Helse- og omsorgsdepartementet i hovedsak bygges opp i nærmiljøet til brukeren/pasienten, altså i kommunene. Spesialisthelsetjenestens rolle er å støtte opp om arbeidet i kommunene og gi tilbud om utredning og behandling av mer alvorlige tilstander. Kommunehelsetjenesten, som regel fastlegen, må henvise pasienter til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det er opp til hver kommune å bestemme hvordan den kommunale helsetjenesten skal organiseres, jf. prinsippet om lokalt selvstyre i kommuneloven³. Ansvaret for tjenester til personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser følger av helse- og omsorgstjenesteloven og kommunen må tilby alle lovpålagte tjenester. Tjenestene er fordelt på mange ulike aktører i kommunen, for eksempel psykisk helseenhet, rusenhet, boligenhet, tildelingskontor, fastlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste, psykologer, PPT, skolen, barnehagen, barnevern, NAV osv. Oppgavene innebærer blant annet forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og behandling.

Det er staten som har det overordnede ansvaret for at befolkningen får nødvendig tilbud av spesialiserte helsetjenester. Disse tjenestene omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusmiddelmissbruk, prehospitalt

³ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107>

tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.⁴ Sykehusene i Norge er organisert i fire regionale helseforetak. Tjenestene reguleres av lov om spesialisthelsetjenester.⁵

Tabell 1: Beskrivelse av sentrale deler av spesialisthelsetjenesten. Kilde: St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.⁶

Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)
<p>DPS har ansvaret for behandlingstilbudet på lokal-sykehusnivå med spesialisert utredning og behandling. DPS skal tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant, eller som dag- og døgnbehandling. DPS skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten, dvs. være veien inn og ut av psykisk helsevern.</p>	<p>BUP er et tilbud i spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom. Arbeidet er organisert som et poliklinisk tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge. BUP jobber i stor grad ambulant, og skal understøtte de kommunale helsetjenestene, som fastlege, helsesøster, skole, pedagogisk tjeneste (PPT), utekontakten og barnevernet. Flere ulike yrkesgrupper arbeider ved BUP. Psykolog, barnepsykiater, familierapeut, nevropsykolog, kliniske pedagoger og sosionomer arbeider sammen. I mange tilfeller er utvikling av atferdsproblemer og internaliserte problemer som depresjoner, angst, selvskading etc. hos unge og rusdebut tett forbundet med hverandre. Disse barna har ofte behov for hjelp både fra barnevern, PPT og psykisk helsevern, og et godt samarbeid mellom tjenestene er nødvendig.</p>	<p>Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er en del av spesialisthelsetjenesten og omfatter både polikliniske tjenester, døgnbaserte avrusningsenheter, korttidsbehandling og langtidsbehandling i institusjon. I TBS inngår både sosialfaglig og helsefaglig behandling.</p> <p>Det er både sosialtjenesten i kommunene og lege som kan henvise pasienter til TSB. Alle vurderinger av henvisninger skal foretas på grunnlag av Helsedirektoratets veileder for slike vurderinger. De pasienter som har alvorligst rusmiddelavhengighet, skal få behandling raskest. Ved behov for akutt-/øyeblikkelig hjelp skal dette tilbys uten unødig opphold.</p> <p>Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) inngår som en del av tverrfaglig spesialisert behandling.</p>

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og et myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet er faglig rådgiver på folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenesteområdet. De skal iverksette vedtatt politikk, herunder sette i verk handlingsplaner, kampanjer eller gi tilskudd. Videre har de ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. Direktoratet har også ansvar for å fremskaffe statistikk innenfor etatens ansvarsområder. Alle oppgaver blir gitt i instruks, tildelingsbrev, delegasjonsskriv og etatsstyringsmøter. Direktoratet må rapportere tilbake til departementet.⁷

3.1.2 Krav om samhandling

Både loven om helse- og omsorgstjenester⁸ og spesialisthelsetjenesteloven⁹ tar opp samhandling. Gjennom samhandlingsreformen kom det et krav om at kommuner og spesialisthelsetjenesten skulle inngå forpliktende samarbeidsavtaler som klargjorde oppgave- og ansvarsfordelingen mellom de to nivåene. En rapport som Deloitte

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/> (24.11.14)

⁵ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

⁶ <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

⁷ <https://helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/ansvar-og-roller>

⁸ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

⁹ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

utarbeidet på oppdrag fra KS i 2014¹⁰ fant at innføringen har virket etter hensikten, med bedre samhandling, samarbeid og en tydeligere ansvars- og oppgavefordeling. Utfordringen er at avtaleverket opplevdes som omfattende og medførte høy ressursbruk. Avtalene er i ulik grad kjent i organisasjonene. Spesialisthelsetjenesten har i tillegg enn lovpålagt oppgave om å gi veiledning til kommunale helse- og omsorgstjenester.

§ 2-1 e. Samhandling og samarbeid

Det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven. De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.

§ 3-4. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Ambulante tjenester kommer ut til pasienten der de bor eller oppholder seg og ikke omvendt. Tjenester på tvers av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan for eksempel organiseres i team for å sikre helhetlige og samtidige tjenester for de som ikke passer inn i de vanlige tjenestene. Det finnes ulike typer team.¹¹

3.1.3 Intervjuobjektene perspektiver på organisatoriske rammebetingelser

Ansvar for rus- og psykisk helsearbeid er altså fordelt på to forvaltningsnivåer, herunder kommunalt og statlig nivå. Begge nivåer har en plikt til å legge til rette for samarbeid. Informanter i kommunene fremhever at hvis man skal få til samhandling i kommunale og statlige virksomheter, er det viktig at samhandlingen også skjer og forankres på øverste ledernivå. Det er sentralt at ledere fra ulike nivåer faktisk kommer sammen, blir kjent med hverandres tjenestetilbud og diskuterer aktuelle løsninger. Enkelte forteller at det er en uklar rolleforståelse mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, eksempelvis knyttet til at kommunene selv må ta fullt ansvar for brukere med komplekse behov og som har behov for spesialiserte tjenester. Det er i kommunen brukerne/pasientene bor, og det vil derfor være naturlig at kommunene tar et større ansvar i å utvikle lokale tiltak. Samtidig mener informanter i kommunene at det er behov for veiledning og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten, og at dette ansvaret bør formaliseres i større grad enn i dag. Det viktigste innspillet er imidlertid at spesialisthelsetjenesten bør

¹⁰ <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/ny-mappe/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak.pdf>

¹¹ Se for eksempel <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team> eller <http://napha.no/content/13250/Suksesshistorier-om-samhandling-i-nytt-hefte>

ta et større ansvar for de brukerne som har behov for spesialiserte tjenester. Utredningen indikerer at rammebetingelsene til spesialisthelsetjenesten stimulerer til at de hjelper de brukerne som evner å møte opp hos spesialisthelsetjenesten til avtalt tid, og at de som ikke evner dette må få hjelp av kommunale tjenester.

Også fra spesialisthelsetjenestens ståsted oppleves det at lokalbasert samhandling er en utfordring. Det gis uttrykk for at man ikke vet nok om hverandres virksomheter og at det er behov for å få en økt felles forståelse av hva pasienten har behov for, og hva det er tjenesteinnholdet skal være. I enkelte deler av spesialisthelsetjenesten har det vært et sterkt fokus på pasientforløp, men informanter i spesialisthelsetjenesten opplever at kommunene ikke har vært tilstrekkelig involvert i disse prosessene. Det påpekes videre at det må skje en endring i spesialisthelsetjenesten, slik at man i større grad betrakter kommunene som eksperter på de tjenestene de har ansvaret for. På spørsmål om det er behov for å overføre enkelte tjenester til kommunene (f. eks. DPS), uttrykker enkelte informanter i spesialisthelsetjenesten en bekymring for at dette vil ha en negativ effekt på rekruttering av psykiatere og spesialpsykologer som ønsker tilhørighet til et sykehusmiljø hvor det gjennomføres forskning. Intervjuobjekter i kommunene er generelt mer positive til å overta både DPS og BUP, men er tydelige på at dette vil forutsette overføring av ressurser og midler. Enkelte peker også på at dette forutsetter en viss kommunestørrelse.

Informanter fra organisasjonene representerer et mer eksternt perspektiv, og disse er opptatt av at det er en utfordring at gode modeller for samhandling legges utenfor de ordinære tjenestene og er avhengig av kortsiktige prosjektmidler. Det fremheves at for å sikre god samhandling må man ha ledelsesforankring, både politisk og administrativt. Det oppleves videre som en utfordring at de dårligste pasientene ikke klarer å nyttiggjøre seg av tilbudene som finnes, blant annet ved poliklinikker. Samtidig er oppfatningen blant informantene at alle nivåer i tjenestene er presset på ressurser og kapasitet. Det ville derfor vært en fordel om man mellom tjenestene kunne sett på den samlede arbeidsbyrden og tilgjengelige ressurser og sett hva brukerne og pasientene faktisk trenger av tilbud. Det påpekes også hvor viktig det er at man etablerer et felles språk og forståelse mellom nivåene.

3.2 Faglige rammebetingelser

Det har blitt lagt frem flere satsninger, meldinger og planer for rus- og psykisk helsearbeid de siste 15-20 årene, som angir føringer for organisering og gjennomføring av arbeidet. Gjennomgangsmelodien er den samme. Det foregår mye godt arbeid på feltet, men problemene til pasientene er stadig større og mer komplekse og tjenestene må tilpasse deretter. Kapasitet og kompetanse i tjenestene og frivillig sektor må økes, tjenestene må bli mer samtidige og helhetlige, akutthjelpen må økes, behandlingen må bli mer oppsøkende og ambulant, og terskelen må senkes. Nedenfor følger korte sammendrag av de mest sentrale satsningene, meldingene og planene.

3.2.1 Opptappingsplan for psykisk helse (1998-2008)

Det har vært store endringer innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) de siste årene, mye som et resultat av *Opptappingsplan for psykisk helse (1998-2008)*.¹² Regjeringen, ved det daværende Sosial og helsedepartementet, la frem forslag til en opptappingsplan for perioden 1998-2008 med konkrete tiltak for å styrke psykisk helsevern. Planen innbar at det skulle investeres for ca. 6,3 mrd. kroner i perioden og driftsutgiftene skulle økes til et nivå som ligger reelt ca. 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998. I sum skulle det brukes om lag 24 mrd. kroner mer til psykisk helsevern i løpet av planperioden.

¹² <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/fakta-opptappingsplanen.pdf> (15.06.09)

Proposisjonen var en oppfølging av St. meld. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbud (psykiatrimeldingen)*. Meldingen ga en oversikt over status for tjenestene og utfordringene og utviklingen i tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser. Stortinget ba regjeringen legge frem en forpliktende handlingsplan for psykiatrien.

Tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd. De overordnede målsettingene var et verdig tjenestetilbud preget av: Brukerperspektiv, mestringsperspektiv, frivillighet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, samarbeid, desentralisering, nærhet til brukerne og kvalitet i behandlingen. Opptappingsplanen skulle utbedre følgende brister i behandlingsskjeden:

- Det forebyggende arbeidet er for svakt
- Det er for dårlig utbygde tjenester i mange kommuner
- Det er for få tilgjengelige behandlingssplasser i sikkerhetsavdelinger og psykiatriske sykehus
- Det er for høye terskler for pasientene og for vanskelig å slippe til
- Det går for lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn
- Det er for dårlig oppfølging etter utskriving fra sykehus
- Det er for mange pasienter som blir skrevet ut for tidlig
- Det er for dårlig kvalitetssikring av tjenestene
- Utskriving er mangelfullt planlagt
- Oppfølging er ikke god nok

Evalueringen av opptappingsplanen skulle se om målene om flere og bedre tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser ble nådd. Det ble lagt vekk på om kommunene klarte å iverksette planen og om de økonomiske virkemidlene har vært effektive. Hovedresultatene viser at tjenestetilbudet ble bygget ut i kommunene og de øremerkede tilskuddene fungerte etter hensikten. Det var likevel fortsatt udekte behov for kommunale tjenester innen for eksempel arbeid, voksenopplæring og bolig. Det er også store forskjeller i tjenestetilbudet kommunene i mellom.¹³ Videre viste evalueringen at det særlig er en gruppe personer som ikke klarte å nyttiggjøre seg av eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbud i kommunene. Dette er personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med andre problemer som rusmiddelbruk, kriminalitet eller voldsproblematikk.¹⁴ Etter at de øremerkede midlene ble lagt over i kommunerammen har veksten i antall årsverk i psykisk helsevern i kommunene stoppet opp.¹⁵ Tjenestene kan fortsatt bli bedre når det gjelder forebygging, komme tidlig inn og lavterskeltilbud.¹⁶

3.2.2 Opptappingsplan for rusfeltet 2007-2012

I statsbudsjettet for 2008¹⁷ la Helse- og omsorgsdepartementet frem opptappingsplan for rusfeltet for perioden 2007-2012. Det overordnede målet med planen er å redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har, både for enkeltpersoner og for samfunnet. Dette deles i fem hovedmål:

- Tydelig folkehelseperspektiv
- Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- Forpliktende samhandling
- Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

¹³ <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport--a8823-psykisk-helsearb-i-komm---tiltak-og-tjenester-status-2007-2008.pdf> (desember 2008)

¹⁴ <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/fakta-opptappingsplanen.pdf> (15.06.09)

¹⁵ <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf> (mai 2015)

¹⁶ Deloitte analyse etter oppdragsbeskrivelse og sykehustalen januar 2015.

¹⁷ <https://www.regjeringen.no/contentassets/85525252792944f1951cfb1dbf026927/no/pdfs/stp200720080001hoddddpdfs.pdf>

Målene skulle nås gjennom 147 tiltak, blant annet en restriktiv alkoholpolitikk, flere behandlingsplasser, kortere ventetid, styrket boligitilbud, individuell plan, høyere kvalitet i tjenestene (inkludert frivillig sektor), heve kunnskapsnivået om barn som trenger hjelp, kartlegging av behov på rusfeltet, nytt rusmiddelforskningsprogram, ulike veiledere og retningslinjer osv.

Det ble bevilget 50 mill. kroner til utvikling av organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller og etablering av ACT-team. Formålet var å teste ut ulike former for samhandling mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Prosjektene varte i 3-5 år og søknadene kunne være på inntil 1 mill. kroner. Helsedirektoratet fikk i ansvar å gjennomføre satsningen.

Evalueringen¹⁸ viser at de aller fleste tiltakene enten er gjennomført eller igangsatt, og det presenteres flere positive resultater. Opptrappingsplanen har klart å sette fokus på forebygging, kompetanse og kvalitet i kommuner og TSB, men det er fremdeles mye som gjenstår før hovedmålene er nådd. Eksempler på områder der det fremdeles er behov for økt kapasitet innen TSB er; økt tilgjengelighet, kontinuitet og individuell behandling samt bedre tjenester til personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser.

3.2.3 Samhandlingsreformen

Endringer i ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ble aktualisert gjennom samhandlingsreformen i 2012¹⁹. Hovedutfordringene som skulle løses var:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Det ble slått fast at bedre samhandling burde være et av de viktigste utviklingsområdene for helse- og omsorgssektoren og det skal legges større vekt på pasientforløpsperspektivet.

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov.

Samhandlingsreformen skulle også omfatte tilbud til personer med psykiske lidelser. Mennesker med rusproblemer og/eller psykiske lidelser har ofte behov for flere samtidige tjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer. Det eksisterende tilbudet ble vurdert til å være for døgntungt og det burde heller visis mot bedre kommunale bo- og hjemmetjenester. Så langt har spesialisthelsetjenesten bygget ned sine døgntilbud, uten at kommunene har fått tid eller faglige ressurser til etablere tilstrekkelige lokale tilbud. Reformen har medført særlige

¹⁸ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/235/Opptrappingsplanen-for-rusfeltet-resultat-og-virkemidler-IS-1999.pdf>

¹⁹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (19.06.09)

utfordringer rundt utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern. En endret ansvarsfordeling mellom de ulike tjenestenivåene krever et ytterligere fokus på samhandling mellom tjenester og nivåer i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid.

3.2.4 Se meg!

Meld. St. 30 (2011-2012) *Se meg!*²⁰ fra juni 2012 presenterte regjeringen mål og tiltak for en helhetlig rusmiddelpolitikk. Opptappingsplan for rusfeltet 2007-2012 styrker rusfeltet samlet med over 1 milliard kroner. Rusforebygging handler om tidlig innsats og inkluderer blant annet bomiljø, arbeidsliv, fritidstilbud gode oppvekstvilkår og utjevning av sosiale forskjeller. Arbeidet må være tverrsektorielt på tvers av forvaltningsnivåer. Ansvar for dette arbeidet ligger i stor grad hos kommunene.

For å lykkes med det forebyggende arbeidet må tilgjengeligheten og etterspørselen til rusmidler reduseres, mens tjenestene blir mer helhetlige og tilgjengelige. Det lokale rusarbeidet i kommunene er sammensatt og inkluderer tjenester som veiledning, boligjenester og arbeidsrettede tiltak, samt psykiske og somatiske tjenester. Tjenestene kommer fra mange ulike sektorer og aktører i kommunen. En utfordring i tjenester innen rusfeltet er samhandling både mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og innenfor tjenestene på de ulike nivåene. Overganger mellom ulike tjenester gir brudd i behandlingen, henvisning til andre steder med lange ventetider eller manglende tilbud andre steder. Tjenestene som mangler er tjenester som fører til mestring, nemlig bolig, aktivitetstilbud og sosiale nettverk. Det er viktig at grenseflatene mellom første- og andrelinjetjenesten ikke blir gråsoner men samarbeidssoner. Personer med rusproblemer trenger ofte samtidige tjenester over tid. Et eksempel på vellykket samarbeid er felles tiltak med felles finansieringsbidrag, som for eksempel ACT-team med felles forankring.

For å følge opp kompetansehevingene som følge av opptappingsplanene for henholdsvis psykisk helse og rus lanserer regjeringen Kompetanseplan rus og psykisk helse. Gjennom denne skal man sikre både kapasitet, kompetanse og videre- og etterutdanningstilbud.

3.2.5 Morgendagens omsorg

I april 2013 ble meldingen *Morgendagens omsorg*²¹ lagt frem og i den ble nye muligheter man kan løse omsorgsoppgavene på diskutert. Meldingen har tre hovedmål:

- Få kunnskap om, lete fram, mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter.
- Utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder og endringer av organisatoriske og fysiske rammer.
- Støtte og styrke kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet.

I kapitlet *Ressursorienterte arbeidsmetoder og faglig tilnærming* står det at det er nødvendig med tettere og bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette vil gi systematisk kvalitetsheving, faglig oppdatering, og bygge robuste faglige miljøer. Spesialisthelsetjenesten har lovpålagt plikt til å gi kommunene veiledning innenfor rus- og psykisk helsetjenester. Ambulante team har flere formål, både sørge for kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og forebygge innleggelse. Teamene kan beskrives som polikliniske tjenester som utføres der brukeren er.

²⁰ <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf> (juni 2012)

²¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

3.2.6 Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner

I forbindelse med kommunereformen vurderes muligheten for å overføre mer ansvar og oppgaver til kommuner av en viss størrelse, inkludert kommunalt ansvar for distriktspsykiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). I Meld. St. 14 (2014-2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*²² varslet regjeringen en forsøksordning hvor kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse kunne få overført et driftsansvar for DPS. Formålet med forsøksordningen er å undersøke om et kommunalt ansvar for tjenesten kan bidra til et bedre og mer helhetlig tilbud til brukerne. DPSene vil i forsøkene fortsatt være definert som en spesialisthelsetjeneste. Det kommunale driftsansvaret skal utøves etter avtale med RHF, som fortsatt vil inneha det lovbestemte sørge-for-ansvaret. Hovedstyret i KS gjorde 12.12.2014 følgende vedtak²³:

«Kommunene kan ta et betydelig ansvar for rus- og psykisk helsearbeid, bl a fra DPS og BUP innen psykisk helsehjelp til barn, unge og voksne, støtte til pårørende, døgnopphold, ambulante tjenester, tverrfaglige team og deler av akutthjelpen. Det bør gjennomføres forsøk med dette og med kommunalt bestilleransvar for nødvendig bistand fra spesialisthelsetjenesten for pasienter med alvorlige lidelser kombinert med stor fare for seg selv eller andre».

3.2.7 Folkehelsemeldingen

Regjeringen la frem *Folkehelsemeldingen* i mars 2015.²⁴ Her blir det slått fast at psykisk helse og rusproblemer skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet. For å kunne arbeide mer forebyggende og gi bedre behandling må en se på alle forhold som påvirker eller påvirkes av psykisk helse, for eksempel forhold i nærmiljøet, barnehage, skole, arbeidsliv, osv. Det må være fokus på mestring. I dette arbeidet skal det etableres et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid spesielt rettet mot barn og unge.

3.2.8 Primærhelsemeldingen

I *Stortingsmelding om primærhelsetjenesten*²⁵ våren 2015 skriver regjeringen at pasientens behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestene må bli mer aktive ut mot innbyggerne, i motsetning til i dag der tjenestene stort sett svarer på forespørsler. Tjenestene må nå de som i dag ikke etterspør tjenester og ressursene skal rettes mot de med størst behov. Fremtidige pasienter med ikke-smittsomme sykdommer vil trenge behandlere med ulike typer kompetanse, fra flere tjenestesteder, over lengre tid. Dette stiller krav til mer tverrfaglig og teambasert arbeid for å skape helhet og kontinuitet. I tillegg må akuttberedskapen på kveld og natt økes. Tilgjengeligheten i førstelinjen må økes slik at tjenestene kommer inn tidligere, spesielt for barn og unge.

Innenfor psykisk helse og rus er det uklart hva som er kommunens rolle og oppgaver og tilbudet av tjenester varierer fra kommune til kommune. Kommunenes kompetanse og kvalitet i tjenestene må økes. Tjenestene må bygges ut både innenfor forebygging og oppfølging etter utskrivelse for både de med lette og moderate og de med

²² <https://www.regjeringen.no/contentassets/01f2b178d685405e925d60ebbb9b1bdc/no/pdfs/stm201420150014000dddpdfs.pdf>

²³ <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/KS/AgendaItems/Details/223368>

²⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

²⁵ <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

alvorlige rusproblemer eller psykiske lidelser. Fremtidige, mer sammensatte tjenester bør koordineres ut fra kommunen. Brukere og pasienter må involveres i arbeidet med å utforme fremtidens tjenester.

Regjeringen vil bruke lovverk, planer og finansiering for å sørge for å styrke tjenestetilbudet. Et grep er krav om psykologer i kommunen og økt finansiering til dette. Videre skal kommunens ansvar for pasienter med rusproblemer og/eller psykiske lidelser tydeliggjøres gjennom å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og ved å klargjøre den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgntilbud for denne gruppen.

Videre skriver de at det kreves en ny kommunestruktur for å kunne oppfylle intensjonene i samhandlingsreformen, med koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.

3.2.9 Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020

Høsten 2015 la regjeringen frem en opptappingsplan for rusfeltet.²⁶ Bevilgningene til rusfeltet øker med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016-2020 i tillegg til vekst i TSB. Satsningen er tredelt. Tidlig innsats mot personer som er i ferd med å utvikle rusproblemer, økt innsats i nærmiljøet mot de som allerede har utviklet et rusproblem, og til sist skape muligheter for mestring etter behandling. Planen skal i hovedsak finansieres gjennom kommunenes frie inntekter og har fem hovedmål:

- Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
- Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig.
- Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
- Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.
- Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.

Brukernes ønsker og behov skal være utgangspunktet for tjenestene. Dette krever i mange tilfeller endringer i og omorganisering av arbeidsmetoder og oppgaver. Tjenester til personer med rusproblemer skal være en del av et integrert og helhetlig tilbud fra helsetjenestene. Tjenestene må tilpasses brukerne. Videre foreslår regjeringen en egen bestemmelse om kommunens ansvar for pårørende slik de blir pålagt å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, informasjon, opplæring, veiledning og omsorgsstønad. Det skal legges til rette for både aktiv bruker- og pårørendeorganisasjon og for økte muligheter til å ansette personer med brukererfaring.

Kompetansen i kommunene må økes også på rusfeltet. Dette inngår i regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester, *Kompetanseløft 2020*²⁷. Helsestasjon og skolehelsetjeneste skal styrkes og kommuners plikt for psykologkompetanse skal lovfestes. Fremtidens primærhelsetjeneste slo fast at tverrfaglighet skal være det bærende prinsippet i tjenesteutformingen og satsningen på tverrfaglige oppsøkende team skal økes. Det skal stimuleres til nye modeller for samhandling og tverrfaglige team både innad i kommunen og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Helse og omsorgskomiteén utalte i

²⁶ <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

²⁷ http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2016/dokumenter/pdf/hod.pdf

Innst. 11 S (2014-2015)²⁸ at det er viktig å få etablert en varig finansieringsmodell for oppsøkende behandlingsteam der både kommunene og spesialisthelsetjenesten ansvarliggjøres. Regjeringen vil arbeide med dette i perioden.

3.2.10 Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan, Meld. St. 11 (2015-2016)²⁹, ble lagt frem høsten 2015. Planen handler i hovedsak om utvikling av spesialisthelsetjenesten. Målene for planperioden er:

- Skape pasientenes helsetjeneste
- Prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre tjenestene
- Bidra til nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Styrke kvalitet og pasientsikkerhet og stille tydelige faglige krav til sykehusene
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Psykisk helse og rus blir omtalt i eget delkapittel i meldingen. Det påpekes blant annet at lang ventetid på dette feltet både kan forverre helsetilstanden men også svekke tilliten og oppslutningen om tjenesten. Brukeren og brukerens ønske for behandlingen skal vektlegges sterkere. Behandlingen skal foregå nærmest mulig der brukeren bor. Regjeringen ønsker at spesialisthelsetjenesten skal legge bedre til rette for samhandling lokalt med alle deler av kommunal helse- og sosialtjeneste. Ambulante og oppsøkende tjenester skal videreutvikles. Pasientforløpene skal flyte bedre mellom nivå og tjenestesteder, og ventetiden skal reduseres. Veksten i psykisk helsevern og rus skal være større enn i somatikken, men områdene skal samtidig integreres bedre for å gi en mer helhetlig behandling. Veksten innen psykisk helse og rus skal komme i DPS og BUP. Fritt behandlingsvalg ble innført i 2015 for å utnytte kapasiteten i tjenestene bedre og redusere ventetiden for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Videre vises det til opptrappingsplanen på rusfeltet som ble lagt frem tidligere i 2015.

3.2.11 Intervjuobjektens perspektiver på faglige rammebetingelser

Gjennomgangen viser at det er gitt en lang rekke med føringer som har til hensikt å styrke kvalitet og samhandling i rus- og psykisk helsearbeid. Dette oppdraget har ikke som mandat å evaluere hva som er status innen tjenestene i dag, men det kommer frem av intervjuene som er gjennomført at det fortsatt gjenstår en del arbeid før de ovennevnte intensjoner og ambisjoner er realisert. Et sentralt spørsmål handler således om hvorfor samhandling fortsatt er vanskelig å realisere, gitt de tydelige føringene som foreligger.

Fra kommunenes ståsted er det et stort behov for å styrke dialog og åpenhet på tvers av tjenestene. Informanter fra kommunene opplever at spesialisthelsetjenesten «holder kortene for tett til brystet». De gir uttrykk for at det er en ulikhet i fagposisjon og status mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten som nivåer og miljøer som skaper utfordringer. Det fremgår at tjenestenivåene har ulike faglige holdninger og tilnærminger som fører til at aktørene kan ha vidt forskjellige virkelighetsbilder og forståelser av hva som er brukeres faktiske behov og hva som er rett hjelp. Informanter i kommunene fremhever også viktigheten av å kunne overføre informasjon mellom nivåene, som i dagens system oppleves som svært utfordrende.

Informanter fra spesialisthelsetjenesten påpeker på sin side at det er brukerens/pasientens behov som må stå i sentrum for utformingen av tilbudene. Det uttrykkes samtidig en anerkjennelse av at det er behov for oppgavedeling

²⁸ <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2014-2015/inns-201415-011.pdf>

²⁹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

og fleksibilitet mellom nivåene for at man skal klare å oppfylle disse behovene. Det gis uttrykk for at de ulike nivåene bør gå sammen om å utarbeide felles tjenesteverktøy og veiledere, og at dette må utvikles både for de enkle og de mer komplekse sakene. Man kan ikke bare tenke forløp, men også tjenesteprogram og innhold, og hvordan dette skal utvikles. Det vurderes også som sentralt å inkludere fastlegene. Enkelte informanter fra spesialisthelsetjenesten mener at kommunene kan ha en større rolle når det kommer til bestilling av tjenester, da det er kommunene som kjenner pasientene best.

Fra intervjuer med representanter for organisasjonene kommer det frem at samhandlingsstrukturer må være formalisert i faglige retningslinjer i tillegg til lover. Det påpekes at dette blant annet ville gitt Fylkesmannen økt tilsynsrett. Videre påpeker informanter at det er viktig at de som ikke kan nyttiggjøre seg av ordinære tilbud må få tilbud om oppsøkende tjenester, da det er de tyngste brukerne/pasientene som fortsatt får dårligst tjenester og tilbud. Flere informanter mener at det ville vært en fordel å omgjøre døgnplasser i spesialisthelsetjenesten til polikliniske ambulante plasser. Dette for å sikre et bredere og mer fleksibelt tilbud. Det oppleves også å være en utfordring knyttet til horisontal samhandling innad i kommunene. Kjennskap til egne tjenester vurderes som en forutsetning for ekstern samhandling med spesialisthelsetjenesten. Enkelte informanter mener at det burde være felles inntaksmøter i kommuner og DPS, og at den kommunale kompetansen kan styrkes ved at kommunene får større myndighet i slike prosesser. Det vurderes videre å være behov for å skape felles eierskap, og at dette kan skje ved at mer utviklingsarbeid gjøres lokalt, hvor DPSer og kommuner kommer sammen.

3.3 Økonomiske rammebetingelser

For å kunne si noe om økonomiske rammebetingelser fremmer eller hemmer samhandling har vi foretatt en overordnet gjennomgang av finansieringen av rus- og psykisk helsearbeid. De viktigste kildene til informasjon om dette har vært tilgjengelige data om ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten. Basert på tidligere erfaringer og intervjuer, hadde vi en antakelse om at takstsystemet kunne være til hinder for samhandling. I vår gjennomgang finner vi at dette til en viss grad kan stemme, da det ikke er egne takster for ambulans virksomhet og reisetid. Samtidig kommer det frem av intervjuer at de som lykkes med samhandling finner måter å organisere dette på. Gjennomgangen indikerer også at refusjonene i seg selv utgjør en mindre andel av den samlede finansieringen.

Spesialisthelsetjenesten er organisert i fire regionale helseforetak som eies av staten. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har det overordnede ansvaret. Finansiering av de regionale helseforetakene er i hovedsak delt mellom basisbevilgninger (rammebevilgninger) og aktivitetsbasert finansiering. Den aktivitetsbaserte finansieringen er i hovedsak innen somatiske tjenester (gjennom ISF), men det er også takster for arbeid innen psykisk helsevern og rusbehandling. I Statsbudsjettet for 2016 (Prop. 1 S)³⁰ er det foreslått å bevilge drøye 140 mrd. kroner til regionale helseforetak i 2016. Bevilgningen har økt hvert år de siste årene. I tillegg til noen spesialtilskudd ble det i 2014 også etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene, der en del av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer. Regjeringen har som et mål at aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hver for seg skal øke mer enn aktiviteten innen somatiske tjenester. Spesialisthelsetjenesten må dermed prioritere økningen i ressursene mot dette.

³⁰ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20152016/id2455520/?ch=1&q=> (07.10.15)

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det. Staten skal sikre like rammevilkår både gjennom regelverk og økonomiske rammer, samt føre tilsyn og kontroll med de kommunale tjenestene. Kommunene finansieres i hovedsak gjennom rammebevilgninger og skatteinntekter. Dette blir kalt de frie inntektene til kommunene og til sammen utgjør dette om lag 75 prosent av kommunenes inntekter. De kommunale helsetjenestene finansieres i hovedsak gjennom de frie inntektene. Det er dermed opp til kommunen selv å fordele midler både til lovpålagte og andre ønskede kommunale tjenester. Høsten 2015 legger regjeringen frem en ny opptrappingsplan for rusfeltet med en ramme på 2,4 mrd. kroner i perioden 2016-2020. Målet med opptrappingsplanen er å bidra til økt kapasitet og kompetanse i kommunene. For 2016 begrunnes 400 millioner i veksten i de frie inntektene til kommunene med rus og psykisk helse.³¹

3.3.1 Takstsystemet i spesialisthelsetjenesten

Finansieringsordningen av poliklinisk aktivitet er tredelt og kommer fra rammetilskudd, refusjon fra HELFO og betaling av egenandeler fra pasientene. En takst beskriver kontaktform og prosedyre ved kontakt mellom behandler og pasient. Egenandel er det pasienten må betale for behandlingen selv. Behandler får refusjonstakst fra HELFO når pasienten betaler egenandel.³² Pasienten må være henvist fra lege, kiropraktor, manuellterapeut, tannlege eller psykolog utenfor sykehuset. Ved tverrfaglig spesialisert behandling kan også kommunal helse- og omsorgstjeneste eller sosialtjeneste henvise. Det er ikke krav om henvisning dersom pasienten oppsøker sykehusets akuttfunksjon.

Takstene er beskrevet i Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.³³ Alle takster har et takstnummer og i forskriften er det merknader som gir tilleggsinformasjon om bruken av taksten. En gjennomgang av takster for refusjoner ved voksenpsykiatrisk og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk viser at takstene i liten grad honorerer samarbeid. Med dette menes at refusjon ved gjennomføring av oppfølgingsmøte med førstelinjetjenesten i begrenset grad dekker den tid som faktisk krever for å gjennomføre slike møter. Det er heller ikke egne takster for reisetid og ambulant/opsøkende virksomhet, som kunne vært et virkemiddel for å stimulere til denne typen aktivitet. Takstene kan dermed forstås å heller stimulere til konsultasjon og utredning på de respektive poliklinikkene.

3.3.2 Regnskapstall fra SAMDATA³⁴

Helsedirektoratet publiserer en årlig rapport kalt SAMDATA. Denne beskriver utviklingen i ressursinnsats til spesialisthelsetjenesten, bruk av tjenestene og utnytting av ressursene for både somatisk behandling, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I perioden 2010-2014 hadde psykisk helsevern og TSB en kostnadsvekst på 10,7 pst. per innbygger. Dette henger sammen med tidligere opptrappingsplaner på områdene beskrevet i delkapittel **Error! Reference source not found.**³⁵

Kostnadene til psykisk helsevern for voksne har gått ned de siste årene, samtidig som antall behandlede pasienter, spesielt poliklinisk behandling, har økt. Tjenestene har dermed blitt mer effektive. Tjenester til barn og unge har en sterk poliklinisk profil. Hver behandler har hatt flere konsultasjoner, men det har også blitt flere konsultasjoner per

³¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-kmd-20152016/id2456031/?ch=1&q=> (07.10.15)

³² <https://helfo.no/takster/hva-er-en-takst>

³³ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-19-1761>

³⁴ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/989/SAMDATAprosent202014prosent2015-2348.pdf> (September 2015)

³⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=2>

pasient og kostnadene per pasient har dermed økt. Kostnadene til TSB har også økt i perioden 2010-2014, både knyttet til økt kompetanse, beredskap og personaltetthet, men også gjennom nyetableringer og aktivitetsvekst. I 2014 brukte spesialisthelsetjenesten 22,3 mrd. kroner til psykisk helsevern og 4,5 mrd. til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten var på knappe 128 mrd. kroner. Psykisk helsevern og TSB utgjør dermed 21 pst. av kostnadene til spesialisthelsetjenesten. 70-80 pst. av driftskostnadene innen psykisk helsevern og TSB er knyttet til lønn.

SAMDATA deler finansieringen av spesialisthelsetjenesten i innsatsstyrt finansiering (inklusive kommunal medfinansiering), utskrivningsklare pasienter, polikliniske refusjoner fra HELFO, tilskudd til forskning og nasjonale kompetansesentra, pasientbetaling, andre inntekter og egenfinansiering. Andre inntekter inkluderer gaver samt ulike refusjoner som ikke er med i de ovennevnte (eksempelvis Raskere tilbake). Egenfinansieringen er residualbestemt, og består hovedsakelig av basisrammen. Polikliniske refusjoner for psykisk helsevern og TSB finansierte 4,9 pst. av kostnadene ved disse tjenestene i 2014.³⁶

Tabell 2: Fordeling av kostnader innen psykisk helsevern og TSB. Kilde: Samdata.

Formål	Mill kr 2014	Prosent realendring 2010-2014	Prosent realendring 2013-2014
Psykisk helsevern	22 300	-0,4	0,7
Psykisk helsevern for voksne	18 151	-1,4	0,5
- Herav psykiatriske sykehus	10 608	-6,0	-0,2
- Herav DPS	7 543	6,0	1,4
Psykisk helsevern for barn og unge	4 149	4,1	1,8
TSB	4 581	15,2	5,2

I 2014 ble drøyt 57 000 barn og unge og ca. 178 000 voksne behandlet. Dette tilsvarer henholdsvis 5,1 pst. av barn og unge og 4,4 pst. av de fra 18 og oppover.

I 2014 kostet en polikliniske pasient i det psykiske helsevernet for barn og unge i gjennomsnitt om lag 47 000 kroner. Hver pasient fikk i gjennomsnitt 14 refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner og 10 prosent av konsultasjonene var ambulante. Gjennomsnittlig kostnad per polikliniske pasient i det psykiske helsevernet for voksne er på 30 100 kroner. Hver pasient mottok i snitt 11 refusjonsberettigede konsultasjoner. Knappe 10 prosent av konsultasjonene var ambulante. Gjennomsnittskostnaden ved døgnavdeling var på om lag 239 000 kroner per pasient.

Ca. 30 500 pasienter mottok behandling innen TSB. Dette utgjør 0,75 prosent av innbyggerne fra 18 år og oppover. Kostnader per pasient i poliklinikk var på drøye 36 000 kr. Dette er om lag 20 prosent høyere enn gjennomsnittskostnader per pasient innen psykisk helsevern. Hver pasient fikk i gjennomsnitt 13 konsultasjoner.

³⁶ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/989/SAMDATAprosent202014prosent2013-2348.pdf>

Om lag 6 prosent av konsultasjonene var ambulante. Gjennomsnittskostnaden ved døgnavdeling var på knappe 215 000 kr. 30 prosent av pasientene er døgnpasienter.

Tabell 3: Polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern og TSB. Kilde: Samdata.

Polikliniske konsultasjoner	2014	Prosent realendring 2010-2014	Prosent realendring 2013-2014	Refusjon, mill. kr
Polikliniske konsultasjoner m refusjon voksne	1 425 917	19,6	5,1	674*
- Herav ambulante konsultasjoner m/u ref.	137 215			
Polikliniske konsultasjoner m refusjon barn og unge	783 015	20,7	2,8	509*
- Herav ambulante konsultasjoner m/u ref.	76 607			
Polikliniske konsultasjoner m/u refusjon TSB	317 035	60,0	8,2	143*
- Herav ambulante konsultasjoner m/u ref.	20 876			

Helsedirektoratet opplyser at i SAMDATA brukes kun refusjonsberettigede konsultasjoner, dvs. konsultasjoner som utløser en eller flere takster fra HELFO. Norsk Pasientregister (NPR) rapporterer alle polikliniske kontakter. Differansen er på ca. 220 000 konsultasjoner som i 2014 ikke utløste noen takstrefusjon fra HELFO.

3.3.3 Intervjuobjektene sine perspektiver på økonomiske rammebetingelser

De viktigste innspillene fra intervjuobjektene når det gjelder økonomiske rammebetingelser, handler om at rammebetingelsene i for liten grad oppleves å stimulere til samhandling. Informanter fra kommunene opplever en vesentlig ressursmangel, og at det er utfordrende å viet nok ressurser til rus- og psykisk helsefeltet. De opplever det også som en utfordring at spesialisthelsetjenestens prioriteringer ikke alltid gjenspeiler kommunens, for eksempel når det gjelder hvilke målgrupper og brukergrupper som bør prioriteres. Som nevnt tidligere vurderes det som en utfordring at personer med komplekse og sammensatte behov – som kan forstås som mest ressurskrevende – i vesentlig utstrekning må ivaretas av kommunale tjenester. Et spørsmål som reises fra enkelte informanter er om de økonomiske midlene bør følge brukeren fremfor å fordeles mellom nivåene. Det er også enkelte informanter som påpeker at nye tiltak som iverksettes må være økonomisk romslige nok til at man kan arbeide mer fleksibelt og tilpasse seg raskere.

Informanter fra spesialisthelsetjenesten opplever også at enkelte av de økonomiske insentivene man innfører i tjenestene ikke er relevante for det man prøver å oppnå. Det påpekes blant annet at de tjenestene som er økonomisk mest inntektsgivende, ikke inviterer til samhandling. Det er derfor enkelte informanter også fra spesialisthelsetjenesten som mener at man i større grad bør etablere økonomiske insentivsystemer der midlene følger pasienten. Enkelte aktører ønsker økt bruk av aktivitetsbasert finansiering innen psykisk helsevern og TSB,

og ønsker å diskutere innføring av takster for ambulansetjenester. Samtidig er det flere informanter som oppgir at det ikke er de finansielle rammene som er av størst betydning for pasientbehandlingen, og at aktørene i tjenestene forsøker å få til så mye som mulig med de midlene de har.

Informanter blant organisasjonene påpeker at det er en utfordring at midler til samhandlingstiltak ofte blir gitt som prosjektmidler, hvor det etter endt prosjektperiode er utfordrende å få videreført tiltakene i mangel på driftsmidler. Det er også enkelte som mener at DPS'ene på grunn av de økonomiske refusjonsordningene fokuserer behandlingen mot pasienter/brukere med milde og moderate lidelser som kan møte til samtaler og sikre refusjon. Det oppleves blant enkelte informanter som en utfordring at det ikke gis refusjon for reisetid ved ambulante tjenester, og at dette hemmer insentivene til å arbeide mer ambulant. Noen informanter påpeker også at samtidige tjenester er dyrt, og det derfor kan være enkelt å kutte på disse områdene. Også enkelte informanter blant organisasjonene påpeker at det hadde vært bedre om midlene fulgte brukeren.

3.4 Juridiske rammebetingelser

Det vil i det følgende foretas en kartlegging og vurdering av de juridiske rammebetingelsene for samhandling innen lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid. Det er innen helse- og omsorgsretten mange ulike lovbestemmelser og øvrige kilder som stiller krav til samhandling mellom tjenester og nivåer.

3.4.1 Rettskildesituasjonen

Det er innen helse- og omsorgsretten mange lover og forskrifter som regulerer rettstilstanden. Det er også utarbeidet mange rundskriv, nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven inneholder bestemmelser om ansvar, plikter og organisering for virksomheter i helsetjenesten, som omtales som bestemmelser på systemnivå, og vil være det sentrale utgangspunkt for å fastsette de juridiske rammebetingelsene. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten fastsetter nærmere kravene til internkontroll ved samhandling.

Pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, psykisk helsevernloven og forvaltningsloven gir rettigheter til pasienter, brukere og pårørende, og vil også fastsette de juridiske rammebetingelsene. Det bemerkes at fremstillingen i hovedsak vil omhandle bestemmelser på systemnivå. Kommunene og spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å etterfølge krav etter lov og forskrift. Øvrige kilder er ikke rettslig bindende.

Rundskriv er en tolkningsfaktor av lov/forskrift, og kan gi svar på problemstillinger som lov- eller forskriftstekst ikke gir en klar anvisning på. Nasjonale faglige retningslinjer er en sammenstilling av relevant kunnskap fra forskning og erfaringer fra det aktuelle området, og skal gi uttrykk for hva som kan kalles god praksis. Retningslinjene er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende. Retningslinjene vil imidlertid innen lovområder som benytter rettslige standarder ofte vektlegges betydelig i praksis.

Helsedirektoratet har en plikt til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5:

«Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig.»

Det fremgår følgende angående vektleggingen av retningslinjer og veiledere etter forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, Prop. 91 L (2010 – 2011) punkt 21.2.5.3:

«Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenesten. Dersom tjenesteyteren velger en annen praksis enn det som foreslås i retningslinjer eller veiledere, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering.

På de områdene hvor det er utviklet nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, er det et ledelsesansvar å sikre at disse blir implementert i virksomheten. I tillegg til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer, er det behov for å ha oversikt over det internasjonale tilfanget av retningslinjer, for å gjøre disse tilgjengelige for tjenesten.»

Veiledere inneholder råd og veiledning, og vil i utgangspunktet ha mindre vekt enn øvrige kilder. Det kan imidlertid være i strid med likhetsprinsippet å enkeltvis fravike en veileder, dersom veilederen legges til grunn i andre liknende tilfeller. Situasjonen kan også være slik at det finnes få eller ingen andre kilder innen et område som gir momenter i vurderingen, slik at veilederen av denne grunn vil vektlegges sterkere.

3.4.2 Kravet til forsvarlig helsehjelp

Kravet til forsvarlig helsehjelp er omtalt som et grunnprinsipp i norsk helserett. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard, som innebærer at normer utenfor selve begrepet er avgjørende for fastleggningen av innholdet. Dette innebærer videre at innholdet i forsvarlighetskravet er dynamisk og endrer seg i takt med faglige- og samfunnsmessige endringer. Det bemerkes at det innenfor helseretten benyttes flere rettslige standarder. Nasjonale faglige retningslinjer kan ved vurderingen av om forsvarlighetskravet er oppfylt være en sentral tolkningsfaktor. Det skal imidlertid her bemerkes at kommunene er selvstendige rettssubjekt som bare kan instrueres gjennom lov eller med hjemmel i lov.

Forsvarlighetskravet forankres i anerkjent fagkunnskap, nasjonale faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Dette innebærer at brudd på en nasjonal faglig retningslinje kan bli vurdert som uforsvarlig og utgjøre et lovbrudd. Dette hvis aktuell retningslinje er et uttrykk for en minimumsstandard, og det ikke foreligger øvrige kilder som tilsier at et annet handlingsalternativ kan benyttes. Øvrige kilder kan for eksempel være anerkjent fagkunnskap eller erfaringsgrunnlag av nyere dato som tilsier noe annet.

Det bemerkes også at det i de ulike retningslinjene fremgår at enkelte retningslinjer/fremgangsmåter i større grad vil være en oppfyllelse av en plikt, mens andre retningslinjer/fremgangsmåter fremstilles som en anbefaling som bør etterleves.

Forsvarlighetskravet gjelder overfor det enkelte helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 4. Det er imidlertid forsvarlighetskravet på systemnivå som er mest aktuelt i denne sammenhengen. Forsvarlighetskravet på systemnivå er gjeldende for både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven

§ 2-2. Kjernen i forsvarlighetskravet på systemnivå omtales i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven som en forventning om en virksomhet som møter det som kan benevnes som «god praksis». Dette omtales videre som en forventning om et nivå som ligger over en minstestandard. Det må imidlertid aksepteres at kvaliteten på tjenestene varierer, men ikke i så stor grad at de er uforsvarlige. Forsvarlighetskravet er som nevnt et grunnprinsipp, og skal legges til grunn ved en vurdering om samhandling mellom tjenester og nivåer er i henhold til lovverket. Forsvarlighetskravet innebærer at kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten tilrettelegger tjenestene slik at det gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

3.4.3 Taushetsplikt

Taushetsplikten verner om pasienters integritet og personvern, og skal sikre tillit til helse- og omsorgstjenesten. Det er gitt bestemmelser om taushetsplikt i mange lover innen helse- og omsorgsretten. Helsepersonelloven kapittel 5 gir imidlertid bestemmelser om taushetsplikt som gjelder for alt helsepersonell.

Hovedregelen er at helsepersonell har taushetsplikt om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold, jf. helsepersonelloven § 21. Taushetsplikten gjelder også mellom helsepersonell. Det er flere unntak fra denne hovedregelen. Det vil i det følgende gjennomgås unntaksregler som har særlig betydning ved samhandling mellom tjenester og nivåer. Pasienter kan samtykke til at helseopplysninger gis til samarbeidende personell etter helsepersonelloven § 22, og det er ikke nødvendig at et slikt samtykke gis skriftlig. Dersom pasienten ikke er i stand til å samtykke, kan det antas at pasienten ville samtykke. Det skal imidlertid bemerkes at utgangspunktet er at det må foreligge samtykkekompetanse.

Etter helsepersonelloven § 25, 1. ledd fremgår følgende unntak fra taushetsplikten:

«Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.»

Denne bestemmelsen åpner for at samarbeidende personell kan utveksle informasjon om pasienter uten å innhente samtykke. Unntaket gjelder på tvers av virksomheter og tjenestenivåer, og omfatter samarbeid med personell som ikke er helsepersonell. Forutsetningen for informasjonsutveksling er at formidlingen av opplysninger er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Bestemmelsen forutsetter at pasienter kan nekte informasjonsutveksling, og det må vurderes om pasienten ønsker å motsette seg informasjonsutveksling. Dette omfatter ikke tilgang til

journaler, som reguleres av helsepersonelloven § 45. Det er imidlertid i teorien antatt at opplysninger kan gis skriftlig, og være utskrift av journalnotater.

Etter helsepersonelloven § 45, 1. ledd fremgår følgende unntak fra taushetsplikten:

«Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte.»

Bestemmelsen gir behandlende helsepersonell rett til journalopplysninger. Dette gjelder både i og utenfor samarbeidssituasjoner. Det avgjørende for om retten inntreffer er om helseopplysningene er nødvendige og relevante for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Tilgangen til journalopplysningene er som etter helsepersonelloven § 25 i utgangspunktet ikke avhengig av et samtykke fra pasienten. Bakgrunnen for unntakene fra et samtykke i helsepersonelloven §§ 25 og 45, er at pasienter må kunne legge til grunn at det utveksles relevant informasjon mellom samarbeidende personell/helsepersonell.

3.4.4 IKT-regelverket

Hvordan tilgang til journalopplysninger kan gjøres på tvers av tjenester og nivåer reguleres av pasientjournalloven § 19, som har følgende ordlyd:

«Innenfor rammen av taushetsplikten skal den databehandlingsansvarlige sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte.»

Den databehandlingsansvarlige bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvordan helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre kan gjøres tilgjengelige.»

Det er i forarbeidene uttalt at helseopplysningene skal følge pasientene uavhengig av hvor helsehjelp er gitt tidligere. Dette for å sikre rask tilgang til nødvendig og oppdatert informasjon uavhengig av virksomheter og nivåer. Bestemmelsen gir helsepersonell og annet samarbeidende personell tilgang til relevante og nødvendige journalopplysninger. Tilgangen til journalopplysningene må være i henhold til taushetspliktreglene i helsepersonelloven gjengitt ovenfor, jf. helsepersonelloven §§ 25 og 45. Opplysningene kan utleveres på ulike måter. Vedkommende personell kan gis tilgang til selv å søke etter relevante opplysninger. Eventuelt kan opplysningene oversendes på papir eller ved elektronisk oversendelse. Hvordan opplysningene skal gis må vurderes både i forhold til tilgjengelige tekniske løsninger og taushetspliktreglene. Det er gitt utfyllende bestemmelser til loven i forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter.

3.4.5 Tekniske krav til journalsystemer

Etter pasientjournalloven § 8 fremgår plikten til å ha behandlingsrettede helseregistre, dvs. journalsystemer. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

«Virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt, jf. helsepersonelloven § 39.»

Krav til journalsystemer fremgår av pasientjournalloven § 7. Det sentrale innholdet i bestemmelsen er følgende:

«Behandlingsrettede helseregistre skal være utformet og organisert slik at krav fastsatt i eller i medhold av lov kan oppfylles.»

Det er gitt utfyllende bestemmelser til loven i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgsretten, der det blant annet fremgår tekniske krav til det elektroniske journalsystemet.

3.4.6 Lovkrav til kommunene for samhandling innen lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid

Utgangspunktet for kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, første ledd:

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

Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, og det er i utgangspunktet opp til den enkelte kommune hvordan helse- og omsorgstjenestene skal organiseres, som til en viss grad kan tilpasses lokale forhold. Ansvar til kommunene begrenses av hva som defineres som spesialisthelsetjeneste, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, fjerde ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, bokstav a fremgår følgende:

«Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at: a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.»

Det er i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven vist til at det ikke er tilstrekkelig at de enkelte tjenestene er forsvarlige, også tjenestetilbudet som helhet skal være forsvarlig. Kravet til samhandling fremgår også av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, og innebærer en presisering av at kommunen er pålagt en plikt til å legge til rette for samarbeid.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 fremgår følgende:

«Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.»

Denne plikten omfatter samarbeid mellom ulike tjenester og nivåer. Det vil si samarbeid mellom tjenestene i kommunen, andre kommuner og spesialisthelsetjenesten. Denne plikten fremgår av forsvarlighetskravet etter § 4-1, men er ansett å være så viktig at plikten er nærmere presisert i denne bestemmelsen. Forsvarlighetskravet stiller dermed et krav til den kommunale helse- og omsorgstjenesten om at samhandling mellom tjenester og nivåer i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid skal være forsvarlig. Forsvarlighetskravet til samhandling fastsettes som nevnt av anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.

3.4.7 Lovkrav til spesialisthelsetjenesten for samhandling innen lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid

Utgangspunktet for spesialisthelsetjenestens ansvar fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1:

«Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.»

Statens overordnede ansvar innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter til å sørge for spesialisthelsetjeneste, og et ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller sine juridiske forpliktelser. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 fremgår følgende:

«Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.»

Plikten til samhandling er særskilt angitt i den generelle bestemmelsen om forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Samhandling er videre av lovgiver ansett som en så viktig del av forsvarlighetskravet, at plikten også fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. Dette selv om kravet til samhandling fremgår av det generelle forsvarlighetskravet i § 2-2.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e fremgår følgende:

«Det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven. De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.»

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e plikter de regionale helseforetak å legge til rette for nødvendig samhandling mellom ulike helseforetak og kommuner. Det fremgår av forarbeidene til bestemmelsen at plikten til å legge til rette for samhandling også omfatter plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven.

3.4.7.1 Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten er gitt en generell veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 fremgår følgende:

«Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.»

Veiledningsplikten er en del av samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Veiledning skal gis av eget tiltak eller etter anmodning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i de tilfeller det er behov for slik veiledning for å kunne løse oppgaver etter loven. Plikten er begrenset til å omfatte den veiledning som er nødvendig for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne oppfylle sine lovpålagte oppgaver. Spesialisthelsetjenesten kan ikke unnlate å oppfylle plikten under henvisning til ressurser eller arbeidsbelastning.

Etter forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven omfatter veiledningsplikten ethvert tiltak som angår pasienters fysiske eller psykiske helse. Dette innebærer at helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten innen BUP, DPS eller TSB plikter å gi veiledning til kommunehelsetjenesten innen rus- og psykisk helsehjelp.

Plikten til veiledning er rettet mot det enkelte helsepersonell. Spesialisthelsetjenesten plikter imidlertid å legge til rette for at det enkelte helsepersonell blir i stand til å oppfylle sine lovpålagte plikter. Dette går frem av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 gjengitt ovenfor og helsepersonelloven § 16, jf. internkontrollforskriften.

3.4.7.2 Grensen mellom kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten

Grensen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester vil følge av hva som til enhver tid defineres som spesialisthelsetjenester. Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er pålagt å yte forsvarlige helsetjenester. Dette innebærer et felles ansvar for at behandling gis på riktig nivå.

Forsvarlighetskravet ved samhandling innen lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid stiller krav til at det gis helsehjelp på riktig nivå. I praksis vil det imidlertid være variasjon i hvordan spesialisthelsetjenesten forstås, ut fra endringer i praksis, alminnelige oppfatninger, samt fag- og samfunnsutvikling. Dette innebærer at grensen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i praksis kan være uklar.

3.4.7.3 Prioritering av spesialisthelsetjenester

Spesialisthelsetjenesten skal ved henvisninger foreta en vurdering om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fremgår det følgende:

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.»

Det er gitt ytterligere presiseringer i retten til nødvendig helsehjelp i prioriteringsforskriften.

Pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal motta slik hjelp innen en forsvarlig fastsatt frist. Dette innebærer også at spesialisthelsetjenesten kan vurdere at pasienter ikke har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har imidlertid plikt til å sørge for at det ytes helsehjelp også til pasienter som ikke omfattes av retten til prioritert helsehjelp, og at denne helsehjelpen skal være forsvarlig. Det er utarbeidet prioriteringsveiledere og veiledertabeller innen psykisk helsearbeid for voksne og psykisk helsearbeid for barn og unge. Dette skal ivareta hensynet til forsvarlige prioriteringer og likebehandling.

3.4.8 Krav til samarbeidsavtaler – samhandling på systemnivå

Etter innføringen av samhandlingsreformen ble det i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 pålagt en plikt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten til å inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e, andre ledd, er spesialisthelsetjenesten pålagt en tilsvarende plikt til å inngå samarbeidsavtaler med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samarbeidsavtalene skal fremme samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen og ved å legge opp til samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Etter forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen, fremgår det følgende angående målsettingen med samarbeidsavtalene:

«Målsettingen med lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtale, er at kommuner og foretak skal arbeide sammen om pasientforløp. Avtalepartene skal koordinere sine tjenester slik at alle pasienter og brukere som har behov for tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, får en helhetlig og sammenhengende tjeneste.»

Det stilles i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 minimumskrav til hva avtalene skal inneholde, og flere av disse kravene er nærmere regulert i lov eller forskrift.

3.4.9 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet - samhandling på individnivå

Krav til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet er tiltak som skal bidra til helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Dette er tiltak som omhandler og stiller krav til samhandling mellom tjenester og nivåer innen lokalbasert rus- og psykisk helsevern. Plikten til å utarbeide individuelle planer omfatter helse- og omsorgstjenesten, barneverntjenesten, NAV og spesialisthelsetjenesten. Det er også i opplæringsloven § 15-5 stilt krav om deltakelse i arbeidet med individuell plan. Krav til individuell plan er også en viktig del av brukermedvirkningen. Rettighetene til brukermedvirkning er fastsatt i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3.

3.4.9.1 Individuell plan

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 fremgår følgende:

«Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en

individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold.»

Plikten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten til å utarbeide individuelle planer, er et tiltak for å ivareta kravet om et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 a. Det er også plikt for NAV og barneverntjenesten til å utarbeide individuelle planer og samarbeide med andre instanser som yter hjelp til den aktuelle personen.

Det er for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utarbeide individuelle planer. Med langvarige tjenester menes at behovet må vare over en viss tid. Det er imidlertid ikke et krav at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall år eller måneder. Med koordinerte tjenester menes at personen har behov for to eller flere tjenester og at disse må ses i sammenheng. Det er også i denne sammenhengen forsvarlighetskravet som avgjør om behovet for koordinerte tjenester tilsier at individuell plan skal utarbeides. Spesialisthelsetjenesten har også plikt til å utarbeide individuelle planer.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 fremgår følgende:

«Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.»

Plikten til å utarbeide individuelle planer fremgår også av psykisk helsevernloven § 4-1, som også pålegger en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere om planen. Det er den kommunale helse- og omsorgstjenesten som skal utarbeide individuelle planer, dersom helsetjenester skal ytes fra både helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern. Kommunen har derfor et særlig ansvar for utarbeidelse av individuelle planer, og at planarbeidet koordineres ved behov for tjenester mellom nivåer.

Det er stilt nærmere krav til individuell plan og koordinator i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Etter forskriften § 1 fremgår blant annet følgende angående formålet med forskriften:

«Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.»

3.4.9.2 Koordinator

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 fremgår følgende:

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

«Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.»

Oppnevning av koordinator innebærer at en bestemt person har ansvaret for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, og skal også sikre framdrift i arbeidet med eventuell individuell plan.

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å oppnevne koordinator når pasienten har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a. Koordinator oppnevnt av kommunen forventes å ha kontakt med eventuell koordinator oppnevnt av helseforetaket.

3.4.9.3 Koordinerende enhet

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 fremgår følgende:

«Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.»

Koordinerende enhet skal ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å ha en koordinerende enhet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b, der det fremgår følgende:

«Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. I tillegg skal enheten ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. §§ 2-5 og 2-5 a. Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.»

Det forutsettes at koordinerende enhet i kommunen og i helseforetaket har nødvendig kontakt og samarbeider ved behov om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.

3.4.10 Krav til styringssystemer - internkontroll

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 pålagt en plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, tredje ledd. Spesialisthelsetjenesten er pålagt en tilsvarende plikt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, jf. § 2-1 a, tredje ledd.

Plikten til internkontroll som gjelder for både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, er nærmere regulert i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Grunnleggende krav til internkontroll innebærer at virksomheter som yter helsetjenester plikter å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, tredje ledd. Krav til internkontroll i forbindelse med samhandling innen lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid, innebærer derfor at helsetjenestene skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere samhandling mellom tjenester og nivåer. Helsetjenestene må iverksette systematiske tiltak for å oppfylle kravene til internkontroll som følger av forskriften § 4. Dette innebærer at helsetjenestene blant annet må utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen, jf. forskrift om internkontroll § 4, bokstav g. Det skal derfor foreligge nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak som fører til en forsvarlig samhandling mellom tjenester og nivåer innen lokalbasert rus- og psykisk helsehjelp.

3.4.11 Intervjuobjektene sine perspektiver på juridiske rammebetingelser

Informanter fra kommunene påpeker at det er en utfordring at det er ulikt lovverk som regulerer tjenestene, og at dette blant annet fører til ulik tolkning av bestemmelsene knyttet til taushetsplikten. Samtidig påpeker enkelte informanter at samhandling ikke er noe som kan sikres ved lov, men at det handler om en villet endring i praksis. I spesialisthelsetjenesten er det flere informanter som opplever at juridiske grenser sperrer for å sikre gode IKT-løsninger på tvers av nivåene. Det oppleves at det særlig ved samarbeid om ambulante tjenester er behov for en annen type utveksling av informasjon enn det som er mulig i dag. Informanter fra spesialisthelsetjenesten påpeker også viktigheten av at de lovene som eksisterer blir fulgt. Det fremheves blant annet at samhandling er lovpålagt, men at det ikke har noen konsekvenser om det ikke etterleves.

Fra organisasjonenes side blir det påpekt at det er varierende praktisering av det juridiske blant de ulike aktørene, og at dette skaper utfordringer, og gjør det vanskelig å tilrettelegge for samhandling. Informasjonsinnhenting viser at taushetsplikten og ulike regelverk og tolkninger av dette anses som en utfordring for samhandling. Det er imidlertid innen regelverket åpnet for informasjonsutveksling mellom tjenester og nivåer, både med og uten samtykke fra pasientene.

3.5 Oppsummerende om dagens rammebetingelser

3.5.1 Organisatoriske rammebetingelser

Organisatorisk er ansvar for rus- og psykisk helsearbeid delt på to ulike forvaltningsnivå, og dette kan i seg selv danne grunnlag for en viss distanse mellom ulike tjenestetilbud. Et spørsmål i oppdraget har handlet om ansvar for DPS og BUP, og om dette bør overføres til kommunene slik at disse tjenestene legges til samme nivå som kommunale rus- og psykisk helsetjenester. Representanter for kommunesektoren er i hovedsak positive til å ta over ansvar for både DPS og BUP, men oppgir at dette forutsetter kapasitet, kompetanse og gjerne en viss kommunestørrelse. Det fremgår av intervjuene at kommunene ofte opplever en for stor distanse mellom kommunale tjenester og tjenester i både DPS og BUP. Videre påpekes det at de tyngste brukerne som vurderes å ha mest behov for tjenester fra DPS ikke blir prioritert i tilstrekkelig grad. Representanter for organisasjonene stiller også spørsmål ved prioritering i DPS, og at de som av ulike årsaker ikke klarer å møte opp til avtaler ikke får et fullverdig tilbud. Det påpekes også som nevnt tidligere at samhandling, og ambulante tjenester, i større grad må

stimuleres ved hjelp av finansiering. Også representanter for spesialisthelsetjenesten selv gir uttrykk for at eksisterende økonomiske insentiver ikke nødvendigvis er relevante for det man forsøker å oppnå

Det har ikke vært mulig å foreta en utdypende utredning av konsekvenser ved å overføre DPS eller BUP til kommunesektoren innenfor rammene av oppdraget, men det har kommet frem noen fordeler og utfordringer knyttet til dette. Fordeler ved å legge DPS og BUP til kommunene er at man vil samle flere sammenhengende tjenester på samme nivå, at tjenestene kommer nærmere brukerne og at de legges på et lavest mulig nivå. Dette kan også potensielt gjøre det lettere å samkjøre teknologiske løsninger, og dermed legge til rette for samhandling og informasjonsdeling. Utfordringer kan være at en del kommuner ikke vil ha kapasitet til å ta over ansvaret, og at en overføring vil forutsette interkommunalt samarbeid eller en eventuell kommunesammenslåing. En annen utfordring kan være muligheter til å etablere store og attraktive fagmiljøer som evner å knytte til seg nødvendig kompetanse.

Et viktig innspill fra intervjuobjektene, er at samhandling bør forankres på øverste ledernivå. Dette krever at ledere fra ulike nivåer og tjenester samles for å diskutere utfordringer og mulige løsninger. Dette kan bidra til en tydeligere rolle og ansvarsforståelse i og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det kommer frem av intervjuer med representanter for både kommune og spesialisthelsetjeneste, at begge parter i større grad bør diskutere pasientforløp og gode prosesser i fellesskap.

3.5.2 Faglige rammebetingelser

Organisering, roller og ansvar virker også inn på det faglige arbeidet i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det kommer frem at rolle- og ansvarsområder oppleves som utydelige, og at særlig kommunene opplever å ha for liten innsikt i og kjennskap til spesialisthelsetjenestens kompetanse og tjenester. Det beskrives å være en forskjell i fagposisjon og status mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten som skaper utfordringer. Det oppgis at dette gir ulike faglige tilnærminger og til dels virkelighetsoppfatninger. Samhandling beskrives av flere å være avhengig av å kunne overføre informasjon mellom nivåene, som i dagens system oppleves som svært utfordrende.

Faglig sett kommer det frem av intervjuene det er brukerens/pasientens behov som må stå i sentrum for utformingen av tilbudene. Det påpekes at de ulike nivåene bør gå sammen om å utarbeide felles tjenesteverktøy og veiledere, og at dette må finnes både for de enkle og de vanskelige tilfellene. Enkelte informanter fra spesialisthelsetjenesten mener at kommunene kan ha en større rolle når det kommer til bestilling av tjenester, da det er kommunene som kjenner pasientene best. Også fra organisasjonene uttrykkes det at det burde være felles inntaksmøter i kommuner og DPS, og at den kommunale kompetansen kan styrkes ved at kommunene får større myndighet.

En sentral utfordring knyttet til faglige rammebetingelser, handler således om kompetanse om hverandre, og en faktisk vilje til å komme sammen for å finne løsninger på både system- og individnivå (bruker-/pasientnivå). Gjennomgangen i prosjektet viser at det har vært stor politisk oppmerksomhet på rus- og psykisk helsetjenester de senere årene, og at samhandling legges til grunn som en forutsetning for lykkes med å gi et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Det er også en tydelig politisk føring at tjenestene skal legges på lavest mulig nivå og nærmest mulig brukerne. Intervjuene viser at kommunene og interesseorganisasjoner opplever en viss distanse til spesialisthelsetjenesten, og at det er behov for tettere samarbeid mellom nivåene. Dette forutsetter ifølge flere av intervjuobjektene at spesialisthelsetjenesten, herunder DPS og BUP, i større grad arbeider ambulant og oppsøkende og viser mer fleksibilitet.

3.5.3 Økonomiske rammebetingelser

Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er i hovedsak rammefinansierte. Selv om samhandling og ambulante arbeid blir løftet frem som prioriterte arbeidsformer både gjennom satsninger og lover, er det opp til kommunen og helseforetakene å prioritere mellom ulike typer tjenester og oppgaver, inkludert samhandling.

En måte å heve særskilte tjenester eller arbeidsformer på er å bevilge øremerkede midler. Øremerking av midler tvinger frem prioritering av ønskede satsninger det blir gitt øremerkede midler til. Denne finansieringsmodellen har blitt brukt på feltet for rus og psykisk helse tidligere og det har gitt ønsket økning i tjenestene. Veksten har stoppet noe opp etter at perioden med øremerkede tilskudd ble avsluttet og midlene flyttet over til rammen. Rattsø-utvalget fra 1997³⁷ slo imidlertid fast at øremerking av midler kun skal brukes ved tilfeller som har særskilt begrunnelse, for eksempel ved utbygging av velferdstjenester. Den sittende regjeringen er opptatt av lokalt selvstyre og det faktum at kommunene har best forutsetning for å prioritere mellom egne tjenester for egne innbyggere. Nåværende økninger på feltet blir derfor gitt gjennom de frie inntektene til kommunene. Dette fungerer gjennom at man begrunner økningen i de frie inntektene med gitte formål. Det er dermed ønskelig og forventet med en økning i tjenestene, men midlene har ikke samme binding eller rapporteringskrav som øremerkede midler. Effekten kan dermed forventes å være svakere enn om midlene gis som øremerkede midler.

Flere informanter har tatt opp takstsystemet i spesialisthelsetjenestene som en finansiell barriere. Det etterlyses flere takster for ambulante tjenester, samhandling og ikke minst reisetid. Enkelte nevner at de tror spesialisthelsetjenesten nedprioriterer samhandling og ambulante tjenester siden det ikke er mulig å få dekket disse tjenestene gjennom takster. Gjennom intervju har vi blitt kjent med at ambulante team i dag praktiserer takstregistreringen ulikt. Noen velger å se bort fra takster og finansierer oppsøkende arbeid bare gjennom rammefinansiering og prosjektmidler, mens andre har valgt å tolke takstreglene slik at oppsøkende behandling kvalifiserer som poliklinisk behandling og dermed utløser takster. Det er dermed noe uklart hvor stor denne barrieren faktisk er. Det kan tenkes at informasjon om hvordan de som bruker takster for ambulante arbeid i dag har organisert tjenestene kan være nok til å senke barrieren. På den andre siden er det rimelig å anta at et utvidet takstsystem som legger mer til rette for ambulante tjenester og oppsøkende arbeid ute i kommunene, blant annet gjennom refusjonstakst for reisetid, vil kunne gi insentiver til samhandling.

En mye brukt måte å finansiere samhandlingsprosjekter og team på er ulike prosjektmidler og tilskudd. Helsedirektoratet har blant annet en tilskuddsordning for *Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte tjenestebehov og barn og unge med behov for sammensatte tjenester*. Ordningen forvaltes av fylkesmannen på vegne av Helsedirektoratet.³⁸ Prosjektmidler gir kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten muligheten til å teste ut samhandling og team uten at de må nedprioritere andre tjenester. Dette er positivt. Ulempen er at aktiviteten ofte organiseres på utsiden av de ordinære tjenestene. De har dermed en tendens til å bli avsluttet når prosjektperioden er over istedenfor å integreres inn i de ordinære tjenestene. En annen mulig finansieringsmodell er å la midlene følge brukeren. På den måten vil hverken kommunen eller spesialisthelsetjenesten måtte prioritere om de skal behandle eller ikke gitt at de har kapasiteten til det.

³⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1996-1/id140457/> (13.08.05)

³⁸ <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/tilbud-til-voksne-med-langvarige-og-sammensatte-behov-for-tjenester-og-barn-og-unge-med-sammensatte-hjelpebehov>

Det har ikke vært innenfor rammene av oppdraget å gå i dybden på utredning av ulike økonomiske virkemidler, men av intervjuene som er gjennomført kommer det tydelig frem at gjeldende økonomiske rammebetingelser i liten grad stimulerer til samhandling. Av konkrete endringer foreslås det å videreutvikle takstsystemet slik at denne tilpasses behovet for ambulant virksomhet. Det fremgår også at dagens system legger til rette for at kommunene må ta seg av de tyngste sakene, og at dette er stikk i strid med intensjonene.

3.5.4 Juridiske rammebetingelser

En juridisk utfordring som nevnes i intervjuene er knyttet til behovet for å utveksle informasjon på tvers av tjenester og nivåer. Pasientjournalloven som trådte i kraft 01.01.2015, har åpnet for en lettere informasjonsutveksling mellom ulike virksomheter. Dette i tillegg til lovendringer i øvrig lovverk for å tilpasse endringene. Pasientjournalloven skal legge til rette for en enklere informasjonsutveksling mellom virksomheter, uavhengig av nivå og organisering. Dette omfatter blant annet samarbeid om ambulante tjenester. Dette forutsetter imidlertid at virksomhetene skaffer til veie de tekniske løsningene som kan lette informasjonsutvekslingen. Det vil likevel i praksis være mange vanskelige avgjørelser og tolkninger av regelverket som skal foretas. Det vil kunne være ulike oppfatninger om f. eks. vilkårene for informasjonsutveksling uten samtykke er oppfylt. Det vil også kunne være ulike oppfatninger mellom tjenester og nivåer om hva som er forsvarlig behandling av den enkelte pasient.

Avgjørelser i praksis vil baseres på skjønn, og vil kunne variere ut fra erfaring og fagbakgrunn. Kjennskap til ulike tjenester og nivåer vil være sentralt for samhandling med en effektiv informasjonsutveksling mellom tjenester og nivåer. Informasjonsinnhenting viser at det foreligger ulik lovforståelse og praksis mellom ulike aktører som gjør det vanskelig å tilrettelegge for samhandling, samt at overtredelse av plikten til samhandling ikke fører til konsekvenser. God samhandling forutsetter en felles lovforståelse mellom tjenester og nivåer. Lovforståelsen påvirkes av Statens Helsetilsyn gjennom vurdering av konkrete saker. Statens Helsetilsyn kan også pålegge virksomheter å forbedre eksisterende styringssystemer i virksomhetene for å forhindre fremtidige lovbrudd som har sitt utgangspunkt i systemsvikt. Det er her et spørsmål om det bør opprettes en tvisteløsningsnemnd som kan avgjøre uenighet om lovforståelsen mellom virksomheter. Dette i tillegg til eksisterende tvisteløsning opprettet i forbindelse med samarbeidsavtalene innen samhandlingsreformen. Dette må vurderes mot muligheten for å oppnå bedre samhandling innen eksisterende regelverk, der det legges vekt på å oppnå en felles lovforståelse gjennom et tettere samarbeid mellom tjenester og nivåer.

4 Erfaringsbaserte modeller for samhandling

I dette kapittelet presenteres særlig relevante modeller og tiltak for samhandling som er prøvd ut i norske kommuner. Våre undersøkelser viser at det er gjort en rekke erfaringer i ulike norske kommuner rundt hvordan man kan organisere og utøve samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid for både unge og voksne. Dette viser også at det i mange kommuner er gjort erfaringer i hvordan det kan legges til rette for lokalbasert samhandling innen rus- og psykisk helsearbeid med dagens rammebetingelser.

4.1 Erfaringer og eksempler fra Norge

De modellene som er beskrevet her, er valgt ut med tanke på å få frem ulike typer modeller og erfaringer som har vist seg som nyttige og virkningsfulle i å utvikle og etablere god samhandling innen rus- og psykisk helsearbeid. Det har også vært et ønske å få frem eksempler som representerer en viss spredning i geografi og kommunestørrelse. Det presiseres at vi i prosjektet har hatt en kvalitativ tilnærming til identifisering og beskrivelse av gode modeller, og at kapittelet derfor ikke kan forstås som en uttømmende beskrivelse av gode modeller som eksisterer i Norge.

4.1.1 Samhandlingsteamet i Bærum

Utgangspunktet for arbeidet i Bærum var en erkjennelse av at det var en stor gruppe med mennesker som ikke fikk den hjelpen de hadde krav på. Dette var en gruppe mennesker som var kjennetegnet ved sammensatt problematikk, knyttet til rus, psykiske problemer og boligrelaterte utfordringer. Det ble søkt samhandlingsmidler, samtidig som man ønsket å etablere en økonomisk bærekraftig modell som skulle være enkel å overføre fra prosjekt til linje. Modellen er derfor basert på å etablere et samhandlingsteam der medlemmene er ansatt i sine respektive (ordinære) tjenester, samtidig som en viss brøk av arbeidet deres er tilegnet teamet. DPS, psykolog, psykiatri, rustjeneste, psykiske helsetjeneste, NAV og boligkontoret er representert i teamet.

Målgruppen for teamets arbeid er personer i Bærum kommune som har en alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusavhengighet, stor funksjonssvikt og svak eller manglende tilknytning til tjenesteapparatet. Det ble vurdert som viktig å forankre teamet organisatorisk i DPS, for å sikre tilgang på alle aktuelle tjenester og kompetanser i både spesialisthelsetjenesten og kommunen. To strukturelle utfordringer for samhandling oppstod tidlig i etableringen. En utfordring var tilgang på felles journalsystem. Løsningen på dette var å få de kommunalt ansatte registrert som ansatte i DPS. En annen utfordring er at teamet arbeider med mennesker som ikke nødvendigvis er henvist og vurdert på rettigheter, og som dermed ikke kan føres i et elektronisk journalføringssystem. Også her måtte teamet

finne en alternativ løsning som fungerer. Teamets arbeidsmetode er differensiert etter brukernes situasjon og basert på tre prinsipper:

- Innskrevet i teamet – det vil si at brukeren fyller kriterier for inntak, mangler behandlingskontakt og mangler stabilitet i livssituasjonen. Brukeren blir aktivt motivert for behandling og tilbudt tilpassede tjenester
- Skulder ved skulder – det vil si at brukeren fyller kriterier for inntak, men har behandlingskontakt og en viss stabilitet i livssituasjonen. Da tilbys behandlingskontakten en utvidet form for veiledning fra noen som representerer motsatt tjenestenivå
- Veiledning til systemet – det vil si systematisk veiledning til tjenestesteder som har behov for teamets kompetanse eller som ikke har annet veiledningstilbud

En viktig del av arbeidsmåten til samhandlingsteamet er å arbeide sammen med de ordinære tjenestene.

Samhandlingsteamet fungerer på denne måten som en arena for å få støtte og supplerende kompetanse, som kan hjelpe ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten til å gi god hjelp til innbyggerne. Teamet arbeider også direkte med mennesker som er særlig utsatt og som har liten tilknytning til de ordinære tjenestene. Formålet med denne innsatsen er både å komme tidlig inn og fange opp mennesker som ikke får hjelpen de trenger, og å deretter sørge for at de blir tatt vare på av det ordinære støtteapparatet. Teamet tilbyr også en «åpen time» der tjenestene kan komme for å presentere en sak eller et problem som teamet da gir innspill på.

4.1.2 Saltenmodellen

Familie, helsestasjon, skolehelsetjeneste, skole, barnehage og PPT er sentrale samarbeidspartnere for Barne- og Ungdomspsykiatrien (BUP) i Indre Salten. I dette nettverket har det vokst frem en praksis med dialog som alternativ henvisning som kalles familiemøte³⁹. Det typiske er at familien og helsesøster tar utgangspunkt i en bekymring for et barn og inviterer aktuelle lokale aktører og BUP til et møte. Familien presenterer sin fortelling, og deretter følger en samtale mellom likeverdige parter der hensikten er å få frem de ulike perspektivene, informere og treffe beslutning om veien videre. Møtet har en fast struktur, foregår på helsestasjonen eller i PPTs lokaler og varer en time. Dette arbeidet er den viktigste delen av det faste samarbeidet mellom BUP og kommunene. BUP har avsatt faste tidspunkter hver måned. Intensjonen er at familiemøtet skal styrke brukerinnflytelsen, fremme samhandlingen, være et lett tilgjengelig tilbud og en god måte å starte et pasientforløp på.

I Hamarøy kommune benyttes familiemøter som en arbeidsform for å knytte helsestasjon sammen med andre tjenester i kommunen og spesialisthelsetjeneste (BUP). Poenget er at det er familiens møte, og det er familien som bestemmer hvem de vil møte i tillegg til barnepsykiater ved BUP. Dersom det er snakk om et ungt barn kan det være møte med begge foreldrene, lærer, SFO, barnevernet, helsesøster, lege osv. I andre tilfeller kan det være en ungdom som kun vil møte psykiater. Det er familien som bestemmer og helsesøster sender «invitasjon og ikke innkalling» til familiemøte. Dersom flere bør inviteres senere kan det gjennomføres ytterligere familiemøter. Familiemøtet er begynnelsen, som følges av oppfølgingsmøte og til slutt avslutningsmøte da familien kommer «ut av BUP-systemet igjen». Dette gir anledning til å følge et helt pasientforløp. For foreldrene i en travel hverdag er det være mye å hente på at «BUP også kommer hit til helsestasjonen». Nærhet til andrelinjetjenesten vurderes som nødvendig. Møter lokalt med alle tilstede gir et pasientforløp som er godt og tett. Det blir proaktivt og skolen kan for eksempel bringe inn perspektiver som BUP og helsesøsteren ikke ser.

³⁹ Eldøen, Olav. 2013. «Dialog som alternativ henvisning». Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 9, 2013

4.1.3 Forsøk med nytt grensesnitt på Sørlandet

Nytt grensesnitt ble innført ved Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved Sørlandet Sykehus Helseforetak. Før innføringen fikk mange som var henvist til ABUP avslag fordi saken ikke hørte hjemme i spesialisthelsetjenesten. Saken ble sendt tilbake til henviser, og vurdert for eventuelle tiltak i kommunen. Konsekvensen var at det kunne ta lang tid før brukeren fikk hjelp. I nytt grensesnitt ble henvisninger til ABUP først vurdert i et inntaksteam, som så sendte saken videre til ABUP eller til oppfølging i kommunen. Kommunene fikk støtte fra ABUP i form av overføring av personalressurser og veiledning. Målet var å øke lavterskeltilbudet, plassere saker på rett nivå, og gi et mer helhetlig tilbud med kortere ventetid fra henvisning til oppfølging. En evaluering viste betydelige endringer:

- Saker ble ikke lenger sendt tilbake til henviser
- Halvparten av alle saker fikk oppfølging i kommunene med støtte fra ABUP kommune
- Fagfolkene opplevde godt samarbeid og mer helhetlig oppfølging
- Mulighet for å drøfte saker med spesialisthelsetjeneste ga økt faglig trygghet i kommunen

Praksisen ble vedtatt videreført i nye kommuner på Sørlandet.

4.1.4 Samarbeidsavtaler som modell for samhandling

I Bergen kommune er det gode erfaringer med samarbeidsavtaler der det er forhandlet inn punkter som gir kommunen og helseforetaket økt likeverdighet. Et viktig punkt oppgis å være en definisjon av hva som forstås som en utskrivningsklar pasient. Et eksempel på saker som kunne være utfordrende tidligere gjaldt pasienter som var definert som utskrivningsklare men som fortsatt hadde frihetsbegrensninger. Det er nå blant annet beskrevet at frihetsbegrensninger skal avvikes i god tid før utskrivning og at all utskrivning skal foretas via DPS.

Et annet viktig grep er at helseforetaket har definert en person som forløpsansvarlig, som kan være en kontaktperson og ansvarlig i møtet med kommunen. Forløpsansvarlig er særlig viktig i saker der det er tegn på uenighet mellom partene og der det dermed er behov for å bringe på bordet avtalen. Videre har partene utviklet opplæring og sjekklister for hvordan samarbeidsavtalen skal brukes og følges på nettstedet saman.no.

En utredning av bruk av samarbeidsavtaler⁴⁰ viser at samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak mer generelt oppleves som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling, har bidratt til en tydeliggjøring av ansvar- og oppgavefordeling samt medført et bedre samarbeid mellom partene. Hovedutfordringen knyttet til avtalene er omfanget, både antallet avtaler og detaljeringsgrad. At avtaleverket oppleves som omfattende, utfordrer håndteringen av avtalene (implementering og etterlevelse) og medfører høy ressursbruk hos kommuner og helseforetak. Et av de viktigste anbefalingene i utredningen er å sørge for at avtalene har en tydelig hensikt, og at formuleringer er konkrete, presise og tett koplet til hensikten.

4.1.5 ACT-team

ACT er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Modellen har vist gode resultater, også i Norge. ACT står for *Assertive community treatment*, og er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte

⁴⁰ <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/samhandlingsreformen/forskning-og-evaluering/fou-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak-deloitte.pdf?id=14823>

også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, har en teambasert tilnærming og leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Teamet gir alle typer tjenester som brukeren har behov for, blant annet integrert behandling av rus og psykisk lidelse, og tett individuell oppfølging rettet mot arbeid, familie, fritid og bolig.

En evaluering av utprøving av ACT-team i Norge kan også vise til gode resultater⁴¹. Evalueringen viser blant annet en signifikant nedgang i andelen brukere med alvorlige til svært alvorlige depressive symptomer, samt en tendens til bedring i total livskvalitet for deltakerne. Deltakerne er mer fornøyd med bolig og boligforhold to år etter inntak i ACT-teamet. Andel oppholdsdøgn på tvang er redusert betydelig for personer som hadde mange innleggelses før inntak i ACT-teamene. Deltakernes egne erfaringer med ACT var også positive. Helsen opplevdes som bedre etter å ha fått kontakt med ACT-teamet, og ACT opplevdes som bedre enn tidligere behandling. ACT-brukerne sa de var mer tilfredse med ACT enn med ordinære tjenester. Pårørende til ACT-brukere var i det store og hele fornøyd med ACT-teamenes innsats både for brukeren og overfor dem selv. Også de ansatte i teamene gir uttrykk for å ha stor tro på modellen. De opplever at det går bedre med mange av brukerne og framhever at de ser økt stabilitet, økt livskvalitet, bedre mestring og trygghet i brukernes hverdag. For å lykkes i arbeidet med brukerne legger ansatte vekt på tett og langsiktig oppfølging i det oppsøkende arbeidet, med allsidighet og fleksibilitet som viktig praksis. Teamene har hatt sterkt fokus på relasjonsbygging for å komme i posisjon for behandling, og de har opprettholdt kontakt med brukere som ellers ville ha trukket seg unna tjenesteapparatet.

4.1.6 Tidlig innsats

Tidlig innsats barnehage er en modell for tverrfaglig samarbeid for å oppdage barn i en tidlig fase av en vanskeutvikling (Kvello, Ø; personlig meddelelse, 3.1.2016). Modellen baseres på at ansatte i det lokalbaserte hjelpeapparatet (PPT, helsesøster, psykolog, fysio-/ergoterapitjenesten, samt barneverntjenesten) årlig observerer barn anonymt i barnehagene. Dette danner et observatørkorps, hvor også bestyrere og pedagogiske ledere fra små barnehager (definert til færre enn 40 barn) deltar. Foreldrene er godt kjent med dette. Barn som allerede får bistand fra hjelpeapparatet observeres ikke. I etterkant av observasjonene møtes korpset og pedagogene i barnehagen for drøftinger av barn som kan ha behov for bistand, enten i barnehagen og/eller fra hjelpeapparatet. I etterkant av dette møtet kontaktes foreldrene for samtale. I snitt drøftes 20 % av barna, men 6 % henvises til hjelpeapparatet og flere av disse, samt ytterligere 4 % får tiltak i barnehagen. I tillegg til at barn observeres, inngår også systemobservasjon av barnehagen. Barnehagen får tilbakemeldinger på dette i et separat møte. I etterkant av møtet mellom korpset og barnehagen er det et ettermøte for å se om alt som ble avtalt endte slik som det var planlagt, eller om det har vært behov for endringer. I dag praktiseres denne samarbeidsmodellen i et 50-talls kommuner i Norge. Modellen har flere navn, for eksempel Rett hjelp tidlig, Flerfaglig innsats i barnehagen, TI Kvello. Modellen baserer seg, slik vi ser det, på følgende seks prinsipper for samarbeidet:

- Kommunen som bestiller og hovedansvarlig
- Områdeorganisering
- Lik involvering
- Felles resultatmål
- Systemfokus
- Etablering av evaluerings- og tilbakemeldingssystemer

⁴¹ https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Sluttrapport%20evaluering%20ACT-Team_endelig.pdf

Et tidligere KS-prosjekt om helhetlig organisering av tjenester for barn og unge⁴² fant at en robust samhandlingskultur i kommunen og felles verdier blant ledelse og ansatte er helt avgjørende for samhandlingen om utsatte barn og unge. Toppleidelsens syn på samhandling og kompetanse i tjenestene er de to faktorene som flest mener fremmer en god samhandlingskultur. Ledelsen må tilrettelegge for utvikling av en felles retning for samarbeidet. Overgripende mål må konkretiseres og tilpasses videre i den enkelte tjeneste. Formelle samarbeidsavtaler mellom tjenestene har mindre betydning. Både satsing på spesialisert - og felles kompetanseheving av tjenestene er viktig. Felles kompetanseheving og utvikling av felles begrep fremmer samhandling. Kompetanseheving er tett koblet til viljen til å være i forkant i en kunnskapsbasert tjenesteutvikling. Samarbeid med eksterne kompetanse- og kunnskapsmiljø vektlegges. En kan lytte og lære av andre, og deretter bruke dette som utgangspunkt til å utvikle egne løsninger.

4.1.7 Modellkommuneforsøket

Deloitte har tidligere gjennomført en følgeevaluering av modellkommuneforsøket på oppdrag for Bufdir⁴³. Det overordnede målet med Regjeringens satsing på barn av psykisk syke og barn av foreldre som misbruker rusmidler, er at de skal få «tidlig hjelp og systematisk, langsiktig oppfølging, tilpasset den situasjonen de lever i». Målgruppen for arbeidet i modellkommuneforsøket var barn av psykisk syke og/eller barn av foreldre som misbruker rusmidler i aldersgruppen 0 – 6 år. Modellkommunene hadde som oppdrag å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/eller barn med foreldre som misbruker rusmidler – fra graviditet til skolealder. Satsingsperioden for modellkommuneforsøket var i perioden 2007 – 2014. Evalueringen viste at kommunene gjennom bred lederinvolvering sørget for forankring både horisontalt på tvers av ulike tjenester i kommunene, og vertikalt på tvers av nivåer. Modellarbeidet ble også sett i sammenheng med organisatoriske endringer i kommunene der flere av tjenestene er blitt samlokalisert og mer samordnet. Et annet tiltak i forsøket som hadde en positiv virkning på samhandling og tverrfaglig arbeid i kommunene, var felles kompetanseutvikling og opplæring. Viktige resultater i kommunene var således:

- Økt kompetanse og felles faglig plattform
- Styrket samhandling på tvers av tjenestene
- Mer systematikk i arbeidet med og i oppfølging av målgruppene

Gjennomgående har også kommunene lyktes med å utvikle helhetlige modeller for tidlig intervensjon og helhetlig oppfølging av barn og familier i målgruppen. Det ble utviklet konkrete metoder og verktøy som ble benyttet til kartlegging, identifisering og oppfølging av barn og familier, og disse var forankret hos sentrale tjenester. Metoder og verktøy ble sett i sammenheng med en helhetlig innsats i kommunene.

4.2 Oppsummerende om erfaringsbaserte modeller

Kapittelet viser at det er prøvd ut en rekke ulike typer modeller som legger til rette for økt samhandling mellom tjenester innad i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, både for barn og unge og for voksne. Dette illustrerer at det er mulig å få til gode samhandlingsmodeller med dagens rammebetingelser, samtidig som innføringen av gode modeller krever at en rekke utfordringer overkommes. Modeller som er innført krever ofte

⁴² <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/utdanning-og-oppvekst/barnevern/tryggoppvekst.pdf?id=4250>

⁴³ <http://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002849>

tilpasning og endring lokalt, både hva gjelder formelle strukturer som organisering og mer uformelle strukturer knyttet til kompetanse og forståelse.

En viktig læring i så måte er at samhandling ikke er noe som «skjer av seg selv», men som krever fokusert ledelse og tverrfaglig innsats over tid. Det er heller ikke sikkert at den samme modellen vil være like virkningsfull alle steder, men at det bør utvikles og tilpasses en modell til lokalspesifikke behov og utfordringer.

5 Forskningsbaserte modeller for samhandling

I dette kapitlet presenteres hovedfunn fra den systematiske kunnskapsgjennomgangen fra forskning som er gjennomført i FoU-prosjektet. Formålet med kunnskapsgjennomgangen har vært å undersøke om det eksisterer etablert kunnskap om hvilke faktorer som fremmer samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid, og om det er prøvd ut virkningsfulle modeller som kan og bør spres. Det fremgår av gjennomgangen at det er enkelte forhold og faktorer som gjennomgående vurderes å kjennetegne god samhandling, og at dette i stor grad handler om lederstøtte og utvikling av felles kompetanse, forståelse og kultur. Det er også utviklet og prøvd ut modeller for samhandling som kan være til inspirasjon for norske kommuner.

5.1 Faglig samhandling mellom nivåer: Insentiver og rammebetingelser

Overordnede funn: *Insentiver og rammebetingelser for faglig samhandling mellom tjenester og nivåer på psykisk helse- og rusfeltet handler om å være likt involvert, å ha felles eierskap til prosessene, og å få til gjensidig fordelaktige resultater. For å lykkes med dette må fem forhold ivaretas:*

- 1) *Organisatorisk støtte fra ledelsen i linjene og tjenestene*
- 2) *Felles klinisk planlegging og problemløsning*
- 3) *Felles utvikling av faglige rutiner*
- 4) *Felles trening, støtte og veiledning av fagfolkene*
- 5) *Evaluerings- og tilbakemeldingssystemer om resultater*

Forskerne Fuller, Perkins, Parker, Holdsworth, Kelly, Roberts, Martinez og Fragar (2011) har undersøkt 30 artikler som omfattet 26 internasjonale studier (i Australia, New Zealand, Europe, USA og Canada) som omhandlet faglig samhandling mellom nivåer i psykisk helsearbeid. Analysen skilte mellom kliniske og organisatoriske forhold. Kliniske forhold handlet om at nivåene (partene) var likt involvert, at de hadde felles eierskap til prosessene, og at de arbeidet mot gjensidig fordelaktige resultater. Samhandlende fagfolk kommuniserte regelmessig, helst i personlige møter, for informasjonsutveksling og problemløsning, samt formulering av en felles forståelse av samarbeidet og målsettinger. I disse samhandlingsprosessene inngikk utvikling av behandlingsplaner, utvikling av faglig/administrative rutiner og retningslinjer og rutiner for henvisning og oppfølging. Slike prosesser bidro til en fellesskapskultur. Det viste seg også at tydelige roller var en viktig faktor for god samhandling. Forhold som bidro til tydelige roller var (minst ukentlige) teammøter mellom case manager (koordinator/kontaktperson), fastlegen og

spesialist, samt tilgang til likeperson-støtte for case manageren for å diskutere generelle problemstillinger. Et annet forhold for rolleavklaring var utvikling av såkalte integrerte omsorgsplaner, samt veiledning. Det viste seg også at fagfolks holdninger og kompetanse, en fleksibel arbeidsform og en oppfatning om at samhandling var et gode, spilte inn som fremmende faktorer. Det samme gjorde en kultur preget av evaluering og aktiv tilbakemelding.

Utformingen av bygningene eller stedene der tjenester skulle samhandle «på tvers» synes å være av betydning. Grupper med mer enn fire fastleger som mottok tjenester fra DPS/rustjenester, synes å være mer villige til å samarbeide enn grupper med færre. De henviste også sjeldnere til spesialistnivå. Fysisk rom for case managere og medarbeidere hos fastlegen er derfor av betydning for å få til god samhandling. Organisatoriske forhold av betydning for faglig samhandling handlet mest om strategisk ledelse og støtte og legitimering fra ledelsen til endringsprosessene. Tydelighet i mandater, retning og prioriteringer er viktige rammebetingelser for å lykkes med god samhandling. Fuller et al. (2011) oppsummerer de forholdene som må ivaretas for å utvikle og sikre en god faglig samhandling mellom ulike nivåer:

1. Organisatorisk støtte fra ledelsen i hele linja/begge linjene
2. Muliggjøre felles klinisk planlegging og problemløsning
3. Felles utvikling av faglige rutiner (kriseplaner, henvisningsrutiner, ansvars- og arbeidsoppgaver mellom partene)
4. Sørge for felles trening, støtte og veiledning av fagfolkene
5. Evaluerings- og tilbakemeldingssystemer om resultater som deles mellom samarbeidspartnerne.

Punktene 2 og 3, og muligens 5, vil måtte medføre prosesser mellom tjenester og nivåer som skal samhandle om å utvikle en felles forståelse for fenomener og utfordringer (Åm & Riaunet, 1997).

Bower (2011) presenterer i en litteraturgjennomgang, kunnskapsgrunnlaget for fire ulike modeller for faglig samhandling mellom ulike nivåer for behandling, samt oppfølging av personer med psykiske lidelser. Hans utgangspunkt er WHO (2001) sine mål for psykisk helsearbeid: Tilgjengelighet, likhet, effektivitet og personorientering. Han peker på at det kan forekomme motsetninger mellom disse målene som kompliserer samhandlingen mellom nivåene. Dette kan for eksempel være at helseplanleggere legger mest vekt på tilgjengelighet og likhet, mens en fastlege er mest personorientert.

De fire samhandlingsmodellene for faglig samhandling som han presenterer er: 1) Skoleringsmodellen, 2) Konsultasjonsmodellen (se også Copello, Walsh, Graham, Tobin, Griffith, Day & Birchwood, 2013), 3) Samtidigmodellen, og 4) Henvisningsmodellen. Med hensyn til behovet for samtidige og koordinerte tjenester, synes det som om **Samtidigmodellen** er mest hensiktsmessig å presentere nærmere. Samtidigmodellen er kompleks, og omhandler minst fire parter; bruker/familie, førstelinjen, annenlinjen og case manager (koordinator/kontaktperson). Den omtales som en modell for økt kvalitet, og involverer både endringer i lokalmiljøet, i organisasjonene, blant fagfolk og i brukeratferd. Den synes mest relevant for langvarige og omfattende lidelser og har likheter med det som omtales som «kronisk behandlingsmodell» (vår oversettelse)⁴⁴.

⁴⁴ <http://improvingchroniccare.org>

Samtidigmodellen legger til grunn at ansvaret for utredning, vurdering, behandling og oppfølging ligger i 1. linjen, mens 2. linjens funksjon er å gi støtte og konsultasjon til primærnivået. Case manager (fortrinnsvis helsepersonell fra psykisk helse-/rusarbeid i kommunen) har et utvidet ansvar for oppfølging (f.eks. via telefon/IT-løsninger) og omsorg. Dette inkluderer en fortløpende vurdering av helsestatus, å proaktivt bistå brukeren til å velge blant ulike behandlingsalternativer, å følge behandlingen, å bidra til eventuell atferdsendring og til økt egenomsorg/selvhjelp. I tillegg inkluderer det koordinering av (helse-)hjelp på tvers av tjenester, organisatoriske grenser og nivåer i kommunen og mellom kommune og 2. linjen. Det forutsettes at det er utviklet faglige retningslinjer for ulike pasientforløp som case manager følger, og som legges til grunn for vedkommendes vurderinger. Utvikling av lærings- og mestringsenheter eller andre opplærings-/utviklingstiltak for bruker og familie er en annen forutsetning.

Fem års følgeforskning knyttet til utvikling og opprettholdelse av integrerte behandlingsteam i Ohio (USA) peker på betydningen av å ta tiden til hjelp, fordi endringene er både personlige og strukturelle (Boyle & Wieder, 2007). Aksept av en ny tilnærming medfører ikke nødvendigvis en ny klinisk praksis. Praktikerne trenger å se resultater av den nye faglige praksisen før de aksepterer den. Ledere kan undervurdere hva som kreves av tid og innsats for å endre praksis. Bli implementeringen forsert, med utilstrekkelig planlegging og utvikling av konsensus, så vil endringene møte motstand og kunne bli sabotert. Boyle og Wieder (2007) hevder at felles visjon og forståelse av behovet for faglig samhandling i og mellom nivåer må utvikles for å få til god samhandling. Utvelgelse av kompetente ansatte er avgjørende, herunder muligheter for jobbrotasjon til andre stillinger for ansatte som ikke ønsker å delta i endringene. Veiledning er avgjørende og endringskultur spiller avgjørende rolle, samt leders vurdering av ansattes modenhet og holdninger til endringer.

Canaway og Merkes (2010) peker på 12 forhold av betydning for å lykkes med å skape en faglig samhandling i form av integrerte tjenester i Australia. Noen av disse handler om idéhistoriske, filosofiske og kulturelle forskjeller i - og mellom - psykisk helse- og rustjenestene. Dette kan gi utfordringer for den grunnleggende forståelsen og tilnærmingen til medarbeidere i en samlet og integrert tjeneste. Et nyttig sted å begynne er derfor med å utvikle et felles begreps- og forståelsesapparat. Cleary et al. (2008) trekker fram at modellen om pasientens motivasjon til endring (Prochaska, DiClemente og Norcross, 1992), samt Motiverende Intervju (MI) (Carey, Purnie, Maisto & Carey, 2001) er faglige tilnæringsmåter som kan brukes tverrfaglig og av alle profesjoner og på ulike nivå. MI er også anbefalt av norske helsemyndigheter. Motivasjon til endring som tilnærming for å tilpasse tiltak etter grad av motivasjon bør vurderes brukt ytterligere. Det er utviklet et eget måleinstrument som kan brukes for å dokumentere status og endringer i motivasjon for endring (Heather, Luce, Peck, Dumber & James, 1999).

5.2 Organisering: Implementering av faglig samhandling mellom nivåer

Overordnede funn: *Suksessfull implementering av samarbeid om integrerte tjenester synes å være avhengig av følgende organisatoriske forhold:*

1. *Aktiv ledelse som er tilstede fra mellomledere*
2. *Forebygging og håndtering av turn-over*
3. *Teknisk, finansiell og politisk støtte*

Ett-nivå modellen er en modell som forutsetter: 1) Etablering av ett felles beslutningsnivå på tvers av nivåer med tanke på ledelse og ressursfordeling i nettverket, 2) Case management (koordinator/kontaktperson) som klinisk tilnærming for integrering og koordinering, samt 3) Felles undervisning for ansatte i 1. og 2. linjen.

Implementering av en forskningsbasert modell for faglig samhandling mellom nivåer i klinisk praksis er ifølge Bower (2011) i seg selv en stor utfordring. *Barrierer* kan være i form av stigma som hindrer en person i å formulere sine reelle og faktiske behov til en fastlege med dårlig tid, eller at kulturelle idealer om å klare seg selv kan medføre at det å be om hjelp er vanskelig. Hos fagfolk kan det være en utfordring å ha oppmerksomheten rettet både mot samtidige lidelser i betydningen av psykisk helse, rus og fysisk helse, og samtidig ha en holistisk og helhetlig tilnærming. Helsesystemet lokalt kan være mest rettet mot akutt fysisk sykdom og i de ulike tjenestene kan det være ulik vilje, holdninger og kultur knyttet til kvalitetsutvikling for psykisk helse- og/eller rusproblematikk. I tråd med funnene til Maharaj (2010) kan standardisering og kvalitetskrav være en annen barriere, fordi tjenester og helsehjelp vil måtte ytes ulikt til ulike personer i ulike kontekster (by/distrikt/lokalsamfunn).

Torrey, Tepper og Greenwold (2011) har gjort en litteraturgjennomgang av studier som handler om implementering av integrerte tjenester for voksne med samtidige lidelser. De fant at vellykket implementering av integrerte tjenester synes å være avhengig av følgende organisatoriske forhold: 1) aktiv ledelse som er tilgjengelige fra mellomledere, 2) forebygging og håndtering av turn-over, og 3) teknisk, finansiell og politisk støtte. Aktiv ledelse fra mellomledere krever at de har den nødvendige autoritet og fullmakt til å gjennomføre de ønskede endringene. Mellomlederne mottok veiledning for å kunne gjennomføre endringene effektivt, og de hadde et fokus på opplæring av nøkkelpersoner i ansattgruppa. Siden innføringen av integrerte tjenester var en *kvalitetsreform*, mottok også klinisk ansatte veiledning. Dette var ifølge Torrey et al. (2011) av avgjørende betydning for vellykket implementering. Finansiering kunne være en barriere mot vellykket implementering, særlig hvis det manglet økonomiske ressurser til opplæring, veiledning og redusert arbeidsmengde for klinisk ansatte.

Brousselle et al. (2010) presenterer en studie av hva «som gjelder» når det dreier seg om å organisere, utvikle og integrere samtidige og koordinerte tjenester til brukere med samtidige lidelser. Et av studiens funn er behovet for at organisasjonene definerer:

1. Ulike dimensjoner med hensyn til integrering
2. Ulike grader av integrering
3. Konteksten for integrering

Dimensjoner kan handle om normativ, systemisk eller funksjonell integrering. Det normative vil omhandle prosesser hvor fagfolk i organisasjonene tar inn over seg betydningen og viktigheten av samtidige og koordinerte tjenester, mens det systemiske vil være knyttet til at integrerte tjenester utvikles i hele organisasjonen/-ene. Funksjonell integrering handler om delvis integrerte systemer, og at fagfolk innordner seg ulike rutiner i ulike systemer. Ett eksempel kan være at ruskonsulenten fra DPS anvender rutineene som gjelder på psykiatrisk klinikk ved tilsyn/vurdering av innlagt pasient, og ikke rutineene fra DPS. Gradene handler om integreringen skjer på klinisk nivå

eller systemnivå, eller i nettverk mellom systemer. Konteksten handler om lederskap, kvalitetssystemer og pasientkarakteristika.

Brousselle et al. (2010) sin analyse peker på at organisering og integrering av samtidige og koordinerte tjenester tar tid. Dette handler om at det er komplekse og dynamiske prosesser, at konteksten er avgjørende, at pasientkarakteristika synes å ha betydning for omfanget av integrerte tjenester. Kommunikasjon, opplæring og deling av kunnskap er derfor viktig og institusjonell støtte er avgjørende. Forfatterens konklusjon er at organisering og utvikling av samtidige og koordinerte tjenester må ta hensyn til pasientkarakteristika og kontekst. Det betyr, ifølge Brousselle et al. (2010), at man i liten grad kan snakke om kun én modell for samtidige og koordinerte tjenester. Integreringen av tjenestene bør derfor ta utgangspunkt i brukererfaringene.

Funnene til Bower (2010) og Brousselle et al. (2010) bekrefter langt på vei studien til Brunette, Asher, Whitley, Lutz, Wieder, Jones og McHugo (2008). Etter å ha undersøkt 26 faktorer som fremmet eller hemmet integreringen av tjenester i 11 lokalbaserte tjenester i USA, er deres konklusjon at ingen av dem fullt ut møtte definerte kvalitetskrav og at kun to tjenester scoret høyt. Faktorene som fremmer eller hemmer handler om forhold på det kliniske nivået (fagfolks kompetanse og turn-over), det organisatoriske nivået (ledelse og veiledning), valg av grad av integrering (konsultasjon, felles opplæring, evaluering), og omgivelser (finansieringsordninger og relasjonen mellom klinisk/organisasjonsnivået og ansvarlig administrativt nivå). Med hensyn til felles opplæring har Covell, Margolies, Smith, Merrens og Essocck (2011) vist hvordan interaktiv on-line trening og veiledning kan bidra til økt kunnskap og mestringstro for fagpersoner. De to tjenestene som scoret høyt på de 26 fastsatte kvalitetskravene i studien til Brunette et al. (2010) var kjennetegnet av støttende holdninger og engasjement i form av aktive handlinger hos topp- og mellomledere, tilstrekkelig antall motiverte fagfolk med rett kompetanse, samt en endringskultur. På den annen side viser Tammi og Stenius (2014) i en studie fra Finland at integrasjon på systemnivå ikke nødvendigvis er avgjørende for samtidig behandling i klinikken. I denne sammenheng kan det være verdt å merke seg konklusjonene til Wahlbeck (2010) om at det forskningsmessige evidensgrunnlaget for integrerte tjenester er relativt svakt.

Brunette, Drake og Lynde (2002) evaluerte åtte integrerte programmer i California og fant at bare ett program tilfredstilte de høyeste kvalitetskravene. I dette inngikk etablering av regionalt ressurscenter, felles opplæring og veiledning, samt utvikling og bruk av felles informasjonsteknologi.

Fra en lengre omstillingsprosess fra Quebec i Canada, beskriver Fleury og Mercier (2002) hvordan etableringen og organiseringen av integrerte lokale nettverk for lokalbasert psykisk helsearbeid fra 1990-tallet var basert på prinsippet om *ett nivå*. Dette prinsippet skulle bidra til et samarbeid med utgangspunkt i at tjenestene utviklet en gjensidig avhengighet til hverandre og dekket alle typer tjenester i hele den lokale omsorgs- og behandlingsskjeden (sømløse tjenester). Prinsippet om ett nivå og sømløse tjenester ble fastslått i overordnede politiske planer i 1989 og 1996. På denne måten fremstår integrerte nettverk som en organisatorisk rammebetingelse for å arbeide i tråd med disse ønskene. De lokale nettverkene ivaretar generelle og spesialiserte tjenester og skal samarbeide tett med tjenester i andre etater i kommunen (skole, arbeid, justis, sosiale tiltak).

Fleury og Mercier (2002) beskriver hvordan de lokale nettverkene ble utviklet med henblikk på integrerte tjenester, hvor idéen var at mottakere av tjenester skulle ivaretas i størst mulig utstrekning lokalt gjennom: 1) Etablering av ett felles beslutningsnivå med tanke på ledelse og ressursfordeling i nettverket, 2) Case management (koordinator/kontaktperson) som klinisk tilnærming for integrering og koordineringen (Dom & Moggi, 2015), og 3) Felles undervisning for kommunalt og spesialiserte ansatte (kommune og HF). Spesialiserte ansatte hadde ansvar for og utførte undervisning, opplæring og veiledning for kommunens ansatte. Dagens prosess i Norge med føringer for at DPS inngår i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet kan forstås som et middel for å oppnå dette. Personer med spesielt utfordrende psykososiale funksjonsnedsettelse kan etter henvisning fra det lokale nettverket motta de mest spesialiserte tjenester på et regionalt/statlig nivå.

Fleury og Mercier (2002) peker på at en av de største utfordringene i etableringen av ett-nivåmodellen og sømløse tjenester i integrerte lokale nettverk var knyttet til koordinering av endringene og behovet for mekanismer som fremmet forandringene. De peker på at forutsetningene for å lykkes med å etablere slike nettverk synes å være knyttet til mer enn organisatoriske forhold, som blant annet: 1) At alle parter forstår avhengigheten av/til hverandre, 2) Identifisering av felles utfordringer, 3) Utvikling av felles ideologi for intervensjoner, og 4) Utvikling av en endrings- og samarbeidskultur.

Med utgangspunkt i ett-nivåmodellen kan en tenke seg at det må utvikles nye samarbeidsarenaer. Hansen (2013) peker på at brukernes bolig kan være en slik arena. Samarbeid vil uansett organiseringsmodell og arena reise spørsmål om brukernes rett til selv å bestemme hvilke opplysninger som skal deles mellom de ulike tjenesteyterne.

Moggi, Brodbeck, Költzsch og Bachmann (2002) løfter fram at organisering av felles opplæring av ansatte i psykisk helse- og rustjenestene er viktig for å utvikle integrerte tjenester. Detsky, Gauthier og Fuchs (2012) belyser viktigheten av at alle parter, også spesialistene, inntar en helhetlig tilnærming til personens problemer. Dom og Moggi (2015) løfter fram at ulike faglige tilnærminger relatert til de enkelte lidelsene må organiseres innen ett enkelt behandlingsprogram. I tråd med det som presenteres innledningsvis, peker disse forfatterne også på behovet for at personlig og sosial recovery, med bredere utfallsmål som livskvalitet, bosituasjon, arbeid og deltakelse i lokalmiljøet, bør bli felles utfallsmål for integrerte tjenester. Det er derfor behov for en organisering som bidrar til å integrere somatiske tjenester i den faglige samhandlingen.

ImROC (Sheperd, Boardman & Burns, 2010) har beskrevet organisatoriske forhold med tanke på utvikling av recovery-orienterte samarbeidspraksiser. De peker på ti sentrale endringsområder, hvorav følgende fire handler mest om organisatoriske forhold: 1) Tilby brukerstyrt opplærings- og ferdighetstreningprogram for fagpersoner, 2) Etablere recovery-skoler for personer med egenerfaring, pårørende og fagpersoner. Skolene skal bidra til kultur- og holdningsendringer og bringe sammen bred ekspertise fra brukermiljøer, fagmiljøer, frivillige og lokalmiljøene. Her holdes kurs, workshops og ulike dialogforum, 3) Sikre organisatorisk forpliktelse og lojalitet for organisasjonsutviklingen på alle nivåer. Dette gjelder for rekruttering, veiledning, planlegging og retningslinjeutvikling, og 4) Endring av personalsammensetningene. De anbefaler en radikal endring og at 50 % av de ansatte har brukererfaring og har opplæring som erfaringseksperter.⁴⁵

⁴⁵ For recovery-skoler i Norge, se www.recoveryverksteder.no.

5.3 Organisasjonskultur: Ingen dør er feil

Overordnede funn: *En organisasjonskultur preget av felles vurderinger, felles beslutningstaking, og felles behandlingsplanlegging bidrar til mer samarbeid og samhandling blant ansatte mellom tjenester og nivåer.*

Martin og Hirdes (2014) peker på at det synes å være allment akseptert at integrerte tjenester kan lede til mer effektive tjenester. De peker på at deler av de psykiske helsetjenestene synes å ha blitt mer spesialiserte og at dette utgjør en barriere for integrerte tjenester. Videre hevder de at for å realisere integrerte tjenester er suksesskriteriene samarbeid og kommunikasjon. De gjennomførte en studie for å utvikle kunnskap om hvordan fagpersoner i 1. og 2. linjetjenesten samarbeidet og kommuniserte med hverandre gjennom å bruke felles behandlingstilnærminger. De konkluderte med at å bruke felles behandlingstilnærminger og -instrumenter bidrar til å skape et felles språk i de ulike tjenestene, som igjen kan bidra til bedre samarbeid. Men dette holder ikke alene, det må organiseres på måter som gjør det meningsfullt å bruke for den enkelte fagperson. Dette gjør at fagpersoner erfarer at hjelpen bidrar til hjelp for den enkelte bruker.

Craven og Bland (2006) fant at flere faktorer er nøkkelen til vellykket samhandling i psykisk helsearbeid, inkludert støttende strukturer, organisering, re-organisering, og enighet fra ansatte. De rapporterte at felles vurdering, beslutningstaking, og behandlingsplanlegging bidrar til høye nivåer av samarbeid blant ansatte. Dette stemmer overens med hva Lee, Crowther, Keating og Kulkarni (2013) fant. De rapporterte at kommunikasjonen mellom fagpersonene ble forsterket og forbedret gjennom felles utredninger og planer.

Mitchell og Pattison (2012) undersøkte om organisasjonskultur påvirker samarbeidet mellom ulike tjenester innen psykiske helsetjenester. De fant at organisasjonskultur er en viktig faktor for hvordan samarbeid utøves i praksis. De utviklet begrepet «konstruktiv primærhelsetjeneste» (vår oversettelse) med en organisasjonskultur som består av pågående læringsfokus og kritisk refleksjon, innovasjonsfokus, tilpasningsevne og åpenhet for sosiale konteksters betydning. I tillegg var det viktig med en organisasjonskultur som er uformell, helhetlig og har som har et holistisk syn på brukerne. Samlet sett så hadde en slik organisasjonskultur positive effekter på tjenestene og samarbeidet som utøves.

I Australia har det blitt utviklet en tilnærming til personer med samtidige rus- og psykiske helseproblemer som heter «ingen-dør-er-feil tilnærming» (vår oversettelse). Roberts og Maybery (2014) utforsket forskningslitteraturen, policy-dokumenter og intervjuet 19 nøkkelinformanter i delstaten Victoria for å undersøke hvordan denne tilnærmingen ble opplevd. De fant blant annet at konflikter mellom profesjoner kunne forhindre en utvikling mot integrerte tjenester.

5.4 Nordiske perspektiver

En supplerende litteraturgjennomgang av forskning om samarbeid mellom tjenester og nivåer i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid i Norden frembragte ikke relevante studier. Det betyr nødvendigvis ikke at dette ikke finnes. Det kan være metodiske problemer knyttet til å identifisere eventuell publisert litteratur. Vi gjennomførte derfor et søk via faglige kontakter i Danmark og Sverige og fikk slik tilgang til tre rapporter (Danske Regioner, 2007; Socialstyrelsen, 2010; Johansen & Wiuff, 2014) og én publisert studie (Matscheck & Axelsson, 2013).

Rapporten fra Danske Regioner (2007) tar utgangspunkt i at fastlegenes rolle i samarbeid vertikalt og horisontalt bør styrkes, og introduserer fastlegen som et ankerfeste for utredning, behandling og oppfølging. Grunnene til dette er dels fastlegenes allmenne funksjon, dels økte krav til kvalitet i behandlingsforløpene som medfører økt spesialisering og dels flere personer med kroniske lidelser og livsstilssykdommer som hovedsakelig skal ha sin behandling og oppfølging lokalt. Pasienter med rusproblemer/rusavhengighet trekkes særlig frem som én av gruppene som har behov for en sterk fastlegefunksjon, også med tanke på samarbeid. Som virkemidler for å fremme vertikalt samarbeid i kommunene, beskrives følgende tiltak:

- Månedlige møter mellom fastlegen og psykisk helse/rusteamet i kommunen
- Tre-partssamtaler i enkeltstående forløp (pasient, fastlege, psykisk helse/rusteamet)
- Kommunalt legeutvalg (organ for fastleger og faglig/adm ledelse i kommunen om generelle saker av felles interesse og utarbeide veiledende retningslinjer for samarbeid for denne typen problemstillinger)
- Generell rådgiving fra fastlege til kommunale psykisk helse/rustiltak
- Spesifikke forebyggelseskonsultasjoner fra fastlege til slike kommunale tiltak
- Forebygge u hensiktsmessige innleggelse i spesialisthelsetjenesten

Tiltakene inngår i avtalene mellom kommunen og fastlegen og utløser refusjon, og sosialfaglige ansatte og fastlegen kan etter samtykke fra pasienten kommunisere om relevante helsemessige forhold innenfor rammen av dansk lovgivning.

Johansen og Wiuff (2014) har evaluert samarbeidet mellom kommunene og psykisk helsevern i region Sjælland. Hovedfunnet i evalueringen er at samarbeid mellom tjenester og nivåer innen dette feltet kan styrkes gjennom følgende seks tiltak:

- At partene respekterer og anerkjenner hverandre. Her trekkes lederens ansvar spesielt fram
- At partene søker/får mer kunnskap om hverandre
- Etablere faste felles møter og samarbeidsfora
- Etablere faglige nettverksmøter og informasjon til hverandre
- Etablere tekniske muligheter for kommunikasjon

I Sverige har Socialstyrelsen (2010) fastsatt et rammeverk for samarbeid mellom kommuner og landsting (regioner) hvor personer med psykisk helse- og rusproblemer nevnes særlig. Det blir også gjort et poeng av at rammeverket ikke har aldersgrenser, og derfor gjelder hele livsløpet. Det fremkommer at Socialstyrelsen er bekymret for tilbudet til, og samarbeidet om, personer over 65 år som også har psykiske helseproblemer. Rammeverket skiller mellom begrepene «samarbeide» (som omhandler personer, relasjoner og metoder) og «samordning» (som omhandler fordeling av ressurser, ansvar, organisering og ledelse). Når det gjelder samarbeid mellom tjenester og nivåer i forhold til personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer slås det fast at det er hver enkelt leders plikt å sette seg inn i og følge opp den aktuelle lovgivningen som regulerer ansvarsfordelingen i kommunen og i landstinget (regionen). Ut fra denne ansvarsfordelingen pålegges partene å inngå skriftlige samarbeidsavtaler. Disse skal ta hensyn til lokale og regionale forhold. De skal inneholde beskrivelser av hvordan samarbeidet skal utøves helt konkret, for eksempel bredt sammensatte faglige team, felles kommunale/regionale pasientmottak, ansvar for bolig og bo-oppfølging, sysselsetting og arbeidsrehabilitering. Avtalene skal utover disse beskrivelsene av det faglige samarbeidet inneholde bestemmelser om organisering, finansiering og ledelse, samt hvilke juridiske forhold som gjelder og som bl.a. anvendes ved uenighet. Barn/unge (0-18 år) og eldre (65+) vies særlig oppmerksomhet.

Matscheck og Axelsson (2013) har undersøkt og beskrevet hvordan psykisk helsevern og sosialtjenesten i en svensk kommune samarbeidet i situasjoner preget av komplekse behov. En særlig utfordring var ulikhetene i organisasjonsformer, lovgiving, regelverk, samt yrkesbakgrunn og grunnlagsforståelse av fenomenene/problemene. Deres studie peker på behovet for å utvikle en overordnet forståelse og strategi mellom disse tjenestene/nivåene med tanke på å få til et helhetssyn på pasientens sammensatte behov. Utover skriftlige samarbeidsavtaler viser studien at for å få til dette kreves det betydelig innsats fra lederne i systemene (fremme gode holdninger til samarbeid internt og eksternt), og at det skapes arenaer for kontakt på samtlige nivå. Case-management og ACT-tilnærmingen trekkes fram som nyttige virkemidler for å ivareta behovene for en helhetlig tilnærming. Studien synes derfor langt på vei å bekrefte og være i samsvar med evalueringen til Johansen og Wiuff (2014).

5.5 Oppsummerende om forskningsbaserte modeller

Kapittelet viser at det er gjort en rekke studier av hvordan man kan legge til rette for lokalbasert samhandling innen rus- og psykisk helsefeltet. Det fremgår også å være noen generiske kjennetegn på god praksis knyttet til slik samhandling.

Forutsetninger for å lykkes med samhandling mellom tjenester og nivåer på psykisk helse- og rusfeltet handler blant annet om å være likt involvert, å ha felles eierskap til prosessene, og realisering av gjensidig fordelaktige resultater. Dette krever organisatorisk støtte fra ledelsen, felles og tverrfaglig planlegging, felles utvikling av faglige rutiner, samt felles opplæring og veiledning. Forskningen viser også at evaluerings- og tilbakemeldingssystemer om resultater som følger av arbeidet er en viktig faktor. En vellykket innføring av en samhandlingsmodell synes videre å være avhengig av aktiv og tilgjengelig ledelse, forebygging og håndtering av turn-over, samt teknisk, finansiell og politisk støtte lokalt. Videre bidrar en organisasjonskultur preget av felles vurderinger, felles beslutningstaking, og felles behandlingsplanlegging til mer samarbeid og samhandling blant ansatte mellom tjenester og nivåer.

6 Avsluttende drøfting og forslag til mulige modeller for samhandling

I dette kapittelet foretas en drøfting av mulige modeller for samhandling. Det trekkes her på funn og erfaringer fra både intervjuene og kunnskapsgjennomgangen.

6.1 Innledende om handlingsrom for god samhandling

Fra kommunene oppleves det at mytedannelse om de ulike nivåene er en barriere for samhandling. Det er for lite kjennskap til hverandres systemer, arbeidsmåter og prioriteringer. I spesialisthelsetjenesten oppleves det blant informanter at det er vanskelig å engasjere ledelsen i samhandling, og at etablerte organisasjonskulturer oppleves som en barriere. Det oppleves som om det i dag er mulig å få til prosjektbasert samhandling innenfor begrensede områder, men at det er en utfordring å bygge god samhandling i tjenesten i et mer helhetlig perspektiv.

Takstsystemet nevnes også fra spesialisthelsetjenesten som en barriere for å kunne prioritere ambulant og oppsøkende arbeid. Fra organisasjonene påpekes det at ulike dokumentasjonssystemer, ulike fagsystemer og faglige perspektiver på hva som er riktig behandling, utgjør barrierer for samhandling. Det fremheves videre at to-nivåmodellen i seg selv kan være en barriere for samhandling, særlig når det kommer til den delte finansieringen av tjenestene. Alle trekker frem ulike datasystemer som en barriere. Mangel på tilgang på hverandres systemer og informasjon vurderes som et hinder for god pasientflyt og gode forløp.

Samtidig viser funnene i prosjektet at det – innenfor dagens system – er mulig å imøtekomme og overkomme disse barrierene. Informanter i kommunene påpeker at samarbeid må forankres på et høyt nivå. Det påpekes at et tettere samarbeid blant ledere kan bidra til en sterkere felles forståelse. Dersom de ulike nivåene får kjennskap til hverandres tjenestetilbud blir det lettere å unngå parallelle tjenester. Nivåene kan rendyrke hver sine tjenester og heller samhandle om pasientene. Videre påpeker enkelte informanter at det er ikke alle kommuner har samme muligheter til å tilegne seg eller rekruttere samme kompetanse. Alle kommuner kan derfor ikke forventes å gi det samme tilbudet. Det må derfor være rom for at lokale tilpasninger. Informanter fra spesialisthelsetjenesten påpeker at det er viktig å etablere felles eierskap om utformingen av samhandling ved ulike pasientforløp. Videre påpeker enkelte informanter at det har vært mange prosjekter og forsøksordninger, slik at man er nokså klar over hva som fungerer, blant annet bruk av ACT-team. Utfordringen er at man må klare å gjennomføre endringene. Informanter fremhever også at samhandling bør være en del av utdanningen innenfor alle relevante områder, noe det ikke er i dag. Samhandling vurderes som en kompetanse som må utvikles og vedlikeholdes, og som må integreres i tjenestenes holdninger og kultur.

6.2 To mulige modeller: Samtidigmodellen og Ett-nivåmodellen

Prosjektet viser samtidig at det i norske kommuner er gjort en rekke gode erfaringer, og at modeller for god samhandling er prøvd ut. Dette innebærer at man i flere kommuner har klart å overkomme en del av de barrierene som er beskrevet tidligere. Analysen av den litteraturen vi har hatt tilgjengelig tyder på at samarbeidsmodeller er kontekstuelle og derfor må utvikles lokalt med hensyn til lovverk, administrative og faglige styringssystemer, samt geografiske og kulturelle forhold.

6.2.1 Modell 1: Samtidigmodellen

Samtidigmodellen bygger på fire prinsipper: Tilgjengelighet, likhet, effektivitet og personorientering. Den omhandler fire samarbeidspartnere: Pasient/bruker, førstelinjen, andrelinjen og case manager (koordinator/kontaktperson). Modellen legger til grunn at ansvaret for utredning, vurdering, behandling og oppfølging av alle pasientforløp ligger i førstelinjen. Andrelinjens funksjon er å gi ulike typer støtte og konsultasjon til førstelinjen. Case manager har et utvidet ansvar for den fortløpende oppfølgingen av pasienten/brukeren og vedkommendes behandling, inkludert vurdering av endringer i helsestatus med tanke på endringer i oppfølging/behandling. Case manager bistår dessuten pasienten/brukeren i prosesser med tanke på adferdsendringer, til økt egenomsorg/selvhjelp/kontakt med likemenn, samt koordinerer helsehjelpen på tvers av tjenester og nivåer. Case manager skal også bistå pasienten/brukeren til å velge blant ulike behandlingsalternativer. Det utvidede ansvaret som er lagt til case manager forutsetter at det er utviklet faglige retningslinjer for oppfølging/tiltak for ulike pasientforløp. Det er blant annet disse retningslinjene som case manager anvender når vedkommende gjør sine vurderinger av pasientens/brukerens behandling og behov for eventuelle tiltak/endringer. Utvikling av og tilgang til lærings- og mestringenheter og andre opplærings-/utviklingstiltak for pasient/bruker og familie er en annen forutsetning.

Vår vurdering: Faglig sett kan samtidigmodellen bety at kravene til individuell plan ivaretas på en god måte, i og med at case manager har hovedansvaret for den løpende oppfølgingen og vurdering av situasjonen. At førstelinjen har ansvaret for behandlingen/pasientforløpene vil bety at kommunen må få/erkjenne å ha et (delegert) sørge-for ansvar, og hvor beslutningsmyndighet og ressurser er overført fra andrelinjen. Nivåene må utvikle skriftlige faglige beskrivelser, prosedyrer og kvalitetsindikatorer som anvendes av case manager i det daglige, og i kommunikasjonen mellom aktørene ved behov/evalueringer.

Konflikter med hensyn til ideologier og «territorier» kan forekomme, særlig dersom grunnlagsforståelsen av lidelsene og innholdet i behandlingen mellom nivåene er svært ulik. Begge nivåer bør ha tilgang til erfaringskonsulenter/likemenn slik at erfaringskunnskapen kan bringes fram i alle pasientforløp. Det kan også tenkes at det finnes pasientforløp som begge nivåene gjerne vil ha, eller at det også finnes pasientforløp ingen av nivåene vil ha. Dette må avklares mellom rådmann og rett direktørnivå i helseforetaket. Hva samtidigmodellen betyr av organisatoriske endringer er usikkert. Spørsmål vedrørende rett kompetanse, utdanningsløp for ansatte, utnyttelse av ressurser «på tvers», og fordeling av oppgaver og ansvar i kommunen må avklares. Tilgjengelighet, kontinuitet og helhetlig tilnærming er forhold som samtidigmodellen bør kunne ivareta. Hvorvidt takstsystemer/refusjonsordninger for aktivitetene til case manager og andre kommunale tjenester bør innføres kan vurderes.

6.2.2 Modell 2: Ett-nivåmodellen

Ett-nivå modellen karakteriseres av et områdefokus, det vil si at ressurser fra både første- og andrelinjen organisatorisk settes sammen slik at de dekker befolkningens behov for tjenester i et geografisk område. Ett-nivåmodellen er konkretisert i integrerte lokale nettverk for ulike pasientforløp. Det som integreres er ressurser fra begge nivåene og flere tjenester. De lokale nettverkene ivaretar generelle og spesialiserte tjenester og skal samarbeide tett med tjenester i andre etater i kommunen (skole, arbeid, sosiale tiltak). Også i denne modellen skal pasienter/brukere ivaretas i størst mulig utstrekning lokalt. I modellen etableres det ett felles beslutningsnivå med tanke på ledelse og ressursfordeling i nettverkene. Case management anvendes som faglig tilnærming og med tanke på tilgjengelighet, kontinuitet og helhetlig tilnærming. Modellen krever felles undervisningsopplegg for ansatte i kommunene og helseforetak. Ansatte i andrelinjen har ansvar for og utfører undervisning, opplæring og veiledning for kommunens ansatte. Personer med spesielt utfordrende psykososiale funksjonsnedsettelse kan i modellen etter henvisning fra det lokale nettverket motta de mest spesialiserte tjenester på et regionalt/statlig nivå.

Vår vurdering: Faglig sett kan ett-nivå modellen og etablering av integrerte lokale nettverk utfordres av ulike kulturer og arbeidsformer i nivåene som skal integreres. Fleury og Mercier (2002) peker på at en av de største utfordringene i etableringen av ett-nivå modellen og integrerte lokale nettverk er knyttet til koordinering av endringene og behovet for mekanismer som fremmer forandringene. De peker på at forutsetningene for å lykkes med å etablere slike nettverk handler om at alle parter forstår avhengigheten av/til hverandre. Det handler også om at man kan identifisere felles faglige utfordringer, at det kan utvikle en felles ideologi for tiltak, behandling og oppfølging, og utvikling av en endrings- og samarbeidskultur.

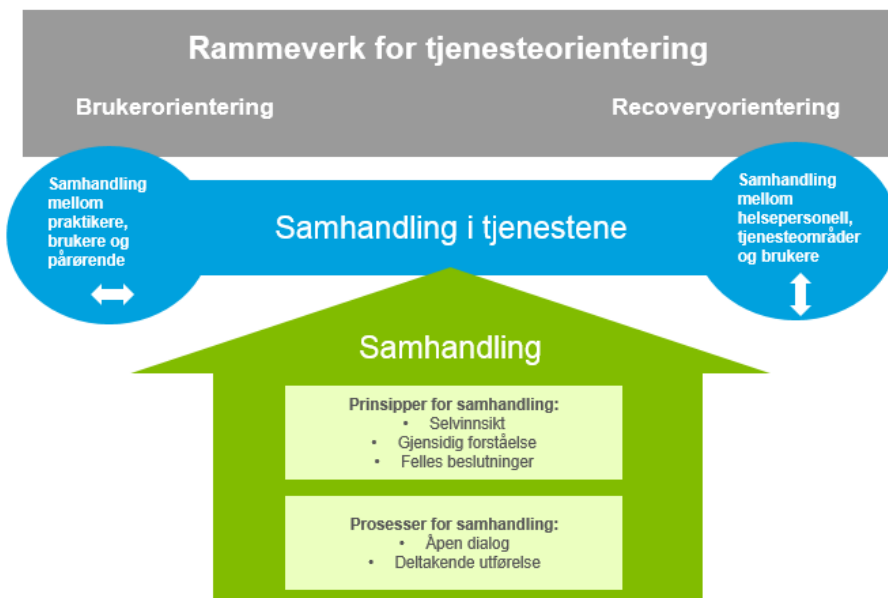
Ett felles beslutningsnivå betyr også at pasienten/brukeren er innskrevet i ett nettverk. I nettverket har case manager et utvidet ansvar for oppfølging, men nettverkets deltakere «skuldrer» (eller støtter) hverandre i oppfølgingen. Nettverket gir veiledning til andre nettverk/tjenester ved behov. Med utgangspunkt i ett-nivåmodellen kan en tenke seg at det må utvikles noen nye samarbeidsarenaer. Hansen (2013) peker på at brukernes bolig kan være en slik arena for faglig samarbeid. Samarbeid vil, uansett organiseringsmodell og arena, reise spørsmål om brukernes rett til selv å bestemme hvilke opplysninger som skal deles mellom de ulike tjenesteyterne. Også i denne modellen bør nettverkene ha tilgang til erfaringskonsulenter/likemenn slik at erfaringskunnskapen kan bringes frem i alle pasientforløp. Hvorvidt takstsystemer/refusjonsordninger for aktivitetene til case manager og andre i nettverket (utover deltakerne fra andrelinjen) bør innføres kan vurderes. Budsjett-/økonomistyring og de ulike ansvarsforhold må avklares mellom rådmann og rett direktørnivå i helseforetaket.

6.3 En tredje mulige modell: Samhandlingsmodellen

Ness et. al (2014)⁴⁶, ved Senter for psykisk helse og rus ved Høgskolen i Sørøst-Norge har forsket frem en modell som beskriver samhandling innen lokalbasert psykisk helsearbeid, og vi vil i prosjektet benytte denne modellen som et metodisk utgangspunkt. Et hovedpoeng i modellen er at samhandling først og fremst er relasjonsbasert og i stor grad avhengig av involverte aktører.

⁴⁶ Ness, Ottar; Karlsson, Bengt; Borg, Marit; Biong, Stian; Sundet, Rolf; McCormack, Brendan og Kim, Hesook Suzie (2014): *Towards a model for collaborative practice in community mental health care*. Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Figur 1: Modell for samhandlende praksis (fra Ness et al, 2015)



Rammeverket i modellen er tjenesteorientert og består av to perspektiver. Et *brukerorientert* perspektiv og et *recovery-orientert* perspektiv. I et *brukerorientert* perspektiv betraktes personen med behov for tjenesten og dens pårørende som likestilte samarbeidspartnere i planlegging, utvikling og evaluering av tjenestene, for å sikre at de er tilpasset deres behov. Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Det andre elementet i modellen illustrerer hvordan samhandling innen lokalbasert psykisk helsearbeid må skje i to dimensjoner. Den ene dimensjonen handler om samhandling mellom utførere og brukere innen tjenestene (horisontal) og den andre dimensjonen handler om samhandling mellom ulike tjenestenivåer og brukere (vertikal). De to formene for samhandling må sees i sammenheng for å sikre best mulige tjenester for brukerne. Involvering av brukeren og dens pårørende i diskusjoner og beslutningstakingen er avgjørende både for å kunne sikre horisontal og vertikal samhandling.

De tre hovedprinsippene for samhandling er *selvinnsikt*, *gjensidig forståelse* og *felles beslutningstaking*. Selvinnsikt om egen rolle er avgjørende for å etablere gode relasjoner, da ulike aktører ofte tenker og handler i tråd med egne behov og mål. For å sikre gjensidig forståelse må aktørene kommunisere og etablere et felles ståsted. Felles beslutningstaking er en nødvendig forutsetning for alle typer samarbeid, fordi aktørene som er involvert skal kunne ta del i beslutningene og dele ansvaret. To nøkkelprosesser som understøtter samhandling er *åpen dialog* og *deltakende utførelse*. En prosess med en åpen dialog kan sikre gjensidig forståelse mellom aktørene. Deltakende utførelse handler om å dele ulike opplevelser og betraktninger knyttet til gruppens arbeid med andre deltakere, uten å fokusere på begrensninger eller fordommer knyttet til andre aktørers kunnskap.

Vår vurdering: Modellen tydeliggjør i større grad enn de øvrige viktigheten av en felles faglig tilnærming i form av å kombinere brukerorientering med recovery-orientering. Modellen skiller seg også noe fra de øvrige ved at fagpersoner med utgangspunkt i en felles faglig tilnærming skal utforme og tilpasse tjenestene etter brukernes behov og ønsker. For øvrig kan alle modellene forstås å være basert på noen felles grunnleggende prinsipper.

6.4 Modeller, prinsipper og insentiver

Norske kommuner er veldig ulike, både når det gjelder geografi, antall innbyggere og hvordan tjenestene innen psykisk helse og rus er bygd opp. Det som er felles er at vi har en to-nivåmodell med primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Dette betyr at det å foreslå kun én modell, ikke vil ivareta gode samarbeidsorienterte tjenester. Drake, Lynde og Merrens (2005) hevder at det ikke bør utarbeides én modell som skal løse alle utfordringer og problemer, da livene og tjenestene er for komplekse.

Samtidighetsmodellen bygger på fire prinsipper: tilgjengelighet, likhet, effektivitet og personorientering. Den omhandler fire samarbeidspartnere: bruker, førstelinjen, andrelinjen og case manager. For at denne modellen skal foregå på en god måte innebærer det at det er case managere som har et reelt hovedansvar for løpende oppfølging av bruker og vurdering av brukers livssituasjon. Modellen innebærer at behandlingen skal foregå i kommunen, der brukere lever og bor. For at dette skal kunne bidra til god samhandling må det være etablert juridiske, økonomiske og faglige avklaringer mellom nivåene, som er forankret på ledernivå om hvordan det skal jobbes. Faglige og fagideologiske avklaringer bør avklares slik at samhandlingen blir virksom og at disse ideologiene ikke blir barrierer mot samarbeid. Ansettelse av erfaringskonsulenter kan bidra til at erfaringskompetansen kan bringes frem i alle pasientforløp. Samtidighetsmodellen vil kunne ivareta tilgjengelighet, kontinuitet og helhetlig tilnærming.

Ett-nivåmodellen kan faglig sett etablere mer integrerte lokale nettverk for samarbeid. En slik integrering kan utfordre ulike kulturer og nivåer som skal integreres. En forutsetning for å lykkes med å etablere slike nettverk er at alle parter forstår avhengigheten av hverandre og kan identifisere felles faglige utfordringer. Denne modellen poengterer også behovet for å utvikle en felles faglig ideologi om behandling. I tillegg fremheves det i modellen behovet for en utvikling av en felles endrings- og samarbeidskultur. I denne modellen kan nettverkene utvikle andre arenaer for behandling, for eksempel med utgangspunkt i brukernes bolig. Denne modellen fremhever også erfaringskonsulenter slik at erfaringskunnskap kan bringes frem i alle pasientforløp. Innen denne modellen må også juridiske og økonomiske ansvarsforhold avklares på rådmanns- og direktørnivåer i kommuner og i helseforetak.

Den tredje modellen tar utgangspunkt i en felles faglig og teoretisk fagideologi som personorientering og recoveryorientering. Den tar utgangspunkt i at samarbeidet skal baseres på personers egen livssituasjon for deretter å utvikle samarbeidsbaserte tjenester som er tilpasset personens liv. Dette gjelder både med hensyn til behandling og tilhørighet til lokalsamfunnet, men også ved å være en borger med de rettigheter det innebærer. Modellen innebærer en aktiv deltakelse fra brukerne der de er med på å ta beslutninger om hvilke tjenester de ønsker seg innen tjenestene. Denne modellen ivaretar også erfaringskunnskap som en sentral kilde til godt samarbeid innen tjenesten.

Modellen har vært på en «høringsrunde» hos informanter i undersøkelsen. Sentrale innspill på modellene er at de potensielt kan danne grunnlag for en styrket helhet innenfor lokalt basert rus- og psykisk helsearbeid. Den tredje modellen vurderes av flere som en idealmønstre, som samtidig forutsetter en betydelig faglig og ideologisk endring som kan være utfordrende å gjennomføre. Derfor kan de to øvrige modellene være mer realistiske. Ett-nivåmodellen kan være den mest egnede for de som trenger omfattende tjenester over lengre tid. Overføring av DPS

og BUP til kommunalt nivå vil kunne forstås som et steg i retning av en ett-nivåmodell. Denne vurderes å være hensiktsmessig i møtet med mennesker som har utfordringer med å forholde seg til flere tjenester og systemer. For øvrige tjenester kan samtidig-modellen være relevant, da den gir god tilgang og et fleksibelt grensesnitt.

Spørsmålet er om ett-nivåmodellen også kan være best egnet for barn og unge, der tjenestene bør være tett integrert lokalt og der det er kritisk å komme tidlig inn. God kommunikasjon og tett samarbeid mellom ulike typer tjenester er en forutsetning for å kunne møte barn og unge der de er. Et innspill er å prøve ut noen nye modeller i utvalgte regioner eller kommuner, for eksempel ved å endre på ansvar og oppgaver i kommuner og spesialisthelsetjeneste/DPS.

6.4.1 Forslag til sentrale prinsipper, insentiver og forutsetninger

Uavhengig av hvilken modell man velger, vil det være relevant å ta utgangspunkt i følgende prinsipper:

1. Forankring av samhandling på rådmannsnivå
2. Felles beslutningstaking
3. IKT-systemer som samarbeider
4. Erfaringskonsulenter som ansatte i tjenestene
5. Avklaring av faglige ideologier, slik at dette ikke blir barrierer for samarbeid
6. Tilgjengelighet, kontinuitet og helhetlig tilnærming
7. Psykisk helse- og rustjenester bør være integrerte tjenester

Modellene og prinsippene som er skissert vil ha ulike implikasjoner for aktuelle rammevilkår og insentiver for god samhandling.

Type rammevilkår	Insentiver
Organisatoriske	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunens toppledelse er involvert i formalisering av samarbeid • Kommunen er hovedansvarlig for bestilling av tjenester • Felles beslutningstaking med utgangspunkt i brukernes behov (brukerinvolvering) • Felles trening, støtte og undervisning/veiledning • Utvikling av teknologiske løsninger og systemer som gir en felles plattform for kommunikasjon • Åpen dialog
Faglige	<ul style="list-style-type: none"> • Felles og gjensidig forståelse og kompetanse • Personlig og sosial recovery som felles faglig perspektiv horisontalt og vertikalt • Å guide hverandre i hverandres systemer (samhandling på systemnivå) • Tilgjengelighet overfor hverandre og brukerne • Felles vurderinger, planlegging og beslutninger • Åpen dialog
Økonomiske	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomisk insentiv for å understøtte ambulant virksomhet • Felles finansiering av arenaer og fora for samhandling • Felles investering i opplæring og trening • Investering i felles systemer
Juridiske	<ul style="list-style-type: none"> • Felles retningslinjer for utredning, vurdering, behandling og oppfølging • Felles opplæring i muligheter og begrensninger for samhandling i lovverket

Vi vurderer også at det vil være hensiktsmessig at man la til grunn et sett med felles verdier i lokalbasert rus og psykisk helse. Forslag til grunnleggende verdier er *personorienterte tjenester* (person i kontekst), *valgmuligheter*, *partnerskap* og *økt livskvalitet*.

6.4.2 Organisatoriske rammevilkår

Informanter i kommunene fremhever at hvis man skal få til samhandling nedover i organisasjonene, er det viktig at samhandlingen også skjer og forankres på øverste ledernivå. Videre opplever enkelte at det er en uklar rolleforståelse mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Informanter i spesialisthelsetjenesten påpeker at for å sikre god samhandling må de ulike aktørene kunne mye om organisasjonene man skal samhandle med. Det er viktig å skape en felles forståelse for hva pasienten har behov for, og hva det er tjenesteinnholdet skal være. I enkelte deler av spesialisthelsetjenesten har det vært et sterkt fokus på pasientforløp, men informanter opplever at kommunene ikke har vært tilstrekkelig involvert i disse prosessene. Enkelte informanter ser det som sentralt at kommunene er med i utviklingen av de gode pasientforløpene. Informanter fra organisasjonene peker på at det er en utfordring at gode modeller for samhandling legges utenfor de ordinære tjenestene og er avhengig av kortsiktige prosjektmidler. Det fremheves også her at man for å sikre god samhandling må ha ledelsesforankring, både politisk og administrativt.

6.4.3 Faglige rammevilkår

Informanter fra kommunene påpeker at samarbeid og avklaring av ansvarsområdene må bli mye tydeligere enn i dag. Det er en forskjell i fagposisjon og status mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten som skaper utfordringer med ulike virkelighetsbilder. Informanter fra spesialisthelsetjenesten påpeker at det er brukerens/pasientens behov som må stå i sentrum for utforming av tilbudene. Det uttrykkes samtidig en anerkjennelse av at det er behov for oppgavedeling og fleksibilitet mellom nivåene for at man skal klare å oppfylle disse behovene. Det påpekes at de ulike nivåene bør gå sammen om å utarbeide felles tjenesteverktøy og veiledere, og at dette må finnes både for de enkle og de vanskelige tilfellene. Informanter fra organisasjonene har påpekt at samhandlingsstrukturer må være formalisert i faglige retningslinjer i tillegg til lover. Videre påpeker informanter at det er viktig at de som ikke kan nyttiggjøre seg av ordinære tilbud må få tilbud om oppsøkende tjenester, da det er de tyngste brukerne/pasientene som får dårligst tjenester og tilbud.

6.4.4 Økonomiske rammevilkår

Informanter fra enkelte kommuner mener at det bør vurderes om de økonomiske midlene kan følge brukeren fremfor å fordeles mellom nivåene. Flere opplever en konkurranse, både i kommuner og spesialisthelsetjenesten, om hvordan man skal prioritere midler til psykisk helse og rusarbeid. Det er også enkelte informanter som påpeker at nye tiltak som iverksettes må være økonomisk romslige nok til at man kan arbeide mer fleksibelt og tilpasse seg raskere. Informanter fra spesialisthelsetjenesten påpeker at enkelte av de økonomiske insentivene man innfører i tjenestene ikke er relevante for det man prøver å oppnå. Det påpekes blant annet at de tjenestene som er økonomisk mest inntektsgivende, ikke inviterer til samhandling. Det er derfor enkelte informanter som mener at man i større grad bør etablere økonomiske insentivsystemer der midlene følger pasienten. Enkelte aktører ønsker økt bruk av aktivitetsbasert finansiering innen psykisk helsevern og TSB, og ønsker å diskutere innføring av takster for ambulant behandling. Samtidig er det flere informanter som oppgir at det ikke er de finansielle rammene som er av størst betydning for pasientbehandlingen, at aktørene i tjenestene forsøker å få til så mye som mulig med de midlene de har. Informanter blant organisasjonene påpeker at det er en utfordring at midler til samhandlingstiltak

ofte blir gitt som prosjektmidler, hvor det etter endt prosjektperiode er utfordrende å få videreført tiltakene i mangel på driftsmidler. Det er også enkelte som mener at eksisterende økonomiske insentiver har uheldige konsekvenser særlig for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.

6.4.5 Juridiske rammevilkår

Informanter fra kommunene påpeker at det er en utfordring at det er ulikt lovverk som regulerer tjenestene, og at dette blant annet fører til ulik tolkning av bestemmelsene knyttet til taushetsplikten. Samtidig påpeker enkelte informanter at samhandling ikke er noe som kan sikres ved lov, men at det handler om en villet endring i praksis. I spesialisthelsetjenesten er det flere informanter som opplever at juridiske grenser sperrer for å sikre gode IKT-løsninger på tvers av nivåene. Det oppleves at det særlig ved samarbeid om ambulante tjenester er behov for en annen type utveksling av informasjon enn det som er mulig i dag. Informanter fra spesialisthelsetjenesten påpeker også viktigheten av at de lovene som eksisterer blir fulgt. Det fremheves blant annet at samhandling er lovpålagt, men at det ikke har noen konsekvenser om det ikke etterleves. Fra organisasjonenes side blir det påpekt at det er varierende rettspraksis blant de ulike aktørene, og at dette skaper utfordringer, og gjør det vanskelig å tilrettelegge for samhandling.

7 Konklusjoner og anbefalinger

En hovedkonklusjon i FoU-prosjektet er at det er mulig å utvikle gode modeller for samhandling innenfor dagens handlingsrom, til tross for at ulike typer rammebetingelser oppleves å være til hinder for god samhandling innen lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid. En kjerneutfordring er – etter vår forståelse – imidlertid at det er for få av rammebetingelser og virkemidler som stimulerer til samhandling. Samhandling realiseres *på tross av*, og ikke *på grunn av*, de rammebetingelser og virkemidler som utgjør grunnlaget for hvordan tjenestene organiseres og utøves. Vi finner derfor at det er behov for at nasjonale myndigheter i større grad sikrer at rammebetingelsene legger til rette for økt samhandling fremover. Funnene i den foreliggende studien, indikerer at det bør rettes særlig oppmerksomhet mot organisatoriske, faglige og til dels økonomiske rammebetingelser. Vi vurderer at utfordringen med å få til god samhandling i stor grad handler om å bli kjent med hverandre på tvers av tjenester og nivåer, og å etablere en samarbeidsrelasjon. Løsningen ligger dermed ikke bare i å endre en rammebetingelse, men at ledere og ansatte i tjenestene har en vilje til å etablere et godt samarbeid. Vellykket samhandling setter krav til organisatoriske og faglige forhold som møtearenaer, kompetanse, kultur og holdninger. På bakgrunn av dette vurderer vi at ledelsen lokalt på begge forvaltningsnivåer bør ha et særlig ansvar for å utvikle og innføre gode modeller for samhandling. Ledelse og kontinuitet i arbeidet med å innføre og opprettholde godt samarbeid er en forutsetning for å lykkes.

- Hvilke insentiver og rammebetingelser må være til stede - både lokalt og nasjonalt - for å sikre de gode samhandlingsmodellene mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste?
- Hvordan kan kommunen sikre at de gode samhandlingsmodellene gjennomføres lokalt?
- Hva skal til for at spesialisthelsetjenesten tar et felles ansvar med kommunen for å sikre god samhandling og kvalitet i arbeidet?
- Hvilke nasjonale betingelser må endres?

Problemstillingene over har ligget til grunn for gjennomføringen av oppdraget. Vi finner altså at samhandling fortsatt er en utfordring å realisere i praksis, fordi dagens rammebetingelser og virkemidler i for liten grad faktisk stimulerer til samhandling. Videre fordi samhandling i for liten grad er integrert i dagens organisering, struktur og utøvelse av tjenestene både som kompetanse og arbeidsform. I det følgende diskuteres hvilke rammebetingelser som bør endres og hva som skal til for å sikre at de gode samarbeidsmodellene gjennomføres lokalt.

7.1 Hvilke rammebetingelser bør endres?

Når det gjelder **organisatoriske rammebetingelser** kommer det frem at det er behov for økt likeverdighet i samarbeidet mellom nivåene. Dette innebærer at det bør tydeliggjøres at kommunen og spesialisthelsetjenesten er likeverdige parter i inngåelse og utøvelse av samarbeid, og at det er gjensidig respekt og forståelse for hverandres

kompetanse og tilnærming. Vi anbefaler at det etableres arenaer der lokal ledelse for begge nivåer kan møtes for å felles definere hva som er eventuelle utfordringer lokalt, og hvordan tjenestene i fellesskap kan imøtekomme disse. Inngåelse av formelle samarbeidsavtaler kan være en slik arena, men dette fordrer at avtalene tilpasses behov og intensjoner knyttet til rus og psykisk helse. Felles diskusjoner og avtaler mellom helseforetak og grupper av kommuner kan også bidra til mer konstruktive avtaler. Et sentralt poeng er at god samhandling krever forankring på ledernivå, og at ledelsen lokalt aktivt må legge til rette for og kreve at samarbeid gjennomføres. De bør derfor ha en sentral rolle i å definere, utvikle og vedlikeholde gode samhandlingsmodeller.

Faglige rammebetingelser handler her om føringer for hvordan lokalbasert rus- og psykisk helse – og samhandling som en del av denne – utøves. Vår studie viser at faglige intensjoner er gode, og at det er stor oppmerksomhet rundt behovet for samhandling mellom tjenester og nivåer. Vi vurderer imidlertid at det er en vei å gå når det gjelder å etablere forståelse og respekt for hverandres kompetanse. Dette kan også best oppnås gjennom å møtes for å diskutere felles faglige utfordringer. Vi anbefaler at det legges til rette for mer kompetanseutvikling, herunder opplæring og etterutdanning, som har som formål å gi fagfolk i ulike aktuelle tjenester på rus- og psykisk helsefeltet en felles faglig plattform.

Et annet viktig funn i undersøkelsen er betydning av *samhandlingskompetanse*. Vi anbefaler at det legges vekt på betydningen av samhandlingskompetanse og tverrprofesjonell kompetanse i profesjonsutdanningene. I Meld St. 13 «Utdanning for Velferd» (Kunnskapsdepartementet, 2011-2012) beskrives det at for å styrke de sosialfaglige og helsefaglige utdanningene, og de ulike tjenestene bør kompetansen på koordinering og samarbeid økes. Dette handler om evnen til *tverrprofesjonelt* samarbeid gjennom større vekt på blant annet utvikling av kommunikasjons- og samarbeidskompetanse på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer, samt utvikling av mellommenneskelig kompetanse og evne til etisk refleksjon og profesjonell skjønnsutøvelse. Videre bør studentene innen helse- og sosialfagene få økt kunnskap om velferdssystemet og helhetlig forståelse av rammene for tjenesteutøvelsen. Dette handler blant annet om økt brukerorientering og mestringsperspektiv i tjenesteutøvelsen og system- og organisasjonskunnskap, for å nevne noe. I tillegg bør kompetansen i å arbeide med personer med sammensatte behov, blant annet gjennom forebyggende arbeid, barn og unges oppvekst, utvikling og rettigheter og psykisk helse og rus. Videre fremgår det at regjeringen fremover har til hensikt å innføre pakkeforløp for psykisk helse og for rusavhengige⁴⁷. Formålet med dette er å legge til rette for økt systematikk og mer likeverdige tjenester på rus- og psykisk helsefeltet. Dette må samtidig ivareta behovet for tilpasning til individene og lokale forhold. Vi forstår at dette for tiden er under utredning.

Når det gjelder **økonomiske rammebetingelser** finner vi at det er behov for finansieringsmodeller som i større grad stimulerer til samhandling. Vi anbefaler at nasjonale myndigheter ser nærmere på takstsystemet, og på muligheter og konsekvenser ved å innføre takster for reise og ambulant virksomhet. Vi anbefaler også at det utredes hvordan det kan legges til rette for felles investeringer på tvers av tjenester og nivåer, både i teknologiske systemer og i kompetanse og ressurser. Dette er særlig aktuelt på lokalt nivå for å redusere disse som barrierer for samhandling.

⁴⁷ <https://www.regjeringen.no/contentassets/1bc33e0b23ef4e968d7fd90eb1f191d1/no/pdfs/nhsp-kortversjon.pdf>

I oppdraget finner vi ikke grunnlag for å foreslå endringer i de **juridiske rammebetingelsene**. I stedet anbefaler vi at det legges til rette for å styrke den juridiske kompetansen lokalt, slik at ledere og ansatte i tjenestene klarer å ta i bruk det handlingsrommet de har innenfor dagens lov- og regelverk. For å få til dette er det behov for å involvere juridisk kompetanse i faglige diskusjoner, samt få innspill fra andre ressurspersoner som har klart å finne gode løsninger.

7.2 Hva må til for å få til gode samhandlingsmodeller lokalt?

Vi vurderer at KS og nasjonale myndigheter bør legge til rette for læring og erfaringer fra kommuner som har lyktes med å innføre gode modeller kan spres videre til nye kommuner. Videre kan vi på bakgrunn av funn i den foreliggende studien og tidligere erfaring, bidra med noen innspill til hva som kreves for å lykkes. Kjernen i våre anbefalinger her, er at kommune og spesialisthelsetjeneste lokalt bør sikre mer samarbeid i integrert planlegging, organisering og gjennomføring av tjenestene, vurdere muligheter for å felles investering i systemer, løsninger, kompetanse og ressurser, samt systematisk utvikling og innføring av virksomme modeller for samhandling. Vi anbefaler at øverste ledelse for aktuelle tjenester bør ta stilling til følgende punkter i innføring av en lokalbasert samhandlingsmodell:

- ✓ Øverste ledelse for relevante tjenester samles for å definere hvilke utfordringer man ønsker å imøtekomme, og hva som bør være formålet med modellen. Hva er behov og utfordringer hos brukere og tjenestene? Hva ønsker man å oppnå med en modell?
- ✓ Øverste ledelse drøfter i fellesskap med sentrale fagpersoner hva som er forutsetninger for å lykkes. Hva er aktuelle utfordringer og suksessfaktorer lokalt for innføring av modellen? Hva kreves av endringer i systemer, strukturer, kulturer og holdninger?
- ✓ Øverste ledelse kommer til enighet om en plan for innføring og gjennomføring av modellen som forankres i gjeldende respektive tjenesters plan- og avtaleverk. Når og hvordan skal modellen innføres? Hvordan er roller og ansvar i innføringen?
- ✓ Øverste ledelse sørger for at modellen iverksettes og etablerer rutiner og systemer for evaluering og oppfølging av arbeidet. Hvordan skal ledelsen følge opp arbeidet? Hvordan kan ledelsen etterspørre resultater og læring underveis?

Mens den øverste ledelsen bør ha ansvar for å lede og styre arbeidet, vil det være en forutsetning at fagpersoner på tvers av tjenester og nivåer samles for å avklare faglig tilnærming, og i fellesskap utvikle rutiner eller handlingsbeskrivelser for hvordan tjenestene skal utøves. I dette anbefaler vi at brukerperspektivet står sentralt, og at erfaringskonsulenter involveres aktivt både i planleggingen og gjennomføringen av arbeidet. Erfaringene fra tidligere forsøk, tilsier at prosjektorganisering kan være en hensiktsmessig måte å organisere implementeringen. Etablert prosjektstyringsmetodikk kan bidra med nødvendig struktur, herunder etablering av mandat for arbeidet med tydelige mål (resultatmål), tydelig prosjekteierskap med etablering av styringsgruppe og en dedikert prosjektleder, interessent- og risikoplanlegging, plan for evaluering av måloppnåelse, samt plan for eventuell overføring til drift og spredning dersom modellen viser seg virkningsfull.

7.2.1 Sentrale steg i en implementeringsprosess

Ved en prosjektorganisering vil følgende være aktuelle og sentrale steg i utvikling og innføring av en lokal samhandlingsmodell:

1. Definere og forankre mandat – det bør tydeliggjøres hva som er formålet med modellen og hvilke utfordringer den adresserer. Det bør konkretiseres klare resultatmål. Mandatet bør forankres på et toppledernivå i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Sentrale elementer og ev. prinsipper bør også forankres i mandatet
2. Etablere styringsgruppe, prosjektledelse og dedikere ressurser til arbeidet – det bør etableres en styringsgruppe med beslutningsmyndighet, utpekes en ansvarlig og kompetent prosjektleder og settes av nødvendige ressurser til prosjektet.
3. Etablere en prosjektplan – det bør etableres en tydelig prosjektplan med sentrale milepæler. I planen bør det også tidfestes når og hvordan modellen skal overføres til ordinær drift
4. Felles kompetanseutvikling – det bør sikres at involverte tjenester har en felles faglig plattform gjennom felles kompetanseutvikling. Felles opplæring gir også anledning til å diskutere faglige problemstillinger og bli kjent med hverandres fagfelt
5. Beskrivelse av gode arbeidsprosesser – det bør utarbeides handlingsveiledere som beskriver sentrale arbeidsprosesser i arbeidet, herunder hvordan tjenestene skal møte og involvere brukere og samarbeidspartnere
6. Systemer for evaluering og oppfølging – det bør etableres systemer og rutiner for evaluering av innsatser og tiltak som iverksettes for å sikre læring, måloppnåelse og virkningsfull implementering
7. Visualisering av modellen – det bør foretas en visualisering av modellen som sikrer at modellen kan kommuniseres både innad og utad

Stegene over har i tidligere prosjekter vist seg å være nyttige i utvikling og innføring av nye modeller for samarbeid.

8 Referanser

- Andersen, B.J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum. S-Flex modellen. Praksis og effektevaluering. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 317-328.
- Biong, S. (2011). «Å guide hverandre i hverandres systemer.» En fenomenologisk hermeneutisk av godt samarbeid i en tverretattlig styringsgruppe. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(1), 35-44.
- Boyle, P., & Wieder, B. (2007). Creating and Sustaining Integrated Dual Diagnosis Treatments Programs: Some lessons Learned in Ohio. *Journal of Dual Diagnosis*, 3(2), 103-110.
- Bower, P. (2011). Collaborative models between primary care and specialist services in the management of common mental health problems. *Clinical Neuropsychiatry*, 8(4), 243-251.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A., & Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Management Review*, July-September, 212-223.
- Brunette, A., Drake, R.E., & Lynde, D.W. (2002). *Integrated dual disorders treatment implementation resource kit* (Eds). Rockville: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Brunette, M.F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W.J., Wieder, B., Jones, A.M., & McHugo, G.J. (2008). Implementation of Integrated Dual Disorders Treatment: A Qualitative Analysis of Facilitators and Barriers. *Psychiatric Services*, 59(9), 989-995.
- Canaway, R. & Merkes, M. (2010). Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. *Australian Health Review*, 34, 262-268.
- Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.S., & Carey, M.P. (2001). Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia. A four-session motivation-based intervention. *Behavior Modification*, 25, 331-384.
- Cleary, M., Walter, G., Hunt, G.E., Clancy, R., & Horsfall, J. (2008). Promoting Dual Diagnosis Awareness in Everyday Clinical Practice. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(1), 43-49.
- Copello, A., Walsh, K., Graham, H., Tobin, D., Griffith, E., Day, E., & Birchwood, M. (2013). A Consultation-Liaison Service on Integrated Treatment: A Program Description. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(2), 149-157.

- Covell, N.H., Margolies, P.J., Smith, M.F., Merrens, M., & Essock, S.M. (2011). Distance Training and Implementation Supports to Scale Up Integrated Treatment for People With Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(3), 162-172.
- Craven, M.A., & Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51:7S–72S.
- Delaney, K.R., Robinson, K.M., & Chafetz, L. (2013). Development of integrated mental health care: Critical workforce competencies. *Nursing Outlook*, 61, 384-391.
- Detsky, A.S., Gauthier, S.R., & Fuchs, V.R. (2012). Specialization in medicine: how much is appropriate? *Journal of American Medical Association*, 307(5), 463-464.
- Dom, G., & Moggi, F. (2015). Towards a New Model of Care: Integrating Mental Health, Substance Use, and Somatic Care. I: *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders. A Practice-Based Handbook from a European Perspective*, ss. 375-389. New York: Springer.
- Drake R.E., & Bond, G.R. (2010). Implementing Integrated Mental Health and Substance Abuse Services. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(3), 251-262.
- Fleury, M-J., & Mercier, C. (2002). Integrated local networks as a model for organizing mental health services. *Administration and Policy in Mental Health*, 30(1), 55-73.
- Fuller, J.D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., Martinez, L., & Fragar, L. (2011). Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Services Research*, 11(66), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/66>
- Gerard, N.M. (2010). A diagnosis of conflict: Theoretical barriers to integration in mental health services & their philosophical undercurrents. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 5(4), <http://www.peh-med.com/content/5/1/4>
- Gotham, H.J., Claus, R.E., Selig, K., & Homer, A.L. (2010). Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 160-169.
- Hansen, G.V. (2013). Helhetlige tjenestetilbud med basis i bolig. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 129-137.
- Heather, N., Luce, A., Peck, D., Dumbard, B., & James, I. (1999). Development of a treatment version of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction Research*, 7, 63-83.

- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenestene. IS-2076*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hodges, J.Q., & Hardiman, E.R. (2006). Promoting Health Organisational Partnerships and Collaboration Between Consumer-run and Community Mental Health Agencies. *Administration and Policy in Mental Health Services Research*, 33(3), 267-278.
- Johansen, K. S. & Wiuff, M. B. (2014). Samarbejde mellem kommunerne og OPUS.
- Lawrence-Jones, J. (2010). Dual Diagnosis: Service Users Experiences. *Practice: Social Work in Action*, 22(2), 115-131.
- Lee, S.J., Crowther, E., Keating, C., & Kulkarni, J. (2013). What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 333–346.
- Mabe, P.A., Ahmed, A.O., Duncan, G.N., Fenley, G., & Buckley, P.F. (2014). Project GREAT: Immersing Physicians and Doctorally-Trained Psychologists in Recovery-Oriented care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 347-356.
- Maharaj, R. (2010). *Organizational culture, absorptive capacity, and the change process: Influences on the fidelity of implementation of integrated dual disorders treatment in community based mental health organizations* (Unpublished doctoral dissertation). Washington DC.: Catholic University.
- Martin, L., & Hirdes, J. P. (2014). Exploring the impact of common assessment instrumentation on communication and collaboration in inpatient and community-based mental health settings: a focus group study. *BMC Health Services Research*, 14, 457. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-457>
- Matscheck, D. & Axelsson, R. (2013). Arenas for contact. A study of local collaboration in mental health.
- Mitchell, P. F., & Pattison, P. E. (2012). Organizational culture, intersectoral collaboration and mental health care. *Journal of Health Organization & Management*, 26(1), 32-59.
- Moggi, F., Brodbeck, J., Költzsch, K., & Bachmann, K.M. (2002). One-year follow-up of dual diagnosis patients attending a 4-months intergrative inpatient treatment. *European Journal of Addiction Research*, 8, 30-37.
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014). «Walking alongside»: Collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 55. doi: <http://www.ijmhs.com/content/8/1/55>

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*, 1102-1114.

Roberts, B. M., & Maybery, D. (2014). Dual Diagnosis Discourse in Victoria Australia: The Responsiveness of Mental Health Services. *Journal of Dual Diagnosis*, *10*(3), 139-144. doi: 10.1080/15504263.2014.929332

Sandnes kommune. (2015). *Recovery. En veileder for alle ansatte i Mestringsenheten*. Sandnes kommune: Mestringsenheten.

Sheperd, G., Boardman, J., & Burns, M. (2010). *Implementing recovery- A methodology for organizational change*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Slade M., & Longden, E. (2015). *The empirical evidence about mental health and recovery: how likely, how long, what helps?* Victoria: MI Fellowship.

Tammi, T. & Stenius, K. (2014). Capabilities for handling complex substance abuse problems and its relationship to the treatment system: using the DDCAT instrument to explore local treatment systems in Finland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, *31*(1), 45-58.

Torrey, W.C., Tepper, M., & Greenwold, J. (2011). Implementing Integrated Services for Adults With Co-occurring Substance Use Disorders and Psychiatric Illness: A research Review. *Journal of Dual Diagnosis*, *7*(3), 150-161.

Wahlbeck, K. (2010). Moving towards integrated addiction treatment systems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, *27*(6), 699-702.

World Health Organisation. (2001). *ATLAS- Mental Health Resources in the World 2001*. WHO: Geneva.

Xie, H., Drake, R.E., McHugo G.J., Xie, L. & Mohandas, A. (2010). The 10-year course of remission, abstinence, and recovery in dual diagnosis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *39*(2), 132-140.

Åm, T. & Riaunet, Å. (1997), Psykiatriplan på tvers av forvaltningsnivåer. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, *117*(12), 1759-1762.

Vedlegg 1 – Søkestrategi

PsychInfo (618 treff)

1. exp Mental Disorders/
2. behavior disorders/ or exp addiction/ or exp drug abuse/
3. (((mental or psychiatric) adj2 (disorder* or illness*)) and rehabilitat*) or ((substance adj2 disorder*) and rehabilitat*).tw.
4. dual diagnosis/ or comorbidity/
5. ((dual adj2 diagnos*) or (cooccurr* or comorbid*)).tw.
6. exp drug rehabilitation/
7. exp "recovery (disorders)"/
8. or/1-7
9. exp Organizational Climate/
10. Organizational Structure/
11. exp Organizational Change/
12. exp policy making/
13. (framework or implementation).tw.
14. or/9-13
15. collaboration/ or cooperation/
16. exp community mental health services/
17. integrated services/
18. interdisciplinary treatment approach/
19. exp Mental Health Program Evaluation/
20. (collaborativ* or interact* or integrated*).ti.
21. or/15-20
22. 8 and 14 and 21
23. limit 22 to yr="2005 -Current"

Medline (395 treff)

1. exp Mental Disorders/rh [Rehabilitation]
2. exp Substance-Related Disorders/rh [Rehabilitation]
3. (((mental or psychiatric) adj2 (disorder* or illness*)) and rehabilitat*).tw.
4. ((substance adj2 disorder*) and rehabilitat*).tw.

5. "Diagnosis, Dual (Psychiatry)"/
6. ((dual adj2 diagnos*) or cooccurr*).tw.
7. mental health services/ or community mental health services/ or social work, psychiatric/
8. substance abuse treatment centers/ or community mental health centers/
9. or/1-8
10. Organizational Culture/
11. Organizational Innovation/
12. Multi-Institutional Systems/
13. (framework or implementation).tw.
14. or/10-13
15. Cooperative Behavior/
16. "Delivery of Health Care, Integrated"/
17. (collaborat* or interact* or integrat*).ti.
18. or/15-17
19. 9 and 14 and 18
20. limit 19 to yr="2005 -Current

Cinahl (269 treff)

1. (MH "Mental disorders+/RH") OR (MH "Substance use disorders+/RH")
2. (((mental or psychiatric) N2 (disorder* or illness*) AND rehabilitat*) OR ((substance N2 disorder*) AND rehabilitat*))
3. (MH "Diagnosis, Dual (Psychiatry)")
4. TI ((dual N2 diagnos*) OR cooccurr*) OR AB ((dual N2 diagnos*) OR cooccurr*)
5. (MH "Substance Abuse and Mental Health Services Administration") OR (MH "Substance Use Rehabilitation Programs") OR (MH "Drug Rehabilitation Programs+")
6. S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5
7. (MH "Organizational Culture+")
8. (MH "Organizational Change") OR (MH "Organizational Structure+")
9. (MH "Conceptual Framework")
10. TI (framework or implementation) OR AB (framework or implementation)
11. S7 OR S8 OR S9 OR S10
12. (MH "Collaboration")

13. (MH "Health Care Delivery, Integrated")
14. TI (collaborat* or interact* or integrat*) OR AB (collaborat* or interact* or integrat*)
15. S12 OR S13 OR S14
16. S6 AND S11 AND S15
17. S6 AND S11 AND S15 Limiters - Published Date: 20050101-20151231

SWEMED+

Kombinera sökningarna med boolesk logik med hjälp av kryssboxarna eller direkt i sökrutan, t ex. **#1 AND (#2 OR #3)**

Markera/avmarkera alla

Sök med AND

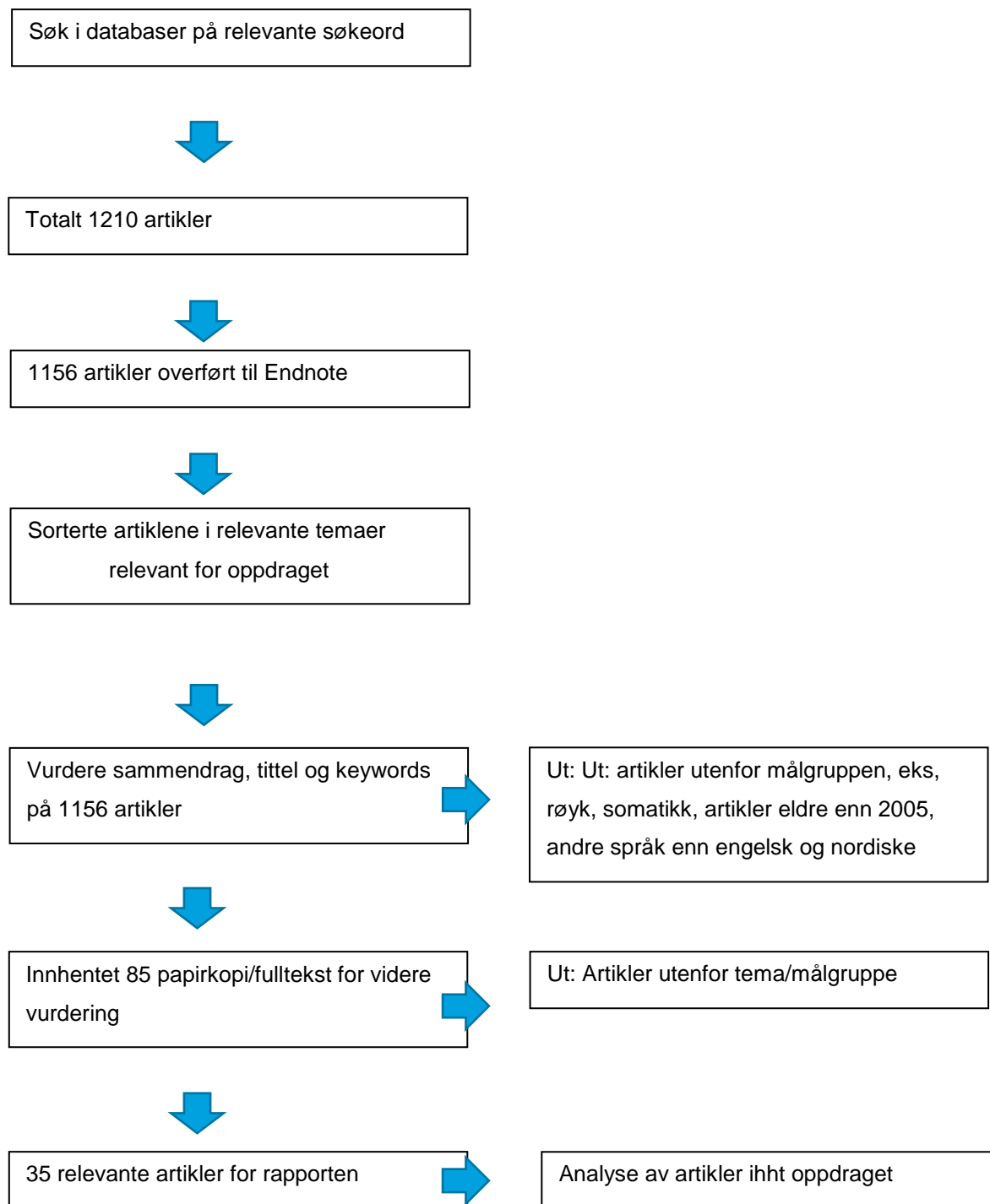
Sök med OR

Sök med NOT

Radera sökning

Nr	Söksträng	Antal träffar	Tid
<input type="checkbox"/> 5	dual diagnosis	98	2015-09-29 09:25:10
<input type="checkbox"/> 6	integrated services	54	2015-09-29 09:26:13
<input type="checkbox"/> 7	mental health	2334	2015-09-29 09:26:28
<input type="checkbox"/> 8	#5 OR #7	2395	2015-09-29 09:26:48
<input type="checkbox"/> 9	#6 AND #8	16	2015-09-29 09:27:03

Vedlegg 2 – Arbeidsprosess i utvalg av forskning



Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.no for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

© 2015 Deloitte AS