



||| kunnskapssenteret

**Læringsnettverk: «Gode pasientforløp for personer med
psykiske problemer og/eller rusproblemer»**

Dokumentasjon 2014-2015

Skrevet av:

Toril Bakke, Kunnskapssenteret

Gretha Helen Evensen, NAPHA

Unn Hege Lind, KS

Pernille Næss, KS

Innholdsfortegnelse

LÆRINGSNETTVERK: «GODE PASIENTFORLØP FOR PERSONER MED PSYKISKE PROBLEMER OG/ELLER RUSPROBLEMER»	1
DOKUMENTASJON 2014-2015	1
INNHOLDSFORTEGNELSE	2
SAMMENDRAG	4
1. INNLEDNING	6
1.1. BAKGRUNNEN FOR SATSINGEN GODE PASIENTFORLØP.....	6
1.2 KOMMENTARER TIL DE ENKELTE MÅLENE.....	8
1.3 PASIENTFORLØP	10
1.4 PROSJEKTGRUPPEN.....	11
2. GJENNOMFØRING	12
2.1 RÅDSLAG MED FAGMILJØ OG BRUKERORGANISASJONER	12
2.2 UTVIKLINGEN AV TIL SAMMEN FEM LÆRINGSNETTVERK.....	12
2.3 FORBEDRINGSTEAMENE	13
2.4 FORBEREDELSESPAKKER	13
2.5 UTVIKLINGEN AV PROGRAM FOR SAMLINGENE	14
2.6 SAMLINGENE.....	15
2.7 KONTAKT MELLOM SAMLINGENE	15
3. FAGLIG TILNÆRMING	17
3.1 RECOVERY	17
3.2 BRUKERMEDVIRKNING.....	18
3.3 SAMHANDLING.....	19
3.4 MÅLEVERKTØYET – HVA ER VIKTIG FOR DEG.....	20
3.5 BRUKER SPØR BRUKER	21
3.6 KLIENT- OG RESULTATSTYRT PRAKSIS	21
3.7 SYSTEMATISK FORBEDRINGSARBEID	22
4. KOMMUNENES FORBEDRINGSOMRÅDER	23
4.1 KOMMUNENES MÅL.....	23
4.2 ØKT BRUKERMEDVIRKNING	23
4.3 LAVTERSKELTILBUD	24
4.4 BOLIG.....	24
4.5 SAMHANDLING OG ROLLER	25
5. ERFARINGER FRA SAMLINGENE	26
5.1 FORANKRING.....	26
5.2 EVALUERING AV SAMLINGENE	26
5.3 EVALUERING AV EFFEKTE AV LÆRINGSNETTVERKENE PÅ PASIENTFORLØPENE	27
6.0 KORT OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE	28
VEIEN VIDERE	28
VEDLEGG 1: OVERSIKT- DELTAKERKOMMUNENE OG LÆRINGSNETTVERKENE	30
VEDLEGG 2 NOTATER FRA LÆRINGSNETTVERKENE	32
NETTVERK 1 OSLO.....	32
NETTVERK 2 STAVANGER	37
NETTVERK 3 OSLO	43

NETTVERK 4 VÆRNES	49
NETTVERK 5 TROMSØ	52
REFERANSER	61

Sammendrag

Prosjektets oppdrag har vært å etablere læringsnettverket Gode pasientforløp for brukere med psykiske problemer og / eller rusproblemer. Visjonen er å snu tenkingen fra ”Hva er i veien med deg?” til ”Hva er viktig for deg?”, med vekt på det gode pasientforløpet der samhandling mellom tjenestene fungerer optimalt.

Satsingen har et mål om aktiv deltakelse fra brukere og brukerorganisasjoner. KS har sammen med Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (heretter: Kunnskapssenteret) derfor samarbeidet tett med brukerorganisasjonene Mental Helse, A-larm og RIO. Brukerrepresentanter er aktivt involvert i de fleste forbedringsteamene i kommunene.

For å sikre forankring i sentrale fagmiljø har KS og Kunnskapssenteret samarbeidet med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene (heretter: NAPHA) og Nasjonalt senter for Erfaringskompetanse (heretter: Erfaringskompetanse). I tillegg til deltagelse i Styringsgruppen, var Helsedirektoratet også en sentral part i utformingen av læringsnettverket i startfasen.

Representanter for Kunnskapssenteret, NAPHA, Erfaringskompetanse, Mental Helse og A-LARM har sammen med KS utgjort en prosjektgruppe som har stått for planlegging og gjennomføring av alle samlinger i nettverket, samt oppfølging av kommuner mellom samlingene.

Læringsnettverket har hatt følgende hovedmål:

- Utvikle gode og helhetlige pasientforløp i kommunene
- Forbedre overgangene i bruker-/pasientforløpet. Både internt i kommunen og mellom 1. og 2. linjetjenestene.
- Styrke brukerens opplevelse av mestring
- Styrke brukerens rolle i forbedring av bruker-/pasientforløp
- Styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere

Arbeidsgruppen har hatt som et sentralt mål at recovery blir det ledende prinsipp i utviklingen av de lokalbaserte tjenestene.

Læringsnettverket har hatt deltagelse fra 61 kommuner og noen DPS, fordelt på fem regionale nettverk. Erfaringene fra læringsnettverket viser at kommunene er svært forskjellige – både med tanke på størrelse, organisering av tjenestene, demografi, faglige ressurser, samarbeid med de

distriktpsykiatriske sentrene (heretter: DPS), og brukergrunnlag. De fleste deltagerkommunene ser behov for bedring av samhandlingen mellom ulike tjenesteområder internt i kommunen, og samhandlingen med 2. linjetjenestene. I tillegg har mange av kommunene gitt tilbakemelding på at de tidligere i liten grad har hatt brukermedvirkning på systemnivå.

Gjennom læringsnettverket har flere kommuner kommet i gang med forbedringstiltak som tar sikte på å bedre samhandlingen mellom tjenestene, med utgangspunkt i hva som er viktig og nyttig for den enkelte bruker.

Vi har i tillegg til denne rapporten skrevet flere artikler som publiseres på ks.no. Kunnskapssenteret har laget et notat som beskriver hvordan læringsnettverk kan planlegges og gjennomføres, og bruker Gode pasientforløp som et eksempel. Enkelte tema er overlappende med tema behandlet i denne rapporten, men med en annen vinkling. NAPHA har skrevet flere artikler med utgangspunkt i læringsnettverket.

1. Innledning

1.1. Bakgrunnen for satsingen Gode pasientforløp

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester tydeliggjøres kommunenes helhetlige ansvar for alle bruker- og pasientgrupper. Rus og psykisk helsearbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging i bolig, psykososial støtte og veiledning samt henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid innbefatter kommunenes, distrikts-psykiatriske sentrenes (DPS) og tverrfaglige spesialiserte rusbehandlings(TSB) innsats på feltet. Kommunalt rusarbeid omfatter alle typer rusmiddelproblemer; alkohol, medikamenter og narkotiske stoffer. Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid utføres i kommunenes helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten ved og ut fra DPS. TSB tilbys i DPS, ruspoliklinikker og ulike døgnenheter.

Kommunene er sentrale for å lykkes med helhetlig behandling av personer med rus- og / eller psykiske problemer i tråd med Samhandlingsreformen. Lovverk og faglige retningslinjer fremhever krav om brukermedvirkning i utvikling og drift av tjenestene. Veilederen «Sammen om mestring» beskriver krav og forventninger til lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid i lys av gjeldende lovverk og sentrale føringer for området (s 3). Veilederen fremhever at det legges særlig vekt på at:

- Tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv
- Tjenestene og tjenestenivåene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester
- Psykisk helse og rus ses i sammenheng

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet, Kunnskapsenteret og KS besluttet i 2014 å samarbeide om gjennomføring av et nasjonalt læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for voksne personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Dette nettverket kommer i tillegg til et nettverk hvor målgruppen er eldre og kronisk syke og et nettverk der målgruppen er barn og unge med psykisk helse – og rusutfordringer. Læringsnettverkene er forankret i Kvalitetsavtalen mellom Regjeringen og KS, og er et av flere viktige områder departementet og KS samarbeider om. KS er prosjekteier i tett samarbeid med Kunnskapsenteret. En føring fra styringsgruppen som er felles for de parallelle læringsnettverkene er at de skal sees i sammenheng. Dette betyr blant annet å dele de overordnede målsettingene så langt de passer, og ha felles visjon. Det handler om en retningsendring, tjenestene skal gå fra å spørre «hva er i veien med deg», til «hva er viktig for deg».

Læringsnettverket har et hovedfokus på kommunenes helse- og omsorgstjeneste og deler av spesialisthelsetjenesten (DPS og ruspoliklinikk). Invitasjon til deltagelse i læringsnettverket gikk ut til alle kommuners postmottak våren 2014. Forutsetninger for å delta var at kommunen forpliktet seg til å identifisere forbedringsområder innenfor de kommunale tjenestene på rus og psykisk helse, med spesiell vekt på samhandling og brukermedvirkning. I tillegg forpliktet deltagerkommunene seg til å lage mål og tiltak for å forbedre tjenestene. Kommunene ble oppfordret til å opprette et «Forbedringsteam» der vi anbefalte at det skulle inngå minst en person med lederfunksjon, representant fra DPS / ruspoliklinikk, brukerrepresentant og for øvrig gjerne fastlege, representant fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) og andre sentrale samarbeidende tjenester. Målet med læringsnettverket var å gjøre deltagerkommunene og DPS / Ruspoliklinikk bedre i stand til å samhandle innen det lokale psykisk helse- og rusfeltet, med fokus på brukermedvirkning og recoveryperspektiv i tråd med «hva er viktig for deg»- visjonen. Kommunene beskriver aktuelle tjenester, kompetanse og strukturer som må til for å få til gode lokale forløp for målgruppen. Målgruppen for forbedringsarbeidet var brukere med langvarige og kroniske rus- og / eller psykiske lidelser, tilsvarende hovedforløp 3 i veilederen «Sammen om mestring» (Alvorlige og langvarige problemer / lidelser).

De overordnede målsettingene for forbedringsarbeidet var følgende:

- Utvikle gode og helhetlige pasientforløp i kommunene
- Forbedre overgangene i bruker-/pasientforløpet. Både internt i kommunen og mellom 1. og 2. linjetjenestene.
- Styrke brukerens opplevelse av mestring
- Styrke brukerens rolle i forbedring av bruker-/pasientforløp
- Styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere

Læringsnettverket er en arena for aktiv læring, og ikke bare deling av kunnskap og informasjon. Derfor ble det lagt opp til mye arbeid i såkalte forbedringsteam og presentasjon i plenum i løpet av samlingene. Læringsnettverkene skal forbedre overgangene i bruker-/ pasientforløpet. Dette gjelder internt i kommunen, og mellom helseforetak og kommune. Grundige forberedelser er vesentlige for å lykkes med målet om gode pasientforløp.

1.2 Kommentarer til de enkelte målene

En klar hensikt og omforente mål er en av flere viktige suksessfaktorer for å lykkes med læringsnettverk. Ettersom målene har vært den røde tråden både i planleggings- og gjennomføringsfasen i dette prosjektet, vil hvert enkelt av disse bli kort kommentert her i lys av et forbedringsperspektiv:

Utvikle helhetlige bruker-/pasientforløp i kommunene

Deltakerne i læringsnettverkene har fått i oppdrag fra ledelsen i sine kommuner å utvikle gode pasientforløp. Forskning har vist at både sterk leder- og medarbeiderforankring er suksesskriterier for å lykkes med forbedringsarbeid generelt (1, 35). For å få til gode pasientforløp, eller andre store forbedringsprosjekt, er teamene avhengig av at ledelsen i kommunen, både den faglige og den politiske, går inn for dette, støtter forbedringsteamets arbeid, etterspør resultater, og tilrettelegger forholdene slik at teamet gis muligheter til å jobbe med forbedringsområdet. Forankring har vært et gjennomgangstema både på samlingene og i forberedelsespakkene. Fordi temaet er så viktig ble kommunene som søkte om opptak blant annet bedt om å beskrive hvordan arbeidet skulle forankres i ledelsen.

For å lykkes med forbedringsarbeid er det også nødvendig at teamene involverer egne medarbeidere, kartlegger relevante aktører og gir god informasjon og påvirkningsmulighet til disse. Hvem som er relevante i denne sammenhengen kan teamene bruke aktørkartleggings-skjemaet til å finne ut (Se vedlegg 4). Dette var et av de verktøyene som ble utviklet til denne satsingen. Teamene må sørge for at mål, planlegging og implementering av tiltak, målinger og evalueringer, forankres hos medarbeidere, samarbeidspartnere og ikke minst relevante brukerorganisasjoner.

Ta i bruk og utvikle relevante verktøy og metoder til bruk i kommunenes arbeid med helhetlige tjenesteforløp

I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 4-2 skal enhver som yter helse- og omsorgstjeneste sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og

pasient- og brukersikkerhet (12). Kvalitet og kvalitetsforbedring er viktig i kommunene og ulike metoder og verktøy blir tatt i bruk. I tillegg til relevante tema for utvikling av gode pasientforløp, har opplæring i metoder og verktøy for kvalitetsforbedring blitt prioritert på samlingene. Kommunene oppmuntres til å jobbe systematisk både ved hjelp av metoder og verktøy som de allerede har tatt i bruk, f.eks. LEAN, KOR og Brukerplan, og i tillegg ta i bruk nye verktøy som de opplever er nyttige i det konkrete forbedringsarbeidet. Modell for kvalitetsforbedring ble gjennomgått på samling 2, og i tillegg har det blitt vist til ulike faser i denne modellen når prosjektleder har åpnet og avsluttet samlingene.

Styrke brukerens opplevelse av mestring

Et ledd i arbeidet med å oppnå målet om å styrke brukernes opplevelse av mestring er blant annet å oppfordre kommunene til å trekke brukerne aktivt med i den konkrete utviklingen av gode pasientforløp. Dette handler om systemnivået. På individnivå er det å stille spørsmålet: «Hva er viktig for deg», sentralt. Gjennom svarene kan tjenestene få tilgang til viktige områder/aktiviteter for brukerne og kan igangsette tiltak som gir opplevelse av mestring.

Styrke brukerens rolle i forbedring av bruker-/pasientforløp

En styrking av brukerens rolle i forbedring av bruker-/pasientforløp har vært kjernen i ROP-satsingen. Både KS og Kunnskapssenteret har brukermedvirkning på prioriteringslisten og har sett denne satsingen som en mulighet til å prøve ut ulike måter å få det til på. I invitasjonsbrevet og i søknadsskjemaet som ble sendt ut til kommunene ble det oppfordret til aktiv involvering av egne brukere i forbedringsarbeidet.

Det å invitere inn to brukerorganisasjoner i prosjektgruppen har også vært et tiltak for å nå dette målet. Representantene har deltatt aktivt på planleggingsmøtene, har vært foredragsholdere på samlingene, og har fått oppdrag fra de deltakende kommunene. Fra 2014 ble brukerrepresentantene ansatt i KS i 10% stilling.

Brukernes erfaringer med deltakelse i utvikling av gode pasientforløp i kommunene er blitt kartlagt gjennom BsB-undersøkelsen som har pågått høsten 2015 (se punkt 5.2).

Styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere

Dette målet må ses i sammenheng med målet om å ta i bruk og utvikle relevante verktøy og metoder til bruk i kommunenes arbeid med pasientforløp. De metodene og verktøyene som

presenteres på samlingene er valgt ut med tanke på at de skal kunne brukes ute i kommunene også etter at læringsnettverket er avsluttet.

1.3 Pasientforløp

En måte å få til koordinerte og trygge tjenester på er å utvikle pasientforløp (1, 4). Disse kan utvikles innad i et sykehus, i en kommune og/eller mellom sykehus og kommuner, samt inkludere andre sektorer/tjenester som er viktige for den aktuelle pasient-/brukergruppen. I Norge brukes uttrykkene «pasientforløp» og «behandlingslinje» om hverandre, og defineres på ulike måter (21). Behandlingsnettverk er en alternativ formulering, noe som indikerer samtidighet i tjenestetilbudene, og ikke-lineære relasjoner mellom de ulike tilbudene.

En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner spesialisthelsetjenesten for mennesker med samtidig rus og psykisk lidelse viser at det fortsatt finnes hindringer for gode pasientforløp, f.eks (16, 20):

- Det organisatoriske skillet mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern i kommunene
- Kompleksiteten i organisering og samhandling innad i tjenester på samme nivå i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
- Mangel på oversikt over kommunale tjenester, lite kunnskap om tjenestene og komplisert organisering

På den annen side kan følgende faktorer bidra til gode pasientforløp; tydelig ansvarsfordeling, samtidighet i tjenestene, dialog mellom ulike tjenester, gjensidig respekt mellom nivåene og en utdrettet spesialisthelsetjeneste som kan gi et tilbud på sitt nivå når det er behov for det (16, 20). Gode pasientforløp er kjennetegnet ved at tjenestene tar utgangspunkt i brukerens mål for eget liv, oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og ved at tjenestene gis koordinert i en planlagt og mest mulig uavbrutt kjede (4).

Når det gjelder begrepet «pasientforløp» i dette læringsnettverket har prosjektledelsen valgt å ikke legge en spesifikk definisjon til grunn. Årsaken er blant annet at eksisterende definisjoner ofte har sitt utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten, er standardiserte, og retter seg mot én spesifikk diagnose eller lidelse (22, 23). Helsetjenesten i kommunen yter tjenester til pasienter med flere diagnoser og sammensatte problemområder, og derfor blir pasientforløp rettet mot én spesifikk diagnose vanskelig å forholde seg til (24).

Teamene som deltar i læringsnettverket har blitt oppfordret til selv å definere hva som er et godt pasientforløp i egen kommune.

Når det gjelder pasientforløpene for brukere med psykiske problemer og / eller rusproblemer er det ofte mange aktører inne samtidig. Man ser ofte for seg lengre forløp, i mange tilfeller med tjenester både fra kommune, spesialisthelsetjenestene og andre sektorer på samme tid. Forløpene bør i stor grad omfatte psykososiale tilbud – hjelp til aktivitet og bolig inkludert. For å vise noe av kompleksiteten – og hvor mange aktører som kan være involvert i et «pasientforløp» for brukere med alvorlige og langvarige problemer / lidelser, fikk vi hjelp av tjenstedesigner Siri Eggesvik ved Kunnskapssenteret til å lage et såkalt «Aktørkart» som illustrerer denne kompleksiteten. Det kan også kunne brukes av forbedringsteamene for å kartlegge tjenestene (se vedlegg 4).

1.4 Prosjektgruppen

Prosjekteier KS etablerte allerede i planleggingsfasen av læringsnettverkene et samarbeid med Kunnskapssenteret. For å sikre brukermedvirkning er det ansatt representanter fra brukerorganisasjonene Mental Helse og A-LARM i prosjektgruppen. I tillegg samarbeides det tett med NAPHA og Erfaringskompetanse. Prosjektgruppen har sammen planlagt samlingene i læringsnettverket, og har bidratt med innlegg, veiledning og praktiske forhold under samlingene.

2. Gjennomføring

2.1 Rådslag med fagmiljø og brukerorganisasjoner

I tråd med ønsket om forankring i sentrale fag- og brukermiljø, samt kommuner og DPS, var det viktig å innhente disse miljøenes erfaringer med tjenestetilbudet før vi startet opp læringsnettverkene. Det ble derfor avholdt to rådslag i 2015.

Den 14. mai ble det avholdt et rådslag med sentrale kompetansemiljø, kommuner og DPS.

Deltakerne ble bedt om svare på følgende spørsmål:

Spørsmål 1: Hva er et godt pasientforløp? Hva kjennetegner de gode tjenestene innenfor rus og psykisk helse?

Spørsmål 2: Hvordan kan vi oppnå at tjenestene blir mer opptatt av «Hva er viktig for deg», enn «Hva er i veien med deg»?

Svarene ble samlet i et eget referat og ble brukt aktivt blant annet i planleggingen av samlingene.

Den 15. mai ble det avholdt et rådslag sammen med Bruker-ROP i Hdir. Bruker-ROP er et råd sammensatt av aktuelle brukerorganisasjoner på rus- og psykisk helsefeltet. De møter ledelsen og medarbeidere i Avd psykisk helse og rus, får informasjon om aktuelle saker og gir råd blant annet når det gjelder anbefalinger og retningslinjer på disse fagområdene. Det å møte Bruker-ROP var viktig som et av flere tiltak for å sikre brukermedvirkning i læringsnettverkene. Tilbakemeldingene fra dette rådslaget ble brukt på samme måte som tilbakemeldingene fra rådslaget avholdt 14. mai.

2.2 Utviklingen av til sammen fem læringsnettverk

Hvor mange kommuner vi tilslutt kunne ta opp i læringsnettverket var begrenset av både personellmessige og økonomiske ressurser. Sammensetningen av nettverkene ville være avhengig av hvilke kommuner som søkte. Målet var å få til et læringsnettverk i øst, et i vest, et i sør og aller helst også et i nord. Etter en prosess som innebar mye kontakt mellom prosjektleder og kommuner som søkte opptak, nådde vi tilslutt målet om 5 læringsnettverk med til sammen 61 kommuner. For oversikt – se vedlegg. Den første samlingen i det første nettverket (øst) ble avholdt 17. og 18. september 2014. Den siste samlingen ble avholdt 2. og 3. desember 2015. Dette var en felles samling for ROP-satsingen overfor både barn/unge og voksne.

2.3 Forbedringsteamene

Kommunene som deltar i læringsnettverket etablerer «forbedringsteam». Flere har etablert interkommunale forbedringsteam, noe som kan være hensiktsmessig for de mindre kommunene. Teamene har i gjennomsnitt 5-6 deltakere.

Kommunene ble oppfordret til å opprette et bredt sammensatt og tverrfaglig forbedringsteam som en del av forberedelsene før første samling. Anbefalt sammensetning av forbedringsteamene var kommuneledelse på nivå med kommunaldirektør/helse og omsorgssjef, enhetsledere og personale fra psykisk helse / rustjeneste, brukerrepresentanter, fastlege, DPS og NAV o. Leder var viktige å ha med i forbedringsteamene for å sikre forankring innad i kommunen.

De fleste teamene har en bred representasjon i tråd med anbefalingene, og de aller fleste har en eller flere ledere med, samt NAV. Det er imidlertid få fastleger / kommuneleger med, og dessverre også få representanter fra DPS. Antall team som har medbrukerrepresentanter er økende, og flere av kommunene har styrket brukerrepresentasjonen i løpet av prosjektperioden.

2.4 Forberedelsespakker

Det viktigste arbeidet når det gjelder utvikling av gode pasientforløp skjer ute i kommunene i regi av forbedringsteamene og deres samarbeidspartnere mellom samlingene. For at teamene skal få benyttet tiden i læringsnettverket så effektivt som mulig, har vi laget tre forberedelsespakker med oppgaver som de skal gjennomføre før hver enkelt samling.

Kommunenes fremlegg av det de hadde jobbet med siden sist ble alltid presentert på dag 1 av samlingene. Hensikten med dette var å understreke betydningen av det arbeidet som var gjort, og at teamene skulle komme til orde som en av de viktigste aktivitetene på samlingene. Et referat fra kommunenes presentasjoner i alle de fem nettverkene ble samlet i et eget notat. Se vedlegg 2.

Oppgavene i forberedelsespakke 1:

- 1) Etablering av forbedringsteamet.
- 2) Kartlegging av egne tjenester:
 - Hvilke tjenester har kommunen til disposisjon når det gjelder personer med rusproblemer og/eller psykiske problemer?
 - Hvordan innhenter kommunen brukernes erfaringer og synspunkter på tjenestetilbudet?
 - Hvordan involverer kommunen brukernes familier og øvrige nettverk?

- Hvilke frivillige organisasjoner/brukerorganisasjoner og møteplasser som er relevante for målgruppen finnes i kommunen?
- Kartlegg styrker og svakheter i samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

3) Lytte til de erfaringene brukerne har med tjenestene

For å få et inntrykk av hvordan brukerne opplever tjenestene pr i dag, ble teamene bedt om å intervju minst to brukere med rusproblemer og/eller psykiske problemer om deres erfaringer med tjenestene.

Oppgavene i forberedelsespakke 2 handlet om å lage en plan for forbedringsarbeidet og beskrive:

- 1) Hvordan de vil forankre forbedringsarbeidet.
- 2) Hvilke (konkrete) mål de har for forbedringsarbeidet.
- 3) Hvilke (måle)-verktøy de vil bruke for å kartlegge forbedringsarbeidet.
- 4) Hvilken plan de har for brukerinvolvering i forbedringsarbeidet.

Oppgavene i forberedelsespakke 3 handlet om at teamene skulle tenke fremover og beskrive:

- 1) Hvilke nye løsninger / forbedringstiltak de planlegger for å nå målet om gode pasientforløp?
- 2) Hvordan de vil gå frem for å jobbe med målene i praksis?
- 3) Fra der dere er i prosessen nå: Hva har dere behov for mer kunnskap om og hva tenker dere vi i prosjektgruppen kan bidra med underveis og på samling 3?

2.5 Utviklingen av program for samlingene

En av de viktigste oppgavene til prosjektgruppen har vært utviklingen av programmene på samlingene. Dette har vært en tidkrevende og omfattende prosess, i all hovedsak styrt av målene for læringsnettverkene. I tillegg er programmene påvirket av innspill fra rådslagene i forkant, tilbakemeldinger fra deltakerne etter samlingene, og innspill fra deltakerne i prosjektgruppen. Arbeidet med å planlegge den første samlingen startet allerede våren 2014.

Prosjektgruppen har tilstrebet å ha noenlunde felles program for alle de fem nettverkene på de tre samlingene. Samtidig har vi vektlagt lokal forankring. Det vil si undersøkt om det finnes kompetansesentre, høyskoler, brukerorganisasjoner, enkeltpersoner innenfor en kommunal tjeneste osv. som har den spesifikke kompetansen vi er ute etter. I så fall har disse blitt invitert til å holde foredrag på samlingene som innledning til arbeid i teamene.

2.6 Samlingene

Alle samlingene har gått over to dager. Målet har hver gang vært å lage en god balanse mellom teoretiske forelesninger om relevante tema, tid nok slik at teamene kan få jobbet sammen om konkrete oppgaver, og aktiv deltakelse fra kommunenes side slik at de både får løftet frem eget og kan bli kjent med andres arbeid.

Samling 1

På samling 1 var det et mål at kommunene skulle presentere seg med utgangspunkt i forberedelsespakke 1. I tillegg fikk fag- og brukermiljøene i prosjektgruppen anledning til å presentere seg. Tema på samling 1 var systematisk forbedringsarbeid, recoverybasert praksis, samhandling, i tillegg til sentrale tema fra veilederen Sammen om mestring.

Samling 2

På samling 2 innførte vi parallellsesjoner. Noe av årsaken til dette var mengden av relevante tema: Vi ønsket å ha med så mange som mulig uten at det gikk utover teamenes mulighet til å jobbe sammen, bli kjent med hverandre og de andre teamene. Hvordan utvikle gode og helhetlige forløp, brukerdrevet innovasjon/tjenestedesign, forbedringsarbeid – mål og måleverktøy, brukermedvirkning, samhandling og implementering var tema som ble introdusert og drøftet. Tilbakemeldingsverktøyet Klient og resultatstyrt praksis, KOR ble kort presentert i samling 2, i tillegg til at deltakerne ble oppfordret til å delta på et dagskurs i KOR, i regi av KS.

Samling 3

På samling 3 var det først og fremst kommunene som skulle presentere sitt eget arbeid for hverandre i grupper, samt at 3-6 kommuner presenterte arbeidet sitt i plenum. Ellers var likemannsarbeid, pårørendes rolle, en modell for samhandling, de vanskelige pasientforløpene, Supported decisionmaking, evalueringsmetoden Bruker Spør Bruker, nettverksmøter og åpen dialog tema.

Samling 4

Samling 4 var en felles konferanse for alle kommunene i alle nettverk, og ble avholdt sammen med læringsnettverket «God samhandling for barn og unge» den 2. og 3. desember 2015. Her ble blant annet tanker om veien videre for tjenestene, tanker om forebygging og presentasjon av noen kommuners arbeid lagt frem.

2.7 Kontakt mellom samlingene

Av ressursmessige hensyn har det ikke vært mulig å få til systematisk oppfølging av teamene underveis. Men på ulike måter, blant annet på alle samlingene, har det blitt understreket at alle deltakerne i prosjektgruppen kan kontaktes hvis teamene ønsker veiledning eller oppfølging. Både prosjektleder og de andre deltakerne i prosjektgruppen har hatt kontakt med enkeltdeltakere/team/kommuner i perioden, enten pr telefon, eller ved å reise ut til kommunene.

3. Faglig tilnærming

Visjonen, de overordnede målene og veilederen «Sammen om mestring» har vært førende for valg av faglig tilnærming i læringsnettverkene. Fordi veilederen gir viktige anbefalinger for tjenestene til målgruppen i prosjektet ble den delt ut til alle deltakerne på den første samlingen. Sentrale føringer i veilederen er at tjenestene anrettes med utgangspunkt i brukeren som viktigste aktør, at tjenestene oppfattes som helhetlig og samhandlende, og at rus- og psykisk helse sees i sammenheng. (kilde SOM).

3.1 Recovery

Læringsnettverkets hovedfokus er samhandling, brukermedvirkning, og forbedringskompetanse. Recoveryperspektivet danner mye av den teoretiske plattformen. Innholdet i dette perspektivet har mye til felles med «hverdagsrehabilitering», som er den grunnleggende faglige tilnærmingen i læringsnettverket for kronisk syke og eldre. Veilederen «Sammen for mestring» anbefaler at tjenestene bygger på et ressurs- og mestringsperspektiv. Resilience, posttraumatisk vekst, empowerment og recovery er trukket fram som anbefalte tilnærminger i lokalt psykisk helse- og rusarbeid (Sammen om Mestring s. 34).

Recovery, eller teorien om bedringsprosesser er valgt som teoretisk plattform/ ideologisk overbygning for Læringsnettverket. Recovery har sin opprinnelse i brukeraktivistenes kamp for verdsetting av erfaringskompetanse. Fagfeltet psykisk helse/rus har tatt inn recovery som faglig begrep, med ulik betydning. I forskningsfeltet recovery skiller en mellom personlig recovery og sosial recovery, sistnevnte mest forankret i de nordiske forskningsmiljøene. Personlig recovery betegner den prosessen enkeltindividet er i, på vei mot bedring. Brukers mål og ønske om støtte på vei mot målet er sentralt, mens helsepersonell inntar rollen som medvandrer, i stedet for å føre an i prosessen. Håp, utvikling av personlig identitet og integrering av erfaring med helseproblemer er elementer i personlig recovery.

Sosial recovery betegner tenkningen om at bedring ikke er en interpersonlig prosess, men en prosess hvor personen blir bra i samspill med sine omgivelser. Verdsatte sosiale roller og tilbakeføring av rettigheter og plikter i samfunnet er sentralt. Bedring og utvikling av mestringsstrategier på naturlige sosiale arenaer i lokalsamfunnet vektlegges i sosial recovery.

Egen erfaring med bedring, og tilgang til andres erfaringskompetanse ansees som sentralt i recovery. (I enkelte fagmiljøer brukers begrepet klinisk recovery om resultater av behandling.

I Læringsnettverket oppfattes begrepet recovery forklart under personlig recovery og sosial recovery).

Recovery som ideologiske overbygning for Læringsnettverket kommer til syne i sammensetning av prosjektgruppen, krav til sammensetning av forbedringsteamene og i valg av faglige innlegg, og i presentasjon av praksiseksempler. Erfaringskompetanse er vurdert som sentralt element i tjenesteutvikling. Verdsetting av erfaringskunnskap gjør at prosjektledelsen i Læringsnettverket er styrket med lik representasjon fra brukerorganisasjoner og fagmiljø, og med lik vektning av de to perspektivene i presentasjoner og øvrige bidrag fra prosjektgruppen.

For å sikre erfaringskompetanse i forbedringsarbeidet til deltakerkommunene dekker arrangør alle utgifter til teammedlemmer som deltar med bakgrunn i sin brukererfaring.

De fleste faglige innlegg i Læringsnettverket er valgt på bakgrunn av at de innehar elementer fra recovery. Recovery som tenkningsgrunnlag, recoverybaserte tjenester, og erfaringskompetanse i tjenesteutvikling er eksempler. Tilbakemeldingsverktøy og metode for brukerstyrt evaluering er eksempler.

3.2 Brukermedvirkning

Visjonen for satsingen Gode pasientforløp er som tidligere nevnt at tjenestene skal gå fra å tenke «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?». Denne retningsendringen henter inspirasjon fra Maureen Bisognano, president for Institute for Healthcare Improvement i USA.

Recoverytenkningen og den valgte visjonen for satsingen har begge brukermedvirkning med som et kjerneelement.

Stortingsmelding 29, Morgendagens omsorg, vektlegger også dette perspektivet:

Brukermedvirkning skal stå sentralt innen alle deler av tjenesteapparatet, og det vil kreve en omstillingsprosess hos mange omsorgsutøvere som er vant til å vite og handle på den andres vegne, til «pasientens beste».

To ansatte i prosjektgruppen har egne erfaringer fra brukersiden som de deler i læringsnettverket. Det snakkes om grunnleggende holdninger og betydningen av likemannsarbeid. Flere av de faglige innleggene handler om brukermedvirkning i praksis, og som en grunnleggende føring for arbeidet som utføres. Gode eksempler fra delvis brukerstyrte bo- og aktivitetssenter som henholdsvis Kulturaktiviteten i Stavanger kommune og Jegersberg gård, som er et samarbeid mellom flere sørlandskommuner, presenteres på samlingene som inspirasjon for kommunene.

Flere av deltakerne i læringsnettverkene har etter hvert begynt å stille egne brukere spørsmålet «hva er viktig for deg» og fått uventede og overraskende svar. Måleverktøyet som presenteres i punkt 3.4 for å finne ut om brukerne opplever tjenestene som nyttige, er også et ledd i arbeidet med å fremme brukermedvirkning, samt oppfordringen fra prosjektledelsen om å ta inn brukere som likeverdige medlemmer i forbedringsteamene.

Det har vært viktig å synliggjøre at brukermedvirkning både handler om den enkelte brukers rett til å være en aktiv part i sitt eget behandlingsopplegg, men at det også er viktig med brukermedvirkning på systemnivå – at brukere blir tatt med i råd og utvalg for de tjenester som angår dem. Vi har også forsøkt å synliggjøre at brukerorganisasjoner kan være en aktiv samarbeidspart i utvikling av tjenestene – mange av organisasjonene kurser sine medlemmer i å bli aktive brukerrepresentanter, og noen kan også tilby likemannsarbeid og mentorer.

3.3 Samhandling

I stortingsmelding 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet» presenteres Regjeringens mål om å etablere ulike typer team for særlige brukergrupper. Regjeringen vil blant annet legge til rette for etablering av oppfølgingsteam i kommunene. Teamene skal rette seg mot brukere med store og sammensatte behov. Det er ønskelig med mer ambulant behandling hvor flerfaglige team arbeider sammen, koordinerer seg og sikrer kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Meld. St.26 Fremtidens primærhelsetjeneste s.55).

Flerfaglige team vil kunne bidra til bedre tilbud for brukere med sammensatte behov i kommunene, og vurderingene om hvilke tjenester den enkelte bruker skal få bør baseres på funksjon og behov, ikke diagnose, jf. Stortingsmelding 26. Slike oppfølgingsteam vil kunne bidra til bedre koordinering av tjenestene og mer systematisk vurdering av brukernes behov. Det er dette som blir til god samhandling. Det viktige blir å etablere og samarbeide med den rette kompetansen, med tanke på den enkelte brukers behov. Fastleger og personell fra spesialisthelsetjenesten vil være viktige samarbeidspartnere (Meld.St.26, s. 55).

I læringsnettverkene har vi jobbet mest med intern samhandling mellom ulike aktører i kommunen, samt med viktigheten av å se brukeren selv og brukerens nettverk som en sentral part i samhandling og tjenesteutvikling.

3.4 Måleverktøyet – hva er viktig for deg

I veilederen Sammen om mestring presiseres det at det kun er brukeren som kan bedømme om tjenesten eller behandlingen fungerer tilfredsstillende (18). Dette poenget har vært viktig i læringsnettverkene. Prosjektgruppen ønsket derfor å kunne tilby forbedringsteamene et evaluerings-/måleverktøy i utviklingen av gode pasientforløp. Som en oppstart for å finne et egnet verktøy, ble de evaluerings-/måleverktøyene som presenteres i rapporten «Recoveryorienterte praksiser. En kunnskapssammenstilling», gjennomgått og vurdert i planleggingen av nettverkene (30). Resultatet av vurderingen var at ingen av disse verktøyene passet helt inn i forhold til de definerte målene for ROP-satsingen. På samme tid som denne vurderingen foregikk, jobbet prosjektgruppen i det parallelle læringsnettverket for eldre og kronisk syke med det samme. De valgte til slutt å bruke de validerte kartleggingsverktøyene Occupational Performance Measure (COPM), og The Patient-Specific Functional Scale (PSFS) (31, 32). Disse verktøyene ble også lagt til grunn for utviklingen av den verktøykassen som KS og Kunnskapssenteret etter hvert utviklet for ROP-satsingen.

Hensikten med verktøykassen er å sikre at tiltak som iverksettes tar utgangspunkt i områder/aktiviteter som er viktige for brukerne. Ved hjelp av verktøykassen vil tjenestene få en indikasjon på om brukeren opplever tjenestene de mottar som nyttige. Verktøykassen skal brukes i et recoveryperspektiv, dvs med vektlegging på håp og mestring, samt respekt for brukernes egne bedringsprosesser. I verktøykassen ligger det fire verktøy og alle presenteres i vedlegg 5.

1. *Samtalehjulet* kan hjelpe brukeren til å komme frem til områder/aktiviteter som er viktig for vedkommende, og hvor de trenger/ønsker hjelp.
2. De områdene som brukerne ønsker hjelp på beskrives i *Hva er viktig for meg-skjemaet*.
3. Ut fra de valgte områdene planlegges det tiltak, og de beskrives i en *plan* sammen med en oversikt over hvem som har hovedansvar for å gjennomføre tiltakene. Hvis brukeren har en individuell plan anbefales det å bruke denne. Hvis ikke kan en hvilken som helst plan gjøre nytten.
4. *Sjekkliste for samhandling* inneholder tiltak som forskning og erfaring har vist er viktig for å oppnå et koordinert tjenestetilbud. De forhåndsdefinerte tiltakene kan byttes ut med tiltak som forbedringsteamet mener er viktig for å nå kommunens egne mål med pasientforløpene.

Ved å knytte en poengsum til to av verktøyene - Hva er viktig for meg-skjemaet og sjekklisten, gjøres de om til et måleverktøy. En bruksanvisning på hvordan dette kan gjøres er vedlagt. Se

vedlegg 5. Kommunene kan velge å bruke de fire verktøyene sammen, eller kombinere dem med egne verktøy som allerede er tatt i bruk.

3.5 Bruker spør bruker

Læringsnettverket har fokus på brukermedvirkning og erfaringskompetanse i utvikling- og evaluering av tjenestene. Evalueringsmetoden Bruker Spør Bruker (BSB) ble derfor presentert..

Evalueringsmetoden er utviklet av Dagfinn Bjørgen, og Heidi Westerlund, begge fra Kompetansesenter for brukermedvirkning og tjenesteutvikling, (KBT- Midt Norge). Sentralt i metoden er at brukerundersøkelser gjennomføres i form av fokusgruppeintervju med brukere. Prosessledere i fokusgruppene er personer med egenerfaring med psykiske helseproblemer. Dialogseminar, med utgangspunkt i analyserte data fra fokusgruppene, hvor brukere og tjenestene deltar er et sentralt virkemiddel i metoden. Undersøkelsen avsluttes med en rapport basert på datainnsamlingen og dialogseminaret.

3.6 Klient- og resultatstyrt praksis

Klient og resultatstyrt praksis, KOR, ble presentert kort i Læringsnettverket. Deltakerne i nettverket ble tilbudt å delta på et dagskurs i KOR, ledet av Birgit Valla, leder av Stangehjelpen, Stange kommune. KOR er et tilbakemeldingsverktøy som består av to skalaer hvor bruker gir tilbakemelding til behandler om hvorvidt de opplever bedring, og hvordan de opplever samarbeidet med behandler/kontaktperson. Skalaene har dels funksjon som tilbakemeldingsverktøy, dels som samtaleverktøy. Brukers skåringer tas alltid opp, og legges til grunn for anretning av neste samtale. Skalaen ORS, (Outcome Rating Scale) måler endring i form av samlet lidelsestrykk, mens brukeren ved skalaen SRS (Session Rating Scale) rapporterer om sin vurdering av alliansen, eller samarbeidet med hjelperen. Flere studier viser at skalaene er både pålitelige, valide og brukervennlige. Scott Miller og Barry Duncan er opphavsmenn til verktøyet. KOR er anbefalt i veilederen Sammen om mestring som verktøy for å sikre kontinuerlig tilbakemelding fra bruker om opplevelse av kvalitet på hjelpen.

3.7 Systematisk forbedringsarbeid

Et av de overordnede målene i satsingen er at kommunene skal utvikle helhetlige bruker-/pasientforløp. Dette er et omfattende og komplekst forbedringsarbeid og det har vært viktig for prosjektgruppen å inspirere teamene til å jobbe systematisk. Det å bruke en anerkjent modell – f.eks. Demings sirkel eller LEAN-metodikk, er en måte å gjøre dette på.

Prosjektgruppen har valgt å presentere modell for kvalitetsforbedring som et gjennomgående tema på samlingene. Modellen er videreutviklet blant annet med utgangspunkt i Demings sirkel (33). Den består av fem faser og en konkret beskrivelse av hvordan man kan gå frem for å oppnå forbedringer i tjenestene, uavhengig av tema/område. Fasene er: 1. Forberede, 2. Planlegge, 3. Utføre, 4. Evaluere, 5. Følge opp



Figur: Modell for kvalitetsforbedring

Hver av fasene inneholder trinn med anbefaling av hvilke aktiviteter som er viktig å gjennomføre for å lykkes med forbedringsarbeidet. Dette er en modell å jobbe ut i fra for å sikre systematikk i arbeidet. De kommunene som allerede benytter andre verktøy for kvalitetsforbedring ble oppfordret til å fortsette å bruke det de kjenner.

4. Kommunenes forbedringsområder

4.1 Kommunenes mål

Flere av deltagerkommunene har gjennomført brukerundersøkelser og en del har også gjennomført dialogkonferanser med brukere og pårørende. På bakgrunn av informasjon innhentet fra disse tiltakene erkjenner kommunene at de har et forbedringspotensial på flere områder. Dette gjelder blant annet økt innsats for å lage lavterskeltilbud og flere aktiviteter – gjerne brukerstyrte aktivitetstilbud. Tilpasset bolig og bedre informasjon er andre mål som kommunene har satt seg.

Mange kommuner har som mål å oppnå bedre tverrfaglig samarbeid og helhetlige pasientforløp. Kommuner som ikke har med representanter for DPS i teamet opplever at sistnevnte mål kan bli vanskelig å nå fordi de må jobbe ekstra hardt for å oppnå et samarbeid/bedre samarbeidsklima med sitt lokale DPS. I tillegg har flere kommuner som mål å øke kompetansen både i egen kommunale tjeneste og hos NAV.

Mange kommuner har høye mål for hva de skal få til i læringsnettverket, og forbedringsteamene er satt sammen av personer med ulik faglig bakgrunn. For å sikre at teamenes forslag til nye løsninger har mulighet til å bli implementert i den daglige driften i kommunene, er leder- og medarbeiderforankringen under hele prosessen viktig. I tillegg må kulturen i organisasjonen være positiv til kvalitetsforbedring. Tilgang til data er også viktig for å kunne måle/evaluere om tjenestene faktisk blir bedre etter at nye tiltak/løsninger er implementert. Videre er det viktig å kartlegge egne mulighetsrom og begynne arbeidet der, ikke bruke mange ressurser på det kommunene ikke kan gjøre noe med. Det er også av betydning at nye løsninger inkluderes i den daglige driften så hurtig som mulig når de er vedtatt innført. Alle disse elementene har blitt drøftet på samlingene i forbindelse med kommunenes fremleggelse av egne mål.

Nedenfor utdypes noen av hovedområdene som kommunene ønsker å ha fokus på i tiden fremover.

4.2 Økt brukervedvirkning

Mange av kommunene har som mål å bli bedre på brukervedvirkning. Erfaringen til nå er at det generelt eksisterer lite organisert brukervedvirkning på systemnivå i kommunene. Det var også en erkjennelse av at kommunene ga for lite informasjon til brukerne om tjenestetilbudet. Informasjonen var heller ikke alltid tilpasset brukeren, og den kan være vanskelig tilgjengelig. Individuell plan der brukeren selv definerer målene og opplever et eierforhold til den var også et område kommunene ønsket å forbedre seg på.

Allerede fra første samling ble kommunene bevisstgjort på at brukerne kan ha nytte av likemannsarbeid, det vil si å få støtte fra en med egenerfaring som er kommet lenger i bedringsprosessen enn dem selv. I løpet av samlingene ble flere kommuner kjent med og fortrolige med tanken på å ta kontakt med brukerorganisasjoner, og så hvilket potensiale som ligger i samhandling med brukerrepresentanter i arbeidet med å utvikle gode pasientforløp.

4.3 Lavterskeltilbud

Lavterskeltilbud var et tema som mange av brukerne og kommunene var opptatt av. De ønsket å etablere flere lavterskeltilbud, samt tilgjengelige tjenester på kveld og i helger. Mange av kommunene har ikke dette i dag. De fleste kommunene intervjuet brukere på forhånd som en del av Forberedelsespakke 1, og det viste seg at brukerne var mest opptatt av meningsfull aktivitet, samt egnet bolig. Flere av kommunene er i ferd med å planlegge kafeer og væresteder for brukerne hvor terskelen til å stikke innom er lav og hvor alle skal føle seg velkommen.

4.4 Bolig

Alle trenger et sted de kan kalle hjem. Tilrettelagte boliger står helt sentralt når man skal gi tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, jf. rapporten «Når bolig ikke er nok» Sosial- og helsedirektoratet, 2004. Nyere undersøkelser viser at for brukerne står bolig og aktivitet høyere på ønskelisten enn symptomlindring.

Fremtidens tjenester tar i stadig større grad utgangspunkt i boligen til pasienten eller brukeren. Det er i boligen hjelpen skal gis, avhengig av brukernes behov. Booppfølging på riktig nivå, med konkrete målsettinger som evalueres jevnlig i dialog mellom bruker og oppfølgingsteam kan være et viktig tiltak. Målene det jobbes mot må ta utgangspunkt i hva som er viktige aktiviteter/områder for den enkelte bruker. Det kan være trening knyttet til økt mestring av dagliglivets utfordringer, økonomi, nettverk/familie eller andre områder. (Når bolig ikke er nok, 2004). De ulike tjenestene i kommunen må samarbeide tett slik at brukeren skal greie å bo og oppnå et så optimalt funksjonsnivå som mulig.

Det er også behov for å ivareta de som i utgangspunktet er stand til å bo i egen bolig, men som i en periode trenger innleggelse for å gjenvinne fysisk eller psykisk helse, samt regulering av rusinntak og døgnrytme. Samarbeid mellom kommunen, fastlegene og spesialisthelsetjeneste blir svært viktig i slike pasientforløp, og det forutsettes et forpliktende samarbeid mellom partene.

4.5 Samhandling og roller

Flere kommuner opplever utfordringer med samhandlingen internt i kommunen mellom de ulike instansene som har med brukergruppen å gjøre. Tverrfaglighet beskrives som en stor mulighet, men samtidig gir det en del utfordringer med tanke på rolleforståelse, forståelse av brukernes behov og ansvarsfordeling.

Når teamene beskriver samhandlingen med DPS og på tvers av linjene, er det svært ulike erfaringer. Noen kommuner beskriver at de har et godt samarbeid, andre opplever at samarbeidet ligger fullstendig brakk. Mange kommuner opplever at brukere med store behov for oppfølging ikke får det etter utskrivelse fra DPS. Brukere med ROP-problematikk faller fortsatt ofte «mellom alle stoler», ifølge noen av deltakerkommunene.

Kan det være slik at forestillinger i kommunene om organisering og innholdet i hjelperollen hindrer gode tjenester i møte med en gruppe brukere som kanskje ikke engang vil ha hjelp? Kanskje må kommunene tenke nytt for å nå dem som ikke vil nås, men som åpenbart trenger hjelp. Et godt eksempel på nytenkning er Bærumstemaet. Anne Grethe Skjerve fortalte på en samling i læringsnettverket hvordan de jobber med å møte brukerne der de er. Bærum kommune samarbeider med DPS, er fleksible og oppsøkende. De er opptatt av at alle i behandlingsteamet skal ha «uteskoene på» og tenke handling først – formaliteter etterpå. De kaller det «å skuldre» med andre i hjelpeapparatet for å møte bruker med en «sammenhengende benk» i stedet for at de havner «mellom alle stoler».

I læringsnettverket har det vært med enkelte representanter fra DPS og ruspoliklinikkene. Kommunene opplever at det blir mer effektiv samhandling når alle parter er med i utviklingsarbeidet. Det er en positiv erfaring og et viktig skritt i retning å møtes fysisk i læringsnettverk, danne forbedringsteam og jobbe sammen for å se alle tjenestene under ett.

5. Erfaringer fra samlingene

5.1 Forankring

Som tidligere nevnt har forankring vært et gjennomgående tema på samlingene. Både målene og de nye løsningene/tiltakene som utvikles i løpet av tiden i læringsnettverket må sikres god forankring i ledelsen, hos medarbeidere og brukere/brukerorganisasjoner for å få varige effekter utover den tiden læringsnettverkene varer. Nye løsninger må inkluderes i den daglige driften. Prosjektgruppen har oppfordret kommunene til å forankre arbeidet med pasientforløp på rådmannsnivå, og at det foreligger en plan for politisk forankring av deltakelsen. Kommune grupper som allerede samarbeidet, og som sogner til samme helseforetak, ble oppfordret til å søke seg inn i nettverket sammen. Dette kan gi bedre muligheter for regional og lokal oppfølging av læringsnettverkene både i prosjektperioden og i ettertid.

Viktige forutsetninger for å sikre en vellykket gjennomføring av arbeidet i læringsnettverket utover forankring, ser ut til å være involvering av brukere, involvering av alle berørte parter med god gjensidig informasjon, og metoder og målinger tilpasset forholdene i den enkelte kommune.

5.2 Evaluering av samlingene

På slutten av første og andre samling har alle deltakerne blitt bedt om å fylle ut et evalueringsskjema som omhandler grad av tilfredshet med samlingene. De blir bedt om å si seg enig eller uenig i påstander om egen innsats, organiseringen, tidsbruk, og ikke minst nytteverdien av de faglige innleggene og presentasjonsformen. I tillegg har de fått anledning til å skrive egne kommentarer, presiseringer og komme med innspill.

Kommentarene har vært svært viktige tilbakemeldinger i planleggingen av samlingene fordi de ofte er konkrete og detaljerte. Prosjektgruppen har i størst mulig grad tatt hensyn til tilbakemeldingene i planleggingen av programmet. Hvis tilbakemeldingene har vært sprikende, noe som har forekommet blant annet når det gjelder fordeling av tid til innlegg, pauser og arbeid i grupper, har prosjektgruppen fulgt egne beslutninger i utformingen av programmet.

Det er svært gledelig å registrere at evalueringene gjennomsnittlig har ligget på toppnivå. Særlig skåres det høyt på faglig innhold og nytteverdien av samlingene for deltagerne.

Læringsnettverket har også truffet blink når det gjelder underholdningen. Teater/konsert/stand-up-showet til Arild Brakstad «Det Sorte Gullet» ble tatt imot med latter og tårer, og ikke minst mange gode tilbakemeldinger i etterkant.

Når det gjaldt de tredje samlingene valgte vi å konsentrere evalueringen rundt hva som har vært mest nyttig med læringsnettverket som helhet, og om kommunene har noen råd og ønsker for en eventuell videreføring av læringsnettverket.

5.3 Evaluering av effekten av læringsnettverkene på pasientforløpene

Både i planleggings- og gjennomføringsfasen har styrings- og prosjektgruppen diskutert hvordan effekten av læringsnettverkene kan måles/dokumenteres: Opplever virkelig brukerne at pasientforløpene blir mer helhetlige og koordinerte? Det var ikke økonomiske midler til en større evaluering eller følgeforskning, men KBT-Midt-Norge har fått i oppdrag å utføre en Bruker spør Bruker-evaluering. De har gjennomført fokusgruppeintervju med brukerrepresentanter og andre medlemmer av forbedringsteamet i en del utvalgte kommuner, samt at en Questback-undersøkelse er sendt ut til alle kommuner. Denne evalueringen skal være ferdigstilt innen utgangen av 2015.

6.0 Kort oppsummering og veien videre

Prosjektet har vært opptatt av kultur og holdninger i tjenestenes møte med brukerne, og det å gi kommunene andre og nye perspektiver på tjenestene hvordan man kan møte brukerne. Det har blitt lagt vekt på at relasjonen mellom bruker og hjelper skal være preget av respekt, åpenhet og ærlighet, og betydningen av at brukerne både gis mulighet til å delta i forbedringsarbeidet, og til å evaluere om tjenestene er nyttige for den enkelte.

Læringsnettverket har vist at kommunene ønsker å lære av hverandre, høre om erfaringer fra de andre forbedringsteamene, og få verktøy som kan brukes i forbedringsarbeidet.

Gjennom læringsnettverket har kommunene fått kjennskap til, og kontakt med, kompetansemiljøer og brukerorganisasjoner som de kan kontakte og bruke etter behov i tiden fremover.

Noe av det som har vært viktigst å formidle i løpet av læringsnettverket, har vært visjonen om å gå fra å spørre: «Hva er i veien med deg», til å spørre «Hva er viktig for deg?». Gjennom fortellinger fra deltakerne vet vi at mange har begynt å stille brukerne spørsmålet – «hva er viktig for deg». Svarene er i mange tilfeller overraskende, handler ofte om noe helt annet enn det helsepersonellet tror, og medfører i flere av historiene at brukerne trenger færre tjenester enn de faktisk har fått, fordi de nå får det de virkelig trenger. Det kan være alt fra TT-kort, oppfølging i bolig, rydde i økonomi, mer kontakt med familien, eller støttekontakt.

Om resultatene av deltakelse i læringsnettverkene på sikt vil gi mer helhetlige og sammenhengende tjenester vil blant annet være avhengig av om det skapes gode samhandlingsarenaer innad i den enkelte kommune, og opp mot relevante samarbeidspartnere

Veien videre

Psykisk helse og rusfeltet er preget av store endringer for tiden. Helseministeren snakker om utviklingen av pasientens helsetjeneste, og Veilederen «Sammen om mestring» (17) og ROP-retningslinjen (19) beskriver nasjonale målsettinger på områdene rus og psykisk helse, og det er kommet en ny opptrappingsplan på rusfeltet høsten 2015.

Føringene fra myndighetene handler om økt oppsøkende virksomhet, gjerne i form av ACT- og FACT-team. I tillegg prøves det ut en rekke tiltak som kommunal ø-hjelp, «raskere psykisk helsehjelp», ansettelse av kommunepsykologer, forsøksordning med kommunale DPS, ansettelse av erfaringskonsulenter / rådgivere med brukererfaring / likemenn, økt fokus på aktivitet, ulike former

for lavterskeltilbud, og ikke minst vektlegging av økt samarbeid med brukerorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner. Mange av disse tiltakene er beskrevet i Stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste (3). Det er et uttrykt ønske fra en del av deltagerkommunene om at det utvikles tydeligere modeller for samhandling, som for eksempel den såkalte «Bærumsmodellen».

Slik virkeligheten er beskrevet av kommunene som deltar i læringsnettverkene, har de ennå ikke tilstrekkelig tydelige modeller å forholde seg til, og det viser seg å være større uenighet om modeller på dette området enn i arbeidet for eldre og kronisk syke. Erfaringene fra læringsnettverket viser at det er behov for å prøve ut én eller flere faglig godt begrunnede modeller i noen kommuner, evaluere disse grundig, og deretter eventuelt spre dem videre til nye kommuner.

Gjennom planlegging og gjennomføring av læringsnettverkene Gode pasientforløp er det etter hvert samlet mye erfaring og kunnskap. Kommunene selv har formidlet i evalueringsskjemaet for samling 3 at de ønsker et enda tydeligere fokus på samhandling med DPS/HF, og at de ønsker at KS kan bistå med å få disse aktørene aktivt med. Kommunene ønsker også en tydeligere forventning om, og beskrivelse av, hva de skal jobbe med, samt tettere oppfølging underveis. Det anbefales at visjonen fortsatt skal være «Hva er viktig for deg», og en høy grad av brukermedvirkning i planlegging og gjennomføring av videreføringen.

Vedlegg 1: Oversikt- deltakerkommunene og læringsnettverkene

Det er etablert fem læringsnettverk med tilsammen 61 kommuner. Hvert nettverk har tre samlinger. Fem samlinger ble avholdt høsten 2014 og 11 samlinger er avholdt i 2015. Den siste samlingen var felles for alle deltakerkommunene i alle nettverk, og ble avholdt sammen med læringsnettverket «God samhandling barn og unge».

Læringsnettverk 1: Samlingene avholdt i Oslo

Består av 13 kommuner fra Akershus, Oslo, Buskerud, Vestfold og Aust-Agder:

Vestby, Nes (Akershus), Bydel Gamle Oslo, Nes (Buskerud), Horten (2 ulike grupper), Holmestrand, Lardal, Re, Andebu, Gol, Arendal, Grimstad.

Samling 1 avholdt september 2014, samling 2 i desember 2014, og samling 3 ble avholdt i mai 2015.

Læringsnettverk 2: samlinger avholdt i Stavanger

Består av 14 kommuner fra Rogaland og Vest-Agder:

Flekkefjord, Kvinesdal, Lyngdal, Farsund, Mandal, Kristiansand, Karmøy, Stavanger, Etne, Sauda Suldal, Vindafjord, Klepp, Time.

Samling 1 ble avholdt i oktober 2014, samling 2 ble avholdt i januar 2015, og samling 3 ble avholdt i juni 2015

Læringsnettverk 3: Samlinger avholdt i Oslo

Består av 16 kommuner fra Hordaland, sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Oppland, Hedmark og Akershus:

Askøy, Voss, Eidfjord, Vaksdal, Årdal, Molde, Ålesund, Lillehammer, Øyer, Ringebu, Gausdal, Elverum, Nordre Land, Bamble, Asker

Samling 1 ble avholdt i november 2014, samling 2 april 2015, og samling 3 ble avholdt i oktober 2015

Læringsnettverk 4: Samlinger avholdt på Værnes

Består av 7 kommuner fra Nord- og Sør-Trøndelag (her var det dessverre tre større kommuner som måtte trekke seg rett før oppstart grunnet omorganiseringsprosesser):

Melhus, Malvik, Ørland, Nærøy, Lekna, Vikna, Bindal

Samling 1 ble avholdt i november 2014, samling 2 mars 2015, og samling 3 september 2015

Læringsnettverk 5: Samlinger avholdt i Tromsø og Sortland

Består av 11 kommuner fra Nordland og Troms:

Hamarøy, Steigen, Narvik, Andøy, Bø, Hadsel, Øksnes, Sortland, Lødingen, Gratangen, Tromsø

Samling 1 ble avholdt i februar 2015, samling 2 i mai 2015, og samling 3 i oktober 2015

Vedlegg 2 Notater fra læringsnettverkene

Nedenfor følger oppsummeringer fra alle samlingene. Ut fra prosjektgruppens notater fra kommunenes presentasjoner i plenum, følger utfordringsbildet og målformuleringer fra den enkelte kommune.

Nettverk 1 Oslo

Består av 13 kommuner fra Akershus, Oslo, Buskerud, Vestfold og Aust-Agder: Vestby, Nes (Akershus), Bydel Gamle Oslo, Nes (Buskerud), Horten (2 ulike grupper):....., Holmestrand, Lardal, Re, Andebu, Gol, Arendal, Grimstad.

Arendal

Samling 1

Teamet har hatt 8 eller 9 møter siden 2013, vil prøve ut nye metoder når det gjelder brukermedvirkning, KOR og motiverende intervju. De samarbeider med UiA fordi de ønsker forskning på utprøving av metodene. De deltar i nettverket for å lære av andre. Ønsker å ansette brukerrepresentant i kommunen, har vært i Trento og blitt inspirert.

Arendal og Grimstad kommune samarbeider tett og har felles prosjektleder.

Grimstad

Samling 1

Psykisk helse er organisert i Familiens Hus, som også har helsestasjon. De har sterkt fokus på forebyggende helsearbeid. Jobber med funksjon, ikke diagnoser. Er også inne i videregående skole og har som mål å komme inn i flere utdanningstyper. Samarbeider mye med brukerorganisasjonene. Har hatt åpen cafedialog i forhold til en ny kommuneplan: Hvordan skal kommunen jobbe med disse tjenestene?

Rustjenesten er ikke organisert i Familiens hus, men har noen tilknytningspunkter. Jobber tett sammen med psykisk helsetjenesten. Blir kanskje organisert sammen etter hvert. Samarbeider også tett med mange frivillige organisasjoner - helse og velværesenter, kirke, Angstringen, helsesportslag. Samarbeider med psykisk helse om «Barn som bekymrer». Brukermedvirkning: Er ikke gode nok på systematisk innhenting av brukernes erfaringer og synspunkter. Har gjennomført en brukerundersøkelse, har samarbeidsmøter med enkelte brukerorganisasjoner, men kan bli bedre på det.

Arendal og Grimstad, felles oppsummering på samling 2:

Felles mål: Bedre kommunikasjonen mellom 1 og 2 linjetjenesten.

Ønsker å forankret arbeidet med gode pasientforløp i allerede eksisterende prosjekt som handler om mestring, hverdagsrehabilitering og hva er viktig for deg. Ønsker å prøve ut ulike verktøy, inkludert måleverktøy. Har bestemt seg for å begynne med KOR. Har en stor referansegruppe med representanter fra Universitet, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kommunen. Spør hele tiden brukerne om de er på rett vei.

Grimstad har et mål om å bedre arbeidet med individuell plan, og se på innholdet i koordinatorrollen. Kan IP forenkles slik at den blir lettere å bruke? Har noen tekniske utfordringer med e-link som må løses.

Nes i Buskerud

Samling 1

Omorganisering: Forebygging og rusomsorg skal samles i ny avd. De som er med i forbedringsteamet tilhører et team som jobber på dagtid. Teamet er tverrfaglig sammensatt og yter tjenester til de over 18 år: Dagsenter, møteplass, samarbeid med frivillighetssentral, matombringning. Er organisert under Vestre Viken, avd Hallingdal. Teamet opplever at det er bra oppfølging til voksne, men ikke i forhold til barn.

Teamet har ikke fått gjort intervju med brukerne, og er ikke gode nok på brukermedvirkning. Skal i gang med en brukerundersøkelse nå. Brukerne er stort sett fornøyd. Teamet ser behov for et bedre tilbud i døgnet og helg, praktisk hjelp og fleksible tjenester. Det er vanskelig for brukerne å komme til poliklinisk avdeling pga manglende transport. Teamet ønsker å bli kjent med tilbudet i andre kommuner.

Samling 2

Utvikling av en ny organisasjon er en del av forbedringsarbeidet. Nes er en liten kommune, og derfor avhengig av samarbeid over kommunegrensene. Har et prosjekt i Hallingdal hvor psykisk helse og rus, og akutt plasser og ambulante tjenester er samordnet.

Gol

Store omorganiseringer – tjenester blir flyttet rundt og kalt for nye navn. Dette gjelder også for Psykisk helse. Kommunen har opplæringsprogram i skolene om psykisk helse. Opplever at de er en «potet-tjeneste», kan og skal brukes til alt. Kun 4,5 stillinger. Har egne folk som skal følge opp elever i videregående skole. Pr i dag har de ikke oversikt over hvor mange brukere de har.

Samarbeider med Frisk Liv, og henting av mat hos Frelsesarmeen. Mange brukere dette mellom mange stoler, derfor er det inspirerende å være med i læringsnettverket Gode pasientforløp. Teamet opplever utfordringer i samarbeidet med 2 linjen når det gjelder pasienter med rus og psykisk helseproblemer. Har med NAV, DPS osv i teamet, men sliter med å få til brukerrepresentasjon. Et

spennende tiltak er et forsøksprosjekt med mindfulness for barn og unge. Ønsker å satse mer på grupper enn på individuelle tiltak. En stor utfordring for brukerne i kommunen er transport.

Samling 2

Det er ikke notert noen innspill fra Gol.

Vestfoldnettverket

Består av: Horten, Holmestrand, Re, Lardal og Andebu.

Samling 1

Har blitt kjent med brukergrunlaget i de deltakende kommunene, og har sortert dem etter de 3 forløpene i veilederen Sammen om mestring. Skal jobbe på tvers i 5-kommunesamarbeidet. Skal komme frem til en felles behandlingslinje, dvs. en beskrivelse av alle aktiviteter fra brukerne kommer i kontakt med tjenestene, og til kontakten avsluttes. De viktige spørsmålene skal inkluderes – hva er viktig for deg, og om tjenestene er nyttige. Kartlegging av brukerne viste at mange ikke opplever å ha innflytelse på tjenestene sine. Nettverket vil måle effekt.

Brukerrepresentantene er med i Hortenteamet. Hver kommune skal snakke med brukergrupper i sin kommune og gi muligheter til å påvirke utviklingen av forløpet.

Samling 2

Mål for fem kommuner i Vestfold: Felles behandlingslinje.

Prosjektleder har gått igjennom viktige føringer, anbefalinger og satt inn tiltak i en felles prosess. Skal starte med å måle resultater, evaluere og analysere om man klarer å følge behandlingslinjen fra begynnelse til slutt. Brukere og pårørende er viktige i dette arbeidet og alle kommunene skal sikre brukerdeltakelse. Tiltakene skal implementeres i drift i de deltakende kommunene når behandlingslinjen er evaluert. I løpet av våren og sommer og høst.

Nes i Akershus

Samling 1

Teamet har fått i oppdrag fra kommunen å implementere tiltak for ulike målgrupper av brukere. Deltakelse i læringsnettverket er en del av prosjektoppdraget.

Samling 2

Overordnede mål er de som er felles for alle kommunene i nettverket. Teamet har fått et oppdrag fra Rådmannen, og læringsnettverket Gode pasientforløp er ett av 11 prosjekter. Tilgjengelighet og pårørendearbeid vil bli prioritert. Neste år er målet å implementere et måleverktøy og få med alle ansatte på dette.

Horten

Samling 1

Ønsker å informere samarbeidspartnere, f.eks. fastlegene og spesialisthelsetjenesten, om hvem de er. Ønsker at det skal være enkelt for samarbeidspartnere å søke brukere inn. Teamet vil lage brosjyre – hva finnes i Horten kommune, samt legge samme informasjon ut på nettet. Psykolog som er på videregående skole vil henge opp lapper slik at brukerne kan ta direkte kontakt. Et viktig spørsmål: Hvordan komme i kontakt med brukere som trenger tjenester men som ikke tar kontakt selv? Teamet opplever at de har for strenge inntakskriterier. Blir for mange runder i systemet for brukerne. Ønsker et tett samarbeid med Familiens hus. Brukerrepresentanten sier at på dette stedet blir du tatt imot på en annen måte. Brukerrepresentantene mener også det er for liten kapasitet til å ha støttesamtaler og gjøre aktiviteter, ønsker mer enn bare en pille. Tilbudene må være individuelt tilrettelagt.

Ledelsen i kommune- og spesialisthelsetjenesten må møtes på tvers av nivåene. Ofte blir samarbeidsmøtene nedprioritert. Bolig og økonomi er ofte områder som er svært viktig for brukerne. Teamet ønsker at de ulike tjenestene kan møte brukere med omfattende behov sammen! Må finne smidige løsninger. Ansvarsgruppemøter kan være forferdelige – «det kan ikke vi gjøre, det må dere gjøre». Brukeren sitter og hører på diskusjonene. Hvordan kjennes det ut for dem? Tydeliggjøre sammen med brukeren hva kan vi faktisk gjøre noe med. Kan ikke forvente at brukerne selv greier å holde orden på hvem som skal gjøre hva. Vi glemmer ofte å presentere tilbudene våre for brukerne. Og hvis vi informerer er det stor fare for at de ikke husker infoen de fikk.

Vi vet allerede at LARbrukerne er av de som lider mest under manglende tilbud. NB:

LAR-konsulentene og spesialisthelsetjenesten må IKKE endre på behandlingsopplegg på brukere som bor ute i kommunen uten å ta med kommunen på diskusjon. Blir ille både for brukeren og for kommunen som skal støtte brukeren.

Samling 2

Mål: Bedre samarbeid mellom kommunen og DPS.

Kommunen har invitert til fagdag sammen med Bærum kommune og Anne Grethe Skjerve: Hva skal til for å bedre samarbeidet?

Delmål: Oppleve at det er en god og gjensidig informasjonsflyt, og klare og tydelige mål for alle tjenestene som er inne i bildet.

Vestby

Samling 1

Laget et nettverk av DPS, ARA, ACT-team, NAV, fastlege. De har laget et møtekart.

Samling 2

Hovedmål: Bedre pårørendearbeid.

Bydel Gamle Oslo

Samling 1

Har koordinerende enhet og samhandlingskonsulent. Økonomi er det største problemet.

Samling 2

Mål: Bedre samordning psykiske helse og rus, god kontinuitet i overgangen mellom tjenestene. Tar utgangspunkt i Torleif Ruuds modell, en mulig standard?

Bydelen har etablert FACT-team, og er fornøyd med Lovisenberg sykehus. Synes de får til mye bra på psykisk helsefeltet, og ønsker det samme på rusfeltet

Jobber med Brukerplan og målinger for å måle effekten av forbedringsarbeid

Nettverk 2 Stavanger

Nettverk 2 Stavanger.

Består av 14 kommuner fra Rogaland og Vest-Agder:

Flekkefjord, Kvinesdal, Lyngdal, Farsund, Mandal, Kristiansand, Karmøy, Stavanger, Etne, Sauda, Suldal, Vindafjord, Klepp, Time.

Stavanger

Samling 1

Helse Fonna, Hinna bydel og Stavanger DPS starter opp bofellesskapet Lassehagen sammen. Ser deltakelse i læringsnettverk som en del av dette prosjektet. Ser allerede nå at det å videreutvikle et godt pasientforløp ikke er noen quick-fix, men krever langvarig og systematisk arbeid.

Teamet fra Stavanger kommune har gjennomført tre brukerintervjuer. Tilbakemelding viser at de ulike tjenestene kan samarbeide bedre, og at det er mye venting på bolig. Brukerne var opptatt av «de nære ting», og ønsker å påvirke utviklingen av tjenestene.

Et viktig spørsmål som de vurderer: Skal vi gå inn i minefeltene? Skal vi fokusere på det vi kan gjøre noe med, eller det som vi ikke kan ha påvirkning på?

Samling 2

To mål:

1. Hovedmål – bedre samhandling mellom DPS og kommunen når det gjelder pasientflyt knyttet til dem med de mest alvorlige lidelsene.
2. Bedre systemet når det gjelder tilbakemeldinger fra brukerne.

Kommunen starter opp med brukermøter, etter ide fra Flekkefjord. Har hatt et brukermøte. Stilte 3 spørsmål: Hva er viktig for dere, hva fungerer bra, og hva fungerer dårlig? Opplegg: Både muntlige og skriftlige tilbakemeldinger. Innspillene fra brukermøtet er systematisert i ettertid. Fra brukernes side var det mye fokus på aktiviteter og det som finnes av tilbud. Tjenester som mangler – vente lenge på tilbud, pårørendeoppfølging, bli tatt på alvor og fulgt opp. Linda Øye – nestleder Mental Helse, var med på det første brukermøtet.

Sauda, Suldal, Etne og Vindafjord

Samling 1

Disse fire kommunene samarbeider om utvikling av gode pasientforløp. Tre av kommunene har intervjuet to brukere hver. De ønsker bedre samarbeid med Helse Fonna

Suldal kommune: Brukerne ønsker bedre samhandling mellom tjenestene, flere lavterskeltilbud og at det er lettere å få hjelp. Teamet ønsker at prosjektet er bedre forankret i ledelsen.

Etne kommune: Savner og trenger en ruskonsulent. NAV mangler kompetanse på rus, og det samme gjør psykisk helsetjenesten. Teamet har ikke fått intervjuet brukere før denne samlingen.

Vindafjord kommune. Har akkurat omorganisert, flyttet om på folk. Har fått to nye ruskonsulenter. Mål om å jobbe tettere med relevante samarbeidspartnere. Trenger bedre aktivitetstilbud til brukere med rus og psykisk lidelse. Trenger mer penger! Gjøre tjenestene mer tilgjengelige. Få tettere samarbeid med 2 linjen.

Sauda kommune: Ungdom blir fulgt tett opp av NAV. De har som mål å få ungdommene ut i arbeid. Det gir mindre rusing og bedre mental helse. Tettere samarbeid mellom alle aktører kan de bli bedre på. Må få ut mer informasjon til brukerne om hva slags tilbud de kan få. Kommunens brukerundersøkelser er ikke tilpasset brukere rus/psykisk helse. IP fungerer veldig dårlig, hvordan skal vi få det til å fungere?

Samling 2

Felles mål: Styrket samhandling mellom de fire kommunene, og større grad av synlighet for befolkningen slik at de vet hvor de skal henvende seg.

Ønsker å ha med DPS og brukerrepresentanter videre i dette nettverket. Har både felles og egne mål.

Mål, Suldal: Starte opp med KOR.

Kommunen ønsker systematisk tilbakemelding fra brukerne. Skal også begynne med lavterskeltilbud. Vil søke om prosjektmidler til kommunepsykolog.

Karmøy

Samling 1

Karmøy er en stor kommune. De har hatt to forskjellige prosjekt som har sett på de «vanskelige» pasientforløpene. Målsetting: Gjøre dem bedre! Teamet har en representant fra Karmøy DPS. Forbedringspotensial for brukermedvirkning på både individ og systemnivå er stort. Ønsker mere robuste tjenester - rus og psykisk helse sammen.

Samling 2

Mål:

1. Avklare målsetting med hver enkelt bruker: Spørre Hva er viktig for deg? Det som kommer frem skal inn i journal, og info skal gis videre til samarbeidspartnere.
2. Implementere brukerkunnskap i rus og psykisk helsetjenestene, og brukermedvirkning på systemnivå.

Kommunen vurderer å ansette rådgiver med brukererfaring. De vurderer også å etablere et system for brukerundersøkelser.

Mandal

Samling 1

Teamet har hatt to møter. De har fått med seg DPS, bestillerkontor, NAV og flere andre relevante aktører inn i teamet. Avdeling psykisk helse og rus ble slått sammen for et år siden. Oppdaget at de har mange bra tiltak da de kartla tjenestene, spesielt på forebygging! Både 1 og 2 linjetjenesten ønsker å forbedre samarbeidet. Resultat fra brukerundersøkelser: Brukerne var fornøyd med tjenestene. Men de har et forbedringspotensial når det gjelder bemanning og kontaktpersoner i ferier, bruk av individuell plan og bolig hvor brukerne opplever at det er for lang ventetid.

Samling 2

Mål: Bedre samhandlingen med annenlinjen, og internt i kommunen.

Teamet har en jobb å gjøre når det gjelder å lage SMARTE mål.

Deltakerne i teamet skal gå ut på sine respektive arbeidsplasser og kartlegge hva de driver med, og dele denne informasjon med hverandre i ettertid. Har lest veilederen Sammen og mestring og anbefalingene her. Vil finne røde tråder til egen praksis. Få ting på plass. Mangler noe på lavterskel innenfor psykisk helse. Hadde det tidligere. Har Fyrlyset som lavterskel rus, det har åpent 3 dager pr uke. Det ligner litt på det Kvinesdal tenker på å sette i gang. Har advokat tilstede, og frivillighetsentralen bidrar også med mange frivillige. Hensikten er å gi basale tjenester. Må si at du er rusavhengig for å komme inn! Har også et jobbtilbud – kalt for Jobben. De brukerne som er med her har egen inngang og egen lunsj på Fyrlyset.

Time og Klepp

Samling 1

Teamet har hatt tre møter. De ønsker å sette fokus på brukerne og har derfor 6 brukerrepresentanter. Dette har preget arbeidet. De vil vite hvor skoen trykker for brukerne. Har sendt brukerrepresentantene ut for å snakke med de andre brukerne. Stort sett fornøyd, men også områder som kan forbedres: Oppfølging av brukerne etter innleggelse, arbeid, aktiviteter, ansvarsgrupper, det at tjenestene har informasjon om hverandres tilbud, og informasjon om hvilke rettigheter brukerne har.

Samling 2

Mål:

1. Brukerne får informasjon om de rettighetene som de har.
2. Ansvarsgrupper, samt individuell plan, skal stå sentralt i tilbudet
3. NAV inviteres inn i forbedringsarbeidet

Mål nr 1 ble laget etter tilbakemeldinger fra brukerne. De ansatte må få opplæring i brukernes rettigheter slik at de kan gi informasjonen videre. Er på leting etter forbedringsverktøy: Hva kan passe for oss? Velger å legge vekt på ansvarsgruppemøter og ønsker i større grad å ta individuell plan i bruk. Ønsker målbare resultat. Har 4 ansatte og 6 brukere med forskjellige erfaringer rus og psykisk helse med i teamet.

Tilbakemeldinger fra brukerne: Dere MÅ jobbe mer med ettervernet og det manglende samarbeidet med NAV. Forslag fra brukerne: Still spørsmålene i forberedelsespakke 1 til NAV. Lederen i teamet er bevisst på hele tiden å ha fokus på det brukerne er opptatt av. Hva gjør det med teamet at brukere er med? De legger premissene og former hvordan ledelsen tenker og prioriteter arbeidet og planleggingen!! Lederne må jobbe med andre områder enn de ville valgt i utgangspunktet, etter at brukerne har uttalt seg. Har «endret hodet sitt» – brukerne legger premisser i langt høyere grad enn tidligere.

Kristiansand

Samling 1

Ble omorganisert i 2013 – rus og psykisk helsetjenestene ble slått sammen. Ser utfordringer når det gjelder avklaring av forventninger mellom de ulike nivåene. Dessuten er ikke boligtilbud til brukerne på plass når de skrives ut. Koordinatorrollen er uklar, individuell plan fungerer ikke, det blir brukt alt for lite. Spør seg selv hvorfor? Foretok to brukerintervju. Det var et ønske fra brukerne om at koordinator må ha mer myndighet inn i ansvarsgruppen. Kartlegging av brukerne er viktig, men det er enda viktigere å legge vekt på deres ressurser. Har to brukerrepresentanter i teamet - Erik og Lisa.

Samling 2

Mål:

1. Lage instruks/beskrivelse av koordinatorrollen
2. Utvikle flere samhandlingsarenaer

Beskrivelsen av koordinatorrollen skal være resultat av en bred prosess hvor alle sentrale aktører blir invitert til å delta.

Teamet har ikke brukerrepresentant, dette oppleves som utilfredsstillende.

Lyngdal, sammen med Sørlandet sykehus

Samling 1

Teamet består av ruskoordinator, leder for psykisk helse, tjenestekontoret og DPS. Brukerne har blitt intervjuet, og teamet har gjort alle oppgavene til samlingen! Blant annet kartlagt alt de har av

ressurser i kommunen. Har laget mål: Vil bli tydelige, tilgjengelige og tverrfaglige. Vil blant annet gi befolkningen mer informasjon om tilbudene som finnes.

Samling 2

Mål: At kommunen oppleves tilgjengelig, tydelig og tverrfaglig når det gjelder tilbud til personer med rusavhengighet og/eller alvorlige psykiske lidelser.

Kommunen har gjort en uformell spørreundersøkelse pr mail blant sine samarbeidspartnere. Har fått mange gode svar tilbake. Blant annet oppfordring om å ikke sende folk videre i systemet, og at de ikke hadde tillit til systemet.

(NB: Når det gjelder den nevnte spørreundersøkelsen så er det uklart om den også er sendt ut til brukerne, eller om det kun er til samarbeidspartnere?)

Farsund

Samling 1

Teamet har hatt 1 møte, og har gått gjennom de oppgavene de fikk før samlingen. Har blant annet intervjuet to brukere. Viktig tilbakemelding: Ønsker respekt! Representant for NAV, folkehelsekoordinator, leder i bofellesskap + noen flere er med i teamet. De har kartlagt samarbeid og har mye bra, men også noen utfordringer. De jobber mye med hverdagsrehabilitering, holdninger og kultur: Vi skal ikke fortelle brukerne hva som er viktig! Ønsker å satse på sysselsetting og aktivitet, bolig, og oppfølging i bolig. Må tenke langsiktig. Har mange «tunge brukere» som detter mellom alle stolene. Teamet ønsker å forbedre dette. Forebygging er viktig. Vil komme inn helt fra spedbarnsalderen. En i teamet er helsesøster og brenner for dette området. Hva gjør vi i ferier? Brukte ferievikarer og dette var positivt for de brukerne som var mest ensomme. Slapp å gå inn i de vanskelige samtale!

Samling 2

Har tatt utgangspunkt i sine egne brukerrepresentanter og deres synspunkter på – hva er viktig for deg? Hvordan skal vi få til en bra tjeneste? Kommunen planlegger en spørreundersøkelse blant alle brukerne. Den skal danne grunnlag for målformuleringer og resten av arbeidet i forbedringsteamet. Hva har vi som er bra og som vi kan bygge videre på? Har noen andre kommuner i nettverket utført en slik brukerundersøkelse? I så fall ønsker de tips til hvordan det kan gjøres. Brukerstyrt senter Midt-Norge er utfordret.

Flekkefjord

Samling 1

Har en ledelse som er opptatt av kvalitetsforbedring. Er med i alle de tre nettverkene. Teamet består av: Leder av NAV, leder psykisk helse, leder forvaltningsenheten, kommune(over?)legen, og to

erfaringskonsulenter. Har ikke representant for DPS i teamet, men ønsker veldig å ha det. Har jobbet med kartlegging av tjenestene og gjennomført noen intervju med brukere. Har i tillegg gjennomført dialogkonferanser med 50 pårørende og brukere. Dette er en årlig foreteelse! Kommunen har ikke akuttberedskap etter kl. 15.30, og ser noen utfordringer i samarbeidet med 2 linjen. Kommunen er opptatt av felles ansvar når det gjelder «tidlig inn», oppfølging etter utskrivelse og bolig.

Samling 2

Mål: Sikre gode pasientforløp.

Samarbeider med læringsnettverkene barn og unge, og eldre og kronisk syke. Skal samarbeide med disse teamene for å implementere Hva er viktig for deg-skjemaet.

Teamet ligger godt an når det gjelder forankring! De gjennomfører blant annet allmøter / dialogmøter med brukere.

Teamet har meldt seg på KOR kurs.

Kvinesdal

Samling 1

Teamet består av saksbehandler, ruskonsulent i NAV og enhetsleder. De har hatt tre møter og foretatt intervju med tre brukere: Stort sett fornøyd, sier samtidig at det er utrygghet på kveldstid og helger. De opplever å få lite informasjon fra sykehuset, og at de ikke blir behandlet som enkeltindivider. Individuell plan: Noen brukere sier nei takk. Et viktig spørsmål: Sier de nei fordi de får for liten informasjon om hva det er? Teamet vil jobbe mer med dette området. Ønsker også å jobbe med ambulant akutteam – få til noe felles med 2 linjetjenesten. De som jobber med brukerne i kommunen kjenner dem veldig godt. Prosjekt: Åpner flere døgnbemannede bofellesskap.

Utfordring: Vet ikke helt hvorfor de ble med i nettverket!! Flere kommuner i Listernetverket samarbeider, kanskje vi kan få til noe liknende?

Samling 2

To mål:

1. Implementere verktøy for å øke kvaliteten på samtale med brukerne
2. Åpne nytt lavterskeltilbud for rusavhengige.

Brukerne skal være med å bestemme innholdet i dette tilbudet som skal være åpent for alle, ingen vedtak, ikke medikament utdeling. En planleggingsgruppe med 10 brukere er nedsatt. Ulike typer fagpersoner skal inviteres til stedet for å yte tjenester til brukerne; f.eks. ruskonsulent fra NAV og sykepleier.

Teamet har meldt seg på KOR kurs.

Nettverk 3 Oslo

Nettverk 3 Oslo

Består av 16 kommuner fra Hordaland, sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Oppland, Hedmark og Akershus: Askøy, Voss, Eidfjord, Vaksdal, Årdal, Molde, Ålesund, Lillehammer, Øyer, Ringebu, Gausdal, Elverum, Nordre Land, Bamble, Asker

Ålesund

Samling 1

Ønsker å øke antall IP med 50 %. Har baseline med utgangspunkt i Brukerplan. Ønsker videre å bygge på suksessfaktorer, og jobbe systematisk med forbedringsarbeidet. Teamet har fått tilbakemelding fra brukerne om at tjenestene ikke henger sammen.

Samling 2

Jobber med økning av antall IP, og har gått mange runder på om alle forstår det samme med dette verktøyet. De ønsker seg mindre fragmenterte tjenester, og vil samkjøre seg bedre. De vet at brukere setter pris på dette.

Mål: 100 % av brukere som ønsker det, skal få IP, og alle skal bli spurt. De har en baseline, og kan måle antall IP hvert halvår. Videre skal de begynne å bruke Brukerplan, og kvalitativt måle gjennom Bruker Spør Bruker. Har søkt om midler til dette.

Elverum

Samling 1

Utfordringer innad i kommunen, fremstå som en helhet, ikke dytte brukerne mellom de ulike sektorene. Sliter med lang ventetid. Må være der når folk trenger hjelp og ikke 3 mnd. senere. Henvisningsrutiner er uklare for brukerne. Kunne vært bedre på tilbud til pårørende, og gruppetilbud.

Samling 2

Har økonomiske utfordringer for tiden så det er vanskelig å iverksette de stor endringene. Mål: Alle brukerne som kommer inn skal bli spurt om hva som er viktig for dem. Brukere i akutte psykiske kriser skal oppleve at tjenestene er sømløse. Skal bruke KOR, og brukerundersøkelser for å finne ut om målene nås.

Asker

Samling 1

Utfordring med overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommune. Har laget en formell avtale med Vestre Viken. Er inne på elektronisk meldesystem, men det er flere utfordringer her. Ser også mangler i forhold til kartleggingsverktøy, f.eks. når det gjelder voldrisikovurdering. Vil ha brukerne i fokus. Gjør strukturelle endringer i kommunen for å få til dette. Jobber hele tiden med samhandling. Har et recoveryverksted i samarbeid med HiV og HiB: Brukere med erfaring driver dette verkstedet. Møtes en gang pr mnd. Veldig fornøyd med dette tilbudet. Har sprunget ut mange arbeidsgrupper i forhold til områder som brukerne er opptatt av her.

Samling 2

Store omorganiseringer på gang: I 2015 slår de sammen rus og psykisk helse. I en sammenslåing er fokus recovery, og de har et eget recoveryverksted i samarbeid med HiB. Aksjonsforskning på samhandling gjøres sammen med høgskolen.

Mål: At Asker kommune skal bedre pasientforløpene i samarbeid med brukermiljøene.

Et delmål er å lage milepælsplan og beskrive brukerinvolvering, og hvordan gjennomføre retningsendringen: Hva er viktig for deg.

De synes sjekklisten i verktøykassen virker nyttig, og KOR oppfattes også som et bra verktøy. De skal implementere kartleggingsverktøy og dette er en stor jobb.

Asker deltar også i et annet nettverk: Vestregionen med 28 kommuner. De samarbeider blant annet med Hurum og Røyken for å se på pasienter som har alvorlige psykiske lidelser. Må prøve å «sy sammen» aktivitetene i de ulike nettverkene.

Aktørkartet er nyttig, og de vil bruke dette for å identifisere de kritiske punktene i et forløp. De er allerede i gang.

Øyer, Gausdal, Lillehammer og Ringebu

Samling 1

Disse fire kommunene samarbeider tett. De har både like og ulike utfordringer, og ulik organisering. Vil få mye ut av deltakelse i læringsnettverk (LN).

Lillehammer: Samarbeidet innad i kommunen er utfordrende. De har et eget brukerprosjekt og ønsker å lære seg å lytte, og spørre riktig. Stadig legges nye oppgaver til kommunen. Livet til brukerne foregår *mellom* møtene i tjenestene. Det glemmer vi ofte. Systematikk er viktig – samarbeidsavtaler mellom tjenestene, hvem gjør hva? Ønsker rett tjeneste til rett person. Avhengig av godt lederskap for å få dette til.

Øyer: Bedre pasientforløp i kommunen, arbeid og samarbeid, prioriteringer. Ønsker å opprettholde den fleksibiliteten de har i dag.

Ringebu: Er redd for å miste fleksibelt lavterskeltilbud oppi all systemtenkningen.

Gausdal: Får flere komplekse saker inn i kommunen. Er opptatt av ikke å lage flere langtidsbrukere. Må vi jobbe likt som spesialisthelsetjenesten?

Samling 2

Mål: Jobbe ut fra Hva er viktig for deg. Stort mål, vanskelig å svare på, må brytes ned til flere delmål.

Kommunene holder på med mange prosjekter på en gang, og de har sett at de har nytte av deltakelse i Nettverket. Utfordringen er å samle seg om felles mål. De løftet frem et case, hvor bruker ønsket flere timer med støttekontakt. Det var viktig for ham, men vanskelig å gi ham på grunn av strukturelle forhold i kommunen. Han fikk istedenfor tjenester som han ikke etterspurte og ikke ønsket Et godt eksempel på at hvis vi spør brukerne om hva som er viktig for dem så må vi også lytte og kanskje iverksette andre tiltak enn vi hadde tenkt i utgangspunktet.

Kommunene vil ta i bruk aktørkartet, og skal gjennomføre sin egen form for BsB. Hvordan oppleves tjenestene fra brukernes ståsted? Brukerrepresentantene har laget spørsmålene selv. Fagfolkene er veldig spente på hvordan dette blir.

Vaksdal, Eidfjord og Voss

Samling 1

Vaksdal: Liten kommune, svært opptatt av folkehelse og familie – har samlet mange tjenester på disse feltene. Mål: Best mulig livskvalitet hos innbyggerne. Bruker de ressursene vi har og jobbe på tvers for å få til gode løsninger.

Eidfjord: Jobber lavterskel med brukernes hverdag, vil være lette å få tak i. Ønsker å bygge opp gode rutiner internt med klar ansvarsfordeling.

Voss: Egen rus og psykisk helsetjeneste. Setter i gang grupper sammen med spesialisthelsetjenesten. Har lavterskel på psykisk helse, og ønsker også dette på rus. Jobber ut mot barnefamilier, har fått prosjektmidler. Dobbelt diagnoser - er på utkikk etter prosjektmidler. Voss DPS: Har noen pasientforløp allerede, men ønsker å sette de ut livet.

Samling 2

De tre kommunene diskuterer fortsatt mål, og de ønsker å ha felles mål. Derfor er diskusjonen viktig. De er små kommuner som må hjelpe hverandre. Har snakket om recovery, og det er viktig med holdningsskapende arbeid. Hvordan skal brukere kunne hjelpe seg selv best mulig er et viktig fokus. Recovery, hjelp til selvhjelp og forebygging er viktige tema de jobber med. Hvordan komme tidlig inn?

Askøy

Samling 1

Jobber med å legge om tjenestene - flyttet alle NAV tjenestene over i rus og psykisk helse. Er opptatt av å finne ut: Er det vi gjør til beste for brukerne, eller ikke? Pasientforløp ROP skal

implementeres nå. Hvor er vi? Hvor skal vi? Hva er gode henvisninger fra oss, og hvordan skal det være for å kunne ta brukerne tilbake på en god måte? Opptatt av forebygging. I gang med ny rusplan. Ønsker informasjon om pårørende arbeid fra de andre teamene. Barn, foreldre, søsken som pårørende.

Samling 2

Kommunen endret brukerrepresentant-begrepet til rådgivere med brukerkompetanse etter innspill fra Linda på forrige samling. Oppnådde stolte brukere!

Kvalitetsarbeidet i kommunen skal startes fra «scratch». Første skisse på hvordan et helhetlig og brukervennlig forløp kan se ut, skal lages. Målet er at spesialisthelsetjenesten (sht), pårørende og brukere skal kunne gå inn og se på planene for gode forløp, og at samarbeidet med sht og brukerne bedres. De har som mål å bli ferdige med planene ved Nettverkens slutt. I arbeidet vil de ta utgangspunkt i lovverk og retningslinjer, og lage modeller som sikrer kvalitet og treffsikkerhet samtidig.

Nordre Land

Samling 1

(Ingen i prosjektgruppen hadde, av en eller annen grunn notert det Nordre Land la frem på samling1.)

Samling 2

Rus er sentralt i denne kommunen på grunn av institusjonene og ettervern og bosetting etter oppholdene. Kommunen har to store rusinstitusjoner; Risby og Hov i land, og de har derfor flere innbyggere i kommunen med rusproblemer enn det som er vanlig. De har fått prosjektmidler de siste fire årene. Blant annet har de bygget opp et lavterskeltilbud som er åpent 4 timer hver onsdag. Teamet ønsker å kvalitetssikre tjenester på systemnivå. De vil blant annet se på gravide rusmisbrukere og lage rutiner, og målet er å forbedre det kommunale rustilbudet. Være forberedt på behovene når brukerne er skrevet ut og trenger hjelp. Har et kommunalt rusteam fra ulike tjenester som møtes ukentlig for koordinering av innsatsen. Lettere å samarbeide når man møtes ofte. Læringsnettverket skal brukes til å videreutvikle rusteamet: Lage retningslinjer for arbeidet, eks hvordan følger vi opp gravide rusmisbrukere, og styrke det interne samarbeidet.

Årdal

Samling 1

Årdal kommune har 6 brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, fire LAR pasienter og til sammen 44 brukere med psykiske lidelser. Er gode på lavterskeltilbud! Vil gjerne lære bort til andre. Jobber tett sammen med alle ressursene i kommunen. Brukerne: Tjenestene er alt

for oppdelt, men kommunen er gode på brukermedvirkning innad. Pårørende arbeid og individuell plan er de også gode på. Felles journal vil de lære noe om. Boliger er de ikke gode på. Ønsker å få til en koordinerende enhet. LAR regimet er for strengt. Dialogen i tjenestene utelukker brukeren. Ønsker å lære alt! Er veldig motivert.

Samling 2

De synes Askers Recoveryverksted er inspirerende å høre om. De har spurt innbyggere om hva de trenger, og informasjon er et nøkkelord. De tenker å forbedre informasjonsflyten og kvaliteten på informasjonen. På systemnivå ønsker de å ta grep slik at tjenestene blir tvunget til å samhandle. Håper det bli bedre ved å bruke IP aktivt, og utarbeide et system hvor brukerstemmen blir tatt med og hørt.

Målet er at tjenestene skal være tilgjengelige, trygge, med fokus på brukere og pårørende, og etablere dialog ift hva som fungerer og ikke fungerer. De planlegger å lage et lokalt nettverk hvis mål er å kartlegge hva som går bra i det nåværende pasientforløpet. De trenger å vedlikeholde gode tiltak, og må ha et system for å overføre det som fungerer. Pr i dag mangler de rutiner for å identifisere og beholde det som er bra.

Bamble kommune

Samling 1

Psykisk helsetjeneste ble slått sammen med rustjenesten. Det har de gjort med NAV også. De ønsker å se tjenestene i sammenheng, men dette er en utfordring. Må se på organiseringen for å utnytte ressursene på best mulig måte. Se på muligheter!! Har lav terskel, men er samtidig opptatt av å ha virksomme tjenester: Hva er det brukerne trenger? Komme i dialog med brukerne før de begynner å jobbe. Er også gode på friskvern! Har samlet mange aktiviteter i denne sektoren:

Folkehelsekoordinator, «Frisk Bris» - rehab i forhold til de som har falt ut. Jobber tett sammen med frivillige lag og organisasjoner. Mål: Hente erfaringer fra andre kommuner og jobbe best mulig med de tjenestene de har. Kjører en brukerundersøkelse årlig. Ønsker å presentere denne neste gang. Har også intervjuet brukere før de kom hit: Mye fungerer bra og tjenestene de får er de fornøyd med. Bli tatt på alvor. Etterlyser pårørende samtaler og samarbeid. Har en jobb å gjøre her. Savner også sosiale møtepunkter. Strever med det. Har jobbet mye med individuell plan og ansvarsgrupper.

Samling 2

Gikk inn i læringsnettverket impulsivt uten å ha tenkt så mye på forhånd hva de ville forbedre. Mange endringer og reformer er på gang, og de kjenner at de må bli flinkere til å bygge på et faglig grunnlag og se på egen praksis ift økonomi og fag.

Mål: Jobbe med implementering av recoverytenkning. 40 ansatte skal på recoverykurs. Og et motiverende intervjukurs. Ønsker et tett samarbeid med lokalt DPS. Ønsker å lage en utviklingsplan for de neste fire årene i forbedringsteamet som er tungt ledelsesforankret.

Hvordan måle? De ser at de klarer å endre retning i «hva er viktig for deg». Antakelse:

Medarbeiderne vil oppleve større trivsel når brukertilfredsheten blir større. Opplever pr i dag at IPLOS kartlegging tar mye krefter, og dessuten at det har et veldig negativt fokus. Teamet ønsker å jobbe med brukernes livskvalitet og egenmestring. Holdninger og verdier er viktig for eksempel i boligoppfølging: Det varierer for mye hvilke holdninger personalet viser overfor brukerne.

Molde

Samling 1

Prosjektgruppen er bredt sammensatt, blant annet med deltakere fra tildelingsenhet, kommunepsykolog, prosjektleder for ACT team som driftes av DPS. Forventninger til læringsnettverket: Mange har kommet mye lenger enn oss, ønsker å bli kjent med andre kommuner og lære.

Utfordringer: Har delt inn tjenester til rus og psykisk helse, det er en utfordring. Men har fått pris for tjenester til rusavhengige! Utfordringer: Få tjenestene til å samhandle og jobbe koordinert. Prosjekt over 4 år: Prøve ut nye samhandlingsmodeller. Behov for å lage overordnet målsetting og strategier. Ingen felles mål og plan. Brukerne: Har behov for å vite hvor de skal henvende seg, og lett tilgjengelighet til tjenestene. Brukerkompetansen må benyttes mer. Må lage strategier for hvordan trekke inn brukerne. Driver og kartlegger tjenesteprosessen ved hjelp av flyt. Legger ut en innbyggerundersøkelse i disse dager: Hvordan kan vi forbedre tjenestene? Hva er viktig for deg?

Samling 2

Kommunen er i gang med et omfattende fireårig prosjekt. Læringsnettverket er en del av dette store prosjektet. De ønsker å utarbeide overordnet mål for rus og psykisk helsetjenestene, samt ta tak i brukernes ressurser. De har i utgangspunktet delt tjenestene inn mange områder, så det er uoversiktlig både for brukere, pårørende og ansatte. Kommunen er klar til å prøve ut nye modeller og myndighetsstruktur, og ønsker tips til hvordan dette kan gjøres. Det er to år før de skal legge forslag frem for rådmannen og fire år til prosjektets slutt.

De har hatt konferanse for brukere, pårørende og ansatte om recovery. Over 1/3 av deltakerne var brukere og de var meget aktive. Før denne konferansen hadde de kartlagt behov og hatt innbyggerundersøkelsen om hva som er viktig.

NB: Molde har levert en meget god statusrapport før 2. samling.

Nettverk 4 Værnes

Nettverk 4 Værnes

Består av 7 kommuner fra Nord- og Sør-Trøndelag (her var det dessverre tre større kommuner som måtte trekke seg rett før oppstart grunnet omorganiseringsprosesser):

Melhus, Malvik, Ørland, Nærøy, Lekna, Vikna, Bindal.

Ørland

Samling 1

Ulik organisering og kultur i tjenestene gir utfordringer, blant annet at rus og psykisk helse er organisert i hver sin avd. Tjenestene har ingen felles rutiner og er heller ikke samlokalisert. Et mål i prosjektet er å styrke samhandlingen, blant annet med en felles samhandlingsarena. Et annet felles mål er reell brukermedvirkning i alle tjenestene. Teamet har intervjuet brukere og de oppgir å være fornøyd med tjenestene, men ønsker bedre samhandling mellom fastlegen og 2 linjetjenesten. Det er også et forbedringspotensial når det gjelder individuell plan, spesielt i oppfølgingen. Og brukerne ønsket konkret arbeid med mål.

Teamet opplever god forankring i leder og styringsgruppe, men mangler politisk forankring. De ønsker å formalisere rutiner og regler og jobbe med implementering av veiledere Sammen om mestring. Endringskompetanse er viktig. To enheter skal jobbe med dette.

Samling 2

Teamet har brukerrepresentant og er glad for det! Hårete mål: Etablere samhandlingsarena mellom rus og psyk helsetjeneste. Har ikke besluttet hvilke verktøy de skal bruke. Skal lage Smarte mål i en workshop. Ønsker tilbakemelding på forslaget.

Malvik

Samling 1

Kommunen samarbeider godt internt, men sliter med samarbeidet med 2 linjetjenesten. Bruker individuell plan i litt for liten grad, og ofte er det ikke brukers egen plan. Brukere blir litt redd for individuell plan når de erfarer at de blir prasket på tiltak som de ikke føler at de trenger.

Teamet har gjennomført 2 brukerintervjuer. Tilbakemeldingene er at samarbeidet internt i kommunen er godt, og at tilbudet oppleves fleksibilitet.

Samling 2

Kommunen skal gjennomføre en brukerundersøkelse ved hjelp av BrukerSpørBruker. Dette er en kostbar us. Hvordan har andre kommuner løst det? Pernille: Det finnes tilskuddsmidler i Helsedirektoratet som kommunene kan søke på.

En utfordring er at det ikke finnes lokale brukerorganisasjoner i kommunen. Teamet ønsker å prioritere å få opp interessen for dette blant brukerne i kommunen. Oppfordring fra Linda: De som ønsker å starte lokallag - ta kontakt med regionsekretærene i Mental Helse. Teamet har fått med brukerrepresentant nå.

Melhus

Samling 1

Teamet har god oversikt internt og eksternt siden den ikke er så stor. De har brukerrepresentant med i teamet, men mangler representasjon fra 2 linjetjenesten.

Mål: Økt samhandling innad mellom de ulike tjenestene i kommunen, og med brukere. Gode relasjoner er i fokus. Tjenestene er organisert ulikt og det kan oppleves som en utfordring, men er ikke en hindring for samarbeid. Et mål er også å øke samhandlingen og kjennskapet til de ulike tjenestene. Teamet opplever at kulturen må endres. Det er alt for mye prat uten brukere tilstede. Må fremstå med enhetlig overfor spesialisthelsetjenesten. Kommunen opplever å ha store forventninger til seg når det gjelder forebygging, barn, unge. Dette krever en bevisst prioritering.

Teamet har gjort fire intervjuer med brukere. Samlet svarer de at de er fornøyd, og at de opplever samhandlingen bra.

Samling 2

Hovedmål: Implementere Hva er *nyttig* for deg i tjenestene. Eller Hva er *viktig* for deg? Teamet inviterte alle til å diskutere hva som er nyttig for hvem? Viktig spørsmål som ble stilt: Hva er det nyttig at vi i helsetjenesten bidrar med i forhold til det som er viktig for brukerne?

Forventningsavklaringer med brukerne er både viktig og nyttig.

Delmål: Kartlegge hva i tjenestene som er nyttig og effektivt og allerede fungerer. Har valgt seg LEAN som verktøy. Skal «lean» tjenestene og identifisere utfordringer, styrker osv.

Leka, Bindal, Nærøy, Vikna og Kolvereid DPS

Samling 1

Samarbeidet består av de fire kommunene, og Kolvereid DPS. Til sammen er det 17 prosjekter, hvorav et er Samhandlingsteamet. Intervjuer med brukerrepresentanter er gjort. Brukerorganisasjonen Al-Anon har vært aktiv i utformingen av spørsmål. Bruker Spør Bruker er benyttet som metode. Brukerrepresentanten er utdannet som treningskontakt og bruker mye tid sammen med brukerne, blant annet gå tur. Fin anledning til gode samtaler. Dette har blitt en del av det faste tilbudet til kommunen. Utdanne treningskontakt er et alternativ til støttekontakt. Oppfordrer alle kommuner til å utdanne treningskontakter!

Samling 2

Reidun Korssjøen, leder for samarbeidsprosjektet mellom fire kommuner og Kolvereid DPS - Norges minste DPS i Norges minste by, la frem en fyldig presentasjon av bakgrunn og status i arbeidet. Samarbeidet (SIBYN) startet i 2010. Et av tiltakene er å bidra til å opprette lokallag for Mental Helse. Dette er nå oppe og står.

Kortversjon av fremlegget

Årsaker:

1. Samhandling gir bedre tjenester for brukere/pasienter
2. Hver for oss er vi for små til å ha tilstrekkelige tjenester
3. Brukere har lik rett til behandling med god kvalitet, uavhengig av hvor de bor

Veivalg:

1. Styrke og bygge på de ressursene de allerede har, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Mål: Varig drift- ikke bare prosjekt
2. Tiltakene skal henge sammen.
3. Nye tiltak skal tette hullene i nåværende tjenester

Suksesskriterier: Rådmenn og Helse-Sosialsjef sitter i styringsgruppa. Det er brukerrepresentanter i alle arbeidsgrupper

Mål

- Lav terskel for henvendelser ved vanskelige livssituasjoner/bekymringer ifht rus og psykisk helse problemer
- Et tilgjengelig og aktivt oppsøkende samhandlingsteam

Skulder ved skulder og veiledning er sentralt. Teamet er inspirert av Samhandlingsteamet i Bærum.

Nettverk 5 Tromsø

Nettverk 5 Tromsø.

Hamarøy, Steigen, Narvik, Andøy, Bø, Hadsel, Øksnes, Sortland, Lødingen, Gratangen, Tromsø

Steigen

Samling 1

Stor utfordring: Mangler aktivitetssenter for brukerne, spesielt ungdom. Store geografiske utfordringer, f.eks. når det gjelder transport. Kommunen har et brukerstyrt forum.

Samling 2

I motsetning til enkelte andre kommuner, er ikke politikere lett å få tak i her.

De sliter med å få samlet noe som helst og forankret noe. Hva ønsket de å jobbe med?

De vil samle ledelse i helse og NAV. De fikk en bestilling fra Nav, og det gjaldt flere LAR – brukere. NAV lurte på hvordan man skulle samhandle rundt LAR. De startet der, men LAR-gruppen er relativt liten. Det er et mål å utarbeide tverrfaglige rutiner mot målgruppen. De har Steigen –tunet. Der er alle helsetjenestene i kommunen under samme tak, men det er samhandlingen som mangler. Og spesielt innen de spesielle brukergruppene. Hva mangler de?

Hvordan er det forankret og hva mer trenger de. Miljøtjenester er tjenesten som er knyttet opp til alle områdene, og det er utfordrende. Men, de ser ikke så mørkt på det og de ønsker å utvikle dette i samarbeid med NAV.

Hamarøy:

Samling 1

Samarbeider med Steigen. Mangler aktivitetssenter, og trenger flere ansatte i rus og psykiskhelsetjenestene - har kun 1 person! Har bosatte flyktninger og videregående skole, dvs. mange ungdommer som ikke har noe å fylle tiden med etter skolen. DPS ligger 2-3 timer unna, og vi må kjøre brukerne dit. Poliklinikken med psykoseteam og ambulant team kan reise ut. Psykoseteam er mer brukt enn ambulant team.

Samling 2

Fikk tidlig forankret forbedringsarbeidet på rådmannsnivå. Begynte med å invitere samarbeidspartene. Men så meldte de fra at de har ikke kapasitet. Må man pålegge folk å delta i forbedringsarbeid for at det skal realiseres!

Vesentlige utfordringer. Bolig og aktivitetstilbud og nettverk. Noen å være i lag med.

Aktivitetsnettverk delt i to grupper; en mot bolig og en mot lavterskel. Skal kvalitetssikres før det

sendes oppover i administrasjonen. Tar med bruker og de som jobber i fagfeltene på råd. Har jobbet med dette i 20 år! Nå skal det realiseres!

Narvik, Bjerkvik distrikt

Samling 1

Bjerkvik er et distrikt i Narvik kommune. Der er det en person som jobber ut mot brukerne, sammen med fastlegen, samt psykiatrisk sykepleier. De kan ringe direkte til beredskapsteamet ved kriser, og de har to plasser med Ofoten psykiatriske senter. Et godt tilbud er Cafe Exit, og et verksted der de som er ruspåvirket kan få et gratis måltid. Vi vil jobbe opp mot samarbeidende ressurser og få mest mulig ut av tjenestene som helhet.

Samling 2

Full råderett over tiltak!

Tre bolker : full råderett over tiltak, og lokalt tilpasset, og gjennomføringskraft.

-Motiverende samtale som metode: Barth tok modellen og oversatte den til norsk, men trækker man feil kan det gå galt.

Råderett: Har man kanskje mål om total rusfrihet? Metode kan være motiverende samtale. Hvem skal ha full råderett. Hvem skal bestemme hvilken aktivitet som skal tilbys? La bruker få dyrke den interessen og aktiviteten som bruker tidligere har drevet med eller er motivert for. Tenk aktiv lytting og hør på bruker!

Lokal tilpasning: Hver dag jobbes det hardt for å få et tverrfaglig behandlingsteam.

Gjennomføringskraften: det å lykkes, hva krever det av forståelse? og hvordan bruke de aktivitetstilbud man har i kommunen? Eller, hvordan legge det opp når bruker vil drive hestesport i nabokommunen?

Tromsø kommune

Samling 1

Har ikke hatt noen møter i teamet før denne samlingen. Har et stort forbedringsteam - opp mot 18 personer, blant annet byrådsavdeling med bydelsoverlege, NAV, allmennlegetjenesten, tildelingskontor og miljøtjeneste. Har mange diskusjoner på en gang om hvordan de skal drive forbedringsarbeidet. Rådgiver byrådsavdelingen: Har jobbet godt med forankring opp mot UNN/Åsgård, fastlegetjenesten, NAV osv. Har gjort mange kartlegginger, bla ved hjelp av Brukerplan. Disse viser utfordringer knyttet til aktivitet og bolig. Tromsø kommune er stor, så en av utfordringene er å samordne seg innad. Vil bruke nettverket til å sy sammen alt de gjør på forbedringsarbeid i kommunen. Hva ønsker vi å forbedre oss på? Samhandling mellom kommunene

og helseforetaket, holdningsendring og konkrete samarbeidsavtaler står for tur. Skal jobbe med konkrete samarbeidsavtaler om innskriving og utskriving, spesielt for rusfeltet.

Har brukerråd og mye samarbeid med brukerorganisasjonene, holder på å ansette en med brukererfaring nå. Har brukt BrukerSpørBruker til å få frem brukernes synspunkter.

Samling 2

15 personer er med fra Tromsø. Denne gangen har de «gjort lekse si». De har sett på dette forbedringsarbeidet som et prosjekt, og gitt ulike roller ut fra prosjektmodelltenkning. De har satt sammen et forbedringsnettverk med folk fra UNN, kommunen og bruker og pårørende. Skal ha en samling før hvert Læringsnettverk.

De har mye fra før. Men, en utfordring er å få samlet alle aktørene og å lage felles mål for brukerne. En visjon er at brukere skal møte gode og helhetlige, og recovery-baserte tjenester, og de skal være forankret i kommunen.

Tre delmål er at recovery tenkning skal gjelde innen alle tjenester i kommunen, og alle som har rus -og psykiatriutfordringer skal sette egne mål, og de ansatte skal jobbe helhetlig. Det må være samsvar med Smarte mål, og de skal oppnås og måles. Starten er god.

Kulturer og holdninger er viktig, og recoverytenkning både i organisasjons-perspektiv og individperspektiv må være på plass.

- Se forbedringsarbeidet/nettverket som en stor skute og dreie den inn i riktig kurs. Med felles holdninger og god kultur.

Gratangen

Samling 1

Vanskelig å få fastlegene til å delta i samarbeidet. Har brukt Brukerplan og kartlagt egne brukere. Har mange tunge, eldre og kroniske brukere. Vanskelig å finne arbeid og sosialt nettverk til de unge. Ønsker å få til bedre samarbeid til legetjenesten, aktiviteter til brukere og de eldre pasientene. Er med i et prosjekt – individuell plan til alle som trenger det.

Kommunen grenser både til Troms og Nordland fylke og samarbeider begge veier. Dette er det et ønske om å rydde opp i. Brukerne må ofte reise langt hvis de skal ha kontakt med psykolog og få oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

Samling 2

En liten kommune som er oversiktlig.

IP er et overordnet mål.

Og økende antall og koordinering og samhandling innen kommunen.

Det er ikke noen egen tjeneste for denne gruppen, men de er inkludert i de andre tjenestene. De har frivillighetssentral og frisklivsenteral.

Aktivitet på dagtid er viktig, og et av målene er økt fysisk aktivitet,.

De prøver å være spesifikke og målbare.

Kosthold er et annet mål. Mange har et dårlig kosthold og de trenger kurs for å lage bra mat. Det med dagaktivitet er viktig og her er frivillighetssentralen sentral aktør.

De ønsker å lære motivasjonsarbeid av læringsnettverket . Hvordan få brukerne med?

- Innspill fra prosjektgruppen v/Linda: Hvorfor vil ikke brukere bruke aktivitetstilbudet. OBS! Vektøkning på grunn av medisiner... Kanskje er det feil med aktivitetene? Ikke mål dere i hjel?

Bø

Samling 1

Har god kompetanse og lang erfaring. Men kan bli bedre på systematisk brukermedvirkning, nettverksarbeid og aktivitetstilbud. Nedskjæring i kommuner skjer på samme tid som nedleggingen av spesialisthelsetjenesten. Problemet med Nordlandssykehuset er at de bygger ned tjenestene og det virker som om de ikke er interessert i å samarbeide med kommunen. Brukere med store omsorgsbehov får ikke den hjelpen de trenger.

Samling 2

Veldig smale mål. Trenger et mer visjonært mål. De er en liten kommune, og mener at samhandlingen er ekstremt bra siden de sitter i samme hus.

Hvordan beskytte hverandre og sine områder uten at det går utover bruker. Organisatoriske forhold i kommunen skal ikke være til hinder for mennesket! Hvordan konkretisere dette?

De har også mål ift KOR og at alle skal ha samtale med psykolog. Og det skal snakkes om familie og de skal ha fokusgrupper.

Hvordan organisere på systemnivå. Vil hente tilbakemelding fra brukerne om hva de tenker om organiseringen i kommunen.

Andøy

Samling 1

Teamet har hatt to møter og svart på forberedelsespakken. Fant ut at de faktisk har mange ressurser, men organiseringen fører til at det er lite samhandling på tvers. Har to døgnbemannede bofellesskap og flere som jobber innen psykisk helse. Legetjenesten – mange vikarer, får konsekvenser for tjenesten. Ønsker å få med rådmannsnivået til å gjøre noen endringer – ønsker samorganisering og samlokalisering av rus og psykisk helsetjenestene. Ønsker å opprette et aktivitetssenter, hadde det, men ble lagt ned. Ønsker å få til et fagnettverk i egen kommune. Ønsker mer brukerstyring. Har det på systemnivå, men ikke lokalt. Savner en kommuneoverlege som kan koordinere legetjenestene. De henviser mange pasienter, deltar ikke selv i samhandlingen. Mangler en boligsosial plan. Nedbygging av DPS merkes godt.

Samling 2

De har drøftet to mål som kan være smarte. Ut fra forbedringsmålene:

Slå sammen rus og psykisk helse i kommunen. I dag er de organisert to steder. Ved å slå sammen de to tjenestene vil tilbudet bedres. Uten store problemer.

Det andre målet er å starte et møtested. Et dag/ aktivitetssenter. Et dagtilbud for psykisk helse har de hatt tidligere. DPS tok over, og det i kommunen ble lagt ned. Så forsvant det i DPS. Derfor forsvant tilbudet. De har mange ideer til å fylle et aktivitetssenter. Med inspirasjon fra innlegget til Kjartan!

Sortland

Samling 1

Har med nyansatt psykolog og helsesøster i teamet. Helsesøster er blant annet opptatt av barn som pårørende. Hun møter mange av ungdommene som sliter. Ønsker seg et tett samarbeid med de andre tjenestene, faste møtepunkter. Ellers har kommunen dagsenter, samtaletjenester, miljøtjeneste, bofellesskap, og god samhandling med DPS og fastleger etc. Håndbøker og rutiner kan bli bedre. Alle ansatte har videreutdanning. Kjører brukerundersøkelser regelmessig. Har intervjuet pasienter. De ønsker hjelp til selvhjelp, hjelp til å mestre hverdagen bedre og mer informasjon. Teamet ønsker derfor å lage brosjyrer og annet info materiale. Ønsker også å lære seg KOR og ivareta barneperspektivet på en bedre måte. En stor utfordring at DPS bygges ned, var et av de beste i landet.

Samling 2

Mål som trekkes frem er at de er opptatt av samhandlingsarenaer for målgruppen. Startet undervisning i samarbeid med helsestasjon. Med brukerrepresentanter som kan være med på faglige diskusjoner.

Tilpassete og målrettede tjenester for de aktuelle gruppene!

Lødingen og Vesterålen hadde møte i går og de skal i 2016 ha en to dagers konferanse med brukerrepresentanter, og de vil få med de beste foreleserne.

De skal ha felles undervisning om KOR med en undervisningsdag, med nettverksarbeid på tvers av kommunen.

Øksnes

Samling 1

Teamet har med brukerrepresentant. Godt samhandlingsklima mellom forskjellige enheter som har med de samme pasientene å gjøre. Har mye på plass, god kompetanse, robust tjeneste. Møter fastlegen regelmessig. Har mange prosjektet gående samtidig, f.eks. Psykiater på deling, fattigdomsforebygging, «ungdoms SFO». Brukerne påpeker skuffede forventninger når positive prosjekt opphører! Hvis de ikke blir implementert i drift har de liten verdi på lengre sikt. Utfordring: Har elektronisk IP, men mange tekniske problem. Stor bekymring: Hva skjer i Vesterålen DPS? Kommunen opplever også at de har en jobb å gjøre med å lage en oversikt over tilbudet – og gjøre denne informasjonen tilgjengelig, også for brukerne.

Samling 2

De har funnet fem smarte mål: To av dem er:

Skal bruke KOR

Skal få til bedre samhandling med NAV, for det er de som er ansvarlige for bolig og jobb, som er helt sentralt. De har derfor fått med to personer fra NAV i nettverket.

Lødingen

Samling 1

3 personer driver rus og psykisk helsetjenesten. Har veldig godt samarbeid med fastlegene. Største utfordringer er opp mot DPS og UNN. Transport er en stor utfordring, store avstander og mange som må fraktes rundt. Har flere og flere eldre rusmisbrukere. Ungdommene forsvinner ut de gamle med psykiske lidelser blir igjen. Må få til bedre samarbeid med brukerorganisasjonene.

Samling 2

Har lavterskeltilbud på både rus og psykiatri, det er de stolte av.

De er en liten kommune og det er vanskelig for de som sliter å stikke hodet frem. I veldig små kommunene kan det være vanskelig å stå frem med problemene sine. Man blir så veldig synlig. Og blir lett stigmatisert.

De har et godt møtelokale og de diskuterer hvordan de kan lage et nettverk slik at de kan støtte hverandre. Men, en utfordring er når en bruker kommer ut fra behandling. Og kanskje

kontaktpersonen i kommunen er på ferie ol. Det er behov for et mottaksapparat når de kommer fra institusjon. En kompis eller en person som tar tak i bruker når han/hun kommer hjem.

Hvordan få forbedringstiltakene implementert hos ledere og i kommunen?

Det er kjempeok å være med i nettverket.

Kommentar: Man tilhører en familie og har et nettverk å tenke på, og det er ikke alltid å lett på grunn av stigmaet man skaper.

- En deltaker fra Hassel: Har vært pårørende i 20 år, og det er utfordrende, spesielt når man selv er offentlig ansatt. Mye man ikke kan si og mene på grunn av sin stilling. Men, det som har vært godt har vært klapp på skulderen av naboer og andre folk. De med mest motstand og innvendinger mot å mene noe, har vært kolleger og ansatte.
- Brukerrepr:

Holdninger! En stor utfordring. Bruk Linda!

- LINDA: Antistigmaarbeid! Hun gikk først i en felle, og rettet seg først arbeidet mot ansatte. Men så fant hun ut at man må fange bredt- mannen i gaten og jobben, og flere steder samtidig. Og ikke bare i forhold til en gruppe, men kanskje flere grupper samtidig. Ikke bare mental helse men også rus.
- Det var en gang en underskriftkampanje mot å ha brukere i «sin bakgård». Ordføreren møtte dem og spurte heller om hvordan innbyggeren ville hatt tilbudet hvis deres barn fikk problemer... det ble et bra samarbeid!

Hadsel

Samling 1

Største utfordring rus og psykisk helse: Fordelt på 4 øyer. Vanskelig med kommunikasjon. Har to legesentre. Helsesøster jobber med familie og nettverk. Godt samarbeid med legene. Har ikke psykolog/psykiater, det savnes. Intervju med brukere: Stor sett fornøyd med samarbeidet, men tjenestene burde ha vært bedre på samhandling innad i kommunen, med spesialisthelsetjenesten, og med NAV. Har 13 årsverk, 10 i en bolig. Utekontakt/ruskonsulent er nettopp ansatt for å møte ungdommene. De som jobber i bolig og de som er ute skal slås sammen og få felles turnus. Startet nytt boligprosjekt. Brukerne etterspør mer sosiale aktiviteter, dagtilbud, cafe osv. Har startet med elektronisk IP, og har søkt om midler til et brukerstyrt dagtilbud.

Leder LPP Vesterålen er deltaker i teamet og presenterte følgende ønsker til tjenestene:

Bedre kommunikasjon med brukerorganisasjonene

Bedre kommunikasjon mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Flere aktivitetstilbud

Egnet bolig

Møteplasser/sosiale tiltak

Kompetanseheving blant ansatte

Flere ansatte. Her må brukerorganisasjonene jobbe opp mot politikerne.

Hjelper ikke med diagnose hvis du ikke har bolig og ikke nettverk!

Samling 2

De planlegger et prosjekt om en sosial møteplass og det er mange brukere som etterspør dette. Der ønsker de at det etterhvert blir brukerstyrt. Og alle smart- prinsipper er fulgt. En utekontakt/ ruskonsulent i 100 prosent stilling er også innvilget.

Fått prosjektmidler, og har ikke startet ennå. Brukere kommer med fra starten av.

Har søkt om midlene fra Hdir.

Kommentar fra Vidar fra Marborg: Mange fra Rio og Marborg er tilstede i læringsnettverket, og det er bare å ta kontakt!

Brukerstyring betyr imidlertid ikke at de skal bestemme hva slags middag som skal serveres på dagsenteret, eller detaljer i aktivitetstilbudet. Det betyr at brukere gjennom sine organisasjoner legger føringer for hva slags tilbud man skal gi.

- TIPS: Extra stiftelsen har masse midler og alle kan søke i poten for rehabiliteringsmidler.

Brukerorganisasjonen Marborg

Samling 1

Marborg har akkurat feiret 10 årssjubleum og er veldig aktive i Nord-Norge. Organisasjonen driver blant annet rusfrie cafeer. De vil gjerne bidra med kompetanse til kommuner som ønsker å starte slike cafeer. Et faglig synspunkt er at rus og psykiske lidelser ikke bør bli slått sammen slik det blir nå i alle overordnede helsepolitiske føringer. De opplever også at psykiske lidelser blir prioritert høyere enn rusavhengighet.

Tredje samlinger:

På de tredje samlingene i læringsnettverkene la vi opp til at alle kommunene skulle presentere sitt arbeid for hverandre i mindre grupper. I tillegg var det på hver samling 3-5 kommuner som ønsket å holde et innlegg i plenum.

Fjerde samling – avsluttende konferanse

Den fjerde samlingen var felles for alle kommuner i alle de fem læringsnettverkene, samt kommunene som var med i «God samhandling for barn og unge». Samlingen ble avholdt 2. – 3. desember 2015 med nær 300 deltagere fra 57 kommuner, samt fra noen Helseforetak. Her fikk flere kommuner presentert sitt arbeid i plenum, fra voksennettverket Klepp og Bydel Gamle Oslo.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009).
2. Hanssen G, Helgesen M. Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren? 2012:26. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2012. (NIBR-rapport 2012:26).
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Pasientens helsetjeneste [pressemelding]. Helse- og omsorgsdepartementet. [Oppdatert 07. jan. 2014; Lest 21. apr. 2015]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter. Lovdata. [Lest 05.08.2015]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Lovdata. [Lest 28.07.2015]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Lovdata.no. [Oppdatert 17.01.2013; Lest 04.05.2015]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>.
10. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014. Oppsummering – Status for samhandlingsreformen etter 3 år. <http://fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Nasjonalt%20nettverk%20-%20statusrapport/Nasjonalt%20nettverk%20Statusrapport%20171214.pdf>: Fylkesmannen.no; 2014

11. Eiring Ø, landmark B, Aas E, Salkeld G, Nylenna M, Nytrøen K. What matters to patients? A systematic review of preferences for medication-associated outcomes in mental disorders. *BMJ Open* 2015; 5(4):<http://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e007848.full>.
12. Steinsbekk A, Westerlund H, Bjørgen D, Rise M. Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2013;50(1):2-5.
13. Høverstad L, Fürst R. Fra passiv mottaker til aktiv deltaker - hverdagsrehabilitering i norske kommuner. nr. 134027 KS; 2014. (KS FoU-prosjekt Sluttrapport).
14. Kjellberg P, Kjellberg J, Ibsen R, Christensen L. Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010. *Ergoterapeuten* 2012;01.
15. Pettersen KS, Rudningen G. Samspill eller svarteperspill. En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med ROP-lidelser med voldsproblematikk. *Arbeidsforskningsinstituttet*; 2014. (AFi-rapport 10/2014).
16. Ose S, Slettebak R. Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF; 2014. (SINTEF A25834).
<http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/rapport-a25834.pdf>
17. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. IS-2076.
18. Helsedirektoratet. Rus- og psykiske lidelser. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser. Helsedirektoratet. [Oppdatert 01.03.2012; Lest 05.08.2015]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelser>.
19. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 03/2012. (IS-1948).
20. PsykNytt. Her finner du behandlingslinjer (pasientforløp) for psykoser. Helsebiblioteket. [Lest 06.08.2015]. Tilgjengelig fra: <https://psyknyheter.wordpress.com/2015/03/09/her-finner-du-behandlingslinjer-pasientforlop-for-psykose/>.
21. Sandvik P. Standardisert pasientforløp: Psykoser hos voksne. Hovedforløp. St. Olavs Hospital/Divisjon Psykisk Helsevern. [Lest 06.08.2015]. Tilgjengelig fra:

http://www.helse-midt.no/ftp/stolav/eqspubli/public/pasientforlop/docs/doc_26544/index.html.

22. PsykNytt. Nytt pasientforløp (behandlingslinje) for personlighetsforstyrrelser. Helsebiblioteket. [Lest 07.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/nytt-pasientforlop-behandlingslinje-for-personlighetsforstyrrelser>.
23. Grimsmo A. Pasientforløp for rehabiliteringspasienten. Utfordringer i skjæringspunktet mellom standardiserte forløp og individualiserte tjenester. Grimsmo/NTNU. [Lest 06.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/FAG/Rehabilitering/Dokumenter/Rehabkonferansen%202012/Anders%20Grimsmo.%20Pasientforl%C3%B8p%20for%20rehabiliteringspasienten.pdf>.
24. Bakke T, Udness E, Harboe I. Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011. (Rapport fra Kunnskapssenteret - Systematisk oversikt nr 23 - 2011).
25. Moland L, Lien L, Nygård L, Hofstad T. Læringsnettverk og innovasjon i kommunene. 2013. Oslo
Fafo; 2013. (Fafo-rapport 2013:52).
26. Øvretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, D G, K M, et al. Quality collaboratives: lessons from research. Qual Saf Health Care 2002(11 (4)):345-351.
27. Bakke T, Udness E. Håndbok i læringsnettverk. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/h%C3%A5ndbok-i-l%C3%A6ringsnettverk>.
28. Valla B. Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre. 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
29. Borg M, Karlsson B, Stenhammer A. Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling. Drammen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; 2013. (Rapport nr 4/2013).
30. Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Diakonhjemmet sykehus. [Lest 10.08.2015]. Tilgjengelig fra: http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/Helsepersonell/nasjonal-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/_1737|2003.
31. Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Patient Specific Functional Scale (PSFS).[Lest 10.08.2015]. Tilgjengelig fra: :

<http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/Helsepersonell/nasjonal-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/1737|2371>.

32. Ihlen Ø, Robstad P. Informasjon og samfunnskontakt: perspektiver og praksis. Oslo: Fagbokforlaget; 2004.
33. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Brudvik M, et al. Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. [Lest 04.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid>.
34. ImROCK. ImROC Recovery College Network. ImROCK. [Lest 04.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.imroc.org/get-involved/imroc-recovery-college-network/>.
35. helsearbeid Nkfp. Recovery. NAPHA. [Oppdatert 12.08.2010; Lest 04.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.napha.no/content/13883/Recovery>.
36. Powell A, Rushmer R, Davies H. A systematic narrative review of quality improvement models in health care NHA Quality Improvement Scotland; 2008