

NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID



NI SUKSESSHISTORIER

– Samhandling om psykisk helse



Utgitt: 2012

ISBN 978-82-7570-300-0 (Trykt) | ISBN 978-82-7570-301-7 (PDF)

Redaksjonsgruppe: Ragnhild Krogvig Karlsen, Anne Kristiansen Rønning, Roald Lund Fleiner, Gretha Evensen, Helle Wessel Andersson, Trond Hatling, Vidar Bjørn, Olav Bremnes, med bistand fra Helsedirektoratet.

Tekst og redigering: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Design: Melkeveien Designkontor AS **Trykk:** Rolf Ottesen Grafisk AS

NI SUKSESSHISTORIER

– Samhandling om psykisk helse

INNHOOLD

FORORD 6

INNLEDNING..... 8

1 TIDLIG UTE MED TILPASSET HJELP 12

REPORTASJE: KRAFT Notodden – raske tiltak,
lite byråkrati..... 14

BAKGRUNN: Recovery 28

REPORTASJE: Samhandlingsposten i Kragerø
– lavterskel døgnpost med nærhet
til brukerne..... 30

BAKGRUNN: Pårørende – en viktig
samarbeidspart..... 44

BAKGRUNN: Felles journal gir enklere tilgang til
nødvendige helseopplysninger 45

REPORTASJE: Ambulant akuttfunksjon
i Hordaland – tidlig intervensjon ved alvorlig
psykisk sykdom..... 46

BAKGRUNN: Nytt å gi tidlig hjelp 53



2 TJENESTER SOM HENGER SAMMEN 54

REPORTASJE: Samhandlingsprosjektet
Psykisk Helse i Nord-Trøndelag 56

BAKGRUNN: Praksiskonsulentordningen 65

REPORTASJE: Leistad etterbehandling
– kommunalt helsehus for etterbehandling
av døgninnlagte pasienter 66

REPORTASJE: Fosen-Teamet og kommunene
– ambulant akuttfunksjon (AAT)..... 76

BAKGRUNN: Lokalbasert psykisk helsearbeid
og hjemmebehandling 89

BAKGRUNN: Forskrift om habilitering og
rehabilitering, individuell plan og koordinator... 92

EKSEMPEL: Samhandlingsprosjekt Salten
– veien mot det ideelle pasientforløp..... 94

EKSEMPEL: Oslo får felles web-basert
IP-løsning..... 96

BAKGRUNN: Individuell plan (IP): En rettighet
og et verktøy for samhandling 98



3 HJELP DER FOLK BOR.....100

REPORTASJE: Ytre Sunnhordland samhandlings-
team (YSS) – tverrfaglig team på brukerens
arena.....102

BAKGRUNN: ACT– aktivt oppsøkende
behandling i lokalmiljøet.....114

BAKGRUNN: Integrert behandling av rus
og psykiske lidelser.....116

BAKGRUNN: Motiverende samtale/
Motiverende intervju (MI).....118

BAKGRUNN: Arbeid med støtte119

BAKGRUNN: Ny nasjonal strategi for økt
frivillighet i psykiske helsetjenester
(2012–2015).....121

BAKGRUNN: Høyt antall reinnleggelser.....121

4 SAMMEN OM BEDRE TJENESTER.....122

REPORTASJE: Romeriksprosjektet – tett kontakt og
samhandling mellom de ordinære tjenestene...124

BAKGRUNN: Åpen dialog i nettverksmøter139

EKSEMPEL: Samhandling mellom psykiatri
og rus i Vestfold142

BAKGRUNN: Brukermedvirkning – viktig når
man skal samhandle.....144

BAKGRUNN: Å lære av andres prosjekter.....146

REPORTASJE: «SAMSA» – Kompetanseutveksling
mellom sykehjem og alderspsykiatriske
avdelinger148

BAKGRUNN: Eldre og psykiske lidelser.....157

FORORD

Målet med heftet er å presentere gode modeller for samhandling – til inspirasjon for fagfolk og ledere som ønsker å bidra til at brukerne får et enda bedre tilbud. Prosjektene som er valgt ut til publikasjonen har mottatt midler fra Helsedirektoratet som del av Tilskuddsordningen til utvikling av organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet. Prosjektene retter seg mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusmiddelmisbruk, som over tid har behov for et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud.



– Reportasjene i heftet er ment som en inspirasjonskilde, ikke som en oppskriftsbok.

TROND HATLING, LEDER NAPHA

Det ble opprettet to ordninger (ACT og samhandlingsmodeller) med årlig bevilgning på 50 millioner kroner for å stimulere til utvikling og styrking av tjenestetilbudet for denne gruppen innen psykisk helsefeltet, inkludert rus og NAV.

Utarbeidelsen av heftet er en del av NAPHAs øvrige oppdrag i forhold til samhandlingsprosjektene og ACT. Heftet er utviklet på oppdrag fra, og i nært samarbeid med Helsedirektoratet.

Reportasjene i heftet er ment som en inspirasjonskilde, ikke som en oppskriftsbok. De gir kunnskap om hva andre har strevd med, hva som har motivert og inspirert, hva andre har fått til og hvordan de har fått det til. Faglige artikler i heftet understøtter viktige elementer i reportasjene.

De lokale forholdene varierer. Derfor må også eksemplene være forskjellige. Reportasjene gir ikke et utfyllende bilde av hva enkeltprosjektene har fått til. I noen tilfeller har vi valgt å legge vekt på at brukerstemmen blir hørt, og at pårørendes erfaringer kommer frem, mens vi i andre prosjekt vektlegger fagutøverens erfaringer.

Samhandlingsmodellene som presenteres tar utgangspunkt i brukernes behov for tjenester. Inspirasjonsheftet er knyttet opp mot samhandlingsreformen, og de utfordringene tjenestene står overfor etter at reformen trådte i kraft i 2012. Prosjektene representerer fire kategorier/fokusområder:

- Tidlig ute med tilpasset hjelp
- Tjenester som henger sammen
- Hjelp der folk bor
- Sammen om bedre tjenester

I tråd med samhandlingsreformens og tilskuddsordningens ånd er både spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenestetilbudet heftets målgruppe. Målet er at både fagutøvere og beslutningstakere i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, ansatte i NAV, brukerorganisasjoner og andre interessegrupper leser heftet, og lar seg inspirere til å utvikle sin tjeneste til å bli en del av et samkjørt, helhetlig tilbud til brukerne.

Vi vil rette en stor takk til de brukerne av tjenestene som har stilt sin kompetanse til rådighet, og til fagfolk som på vegne av sine prosjekter har delt av sin tid og sine erfaringer for å gjøre reportasjene i dette heftet mulig.

En gruppe bestående av representanter fra prosjektene, brukerorganisasjoner og Helsedirektoratet har bistått oss i utviklingen av heftet.

Vi vil ønske lykke til med lesingen, og med utviklingen av nettopp din tjeneste til å bli en del av et helhetlig og sammenhengende tilbud til brukeren.

Trond Hatling
Leder NAPHA





INNLEDNING

Tross omfattende satsing på psykisk helsefeltet, opplever mange brukere med behov for omfattende tjenester at de må forholde seg til et system som består av mange deler som ikke henger sammen.

Helsemyndighetenes satsinger har gitt gode fagfolk og ledere ute i tjenestene rom for å utvikle nye samhandlingsformer. Ved å samle og beskrive erfaringene kan vi lettere peke ut retningen fremover.

1.1 HVA ER UTFORDRINGEN?

Fragmentering på alle nivåer

Hovedutfordringene samhandlingsreformen pekte på, var at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke ble besvart godt nok. Tjenestene framsto for ofte som fragmenterte. Den manglende samhandlingen finnes både mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, og innen hvert av tjenestenivåene. At tjenestene framstår som fragmenterte er igjen blitt forklart med at man har forskjellig regelverk, kulturer preget av ulikt syn på hva som virker, og ikke minst forskjeller i ressurser, som tid og kompetanse.

Skjevhet i maktforhold

For å oppnå reell samhandling og utvikling av samhandlingskompetanse, er det viktig at tjenestutøvere har god kjennskap både til de kommunale helse- og sosialtjenestene og til tilbudene i spesialisthelsetjenesten. De må ha en felles forståelse av hva brukerne/ pasientene trenger av samtidige tjenester. Dette skapes best ved å opparbeide gjensidig respekt gjennom dialog, kontinuerlig samarbeid og felles kompetanseutvikling mellom utøver og den enkelte bruker/pasient, og mellom utøvere i ulike tjenester. Prosjektene beskrevet i dette heftet er alle eksempler på slike skaperprosesser.

Behov for flere samsoner

Med den betydelige oppbyggingen av kompetanse i det kommunale psykiske helsearbeidet, gjennom

Opptrappingsplanen, og som konsekvens av samhandlingsreformens endrede kommunerolle, er det nå et behov for å utvikle en ny arbeidsdeling mellom det psykiske helsevernet og kommunen. Store ulikheter i kompetansenivå mellom kommuner, og tilsvarende mellom DPS, gjør at ansvars- og oppgavefordelingen må avklares lokalt.

Hvem trenger omfattende tjenester?

For at en skal dra nytte av det ordinære helsetilbudet forutsettes ofte en stabil bosituasjon, evne til å omgås andre, ta initiativ, planlegge, organisere og følge opp avtaler. Noen mennesker med alvorlig psykisk lidelse har så store problemer på sentrale livsområder at de mangler disse forutsetningene. Livet kan i perioder preges av ustabilitet og behov for bistand på flere områder. Rusmisbruk eller andre tilleggsproblemer som kognitiv svikt kan gjøre livssituasjonen enda vanskeligere.

Deres livssituasjon gjør også at de ofte vil ha behov fra flere tjenester, over lang tid. I kommunen involverer dette ofte fastleger, NAV og psykisk helsetjenester, samt poliklinikk, døgntilbud og ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten. For å nå denne gruppen mennesker med relevant bistand må derfor en lang rekke tjenester tilrettelegge, koordinere og samordne sitt tilbud på en helt annen måte enn i dag.

1.2 HVA ER SAMHANDLING?

Samhandling innen helse- og omsorgstjenestene kan forstås som en måte å organisere samarbeid på, der man handler sammen i fellesskap. Samhandling innebærer at helsearbeidere søker å skape sammenhengende tjenester, med felles ressurser, på tvers av sektorer og tjenestested.

Samhandling forutsetter nødvendige avklaringer

med bruker om hva som er hans/hennes behov, og forventninger om bistand. Samtidig må tjenesteyternes forventninger til hverandres bidrag avklares. Dette oppnås best ved å opparbeide gjensidig respekt gjennom dialog, kontinuerlig samarbeid og felles kompetanseutvikling. Respekt for hverandre utvikles i samhandlingssonen mellom utøver og den enkelte bruker/pasient, og mellom utøvere i ulike tjenester.

Det er viktig at alle parter, brukere og tjenesteytere, «kommer til sin rett», og opplever å komme til med sin kompetanse.

1.3 TILSKUDDSDORDNING

I statsbudsjettet for 2009 ble det stilt 50 millioner kroner til disposisjon til utvikling av organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller, og til etablering av aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell. Prosjektene vi beskriver har alle fått midler gjennom denne tilskuddsordningen, som har en anslått varighet på 3–5 år, med forbehold om Stortingets godkjenning. Søknader kan bli innvilget med inntil kr 1 000 000.

I 2011 var 156 kommuner involvert i satsingen, og 54 prosjekter fikk midler, mens 58 prosjekt mottok midler i 2012. Helsedirektoratet har ansvaret for å gjennomføre satsingen. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunen (NAPHA) bistår direktoratet i dette arbeidet.

Mål og målgruppe

Mål for ordningen er å bidra til utvikling av organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak. Som et resultat av at tjenestene blir samordnet og koordinert etter ny modell skal brukeren oppleve økt mestring, fungering og integrering i lokalsamfunnet, inkludert forhold

knyttet til det å bo. Spesialisthelsetjenesten skal kontinuerlig bistå kommunene i dette arbeidet.

Målgruppen er mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddel-misbruk, kognitiv svikt m. v, med langvarige og sammensatte behov for et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud jf. St.prp. nr. 1 (2008– 2009).

Organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller

Helsedirektoratet har gjennom tilskuddsordningen ønsket å stimulere til utvikling av samhandlingsmodeller som sikrer en tilfredsstillende behandling og oppfølging av personer med sammensatte behov. En forutsetning for god samhandling mellom nivåene er at både kommunen og spesialisthelsetjenesten samkjører og koordinerer egne tilbud, og at det sikres gode utskrivningsrutiner fra døgnopphold i psykisk helsevern til kommunen. Det er i utlysningen listet opp en rekke prosesser søknadene kan være rettet mot.

NAV har en sentral rolle

Mennesker i målgruppen for tilskuddsordningen vil trenge bistand fra kommune- og spesialisthelsetjeneste. Ansatte i den kommunale sosialtjenesten i NAV representerer ofte kontinuiteten i kontakten med hjelpeapparatet. Tjenesten har viktige lovpålagte ansvarsområder ovenfor målgruppen, som økonomiske ytelser, forvaltning av trygd, framskaffelse av bolig, henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (inkl. legemiddelassistert rehabilitering), oppfølging av rusavhengige, sysselsetting, individuell plan m.v. Helhetlig behandling og rehabilitering vil for denne gruppen ofte innebære tett sosialfaglig oppfølging. Utvikling av nye samhandlingsmodeller bør derfor også ha fokus på samarbeid med NAV.

Minimumskriterier for tildeling av tilskudd

Helsedirektoratet ønsker å stimulere til utvikling av mer effektive og fleksible samhandlingsmodeller

og legger ellers få kriterier til grunn for tildeling av tilskudd. Les mer på Helsedirektoratets sider: www.helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/samhandlingsmodeller-mellom-kommuner-og-helseforetak-for-tjenester-innen-psykisk-helsefeltet.aspx.

1.4 VEIEN VIDERE

Samhandlingsmodellene i dette heftet er eksempler på nye løsninger, ofte på tvers av tradisjonelle ansvars- og tjenestenivåer. Selv om det ikke er gjennomført noen systematisk evaluering av samhandlingsprosjektene i heftet, vil vi likevel peke på noen faktorer som har vært viktige:

Anerkjenne ulike kompetanse

- Brukere og pårørende er sentrale i valg av konkrete individtilpassede, ressursorienterte løsninger, gjerne i hjemmemiljøet. Spesialistkompetansen styrker, støtter og fyller ut kommunal kompetanse.
- Tradisjonelle spesialisthelsetjenester spisses, i utradisjonell forstand, i form av å gjøre spesialistkompetanse tilgjengelig der folk er, når problemene oppstår.
- Brukers kompetanse på eget liv anerkjennes i samarbeidet mellom brukere og fagfolk.
- Kommunal kompetanse får status som likeverdig med tradisjonell spesialistkompetanse. Beslutningene tas i fellesskap, av likeverdige parter.
- Viktigst av alt: Modellene viser eksempler på hvordan ulike kompetanse anvendes tidlig og samtidig, uavhengig av behandlingsansvar og «oppholdstype».

Lære av hverandre

Forutsetningen for å lykkes i utviklingen av nye forpliktende samhandlingsmodeller er, i tillegg til respekt for ulikt ståsted, kompetanse på hva endring krever og tro på at det er mulig. Vi må ha vilje til å lære av hverandre og ha tålmodighet til å tåle at systemendring er krevende og tar tid. ●

HELSE- OG OMSORGSTJENESTE-LOVEN OM SAMHANDLING OG SAMARBEID

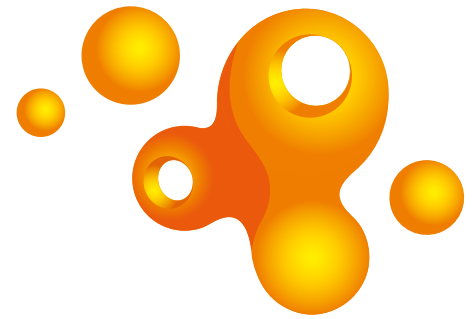
- Kommunen har plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester etter loven. Kommunen har også plikt til å samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat for å få til best mulig helse- og omsorgstjenester, jf. § 3–4.
- Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, jf § 4–1 a.
- Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner, jf. § 6–6.
- Etter lovens § 6–1 er kommunestyret forpliktet til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen, eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.
- Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av samarbeidsavtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene. Det skal inngås samarbeidsavtaler for alle fagområder, både rus, psykisk helse og somatikk.

ANNEN AKTUELL LOVGIVNING:

- Spesialisthelsetjenestens ansvar for samhandling og samarbeid med kommunen følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2–1 e).
- Helsepersonelloven regulerer plikt for helsepersonell til å gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten, jf §§ 32 og 38 a).

SÆRLIG OM KOMMUNENS ANSVAR FOR Å GI HJELP MOT RUSMIDDEL-PROBLEMER OG/ELLER PSYKISKE PROBLEMER

- Kommunen har et overordnet ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til den enkelte, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3–1 første ledd. Dette omfatter et klart ansvar for å sørge for nødvendige tjenester til personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer, jf. § 3–1 andre ledd.
- Rusmiddelproblemer og psykiske problemer kan utløse alle typer tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenestene omfatter både forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig oppdagelse og intervensjon, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon, jf. §§ 3–2 og 3–3.
- Hvilke tjenester kommunen har plikt til å yte i det enkelte tilfelle, vil bero på en konkret vurdering av tjenestebehovet hos den enkelte, med utgangspunkt i reglene i pasient- og brukerrettighetsloven.
- Kommunen skal gjennom råd, veiledning og oppsøkende virksomhet arbeide for å forebygge og motvirke rusmiddel-problemer og psykiske problemer. Videre skal kommunen sikre nødvendig tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltagelse.
- Kommunen skal sørge for behandlingsopplegg når det er behov for det lokalt eller i egnet behandlings- eller omsorgsinstitusjon, og har også et oppfølgingsansvar under og etter institusjonsopphold.



1 TIDLIG UTE MED TILPASSET HJELP

Å utvikle gode lokale tjenester, hvor en lett kan få hjelp, er viktig når man skal gi tilbud til personer med psykiske problemer. Distriktpsykiatriske sentre (DPS) har viktige oppgaver med å støtte kommunene i deres arbeid, slik at man kan utsette eller hindre innleggelser.

Tidlig intervensjon og lavterskeltilbud er fortsatt viktige forbedringsområder innen psykisk helsefeltet. Tidlig intervensjon har til hensikt å hindre utvikling eller videreutvikling av problemer eller lidelser. Tidlig hjelp bidrar i tillegg til at personen blir bedre i stand til å mestre egne livsutfordringer, hindrer utstøting, samt utvikling av unødige tilleggsproblemer. Mange profesjoner i den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er i posisjon til å jobbe med tidlig identifisering av psykiske problemer. Innsatsen bør være sektorovergripende.

En lavterskelteneste kjennetegnes av at man kan gi hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandling. Tjenesten er gratis og skal være tilgjengelig for alle. Åpningstiden er tilpasset målgrupper og formål, og det praktiseres høy grad av brukerinvolvering og

aksept for den enkeltes ønsker og behov. Tjenesten tilbyr tidlige og adekvate tiltak, samt er en «los» videre i systemet for brukere, pårørende og nettverket.

De tre prosjektene som er presentert i dette kapitlet handler om tjenester som på ulike måter jobber med å hindre innleggelser og forverring gjennom tidlig intervensjon og lav terskel. KRAFT-prosjektet på Notodden fanger gjennom bekymringsmeldinger opp ungdom som sliter, og fungerer som los i hjelpesystemet. Samhandlingsposten i Kragerø bringer spesialisthelsetjenesten nærmere brukeren, gir lett tilgang til døgntilbud og sikrer gode overganger mellom døgntilbud og kommunal psykisk helsetjeneste. Fra Nordhordland presenteres et prosjekt der legevakten og DPS samarbeider om å gi god akuthjelp lokalt. ●

Prosjektleder i KRAFT Notodden, Alexander Lien, sammen med Mona Slettemo, som har fått god hjelp av Alexander og hans to kollegaer.



KRAFT Notodden

– raske tiltak, lite byråkrati

- Samhandlingsprosjekt innen psykisk helse- og rusfeltet på Notodden, som har fått midler fra Helsedirektoratet siden 2009.
- Målgruppen er unge i alderen 15–30 år som sliter med rus, psykiske problemer eller begge deler.
- Et viktig mål er styrket samarbeid mellom Notodden Distriktpsikiatriske senter, psykisk helsetjeneste i kommunen og en rekke andre samarbeidspartnere.
- Tre ansatte på KRAFT-kontoret fungerer som systemloser og bekymringssentral.
- Raske tiltak og lite byråkrati er sentralt i prosjektet.

DISSE MELDER BEKYMNING

- 79 bekymringsmeldinger om ungdom som sliter psykisk eller med rus ble meldt inn til KRAFT på Notodden i perioden februar 2010 til februar 2012.
- Flest meldinger kom fra NAV (25).
- Andre som melder inn bekymring er foreldre, besteforeldre, kommunal psykisk helsetjeneste, barnevernet, Distriktpsikiatrisk senter, fastleger, skoler, politiet og ungdommene selv.



VIL BLI KOKK: KRAFT Notodden har hjulpet Mona Slettemo med leilighet, å komme i gang med kokkeopplæring hos arbeidsmarkedsbedriften NOPRO, og vært samtalepartneren hun har trengt etter at hun i fjor ble vitne til en grov voldsepisode.

Hjelper ungdom som sliter

Mona Slettemo (21) var i fjor vitne til en alvorlig voldsepisode. KRAFT Notodden har hjulpet henne i den vanskelige perioden etterpå, og sørget for at hun er i full gang med kokkeopplæring.

TEKST OG FOTO: ROALD LUND FLEINER

– Hadde jeg ikke pratet med KRAFT hadde jeg ikke kommet dit jeg er i dag. Fra å være på bønn så har jeg kommet meg opp igjen, fordi KRAFT har hjulpet meg gjennom systemet, sier Mona Slettemo.

«Bekymringssentral og systemløs»

21-åringen fikk en dårlig start på voksenlivet da hun i fjor ble vitne til en grov voldsepisode. Hun var på den tiden i arbeidstrening gjennom NAV.

– Jeg kom i kontakt med KRAFT gjennom NAV.



KRAFT hjalp meg med å få plass på et kurs, og kurset hjalp meg med å komme inn på kokkeskolen, forteller Mona.

Prosjektleder Alexander Lien kaller KRAFT en «bekymringsentral og systemlos».

– Det kan være alt fra en bestemor, en venn, politiet, NAV, psykisk helsetjeneste, distriktpsykiatriske senter eller ungdommen selv som melder bekymring til oss. Vi henter inn ungdommene raskt, finner aktiviteter som de er interessert i og tar nødvendige vedtak i ettertid, forteller Lien.

– 80 bekymringsmeldinger

De tre ansatte i KRAFT, fordelt på 1,4 stillinger, har nok å gjøre på sitt lille kontor, beliggende i et gammelt trehus i underetasjen til psykisk helse-tjeneste i Notodden kommune.

– Vi har på to år fått inn rundt 80 bekymrings-meldinger, noe som er mye i en mellomstor kom-mune som Notodden, mener Lien.

Målgruppen er ungdom og unge i alderen 15–30 år. NAV har meldt inn flest bekymringer, med 25 bekymringsmeldinger, mens de øvrige har kommet fra en lang rekke ulike aktører. Det vitner om at KRAFT er godt kjent i kommunen.

– Fra å være på bønn så har jeg kommet meg opp igjen, fordi KRAFT har hjulpet meg gjennom systemet.

MONA SLETTEMO (21)

– Selv om vi er få ansatte har vi så god samhand-ling og fast samarbeid med så mange instanser, at vi får til mye likevel, sier Alexander Lien.

Jungeltelegrafen

KRAFT har vært flinke til å markedsføre seg, og har laget en brosjyre som er lagt ut på strategiske steder rundt i kommunen. Jungeltelegrafen skal heller ikke undervurderes.

– Prosjektet har hjulpet mange, og fått dem på beina, sier Mona Slettemo.

– *Hva er spesielt bra med KRAFT?*

– KRAFT vet hva som skal til. De er så åpne, hører etter og setter seg inn i situasjonen. Du har noen å prate med, de holder taushetsplikten og hjelper deg hvis du trenger det, også med praktiske ting. De har blant annet hjulpet meg med å skaffe leilighet, sier Mona.

– Brukte nettverket sitt

Hun har tatt seg fri fra lesing til prøve for å møte oss. Det er datakunnskapene som skal testes.

– Jeg trenger datakurs fordi kokkene bruker nokså avanserte dataprogrammer for å sette opp måltider til mange mennesker, forklarer hun.

Bare en måned etter den tragiske voldshendelsen hun var vitne til i fjor, var hun inne hos KRAFT.

– Jeg sa at jeg likte å lage mat. KRAFT brukte nettverket sitt, og fikk meg raskt i gang. I stedet for å love og love så gjør de det med en gang, skryter Mona.

Samtalepartneren hun trengte

Foruten hjelpen med kokkeopplæring og praktiske ting, har sosionom og miljøterapeut Eva Fiskvik hos KRAFT vært den samtalepartneren Mona har trengt.

– Vi har vært på skogstur, og jeg har vært på gården der Eva bor. Jeg er litt redd for hester, men har vent meg til dem etter å ha vært der. Hun har også høner, katt og ender. Terapien for meg har vært å finne på noe, og prate om ting mens jeg gjør noe annet enn å se i veggen, forteller Mona.

– *Hvorfor har du ikke kapitulert etter det tragiske som skjedde?*

– Fordi jeg vil komme meg framover. Jeg har snakket mye med Eva om det. Det er viktig å utrette noe, understreker Mona.

Hvor viktig er det at det er et lavterskeltilbud?

– Det er kjempeviktig at du kan komme innom om du trenger hjelp, og ikke må være nødt til å søke, sier Mona.

– Bør opp i andre kommuner

– *Hvor er du om fem år?*

– Jeg er ferdig utdannet kokk, og står på egne bein, sier Mona, og legger til:

– Jeg vil bli institusjonskokk. Jeg har prøvd å jobbe litt på restaurant før, og det var mye stress. På restaurant får du ordre. Følger du ikke opp raskt er det full krise. Alt skal skje veldig, veldig fort. Det er mer forutsigbart og mindre stressende å være institusjonskokk. Det passer bedre for meg, fastslår hun.

Hun mener KRAFT er tilpasset ungdoms behov, på grunn av rask responstid og lite om og men for å få hjelp.

– De bør sette det opp i andre kommuner også. Ungdom i andre kommuner trenger det samme tilbudet, mener Mona Slettemo. ●

– Vi henter inn ungdommene raskt, finner aktiviteter som de er interessert i og tar nødvendige vedtak i ettetid.

ALEXANDER LIEN, PROSJEKTLEDER KRAFT NOTODDEN

– Dialog med arbeidsgivere

Prosjektleder Alexander Lien er glad for å se at Mona og andre ungdommer kommer seg videre når KRAFT samarbeider med resten av hjelpeapparatet om å ta tak i problemer tidlig. Han understreker at KRAFT ikke avslutter saken når ungdommer ser ut til å være på riktig vei.

– På et tidspunkt har Mona fløyet sin vei, og er i gang med sine egne planer i livet. Men vi skal være litt døråpner også fremover, og bidra til at drømmen hennes kan gjennomføres selv om det skulle bli noen stopp underveis, understreker han.

Lien mener det er KRAFTs jobb å sørge for at resten av hjelpeapparatet, inkludert fremtidig arbeidsgiver, forstår hennes og andre ungdommers situasjon.

– Det kan for mange være lett å si «du må komme deg på jobb», men de må forstå at dette ikke alltid går når man har det tøft og at formen kan variere. Vår jobb blir å ha dialog for eksempel med arbeidsgivere, slik at de forstår at det for mange av og til kan være nødvendig å ta en «time out», sier lederen for KRAFT-prosjektet. ●

Ungdom på riktig plass

– Vi sjekket nylig 30 ungdommer som har blitt fulgt opp av KRAFT. Vi undret oss over at nesten alle etter ett år fremdeles var på plass i aktiviteter som skole og jobb. Hvorfor det? Jo fordi vi har plassert dem riktig, mener Alexander Lien.

KRAFT Notodden er en bekymringsssentral og los i systemet som skal hjelpe ungdom med rus- og psykiske problemer på rett kjø. Prosjektleder Alexander Lien er ikke i tvil om hvorfor prosjektet lykkes godt, til tross for at de bare har tre ansatte fordelt på 1,4 stillinger.

Kraften rundt bordet

– Det er samhandlingen med andre aktører som er nøkkelen. Den gjør at vi kan handle raskt og treffe



riktig når vi velger hvor vi vil plassere ungdommene. Vi lytter til ungdommenes ønsker, og har så god oversikt over tilbudene at vi fort kan se hva som kan fungere for den enkelte, sier Lien.

En gang i måneden samler KRAFT alle samarbeidspartnerne, som er forpliktet fra ledelseshold til å delta. Navnet KRAFT fant Lien på fordi det slo ham hvilken kraft det utgjør å samle så mange aktører.

– Ved å ta i bruk kompetansen som sitter rundt det bordet mener jeg at vi ikke bruker mer ressurser totalt, men mindre, sier Lien.

Mange samarbeidspartnere

I møtene diskuterer KRAFT og samarbeidspartnerne hvordan de sammen skal løse ulike problemstillinger, og hvilke tilbud de samlet har for ungdom med rus- og psykiske helseproblemer i aldersgruppen 15–30 år.

Dette er noen av aktørene som samles en gang i måneden:

- PP-Tjenesten
- NAV

REAGERER RASKT: – Vi lytter til ungdommenes ønsker, og har så god oversikt over tilbudene at vi fort kan se hva som kan fungere for den enkelte, sier prosjektleder Alexander Lien.

- 
- Ungdom er sårbare, og ting skjer fort i livene deres.
 - Folk rekker å gå til grunne under vanlig saksbehandling.
 - Det må jobbes raskt.

PROSJEKTLEDER FOR KRAFT NOTODDEN, ALEXANDER LIEN

- Videregående skole
- Psykisk helsetjeneste i kommunen
- Helsestasjon
- Barnevern
- Ungdomsskoler
- KRAFT Notodden
- Arbeidsmarkedsbedriften NOPRO
- Distriktpsikiatrisk senter
- Politi

– Må jobbes raskt

Lien forteller at det foregår enda mer samarbeid mellom møtene enn i selve møtene.

– Vi tre som jobber i KRAFT blir i møtene godt kjent med alle aktuelle samarbeidspartnere. Dermed koster det oss lite å ta en telefon til dem, sier Lien, som understreker viktigheten av at alle parter jobber mot det samme målet:

– Vi har alle sett at vi må fort inn med tiltak for å hindre mer skade enn nødvendig. Ungdom er sårbare, og ting skjer fort i livene deres. Folk rekker å gå til grunne under vanlig saksbehandling. Det må jobbes raskt, understreker Lien.

Vedtak i etterkant

En suksessfaktor er at vedtakene fattes i etterkant.

– Innen 48 timer skal KRAFT være på plass, etter at en bekymring er meldt inn til oss. Da kontakter vi aktuell samarbeidspartner, og finner ut sammen med dem og ungdommene hvor de skal før problemene tårner seg opp. Det er unge mennesker vi jobber med, og vi må da gå på kanten av systemet for å få til ting, sier Lien.

Lien og hans kollegaer er bestemt på at folk skal delta på et tiltak så lenge de ikke er sengeliggende.

– Vi har til og med folk i fengsel som er i gang med skole. De får ikke lov til bare å sitte og sone, fastslår Lien.

lidsjel-effekten

Alexander Lien er halvt skotsk, og ble som ung overlatt til seg selv da foreldrene ikke kunne ta seg av ham. Han vet derfor litt om hva ungdommene KRAFT jobber med har av utfordringer i livet. Han brenner for jobben sin.

Lien er dessuten en kjent person på Notodden, blant annet etter mange år som kommunepolitiker.

– Jeg kjenner mange her. Det tror jeg nok har vært en viktig grunn til at vi har klart å få så mange med oss, sier han.

– Folk finner oss

Da han tok over som prosjektleder i juni 2010 var det å gjøre prosjektet kjent i byen førsteprioritet:

– Jeg satte meg ned og så på det at her vil de ha samhandling, og da må jeg ut og gjøre oss kjent. Å dra ut på «signingsferd» var derfor det første jeg gjorde, sier Lien.

Brosjyrer ble laget og distribuert på strategiske steder i kommunen som skoler og legekontorer, media ble benyttet og politisk og annet nettverk informert.

– Vi har derfor nå kommet dit at andre anbefaler KRAFT, og på kommunens nettside er vi også inne. Med 80 bekymringsmeldinger inn til oss er det jo tydelig at folk finner oss, mener Lien.



«Skjer'a?»

En oppsummering av hva som er skjedd ett år etter med 30 av ungdommene KRAFT har fulgt opp, skal presenteres i en brosjyre som skal få navnet «Skjer'a?»

– Tittelen henspiller på hva som skjer med ungdommene etter at vi har fulgt dem opp, forklarer Lien.

KRAFT har sett på hvilke saker som gjelder rus og hvilke som handler om psykisk helse, på kjønn, alder og hvor lenge ungdommene har fått hjelp gjennom KRAFT-prosjektet.

– Vi ble positivt overrasket over hvor mange som var i gang. Sju av 10 jenter er i gang med ting, pluss at 15 av 20 gutter er tilbake på skole eller i jobb. Noen er også i behandling i systemet. Det vil jeg si er bra, tatt i betraktning at dette er ungdom med dels store problemer, mener Lien.

Økt systemkunnskap

Lien tror det at KRAFT samler så mange aktører har økt systemkunnskapen.

– Det er for eksempel mange nye og unge ansatte i Barnevernet som kanskje er fra andre steder, og som ikke vet helt hvor i systemet de finner folk. De sitter igjen med en kunnskap de ikke hadde før vi kom og fortalte at vi finnes, og om hvem de andre samarbeidspartnerne er. Det ligger en stor verdi i den kunnskapsoverføringen som skjer i samarbeidet, mener prosjektleder Alexander Lien. ●

LAV TERSKEL: En ung mann stikker innom Alexander Lien (t.v.) og KRAFT-kontoret. KRAFT kommer i kontakt med ungdom både gjennom bekymringsmeldinger og ved at de tar kontakt selv.

Kan slippe å bli rusmisbrukere

– Når ungdommer kommer til oss med rusproblem er de allerede blitt rusmisbrukere. Fordelen med KRAFT er at de kan slippe å ende opp i den situasjonen, sier seksjonsleder for Notodden/Seljord DPS, Oddvar Kollsete.

Også leder for psykisk helse i Notodden kommune, Roar Finnebråten, har tidligere savnet et lavterskeltilbud for unge mennesker, slik KRAFT er.

Ville ellers ikke fått hjelp

– Man snakker ofte om mørketall. KRAFT fanger gjerne opp disse, fordi det er et lavterskeltilbud. Dit kan du komme enten du er bekymret for deg selv eller andre. KRAFT får da tak i folk som ellers kanskje ikke ville blitt fanget opp, eller som ville blitt fanget opp av oss eller andre når situasjonen var blitt mye verre, sier Finnebråten.

Til sammen har Roar Finnebråten og Oddvar Kollsete ansvar for 160 ansatte som jobber med rus og psykisk helse i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Tettere samarbeid mellom disse to tjenesteleddene er et viktig mål med KRAFT-samarbeidet.

– Samarbeidet med sykehuset har alltid vært bra. Nå har det blitt enda bedre, sier Roar Finnebråten.

Humor og gjensidig respekt

Sogningen Oddvar Kollsete forklarer hvordan kontakten mellom ham, Finnebråten og KRAFT-leder Alexander Lien foregår:

– Alexander ringer til meg. Jeg ringer til Roar, og forteller at Sogndal vant 3–0, men at det ikke var det jeg skulle snakke om, ler Kollsete.

Roar Finnebråten mener at det på Notodden er en



SENTRALE BRIKKER: Oddvar Kollsete (t.v.) og Roar Finnebråten har til sammen ansvar for 160 ansatte som jobber med rus og psykisk helse i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Tettere samarbeid mellom disse to tjenesteleddene er et viktig mål med KRAFT-samarbeidet.

sterk gjensidig respekt mellom fagområdene.

– Ved rekruttering av personale snakkes det nå mer om personlig egnethet, ikke bare faglige kvaliteter. Vi må ha folk som kan samhandle til brukerens beste, understreker han.

– Har alle ressursene

KRAFT-modellen er del av en større satsing i Notodden kommune, kalt Brobygger'n. For Roar Finnebråten var det første møtet der god læring.

– Jeg husker at jeg i det første møtet i brobyggerprosjektet lurte på hva jeg gjør her. Jeg skjønnte at det handler om ulike oppgaver i forhold til samme



– Ofte er bekymringene økende, og vi kommer inn først når bobla sprekker. Dette gjør KRAFT-prosjektet noe med.

ODDVAR KOLLSETE, SEKSJONSLEDER FOR NOTODDEN/SELJORD DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTER

område, og fikk en helhet. Jeg og andre trenger ikke vite alt, men at vi til sammen har alle ressursene som trengs, sier Finnebråten.

Oddvar Kollsete forteller at Distriktpsikiatriske senter får veldig mange henvisninger til poliklinisk behandling.

– Da må vi samhandle for å lykkes, og det er spesielt viktig å fange opp de unge, mener han.

Før bobla sprekker

Prosjektleder Alexander Lien sier at ungdom starter med rus stadig tidligere.

– Før var en sliten gammel rusmisbruker 45–50 år. I dag er de 25. Før var det alkoholikere og heroinister. Nå er det masse annet, både piller, kokain og festedop. Hasj er billig. Det er blitt billig å drive med «midtsjiktet», og lett å få tak i, sier Lien.

Oddvar Kollsete tror en videre satsing på KRAFT-modellen vil spare spesialisthelsetjenesten mye jobb i fremtiden, og få mange unge som sliter inn på rett spor igjen.

– Ofte er bekymringene økende, og vi kommer inn først når bobla sprekker. Dette gjør KRAFT-prosjektet noe med, sier Kollsete.

Veiledes av spesialister

Han mener det var viktig at prosjektet skulle ha base i kommunal helsetjeneste, og være lokalisert sentralt i byen.

– Nettopp fordi det skal være et lavterskeltilbud var dette viktig, mener Kollsete.

Spesialisthelsetjenesten har en lovfestet plikt til å drive veiledning i kommunene. Det steget måtte Notodden/Seljord DPS også ta inn i KRAFT-prosjektet da det ble opprettet.

– Hver fjortende dag får vi slik veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Der har vi fått diskutert helt konkrete saker, og vi har hatt både psykolog, psykiater og klinisk sosionom som veileder, sier Alexander Lien.

Spleiselag

Oddvar Kollsete holder orden på økonomien i prosjektet. Han mener det arbeidet som Alexander Lien og KRAFT-medarbeiderne gjør med å forankre prosjektet i det politiske miljøet i byen er veldig viktig.

– Prosjektet har siden 2009 fått et årlig tilskudd på én million kroner fra Helsedirektoratet. Men både kommunen og sykehuset legger også inn ressurser selv i prosjektet, påpeker Kollsete. ●



– Jeg og andre trenger ikke vite alt, men at vi til sammen har alle ressursene som trengs.

ROAR FINNEBRÅTEN, LEDER FOR PSYKISK HELSETJENESTE I NOTODDEN KOMMUNE



PÅ KONTORET: Prosjektleder Alexander Lien (t.v.) samarbeider mye med nestleder for barnevernet i Notodden kommune, Else Solberg Aasen. Her på kontoret til KRAFT.

Barnevernet:

– Vet at ungdommene blir fulgt opp

– Vi vet at når vi ringer KRAFT, så er de raske, og vi vet at ungdommene blir fulgt opp, sier nestleder for barnevernet i Notodden kommune, Else Solberg Aasen.





NYTTIG MELLOMLEDD: – KRAFT har mange samarbeidspartnere, og er derfor et nyttig mellomledd for oss, sier nestleder for barnevernet i Notodden kommune, Else Solberg Aasen.

Aasen er medlem i arbeidsgruppa for KRAFT-prosjektet, som omfatter en rekke samarbeidspartnere og møtes en gang i måneden.

Sikrer god overgang

– Modellen er at vi skal sluse ungdommer inn til KRAFT, så skal de sluse riktig videre. Etter å ha vært på mitt første møte i arbeidsgruppa kom jeg tilbake til min sjef og sa at dette skal jeg være med på, dette er spennende jobbing, forteller hun.

Hun er opptatt av at ungdom ikke må stå alene, og mener KRAFT fyller et tomrom etter at barnevernet ikke lenger kan yte bistand.

– Vi må ut når ungdommene er 23 år. I KRAFT er målgruppen fra 15 til 30 år, påpeker Aasen.

Barnevernet sender ungdommer til KRAFT i denne overgangsfasen, slik at de skal sikres god oppfølging videre.

– Nyttig mellomledd

Også i andre situasjoner samarbeider de:

– For eksempel når ruskonsulent for oppfølging skal søkes om i kommunen, så er KRAFT bindeledd. De har mange samarbeidspartnere, og er derfor et nyttig mellomledd for oss, sier Aasen.

I saker der det er rus inne i bildet er KRAFT et godt bindeledd for barnevernet.

– Når ungdommene går på skolen hjelper vi til med økonomi og betaling av hybelleie, men hvis de detter ut av skolen må NAV inn. Da har vi samarbeidsmøte med ungdommen og NAV. Er det rus inne i bildet kobler vi inn KRAFT også, sier Aasen.

– Skal stå på egne bein

KRAFTs fokus på aktivitet mener hun er veldig viktig.

– Målet er at ungdommene skal bli rusfrie og bli selvstendige, stå på egne bein i samfunnet, og kanskje bygge et nytt nettverk, påpeker hun.

Aasen forteller om en ungdom som ikke hadde initiativ.

– Jeg kontaktet KRAFT. Vi samarbeidet om å sette inn riktige tiltak raskt, og fant noe som ungdommen var interessert i gjennom KRAFTs mange samarbeidspartnere. Det ble det jeg vil kalle en suksesshistorie for denne ungdommen, sier hun.

Aasen fremhever det at KRAFT er så gode til å selge inn prosjektet i kommunen.

– Det betyr mye at de markedsfører seg så godt, slik at mange vet om dem og har tro på dem, mener hun. ●

– Modellen er at vi skal sluse ungdommer inn til KRAFT, så skal de sluse riktig videre.

ELSE SOLBERG AASEN, NESTLEDER FOR BARNEVERNET I NOTODDEN KOMMUNE



JOBBER SEG INN: – KRAFT-gruppa begynner å jobbe seg inn i systemet. På personalrommet snakker vi for eksempel stadig oftere om at vi kan kontakte KRAFT i ulike saker, sier sosiallærer Steinar Fyrileiv ved Gransherad skole utenfor Notodden.

– Ser på KRAFT som et nav

Da sosiallærer Steinar Fyrileiv ville ha inn en som kunne holde foredrag om spill og søvn for ungdomsskoleelevene ved Gransherad skole utenfor Notodden, var KRAFT det naturlige stedet å henvende seg.

– Jeg ser på KRAFT som et nav. De har kontakt ut til mange instanser, og er i gang med å finne en med god kompetanse på spill og søvn, sier Fyrileiv.

Forebygging bedre enn brannslukking

Han mener det er bedre å jobbe forebyggende enn å måtte drive brannslukking.

– Det er viktig for foreldrene også at de kan få vite

hva ungene sitter og ser på nettet. Det er jo forsket på dette. World of Warcraft for eksempel er en heftig verden. Det er fint å få tak i en foredragsholder som kan være informativ og ikke moraliserende, mener Fyrileiv.

Sosiallæreren deltar hver måned i arbeidsgruppe-møte med KRAFTs samarbeidspartnere.

– Det er fint å få oppdatering fra psykisk



– Vi har brukt mye tid på å slå ned skott og vegger mellom etater. Det tar tid å røske opp i gamle systemer.

ALEXANDER LIEN, PROSJEKTLEDER FOR KRAFT NOTODDEN

helsetjeneste, NAV, politiet og andre om hva som rører seg, mener Fyrileiv.

Rusproblemer er det lite av på skolen. Men på en skole der det til sammen er bare 30 elever fra 8. til 10. trinn, kan det være flaut å oppsøke helsesøster med problemer fordi alle i bygda kjenner hverandre.

– Hvis en elev føler at han eller hun ikke vil gå til helsesøster fordi de kjenner hverandre og det er flaut, så kan jeg kontakte KRAFT som kan skaffe annen hjelp via nettverket sitt, sier Fyrileiv.

– Jobber seg inn i systemet

Fyrileiv liker den utadrettede stilen til KRAFT-prosjektet.

– KRAFT-gruppa begynner å jobbe seg inn i systemet. På personalrommet snakker vi for eksempel stadig oftere om at vi kan kontakte KRAFT i ulike saker, forteller han.

Prosjektleder Alexander Lien skyter inn at KRAFT har vært på skolen og snakket om hva KRAFT er.

– Vi har vært her og snakket om rus til elever, lærere og foresatte, om hva som er realiteten inne i Notodden etter hvert som ungdommene begynner å søke seg dit, sier Lien.

Å bevege seg på tvers av etater og instanser har vært et nybrottsarbeid.

– Vi har brukt mye tid på å slå ned skott og vegger mellom etater. Det tar tid å røske opp i gamle systemer. Det er en balansegang å trække i blomsterbedet uten å trække på blomstene, mener Lien.

Gjennom deltakelse i KRAFT-møtene tar Steinar Fyrileiv med seg mange inntrykk.

– Jeg får tips fra de andre i gruppa om tiltak som virker forebyggende. For eksempel tror jeg det har vært

forebyggende at vi snakker om psykiske problemer med elevene. Et lite sted med små klasser er sårbart. Man må hele tiden understreke at det viktigste er at vi har det bra sosialt, poengterer han.

– Gir tyngde

Fyrileiv understreker at han aldri vet hva man kan komme oppi.

– Kanskje jeg vil være i stand til å håndtere en vanskelig situasjon på egen hånd fordi jeg har fått kunnskap fra andre i KRAFT-gruppa, tror han.

Han mener det er helt avgjørende at KRAFT er et lavterskeltilbud.

– Det må ikke avtales masse i forkant. Hvis ansatte, foresatte eller elever trenger noe kan de være her relativt raskt, sier han.

Fyrileiv har fått med seg nyttige råd fra de andre i arbeidsgruppa.

– Jeg har diskutert saker. Det er ålreit å kunne ta det tilbake her på skolen når jeg har snakket med KRAFT, og spurt om råd. Det gir meg litt tyngde i forhold til å iverksette tiltak her på skolen, forteller Fyrileiv. ●



– Det er fint å få oppdatering fra psykisk helsetjeneste, NAV, politiet og andre om hva som rører seg,

STEINAR FYRILEIV,
SOSIALLÆRER VED GRANSHERAD SKOLE

**JUNGELTELEGRAF:**

– Ungdom oppsøker selv KRAFT fordi de hører fra andre ungdommer at dette er bra, sier ordfører i Notodden kommune, Jørn Christensen.

**IKKE TILFELDIG:**

– Det at man tar tak i dropouts er ikke tilfeldig. Det er de som i stor grad havner på sosialbudsjett og blir tidlig ufør, sier rådmann Magnus Mathisen i Notodden kommune.

Ordføreren og rådmannen: – Tilbud med litt «løs jakke»

– KRAFT får tak på de som dropper ut av skolen på en måte som ungdommene selv opplever som positivt, sier ordfører i Notodden kommune, Jørn Christensen.

– De som dropper ut har gjerne markante ståsteder, og er i opposisjon. Så kommer Alexander og KRAFT inn med en myk linje, sier ordføreren.

– Lite byråkrati

Både han og rådmann Magnus Mathisen er imponert over hvordan de tre ansatte i KRAFT-prosjektet har fått så mange instanser til å møtes og samarbeide om å hjelpe ungdom som sliter psykisk eller med rus.

– Lite byråkrati er et stikkord i forhold til dette prosjektet, for da er det mange unge som rygger med en gang, mener ordfører Christensen.

KRAFT-prosjektet oppmuntrer ungdommen til å drive med idrett, musikk, bli med i snekkergrupper og annet.

– Modellen har en positiv smitteeffekt. Ungdom oppsøker selv KRAFT fordi de hører fra andre ungdommer at dette er bra. Jeg tror det er stilen. De blir ikke instruert, men møter i stedet et tilbud med litt

«løs jakke», som gjør at ungdommen føler at de blir inkludert og kan delta selv, mener Christensen.

Bra for økonomi og samfunn

Støtten til prosjektet fra statlige myndigheter løper ut i år. Rådmann Magnus Mathisen vil ikke forskuttere noe når det gjelder fremtiden.

– Vårt håp er at prosjektet viser så gode resultater at Helse- og omsorgsdepartementet vil etablere noe fast. Får vi ikke statlige midler så må det prioriteres opp mot andre tiltak. Det er ikke lett å legge ned tjenester, påpeker rådmannen.

Han ser klart både økonomiske og samfunns-messige effekter av KRAFTs arbeid.

– Det at man tar tak i dropouts er ikke tilfeldig. Det er de som i stor grad havner på sosialbudsjett og blir tidlig ufør. Dette koster både kommuner og stat. Men aller viktigst er menneskeskjebnene, poengterer Mathisen. ●

Recovery

– en filosofi og holdning om at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om man har psykiske problemer eller lidelser.

Tradisjonelt har begrepet recovery (klinisk recovery) vært brukt synonymt med begrepet «frisk», og hjelpen har vært rettet mot symptomfrihet for den enkelte. Dette hjelpeperspektivet har i liten grad hatt fokus på de tilleggsbelastningene som gjerne følger med det å ha en psykisk lidelse. For eksempel tap av selvfølelse, innflytelse, mening i tilværelsen og fremtidshåp.

Ny forståelse

Som en reaksjon på dette har man de senere år etablert en ny forståelse av recovery-begrepet. Sentralt i denne forståelsen er at *bedring er en personlig prosess hvor målet er at individet skal gjenvinne kontroll over sitt liv, gjenskape tilhørigheten til nærmiljøet, og få et meningsfullt liv på tross av de begrensningene som lidelsen kan forårsake* (personlig recovery). På engelsk snakker man derfor gjerne om «being in recovery» istedenfor «being recovered». Den mest kjente definisjonen på recovery er:

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv» (Anthony 1993, oversatt av Solfrid Vatne).

Økt kunnskap

Deinstitusjonalisering i psykiatrien, brukes formidling av egne erfaringer og en økende forskningsaktivitet, har medvirket til at begrepet personlig recovery har fått mer oppmerksomhet i forskning de siste årene. Blant annet har

forskningsprogrammet REFOKUS i England beskrevet at de sentrale elementer i bedringsprosessen for de som har en psykisk lidelse er:

- Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv
- Reetablering av en positiv personlig og sosial identitet (inkludert håndtering av stigmatisering og diskriminering)
- Tilhørighet med andre (inkludert personlige forhold, familie og sosial inkludering i nærmiljø)
- Håp og optimisme med tanke på fremtiden
- Å finne meningen og hensikten med livet

Tydelig verdigrunnlag

Recoveryorientert praksis er det fagpersonene gjør for å støtte brukeren i sin bedringsprosess. Målet for hjelpen er at brukerne selv skal ta kontroll over eget liv. Det er ikke en klart definert metodikk, men et fagperspektiv med et tydelig verdigrunnlag. Dreiningen fra «pasientsentrert» til «personsentrert» hjelp er sentralt. Man bistår personen i prosessen med å nå sine egendefinerte mål. Hjelpen er også rettet mot at individet får hjelp i sin sosiale sammenheng, i omgivelsene der personen bor. Det vil si at man også arbeider med å utvikle et mer inkluderende samfunn for de som har psykiske problemer.

I noen situasjoner, hvor en har mistet evnen til å ivareta seg selv, vil det likevel være påkrevet at fagpersonen gir hjelp, uavhengig av om den som blir hjulpet ønsker det eller ikke. Dette gjelder situasjoner hvor brukerne er på et stadium i sin bedringsprosess hvor det vil være urealistisk og uetisk å forvente at han eller hun kan ta det hele og fulle ansvar for seg selv.

Brukeren er ekspert på seg selv

I recoveryorientert praksis er det helt grunnleggende at fagpersonen anser brukeren som ekspert på seg selv gjennom sine erfaringer, og at man formidler en fast tro på at mennesker med psykiske lidelser kan utvikle seg og få et bedre liv. En viktig forutsetning er at hjelperelasjonen er preget av åpenhet, tillit og ærlighet, og at hjelperen og brukeren er likeverdige samarbeidspartnere. Mange har beskrevet kommunikasjonsformen «coaching» som sentral i kontakten mellom bruker og hjelper.

Fagpersonen bør dele sin faglige kompetanse om for eksempel diagnoser, prognoser og hva som kan hjelpe brukeren til å utvikle ferdigheter for å kunne ta mest mulig ansvar for eget liv.

Ny fagkunnskap

For å styrke den enkeltes mulighet til å ta kontroll over eget liv kan både samtalebehandling, ulike mestringstilbud og medisin være god hjelp. Men like mye som fagpersonene trenger kunnskap om disse evidensbaserte metodene, bør de ha kunnskap om egenutvikling og personlig vekst, om hvordan man etablerer og opprettholder relasjoner med andre og hvordan man søker etter mening i tilværelsen. Det er viktig at fagpersonene:

- har tid og ro til å samarbeide med brukeren om det brukeren opplever betydningsfullt
- er åpen for at hva som kan bidra til bedring for ulike personer varierer
- innser at det ofte kan være andre ting enn den profesjonelle hjelpen som hjelper
- har interesse for brukerens liv og levekår
- vet hva som bidrar til å holde håpet oppe for den enkelte

Kontakt med andre

Selv om mye av bedringsprosessen dreier seg om hva den enkelte gjør for å hjelpe seg selv, spiller ofte også pårørende og andre støttepersoner en avgjørende

rolle. Å bistå personer som har erfaring med psykiske lidelser til å etablere kontakt med andre med egen erfaring kan være av stor betydning. En slik kontakt kan blant annet bidra til å formidle håp om bedring. Eksempelvis kan man legge til rette for selvhjelpsgrupper, ansette medarbeidere med brukererfaring, og bistå i etableringen av brukerdrevne tiltak. Det kan også være til god hjelp å bistå brukeren i kontakten med sine støttepersoner.

Les mer:

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11–21.

Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. Tidsskrift for norsk psykologforening, vol 46, 452–459.

Leamy, M., Slade, M., Le Boutillier, C., Williams, J. & Bird V (2011). 'A conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis'. *British Journal of Psychiatry*, vol. 199, pp. 445–452.

Saylers, M.O., & Tsemberis, S. (2007). ACT and Recovery: Integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. *Community Mental Health Journal*, 43, 6, 619–641.

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.

Aktuelle nettsteder:

<http://www.rethink.org/>

<http://www.scottishrecovery.net/>

<http://www.researchintorecovery.com/>

<http://cpr.bu.edu/>

http://psykiskhelsearbeid.no/recovery_test/ ●

Samhandlingsposten i Kragerø

– lavterskel døgnpost med nærhet til brukerne

- Post ved Kragerø sykehus, som drives av Kragerø kommune og distriktpsikiatrisk senter (DPS) Porsgrunn/ Vestmar.
- Lavterskeltilbud med korttidsopphold på døgnpost for personer med psykiske lidelser som bor i Kragerø.
- Miljøterapi, med omsorg, struktur og stressdemping, er sentralt i tilbudet.
- To av sju senger er brukerstyrt.
- Tilbudet skal gjøre at brukerne får tilbud tidlig, ved tegn på tilbakefall, og på den måten redusere behov for lengre innleggelser i psykiatrien.
- Treårig prosjekt, som løper ut 2012.



BÅT TIL JOBB: Karianne Ruud kjører egen båt hver dag fra Skåtøy og inn til jobben som prosjektleder på Samhandlingsposten i Kragerø. – Det er flott her i Kragerø, men store sosiale problemer. Utenom turistsesongen kan man lett se at mange sliter når man går rundt i byen, sier Ruud.

Samhandlingspost med nærhet til brukerne

– To til fem døgn her før hjemtur er mye bedre enn at situasjonen tilspisser seg, og en lengre innleggelse i Porsgrunn eller Skien blir resultatet.

TEKST OG FOTO: ROALD LUND FLEINER

Leder for psykisk helsetjeneste i Kragerø kommune, Beate Maurstad, er ikke i tvil om at det lokale lavterskeltilbudet Samhandlingsposten gir reduserte innleggelser og – på sikt – mindre tvang.

Under samme tak

Siden 2. januar i år har Samhandlingsposten vært drevet som en døgnpost ved Kragerø sykehus. Posten har sju ansatte fordelt på 4,9 årsverk. Den drives i samarbeid mellom distriktpsikiatrisk senter (DPS) Porsgrunn /



FELLES LUNSJ: Brukere av Samhandlingsposten, ansatte i psykisk helsetjeneste i kommunen og ved posten spiser ofte lunsj sammen. Her diskuteres en sak der prosjektleder Karianne Ruud (stående, midten) har uttalt seg i lokalavisa om å bevare lokalskolen der hun bor.

Vestmar og Kragerø kommune. Deler av psykisk helsetjeneste i kommunen holder til i samme lokale.

– Vi deler lokaler, spiser lunsj sammen og har hyppige møter der vi prøver å planlegge best mulig tjenester for brukerne, enten de er innlagt på Samhandlingsposten eller er hjemme hos seg selv, sier prosjektleder for Samhandlingsposten, Karianne Ruud.

– Vi satser på omsorg i bølter og spann, og ser at det veldig ofte er nettopp det som skal til for å roe situasjonen for brukerne.

KARIANNE RUUD,
PROSJEKTLEDER FOR SAMHANDLINGSPOSTEN

Tilbudet retter seg mot personer med langvarige og sammensatte behov for psykisk helsetjenester, og som bor i Kragerø.

– Et viktig mål for posten er å være et lavterskeltilbud, som er lett tilgjengelig med geografisk nærhet og som skal redusere behovet for lengre innleggelser på et høyere omsorgsnivå, forklarer Karianne Ruud.

– Mer sunt press hjemme

Samhandlingsposten og kommunen har et felles mål om å sette brukerne i best mulig stand til å klare livet hjemme, i jobb og vanlig aktivitet, sier Ruud.

Beate Maurstad stemmer i:

– Det er et mer sunt press på helsa når du er hjemme. Der er det så mange sunne aktiviteter som



LETT TONE: Litt humor gjør seg innimellom når Beate Maurstad og Karianne Ruud møtes. I møtene diskuterer de oppfølging av brukere, enten brukerne er hjemme hos seg selv hvor Beate har hovedansvaret, eller innlagt på korte opphold i Samhandlingsposten der Karianne er leder. – Veldig lettvtint når vi holder til i samme lokale, sier de to.

du må gjøre, enten det er å ordne i leiligheten, følge opp jobb, hobbyer, eller forholde deg til naboer, venner og familie. Innleggelse er noen ganger nødvendig for å roe en vanskelig situasjon, men det er hjemme livet skal leves, påpeker Beate Maurstad.

Flere av de ansatte på Samhandlingsposten er rekruttert fra psykisk helsetjeneste i kommunen. De har en fleksibel stillingsinstruks:

– Når det ikke er pasienter inne på avdelingen skal postens ansatte ut til pasientene. Dette kan for eksempel skje etter avtale med pasienter som nylig har vært innlagt, forteller Karianne Ruud.

Miljøterapi er kjernen

Kjernen i tilbudet for de som er innlagt på

– Vi yter tjenester til brukerne på forskjellige arenaer, og kan derfor trenge en meningsutveksling for å nyansere de forskjellige erfaringene vi gjør oss.

BEATE MAURSTAD, LEDER FOR PSYKISK HELSETJENESTE I
KRAGERØ KOMMUNE

Samhandlingsposten er miljøterapi, med vekt på omsorg, struktur og støtte. Blant aktivitetene er besøk i svømmehall, turer i nærmiljøet, maling, felles måltider med vekt på sunt kosthold, dyrking av grønnsaker og sosialt samvær. Det er også tilgang til musikkrom.

– Det å ta del i et fellesskap, og utnytte de mulighetene som ligger i daglig samvær, rutiner og aktiviteter har vi tro på, sier Karianne Ruud.

DPS Porsgrunn/Vestmars ambulante team eller voksenpsykiatrisk poliklinikk, som også holder til på Kragerø sykehus, tilbyr i tillegg behandling til personer som har tilbud på Samhandlingsposten.

– Omsorg i bølter og spenn

Hun forteller at omsorg står i sentrum av Samhandlingspostens tilbud.

– Vi satser på omsorg i bølter og spenn, og ser at det veldig ofte er nettopp det som skal til for å roe situasjonen for brukerne, sier Ruud.

Posten har plass til sju brukere til enhver tid.

– Ved innleggelse er personale fra kommunen eller behandler fra DPS-et med sammen med pasienten. Vi snakker om hva oppholdet skal inneholde, og hva man kan forvente. Vi avklarer også lengde på oppholdet, som vanligvis er mellom to og fem dager, sier Beate Maurstad.

Sammen om tidlig hjelp

Kommunen forsøker å fange opp tidlige tegn på at en person begynner å få større problemer.

– Det jeg ser, er at tilbudet på Samhandlingsposten holder. En krise trenger ikke vare i mange uker, den kan vare et par dager. Det er bedre at folk kommer litt jevnlig til Samhandlingsposten, enn at de må legges inn i ti uker. På den måten får de til å opprettholde livet sitt hjemme, sier Maurstad.

Pasienter blir aldri skrevet ut fra Samhandlingsposten uten at psykisk helsetjeneste i kommunen er godt informert.

– Vi er opptatt av det. God informasjonsflyt gir forutsigbarhet og samarbeid, og er noe av kjernen i prosjektet, sier Karianne Ruud.

De to lederne møtes hyppig, ansikt til ansikt, for å diskutere oppfølging av brukere.

– I tillegg ringes personalet fra de to tjenestene en til fire ganger om dagen, så man må vel kunne si at vi samarbeider tett, smiler Maurstad.

– To forskjellige verdener

De følger opp brukerne på hver sine arenaer, og ser det som en stor fordel å ha så tett kontakt.



– Et viktig mål for posten er å være et lavterskeltilbud, som er lett tilgjengelig med geografisk nærhet og som skal redusere behovet for lengre innleggelser på et høyere omsorgsnivå.

KARIANNE RUUD, PROSJEKTLEDER FOR
SAMHANDLINGSPOSTEN

– Hjemme er det på brukerens hjemmebane og premisser. På Samhandlingsposten observeres pasientene over lengre tid, og kan ikke så lett «skjule» symptomer som ved et kortere besøk hjemme. Hvordan brukeren opptrer på begge arenaer er derfor viktig å vite for begge tjenesteledd, sier Karianne Ruud.

Ved å samarbeide får de dermed langt bedre kunnskap om hver enkelt bruker enn om de hadde jobbet på «hver sin tue».

– Fokus for informasjonen vi deler er en felles interesse for pasientens beste. Noen ganger er vi enige og andre ganger uenige, og det er greit. Da finner vi en løsning, sier Ruud.

– Vi yter tjenester til brukerne på forskjellige arenaer, og kan derfor trenge en meningsutveksling

for å nyansere de forskjellige erfaringene vi gjør oss, sier Beate Maurstad.

Brukerstyrte plasser

To av sju plasser ved Samhandlingsposten er brukerstyrt. Det betyr at brukeren ikke trenger henvisning verken fra fastlegen eller kommunen. Han eller hun bestemmer selv når de har behov for noen dager på posten. De tre personene som deler de to brukerstyrte plassene er i følge Ruud veldig fornøyd.

– De har benyttet plassene sine ulikt, og helt etter egne behov. For eksempel har brukerstyrt plass gjort det mulig for en av dem å kombinere familieliv med opphold på Samhandlingsposten og øvrig behandling, sier hun.

God kontakt med fastleger

En viktig del av samarbeidet er ansvarsgruppemøter, der også fastlegene deltar.

– Ansvarsgruppemøter er veldig viktige både for arbeidet på posten og hjemme. Her får man både postens vurdering av brukeren, kommunal psykisk helsetjenestes vurdering, pasientens egen og eventuelt pårørendes vurdering, samt orientering fra fastlegen om fysiske skader som infeksjoner, KOLS og annet, sier Beate Maurstad.

Den gode kontakten med fastlegene skyldes blant annet at kommuneoverlegen sitter i prosjektets styringsgruppe.

– Fastlegene i Kragerø kommune er velvillige til samarbeidet. Møtene blir ofte lagt på slutten av arbeidsdagen slik at legene kan delta, sier Maurstad.

Frigir ressurser

For å kunne bli innlagt på Samhandlingsposten må man være utredet og ha fått en diagnose.

– Men det skal ikke være suicidalfare eller aktiv rus



Miljøterapi står sentralt i tilbudet ved Samhandlingsposten. Maling, svømming og musikk er blant aktivitetene.

hos brukerne, forteller Ruud.

Når noen av kommunens brukere er innlagt på Samhandlingsposten frigir det ressurser i kommunen til å følge opp andre brukere som måtte trenge mer støtte for en periode.

– Slik kan vi forebygge tvangsinnleggelse, mener Beate Maurstad. ●

– Reelt alternativ til innleggelse

– Tilbakemeldingene fra brukerne tyder på at Samhandlingsposten har vært et reelt alternativ til lengre innleggelser. Også fastlegene sier det, forteller prosjektansvarlig og leder av styringsgruppa for Samhandlingsposten, Lars Ødegård.



– Det er en nøkkel å jobbe med pasientene samtidig, ikke etter hverandre slik man tradisjonelt har gjort, sier prosjektansvarlig og leder av styringsgruppa for Samhandlingsposten, Lars Ødegård.

– Det er en nøkkel å jobbe med pasientene samtidig, ikke etter hverandre, slik man tradisjonelt har gjort det med å sende folk mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Vi kan da møte personer så tidlig at vi kan unngå lengre innleggelser på et høyere omsorgsnivå, mener Ødegård.

I forkant av lovverket

Det byr samtidig på noen utfordringer å finansiere og drifte posten som et fellesprosjekt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

– Det har noen tekniske og noen juridiske utfordringer. Helsetjenesten i kommunene er styrt av kommunehelsetjenesteloven, mens spesialisthelsetjenesteloven styrer andrelinjen, sier Ødegård.

Han mener Samhandlingsreformen på mange måter er i forkant av lovverket.

– Lovverket krever at pasientene enten er skrevet inn på sykehuset, eller at kommunen har ansvaret for dem. På Samhandlingsposten er det ikke alltid så innlysende hvem som skal ha ansvaret. Er det for eksempel en faglig ansvarlig på sykehuset eller fastlegen som har det medisinske ansvaret? Brukerne er ikke så opptatt av om de er i første- eller andrelinjetjenesten, men de må plasseres et sted, sier Ødegård.

Dokumenterer dobbelt

De tekniske utfordringene går ut på at det er to dokumentasjonssystemer etter hvor pasienten hører til. Skal det dokumenteres i det kommunale systemet eller i sykehusets?

– Foreløpig har vi løst denne utfordringen ved at de fleste ansatte har tilgang til begge forvaltningsnivåers datasystemer. Konsekvensen er at vi må dokumentere dobbelt, altså i begge datasystemer, forteller Ødegård. ●

NB. Etter intervjuet, i november 2012, har regjeringen fastsatt en forskrift om at arbeidsfellesskap, hvor to eller flere virksomheter samhandler i en tydelig enhet, nå kan dokumentere i felles pasientjournal. Les mer om den nye forskriften på side 45.



– Det er viktig at det er åpen plass når behovet er der.

TORUNN BAKKE, PÅRØRENDE

BLIR HØRT: Som pårørende opplever Torunn Bakke (t.v.) at hun blir lyttet til av de ansatte på Samhandlingsposten. Her sammen med Mette Lyngen, vernepleier ved Samhandlingsposten. Foto: Roald Lund Fleiner

Pårørende:

– Tok mer tak i tingene

– Søsteren min er utplassert i praksis i en barnehage, og tiden fylles med meningsfylte aktiviteter tilpasset hennes behov. Jeg har tidligere savnet en konkret handlingsplan, og opplevde at Samhandlingsposten tok mer tak i tingene.

Det sier Torunn Bakke, som er pårørende til en av brukerne ved Samhandlingsposten i Kragerø. Bakke setter pris på at terskelen for innleggelse er lav.

Pårørendes kunnskap verdsatt

– Det er viktig at det er åpen plass når behovet er der. At ikke det skal være masse om og men når hun har behov for hjelp har vært helt fantastisk, mener Torunn Bakke.

Som pårørende opplever hun både at hennes kunnskap om situasjonen til søsteren blir verdsatt, og at hun får gode råd tilbake fra posten.

– De har vært flinke til å ringe meg, og vi har hatt to-tre samtaler. Som pårørende vet jeg noe om hennes ressurser. Vi som er familie kjenner hennes styrker og historie, og vi kjenner hennes hverdag. Vi opplever at det vi tar opp blir tatt i mot. De ansatte på Samhandlingsposten spør oss ofte til råds, forteller Bakke.



– Vi klarte nylig å løse en krise ved at vi var her til samtale.

TORUNN BAKKE

Løste krise sammen

Hun mener tett dialog med pårørende er veldig viktig.

– Vi får klare beskjeder om når hun er her og ikke. Det gir oss en forutsigbarhet. Vi gjør vårt beste for å støtte henne, og inkluderer henne i familielivet. Likevel kommer det til et punkt der vår kompetanse ikke strekker til. Vi får råd av samhandlingsposten. Vi klarte nylig å løse en krise ved at vi var her til samtale, sier Bakke.

Snart skal hun, søsteren selv og flere i familien ha møte med NAV, kommunal psykisk helsearbeider og Samhandlingsposten for å legge en plan for søsterens fremtid.

– Å ha en plan har vi hele tiden etterlyst, og nå blir dette virkelig tatt på alvor, sier Bakke.

Kontaktperson i kommunen

Samhandlingsposten gir nødvendig trygghet til søsteren. Men den er bare åpen på hverdager. Helger og helligdager er det stengt. Familien og søsteren har fått en avtale om at når det er stengt på Samhandlingsposten så har hun en kontaktperson i kommunen som hun kan ringe til.

– Dette er virkelig viktig. Hadde vi ikke hatt den muligheten hadde innleggelse og store kostnader for samfunnet vært resultatet, mener Torunn Bakke.

Støtteapparat

Samtidig er litt av tanken med Samhandlingsposten å gjøre folk i stand til å klare seg selv hjemme.

– Hun får oppgaver å jobbe med, reiser hjem og er alene, forteller Bakke.

Hun mener Samhandlingsposten har klart å bygge opp et godt støtteapparat rundt søsteren.

– Vi som familie kan ikke overta rollen som psykisk helsearbeidere. Da er det viktig for oss å kunne si til søsteren vår at hun har noen å ringe i kommunen. Ofte er det ikke mer enn en samtale med kvalifiserte fagfolk som skal til. Vi opplever at hun har hatt en positiv utvikling etter at hun fikk tilbud her, sier Bakke. ●



ENGASJERT: – Det at jeg har blitt aktiv i Mental Helse skyldes posten her, som ga meg utfordringen til å dra ned på kafeen i Kragerø der de holder til og bli kjent med de andre som er aktive, forteller Ole Haug. Fremkom-meligheten med rullestol kunne riktignok vært bedre i Kragerø, noe som gjør det ekstra utfordrende for Ole å være aktiv.

Fant tonen på Samhandlingsposten

– Det menneskelige og det likeverdige her er annerledes enn ved andre sykehus jeg har vært på, sier Ole Haug. Han kom i kontakt med Samhandlingsposten gjennom musikkterapi ved Kragerø sykehus.

– Det at jeg har blitt aktiv i Mental Helse skyldes posten her, som ga meg utfordringen til å dra ned på kafeen i Kragerø der de holder til.

OLE HAUG

– Det kunne vært helt annerledes uten Karianne og hennes flotte hjelpere. Uten dem ville jeg ha sittet mye og glodd hjemme, mener Ole, som ble avhengig av rullestol etter en motorsykkelulykke for sju år siden.

Spilt gitar i 30 år

– Menneskene, aktivitetstilbudet, musikkrommet og måltidene oppsummerer han, på spørsmål om hva som er spesielt bra med Samhandlingsposten.



MUSIKKTERAPI: – Stones er blant favorittene, forteller Ole Haug, som har spilt gitar i 30 år. Han kombinerer musikkterapi med opphold på Samhandlingsposten ved sykehuset i Kragerø.

– Det kunne vært helt annerledes uten Karianne og hennes flotte hjelpere. Uten dem ville jeg ha sittet mye og glodd hjemme.

OLE HAUG

Ole har spilt gitar i 30 år. Sammen med en musikkterapeut får han dyrket den interessen når han er inne på sykehuset.

– Musikkterapien går ut på å høre musikk, prate om musikk og lage musikk. Jeg sitter med gitaren, blyant og ark. Vi har også dager der vi bare prater, men som regel spiller vi, forteller han.

– Tendens til å bli passiv

Maling er også blant aktivitetene han bedriver på posten. For ikke å glemme den sosiale biten med å treffe andre og spise sammen med andre brukere og ansatte inne på posten.

– Jeg kan ellers ha en tendens til å bli litt passiv, sier Ole.

Gjennom å få støttekontakt har det blitt lettere for ham å aktivisere seg når han er hjemme. Ole har nå engasjert seg i lokallaget til brukerorganisasjonen Mental Helse i Kragerø.

– Det at jeg har blitt aktiv i Mental Helse skyldes posten her, som ga meg utfordringen til å dra ned på kafeen i Kragerø der de holder til, og bli kjent med de andre som er aktive, forteller han.

Inntil for bare to år siden hadde Ole problemer med rusmisbruk.

– Siden februar 2010 har det vært helt stopp med rus, sier han.

Nå planlegger 42-åringen å begynne på kunstscole neste år. ●



SOSIALT: Sosialt samvær både med andre brukere og ansatte vektlegges på Samhandlingsposten. Her Elisabeth Deaton og Ole Haug i munter passiar på terrassen.



– På sikt håper jeg å kunne klare meg med bare å bruke Samhandlingsposten her i Kragerø når problemene tårner seg opp.

ELISABETH DEATON, BRUKERREPRESENTANT I PROSJEKTGRUPPA TIL SAMHANDLINGSPOSTEN I KRAGERØ

Buffer mot akuttinnleggelse

– Jeg jobbet som vernepleier, og møtte veggen for to år siden. Jeg sliter med depresjon og negative tanker. Noen dager på Samhandlingsposten innimellom gjør at jeg slipper å bli så dårlig at jeg må akuttinnlegges.

Det sier Elisabeth Deaton, som sitter som brukerrepresentant i prosjektgruppa til Samhandlingsposten i Kragerø.

Avtale om faste innleggelser

Deaton har, i tillegg til oppholdene på Samhandlingsposten, også avtale om faste innleggelser på Distriktspsykiatrisk senter i Porsgrunn.

– Det har jeg i hvert fall til nå hatt behov for. På sikt håper jeg å kunne klare meg med bare å bruke Samhandlingsposten her i Kragerø når problemene tårner seg opp, sier Deaton.

Hun setter pris på den lette tilgangen til innleggelse, selv om hun ikke er blant de tre brukerne som har brukerstyrt plass. Omsorgsfokuset og det individuelle hensynet som tas på Samhandlingsposten verdsetter hun også høyt.

– Her får jeg lov til å være meg selv. Det er fokus

på å være sammen med andre. Men å ha en dårlig dag er ok. Er jeg ikke i form til å prate med noen så er det aksept for det, sier Deaton.

Utfordres

For øvrig setter hun pris på at det er lite sykdoms- og medisinprat på Samhandlingsposten, og at sunt kosthold vektlegges.

– Å være bevisst på hva du putter i kroppen innvirker på hvordan du føler deg, mener Elisabeth Deaton.

De ansatte ved Samhandlingsposten har også utfordret henne til å reise, noe hun alltid har vært glad i.

– Jeg var nylig en tur i København. Å gjøre slike ting så ofte jeg har råd til, er med på å bygge meg opp til å kunne fungere best mulig på egenhånd, sier hun. ●

BEROLIGENDE: – For meg betyr det mye bare å kunne sitte og male eller hekle. Så lenge jeg får komme inn før problemene har vokst seg for store så fungerer slike aktiviteter like beroligende for meg som medisin, og er uten bivirkninger, sier bruker av Samhandlingsposten, Elisabeth Deaton (t.v.). T.h. Mette Lyngen, vernepleier ved Samhandlingsposten.



Pårørende – en viktig samarbeidspart

Belastningen pårørende utsettes kan føre til at de selv får behov for hjelp. God informasjon og veiledning fra helsepersonell kan være avgjørende, både for hvordan omsorgsrollen oppleves og utføres, og for pårørendes egen helse.

Styrker behandlingen

Kjennskap til bakgrunn, omgivelser og ressursene til den som er syk gjør ofte pårørende til en viktig samarbeidspart til helsepersonellet.

Involvering av pårørende kan:

- Redusere faren for tilbakefall
- Føre til færre symptomer
- Bedre sosial fungering
- Gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos pasient og pårørende

Pårørendes egen helse

Å være pårørende til noen med alvorlig psykisk lidelse kan oppleves som en betydelig belastning. Informasjon, støtte og veiledning fra helsepersonell kan være av stor betydning for å mestre livssituasjonen.

Pårørendes behov for informasjon må vurderes opp mot personalets taushetsplikt. Det kreves samtykke for at pårørende skal få informasjon om pasientens helsetilstand, samtidig som helsevesenet har en plikt til å gi alle som henvender seg generell informasjon.

Satsingsområde

Lovverket regulerer pårørendes rett til informasjon, og personalets plikt til å informere. Veilederen «Pårørende – en ressurs» gir føringer for at pårørendes kunnskap og erfaring skal brukes i behandlingen, mens Samhandlingsreformen anbefaler at pårørende til personer med alvorlig psykisk sykdom får rett til en fast kontakt-person i helsevesenet. De regionale helseforetakene har pårørende som ett av fire satsingsområder, og gir konkrete anbefalinger til videre satsing på pårørendearbeid.

Les mer:

Bøckmann, K. og Kjellevold, A. (2010). Pårørende i helsetjenesten. Fagbokforlaget. Bergen.

Helsedirektoratet (2008). IS-1512. Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester.

Nasjonal Strategigruppe II. Arbeidsgruppe 1 (2012). Pårørende som ressurs.

Relevante nettsider

<http://helsenorge.no/sykdomogbehandling/sider/parorende.aspx>

<http://www.veiledningssenteret.no/>

www.pkompetanse.no ●

Felles journal gir enklere tilgang til nødvendige helseopplysninger

Forskrift om virksomhetsovergripende pasientjournal i formaliserte arbeidsfellesskap ble fastsatt av regjeringen 9. november 2012.

En viktig hensikt med forskriften er å følge opp samhandlingsreformens fokus på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Målet er å bidra til effektiv og forsvarlig kommunikasjon av pasientopplysninger mellom- og på tvers av virksomhetsgrenser og behandlingsnivå. Forskriften gir nå adgang for at virksomhetene som inngår i arbeidsfellesskapet dokumenterer i samme system. De etablerer ikke en egen journal i tillegg.

Forskriften gjelder virksomhetsovergripende

pasientjournal i formaliserte arbeidsfellesskap som yter eller administrerer helsehjelp. Formalisert arbeidsfellesskap er definert som samarbeid mellom to eller flere virksomheter som *tydelig fremstår som en enhet*. Felles pasientjournal krever skriftlig avtale, og helsepersonellovens regler om taushetsplikt gjelder.

Eksempel

Ambulante behandlings- og oppfølgingsteam, som er sammensatt av helsepersonell fra ulike virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, er eksempler på formaliserte arbeidsfellesskap, der felles journalføring vil gi brukeren et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud. ●

Ambulant akuttfunksjon i Hordaland

– tidlig intervensjon ved alvorlig psykisk sykdom

- Et samarbeid mellom interkommunal legevakt i Nordhordland og Bjørgvin DPS.

MÅL:

- Å øke kvaliteten på psykiatriske akuttvurderinger
- Å øke grad av rett tiltak på rett nivå til rett tid
- Å øke kontinuiteten i behandlingstilbudet, ved at DPS tar større ansvar
- Å bruke DPS som alternativ til akutte innleggelser ved Psykisk helsevern, om mulig.
- Å sikre at DPS i større grad er førstekontakt i spesialisthelsetjenesten – reell 2.linje, og at sykehusavdelingene fungerer som 3.linjetjeneste.

GEOGRAFI:

- *Region Nordhordland:* Består av de sju kommunene Lindås, Meland, Radøy, Masfjorden, Austrheim og Fedje. De spanner over et stort geografisk område og har varierende størrelse. Den minste har 350 innbyggere, den største 15 000 innbyggere.
- *Bjørgvin DPS, Avdeling Nordhordland:* Er en del av Psykiatrisk divisjon i Helse Bergen. Holder til i Knarvik (allmennpsykiatrisk poliklinikk, gruppebehandling og ambulant team) og på Manger (døgnbehandling.)

Prosjektperiode: 2009–2014.



Kicket på pauserommet

Høsten 2008: Psykiater Rune Mjanger og psykologspesialist Britt Heidi Vågstøl har lunsj sammen med et par andre kolleger. Mens praten går, kommer ideen.

TEKST OG FOTO: ANNE KRISTIANSEN RØNNING

Ved Bjørgvin DPS i Knarvik sitter de fire og drikker kaffe. 100 meter unna ligger Nordhordland legevakt, som er felles for de sju kommunene i regionen; Lindås, Austrheim, Fedje, Masfjorden, Meland, Modalen og Radøy. Dersom noen blir syk etter kontortid, er det *ett* nummer innbyggerne i kommunene ringer. Det er *en* dør å banke på. Ordningen har eksistert i 12–13 år, og alle synes det er svært praktisk.

Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde ført til et stadig bedre samarbeid mellom kommunene i regionen og den lokale avdelingen av Bjørgvin DPS. Samarbeidet ble formalisert i 2006. Man fikk

etterhvert til gode tilbud innen lokalpsykiatri med utspring i de to lokale DPS'ene i distriktet: Knarvik og Manger. Manger hadde en allmennpsykiatrisk døgnpost, mens det ble etablert en voksenpsykiatrisk poliklinikk, dagavdeling og et ambulant team i Knarvik.

Nå var det egentlig bare akuttpsykiatrien som gjensto. DPS'et manglet et tilbud til befolkningen etter klokka 16.00. Ideen om å få en psykolog tilknyttet legevakten vokste fram over lunsjbordet.

– Tenk om vi kunne få med en psykolog i legevaktordningen, sier en av psykologene. Rune Mjanger

nikker. Han har selv kjørt legevakt der i 12 år. Å bygge på noe som allerede fungerte godt – kunne det egentlig gjøres bedre?

Unikt i Norge

De ansatte i avdelingen var i utviklingsmodus den tiden ideen kom. Målet var å gi innbyggerne et virkelig godt tilbud innen psykisk helse. Og da den enkle, men geniale setningen ble sagt på pauserommet den dagen, falt på en måte den siste brikken på plass.

– Vi spilte ballen over til legevakten, som syntes idéen var god, og vi la frem forslaget for ledergruppen i Bjørgvin DPS. Alle syntes dette var en kjempeidé. Ingen hadde hørt om lignende tilbud andre steder i landet. Det var artig at alle var så tent, supplerer Vågstøl.

Psykiatrisk divisjon i Helse Bergen sendte en prosjektsøknad til Helsedirektoratet og fikk støtte til å dra det hele i gang. Prosjektet tok form, med Mjanger som faglig leder og Sissel Horten som prosjektleder. Forskningsleder Steinar Hunskaar, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), ble kontaktet med tanke på muligheten for å etablere et forskningsprosjekt. Dette utviklet seg senere til å bli evaluering av prosjektet. Brukerorganisasjonene deltok i prosjektet fra starten av.

Fanget opp en stor gruppe

Psykologspesialist Øystein Styve, som jobber ved døgnavdelingen på Manger, var med på å utforme prosjektet.

– Man så at mange av pasientene som ble lagt inn i psykiatrisk akuttavdeling ved sykehuset ikke var kjent i spesialisthelsetjenesten fra før. Det var voldsom pågang på akuttplasser og mange korridorsenger. Vi tenkte at et samarbeid mellom legevakten og DPS kunne fange opp mange av disse pasientene og hen-vise videre til behandling, slik at de slapp innleggelse. Det beste er jo å få hjelp på lavest mulig nivå, der de bor, sier Styve. ●



SAMTALE: Psykologspesialist Britt Heidi Vågstøl sammen med en pasient.



Løser akutt-situasjonene lokalt

Fire år etter står Britt Heidi Vågstøl inne på kjøkkenet sitt og lager middag. Da ringer legevakten. De har en pasient inne, som er ustabil, mulig suicidal.

Vågstøl, som er vakthavende psykolog denne kvelden, har fjernaksess til journalen og finner pasientopplysningene på sin pc. Hun ser at hun kjenner pasienten fra før og kaster seg i bilen. Kort tid etter er hun på legevakten.

– Et vanlig scenario. Men mange ganger løser det seg også bare ved at legen snakker med oss på telefon. De gangene vi kommer inn på legevakten, har legen allerede sett pasienten og avklart om det er somatiske problemstillinger. Det er en stor fordel, sier Vågstøl.

Psykologene bruker kanskje en og en halv time på en slik samtale. De roer ned situasjonen og håndterer krisen. Mye kan løse seg der og da. Eller pasienten kan få tilbud om akutt-time i poliklinikken neste dag – eller om akuttinnleggelse ved sengeavdelingen på DPS. Ved behov kan overlege i bakvakt på DPS kontaktes. I sjeldne tilfeller reiser også psykolog hjem til



MANGE GODE SAMHANDLERE I NORDHORDLAND. Fra v.: sykepleier Grethe Valdesnes, leder for avdeling psykisk helse og rus i Lindås kommune Merethe Landaas, legevaktsjef Grethe Fosse, turnuslege Nirthiga Srikanthan, psykiater Rune Mjanger og psykologspesialistene Britt Heidi Vågstøl og Øystein Styve.

pasienten sammen med personale fra kommunen for å vurdere pasienten akutt. Poenget er at unødvendige akuttinnleggelser i sykehus forebygges.

Sømløst samarbeid med kommunene

Noen fortsetter med samtalebehandling ved poliklinikken i Knarvik, andre får helsehjelp i kommunen der de bor. Britt Heidi Vågstøl forteller at kommunene er en viktig samarbeidspartner for DPS.

– I en slik sak henvender vi oss til den psykiske helsetjenesten i kommunen, slik at de kan følge opp pasienten. En telefon, og det er ordnet. Vi og kommunene har et tett samarbeid til brukernes beste. Om hjelpen skjer her eller der er ikke så viktig. Det er lav terskel for å snakke sammen, og samarbeidet foregår

sømløst. Vi på DPS er for øvrig med i ansvarsgrupper og veileder kommuneansatte, enkeltvis og i grupper.

Noe av det aller beste med å samarbeide med legevakten synes Vågstøl er det innblikket man får i pasientens totale situasjon.

– Om det er barn med i bildet, for eksempel. Hadde brukeren først vært innlagt på Sandviken og så blitt henvist til oss, ville vi ikke fått samme nærheten til brukerne. Samhandlingen med legevakten gir oss tilgang til veldig mye informasjon som hjelper oss til å gi et best mulig tilbud til pasienten, også i forhold til det somatiske. Folk i kriser kan for eksempel få det mye verre om det også er somatisk sykdom med i bildet. ●



– Vi lærer av psykologene, og de lærer av oss – hver dag. Det er en typisk mester-svenn-læring, som vi skulle sett mer av i helsetjenesten. Gevinsten vi henter ut av denne formen for samhandling er stor, ikke minst i forhold til kompetanseoverføring.

Lærer mye hver dag

Legevaktsjef Grethe Fosse betegner samarbeidet med DPS som typisk mester-svenn-læring. Det skjer en naturlig kompetanseoverføring i alle situasjoner.

Totalt 75 leger er med i legevaktordningen som de sju kommunene samarbeider om. En av dem er Grethe Fosse.

– Vi lærer av psykologene, og de lærer av oss – hver dag. Det er en typisk mester-svenn læring, som vi skulle sett mer av i helsetjenesten. Gevinsten vi henter ut av denne formen for samhandling er stor, ikke minst i forhold til kompetanseoverføring. Hver situasjon gir læring, begge veier, sier Fosse.



– Vi har skapt en modell som er basert på det vi allerede har her ute. Modellen er kortreist og økologisk. Man slipper å frakte pasienten langt til hjelpen.

Hun forteller at legene opplevde akutte henvendelser fra denne pasientgruppen som mer utfordrende før samarbeidet med DPS kom i gang.

– I løpet av kort tid skal vi lytte, vurdere og ta beslutninger. Vi har ikke den kompetansen psykologene og psykiaterne har. Når man er usikker, blir det ofte

til at man kontakter vakhavende på sykehuset, og det ender med innleggelse, for sikkerhets skyld. Sånn var det før. Nå blir mange av de sykeste, som vi tidligere måtte legge inn, behandlet lokalt. De får et bedre og nærrere tilbud. Vi og DPS snakker godt sammen og stoler på hverandre. Begge parter er villige til å yte hjelp til den andre. Vi vil hverandre vel. Begge har vi vært med på å forme dette prosjektet, og begge får vi gevinster av det. Men egentlig er det en tre ganger vinn-situasjon: Psykologene får gitt god akuttbehandling. Vi som er leger får en second opinion. Men pasienten er den største vinneren. Han får spesialisthelsetjeneste der han bor.

Sammen er man sterkere

– Vi går hjem klokka halv fire. Å vite at pasientene har et sted de kan henvende seg på ettermiddagene og i helgene, gir trygghet, sier Merethe Landaas.

Landaas er leder for avdeling psykisk helse og rus i Lindås kommune og representant for fagrådet i de sju kommunene. Hun synes samarbeidet mellom legevakten og DPS er gull verdt.

– Flere av kommunene har bare en ansatt som jobber med psykisk helse. Samtidig ligger kommunene nær hverandre. Det er uhensiktsmessig at hver kommune skal organisere sitt eget tilbud på



SAMARBEIDER: Legevaktsjef Grethe Fosse og psykologspesialist Øystein Styve er glade for å kunne gi pasientene et godt akutttilbud.



I BEREDSKAP: Sykepleierne på legevaktsentralen vurderer hver enkelt telefon nøye. – Med den nye organiseringen avverger vi en del innleggelses, sier Grethe Valdesnes (t.v.). T.h.: Signe Andvik.

ettermiddag og kveld, sier Landaas. Hun slår fast at den spesielle måten å jobbe på også gjør den psykiske helsetjenesten svært tilgjengelig for brukerne.

– Legevakten er et ufarlig sted å henvende seg, særlig for de som ikke har hatt kontakt med psykiatrien fra før. De fleste er kjent i legevaktlokalene. Det er ingen stor bøyg å komme seg dit, og det gir en trygghet at hjelpen finnes lokalt. I tillegg er det fint for brukerne å bli koblet til en psykolog i nærområdet. Samtidig gir det en trygghet for de pårørende at hjelpen er nær, slår hun fast.

Enkelt og miljøvennlig

Avdelingsoverlege Rune Mjanger er veldig glad for samspillet man har fått til.

– Vi har skapt en modell som er basert på det vi allerede har her ute. Modellen er kortreist og økologisk. Man slipper å frakte pasienten langt til hjelpen. Vi utnytter de ressursene som er her, sier Mjanger. Nå er han spent på fremtiden.

Vi har en ordning som ligger nær opp til 24/7 på DPS-nivå, i tråd med kommende nasjonale føringer. Vårt håp er at vi også i fremtiden kan beholde og videreutvikle vår lokale forankring, sier han. ●

FORELØPIG EVALUERING

Erfaringene så langt er svært positive. Eneste unntak er at pårørende helst hadde sett at dette var et lavterskeltilbud.

TILBAKEMELDINGER MIDTVEIS I PROSJEKTET:

- Pasientene får tilbud på et riktigere behandlingsnivå.
- Legene verdsetter vaktordningen på grunn av bedre tilbud til pasientene, tilgang til informasjon, læring og mulighet for kvalitetssikring av akuttvurderinger.
- Vaktordningen endrer ikke terskelen for akuttthjelp på kveld og helg. Den er uforandret, da pasientene fremdeles blir silt, ut fra om problemstillingen blir vurdert som så akutt at legehjelp ikke kan vente til dagen etter. De som kommer til, får imidlertid mer skreddersydd hjelp enn tidligere.

KILDE: NKLM

Nytter å gi tidlig hjelp

Tidlig intervensjon ved psykoser gir økt sjanse for et mildere forløp og bedre fungering over tid.

Det viser en studie som nylig er publisert av forskere tilknyttet TIPS- gruppen ved Stavanger Universitetssykehus. Forskerne har sammenlignet symptomer og fungering i dagliglivet hos en gruppe pasienter som kom til behandling kort tid etter at symptomene ble oppdaget, med kontrollgrupper som fikk tradisjonelt behandlingstilbud. Sammenligningen ble foretatt etter ti år.

Studien viser at de som fikk tidlig hjelp hadde mer enn dobbelt så gode odds for å være symptomfrie, med jobb, selvstendig bosituasjon og et sosialt liv, sammenlignet med pasientene i kontrollgruppen.

Mer om TIPS-prosjektet

TIPS står for *Tidlig intervensjon ved psykose*. Prosjektet startet ved Stavanger Universitetssykehus i 1996. Man ønsket å sette fokus på systematikk i behandling av førstegangs psykosepasienter. En hovedintensjon var å undersøke om man kunne få førstegangs psykotiske pasienter tidligere til behandling, og om tidligere behandling kunne føre til bedre behandlingsresultat.

Det ble laget et system for informasjons- og

undervisningskampanjer, og man opprettet et lavterskel-oppdagelsesteam.

Forskning viser at kampanjene førte til en betydelig redusert varighet av ubehandlet psykose (VUP) hos personer med første episodes ikke-afektive psykoselidelser. TIPS-studien ble avsluttet i 2000, men ordningen med et lavterskel-oppdagelsesteam rettet mot førsteepisode psykose ble videreført.

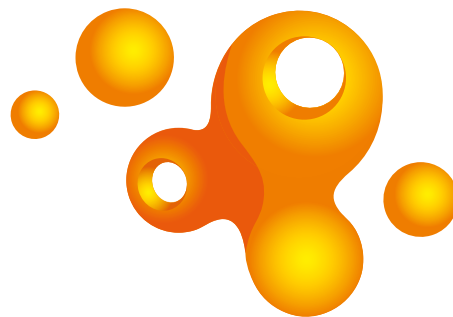
Les mer:

Hegelstad, W. et al., (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: Effects on 10-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, 169, 374–380. <http://ajp.psychiatryonline.org/>

Hem, E. (2006). Tidlig behandling for psykose reduserer faren for selvmord. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 126, 1303.

Melle, I., Larsen, T.K., Haahr, U et al., (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia. Two-year effect of reducing the duration of untreated psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 65, 634–640.

www.tips-info.com



2 TJENESTER SOM HENGER SAMMEN

Brukere med sammensatte problemer får best hjelp når flere instanser bidrar, gjerne samtidig. For å kunne tilby et sammenhengende tjenestetilbud må den enkelte tjenesteyter ha god samhandlingskompetanse, og kunne ta et perspektiv som går ut over den enkelte institusjon eller forvaltningsnivå.

Samhandlingsreformen innebærer at rolle- og oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten endres. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige, både som beslutningstakere og i forhold til kompetanse. Kommunene skal sørge for at helhet og kontinuitet ivaretas gjennom forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging. Fastlegene skal involveres i større grad enn tidligere.

Distriktpsykiatriske sentre skal være tydelige forankringspunkt i det helhetlige behandlingstilbudet på spesialistnivå. Polikliniske tilbud, ambulante funksjoner og brukerstyrte plasser er sentrale elementer i utvikling av tjenestene. Distriktpsykiatriske sentre skal støtte kommunene i deres arbeid, slik at man kan tilby tjenester der folk bor, og utsette eller hindre innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Ved behov for samtidige tjenester er det nødvendig med gode samhandlingsverktøy og rutiner,

både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene. Forpliktende samarbeidsavtaler mellom partene er sentralt for å kunne sikre et helhetlig og sammenhengende tilbud. En samlet oversikt over hvilke oppgaver som skal løses, og hvem som skal ha ansvar for de ulike oppgavene, er en forutsetning for at brukerne får helhetlig behandling. Koordinator, individuell plan og ansvarsgrupper er nyttige verktøy for å bidra til et helhetlig tjenestetilbud.

I dette kapitlet løfter vi frem prosjekter som har lagt stor vekt på å skape sammenhengende tjenester. Prosjektene har alle utviklet egne modeller for samhandling, slik at de kan mobilisere sammen og nå ut raskt. Både i Namdalen, på Leistad og på Fosen er dialogen mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegene og kommunens psykiske helsearbeidere satt i høysetet. I reportasjen «Skulder ved skulder» møter vi den engasjerte fastlegen som samarbeider med Fosen-Teamet. Han mener at leger allerede under utdanningen må trene seg i samhandling med de andre hjelperne. ●

PROSJEKTLEDER OLAV BREMNES:

Selvhjelpsplan, hospitering, koordinatorrollen og utfyllende henvisninger til spesialisthelsetjenesten er noen av temaene Bremnes og de andre i prosjektgruppa jobber med. Målet er å gi personer med alvorlige psykiske helseplager i Namdalen i Nord-Trøndelag et godt tilbud.



Samhandlingsprosjektet Psykisk Helse i Nord-Trøndelag

MÅL:

- Å gi mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester innen psykisk helse og rus et bedre helsetilbud.
- Å utvikle forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner, helseforetak og NAV.

PROSJEKTGRUPPA:

- Består av personer fra kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt en representant fra Mental Helse.
- Har satt i gang helt konkrete tiltak, både på individ- og systemnivå.

Prosjektperiode: 01.12.09 – 31.12.2013



MØT DE FEM PERSONENE I PROSJEKTGRUPPA: Prosjektleder: Olav Bremnes, Sykehuset Namsos. (Psykiatrisk sykepleier.) Prosjektmedarbeidere: Bente Finnestrand, DPS Kolvereid. (Psykiatrisk sykepleier.) Aage Stenseth, Grong kommune. (Klinisk sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid.) Bodil Sofie Hanssen, Overhalla kommune. (Psykiatrisk sykepleier.) Tonje Almenning, Mental Helse

Sikkerhetsnett fra A til Å

Hun biter negler, er urolig til sinns, og de rundt henne ser klare tegn på at hun begynner å bli veldig oppstemt igjen. Men det er ikke så kritisk lenger. For nå vet de hva som må gjøres.

TEKST OG FOTO: ANNE KRISTIANSEN RØNNING

La oss kalle henne Line. Hun har bipolar lidelse og sliter med store humørsvingninger. Grunnen til at det stort sett går bra når Line nærmer seg en topp eller en bunn, er *selvhjelpsplanen*. Den er et verktøy som personene bak samhandlingsprosjektet for psykisk helse i Nord-Trøndelag har utviklet etter en mal fra Rådet for psykisk helse. Prosjektgruppa har mange andre gode tiltak på gang også. Noen er i startgropa, andre er implementert. ●

SELVHJELPSPLAN

- Skal legge til rette for at de rette tiltakene skjer når en person med en psykisk lidelse nærmer seg en krise.
- Mestring, virkningsfull hjelp og forutsigbarhet er stikkord.
- Skal beskrive tidlige tegn som brukeren, pårørende og hjelpeapparatet rundt bør være oppmerksomme på.
- Erstatte ikke individuell plan, men kan være en del av den.
- Skal beskrive tiltak for hva bruker kan gjøre selv, hva andre kan gjøre, og hvem brukere kan ta kontakt med. (Navn og telefonnummer).
- Kan inneholde brukerens ønsker for hva som kan gjøres, eventuelt ikke gjøres, om det skulle oppstå situasjoner som medfører tiltak mot hans vilje.
- Det er viktig at alle samarbeidspartnerne til brukeren blir enige om planen.
- Kan endres. Personens tidlige tegn på forverring kan endre seg over tid, og dette bør da også endres i planen.
- Skal utarbeides i dialog mellom brukeren og hans behandler/ koordinator, gjerne over litt tid. Andre kan også trekkes med i arbeidet.

KILDE: Samhandlingsprosjektet for psykisk helse i Nord-Trøndelag

Psykisk helsearbeid for i morgen

– Hvis vi ikke hadde vært to forvaltningsnivå, kommune og spesialisthelsetjeneste – hva ville vi egentlig gjort da?

Spørsmålet ble stilt på et samarbeidsmøte mellom sykehuset og alle kommunene i Namdalen i 2009. Samarbeidet mellom de to forvaltningsnivåene hadde slett ikke vært optimalt, og det oppsto en diskusjon. Man fikk en visjon om å fjerne noen vegger. Prosjektleder Olav Bremnes forteller:

– Vi ønsket å tenke nytt i forhold til å gi brukerne gode tilbud. To sykehusansatte og en person fra hver kommuneregion ble med i en planleggingsgruppe. Ideene myldret, og vi begynte å jobbe mot konkrete mål. Det ble sendt søknad om prosjektmidler fra Helsedirektoratet, som hadde tro på samhandlingsprosjektet vi skisserte.

Fokuset var hele tiden på hva som kunne gjøres for å få ting til å fungere bedre.

– Utgangspunktet var de med alvorlig psykisk sykdom. Vi tenkte at dersom vi klarte å samarbeide om å gi dem gode tilbud, så ville vi i alle fall klare å samarbeide om de andre gruppene, sier Bremnes, som ble leder for prosjektet.

Prosjektgruppa ville beskrive viktige tiltak for morgendagens psykiatri og psykisk helsearbeid, og de er på god vei. Flere ulike intervensjoner er nå i ferd med å endre det psykiske helsearbeidet i regionen.

Det er medmenneskeligheten som hjelper

Et av de første målene deltakerne i prosjektgruppa hadde, var å skape et felles tankegods. Det gikk ikke

som de trodde. Tonje Almenning fra Mental Helse slår fast at noen av diskusjonene har hatt høy temperatur.

– Vi har etterhvert skjønnet at vi bare må akseptere at vi er forskjellige. Kulturforskjellene i gruppa er veldig synlige ennå, men til tross for ulikhetene har viljen til å samarbeide alltid vært stor, og vi har stadig blitt flinkere til å trekke i samme retning, sier hun. Almenning mener den tradisjonelle kulturen fra sykehus og kommuner gjenspeiler seg i prosjektgruppa.

– Jeg har inntrykk av at deltakerne fra spesialisthelsetjenesten har et større diagnosefokus enn de fra kommunene, og at de kommuneansatte lett kan bli sittende med følelsen at de ikke er gode nok. Men egentlig er de mer enn gode nok. Det som hjelper oss er medmenneskeligheten vi møter. Selv har jeg en bipolar lidelse og er avhengig av å ha hjelpere jeg er trygge på. Det er slett ikke naturgitt at det er fagfolkene med mest teoretisk bakgrunn som er best der, slår hun fast.

Almennings beskrivelse av hva som er god hjelp kan en kjenne igjen fra forskning på bedringsprosesser. En god relasjon til hjelper er basert på åpenhet, tillit og ærlighet. Hjelpen er personsentrert, ikke pasientsentrert, med bruker og hjelper som likeverdige parter.

Se den andres verden

Bodil Sofie Hanssen, psykiatrisk sykepleier i den lille kommunen Overhalla, har store forventninger til



ENGASJERTE: Prosjektgruppa har blitt en sammensveiset gjeng.

en hospiteringsordning som er i emning.

– Den innebærer blant annet at ansatte i spesialisthelsetjenesten kommer ut i kommunene for å se hvordan vi jobber. Tradisjonelt har kommuneansatte kommet inn til sykehuset for å lære, men vi mener at det også er viktig at spesialistene kommer til oss. Kommunens kompetanse blir ofte ikke verdsatt av sykehuset, og det er ikke lett å få sykehuset til å innse hva vi kan bidra med. Men vi er på gang nå, fordi vi har lyktes med å skape møtesteder. Vi får sett hverandre, hørt hverandre og forstår stadig mer av hverandres måte å jobbe på, sier hun.

HOSPITERING

- Det skal legges til rette for gjensidige hospiteringsordninger mellom kommune, helseforetak og NAV. Målet er at de ansatte i de ulike organisasjonene skal kunne hospitere hos hverandre for kortere eller lengre tid.
- Det jobbes med å lage en oversikt over temaer som skal være utgangspunkt for hospiteringen.
- Ordningen skal ledelsesforankres.

Aage Stenseth synes også det er på tide at sykehusansatte lærer kommunene bedre å kjenne:

– Sykehuset kan ennå ha en «vi vet best-holdning». Men hva kan sykehuset som kommunen ikke kan?

I Grong har vi ansatte som har jobbet som behandlere på sykehus og som nå jobber på samme måte i kommunen. Kommunene kan i mange tilfeller gi like gode tilbud som sykehuset, i forhold til mange typer psykisk sykdom. Det handler om å møte folk, å få til en god relasjon. Samtidig ser vi at spesialistene på sykehuset har en detaljkunnskap som vi i kommunene kan dra nytte av ved behov. De kan gi oss faglig påfyll, sier han.

Begreper kan begrense

«Spesialisthelsetjeneste». Bremnes vedgår at han egentlig misliker hele begrepet:

– Hvem er egentlig denne spesialisten? Brukeren er spesialist på sin hverdag, kommunen på dagliglivet til brukeren i hans hjemmemiljø, og vi på sykehuset er spesialister på behandling i en mer avgrenset ramme. Likeverd er viktig, og jeg har utrolig sans for det sømløse perspektivet vi prøver å ha i gruppa vår, sier Bremnes. Han synes det er en utfordring at sykehuset og fastlegene er avhengig av å ta utgangspunkt i diagnosebegrepet, på grunn av lovverket.

– Det er jo funksjonsnivået som er det viktigste. Her har de kommuneansatte en fordel. De ser brukernes sterke og svake sider, mens vi bare ser pasienten en kort stund, når han har det vanskelig. Samtidig tror jeg ikke at vi er spesielt diagnosefikserte her i Namdalen. Vi jobber bra med funksjonsfokus, tror Bremnes. Almenning sier hun har et dobbeltforhold til begrepet «diagnose».

– På en måte er jeg ikke så glad for det. Det kan begrense deg, dersom fokuset blir på diagnosen og ikke på funksjonen. Samtidig kan det også være en stor lettelse å få en diagnose. Det kan gi deg en forståelse for hvorfor du sliter, du får lære hvordan sykdommen påvirker deg. Du får psykoedukasjon; lærer hvordan du kan mestre helseproblemene dine. Det kan gi mye styrke, sier hun.



EN BASE: Mange av møtene i prosjektgruppa foregår på sykehuset Namsos.

Dialogkonferanser og festival

Jevnlig arrangeres det dialogkonferanser mellom kommunene, avdelingene i helseforetaket, NAV og Mental Helse. Forventninger til hverandre og helhetlige pasientforløp er blant temaene som har blitt tatt opp.

– Det har vært svært positive tilbakemeldingene på tiltaket fra alle hold. Å ha en arena der de kan drøfte felles problemstillinger er gull verdt, sier Bremnes. Den årlige Namdalsfestivalen betyr også mye for samhandlingen. Festivalen er et samarbeid mellom kommunene i Namdalen, Sykehuset Namsos, Høgskolen i Nord-Trøndelag og Mental Helse og foregår i Røyrvik. Fysisk aktivitet er i fokus, og på programmet står isfiskekonkurranse, natursti, akekonkurranse, tullball – cup (volleyballturnering med ikke helt seriøse regler) og tull-stafett med fire ulike grener, for å nevne noe. På kvelden er det bankett med god mat, premieutdeling, medaljer og dans.

– Festivalen skaper samhold mellom aktører i og brukere av de psykiske helsetjenestene i Namdalen og inspirerer brukere til å være fysisk aktive, sier Bremnes. Prosjektgruppa jobber nå for at festivalen skal få en fast organisering. For øvrig lager prosjektgruppa jevnlig nyhetsbrev for å informere samarbeidspartnere om hva de driver med.

FYSISK AKTIVITET OG PSYKISK HELSE

VISSTE DU AT

- Effekten av fysisk aktivitet som behandlingsmetode er vitenskapelig godt dokumentert ved milde til moderate former for depresjon. For mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan fysisk aktivitet bidra til å redusere risikoen for livstidsrelaterte sykdommer og lavere gjennomsnittlig levealder. Fysisk aktivitet bør derfor inngå i et helhetlig behandlingsopplegg for denne målgruppen.

FYSISK AKTIVITET OG PSYKISK HELSE – ET TIP SHEFTE

- Helsedirektoratet har utgitt *Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell*. Heftet beskriver hvordan fysisk aktivitet kan integreres som del av behandlingen, og gir konkrete råd om hvordan mosjonsaktiviteter kan planlegges og tilrettelegges.
- Helsedirektoratet (2010), IS-1670.
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/

Lokalkunnskap i henvisninger

I Nærøy kommune ligger Kolvereid, der Bente Finnestrand jobber som behandler på DPS. Hun føler at kulturen på DPS'et har mer til felles med kommune-kulturen enn kulturen på sykehuset.

– De kommuneansatte ser helheten i forhold til hver enkelt bruker klarere enn de sykehusansatte, siden de ser brukeren mest og i en mer helhetlig kontekst. De har ofte kunnskap om brukerens nettverk, jobbsituasjon, familie og totale helsesituasjon som en person som møter dem en time ved poliklinikken eller ved en innleggelse kan mangle. De er veldig kompetente. På vårt DPS har vi invitert lokal psykiatritjeneste og/ eller fastlege til uttalelse ved diagnosesetting og behandlingsanbefaling. Vi erfarer at det blir lettere å gjøre en god jobb med brukeren da. Kompetansen de lokale sitter på er svært verdifull og sikrer at brukeren blir ivaretatt på en mer helhetlig måte, konkluderer Finnestrand. Prosjektgruppa har startet et arbeid med å involvere kommuneansatte i forhold til henvisning fra fastlege til spesialisthelsetjenesten i hele regionen.

– Kommuneansatte kan si mye om hvor veien bør gå videre. Ikke minst fordi de sitter med kunnskap om tilgjengelige ressurser ute i kommunene, sier Finnestrand.

UTFYLLENDE HENVISNINGER TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN

- Et tiltak for å styrke samarbeidet mellom fastlege og psykisk helsetjeneste i kommunene.
- Fastlegen får beskrivelse av brukerens funksjon fra hjemmetjenesten, i et henvisningsskjema som han legger ved sin henvisning til spesialisthelsetjenesten. Dette gjør informasjonen spesialisthelsetjenesten får om brukeren presis og utfyllende, slik at tiltakene fra psykiatrisk klinikk kan bli gode og målrettede i forhold til brukerens behov for hjelp.
- Målet er at brukerens styrke skal komme frem i henvisningene.
- Bruk av skjemaet kan styrke dialogen mellom ansatte i kommunene og psykiatrisk klinikk, siden det gir psykiatrisk klinikk mer helhetlig informasjon om hvordan det arbeides i kommunene.
- Fastleger melder om positive erfaringer ved å bruke skjemaet.
- Skjemaet er tilgjengelig på internett: <http://psykiskhelsearbeid.no/content/3548/Gode-henvisninger-til-spesialisthelsetjenesten>.

Den gode koordinatoren

Prosjektgruppa hadde først ingen brukerrepresentant. Jevnlige møter med Mental Helse ga mange gode innspill, og man trodde det var tilstrekkelig.

– Men vår veileder, Toril Bakke fra Nasjonalt kunnskapssenter, var helt klar på at vi måtte knytte til oss en brukerrepresentant i prosjektgruppa. Vi ble enige om å ha med Mental Helse, noe vi er glade for i dag. Tonjes tilstedeværelse gjør brukerens ståsted mye mer tydelig, påpeker Bremnes. Tonje Almenning synes det er fint å være med på å skape god samhandling på systemnivå. Men hva hjelper vel det, hvis det ikke fungerer på grasrota?

– Det vi trenger når vi har det vanskelig, er at noen slipper det de har i hendene og hjelper oss, der og da. Om vedkommende tilhører kommunen eller

spesialisthelsetjenesten er revnende likegyldig. Det som hjelper, er å bli tatt på alvor. Det nytter lite med alskens fagbakgrunn om personen som skal hjelpe deg ikke hører på deg, sier Almenning.

– *Hva er det viktigste rådet du vil gi til en koordinator?*

– Snakk med meg. Spør meg hvordan du kan hjelpe meg! Det er det viktigste, slår hun fast.

Innspill fra brukersiden har ført til at prosjektgruppa har valgt å jobbe med koordinatorfunksjonen i ansvarsgruppen.

LØFTER FREM KOORDINATORROLLEN

- Det planlegges et felles opplæringsprogram for ansatte i kommunen, NAV og helseforetaket, i samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag høsten 2012.
- Man ønsker å skape et tettere nettverk mellom samarbeidspartnerne.
- Brukere og pårørende vil bli invitert til å delta med sine erfaringer.
- KPA-modellen er en inspirasjonskilde for prosjektgruppa i dette arbeidet. Les mer her: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/psykososialt_arbeid_psykiske_lidelser_ik-2692.pdf
- Recovery er et sentralt tema når prosjektgruppa arbeider med å utvikle en felles forståelse mellom de ulike samhandlingspartene og konkretisering av tiltak.

NAV har viktig rolle

Prosjektgruppa jobber systematisk med å beskrive pasientforløp og tiltak som skal settes inn i de forskjellige fasene. De vil sy sammen et sikkerhetsnett som skal fange opp og gi hjelp til den enkelte, fra krisen oppstår og videre i forløpet. NAV er en viktig tråd i dette nettet. Bremnes tror mange underkjenner NAVs rolle i å hjelpe mennesker med psykiske helseproblemer med å få et godt liv.

– På en liste engelske forskere har kommet frem til står bolig, økonomi og arbeid øverst som de viktigste

– Hvis vi ikke hadde vært to forvaltningsnivå, kommune og spesialisthelsetjeneste – hva ville vi egentlig gjort da?

faktorene i livet til personer med psykiske helseplager.

1) NAV, 2) NAV, 3) NAV. Symptommestring står på sjuendeplass. Vi har dialogmøter med NAV og tenker at det også her er av stor betydning å få til møteplasser på individnivå. Vi arbeider med å utvikle et introduksjonsprogram for nyansatte som jobber med personer med psykiske lidelser. Det inkluderer ansatte i kommunene, helseforetaket og NAV. Uten NAV mislykkes vi, sier Bremnes.

Flere tiltak på gang:

I akuttfasen skal det være et team rundt hver enkelt bruker, med koordinator, pårørende og sykehus representert. Det skal være mer et behandlingsteam enn en ansvarsgruppe. Her har utarbeidelse av selvhjelpsplan en sentral plass.

De pårørendes rolle skal løftes frem. I samarbeid mellom kommunene, NAV, helseforetaket og Mental helse tas det initiativ til pårørendekvelder med ulike tema. I tillegg vil de sikre at pårørendes rolle styrkes både i kommunene og helseforetaket, som del av behandlingstilbudet til den enkelte pasient. Det skjer gjennom å følge opp og implementere veilederen fra helsedirektoratet «Pårørende som ressurs».

www.helsedirektoratet.no

Evaluerer og kvalitetsforbedring

Gruppen bruker ulike verktøy fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten når de evaluerer ulike tiltak. Dette er ulike spørreskjema, fokusgruppeintervju og brukerundersøkelser.

De bruker også kunnskapssenterets metoder og verktøy for kvalitetsforbedring. Se: www.kunnskapssenteret.no ●



PÅ LAG MED HELSETJENESTEN: NAV, her representert av Geir Tore Buvarp og Hanne Gartland Neergård, Midtre Namdal, er en viktig part i samhandlingen.

Nærblikk på NAV

– Samarbeidet vi har fått til med kommunene og sykehuset er suverent, sier Geir Tore Buvarp, tjenesteområdeleder i NAV, Midtre Namdal.

– NAV er glad for å bidra med å gi personer med psykiske helseplager i regionen et godt tilbud. Mange av brukerne våre har psykiske utfordringer, og lettere psykiske lidelser er ofte årsak til sykemeldinger. NAV har ikke helsekompetanse, derfor er samarbeidet med helsetjenestene svært viktig. Det gir oss påfyll, sier Buvarp. Han synes det er flott at NAV-ansatte har blitt godt kjent med både kommunehelsetjenesten og sykehuset og lett kan ta kontakt.

– Kommunene i Namdalen varierer i størrelse, men felles for alle NAV-kontorene er at det er etablert samarbeidslinjer til den psykiske helsetjenesten. Vi har veiledningsgrupper der vi møtes og drøfter utfordringer to ganger i halvåret. Dialogkonferansene, der vi informerer hverandre om utvikling av tjenestene og drøfter hvordan vi kan forbedre dem er også svært nyttige. Når flere kommuner møtes, blir folk kjent. Det har mange gode effekter, sier Buvarp.

– Kommunene kan i mange tilfeller gi like gode tilbud som sykehuset, i forhold til mange typer psykisk sykdom. Det handler om å møte folk, å få til en god relasjon. Samtidig ser vi at spesialistene på sykehuset har en detaljkunnskap som vi i kommunene kan dra nytte av ved behov.

Han tror mange NAV-ansatte kanskje er litt utrygge i forhold til brukere med psykiske helseplager. Det er ikke alltid lett å vite hvordan man kan bidra best mulig, og kanskje stiller man for få krav.

– Når vi er usikre på hvor mye vi kan kreve fra brukerne våre, er det viktig med god samhandling med helsetjenesten. Når samtykkeerklæringen er til stede, kan vi ta sakene fort og greit på telefon. Eller vi anonymiserer spørsmålene. Det er veldig lettvin.

NAV må være åpen for å ta imot innspill fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi må lytte og lære. Da får vi mye bedre kompetanse som veiledere. Ikke sjelden viser det seg at vi ikke trenger å være så forsiktige med brukerne som vi har trodd, slår Buvarp fast.

Arbeid og aktivitet er alltid det NAV-ansatte tenker først i møte med bruker. Målet er å føre den enkelte nærmere jobb eller skole.

– Alle trenger å ha noe fornuftig å holde på med. Det gode samarbeidet vi har med kommunehelsetjenesten og sykehuset er gull verdt når vi veileder mennesker mot det målet. Psykiatri har vært et relativt ukjent terreng for oss, og denne type samhandling gir oss mer innsikt. Vi føler at vi bidrar på en god måte, sier Buvarp. ●

NAMDALEN. TRE REGIONER, 16 KOMMUNER TOTALT, 44 000 INNBYGGERE

- Ytre Namdal: Bindal, Leka, Nærøy, Vikna. (Nærøy har eget DPS. Det har vært en del interkommunalt samarbeid i regionen. I flere år har man arrangert en interkommunal fagkonferanse med deltakere fra kommuner, NAV, Mental Helse, politi og helseforetak.)
- Indre Namdal: Grong, Høylandet, Lierne, Namsskogan, Røyrvik. (Regionen har sterk tradisjon for interkommunalt samarbeid.)
- Midtre Namdal: Fosnes, Namdalseid, Namsos, Overhalla, Flatanger, Osen, Verran. (Kommunene har tradisjon for nettverksjobbing, og man har gjennom flere år hatt mellom to og fire møter i året der alle som jobber i psykisk helsetjeneste har vært invitert.)

Praksiskonsulentordningen

Samarbeidsprosjektet i Nord-Trøndelag har hatt fokus på kvalitetssikring av henvisninger fra kommunen til spesialisthelsetjenesten. Dette er en av flere oppgaver for praksiskonsulenten.

Praksiskonsulentordningen er et nettverk av allmennpraktiserende leger som skal sikre og styrke samarbeidet mellom sykehusets avdelinger og den kommunale helse- og omsorgstjenesten til beste for brukeren. Hovedmålet er å oppnå gode pasientforløp ved å kartlegge og fjerne flaskehalser i behandlingsskjeden.

Skaper bedre løsninger sammen

Praksiskonsulentene skal, med utgangspunkt i egne erfaringer, bidra til bedre samhandling mellom sykehuset og kommunene. Ordningen bygger på en erkjennelse av at profesjoner, spesialiteter og organisasjoner med direkte pasientansvar ikke samarbeider på en optimal måte, og at man i for liten grad tar hensyn til pasientens syn og perspektiv. For å oppnå et mer helhetlig pasientperspektiv, må leger med ulike perspektiver og ulik kunnskap om samme fenomen møtes.

Praktisk gjennomføring

Ved etablering av en praksiskonsulentordning settes det først en koordinator i deltid ved sykehuset. Koordinator har ansvar for rekrutteringen av praksiskonsulentene, og for å gi råd og veiledning i arbeidet.

Forankringen i allmennpraksis er basis for arbeidet som praksiskonsulent. Praksiskonsulenten skal drive kontinuerlig kvalitetsutvikling av samarbeidet mellom avdelingen og allmennlegene.

Eksempler på konkrete oppgaver for praksiskonsulenten:

- Oppfølging av epikrisekvalitet
- Oppfølging av kvalitet og innhold i henvisninger
- Bidra til utforming av kliniske retningslinjer for utredningsprosedyrer, for innlagte pasienter og ambulante forløp
- Bidra til oppdatert kunnskap i allmennpraksis om de forskjellige avdelingenes behandlingsmuligheter og tilbud
- Bidra til at sykehusavdelinger er oppdatert om utrednings- og behandlingsmuligheter i allmennpraksis.
- Bidra til at det til å holdes møter mellom allmennpraksis og sykehusavdeling.

Les mer:

Allmennlegeforeningen. PKO-håndboka (2004). Håndbok for praksiskonsulenter og praksiskoordinator. ●

Leistad etterbehandling

– kommunalt helsehus for etterbehandling av døgninnlagte pasienter

- Et samarbeid mellom Trondheim kommune, Klæbu kommune, Melhus kommune og St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern.
- Målgruppe: Døgninnlagte, utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten med alvorlige psykiske lidelser. Pasientene har et antatt behov for langvarige tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste.

Prosjektperiode: 01.09.09 – 2014.

Det gode stedet midt imellom

– Vi som jobber her befinner oss på det mest spennende stedet i Trondheim kommune, sier Rune Sundal og langer i vei bortover korridorene.

TEKST OG FOTO: ANNE KRISTIANSEN RØNNING

Fagkoordinatoren ved Leistad etterbehandling fører an gjennom senteret. Ti senger er satt av til pasientgruppen, pluss to brukerstyrte akutt plasser. Dagligstua kan pasientene anvende som de vil. På kjøkkenet lager de seg frokost, lunsj og kveldsmat, og de vasker klærne sine selv. Her skal det være nesten som hjemme. Men middagen får de servert. Bygget er bemerkelsesverdig stille.

– Egentlig er dette et kjedelig sted. Vi har ingen aktivitetstilbud, ikke treningsrom. Oppholdet skal være realistisk i forhold til hvordan det er der pasientene bor. De skal ikke bli avhengige av ting som skjer her, sier Sundal.

Det er ingen grunn til å institusjonalisere, mener de ansatte ved Leistad etterbehandling. Det er mye bedre å støtte opp om at pasienten skal delta på aktiviteter der han bor. Sundal tror heller ikke litt kjedsomhet trenger å være så negativt.

– Sånn er livet noen ganger, for oss alle. Kjedsomhet kan motivere mennesker til å starte med ett eller annet, sier han.

De ansatte ved Leistad etterbehandling har så og si skapt sin egen arbeidsplass og føler seg litt som gründere. 10 årsverk er tilknyttet tilbudet, som har 15 ansatte totalt. Selv er Sundal utdannet miljøterapeut og pedagog.

– Starten var utrolig spennende. Vi kunne ikke bare ta en telefon til noen og spørre hvordan vi skulle



FAGKOORDINATOR RUNE SUNDAL: – Målet er å gi brukerne en god overgang mellom innleggelse og hjemkomst.

gå frem, ingen hadde jo gjort dette før oss. Naturligvis hadde vi noen feilskjær. Men det må man tåle, når man setter i gang med noe nytt, sier han.

Tankene i starten

– Flere steder i landet lukter man nå på modellen dere har utviklet, og i Tromsø er man i gang med å planlegge et lignende tilbud. Hvordan tenkte dere i startgropa?

– Vi ønsket å ha en god og velfungerende personalgruppe og føler vi har lyktes med det. En bred faglig plattform var viktig, og teamet vårt består av

psykiatrisk sykepleier, miljøterapeut, vernepleier, sosionom, ergoterapeut og hjelpepleier. Medarbeiderne er nok en av våre suksessfaktorer. Vi ansatte erfarne personer med evne til å bidra i å bygge opp tilbudet. De er motiverte og trives i jobben. Alle jobber miljøterapeutisk og har primærkontaktansvar. Helt fra starten av sørget vi for å ha en klar ansvarsfordeling. Vi tror det forebygger frustrasjoner, sier Sundal.

Veiledning og klar logistikk

De ansatte har god nytte av kompetansen i spesialisthelsetjenesten.

– De har veiledningsplikt, og den må vi benytte oss av. Vi må be om det, samtidig føler vi at de er engasjerte og på tilbudssiden. Dukker det opp en problematikk i forhold til en bruker, spør vi om de kan komme og gi oss veiledning. Det er viktig å ha faste rammer for kompetanseoverføringen, og vi mener vi har funnet en god måte å gjøre det på, sier Sundal. Han understreker hvor viktig det har vært å ha klar logistikk mellom Leistad etterbehandling, spesialisthelsetjenesten og det øvrige kommunale hjelpetilbudet. Det ble løst med å ha helt klare, forpliktende samarbeidsavtaler.

Kommunen kartlegger

– Erfaringene med Leistad etterbehandling viser at det dere gjør har god effekt, og du har nevnt medarbeiderne som en av suksessfaktorene. Hva er de andre?

– Hovedpoenget er at det er vi i kommunen, ikke spesialisthelsetjenesten, som kartlegger hva som skal til for at pasientene skal mestre å bo hjemme. Vi har andre briller og ser de det gjelder på en annen måte. Vi ser deres hverdag, og hva som skal til for at de kan mestre den. Vårt utgangspunkt er ressurser og gode løsninger, ikke diagnoser. Ved hjelp av kartleggingsverktøyet IPLOS får vi et bilde av hvordan pasientene klarer de vanlige funksjonene i hverdagen. Naturligvis er også mye av det vi legger opp til basert på tilbakemeldinger

fra pasientene. Vi legger til rette for at pasientene skal være mest mulig selvstyrte, forklarer Sundal.

Åpen retur

– Pasientene er hos oss i maksimum fire uker. Det gir oss rom til å finne de beste løsningene for den enkelte. De er også sikret rask hjelp fra den øvrige kommunale helsetjenesten og slipper dermed ventingen som så mange må streve med, slår han fast.

Ellers synes pasientene det er betryggende å ha de to brukerstyrte trygghetsplassene i bakhånd.

– Hit kan pasienter som har vært innlagt komme tilbake for et par dager. Er det ledig, kan de komme omgående, uten henvisning. Det gir en visshet om at man har ryggdekning, dersom det blir problematisk når man kommer hjem igjen, forteller Sundal.

Støtter og motiverer

De ansatte er opptatt av å få pasientene inn på allerede eksisterende tilbud, gjerne i det frivillige apparatet.

– Under oppholdet legger vi til rette for at pasientene skal nå sine mål. Er det å delta på en aktivitet i nærheten av hjemstedet, støtter vi opp om det. Mange benytter seg av kommunale treffsteder, mens andre ønsker å begynne på treningssenter, turgruppe eller fotogruppe.

Vi har en samarbeidsavtale med Mental Helse. De har kontor på Leistad som er bemannet en dag i uka. Pasientene får tilbud om å delta i aktiviteter som Mental Helse arrangerer mens de er på Leistad, og som de forhåpentligvis fortsetter med etter at de har flyttet hjem, sier Sundal.

Noen av pasientene går også tilbake i jobb.

– Spekteret av personer som benytter seg av tilbudet er stort, og flere har hatt gode jobber som de ønsker seg tilbake til, etter å ha vært gjennom en vanskelig tid. Da er vi med og motiverer. Noen ganger møter vi utrolig ålreite arbeidsgivere som legger til rette for sine ansatte, slår han fast. ●

På vei hjemover

– Her kan man finne fotfeste igjen, før man går videre. Jeg er så glad for at det finnes et slikt sted, sier Inger Lise Næss.

MED FREMTIDEN I SIKTE:
Inger Lise Næss får hjelp til å
komme seg videre på Leistad.





LYST KJØKKEN: Her kan pasientene lage seg mat selv.

Nå gleder hun seg til morgenstunder hjemme i solveggen, med god kaffe, avis og fuglekvitter. Næss har vært ved Leistad etterbehandling i to uker og begynner å lengte hjem.

– Leistad er hjemmekoselig, med fin stemning. De som jobber her er gode å være sammen med, støttende, men ikke for nærgående. Roen senker seg inn i meg når jeg er på Leistad, men samtidig er det jo best å være hjemme. Jeg begynner å bli klar for det nå, sier 44-åringen og smører seg et knekkebrød i det lyse kjøkkenet.

Hun føler slett ikke at hun er på en institusjon. Det var ganske annerledes på Østmarka, der hun kom fra.

– Østmarka er en avdeling ved divisjon for psykisk helsevern, St. Olavs Hospital. Jeg har vært der flere ganger; sist gang bare for et par dager. Det er en del støy og usikkerhet på Østmarka. Andre pasienter forstyrrer, det er vanskelig å finne ro. Her kjenner jeg at jeg kommer til hektene igjen; får ladet batteriene.

Leistad er en god plass å være i en periode av livet. Samtidig vet jeg det bare er en mellomstasjon. Veien videre må jeg klare å gå selv, sier Næss.

Vil uttrykke seg

Historien til 44-åringen har noen vonde kapitler. Angst, depresjon og sorg har vært bestanddeler i livet, men i dag er hun energisk og forteller om noen drømmer og planer.

– Jeg vil ikke leve mer i fortiden. To uker her har gitt meg tid til å mobilisere meg selv. Jeg kjenner matlyst og livsgnist. Kanskje tør jeg også å gjøre noe mer ut av den kreative greia mi, forteller hun. Næss skriver tekster og musikk, og begynte å lage egne låter da hun var åtte år gammel.

– Det gir meg time-out. Når alt annet er vondt, er det godt å skape noe.

Ønsker et større nettverk

Målet nå er å skape et godt liv når hun kommer hjem

til sin egen leilighet igjen. Å engasjere seg i noe på dagtid. Inger Lise er uføretrygdet, og dagen kan bli lang. Et problem har vært alkohol, men nå kjenner hun ikke behovet på samme måte.

– Jeg har brukt alkohol for å dempe uroen min. Når uroen ikke er så stor lenger, er heller ikke suget etter øl det samme, sier Næss, som ønsker å mestre ting hun ikke har mestret så godt før. For øvrig forteller hun at hun er glad for å ha god kontakt med

sønn og svigerdatter, men at hun nå ønsker å få seg et større nettverk.

– *Hvordan tror du det vil bli å komme hjem igjen?*

– Spannende. En ting er i alle fall helt klart: Veien tilbake til Østmarka ville nok blitt kortere, om det ikke var for Leistad. Det kan være tungt å gå alene når man er i min situasjon. Det er mye lettere å trekke føttene opp fra et gjørmehull, når man har noen å støtte seg til. ●

Helt klare rammer

En viktig suksessfaktor for tilbudet er de klare rammene og avtalene som eksisterer mellom psykisk helsevern, Leistad etterbehandling og kommunehelsetjenesten.

Rune Sundal forteller om hvordan det foregår:

1. Psykisk helsevern ringer oss og sier de har en aktuell pasient.
2. Vi avtaler et overføringsmøte, som foregår på sykehuset. Behandlere der diskuterer saken med oss, og vi har en samtale med pasienten der vi orienterer ham om tilbudet. Det er viktig å finne ut av hans motivasjon. Sammen med sykehuset går vi gjennom en sjekkliste med åtte kriterier, der alle må være til stede for at pasienten skal kunne komme til oss. Pasienten må for eksempel ikke ha store rusproblemer eller være til fare for andre.
3. Når pasienten overføres til Leistad, har vi en kort samtale der han blir vist rundt i lokalene og får se husreglene. Vi snakker om mål og avklarer forventinger. Han får høre at det vil bli et møte med saksbehandler i kommunen innen en uke og at han kan få bo litt hjemme i løpet av oppholdet.
4. Vi kaller møtet «pasientens nettverksmøte». Det er pasienten som bestemmer hvem som skal delta. Ofte er det en pårørende eller venner, i tillegg til saksbehandler/ kontaktperson i kommunen, samt pasientens primærkontakt på Leistad. Pasienten blir orientert om hvilke tjenestetilbud og rettigheter han har i kommunen, og arbeidet med å tildele kommunale tjenester startes. Dersom pasienten ikke har IP, blir han orientert om muligheten. Arbeidet med å etablere en IP kan startes på Leistad. Noen ønsker den digitale versjonen. Vi synes den fungerer veldig bra i mange tilfeller. Til slutt på møtet avtaler vi at det skal være utskrivningsmøte den siste uka pasienten er her.
5. På utskrivningsmøtet går vi gjennom hvordan pasienten har hatt det under oppholdet, og vi kvalitets-sikrer at de ønskelige kommunale tiltakene blir iverksatt. Viktige personer i de utøvende tjenestene i kommunen kan være med på dette møtet, slik at det blir opprettet kontakt før hjemkomsten. ●

Å tørre å gi slipp

– Kunne kommunen klare å hjelpe disse pasientene med begrensede ressurser? Ville vi få en god del av pasientene tilbake igjen, ganske snart? Var kommunen kompetent nok?

Spørsmålene var mange, forteller rådgiver Tore Albertsen ved St. Olavs Hospital, divisjon for psykisk helsevern, avdeling Østmarka. Han har koordineringsansvaret for de utskrivningsklare pasientene ved sykehuset. Men motforestillingene, som enkelte hadde, varte ikke så lenge.

– Det har gått bra. Trondheim kommune har, blant annet med sin satsning på Leistad, vist at de kan tilby denne pasientgruppen egne boliger og følge dem opp på en god måte. Og de klarer det med en god del mindre ressurser enn det som ofte var forventet fra vår side, sier Albertsen.

Unngår lange ventelister

– *Det var kommunen som tok initiativet til prosjektet. Hvordan opplevde dere det?*

– Utgangspunktet var at en stor gruppe innlagte pasienter måtte vente veldig lenge på å få tilbud i kommunen. I perioder var mellom 40 og 50 pasienter ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten og oppført på listen over utskrivningsklare pasienter. Enkelte måtte være i våre avdelinger, enten i sykehus eller DPS, i et par år før de kom seg videre. Det var ikke hensiktsmessig for noen. Ikke for pasientene, ikke for spesialisthelsetjenesten – eller i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Pasientene tok dessuten opp plasser som andre trengte, forteller Albertsen.

Psykisk helsevern støttet altså planene om etablering av tilbudet ved Leistad helsehus. Man syntes ideen var god. Nå har det snart gått tre år, og antallet personer på venteliste har gått drastisk ned.

– Vi har rundt 13 utskrivningsklare personer i dag, og de fleste slipper å vente lenger enn noen måneder

før de får tilbud om plass ved Leistad eller egen bolig. Dette er en gledelig utvikling. Det er mye god helse i å unngå å bli liggende for lenge i spesialisthelsetjenesten, slår han fast.

I starten var alle de ti sengene på Leistad etterbehandling reservert for pasienter med egen bolig. Nå er dette endret. Albertsen er glad for det.

– De har nå fem senger for pasienter som har eller har fått tilsagn om egen bolig, samt fem senger for pasienter uten egen bolig. For oss var det en positiv endring. Mange av de utskrivningsklare pasientene har ikke egen bolig å komme hjem til, og med den nye ordningen frigjøres plasser for personer med behov for døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, sier han.

Sentral trådtrekker

Anne Dina Haslene, kvalitetsrådgiver ved St. Olavs Hospital, psykisk helsevern, avdeling Østmarka er koordinatoren som Leistad etterbehandling og de ansatte på Østmarka forholder seg til når pasienter skal skrives ut fra sykehuset og overføres til Leistad. Hun har direkte kontakt med sengepostene på Østmarka og kan dermed kvalitetssikre at forarbeidet for overflytting er gjort før hun kontakter Leistad helsehus. På denne måten forhindres uferdige henvendelser.

– Vi har ni sengeposter på Østmarka, og de aller fleste vil helst ta kontakt med Leistad direkte. Men det er mange hoder, og erfaringen er at kommunikasjonen blir best når den går gjennom én person. Når en sengepost har en aktuell pasient, ringer de til meg, og vi diskuterer saken. Om saken fyller oppsatte kriterier, tar jeg den videre, sier Haslene, som er psykiatrisk sykepleier.

Hun forteller at ansatte ved Leistad helsehus og Trondheim kommune alltid er velkomne for å hospitere, slik at de kan bli kjent med behandlingsopplegg, tilnærmingmetoder og motivasjonsarbeid.

– Pasienter som har vært innlagt i psykiatriske institusjoner lenge trenger ofte lang tid for å knytte nye kontakter og å etablere seg i ny bolig. Det er da nyttig å bruke ulike tilnærmingmetoder for å bygge opp tilliten som må til for at et nytt tiltak skal lykkes. Vi gir klinisk veiledning til Leistad helsehus. Det skal være lett å spørre om råd og veiledning i en overføringsfase, understreker Haslene.

– *Hva har dere lært av erfaringene med Leistad helsehus?*

– Vi har god erfaring med at pasientene fullfører behandlingen på Leistad helsehus, men kapasiteten skulle ha vært større. Det er en flaskehals at pasienter uten bolig må bo i sykehus lenge etter at de er utskrivningsklare grunnet manglende tilbud i kommunen. Dette gjelder spesielt pasienter som trenger særskilt oppfølging eller bolig med base, sier Haslene. Før hun slår fast:

– Det er også en utfordring at vi må tore å gi mer slipp på pasientene. De klarer seg ofte veldig bra i kommunens hender. ●

Kimen til prosjektet

Det begynte med at Eirik Roos, som jobbet i rådmannens fagstab, satt og klødde seg i hodet. Han holdt på med en mastergrad i ledelse.

Roos så at døgninnlagte pasienter som var klare til å skrives ut fra spesialisthelsetjenesten måtte vente i nærmere ett år på kommunale tjenester. Noen ganger enda lengre.

– Jeg tenkte at det var helt uakseptabelt og vil finne årsakene til at det var slik – og se på hva som kunne gjøres for å bedre situasjonen. Jeg syntes det var uetisk at pasientene måtte tilbringe flere uker og måneder i sykehus/ DPS etter at behandlingen er avsluttet, i påvente av kommunale tjenester, sier han.

Funnene ga nye tankekors. Roos oppdaget at det var store forskjeller på omfanget av kommunale tjenester før og etter innleggelse i psykisk helsevern. Før innleggelse hadde de fleste pasientene tilgang på bolig og psykososial oppfølging om lag en gang i uka. Etter at behandlingen var avsluttet, ble de fleste pasientene vurdert til å ha behov for ny bolig med tilgang til døgn tjeneste. Det var sykehusansatte som tok vurderingene. De bestilte tjenester fra kommunen, som

fattet vedtak om kommunale tjenester.

– Kommunens ansatte har ingen mulighet for å observere pasientenes hjelpebehov i sykehus. Bestillingen på kommunale tjenester blir derfor kopiert, forteller Roos.

Inspirert av kolleger

Han var ikke så sikker på om dette var en hensiktsmessig måte å gjøre det på. Kanskje hadde mange av brukerne større ressurser enn det som kom fram?

– Jeg tenkte at de sykehusansatte kanskje bestilte tjenester ut fra erfaringer med andre pasienter. Mange hadde fått ny bolig med døgn tjenester, noe som opplevdes som en trygg situasjon. Jeg så for meg at det kunne være lett å overføre disse erfaringer til andre pasienter. Samtidig som det er rasjonelt å bestille tjenester på øverste nivå, når det ikke er man selv som må betale for det, forteller han.

Nåværende kommunaldirektør i Trondheim



GODT OG STABILT FAGMILJØ: Noen av de ansatte: Fra v: Fagkoordinator Rune Sundal, vernepleier Randi Hosarøygard og sykepleier Marit Andersson.

kommune, Helge Garåsen, hadde tidligere gjort forsøk med etterbehandling av somatiske pasienter ved Søbstad sykehjem – med suksess. Hvorfor ikke prøve noe av det samme med pasienter fra psykisk helsevern, tenkte Roos. Han skrev ned hypotesen: «Kommunens ansatte er spesialister på kommunale tjenester og på

vurdering av kommunale behov. Det er derfor ønskelig å prøve ut samme modell som for somatiske pasienter. Det vil si at det kun er kommunalt ansatte som vurderer behov for kommunale tjenester på en kommunal arena.»

Fin statistikk, men ikke diagnosespesifikk

- 2010: 56 pasienter ble utskrevet fra Leistad etterbehandling, 51 til eget hjem. Fire pasienter ble henvist videre til ny utredning eller vurdering i spesialisthelsetjenesten.
- 2011: 55 pasienter ble utskrevet fra Leistad etterbehandling, 54 til eget hjem.

Det kan være mye penger å spare på en slik modell.

– Døgnprisen i kommunalt helsehus er vesentlig lavere enn i sykehus-/ DPS. Dersom pasientene kommer seg raskere tilbake til eget hjem etter behandling i sykehus, vil dette gi store samfunnsøkonomiske gevinster, sier Eirik Roos.

– *En OECD undersøkelse slår fast at tre av ti pasienter med schizofreni som skrives ut fra sykehus i Norge reinnlegges etter 30 dager. Norge kommer dårligst ut i OECD-undersøkelse. Hvordan ser tallene ut hos dere?*

– Vi har ikke tall som viser dette så diagnosespesifikt.

– *Men hva slags inntrykk har dere? Forekommer schizofreni ofte som diagnose ved Leistad etterbehandling?*

– De fleste pasientene har personlighetsforstyrrelser eller angst- og depresjonslidelser. Enkelte pasienter har også diagnosen schizofreni, svare Roos.

Ny forskning kommer

Nå er han er i gang med et doktorgradsarbeid som ser på effekten av tilbudet ved Leistad etterbehandling. Resultatene forventes å være klare i 2016. Følgende tre publikasjoner er planlagt:

1. Effekten av etterbehandling i kommunalt helsehus for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse målt i antall behandlingsdøgn og kostnader.
2. Effekten av etterbehandling i kommunalt helsehus etter utskriving, målt i mottatte spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester i forhold til funksjonsnivå, samt reinnleggelse(r).
3. Opplevd livskvalitet 3 og 12 måneder etter utskriving. ●

Lignende prosjekt i Tromsø

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Tromsø kommune utreder nå alternative samhandlingsmodeller, med utgangspunkt i «Leistadmodellen».

Målgruppen er inneliggende, utskrivningsklare pasienter med langvarige og sammensatte behov for tjenester. Man ønsker å sikre gode utskrivelsesprosesser fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Prosjektet tar utgangspunkt i «Overordnet samarbeidsavtale» mellom UNN og samarbeidende kommuner, og en særskilt tjenesteavtale knyttet til samhandling om målgruppen.

Prosjektgruppa er særlig opptatt av:

- Riktig dimensjonering og identifisering av målgruppens reelle behov
- Å identifisere samhandlingsutfordringer
- At tilbudet imøtekommer målgruppens behov, blant annet bostedsløshet og utfordringer knyttet til rusproblemer
- Om egenbetaling er hensiktsmessig, eller vil ekskludere personer med størst behov

Kontaktperson: Tore Ødegård, prosjektleder
Tromsø kommune. ●

Fosen-Teamet og kommunene

– ambulant akuttfunksjon (AAT)

Nidaros DPS, som er en del av St. Olavs Hospital HF, har ansvaret for å opprette en psykiatrisk ambulant funksjon innen sitt opptaksområde. På Fosen har DPS'et allerede et poliklinisk team, Fosen-Teamet. I samarbeid med kommunene Rissa, Ørland, Bjugn, Roan, Åfjord og Leksvik driver Fosen-Teamet prosjektet som presenteres her. De utvikler samhandlingen seg i mellom og oppretter en akutt ambulant funksjon (AAF)

MÅL:

- Styrke og bedre utredning og behandling for psykiske vansker og lidelser i kommunene som er involvert.
- Utvikle en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenestene.
- Legge til rette for sammenhengende tjenester og et fagmiljø som deler og utvikler kompetanse.
- Gjøre modellen effektiv i situasjoner som er så alvorlige for pasienten at øyeblikkelig hjelp og innleggelse blir vurdert, men der partene (kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og pasienten) kan vurdere å sette inn forebyggende tiltak som et alternativ.

TILTAK I PROSJEKTPERIODEN:

- Ambulant akuttfunksjon (AAT) opprettes
- Prosedyre for AAT utarbeides og distribueres til alle parter.
- Årlig seminar der partene øver seg i samhandlingsmodellen gjennomføres.
- Tiltak som knyttes til AAT, evalueres og videreutvikles.
- En ambulant rehabiliteringsfunksjon er under planlegging og skal implementeres i løpet av 2012.

Prosjektet startet 01.12.2010 og er planlagt å vare til 31.12.2014.

Skulder ved skulder

Innen et døgn etter henvendelse oppretter Fosen-Teamet psykiatrisk akutt ambulant funksjon og tilbyr krisehjelp. De får det til ved å samhandle med fastleger og psykisk helsearbeidere i kommunene.

TEKST OG FOTO: RAGNHILD KROGVIG KARLSEN

Alle kan rammes av en krise. Enten det skyldes alvorlige psykiske lidelser, langvarig stress, livskriser eller noe annet, skal de ulike helseforetakenes ambulante akutt-team tilby hjelp til å håndtere situasjonen. De skal forsøke å finne alternativer til innleggelse, uavhengig av bosted.

Nidaros DPS bestemte seg tidlig for å opprette et eget tilbud for befolkningen på Fosen, der avstandene er relativt store. «Psykiatrien ut til folket»

het prosjektet som banet vei for nye måter å arbeide på da Fosen-Teamet ble etablert i 1989.

– Vi ville gi folk hjelp i kommunen der de bor. De skulle slippe å reise til oss, forteller John Arne Lein, psykologspesialist med klinisk voksenpsykologi som spesialisering.

KOMPETANSE: – Kompetanse er noe både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har. Det nære samarbeidet gjør utveksling av kunnskap til en naturlig del av arbeidshverdagen, mener psykolog John Arne Lein fra Fosen-Teamet og psykisk helsearbeider Ingrid Elisabeth Stranden fra Ørland kommune.





INNEN 24 TIMER: – Minst en gang i året over vi oss på samhandling. Sannsynligvis vil det være noen av oss som ikke har opplevd en utrykning siden sist. (John Arne Lein, psykolog og prosjektleder for samhandling i Fosen-Teamet)

Oppretter akutt funksjon

I dag, 25 år senere står Fosen-Teamet skulder ved skulder med psykisk helsearbeidere i kommunen, og fortsetter å se fremover.

– Vi skal bli bedre til å samhandle, og utvikler en effektiv samhandlingsmodell i samarbeid med kommunene, forteller Lein, som er prosjektleder for utviklingen av teamets nye akutt ambulante funksjon (AAT) og selve samhandlingsmodellen.

Når det stormer

Vi skal ta turen dit Trondheimsfjorden skjærer seg inn og skiller 3437 kvm skog, fjell og skjærgård fra landskapet og byene innenfor. Fosen er en diger halvøy der 26000 innbyggere bor spredt i kommunene Ørland, Rissa, Bjugn, Leksvik, Åfjord, Mosvik, Osen og Roan. Enten utgangspunktet er Stokkøy mot nord, kjent for sin spektakulære strandbar avbildet i Wall Paper, eller Leksvik, der jordene skråner mot fjorden i syd, eller Ørland, der jagerfly og poplåter tar av fra rullebanen mot helt andre mål, er det ikke uvanlig å bruke to–tre timer i bil til nærmeste sykehus.

Akkurat i dag er det yr i luften, og kun små

– Etterspørselen er ikke stor nok til at vi kan ha et team stående i beredskap.

JOHN ARNE LEIN, FOSENTEAMET

krusninger på fjorden. John Arne Lein triller sykkelen om bord i hurtigbåten. Når det stormer i noens indre eller noe er knust i forholdet mellom mennesker, når både psykisk og sosialt liv er gått i oppløsning, skal han hjelpe. Men han gjør det ikke alene. Aldri alene.

Tilstede i kommunene

– Vi arbeider med løsninger for pasienten som kan fungere som alternativ til innleggelse, og har lagt oss på en linje tilsvarende den DPS 'et for øvrig har lagt opp til for pasientgruppene i byen. Det betyr at vi skal være på plass innen 24 timer etter henvendelse på hverdager, og i helgene skal vi være på plass påfølgende mandag kl. 11.

Kun på fredager er Fosen-Teamet til stede ved DPS'et som ligger i sjøkanten ikke langt fra Trondheim sentrum.

– På fredager besøker vi pasienter som er innlagt på døgnposten, har internundervisning og annen faglig kontakt med senteret, sier Lein.

Fosen-Teamets base, med sekretær og telefonvakt, er i Rissa kommune. Hver mandag møtes hele teamet der. Resten av uka møter de brukere og samhandlingspartnere i kommunene Rissa, Bjugn, Åfjord eller Ørlandet, slik John Arne Lein gjør i dag. De har en arbeidsplass i hver av kommunene, og stiller ikke spørsmål ved fremkomstmidler eller forflytning.

Funksjon – ikke team

John Arne Lein legger vekt på at modellen de har satset på er en akutt funksjon, ikke et akutt team. Dette henger sammen med geografi og pasientgrunnlag. I fjor (2011) behandlet Fosen-Teamets akutt ambulante funksjon 25 til 30 pasienter.



SYKKEL OM BORD: Behandlerne i Fosen-Teamet bruker de transportmidlene som passer best for å kunne være fleksible og komme raskest mulig frem. I dag ble det hurtigbåt og sykkel for psykolog John Arne Lein.

– Etterspørselen er ikke stor nok til at vi kan forsvare å ha et helt team stående i beredskap. Vi er nødt til å ha andre oppgaver ved siden av, sier han.

Til forskjell fra ambulante akutteam og ambulante rehabiliteringsteam, er altså ikke Fosen-Teamets akutt ambulante funksjon operativ hele tiden, men funksjonen opprettes i det det oppstår en situasjon som krever det. Når fastlegen melder om behov for krisehjelp, går en representant fra Fosen-Teamet sammen med en fra kommunehelsetjenesten og danner et team der og da, forteller John Arne Lein.

Han skal snart innvie oss i en intrikat kabal, men først kommer psykisk helsearbeider Toril Røstad ut fra sitt kontor rett over gangen.

– Vi fikk tilbud om nye lokaler, men sa nei, vi

flytter ingen steder uten at Fosen-Teamet flytter med. Til det er nærheten og muligheten til spontane samtaler og faglig fellesskap for viktig, sier hun.

Sammen om vanskelige saker

Røstad, som er psykiatrisk sykepleier og fagleder for psykisk helsearbeid for voksne i Ørland kommune, peker på at mye har endret seg i arbeidshverdagen siden hun begynte i faget i 1996.

– Sakene psykisk helsearbeidere i kommunen får i hendene nå, er av en helt annen karakter. Det handler oftere om sammensatte problemstillinger, barn og voksne i konfliktsituasjoner. Under overflaten kan krisene skyldes psykiske vansker og lidelser – for eksempel hos en av foreldrene, sier hun.



MØTES PÅ GANGEN: For John Arne Lein, Fosen-Teamet og Ingrid Elisabeth Stranden, psykisk helsearbeider i Ørland kommune, er det nok å stikke hodet ut av døren når de trenger å diskutere faglige spørsmål.

I slike tilfeller er hjelperne nødt til å jobbe på tvers av tjenestene. For å kunne nå ut tidlig nok må de samhandle.

– I vanskelige saker er det spesielt viktig at spesialistteamet vi samarbeider med er trent i akutt ambulant funksjon. I tillegg er kompetansen som Fosen-Teamet har innen familieterapi spesielt nyttig for oss. Det er noe kommunen vår ikke kan tilby, sier Røstad.

Hun ser positivt på retningen Fosen-Teamet utvikler seg i, og forteller om en markant forskjell fra tidligere. Spesialisthelsetjenesten er tidligere på plass nå.

– Før måtte brukere vente opptil tre måneder for få komme til samtaler med spesialistene i Fosen-Teamet, men med akutt ambulant funksjon, kan vi sammen tilby hjelp med en gang, sier hun.

Her kommer den nevnte intrikate kabalen inn i bildet.

Ansvar på omgang

Krisehjelpen fra Fosen-Teamet stables nemlig på beina i et nærmest uendelig antall kombinasjoner av små arbeidslag. Timeplaner og rutetabeller behandles til smidig logistikk – løsningsorientert og operativt.

Behandlerne fordeler arbeidsdagene sine i de ulike kommunene, og dette er satt opp i en uketabell som fastlegges og eventuelt endres hvert halvår.

– Hver uke har én av behandlerne ansvaret for at akuttfunksjonen trer i kraft ved behov. At ansvaret rullerer er først og fremst en fordel for å kunne opprettholde kompetanse, sier Lein.

Fosen-Teamets ukeplan

	MAN	TIRS		ONS		TORS		FRE
		oddetallsuke	partallsuke	oddetallsuke	partallsuke	oddetallsuke	partallsuke	
RUNE	Rissa	Ørland	Ørland	Rissa	Rissa	Ørland	Ørland	egen rute
JOHN ARNE	Rissa	Ørland	Ørland	Ørland	Ørland	Rissa	Rissa	Trondheim
SISSEL	Rissa	Åfjord	Åfjord	Åfjord	Åfjord	Rissa	Rissa	egen rute
BØRGE	Rissa	Rissa	Rissa	Ørland	Ørland	Ørland	Ørland	egen rute
BENGT	Rissa	Ørland	Rissa	Ørland	Ørland	Rissa	Ørland	egen rute
LINDA	Rissa	Bjugn	Bjugn	FRI	FRI	Rissa	Rissa	egen rute
STÅLE	Rissa	Ørland	Ørland	Ørland	Ørland	Rissa	Rissa	egen rute
MONICA	Rissa	Bjugn	Bjugn	Åfjord	Åfjord	Åfjord	Åfjord	egen rute
CECILIE	Rissa	Rissa	Rissa	Rissa	Rissa	Rissa	Rissa	egen rute

Ni av Fosen-Teamets faglige ansatte behandlere jobber med AAT, bare leder er unntatt. I tillegg bidrar Fosen-Teamets tre merkantilt ansatte ved kontoret i Rissa. Et premiss for å kunne tilby akutt ambulant funksjon er at teamets telefon er bemannet hele tiden. Teamet samarbeider med 15–20 psykisk helsearbeidere i kommunene, i tillegg til fastlegene.

– Det nye er at det mobiliseres et styrket tilbud på kort varsel, sier Lein.

Den første samtalen

Å få snakket med noen, er ofte det aller viktigste for en person i krise. Om det smertefulle. Det kaotiske. Det bunnløse. Hasteinnleggelser kan være en påkjenning for pasientene, og for å unngå denne belastningen, mener Lein det er riktig å gjennomføre det viktigste tiltaket først: Å rigge til for en samtale. I dette første møtet, der både spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og gjerne fastlegen møter brukerne av tjenestene, skal situasjonen avklares.

– Kanskje er det nok med én samtale. Kanskje bør vi følge opp med flere. Innleggelse kan også være aktuelt. I alle tilfeller skal situasjonen være avklart for pasienten innen 14 dager, f.eks. angående eventuell innleggelse eller henvisning.

Familieterapeutisk kompetanse

Fosen-Teamet har utviklet verdigrunnlag, filosofi, faglig retning og metoder over lang tid. I hovedsak driver de individuell behandling, men tilbyr par-samtaler og er blant få polikliniske team som har en mekler i staben.

– Modellen vi har valgt må «sitte» i hodet til alle medarbeiderne hvis vi skal være beredt. Derfor øver vi oss.

JOHN ARNE LEIN, PSYKOLOG OG PROSJEKTLEDER FOR SAMHANDLING I FOSEN-TEAMET

– Det systemteoretiske synet på mennesket gjør det relevant å bruke spesialkompetansen teamet vårt har innen familieterapi. Psykiske vansker og lidelser må sees i en større sammenheng. Familie, relasjoner og sosiale forhold spiller inn.

Teamets spesielle kompetanse innen familieterapi kommer til nytte når de nå jobber etter en ny modell, deler av tiden.

– Det er ikke bare enkeltpersoner med alvorlige lidelser som får behandling. Vi søker løsninger også ved kriser der flere kan være involvert. Ved samlivsbrudd,



DELER LOKALER: Vi flytter ikke uten Fosen-Teamet, så stor er fordelene av å holde til på samme sted. Å kunne møtes på gangen er uvurderlig. Vi har felles lunsjrom og blir kjent med hverandre på en annen måte, og det er lett å stikke hodet inn til hverandre mellom avtalene hvis vi har spørsmål, sier Toril Røstad, psykisk helsearbeider i Ørland.

når økonomien er gått over styr, når smerten er psykisk, kan det være flere i familien som ikke fungerer godt. Vi kartlegger og jobber med å forebygge blant annet fare for selvmord, forteller Lein.

Samhandling må øves inn

En del av prosjektmidlene brukes til å trene på samhandling.

– Minst en gang i året møtes vi for å drille oss i mobilisering med våre samarbeidspartnere i kommunen. Sannsynligvis vil det være noen av oss som ikke har opplevd en utrykning siden sist. Med andre ord, vi er nødt til å friske opp prosedyren og kunnskapen, repetere gangen i tanker og handling, forteller Lein.

Modellen som er valgt må «sitte i hodet». Dette gjelder alle medarbeiderne, hvis de skal kunne være vel beredt. Under treningssamlingen som holdes om høsten, forvandles seminarlokalet til et Fosen i miniatyr.

Dette var prosjektets hovedsatsning i 2011. Psykiatriske sykepleiere, familieterapeuter, psykologer og leger trener for å sikre seg en felles forståelse av hva de skal gjøre når henvendelsen om en akutt situasjon kommer.

– Legene utfordres til å lage fiktive saker, slik at vi kan spille ut et scenario. De skriver ut henvisninger. Vi iscenesetter geografien og simulerer situasjonene, forteller Lein.

Tenk deg situasjonen!

Deltakerne beskriver en tenkt reiserute fra utgangspunktet til stedet der møtet skal finne sted. De beregner hvor lang tid det vil ta å komme seg dit med ulike transportmidler. Dette er som et rollespill der de spiller sine egne faglige roller og funksjoner.

– Hva gjør en behandler hvis han sitter på Ørlandet, og det dukker opp en sak i Leksvik? Det er nesten to timer kjøring? Mye kan gå tregt – har man mobilen på? Hvor ofte sjekker man den? Skal jeg velge båt eller bil? spør Lein.

Det er på detaljnivået at minutter og timer spares eller spilles.

– Vi sjekker om vi har forstått oppgavene riktig. Hvem tar regien? Hvem har hovedansvaret? Slike ting må være klinkende klart, sier Lein.

Øvelsen sørger for at prosedyren de har laget, blir fulgt i praksis og at tiden blir effektivt utnyttet i en reell situasjon. Den har også en merbetydning som er essensiell for god samhandling:

– Vi blir bedre kjent med hverandre, og bygger relasjoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes psykisk helsearbeidere, sier Lein. ●

– Det er et samspill mellom tjenestene – dvs. jeg viser ikke bare videre – vi jobber sammen om å løse problemer. Som fastlege følger jeg opp pasienten, selv om vedkommende samtidig får behandling i spesialisthelsetjenesten.

ARNFINN SEIM, KOMMUNEOVERLEGE, RISSA KOMMUNE

Fastlegen som følger opp



HJERTE FOR LOKALT PSYKISK HELSEARBEID:

Arnfinn Seim, kommuneoverlege i Rissa kommune på Fosen følger opp pasientene, også når de er til behandling i spesialisthelsetjenesten. – Vi må ta mål av oss å gi hjelpen lokalt. Rollen som fastlege er noe langt mer enn bare å skulle henvise videre.

De fleste psykiske lidelser kan i utgangspunktet behandles i kommunehelsetjenesten, men da må dialogen med spesialistene være god, mener kommuneoverlegen i Rissa.

– «Kan ikke dere overta litt nå?» Det er Arnfinn Seim, fastlege og kommuneoverlege i Rissa som spør i telefonen.

Nå ser vi det fra hans ståsted. På legekontoet sitter en pasient han kjenner godt, men i dag føler han seg usikker. Hun er 20 år, dypt deprimert og tok kontakt i går på kveldstid. Selvmordstankene hennes har også gjort familien bekymret. De ønsker innleggelse. Fastlege Arnfinn Seim vet derimot at et løfte om hjelp innen et døgn kan være et bedre alternativ.

I telefonen får fastlegen svar fra John Arne Lein, som er vakthavende for Fosen-Teamets akuttambulante funksjon denne uken. Han er på plass i nabokommunen og disponerer teamets bil. Det som skjer nå, følger fastlagt prosedyre.

– Vi møtes om en time og et kvarter, svarer Lein.

Avgjørende øyeblikk

Samhandling mellom fastlegene, kommunens psykisk helsearbeidere og Fosen-Teamets akutt ambulante funksjon dreier seg om å finne alternativer til innleggelse og avklare brukernes situasjon raskt.



DIALOG – Kan dere overta litt nå, det kan være hensiktsmessig? For fastlegen i Rissa er det lett å ta en telefon til spesialistene i Fosen-Teamet.

Det er viktig å understreke at de som trenger innleggelse, fortsatt skal få det, sier Seim. Som fastlege bruker han faglig skjønn.

– Hvis jeg ikke hadde vært sikker på at alternativet med å møtes var godt nok for pasienten, ville jeg i eksemplet ovenfor sørget for innleggelse kvelden før, sier Seim.

Hasteinnleggelser kan være traumatiske. Derfor har kommuneoverlegen lenge etterspurt et raskt team som alternativ til å henvise pasientene til psykiatrisk sykehus eller døgnpost ved DPS. Tidligere søkte han også løsninger, men den gang var de ikke satt i system.

– Vi ringte ofte Fosen-Teamet og spurte om råd eller en lynrask time. De strakk seg langt da også, men hadde ofte timeplanen full og fastlagt, forteller han.

– Et løfte virker avlastende

Det er noe helt annet nå når akutt ambulant funksjon er blitt formalisert som en av teamets oppgaver. Innen et døgn eller første virkedag skal pasienter som henvender seg til fastlegen, og trenger det, få vurdering og samtale med spesialist i Fosen-Teamet.

– Når jeg som fastlege nå kan si at pasienten får

et møte med psykolog eller annen behandler innen mandag kl.11, er dette presist. Hvis svaret fra fastlegen derimot hadde vært at han skriver en søknad og håper vedkommende får komme til en samtale, skaper det selvfølgelig større uvisshet.

Et slikt løfte om rask hjelp, kan i seg selv virke avlastende. Familien kan mobilisere.

– De tenker kanskje «*Til i morgen kan vi holde ut, så får vi en avklaring og da får vi vite mer om veien videre*». Trykket letter og destruktive tanker blir mindre truende for pasienten, sier Seim.

Ansvar i kommunehelsetjenesten

Hvis det ikke er mulig i kommunen der du jobber å få til intervensjon lokalt, kombinert med rask vurdering fra spesialist, bør du etterspørre det. Det mener kommuneoverlegen i Rissa.

– Å stille forventninger til spesialisthelsetjenesten i sitt område er viktig, mener han.

Arnfinn Seim står fast ved at de fleste psykiske lidelser i utgangspunktet hører hjemme til behandling i kommunehelsetjenesten – eller i egenomsorgen.

– Vi må ta mål av oss å gi hjelpen lokalt. Rollen som fastlege er noe langt mer enn bare å skulle henvise videre. Svært mange av dem som tar kontakt, bør kunne få hjelp uten at spesialisthelsetjenesten trekkes inn i bildet, sier han.

Samhandling i distriktet

Arnfinn Seim, som er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, startet som turnuslege i Rissa i 1984. Deretter jobbet han halvannet år innen psykiatri og nevrologi ved Regionssykehuset i Trondheim (i dag St. Olavs Hospital), før han kom tilbake til Rissa og startet praksis i 1987.

Som i mange andre distriktskommuner, virker dialog og samarbeid naturlig her. Men fastleger andre steder opplever oftere ensomhet i faglig forstand. Ikke alle bygger og bruker nettverk på tvers av fag og tjenester – eller har muligheter som legger til rette for det.

– Av det jeg har hørt fra kollegaer i en del andre kommuner, spesielt i sentrale strøk, sitter mange litt på hver på sin tue. Fastlegene og de kommunale tjenestene driver hver med sitt. De snakker kanskje sammen, men altfor sjelden, forteller Arnfinn Seim.

Slik er det ikke på Fosen.

– Vi samhandler, både med fysioterapeutene, hjemmesykepleierne, ergoterapeutene og sykepleierne, sier Seim.

– Hvis det ikke er mulig i kommunen der du jobber å få til intervensjon lokalt kombinert med rask vurdering fra spesialist, bør du etterspørre det,

SIER ARNFINN SEIM, KOMMUNEOVERLEGE I RISSA

Sterkt tilbud i Rissa

Ved legesenteret i sentrum av Rissa jobber åtte fastleger og en turnuslege, legesekretærer, sykepleiere og bioingeniør. Kommunens psykisk helsearbeidere holder til i samme bygning.

– Vi har en sammensatt primærhelsetjeneste, og samarbeider med Avdeling for aktivitet og psykisk helse i kommunen. Hvis jeg har en pasient med psykisk lidelse og tenker dette er noe vi skal takle i primærhelsetjenesten, står jeg overfor en avgjørelse. Er dette en problemstilling jeg takler alene sammen med pasienten? Eller, og som oftest, vil pasienten tjene på at vi spiller på flere strenger?

I slike tilfeller griper han gjerne til en rosa Post-it-lapp – eller telefonen, noterer en beskjed eller ringer til en psykisk helsearbeider. Kan «Åpent hus» være noe for hans pasient? Kommunen byr på et bredt sammensatt tilbud; ulike aktiviteter, og for eksempel turgrupper. Fastlegen ber om råd, innspill eller samhandling.

– Jeg kan be pasienten om å oppsøke et av lavterskeltilbudene på egenhånd. Men ofte tar jeg den

første kontakten, for å få det i gang. Dette løser vi altså selv, uten Fosen-Teamet.

Samspill med spesialisthelsetjenesten

Når en pasient er på vei tilbake til kommunens tjenester etter å ha fått hjelp fra spesialisthelsetjenesten, må flere instanser samhandle. Se for deg et triangel: Fastlegen, kommunens psykiske helsetjenester og spesialisthelsetjenesten.

– Samarbeidsmøter kom i gang ganske tidlig i Fosen-Teamets tilblivelse. Ideen var at teamet med spesialistkompetanse skulle være nært primærhelsetjenesten. I dag deltar psykisk helsearbeidere i kommunen på samarbeidsmøtene med Fosen-Teamet en gang i måneden. En kan si at Fosen-Teamet var i forkant av både samhandlingsreformen og den nye helse- og omsorgstjenesteloven. Samhandlingsmodellen som Fosen-Teamet nå videreutvikler, bygger på et samarbeid og en dialog som allerede er godt etablert.

Slipper ikke taket

Arnfinn Seim slipper ikke taket selv om spesialisthelsetjenesten overtar.

– Vi holder kontakten. Hvis pasienten er innlagt på psykiatrisk avdeling ved sykehus eller får behandling ved dagpost på DPS, er jeg tilgjengelig og kan steppe inn igjen, sier han.

Her er det en vesensforskjell på løsningen av somatiske og psykiske problemstillinger. Uten en forståelse av helheten, er det vanskelig å hjelpe noen som lider under for eksempel depresjon i kombinasjon med rusproblematikk. Derfor følger han opp.

– Sender jeg noen til spesialisthelsetjenesten med brokk, en ødelagt menisk eller vondt i øret, kan de ulike spesialistene ta seg av hver sin del – men når det gjelder psykiske lidelse, kan jeg ikke bare sette bort en jobb. Det er viktig å bli kjent med mennesket. Det handler om å jobbe sammen for å finne løsninger. En pasient som går til behandling ved DPS for angst, bør også kunne treffe fastlegen sin underveis, sier Seim.

Så nær at du kan lytte

Forutsetningen for at den helhetlige oppfølgingen skal fungere, er nærhet.

– I dobbel forstand. Geografiske avstander kan være en ulempe, men bare en av hindringene. Hvis jeg ikke kjenner ansiktene til de som jobber i spesialisthelsetjenesten er det vanskeligere å få til en god dialog, sier Seim.

Nærhet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten handler også om holdningen vi har til hverandre.

Fastlegene i Fosen-kommunene treffer de ansatte i Fosen-Teamet jevnlig, og Arnfinn Seim setter pris på å kunne diskutere spørsmål med dem.

Vi møtes ikke oftere enn en gang i måneden, men det betyr alt. Under møtene løser vi enkelte problemer, men ikke minst danner samtalene grunnlag for videre dialog mellom møtene.

Det motsatte kan være fatalt.

– Vi burde bruke individuell plan mer. Det er ikke bare de alvorligst psykisk syke som kan ha sammensatte behov

ARNFINN SEIM, KOMMUNEOVERLEGE, RISSA KOMMUNE

– Jeg har eksempler på at pasientforløpet er blitt helt håpløst fordi spesialisthelsetjeneste og fastlege ikke har snakket sammen underveis, sier han.

Hvis pasienter blir innlagt uten at fastlegen vet om det, risikerer spesialistene å gå glipp av informasjon som kunne vært viktig for behandlingen av pasienten allerede ved behandlingsstart.

– Fastlegens kjennskap til pasientens historie, familie og lokalmiljø gjør det mulig å se behandlingen i et mer helhetlig perspektiv, mener Seim.

En skriftlig henvisning fra fastlegen er ikke nok, selv om den er aldri så god.

– Det er så mye som ikke kan skrives i en

henvisning, men bedre lar seg utdype i dialog, sier Seim.

Han vil ikke komme med direkte kritikk, fastlegen er jo heller ikke så lett å få tak i alltid.

– I kontakten med sykehuset har dette sviktet også hos oss. Det skjer når vi ikke møtes, kun av og til snakkes på telefon, eller vi mangler gode møteplasser, sier Seim.

Kontinuitet gir helsegevinst

Seim tar ansvaret på alvor, og fra sitt ståsted som fastlege mener han kontinuitet i hjelperelasjonen er grunnleggende. Tillit må ligge i bunnen. Mennesker møtes, blir kjent, bygger relasjoner.

– Har jeg fartstid sammen med noen, ønsker jeg å være der når han eller hun kommer tilbake.

Pasienter som har behov for behandling og tiltak fra ulike hold, må gjerne forholde seg til mange; både lege, sykepleiere, sosialarbeidere, og kanskje en arbeidskonsulent i tillegg til eventuelle behandlere i spesialisthelsetjenesten. Dette er en sårbar situasjon å være i.

– Senest i går, i et ansvarsgruppemøte hos NAV, var plutselig to nye personer til stede. Pasienten hadde ikke møtt dem før, og det var påfallende hvordan dette skapte utrygghet. Det er ikke vanskelig å se for seg hvordan det kan oppleves, sier han.

Internasjonal forskning har i økende grad interessert seg for nettopp dette de siste 50 årene. Det handler om de såkalte fellesfaktorene innen ulike former for behandling, som for eksempel betydningen av empati og kompetanse innenfor relasjonen pasient-hjelper. Dette blir bant annet behandlet i boken *The Heart and Soul of Change, Delivering What Works in Therapy*, et verk som har bidratt til å endre praksis verden over, og satt lys på betydningen av relasjonen mellom hjelper og pasient.

– Med Fosen-Teamet vet jeg hvem som overtar ansvaret etter meg. Hadde jeg visst at både jeg og pasienten skulle forholde oss til tre ulike behandlere i spesialisthelsetjenesten, ville jeg følt meg utrygg på



– Vi har en sammensatt primærhelsetjeneste, og fastlegene samarbeider tett med Avdeling for aktivitet og psykisk helse i kommunen, sier Arnfinn Seim. Her i dialog med Vibecke Mælan, spesialergoterapeut i Rissa kommune.

om pasienten ble godt nok i varetatt. I et slikt tilfelle ville jeg ha etterspurt en primærkontakt å forholde meg til og som jeg visste jeg kunne ha dialog med.

Felles strategi

Arnfinn Seim er tilhenger av å senke terskelen for bruk av individuell plan (IP).

– Vi burde bruke planen oftere. I alle tilfeller der det er behov for flere tiltak samtidig, er det relevant. Sett fra overflaten kan det virke overdrevent at fem personer fra hjelpeapparatet er med i det samme møtet med pasienten, men det er tvert i mot ressursbesparende. Det utløser jo en gevinst hvis tre av oss, sammen med pasienten, blir enige om felles mål og strategi!

Ansvarsgruppemøter er et viktig element i IP, som legger grunnlag for videre dialog mellom hjelperne.

– Det er rasjonelt. Vi blir samkjørte, sier Seim entusiastisk.

Fastlegen som koordinator?

I Rissa er det vanligvis psykisk helsearbeidere i kommunen som ivaretar koordinatorrollen i forbindelse med individuell plan.

– Mange har foreslått fastlegen som den naturlige koordinatoren mellom bruker og tjenestene. Hvorfor er det ikke slik hos dere?

– I prinsippet kunne det vært fastlegen, men arbeidsformen vi har med 20 pasientkonsultasjoner i løpet av en dag, gjør det praktisk vanskelig. Det er ikke så lett å få tak i oss på telefon, sier Seim.

Likevel vurderer han det som interessant og tenker litt over det.

– Koordinator bør i alle fall være en person som allerede har en rolle i forhold til pasienten, gjerne en behandler, eller den i hjelpeapparatet pasienten forholder seg mest til, sier han.

Tåler større ansvar

Fastlegen må kunne vurdere når det er behov for mer avansert hjelp. Ved samarbeid med flere stiller han sterkere.

– Du lærer så mye mer når du kan være i dialog med spesialisthelsetjenesten angående psykose og alvorlige depresjoner, hvordan skape et trygt og godt nok behandlingstilbud hjemme. I mange tilfeller kan det være kritisk viktig å ha en instans som Fosen-Teamet, mener Seim.

Hvis lidelsen er lettere tilfeller av angst eller depresjon, vet fastlegen oftere en utvei.

– Jeg er blitt dyktigere til å se hvem som åpenbart trenger innleggelse, og er jeg i tvil, er Fosen-Teamet så nær at jeg bare tar en telefon, et møte – eller vi får til en vurderingssamtale i fellesskap.

Medisinstudenter lærer samhandling

– Vi prøver å lære studentene litt ydmykhet og interesse for hvordan de andre yrkesgruppene i primærhelsetjenesten jobber. Når de ser at det ikke bare er vi leger som skal gjøre alt, men at andre hjelpere har sin kompetanse og sine oppgaver, kan kanskje samhandling fungere enda bedre i fremtiden, sier Seim.

Han mener det kan være nyttig å dempe profesjonsbevisstheten, hvis fremtidens medisinstudenter skal bli dyktige som allmennleger.

Siden 1996 har han forsket og undervist i en bistilling som 1. amanuensis ved NTNU/St. Olavs Hospital. Han arbeider med utplassering av legestudenter i siste studieår. Medisinstudentene skal få samhandling inn på pensum og i praksis allerede fra starten av. 120 medisinstudenter blir sendt til kommuner i Midt-Norge. Noen til Fosen.

– De får innblikk i hvordan fastlegene jobber, får en smakebit av samhandling og samspill mellom tjenestene.

I et seksukers opplegg møter studentene ulike profesjoner i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Jobber sammen med dem.

– Vi kan utrette noe

Myten om at alt står og faller på deg hvis du er lege i distriktet, bør avlives.



– Det er ved å jobbe sammen med andre gode hjelpere til beste for pasienten at vi kan utrette noe.

ARNFINN SEIM, KOMMUNEOVERLEGE I RISSA

– Den legen som gjør den beste jobben, er gjerne han eller hun som samhandler med andre. Det kan virke banalt å måtte si det, men alle er ikke nok opp-tatt av dette, sier Arnfinn Seim.

Legene er ikke heltene som redder verden, selv om noen kanskje blir motivert og drevet frem av en slik visjon.

– Det er ved å jobbe sammen med andre gode hjelpere til beste for pasienten at vi kan utrette noe, avslutter han. ●

Lokalbasert psykisk helsearbeid og hjemmebehandling

Psykisk helsearbeid som fagfelt vokste frem gjennom Opptappingsplanens styrking av de lokalbaserte tjenestene for mennesker med psykiske problemer. Lokalbasert psykisk helsearbeid og hjemmebehandling tar sikte på å bedre menneskers psykiske helse, både på individ-, gruppe-, og samfunnsnivå. Arbeidet legger også til rette for prosesser som styrker den enkeltes mestring og egenomsorg, funksjonsevne og tilpasning i lokalsamfunnet. Det psykiske helsearbeidet skal delta i, og understøtte det forebyggende arbeidet som skjer i samfunnets øvrige sektorer.

Sentrale prinsipper er brukerens medvirkning i alle deler av tjenestene, en klarere oppgavefordeling med spesialiserte tjenester, og at en større del av helsetjenestene skal ytes i kommunen. Når det gjelder psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene, omfatter dette både forebygging, diagnostisering, funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Distriktpsikiatriske sentre har fått hovedansvaret for å tilby brukerne en desentralisert spesialisthelsetjeneste. Oppgavene er akutt- og krisetjenester, spesialisert utredning og behandling til brukeren og pårørende, om det er behov for det, råd- og veiledningsoppgaver til kommunene, samt ansvar for samarbeid og kontinuitet i tjenestene.

Sentrale elementer i en videre utvikling av det lokalbaserte psykiske helsearbeidet vil være:

- mer vektlegging av det forebyggende arbeidet
- tydeliggjøring av brukerperspektivet
- utvikling av tjenester nærmere der folk bor
- bedre kvalitet på tjenestene
- flere arbeidsrettede tiltak og
- mer fokus på tilrettelegging for menneskers selvstendighet og mestring av eget liv

Hjelp til mestring handler om å vektlegge det som fungerer og bygge på det som virker, i stedet for å reparere det syke. Hjelperen bør se helheten framfor en problematisk del, og med dette som utgangspunkt bidra til at brukeren får positive mestringserfaringer og forbygge opplevelse av avmakt og ikke-mestring. Det handler for eksempel om å verdsette og anerkjenne små fremskritt.

God samhandling – en forutsetning for gode tjenester

Mange får behandling hjemme eller i sitt nærområde fra både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Hjemmebehandling kan innebære hjemmebesøk fra døgnavdelinger i institusjon eller annen ambulant virksomhet organisert under spesialisthelsetjenesten og/eller praktisk bistand i hjemmet fra kommunehelsetjenesten. I henhold til samhandlingsreformen har begge nivå et felles ansvar for å jobbe mer i brukerens hjem.

Hvilke oppgaver som skal utføres av kommunalt ansatte, og hvilke av folk i spesialisthelsetjenesten, vil variere fra kommune til kommune avhengig av kompetanse og andre ressurser. Det er viktig å anerkjenne og utnytte den ulike kunnskap og kompetanse som ligger i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens spisskompetanse og kommunehelsetjenestens brede

kompetanse og lokalkunnskap skal utfylle hverandre. De gode forløp innen psykisk helse kjennetegnes ved at de er fleksible, tilgjengelige og nettverksorienterte. Samhandlingsavtaler mellom kommune og spesialisthelsetjeneste skal blant annet sikre samarbeidet om behandling og hjelp til den enkelte pasient, inkludert utarbeidelse av individuell plan.

En bredere forståelse av god hjelp

Psykisk helsearbeid inkluderer alle tiltak og tjenester som gis i lokalmiljøet, eller i brukerens hjem. Målgruppen er mennesker som har, eller står i fare for, å utvikle psykiske problemer og lidelser. Arbeidet omfatter hjelp på mange livsområder og foregår på ulike arenaer. Det vil være rettet mot lokalsamfunn, sosiale nettverk, arbeidsplass, skole, møteplasser for fritids- og kulturtilbud, eller til personen og/eller hans familie i hjemmet. Mange aktører og faggrupper involveres og arbeidet omfatter et mangfold av tiltak. Et vellykket psykisk helsearbeid betinger nye profesjonelle roller og mer gjennomgripende tverrfaglig samarbeid. Dette samarbeidet bør hvile på stor respekt og anerkjennelse av hverandres kunnskap.

Opptrappingsplanen framhever psykisk helse som et samfunnsmessig anliggende, og påpeker betydningen av relasjoner vi har til hverandre og betydningen av inkluderende og romslige lokalsamfunn. Videre fremmes betydningen av meningsfulle arbeids- og fritidsaktiviteter, bolig, sosialt fellesskap og mulighetene for kulturell og åndelig stimulans for den enkelte.

Kompetanse og profesjonalitet

Det er behov for andre former for profesjonalitet og kompetanse hos tjenesteutøverne når hjelpen skal gis i hjemmet. Samhandlingskompetanse er en forutsetning for at brukere opplever hjelpen som helhetlig og sammenhengende. Felles kompetansebygging mellom kommune og spesialisthelsetjeneste anbefales, også for å styrke relasjonen mellom hjelpere fra ulike tjenestenivå.

Tjenestene må ha basiskunnskap om lover og regler,

– Mandatet vårt er å gi sammenhengende, helhetlige og lokalbaserte tjenester som fremmer selvstendige og gode liv. Det krever noe mer av oss enn det som har vært litt for mye i fokus innen psykisk helsevern, nemlig å lindre symptom og motvirke funksjonssvikt.

AARRE 2011, S.169

samt kunnskap om diagnostikk og utredning av ulike lidelser. Like viktig er det å ha psykososial kunnskap, forståelse av lokalmiljø og lokal kultur, og et faglig skjønn som retter seg mot menneskers hverdagsliv. Når økt mestring er målet, blir motivering og opplæring av bruker og pårørende viktige oppgaver. Dette forutsetter både kompetanse i motiverende samtale og helsepedagogisk kompetanse hos hjelperen. Toleranse for å stå alene – uten kollegaer, og mot til å møte det uventede, benevnes også som viktig fagkompetanse.

Hjelpen som gis i hjemmet skal bygge på faglig anerkjente metoder. Standardiserte retningslinjer og prosedyrer kan imidlertid bli utfordret når tjenestene utøves på brukernes premisser på hans hjemmearena.

Brukernes mål, ønsker og kompetanse på eget liv er i fokus, samtidig som tjenesteutøverne må evne å foredle og iverksette brukerkunnskapen sammen med brukerne. Dette krever at hjelperne anvender både sin faglige og personlige kompetanse.

Hjelp der folk lever og bor

Med utgangspunkt i det vi vet om de sosiale aspekters betydning for forekomst, forløp og bedring er det helt sentralt at personer med psykiske lidelser fortrinnsvis får behandling der de lever og bor, framfor i institusjon. Å oppsøke brukerne der de er, åpner for å gi hjelp på andre måter enn ved sykehusinnleggelse, blant annet ved at brukerens omgivelser, nettverk, erfaringer og livssituasjon som helhet kan få større oppmerksomhet.

Å møte noen i hans eller hennes eget hjem innebærer at man kan vurdere vedkommende sin totalsituasjon i den sammenhengen han eller hun lever i. Hjemmet som møtested gir rom for nærhet og mulighet for å se brukeren som person. Når målet med kontakten er mestring av hverdagen, vil hjemmebesøk som arbeidsform ofte være hensiktsmessig. Oppsøkende virksomhet gir også hjelperen en unik mulighet til å treffe pårørende og naboer og observere samhandlingen mellom brukeren og aktører i hans nettverk direkte.

Det lokalbaserte psykiske helsearbeidet løfter frem hverdagsperspektivet. Dermed fremmes også betydningen av ressursene som finnes i eller rundt den som skal få hjelp. En viktig forutsetning for hjemmebehandling er at brukeren og hans nærmeste ønsker det, og at ressursene og kompetansen lokalt tillater det. Selv om det er det bygd ut solide fagtjenester mange steder, er det fortsatt steder med spredte fagmiljøer og små og sårbare tjenester. Hvis kommuner skal løse oppgaver med store krav til spesialisert kompetanse kan det være nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å gi et godt nok tilbud. Institusjonsinnleggelse er også nødvendig innimellom, fordi en del mennesker med ujevne mellomrom befinner seg i situasjoner hvor de trenger mye hjelp. Noen trenger hjelp til beskyttelse, og omgivelsene kan trenge beskyttelse fra dem.

Relasjonens betydning

En bærende relasjon er et resultat av samhandling mellom fagperson og bruker; den oppstår ikke av seg selv. En god relasjon bygger først og fremst på en aksepterende holdning, der hjelperen viser evne og vilje til å ta bruker på alvor, noe som blant annet innebærer å kunne lytte, vise interesse og inngi håp. Det å inneha *relasjonskompetanse* handler blant annet om å kjenne seg selv, kunne forstå den andres opplevelse og hva som skjer i samspillet. En god relasjon hviler på likeverd i samhandling, tillit, trygghet og opplevelse

av troverdighet og tilknytning. *Terapeutisk allianse* er et begrep som ofte brukes for å illustrere kvaliteten og styrken i relasjonen mellom bruker og hjelper. Tre komponenter er sentrale for å skape denne alliansen; enighet om terapiens mål, enighet om terapiens arbeidsoppgaver og det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient.

Les mer:

Aarre, T. (2011). Fem prinsipper for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 8. Nr. 2, 164–168.

Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bø, T.D. & Thomassen, A. (2007). Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Universitetsforlaget, Oslo.

Karlsson B., Borg, M., & Sjølie (2008). «Akkurat som høy feber». Om krisehåndtering og hjemmebehandling i psykisk helsevern. *Sykepleien Forskning*, 3, 136–143.

Helsedirektoratet (2005). Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. IS-1332.

Sosial- og Helsedirektoratet (2006): Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1338.

Opjordsmoen, S., Vaglum, P. & Bloch Thorsen G.-R. (red.) (2005). Oss imellom. Om relasjonenes betydning for mental helse. Stavanger: Hertervig forlag.

Rogan, T. (2008): Et felles løft. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol 5. Nr. 2.

Tangvald-Pedersen, O., & Bongaardt, R. (2011). Tid og tilhørighet: Opplevelsen av god psykisk helse og dens implikasjoner for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol 8. Nr. 2.

Valla, B. (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi – behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol. 47. Nr. 4, 308–314. ●

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Forskriften pålegger alle landets kommuner og spesialisthelsetjenesten å etablere en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Forskriften skal sikre at personer som har behov for psykososial habilitering og rehabilitering får tjenester som kan bidra til økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Forskriften skal også styrke samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter, og mellom tjenesteytere og etater innen, – og på tvers av forvaltningsnivå.

Kommunen skal etablere og utvikle et system som sikrer at tjenestene som tilbys er samordnet, tverrfaglig og planmessig, og at de ytes ut fra et brukerperspektiv. Tjenestene skal gis nærmest mulig brukerens hverdagsarena, og i en sammenheng som oppleves meningsfylt for brukeren.

Koordinerende enhet i kommunen

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomheten (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7–3). Koordinerende enhet skal være tydelig plassert og lett tilgjengelig, og skal bidra til at brukere med sammensatte behov får et helhetlig tjenestetilbud. Enheten skal fungere som et kontaktpunkt for eksterne og interne samarbeidspartnere, og være pådriver for kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringsvirksomheten generelt.

- Ansvar for individuell plan

Koordinerende enhet i kommunen har det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan. Dette innebærer blant annet å sørge for at det utarbeides rutiner

og prosedyrer for arbeid med individuell plan, samt mottak av meldinger om behov for individuell plan.

Helseforetaket skal medvirke til kommunens arbeid med individuelle planer for brukere som har behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen.

- Koordinator

Enheten skal sørge for at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppnevnt en koordinator (jf. § 7–2 helse- og omsorgstjenesteloven). Enheten har også ansvar for at koordinator får nødvendig opplæring og veiledning for å kunne gi bruker nødvendig oppfølging¹. Koordinator har ansvar for å sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Suksesskriterier for god praksis ved koordinerende enhet i kommunen

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Rambøll (2010) gjennomført en undersøkelse av koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering i kommuner. Målet med undersøkelsen var å se nærmere på hva som er god praksis ved en slik enhet.

¹ Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7–2 kan Kongen i statsråd i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinator skal ha.

Undersøkelsen har identifisert følgende suksesskriterier for en velfungerende koordinerende enhet:

- God administrativ og praktisk forankring i kommunen
- Legitimitet blant tjenesteytere/samarbeidspartnere
- Informasjon om rolle og funksjon til både tjenesteytere/samarbeidspartnere og brukere
- Etablerte samarbeids- og kommunikasjonsstrukturer på tvers av tjenesteområder
- System for opplæring av koordinator for individuell plan
- Etablerte arenaer for brukervedvirkning
- Felles forståelse på tvers av enheter av hva habilitering og rehabilitering innebærer
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Tydelig ansvarsfordeling mellom enheter og tydelighet overfor brukere
- Nedskrevne prosedyrer, rutiner og håndbøker
- Fleksibilitet

Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

Den koordinerende enheten i spesialisthelsetjenesten skal ha god oversikt over tjenestetilbudet i foretaket og helseregionen. Enheten skal medvirke til tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenestetilbudet. For å sikre god praksis i enheten anbefaler Helsedirektoratet at:

- Koordinerende enhet etableres innenfor hvert enkelt helseforetak
- Koordinerende enhet har et hovedansvar for å etablere faste møteplasser med kommunene i helseforetakets primære nedslagsfelt
- Koordinerende enhet utvikler et formalisert samarbeid med brukerorganisasjoner
- Regional koordinerende enhet bør ha ansvar for å utvikle et nettsted med oversikt over koordinerende enhet i helseforetak og kommuner

Les mer:

FOR 2011-12-16-1256. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. www.lovdato.no

Helsedirektoratet. IS-1530/0108. Koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering. Synlig og brukerrettet.

Rambøll (2010). Perspektiver på god praksis – En undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner. Rapport utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. ●

§ 2–5. RETT TIL INDIVIDUELL PLAN

«Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern» (LOV 1999-07-02 nr. 63 pasient- og brukerrettighetsloven).

MÅLET MED Å UTARBEIDE EN INDIVIDUELL PLAN ER Å:

- Bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- Sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av tjenestemottaker
- Kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder
- Vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene

Samhandlingsprosjekt Salten – veien mot det ideelle pasientforløp

Gode avtaler, kunnskap og økt brukermedvirkning skal sikre at personer i Salten med alvorlig psykisk lidelse og omfattende bistandsbehov får et helhetlig og sammenhengende tilbud.

Salten Psykiatriske Senter (DPS) og ti kommuner i området etablerte en forpliktende samarbeidsavtale allerede i 2004. Samhandlingsprosjekt Salten har som mål å videreutvikle eksisterende gode tjenestetilbud og samhandlingen mellom disse.

Organisering og deltakere

I tillegg til de ti kommunene og Salten DPS, deltar NAV i prosjektet som er organisert med styringsgruppe, prosjektgruppe og referansegruppe. Det er etablert kontakt med sentrale fagmiljøer og relevante prosjekter som ressursgrupper.

Prosjektleder er Ian Dawson, fagkonsulent ved Salten DPS. Brukermedvirkning er sentralt i arbeidet. Dette ivaretas blant annet ved at det sitter en erfaringskonsulent i prosjektgruppen, og ved at fire sentrale brukerorganisasjoner er representert i referansegruppen.

Prioriteringer, status og tilgrensende prosjekter

På veien mot idealforløpet satser prosjektgruppa på følgende:

- Forpliktende samarbeidsavtale
- Økt kompetanse hos tjenesteyterne
- Styrket brukermedvirkning i alle ledd

Samhandlingsprosjekt Salten er finansiert av Helse- direktoratet og har gjennomført ett år av en planlagt



Prosjektleder Ian Dawson

FOTO: PRIVAT

prosjektperiode på fire år. Det er etablert samarbeid med fagmiljøer som har ansvar for lokale satsinger. Tilgrensende prosjekter er et individuell jobbstøtteprosjekt» (Individual Placement and Support – IPS) og et individuell plan-prosjekt i Bodø.

Sentrale arbeidsformer i prosjektet

- Den eksisterende samarbeidsavtalen mellom Salten DPS og de ti saltenkommunene skal evalueres.
- Et utvalg pasientjournaler fra begge tjenestenivå skal gjennomgås, ved hjelp av Fylkesmannens

metode for saksgjennomgang ved klagesaker.

- Gjeldende samhandling for målgruppen i alle aktuelle enheter i samarbeidskommunene og på Salten DPS skal kartlegges, ved bruk av fokusgrupper.
- Det etableres fokusgruppe med bruker-organisasjonene som deltakere.
- Det etableres dialogmøter på tvers av tjenestenivå og enheter. Målet er at tjenesteyterne beskriver det de ser som ideelle behandlingsforløp, med vekt på hvilke forbedrende tiltak den enkelte enhet kan bidra med. Ett av målene er å konkretisere kompetansebehov i personalgruppene.
- En gang i halvåret arrangeres det fagdager. Deltakere er prosjektgruppe, styringsgruppe, referansegruppe, ressursgruppe og relevante samarbeidsparter som ikke deltar i prosjektet.

Veien videre

Prosjektet vil danne grunnlag for en «spesial-samarbeidsavtale» for enheter som yter tjenester til personer i Salten med alvorlig psykisk lidelse med omfattende bistandsbehov. I tillegg til igangsatt arbeid vil styrking av brukerperspektivet, individuell plan og kompetanse-plan for personalet og brukere i målgruppa være satsningsområder fremover.

Les mer

Nyhetsbrev nr. 2, 2011, Saltens Samhandlingsprosjekt ved Yngve Osbak, Rådgiver psykisk helse, Fylkesmann i Nordland. www.nlsh.no/saltens-samhandlingsprosjekt/

www.napha.no/samhandlingsprosjeker/oversikt/

Kommunal- og regionaldepartementet: NOU 2004:17. Statlig tilsyn med kommunesektoren. ●

FYLKESMANNENS TILSYNSMETODE VED HENDELSBASERT TILSYN/BEHANDLING AV KLAGESAKER:

Tilsynsmyndigheten innhenter dokumentasjon på bred basis. Avhengig av sakens omfang gjennomgås all dokumentasjon fra de tjenester som er omfattet av klagen. Ansatte med kjennskap til de aktuelle fagområdene går gjennom journalene. Eksempler på spørsmål som stilles ved gjennomgang av journaler:

- Når nevnes aktivitet fra andre tjenester (eksempel: medisinalutdeling)?
- Hvilke kontakter har tjenestene med hverandre (eksempel: telefon fra fastlege)?
- Når overtas ansvaret av andre (eksempel: innleggelse i institusjon eller utskrivelse fra institusjon)?
- Er det viktig informasjon som ikke når fram (eksempel: innkallelse til poliklinisk samtale)?

IDEALFORLØPET – EN HELHETLIG OG TILGJENGELIG TJENESTE FOR MENNESKER MED PSYKISKE PROBLEMER

«Det gode forløpet innen psykisk helse kjennetegnes av at det ikke kan organiseres etter en behandlingskjede-metodikk. Tjenestene må være fleksible, tilgjengelige og nettverksorienterte».

Forløp er en beskrivelse av hvordan og eventuelt hvorfor de psykiske problemene har oppstått. Hvordan møtet med helse-tjenesten har artet seg og hvilken virkning hjelpen har hatt for den som eier utfordringene. Et forløp må sees i sammenheng med livsløpet – før, under og etter at problemene har oppstått, samt hvordan tjenestene har innvirket på brukerens mestrings-evne i tidsrommet.

Mennesker med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusproblem må bli møtt av et koordinert tjenesteapparat, med tilbud preget av kontinuitet, uavhengig av hvem som yter tjenestene. Brukerinvolvering i planlegging og gjennomføring er et overordnet prinsipp. Tilbudet må være samordnet, fleksibelt, tilgjengelig og nettverksorientert.

Referanse: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009: Forløpsgruppe Psykisk helse.



Oslo får felles web-basert IP-løsning

En web-basert individuell plan (IP) implementeres nå i fire bydeler i Oslo. Målet er at alle bydelene skal få løsningen i løpet av 2015.

Når en individuell plan blir web-basert, kan brukere og andre deltakere samarbeide om å holde den aktiv og oppdatert på en helt annen måte enn før.

Helsedirektoratet innvilget sommeren 2010 midler til å innføre en felles web-basert individuell plan (IP) innen lokalsykehussektoren for fire bydeler i Oslo kommune og Lovisenberg Diakonale sykehus. Implementeringen skal skje i 2012–2013. Erfaringer fra utprøvingsfasen i Lovisenberg sektor skal brukes når den elektroniske IP-løsningen skal ruller ut i samtlige 15 bydeler i Oslo i løpet av perioden 2013–2015.

Oslo-prosjektet er inspirert av et pionerprosjekt om utvikling av web basert IP som ble initiert i Midt-Norge for snart ti år siden, ifølge prosjektleder Torgeir Lømo.

Nyttemålene i prosjektet er:

- Å øke brukerens innflytelse
- Å styrke samhandlingen internt i kommunen
- Å styrke samhandlingen mellom sykehuset og bydelene om pasienter med langvarige og sammensatte behov for koordinerte tjenester

Prosjektets intensjon er: «Til enhver tid kun en oppdatert og gyldig individuell plan, kjent og lett tilgjengelig for alle samarbeidspartnere og brukeren selv».

Oppdatert og lett å finne fram

Prosjektet har som mål å anskaffe en elektronisk løsning på bakgrunn av en kravspesifikasjon som dekker de reelle behovene, og som sikrer at IP fungerer etter intensjonen, ifølge Lømo.

Et overordnet mål har vært å etablere et felles verktøy som gir den enkelte tjenesteyter rask tilgang

til brukerens individuelle plan. Man har vært opptatt av å skape løsninger som bidrar til høyere kvalitet på arbeidet, mer effektiv ressursbruk, enklere rapportering med høyere kvalitet, samt at bruker til en hver tid skal kunne ha oversikt over egen plan.

Nyttig meldingssystem

En elektronisk løsning for IP muliggjør en levende plan, der bruker selv kan sende meldinger og ha daglig kontakt med andre deltakere i planen. Meldingssystemet kan brukes til å gjøre avtaler med hjelperne, fortelle hvordan en har det, eller stille spørsmål. En elektronisk plan kan således bidra til at bruker får raskere kontakt og hjelp. Web-basert individuell plan vil også gi eier av planen en helt annen mulighet til å kommentere, lese og skrive i sin plan.

– Hittil har denne «malen» ligget hos koordinator. Det er koordinator som har formulert ønsker, behov, mål og tiltak ut fra hva som har blitt sagt i samtaler, sier Gro Eilen Bøe, som deltar i prosjektet. Planeier kan også henvende seg til den enkelte deltaker i ansvarsgruppen, kommentere gjeldende tiltak, og utvikle nye forslag i forkant av ansvarsgruppemøtet på en enklere måte enn tidligere, ifølge Bøe.

Letter samarbeidet

Foruten planeier skal verktøyet benyttes av deltakere i ansvarsgruppen og eventuelt pårørende. Løsningen innebærer at alle som er involvert i å utarbeide, vedlikeholde og gjennomføre innholdet i den individuelle planen bør gis lese- og skrivetilgang via web.

Tilgangen til planen er samtykkebasert, på den måten at planeier og pårørende gir skriftlig samtykke til at den enkelte medarbeider får tilgang til planen og de registrerte opplysningene. En kommunalt ansatt plankoordinator har ansvar for opprettelse av brukere av IP-systemet. De ulike deltakerne i ansvarsgruppen kan opprettes med ulike tilganger til planen, avhengig av behov.

20 planer i drift i februar 2013

Formell prosjektstart der planeiere er involvert, begynte for fullt etter sommerferien 2012. Styringsgruppen har et mål om at 20 planer skal være i drift i hver pilotbydel innen 1. februar 2013.

– Da vil vi ha et godt erfaringsgrunnlag for å evaluere det som er gjort så langt. Resultatene fra evalueringen vil vi bruke når vi skal rulle ut tiltaket i de øvrige bydelene, sier Bøe.

Samarbeid med helseforetakene

Planen er at web-basert IP i Oslo også skal omfatte helseforetak. Dette vil kunne realisere prosjektets fulle samhandlingspotensiale mellom brukerne og deres ulike aktuelle tjenester. De tre helseforetakene rundt Lovisenberg sektor (Oslo Universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus og Ahus) er orientert om prosjektet, og vil bli invitert til videre samarbeid om dette, når tiltaket skal rulles ut i alle bydeler fra 2013. En forutsetning er at ny lov, eventuelt ny forskrift, tilrettelegger for dette.

Kontaktperson:

Seniorrådgiver/prosjektleder Torgeir Lømo
e-post: torg@lds.no ●

TAUSHETSPLIKT

Et grunnleggende krav til helsepersonell og andre offentlige ansatte som behandler helse- og personopplysninger er overholdelse av taushetsplikten. Samordning av helsetjenester fra ulike etater og tjenestenivå, i form av individuell plan, aktualiserer taushetsplikten. Ved deling av informasjon i en elektronisk plan er det en forutsetning at det innhentes samtykke fra planeier – for at ikke deling av informasjon strider mot de involvertes taushetsplikt. Det er viktig at enheter som vil innføre elektronisk individuell plan er oppmerksom på nødvendigheten av samtykke.

Se helsepersonelloven §21, samt helseregisterloven §13 og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §44 som viser til forvaltningsloven §§ 13–13 e.

Individuell plan (IP):

En rettighet og et verktøy for samhandling

En individuell plan skal sørge for at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Planen skal være sektorovergripende og omfatte alle tjenester en person med langvarige og sammensatte problemer har behov for. I planen konkretiseres personens mål, behov for tjenester, samt hvordan disse skal dekkes.

Individuell planlegging skal sikre at personens mål og ressurser kartlegges, og at det blir etablert et samarbeid på tvers av sektorer, etater og tjenestenivåer. Arbeidet som gjøres i de individuelle planprosessene vil være et viktig grunnlag for at brukeren får innflytelse og et tilpasset tjenestetilbud.

Brukeren er hovedpersonen i planarbeidet (jf. pasient – og brukerrettighetsloven § 3). Det er forutsatt at hun eller han skal delta aktivt i utforming av planen. Tjenesteapparatet kan legge til rette for brukers deltakelse, for eksempel ved at tid og sted for ulike møter tilpasses bruker.

Et verktøy og en prosess

En individuell plan skal legge til rette for at tjenesteapparatet setter bruker i sentrum. I tillegg utfordres tjenesteytere, etater, institusjoner og kommuner til å organisere, samarbeide og samvirke på nye måter. Arbeidsmetoden betinger en målrettet innsats fra kommune og spesialisthelsetjeneste, samt eventuelle andre samarbeidspartnere, for å løse felles utfordringer.

Koordinator

Et viktig element i ordningen med individuell plan er at bruker og eventuelt pårørende får en kontaktperson i tjenesteapparatet, en koordinator, som har hovedansvaret for planarbeidet. Koordinator har et vesentlig ansvar for at brukeren settes i sentrum for planarbeidet. Det forutsettes reell brukermedvirkning i arbeidet, noe som gjør det viktig å finne samarbeidsformer som sikrer brukerne og deres pårørende gode forutsetninger for å delta og ha innflytelse.

Viktig å gi nok ressurser

Å være koordinator krever ikke en spesiell form for kompetanse, men nærhet og god kjennskap til bruker er ønskelig. Det er brukerens hjelpebehov som avgjør hvilken kompetanse koordinatoren skal ha. Det er en forutsetning at koordinator har et godt forankret tjenestenettverk, og god kjennskap til aktuelle tilbud og tjenester. Koordinator bør også ha en nødvendig gjennomslagskraft i forhold til enhetene og tjenestene det er aktuelt å samarbeide med. Rollen som koordinator kan være krevende, og det er viktig med opplæring og tilstrekkelig ressurser til oppfølging og støtte i dette arbeidet.

Les mer:

FOR 2011-1-16 nr. 1256. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. lovdata.no

Helsedirektoratet (2010). Individuell plan – 2010. Veileder til forskriften. IS-12531.

Helsedirektoratet (2011). Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011. Rapport. Rambøll.

Helsedirektoratet (2010). Koordinatorrollen – for deg som skal bli koordinator for individuell plan. IS-1790.

Helsedirektorat (2008). «Gjør det så enkelt som mulig». Tips-hefte om individuell plan.

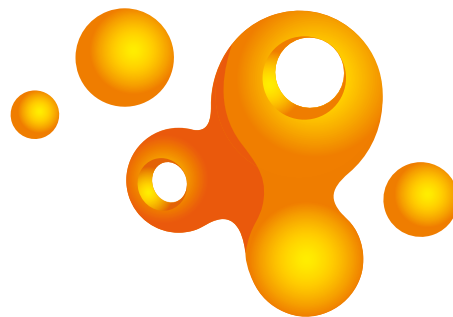
Helsedirektoratet (2009). «Jeg har en plan!». Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan. IS-1672.

Helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/

E-læringskurs »Individuell plan – Brukers plan». mestring.no/utviklingsarbeid/tidligere_prosjekter/individuell_plan

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015. regjeringen.no/hod ●

1 I forbindelse med nytt og revidert lovverk blir denne utgaven av veilederen revidert.



3 HJELP DER FOLK BOR

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser som har omfattende og langvarige tjenestebehov er spesielt sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. En særlig utfordring i denne sammenheng er at mange med behov for hjelp, likevel faller utenfor hjelpeapparatet.

For å lykkes med å gi et helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud har både kommune og spesialisthelsetjeneste et ansvar for å finne de gode løsningene. En ny nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester inneholder et bredt spekter av tiltakskrav som har til formål å styrke brukerens posisjon og rettigheter i møte med de psykiske helsetjenestene, og tilrettelegge for størst mulig grad av tillit mellom bruker og hjelpeapparat.

For målgruppen er ambulante tilbud spesielt relevante. Det er videre rimelig god dokumentasjon på at personer med samtidig rus og psykisk lidelse, ROP-lidelser, har effekt av en såkalt integrert behandlingsmodell. Det vil si at behandling og hjelp for begge typer lidelser sees i sammenheng, og gjerne foregår samtidig.

I reportasjen om Ytre Sunnhordland Samhandlingsteam (YSS) kan du lese om betydningen av å få hjelp hjemme, som et alternativ til innleggelse ved sykehus. Dette samhandlingsteamet, som på mange måter

jobber slik ACT-teamene gjør, reiser ut til brukerne i de fire kommunene som er med i prosjektet. En god relasjon mellom bruker og tjenesteyter kan være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt. Å arbeide med motivasjon er en sentral del av behandlingen for denne målgruppen. Samhandlingsteamet i Ytre Sunnhordland kan tilby denne kompetansen. De drar nytte av å være tverrfaglig sammensatt, og legger vekt på å hjelpe og motivere brukerne til å fungere i sitt hverdagsliv.

Aktivitet bidrar til å skape struktur i hverdagen. For en bruker kan det være nyttig å starte med noe nytt eller gjenoppta en kjent og meningsfull aktivitet. Det er viktig å legge opp til aktiviteter som deltageren kan mestre, samt å motivere til og støtte opp under mål om arbeidsdeltakelse. Ulike former for arbeidsrettede tiltak, som en integrert del av rehabiliteringen, kan være en effektiv metode for å få personer med nedsatt arbeidsevne tilbake til arbeidslivet. ●



Ytre Sunnhordland
Samhandlingsteam har
base ved Stord DPS.



Ytre Sunnhordland samhandlingsteam (YSS) – tverrfaglig team på brukerens arena

Helse Fonna står ansvarlig for prosjektet med å skape en ny type tjeneste i Ytre Sunnhordland. I tillegg til helseforetaket deltar kommunene Stord, Bømlo, Tysnes og Fitjar i prosjektet.

YSS er organisert som en del av Stord DPS. Fra før har DPS'et tre andre polikliniske team: et allmennteam, et rehabiliteringsteam og et gruppeteam, foruten to døgnposter.

MÅL

- Gi pasienter som vanligvis faller utenfor systemet et bedre og mer tilpasset tilbud.
- Tverrfaglig samhandlingsteam med medarbeidere fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste
- Brukerrepresentant både i styrings- og prosjektgruppa
- Arbeidsform som kan sammenlignes med ACT-team (Assertive Community Treatment team)
- Tilgjengelighet, fleksibilitet og samarbeid
- Tilstedeværelse på brukernes egen arena
- Arbeidet evalueres systematisk og metodisk
- Redusere bruken av tvang

Med en slik målsetting kan prosjektet bidra til å bringe Norge lenger ned på OECD-landenes statistikk over antall reinnleggelser ved psykiatriske sengeplasser på sykehus (Se ill. side 121).

Prosjektet startet 01.12.2010 og skal vare tre-fem år.

DIT FOLK BOR: Samhandlingsteamet reiser ut til brukerne der de bor i øykommunene Stord, Bømlo, Tysnes og Fitjar.

«På hjul» 80 prosent av tiden

Fleksibilitet og tilgjengelighet er to viktige prinsipper som preger Ytre Sunnhordland Samhandlings-teams måte å arbeide på. Teamet etablerer kontakt og gir oppfølging der brukerne er.

TEKST OG FOTO: RAGNHILD KROGVIG KARLSEN

– 80 prosent av tiden skal vi være «på hjul», sier Eivind Grasdahl, som er prosjektleder og leder for YSS (Ytre Sunnhordland Samhandlingsteam). Han henter meg på kaia i teamets bil for å ta meg med rundt på Stord. Smilet hans kunne rekke rundt halve øya. Vi skal ut på jobb, en jobb som krever engasjement og et hjerte.

Med prosjektmidler fra Helsedirektoratet i ryggen, har YSS knyttet bånd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes tiltak og tjenester. Målet med denne typen psykososial hjelp er å oppsøke brukerne, etablere kontakt, følge opp og gi hjelp der de bor. I kommunen. Hjemme.

Vi er straks ved Stord DPS, teamets base. Når vi en og annen gang stopper opp for rødt lys, hilser Eivind hyggelig på kjentfolk som passerer.

– Jeg oppfører meg på samme måte overfor alle, det er ingen forskjell på pasienter og andre, kommenterer han.

Sammensveiset team

Eivind Grasdahl er utdannet klinisk sosionom med videreutdanning fra SEPREP og utdanningen *Voksne For Barn – når mor eller far vert sjuk*. I teamet har han med seg Øydis Grov og Hildegunn Berge, begge utdannete sykepleiere med tverrfaglig videreutdanning

i psykisk helsearbeid, samt SEPREPs utdanning *Tverrfaglig utdanning for behandling, rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlig psykisk lidelse*. Inger Johanne Vik er sosionom med *tverrfaglig videreutdanning i rusproblematikk* og har yrkeserfaring fra NAV. Øivind Johnsen er psykogen i teamet. I likhet med Grasdal og Leif Heradstveit er han representant fra spesialisthelsetjenesten. Leif Heradstveit, som er overlege og spesialist i psykiatri, har det medisinske ansvaret for teamets pasienter. Han arbeider ved døgnpost store deler av tiden, men 20 % av stillingen hans er knyttet til samhandlingsteamet.

Skrur aldri av

Samhandlingsteamet deler et lite kontor og sitter tett. Stemningen er god. For en som kommer utenfra kunne det sett ut som et kreativt byrå i ferd med å sette en god idé ut i livet. I hvert fall når det kommer til tonen i samtalen og den gode stemningen i rommet. De fem er i flyt.

På Eivind Grasdals mobil tikker en melding inn. Den er fra en mann som svarer på spørsmålet om det er greit at teamet kommer en tur i dag. Eivind og Øydis skal snart på dagens første besøk.

– Vi drar alltid to og to. Det er et prinsipp. Det handler om teamarbeid og trygghet, skyter Grasdal inn.

En tekstmelding er mer enn ingen ting. Meldingen «Hvordan har du det?» kan være nok for en bruker der og da. Å sende tekstmeldinger er blitt en del av arbeidet med å holde kontakten og følge opp. De nasjonale retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging ved rus og psykiske lidelser (ROP-retningslinjene) anbefaler nettopp bruk av denne formen for kommunikasjon i tilbudet til brukerne.

Kommunikasjon og kontakt

– Bruk av mobiltelefonen er en av de store forskjellene fra tidligere. Vi skruer telefonen aldri av og legger ingen begrensninger på når brukerne kan ringe oss, sier Øydis Grov.



ATTRAKTIV JOBB: – Å kunne trekke veksler på hverandres kompetanse og treffe pasientene hjemme, er noe av det tiltrekkende ved å jobbe samhandlingsteamet, sier Øydis Grov. Hun er utdannet psykiatrisk sykepleier med lang fartstid i kommunen.

Slik gir samhandlingsteamet en trygghet til brukerne. Tilgjengelighet er en forutsetning, mener prosjektleder Grasdal.

– De aller fleste brukere har respekt for at også vi har behov for fritid. Tilgjengeligheten blir sjelden misbrukt. Jeg har på telefonen dag og natt, og nummeret mitt er åpent for alle. Når det hender at noen ringer, skyldes det gjerne et behov for et oppløftende ord eller for å drøfte en bekymring. På samme måte som en arbeidsgiver kan være tilgjengelig for en arbeidstaker som sliter, eller en far kan være støtte for en sønn, vil jeg være tilgjengelig. Å være dette leddet som danner et nettverk der – i nøden – det koster ikke mye, sier han.

Tavla som metode

Hver mandag samles teamet foran den store tavlen på møterommet og beslutter hva de skal foreta seg innværende uke. Dette er metodikk kjent fra ACT-teamene.

Samhandlingsteamets mål i det daglige arbeidet er å

hindre unødige innleggelser. Både unødige førsteinnleggelser og re-innleggelser. Redusert bruk av tvang er også et mål med teamets metodiske oppfølging.

Hvordan sikrer dere at oppfølgingen er systematisk?

– Vi har to systemer: For det første har vi faste teammøter en gang i uken. Da gjennomgår vi alle case. De drøftes, alle aktuelle bevegelser fanges opp og nyheter blir tatt opp og journalført.

Slik blir behandlingsprosessen godt planlagt.

For det andre bruker teamet kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT, MINI og MADRS, samt supplerer med standardiserte metoder for f.eks. vurdering av selvmordsfare. Teamets praksis for kartlegging og utredning er i tråd med retningslinjene for behandling og utredning ved ROP-lidelser.

– De fleste vil ha individuell plan

– Kopi av aktuelle journalnotater sendes til henvisende lege og samarbeidende instanser.

De fleste pasientene har individuell plan, bare noen takker nei, forteller Grasdal.

Til samarbeidsmøtene omkring planen innhenter teamet samtykke fra pasientene, ofte i samarbeid med pårørende.

I møtet med personer med ubehandlete psykose-lidelser eller alvorlig rusproblematikk, jobber teamet med å motivere, finne åpninger for tiltakene, gjøre dem attraktive for brukerne, gi psykososial støtte og legge til rette slik at brukerne kan klare å leve hjemme – og ta i mot behandling. Motiverende samtalemetoder som flere i teamet har kompetanse på, brukes for å motivere til endring.

Å være en ledsager

– Det handler om menneskeverd og selvbestemmelse, tvang må være et sjeldent unntak, sier Grasdal.

– Som sosionom er jeg opplært til å gå sammen med brukeren, det vil si å være en ledsager, en som pasienten skal kunne ha som en mentor. Vi må kunne gjøre ting i lag, sier han. Likeverdighet må prege

den menneskelige relasjonen mellom tjenesteleverandør og bruker. For Grasdal sitter dette i ryggmargen.

Sosionomene og sykepleierne i teamet har lenge hatt det som arbeidsform å møte brukerne hjemme og ute, men for spesialisthelsetjenesten har dette vært mindre vanlig praksis. Psykolog Øivind Johnsen understreker at det spesielle ved arbeidsformen i YSS er at den er proaktiv.

– Vi gir oss ikke med det første, oppsøker igjen og kan gjerne bruke mye tid på å etablere kontakt. Det har vi fleksibilitet til. Dersom vi ikke får det til i første forsøk, prøver vi på nytt samme dag eller senere i uken, sier han.

Lærer av hverandre

Den tverrfaglige sammensetningen gjør teamet sterkt. Ulik teoretisk og erfaringsmessig bakgrunn gjør det kompetent når det skal samhandle med de andre tjenestene. Dessuten krever brukergruppens sammensatte behov at teamet kan komme med innspill fra forskjellige faglige ståsteder.

– Det passer ikke for A4-folk å jobbe slik vi gjør. Brukerne lever ikke A4. Vi må møte dem på deres arena. Jeg tror det igjen gjør noe med holdningen vi har til dem vi skal hjelpe. Vi omgås på en mer vanlig måte, sier Øydis Grov, som er psykiatrisk sykepleier med bakgrunn fra kommunehelsetjenesten.

De ansatte i YSS har lang erfaring og høy kompetanse. Alle har en eller annen form for videreutdanning. I teamet skal de kunne jobbe med det de er best til. Det er et poeng å utnytte den ulike spisskompetansen for å kunne løse vanskelige oppgaver.

– Når jobber med å løse livsmestrende utfordringer er det en stor styrke å ha bred kompetanse, og brukerne kan nyte godt av at vi gir hverandre innspill fra forskjellige ståsteder, sier Grasdal.

Et eksempel på dette kan være når teamet legger merke til at en bruker sliter med økonomiske problemer og gir uttrykk for at hun er stresset. Hun har økt forbruket av beroligende eller stimulerende midler, og



BRYR SEG OM FOLK: Teamleder Eivind Grasdal mener det ikke koster mye å være tilgjengelig og fleksibel, og at det er viktige verdier i jobben.

teamet vet at dette gjør lidelsen verre. I slike tilfeller er det nyttig å ha full oversikt over mulige tiltak, slik at de kan sette sammen kombinasjoner av tjenester.

– Vi blir ikke smalspektret, men i stedet mangfoldige og mer generalister i utøvelsen av faget, understreker Grasdal.

Teamet utvikler kompetanse

Den tverrfaglige sammensetningen gjør samhandlingsteamet fleksibelt. De skal kunne overta «hverandres» brukere og kjenne alles historie. Fast opplegg med internundervisning sikrer kunnskapsutveksling og kompetanseutvikling.

– Jeg kan kjapt gå inn i Inger Johannes saker, og Øivind kan steppe inn for meg. Det er ikke alltid vesensforskjellig om det er psykologen eller sosionomen som kommer på besøk, men viktigst at det er en som tilhører teamet, sier Eivind.

Spesialisthelsetjenesten bidrar positivt i et samspill med kommunen som er godt for denne gruppen pasienter.

– Vi stiller diagnose og sørger for riktig tilnærming og eventuell medikamentell behandling, sier Grasdal.

Endret syn på faget

Tiden i samhandlingsteamet har inspirert psykolog Øivind Johnsen til å spesialisere seg videre – i klinisk samfunnspsykologi. Ved å komme på hjemmebesøk og gjerne lytte og snakke mens han går over gulvet med en skurekost, får han et bedre inntrykk av pasientens ressurser og utfordringer, mener han.

– Jeg blir oppfattet som et medmenneske, og ikke utelukkende som en ekspert som sitter på sin høye hest og vurderer alt. Det handler om at vi fagfolk normaliserer dagligdagse utfordringer som å orke å holde huset rent for eksempel. Vi tar deres bestilling og behov på alvor. Dersom det er tomt for rene klær, tar vi heller klesvasken enn å bruke tiden på noe som behandlere ofte opplever som viktig, f.eks. tradisjonell samtaleterapi, sier Johnsen.

– Får så mye tid de trenger

Et stort distrikt gir mye reisetid, men under hjemmebesøk blir ikke tid gjort til noen mangelvare. Brukerne får den tiden de trenger og ønsker fra teamet. Totalt har YSS 40 brukere fordelt i kommunene Stord, Bømlo, Tysnes og Fitjar.

– Det er mange såre skjebner. I vår gruppe møter vi flere som lever under svært dårlige kår. Boligen kan være skrøpelig og mange er relasjonsskadde, sier Inger-Johanne.

Arbeidstiltak er likevel relevant for mange, og Inger Johannes bakgrunn fra NAV gjør det lettere å få på plass løsninger raskt.

– Mens vi før brukte mye tid på å oppsøke NAV fysisk og orientere oss, har vi nå medarbeidere med kunnskap og legitimitet i systemet. Det gjør samarbeidet enkelt og effektivt, avslutter Øivind Johnsen.

Så er det tid for å sette seg i bilen. Øydis har ringt og hørt om det passer at vi kommer. ●



«Det kan ta lang tid å etablere kontakt med brukerne, derfor er det så viktig at et eget team har dette som oppgave.

ELSE-BERIT HELLE

FELLES INNSATS: – Kommunen og spesialisthelsetjenesten er nødt til å samarbeide hvis pasientgruppen som vanligvis faller mellom to stoler skal få hjelpen de har krav på, sier Else-Berit Helle, enhetsleder for sosial – og forebyggende tjeneste i Stord kommune

Ville skape noe nytt

Vi prøver å få til en «halvannenlinje-tjeneste», sier Else-Berit Helle med et lite smil.

Else-Berit Helle er enhetsleder for sosial- og forebyggende tjeneste i Stord kommune og går gjerne nye veier for å legge til rette for bedre tjenester. Med den lange erfaringen hun har fra helse- og sosialsektoren, var det ikke vanskelig for henne å være enig da SINTEF Helse evaluerte opptrappingsplanen for psykisk helse og fant ut at spesielt én gruppe falt utenfor: Gruppen alvorlig psykisk syke som ikke oppsøker tjenestene selv, men som har omfattende behov for hjelp.

– Paradoksalt nok er dette de menneskene som

kanskje trenger hjelpen aller mest. Hjelpen når ikke frem, eller de som trenger den vet ikke at den finnes. Et eksempel er gutten som foreldrene selv hadde medisiner i årevis, uten at noen i hjelpeapparatet hadde visst om ham, forteller hun.

I 2009 tok Helle, sammen med seksjonssjef ved Stord DPS, Gunn Scheen, initiativ til å søke om prosjektmidler og opprette et samhandlingsteam i distriktet.



SMS: – Tekstmeldinger via mobilen brukes i det oppsøkende arbeidet. Det er en forutsetning at vi er tilgjengelige, derfor skur vi heller aldri av mobilen, sier Eivind Grasdal.

Oppsøkende omsorg

– På en eller annen måte må vi etablere kontakt slik at vi kan få vist brukerne hva slags hjelp og behandling de kan få. Dette kan ta lang tid, og derfor er det så viktig at et eget team har dette som hovedoppgave, sier Helle.

Ideen om et team oppsto under en konferanse i Trondheim i 2008. Der fortalte behandlere fra Mosse-regionen om tjenestemodellen som var tatt i bruk i deres distrikt: Et ACT-team (Assertive Community Treatment Team) som jobber aktivt oppsøkende etter bestemte metoder og er organisert innenfor spesialisthelstjenesten. Var det mulig å skape noe lignende i Ytre Sunnhordland for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte belastet med samtidig rusproblematikk?

Oppsøkende tjenester er på fremmarsj i flere europeiske land. Under den første europeiske kongressen *Assertive Outreach* i Rotterdam i november 2011 var Nederland, England og Danmark sterkt representert. I Norge prøves ACT-team nå ut for fullt, underlagt forskeres observasjon og analyse.



PSYKOLOG: Øivind Johnsen er psykolog i YSS.



Samhandling og ny tjeneste

Stord, Bømlo, Tysnes og Fitjar har til sammen et befolkningstall og pasientgrunnlag som gjorde det aktuelt å vurdere å opprette et ACT-team der.

– Tilbudet har allerede ført til færre innleggelser, og det håper vi det fortsetter å gjøre

ELSE-BERIT HELLE, ENHETSLEDER FOR SOSIAL- OG FOREBYGGENDE TJENESTE I STORD KOMMUNE

– Men, fordi en av kommunene ikke var moden for et ACT-prosjekt enda, ble samhandlingsteam en løsning for oss, forteller Helle.

Mens ACT-teamene er lukkede, det vil si at de i stor grad sørger for det totale tilbudet av tjenester til brukerne, kan Ytre Sunnhordland Samhandlingsteam (YSS) karakteriseres som et nøkkelteam som åpner dører også til andre tjenester og instanser. Eivind Grasdal, daglig leder i YSS, utdyper:

– Vi samhandler med NAV, spesialisthelsetjenesten og kommunenes psykisk helse- og rus-tjenester. Når



TAVLA: Hver mandag går teamet gjennom tavla som gir oversikt over oppfølgingen teamets brukere skal få innværende uke.

vi har etablert kontakt med pasientene, kan dette åpne videre. Motsatt vei fungerer det slik: Når en pasient skrives ut etter innleggelse ved døgntil behandling og ansvaret overføres til kommunen, er det vi som skal fungere som los videre til kommunenes og Statens ulike tilbud og tjenester, forteller Grasdal.

Som fluepapir på ambisiøse helsearbeidere

Medarbeiderne i Samhandlingsteamet er alle ansatt ved Stord DPS, også de som har bakgrunn fra kommunen og NAV. Else-Berit Helle mener dette er en fordel når man skal bygge et team. Ved prosjektstart 1. januar 2010 ble det lagt vekt på å rekruttere de beste fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

– Det kreves høy kompetanse for å jobbe med vår brukergruppe, og vi ønsket oss engasjerte medarbeidere, sier Else-Berit Helle.

Impulser fra Nederland

I 2009 tok hun med seg teamet til Amsterdam i Nederland. Studieturen var både lærerik og sammensveisende. Den ga nye perspektiver på jobben som skal gjøres.

– Der tenker de annerledes enn oss. Bare en ting

som at teammedarbeiderne der ropte «hei» til brukerne på gaten. Psykiatere på sykkel var en realitet, ikke bare et morsomt påfunn. Vi så at det virket. Det avslappete forholdet de hadde til brukerne gjorde virkelig inntrykk på meg, og jeg spurte meg selv om hvorfor jeg selv har vært så forsiktig. Inspirasjonen utenfra er kjempeviktig, sier Else-Berit Helle.

– *Blir det kostbart med så tett oppfølging, så mye oppsøkende virksomhet, kunnskapsutveksling og tid til samkjøring som arbeidet i YSS innebærer?*

– En leder i kommunen kommenterte at tilbudet innebærer høy kvalitet, men at det var dyrt. Samhandlingsteamet koster rundt 600 000 i året fordelt på 22 pasienter for Stord sin del. Jeg kan være enig i at det koster en del, men om det er dyrt er relativt. Til sammenligning koster en sykehjemsplass i kommunen rundt 900 000 kr. pr. år, sier hun.

Målene er å redusere antall innleggelser og reinnleggelser.

– Tilbudet har allerede ført til færre innleggelser, og det håper vi det fortsetter å gjøre, sier Helle. ●

– Det betyr alt å bo hjemme

Store løvtrær strekker greinene over regnvåte kristornbusker mot himmelen og det åpne kystlandskapet utenfor. Magne Meyer Hystad (70) bor på en vakker eiendom med utsikt over havet. Jeg som skriver, har fått bli med teamet på et hjemmebesøk. Vi stopper bilen utenfor og får komme inn. I stuen henger det kunst på veggene. Mange ville kalle det et sted med ro for sjelen.

For den tidligere matematikklæreren tar det derimot fort fyr, innvendig. I sin ungdom var han blant de raskeste, sikret seg kretsmeesterskap i flere distanser, 100 m og 200 m, og var i teten også nasjonalt.

Meyer Hystad skal til å tenne en røyk, og sier det bare er den 20. i dag. I stedet begynner han å fortelle:

– Det kan sammenlignes med en gressbrann, har du vært med på å slukke en, så vet du hvordan det er. Klarer du å slukke ett sted, blusser det gjerne opp

et annet, det er vanskelig å få kontroll over brannen. Slik er det å være manisk, sier han.

Meyer har hatt diagnosen manisk-depressiv lenge og får behandling med medikamenter for å holde stemningsnivået i sjakk.

– Vi gir oss ikke med det første, oppsøker igjen og kan gjerne bruke mye tid på å etablere kontakt.

ØIVIND JOHNSEN, PSYKOLOG I YSS



Noen å snakke med

Øydis Grov og Eivind Grasdal fra Ytre Sunnhordland Samhandlingsteam er på besøk. I dag tidlig tok de en prat over telefon. Nå spør de igjen hvordan han har det, og slår av en prat. Jeg som skriver har fått bli med dem ut dit hjelpen skal gis, og jeg møter en mann som øser av et stort ordforråd og lynrask formuleringsevne. Han minner meg om mange andre

TAR SEG TID: Når Samhandlingsteamet er på besøk, kan samtalen ta mange retninger. De tar seg tid til å lytte.



Magne Meyer Hystad setter pris på at teamet viser fleksibilitet når de kommer på besøk.

kunnskapsrike mennesker jeg kjenner. Intensiteten er høy.

– Disse her, sier han og peker på Øydis Grov og Eivind Grafdal fra YSS, som har slått seg ned i stolene ved salongbordet. De spør meg av og til om jeg har tatt medisinene. Jeg bruker denne dosetten for å holde system i det, kjenner du til medikamentet Haldol? spør han meg som skriver.

Blant fotografier på peishyllen står et metallskrin med inngraving: *Takk for innsatsen!* Som matematikklærer ved yrkesskolen i mange år var Meyer Hystad respektert for sin arbeidsinnsats. Siden den gang har han vært innlagt ved Valen psykiatriske sykehus over tjue

ganger. Nettverket av mennesker rundt ham er mindre nå, men det er viktig å ha noen å snakke med.

– Hver dag har jeg to gamle venner jeg ringer til, de bor et stykke unna, sier han.

Meyer forteller oss om relasjoner som betyr noe, de han har til barna. Han viser stolt frem et foto av datteren som bor i utlandet. Personlige private relasjoner er skjøre. Men, de personlige profesjonelle relasjonene kan også gjøre en forskjell. En bestemt psykiatrisk sykepleier tok et initiativ som forandret på mønsteret inn og ut fra Valen. Det vil si, hun fulgte ham opp ved å være en fast hjelper han kunne forholde seg til, sørget for kontinuitet.

HJEMME: – Det betyr alt
å kunne bo hjemme, sier
Magne Meyer Hystad.





OVERSIKT: Magne Meyer Hystad fører regnskap og ordner i sitt i eget hjem.

Får oppfølging

I dag har han teamet – Ytre Sunnhordland Samhandlingsteam.

– Det er sånn med oss også, sier han og peker på Øydis Grov og Eivind Grasdal.

– Ja, hva gjør vi når dere er innom? Vi snakker litt, sier han.

Til Valen vil han helst ikke igjen. Men etter å ha vært frisk i to og et halvt år, ble Meyer Hystad syk igjen for en stund siden. En leieboer som ikke betalte for seg, var nok til at det begynte å ulme. Bekymringene ville ikke slippe taket. De fortsatte å eskalere.

– Jeg er avhengig av den inntekten jeg får i måneden for å leie ut, jeg har gjeld. Manien tar meg med på noe som ligner en flytur – det kan ta lang tid før jeg lander. I slike perioder går det lekende lett å låne penger. Jeg har lånt av banken, av venner – men ikke alltid betalt tilbake, forteller han.

Meyer Hystad har ikke bruk for kalkulator. Han regner raskt i hodet. Regnskapet fører han pinlig nøyaktig for hånd. Han henter en blå perm som ligger på gulvet, og viser frem regnskapet for siste måned. Nikker til Øydis Grov.

– De impulsive lånene er redusert og nede i ti prosent etter at teamet begynte å følge meg opp, sier han.

Tar gjerne et tak med gressklipperen

Han synes det er greit at Eivind Grasdal og Øydis Grov kommer. De er fleksible med hensyn til hva de kan hjelpe til med når de er der. Det behøver slett ikke handle om medisiner eller tradisjonell terapi.

– De følger meg opp, hjelper meg å holde orden på medisinene, men Eivind kan også komme ned med plenklipperen om det skal være, eller stable litt ved, humrer han.

Det er ikke alltid at døren står åpen som i dag.

– Jeg var med da politiet kom for å tvangsinnlegge deg sist, du var sikkert forbanna på meg da, sier Eivind.

– De følger meg opp, hjelper meg å holde orden på medisinene, men Eivind kan også komme ned med plenklipperen om det skal være, eller stable litt ved.

MAGNE MEYER HYSTAD

– Nei, jeg blir ikke forbanna på deg. Vi to har en relasjon. Sist kom to spirrevipper av noen politimenn. De stod utenfor her og sa de ville knuse ruten om jeg ikke åpnet, bak stod fastlegen som mente det var på tide å legge meg inn, svarer Meyer Hystad.

Det er møtet med fremmede og måten det skjer på som virker så brutalt. Ville det ikke skremt vannet av en hver? Og hvem ønsker å dra hjemmefra mot sin egen vilje?

Hva betyr det å kunne bo hjemme? Spør jeg til slutt. Han nøler ikke før han svarer:

– Det betyr alt! ●

ACT– aktivt oppsøkende behandling i lokalmiljøet

Assertive Community Treatment (ACT) er en bestemt type oppsøkende tjeneste som retter seg mot brukere med alvorlige psykiske lidelser som har behov for hjelp, men selv ikke oppsøker hjelpeapparatet.

ACT ble utviklet i USA på 70-tallet, men tas i dag stadig oftere i bruk i Europa for å møte målgrup- pens spesielt sammensatte behov for hjelp. Et ACT-team etableres med personell både fra kommune- og spesialisthelsetjeneste. Noe av tanken bak modellen er at teamet tilbyr alle tjenester som brukerne har behov for. Sammenlignet med mange av de andre ambulante tjenestene i Norge i dag, representerer ACT-modellen en mer spesifikk modell. Oppgavene fordeles på de ulike team-medarbeiderne, og det etableres rutiner slik at brukeren blir hjulpet av hele temaet. Teamet innehar ulike spesialistfunksjoner som psykiater, sykepleier, rusfaglig spesialist, spesialist på arbeid/rehabilitering og brukerspesialist.

ACT-teamet møter brukerne der de bor og lever. Målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelmisbruk. De har sammensatte og langvarige hjelpebehov, men har ikke vært i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet.

Tilstede for den enkelte

Brukernes behov, ønsker og mål er utgangspunktet for ACT-teamets hjelp. Det generelle målet er å bidra til at den enkelte pasient håndterer hverdagen på best

mulig måte. Hjelpen fokuserer på mestring, deltakelse og nettverk, men også på psykoedukasjon, det vil si undervisning som skal gi pasienten/brukeren kunnskap om sykdommen for å kunne mestre den bedre. I tråd med recovery-tankegangen konsentrerer behandlingen seg om person fremfor diagnose. Utover dette tilbys brukerne utredning og behandling, i form av ulike former for samtalebehandling, arbeidsrettede tiltak, samtidig behandling av psykisk lidelse og rusmisbruk, og medikamentell behandling. Behandling og rehabilitering blir gitt med utgangspunkt i regelmessig, tett og langvarig kontakt. Slik ivaretar man også tilgjengelighet og kontinuitet i behandlingstilbudet.

Studier fra USA og Australia har vist at modellen fungerer godt, og at den er en nyttig og kostnads- effektiv måte å organisere tjenestene på for den aktuelle målgruppen. Resultatene viser blant annet at ACT reduserer hyppigheten og varigheten av sykehusopphold. I tillegg er det registrert bedre pasient- tilfredshet, forbedring av bosituasjon, samt styrket tilknytning til arbeidslivet. Forskning gjennomført i Europa kan ikke vise til de samme positive virkningene av modellen. Årsaken til dette er foreløpig ikke kjent, men kan skyldes ulike pasientutvalg, og eller ulik grad av troskap (fidelity) til ACT-modellen.

ACT-team i Norge

Den første etableringen av ACT-team i Norge ble gjort i Mossregionen, som et forprosjekt (2000–2006), og senere et treårig forsøksprosjekt og nasjonalt pilotprosjekt (2007–2010). Prosjektet var et samarbeid mellom kommunene Våler, Råde, Rygge og Moss, samt Sykehuset Østfold HF, divisjon psykiatri (Moss DPS). Prosjektet ble evaluert over en treårsperiode (Econ, 2011).

Regjeringen har siden 2009 bevilget midler til etablering og drift av ACT-team i Norge. I løpet av perioden fra 2009 til 2011 er det etablert i alt 14 team. Satsningen på ACT i Norge har omfattet opplæringsseminar for prosjektledere, teamledere og team. Det er dessuten utgitt en ACT-håndbok, som en veiledning til teamene (Aakerholt, 2010). Håndboka gir også en god oversikt over relevant litteratur.

Forskningsbasert evaluering av ACT-team

På oppdrag fra Helsedirektoratet skal Kompetanseseter Rus for region Øst (KoRUS-Øst) gjennomføre en

forskningsbasert evaluering av ACT i Norge. Evalueringen gjøres i samarbeid med Akershus Universitetssykehus. Formålet er å undersøke i hvilken grad ACT-teamene arbeider i henhold til ACT-modellen, og om pasienter får et bedret forløp (bedre psykisk helse, mindre rusproblem, bedre fungering og livskvalitet, mindre innleggelse og redusert bruk av tvang) ved oppfølging i samsvar med modellen. Evalueringen vil dessuten gi ny kunnskap om brukernes erfaringer og tilfredshet med modellen, basert på en «bruker-spør-bruker»-undersøkelse. Brukernes erfaringer med ACT-team vil være viktige når en i 2015 skal oppsummere erfaringer og vurdere eventuell videre satsning på ACT i Norge (Ruud, m. fl. 2010).

Les mer:

Akerholt, A. (2010). ACT-håndbok, 1. utgave. Kompetanseseter rus – region øst.

http://www.rus-ost.no/docs/0000079E/ACT-håndbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf

Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. Cochrane database of Systematic reviews 2010, Issue 10. Art. No. : CD007906. DOI: 10.1002/

Econ (2011). Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evaluering av forsøk med ACT (Assertive Community Treatment) i Mossregionen. Econ-rapport nr. R-2011-013, Oslo.

Ruud, T., Landheim, A. og Odden, S. (2010). Forskningsbasert evaluering av ACT-team: Implementering og pasientforløp. Prosjektbeskrivelse 8. september 2010. ●



Integrert behandling av rus og psykiske lidelser

Integrert behandling av rus og psykiske lidelser er behandling der brukeren får samtidig hjelp for sine to lidelser.

Behandlingen kjennetegnes av:

- Integrerte tjenester
- Allsidighet
- Aktivt oppsøkende virksomhet
- Redusering av negative konsekvenser
- Langsiktig perspektiv
- Motivasjonsbasert behandling
- Tilgang til en rekke psykoterapeutiske behandlingsmetoder

Tidligere har behandling av personer som både har en psykisk lidelse og samtidig ruser seg vært dominert av enten parallelle eller sekvensielle behandlingsforløp. I parallell behandling behandles den psykiske lidelsen og ruslidelsen samtidig, men av forskjellige behandlere og ofte ved ulike institusjoner. I sekvensiell behandling behandles først den ene, deretter den andre lidelsen. Det er en rekke ulemper forbundet med begge disse tilnærmingene, noe som unngås ved gjennomføring av integrerte og samordnede behandlingsprogram.

Brukeren får færre personer og færre instanser å forholde seg til. Den integrerte behandlingen er gjerne samordnet gjennom en individuell plan, der som regel samme behandlingsteam, alternativt samme behandler, gir det totale hjelpe- og behandlingstilbudet. Når behandlingen av den psykiske lidelsen og ruslidelsen gis av ett og samme team, elimineres administrative og organisasjonsmessige feilvurderinger, som kan forekomme ved koordinering av tiltak mellom ulike tjenesteleverandører.

Behandlingen er basert på felles vurderinger og avgjørelser fra alle berørte parter. I integrert behandling vektlegges klientens interesser, samfunnsintegrering, livskvalitet, rehabilitering og tilfriskning. Tilnærmingen har også fokus på selvhjelp.



Å arbeide aktivt oppsøkende er et viktig element i integrert behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Et eksempel på slik oppsøkende virksomhet er ACT-team. Integrert behandling bygger på en omfattende kartlegging av både rusproblemer og psykiske problemer. Integrering omhandler også en felles forståelse i behandlingsteamet av hvordan rusproblemer og psykiske problemer gjensidig påvirker hverandre.

Klinisk relasjon

Det anbefales at behandlingen legges opp stadiumsbasert. Dette innebærer at de spesifikke behandlingstiltakene er basert på en vurdering av den enkeltes motivasjon til å jobbe med sitt rusmisbruk. Behandlingstilnærmingen bygger på en forståelse av at man må etablere en klinisk relasjon før hjelp og behandling kan iverksettes.

Endringsstadier

- Klinisk relasjon etableres
- Fokus på rusmisbrukets innvirkning på livet
- Redusert rusbruk
- Forhindre tilbakefall

Integrert behandling er godt dokumentert og anbefalt blant eksperter og i fagmiljøene. Den tilgjengelige forskningslitteraturen er imidlertid ikke av god nok kvalitet til å konkludere at integrert behandling er bedre enn ikke-integrert behandling. Forskning viser imidlertid at brukerne stort sett er godt fornøyde med det behandlingstilbudet de mottar, og at de som mottar integrerte behandlingstilbud i overveiende grad er mer tilfredse enn brukere som mottar et parallelt eller sekvensielt behandlingstilbud.

Litteratur

Den mest omfattende beskrivelsen av integrert behandling er ved Kim T. Mueser og medarbeidere. Boken kom ut i USA i 2003, med tittelen «Integrated Treatment for Dual Disorders». Den ble oversatt og utgitt i Norge i 2006. Boken er et viktig bidrag til kunnskap på feltet, og gir dessuten praktisk innføring i behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

Mueser, K.T., Noordsy, D., Drake, R. E. & Fox, L. (2006). Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget.

Les mer:

Drake, R.E., et al., (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 469–476.

Helsedirektoratet (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling.

Landheim, A.S., Bakken, K & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 12 (3): 309–318.

Schulte, S.J. Meier, P.S., & Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction – a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11:64 ●

Motiverende samtale/Motiverende intervju (MI)

Motiverende samtale, eller Motivational Interviewing (MI) som er den internasjonale betegnelsen, er en samarbeidsrettet samtalestil som har til formål å styrke en persons egen motivasjon og engasjement for å gjøre atferds – og livsendringer.

Motiverende samtale hviler på humanistisk psykologi, og et holdningssett med fokus på en samarbeidende, respektfull og empatisk behandlingstilnærming. Metodikken tar utgangspunkt i at brukeren selv sitter på løsningen som kan føre til atferdsendringer. Brukeren skal ikke forsøkes overtalt, men oppmuntres til å løse problemer i eget liv.

Virksomme elementer i motiverende samtale:

- Uttrykk empati – aksept og respekt for brukerens perspektiv
- La være å yte motstand og gi brukeren styringsmuligheter
- Hjelp brukeren å utvikle et tydeligere språk rundt sin egne tanker og ønsker om endring

Metodikken kan tilpasses brukere med forskjellige forutsetninger, og på ulike arenaer. Det være seg forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, behandling og omsorg, – og lavterskeltilbud.

Motiverende samtalebehandling er en av behandlingsmetodene som anbefales i Nasjonal faglig retningslinje for oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.

Les mer om motiverende samtale i heftet *Tillit, tid, tilgjengelighet –Tett oppfølging av mennesker med behov for sammensatte tjenester* (Helsedirektoratet 2011).

Det er flere ulike opplæringstilbud i motiverende samtale/intervju. Se for eksempel Borgestadklinikken (www.borgestadklinikken.no/motiverende-intervju).●





Arbeid med støtte

Å komme raskt ut i ordinært arbeid med tilrettelegging, gir bedre resultater enn tradisjonelle skjærmede tiltak med gradvis tilnærming til arbeidslivet.

Svært mange av dem som sliter med psykiske lidelser står utenfor arbeidslivet, til tross for at arbeid virker helsefremmende og påvirker vår psykiske helse positivt. Internasjonal forskning understreker at arbeid styrker sosiale ferdigheter og reduserer frekvensen av sykehusinnleggelseser. Et av målene med Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012 har vært å sikre gode, relevante arbeids- og helserettede tiltak og tjenester.

Nedenfor beskriver vi kort noen former for arbeid med støtte. Den siste tiden er det dukket opp nye og spennende tiltak i tillegg til det som finnes fra før.

Individuell jobbstøtte – Individual placement and support (IPS)

Individuell jobbstøtte (IPS) er en evidensbasert tilnærming som særlig brukes overfor personer med

psykiske lidelser. I likhet med Arbeid med bistand (AB), et tiltak som er mer kjent i Norge, kombineres arbeidspraksis med støtte og veiledning fra tilretteleggere. Når det gjelder IPS inngår også helsepersonell i teamet som følger opp brukeren, noe som er kjernen i modellen. Tiltaket innebærer at oppfølging i ordinært arbeid gis som en integrert del av et behandlingsopplegg. Et suksesskriterium er et forpliktende samarbeid mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og NAV. For å oppnå best mulig effekt av IPS gjelder følgende åtte prinsipper:

- Jobbsøking starter med en gang og senest etter én måned
- Ordinært, lønnet arbeid er målet
- Individuell jobbstøtte er en integrert del av behandling
- Deltagelse på bakgrunn av brukers eget ønske.

- Jobbsøking skjer ut fra deltagerens interesser og ferdigheter
- Individuelt tilpasset rådgivning om økonomiske ytelser
- Systematisk jobbutvikling
- Oppfølgingen fra helsepersonell (evt. behandler) er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset arbeidstaker og arbeidsgiver

Arbeid med bistand

Arbeid med bistand (AB) har siden 1996 vært et viktig tilbud for å skaffe eller beholde jobb på et ordinært arbeidsmarked for personer med nedsatt arbeidsevne. All form for arbeidsutprøving og ansettelser skal foregå i det ordinære arbeidslivet med tett oppfølging av veileder på arbeidsplassen.

Arbeid med bistand bygger på motivasjon for å jobbe og tro på egen mestringsevne som viktige faktorer for vellykket tilbakeføring til arbeidslivet. Grunntanken er at alle kan bidra i arbeidslivet, gitt at riktig hjelp og støtte tilbys og man finner rette jobb og arbeidsmiljø. Den primære målsettingen er å finne et arbeid som samsvarer med brukerens sterke og svake sider og egne ønsker.

Jobbcoach

I begge tilfeller, AB og IPS, blir en tilrettelegger/veileder involvert i det flerfaglige teamet rundt brukeren. Han eller hun har ansvar for de arbeidsrelaterte tiltakene og planene, og at disse blir koordinert med de øvrige i teamet. Kontakt med arbeidsgiver i form av råd, veiledning og støtte anses som essensielt.

Utprøving av Individuell jobbstøtte (IPS) i Norge

Helsedirektoratet gir i 2012 tilskudd til utprøving og implementering av Individuell jobbstøtte (IPS). Formålet med tilskuddsordningen er å fremme utvikling

og spredning av metoden etter prinsippene for IPS. Det gis stimuleringsmidler til utprøving av ulike organisatoriske modeller for IPS, men det prioriteres en modell der tilrettelegger ansatt i NAV lokaliseres i kommunen eller spesialisthelsetjenesten og jobber i behandlingsteam. Målgruppen for tilskuddsordningen er behandlingsteam i kommunene og spesialisthelsetjenesten, for å inkludere arbeid som en viktig del av utredning og behandling (www.helsedirektoratet.no/tilskudd/).

Vilje Viser Vei

Vilje Viser Vei er også et arbeidsrettet tiltak som er tilpasset mennesker med psykiske helseproblemer. Det kan være tilrettelagt arbeidstrening i en utføringsbedrift eller ute hos en ordinær arbeidsgiver. Med tett individuell oppfølging over tid samarbeider veileder med behandler, NAV og/eller andre. Vilje Viser Vei representerer i større grad den tradisjonelle tilnærmingen når det gjelder arbeidstiltak, med en gradvis overgang til det ordinære arbeidsmarkedet.

Les mer:

Arbeidsdepartementet (2012). NOU 2012:6. Arbeidsrettede tiltak.

Ose, S.O., Jensberg, H., Kaspersen, S.L., & Lilleeng, S. (2008). Kunnskapsstatus, arbeid, psykisk helse og rus. Rapport, SINTEF Helse, Trondheim.

Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2007). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 50–60.

Spjelkavik, Ø., Hagen, B., & Härkäpää, K. (2011). Supported Employment i Norden. AFI-rapport 3/2011. Arbeidsforskningsinstituttet. ●

Ny nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)

Bakgrunnen for den nye strategien er blant annet statistikk som viser at den samlede tvangsbruken i Norge er høy sammenlignet med andre europeiske land, og ikke redusert til tross for opptrappingsplanens målsetting om økt frivillighet, tilgjengelighet, mestring og brukermedvirkning. Tilgjengelig statistikk indikerer dessuten store geografiske forskjeller i tvangsbruk som trolig skyldes ulike behandlingskulturer (holdninger og atferd), ulik lokal organisering og ressursbruk, varierende samarbeid med kommunehelsetjenesten mv. Strategiens tre hovedmål er:

- Psykiske helsetjenester skal i størst mulig grad være basert på frivillighet.
- Psykiske helsetjenester skal ha en så høy kvalitet at tvang blir redusert til et minstenivå, og det skal aldri brukes tvang som ikke kan forsvares i henhold til lovverk og menneskerettigheter.
- All bruk av tvang skal registreres og innrapporteres til Norsk pasientregister i henhold til den nasjonale registreringsveilederen.

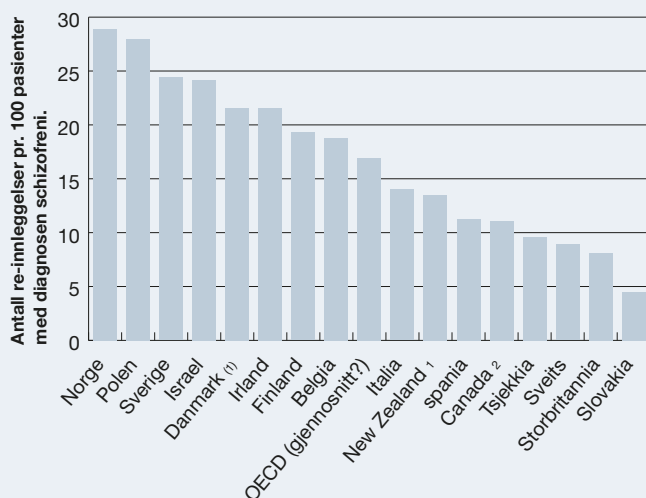
Den nasjonale strategien inneholder 14 ulike tiltak under hovedområdene kompetanse og kvalitets-sikring, dokumentasjon og kunnskapsutvikling og forskning. Tiltak 1 er å utarbeide en felles veileder til kommunene og det psykiske helsevernet om forebygging, reduksjon og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene.

Den nasjonale strategien følges også av regionale og lokale planer. De regionale helseforetakene (RHF) er pålagt å iverksette en regional, forpliktende handlingsplan for å begrense og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern. Tilsvarende skal helseforetakene (HF) i samarbeid med kommunene i opptaksområdet etablere lokale tvangsreducerende tiltaksplaner.

Les mer:

Helse- og omsorgsdepartementet (2012): Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) ●

Høyt antall reinnleggelser

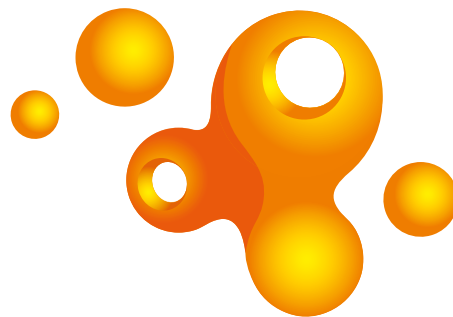


Norge toppe statistikken over andelen pasienter med schizofreni som re-innlegges ved sykehus i OECD-landene. Statistikken er hentet fra rapporten *Health at a Glance 2011 – OECD Indicators*, og viser ikke-planlagte re-innlegger. Samhandlingsteamet YYS i Sunnhordland er blant dem som arbeider for å redusere antallet re-innleggelser i sitt distrikt (se s. 102).

Note:

- 1 Pasienter med schizofreni som sekundær diagnose er ikke tatt med i datamaterialet.
- 2 Kun reinnleggelser innen 30 dager etter første innleggelse ble regnet som reinnleggelser

Kilde: OECD Health Data 2011 (© OECS)



4 SAMMEN OM BEDRE TJENESTER

Målet med samhandlingsreformen er at brukere og pårørende skal oppleve en helhetlig, tilgjengelig og fleksibel tjeneste. Et tett samarbeid og gjensidig kunnskapsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene skal gjøre kommunen best mulig i stand til å ivareta sine oppgaver. Dette innebærer samarbeid om behandling, oppfølging og kompetansebygging.

Graden av samhandling mellom tjenestenivåene er en viktig kvalitetsindikator. Samhandling og kommunikasjon forutsetter to likeverdige parter med felles interesser. Videre at det utvikles åpne og anerkjennende kulturer som støtter læring, refleksjon og forbedring. Det er viktig at kommuner og helseforetak gir høy prioritet til anvendelse av kunnskapsbasert praksis. Videre må det rapporteres om vurderinger, beslutninger, gjennomføring og resultater. Universitetssykehus og andre relevante forskningsmiljø bør drive forskning på kvalitet i helsetjenestene, kunnskapsbasert praksis og implementering. Kommunen har et ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kvalitetsarbeid og kompetansebygging er tiltak for å forbedre ledelse og organisasjon. Det oppfordres til økt samarbeid mellom faggrupper, enheter og nivåer,

og mellom forskning, utdanning og praksis. Brukerne skal involveres aktivt i egen sak/behandling og i forbedring av tjenestene.

I dette kapittelet presenteres Romeriksprosjektet, SAMSA og Spor Vestfold. I Romeriksprosjektet jobber de ordinære tjenestene på kommune- og spesialistnivå sammen for å nå målene om å redusere innleggelser og bruk av tvang. Oppsøkende arbeid, evidensbaserte behandlingsmetoder og faste møter i samhandlingsgrupper er tiltakene. Prosjektet blir evaluert av Forsknings- og utviklingsavdelingen for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus. Prosjektet SAMSA handler om å utvikle samhandlingsmodeller for kompetanseutveksling mellom sykehjem og alderspsykiatriske avdelinger. Prosjektet SPoR Vestfold bruker god kommunikasjon og læring som metoder for å sikre gode tjenestetilbud. ●

SPILLER PÅ LAG: Fra sine lokaler på Åråsen stadion i Lillestrøm jobber Romeriksprosjektet med å få psykisk helsetjenestene i kommuner og på spesialistnivå til å spille på samme lag. T.v. leder for prosjektets styringsgruppe og kommuneoverlege i Ullensaker kommune, Unni Berit Schjervheim. T.h. prosjektleder Sigrun Heskestad. FOTO: ROALD LUND FLEINER.



Romeriksprosjektet – tett kontakt og samhandling mellom de ordinære tjenestene

Omfattende samhandlingsprosjekt i perioden 2010–2015, som skal styrke tilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, noen med rusproblemer i tillegg.

Ikke eget team, men lokale samhandlingsgrupper, sammensatt på tvers av de ordinære tjenestene på kommune- og spesialistnivå. Gruppene møtes hyppig for å sikre tett oppfølging av brukerne.

Målet er å fremme brukernes egen livsmestring gjennom oppsøkende arbeid og evidensbaserte behandlingsmetoder, å redusere unødvendige innleggelse i døgnavdelinger, og å redusere bruk av tvang.

BESTÅR AV TO DELPROSJEKTER:

- Øvre Romerike med kommunene Eidsvoll, Ullensaker, Nannestad og Gjerdrum. Kommunene samarbeider med psykose- og rehabiliteringsteamet ved DPS Øvre Romerike og ruspoliklinikken på Jessheim.
- Nedre Romerike med kommunene Skedsmo, Fet og Rælingen. De samarbeider med psykoseteamet ved DPS Nedre Romerike og ruspoliklinikken på Lillestrøm.

På nett: Samhandlingsmodellen på Romerike er beskrevet i *Håndbok i forpliktende samhandling om psykisk helse*, som kan lastes ned fra prosjektets hjemmeside www.ahus.no/romeriksprosjektet.



– Her blir alle stemmer i rommet hørt, og tillagt like stor betydning.

SIGRUN HESKESTAD, LEDER FOR ROMERIKSPROSJEKTET

Ambisiøst lagarbeid på Romerike

Ved å samhandle tettere og mer forpliktende ønsker de ordinære tjenestene på Romerike å gi et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.

TEKST OG FOTO: ROALD LUND FLEINER

– For brukere er det ikke nødvendigvis viktig å vite om fagpersonen arbeider i kommunen eller i DPS. Brukeren vet ofte bare at Kirsti kommer, eventuelt sammen med Per. De vet ikke hvilke tjenestenivåer de to tilhører. Vi må få disse ansatte til å trekke i samme retning, sier leder for Romeriksprosjektet, Sigrun Heskestad.

Omfattende hjelpebehov

Ansatte i syv kommuner, to distriktpsykiatriske sentre og to ruspoliklinikker på Øvre og Nedre Romerike deltar i Romeriksprosjektet. Heskestad synes det er spennende, og samtidig veldig utfordrende, å få tjenestene til å samhandle rundt en relativt liten målgruppe, samtidig som de skal ivareta mange andre brukergrupper.

– Det å få forpliktende samarbeid ned fra

ledelses- til tjenestenivå kan være komplisert når det skal være innenfor de ordinære tjenestene. Vi må skape engasjement i bred forstand, understreker hun.

Målet er å gi bedre hjelp til drøyt 100 brukere som det offentlige hjelpetilbudet til nå i stor grad ikke har klart å nå med ordinære tiltak.

– Målgruppen er mennesker som sliter med psykoser, ofte i kombinasjon med rusmisbruk, og som har omfattende og vedvarende behov for hjelp, sier Heskestad.

Samhandlingsgrupper som kjerne

14 andre steder i landet har man opprettet egne oppsøkende team, kalt ACT-team. Romeriksprosjektet har samme målgruppe som ACT-teamene, men velger en annen arbeidsform.



DE MEST SÅRBARE: – Målgruppen er mennesker som sliter med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusmisbruk, og som har behov for omfattende og sammensatte tjenester, sier leder for Romeriksprosjektet, Sigrun Heskestad.

– På Romerike prøver vi ut en alternativ modell, der tett kontakt og samhandling mellom de ordinære tjenestene, uten å bygge opp egne team, er virkemiddelet for å hjelpe den vanskelig tilgjengelige brukergruppen, sier Heskestad.

For å sikre at brukerne blir fulgt opp uten brudd i kontakten med hjelpeapparatet, har representanter

fra de ulike tjenestenivåene møttes hyppig og jevnlig i fem samhandlingsgrupper siden januar 2011.

– Alle de sju kommunene, to DPS og to ruspoliklinikker deltar med sine representanter i samhandlingsgruppene, samt NAV og fastleger. I tillegg har samhandlingsgruppa på Eidsvoll en erfaringskonsulent. Samhandlingsgruppene er kjernen i Romeriksprosjektet, sier Heskestad.

Skal dele kunnskap

Ved å møtes jevnlig skal deltakerne i samhandlingsgruppene dele sine kunnskaper, og være en ressursgruppe som skal bistå de ordinære tjenestene med å kvalitetssikre klinisk arbeid og samhandlingen rundt enkeltbrukere. Et viktig mål er at fagfolkene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten jobber mer sammen, blant annet mer oppsøkende overfor brukere som de ellers ikke ville ha kommet i kontakt med.

– Dette er vi i gang med. Men det tar tid å innarbeide nye arbeidsmåter og samarbeidsformer, innrømmer prosjektlederen.

Likevel ser hun resultater av arbeidet i samhandlingsgruppene.

– I møtene skjer det mye kompetanseoverføring mellom tjenestene. Dessuten ser vi at møtene bidrar til det som er hensikten, nettopp å sørge for at noen til enhver tid holder kontakt med brukerne, og at tjenesteleddene planlegger sammen og jobber mot samme mål, sier Heskestad.

Håndbok i samhandling

Fagfolk og brukerrepresentanter har sammen med prosjektledelsen og avdeling FOU i psykisk helsevern, Ahus, utviklet en håndbok for tjenestene i hvordan samhandlingen gjøres på Romerike.

– Håndboken er en oppslagsbok for fagfolk, og

en form for kvalitetssikring av arbeidet på Romerike, forteller prosjektleder Heskestad.

Romeriksprosjektet tilbyr inkluderte brukere arbeidsformen «Åpen dialog i nettverksmøte», som et supplement til annen tilnærming. Målet med å benytte nettverksmøtet som metode er å styrke brukerens innflytelse og medbestemmelse, og å sikre at pårørende blir tatt vare på og lyttet til i møtet med helsetjenestene. Det er brukeren som finner ut hvem som skal inviteres til møtet.

– Målgruppen er mennesker som sliter med psykoser, ofte i kombinasjon med rusmisbruk.

SIGRUN HESKESTAD

– Her blir alle stemmer i rommet hørt, og tillagt like stor betydning. Åpen dialog i nettverksmøter er en måte å tenke på, å forstå – og handle på, hvor respekten og likeverdet i relasjonen er sentral, sier Heskestad.

– Inntjeningspress en utfordring

Det kan være et hinder for samhandling når sentrale produktivitetskrav, som inntjening, får større fokus i tjenestene enn samarbeidskultur og lokalbasert arbeid.

– Inntjeningspresset i spesialisthelsetjenesten kan være en utfordring. Et hjemmebesøk når folk har det vanskelig kan ta to–tre timer. Dette gir refusjon til poliklinikkene for kun en times konsultasjon, uavhengig av besøkets lengde, sier Heskestad.

Mental Helse Akershus løftet fram dette i brev til helseforetaket som et hinder for prosjektet.

– Da ble det sagt fra ledelseshold i foretaket at man

i prosjektperioden skal utvikle nye samarbeidsformer, og dermed ha mindre fokus på konsultasjonskravene, forteller Heskestad.

Fastleger i alle grupper

Prosjektlederen er godt fornøyd med at alle samhandlingsgruppene har med hver sin fastlege. At de har lyktes med dette skyldes nok i stor grad at prosjektets styringsgruppe ledes av kommuneoverlege i Ullensaker kommune, Unni Berit Schjervheim.

– Kommunene Skedsmo og Ullensaker var initiativtakerne til Romeriksprosjektet. Som Ullensaker kommunes representant så jeg at det var behov for bedre samhandling både internt i de kommunale tjenestene, mellom fastlege, NAV og spesialisthelsetjenestene, sier Schjervheim.

Hun peker på at fastlegene er sentrale i forhold til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer.

Prosjektet har derfor valgt å lønne fastlegene på timebasis for å delta i prosjektets samhandlingsgrupper.

– Fastlegene har den medisinskfaglige oversikten og ansvaret for den enkelte pasient, både i forhold til somatiske, psykiske og sosiale problemer. Særlig er det viktig at fastlegene følger opp den somatiske helsen til denne pasientgruppa, da de har dårligere generell helsetilstand enn øvrig befolkning, mener Schjervheim.

Vil forebygge tvang

Forebygging av tvang gjennom å komme tidlig til med hjelp er en ambisjon i Romeriksprosjektet.

– Slik det gjerne har vært kommer fastlegen først inn i bildet når pasienten er blitt så syk at en tvangsinnleggelse ikke er til å unngå. Prosjektet ønsker at fastleger og andre samarbeidspartnere er tettere på og fanger opp forverring på et tidlig tidspunkt. Dermed kan det settes inn forebyggende tiltak og tvangsinnleggelse unngås, understreker Schjervheim.



FORPLIKTELSE: – Forpliktelsen er viktig i dette prosjektet. Den er underskrevet av administrerende direktør på sykehuset og rådmennene i de gjeldende kommunene, sier leder for styringsgruppa til Romeriksprosjektet, Unni Berit Schjervheim.

Opplæring i å gjenkjenne egne varselsignaler er en viktig del av tilbudet til brukergruppen som kan beskrives i pasientens kriseplan.

– Dette er også en del av det forebyggende arbeidet. Det å møte pasient og pårørende i krise med åpen dialog og nettverksmøte, har vi erfart er forebyggende, sier kommuneoverlege Schjervheim.

– Prosjektet ønsker at fastleger og andre samarbeidspartnere er tettere på og fanger opp forverring på et tidlig tidspunkt.

UNNI BERIT SCHJERVHEIM,
LEDER AV STYRINGSGRUPPA I ROMERIKSPROSJEKTET,
OG KOMMUNEOVERLEGE I ULLENSAKER KOMMUNE

Forpliktelsen viktig

Romeriksprosjektet skal pågå frem til 2015, og blir evaluert av et eget forskningsteam ved Akershus Universitetssykehus. Schjervheim mener forankringen på ledernivå kan sikre at trykket holdes oppe, og at prosjektet lykkes med å skape mer samordnede tjenester for brukerne.

– Forpliktelsen er viktig i dette prosjektet. Den er underskrevet av administrerende direktør på sykehuset og rådmennene i de gjeldende kommunene. Dette er ikke noe du kan velge bort, sier Schjervheim.

Hun understreker at prosjektet legger stor vekt på å få inn pårørende og pasientenes stemmer i prosjektet.

– Både Mental Helse Akershus, Rusmiddelbrukernes interesseorganisasjon (RiO) og Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) på Romerike er med i styringsgruppa, forteller hun.

1200 opplært

1200 ansatte og brukere har til nå deltatt i ulike opplæringstilbud i Romeriksprosjektet.

– Prosjektet ønsker å stimulere tjenestene til å ta i bruk ulike kunnskapsbaserte arbeidsmåter. Det er sentralt at opplæringen gis til ansatte fra både kommunene og helseforetaket sammen, slik at de har felles forståelse og språk, sier prosjektleder Sigrun Heskestad. ●



FASTE MØTER: Annenhver fredag møtes f.v. Grete Bjøntegaard, Kirsti Dybvik Garpe, og Mona Cecilie Holtet, samt fastlege, NAV og hjemmetjenesten i samhandlingsgruppen i Fet og Rælingen på Romerike.

Samarbeider for å komme i posisjon

– Det at vi sammen jobber for å komme i posisjon for å tilby tjenester til en vanskelig tilgjengelig målgruppe, er det viktigste med samhandlingsgruppene.

Det sier Kirsti Dybvik Garpe, avdelingsleder for psykisk helsetjeneste i Fet kommune. Jeg møter henne i kommunens lokaler, 20 minutters biltur fra Lillestrøm. Til stede er også Mona Cecilie Holtet fra Distriktpsykiatrisk senter Nedre Romerike, og Grete Bjøntegaard fra Avdeling rus og avhengighet Nedre Romerike.

Møtes annenhver fredag

Sammen med psykisk helsetjeneste fra nabokommunen Rælingen, fastlege, NAV og hjemmetjenesten, møtes de tre fast annenhver fredag i en av de fem samhandlingsgruppene som utgjør kjernen i Romeriksprosjektet.

Hensikten med møtene er å sikre gode tjenester til mennesker som ikke selv oppsøker hjelpeapparatet, men som likevel har stort hjelpebehov på grunn av alvorlig psykisk lidelse, ofte kombinert med rusproblemer.

– Vi har 10–11 brukere som vi følger opp i Fet og Rælingen. Vi har valgt å begynne med noen få for å lykkes med dem, og heller øke etter hvert, forteller Kirsti Dybvik Garpe.

Forskjellig fra ACT

På samme måte som ACT-team holder de oversikt over de ulike pasientenes situasjon på en tavle.

– Vi er mye mer i forkant nå. Vi snakker mer sammen. På en elektronisk tavle har vi overblikk over hva pasienten har og ikke har av avtaler, og status for pasientens helsesituasjon, sier Mona Cecilie Holtet fra Distriktpsikiatrisk senter Nedre Romerike.

Selv om tjenestene som deltar i Romeriksprosjektet skal jobbe mer oppsøkende, og har samme målgruppe som ACT-team, er det vesentlige forskjeller fra ACT-teamene.

– Vi er ikke ansatt i samhandlingsgruppa, og samhandlingen hos oss utføres av det ordinære



– På en elektronisk tavle har vi overblikk over hva pasienten har og ikke har av avtaler, og status for pasientens helsesituasjon.

MONA CECILIE HOLTET,
DISTRIKTPSYKIATRISK SENTER NEDRE ROMERIKE

tjenesteapparatet. Vi har også mange andre grupper å ta oss av, mens ACT-teamene er dedikert til denne ene målgruppen. Likevel håper og tror vi at det å samhandle så tett om den utvalgte brukergruppen er effektiviserende på sikt, sier Kirsti Dybvik Garpe.

– Post-it-lapper i postkassa

Erfaringene med å jobbe mer oppsøkende er positive.

– Vi får kartlagt symptomtrykket mer ved å se pasienten hjemme. Er det for eksempel kaos i boligen, så kan det være et tegn på forverring, sier Mona Cecilie Holtet.

En fordel med å møtes så ofte er at det er lettere å være kreative når man sitter mange sammen som kjenner hverandre godt, mener Holtet.

– Vi kommer fram til tiltak som er litt utradisjonelle. For å komme i allianse med en pasient som ikke åpnet døra og ikke svarte på telefon, la miljøterapeuten som følger opp pasienten post-it-lapper i postkassa for å se om vedkommende tok de inn. «Vil du gå på kafé»,

«kan jeg komme til deg da og da» kunne det stå på lappene. Den metoden virket, forteller Holtet.

Handletur til Sverige

Å finne på noe som pasienten er interessert i kan også være en innfallsport.

– To ansatte fra kommunen har dratt til Sverige med en bruker og handlet. Det har vært en åpning til en relasjon, sier Kirsti Dybvik Garpe.

For Mona Cecilie Holtet, som jobber i spesialisthelsetjenesten, er det vanskelig å få til så mye oppsøkende jobbing som hun kunne ønske seg.

– Vi har krav til antall konsultasjoner, og det å reise ut tar mer tid enn å foreta en konsultasjon på kontoret, sier Holtet.

Lærer av hverandre

Grete Bjøntegaard fra Avdeling rus og avhengighet Nedre Romerike mener det er en fordel at det er så mye kompetanse samlet i gruppa.

– Vi får mulighet til å utnytte hverandres spisskompetanse, sier Bjøntegaard.

Mona Cecilie Holtet er enig.

– Jeg kan ikke alt om rusmidler, og virkningen av disse. At Grete er med i gruppa gjør at jeg vet mer om hvor folk med rusproblemer skal henvises, og hvilke behandlingstilbud som finnes, sier hun.

Samtykke eller anonymt

Når enkeltpersoner diskuteres gjøres dette enten med samtykke fra brukeren eller anonymt.

– Dette må gjøres nennsomt. Det synes jeg vi har fått til. En gang pratet vi om en pasientsak, og debatterte ut fra den hvordan vi generelt jobber med rus. Det er veldig nyttig at DPS'et får info fra oss om hvordan vi jobber med rus i kommunen, så vi kan samkjøre oss, sier Garpe.

Noen ganger løfter kommunene fram eksempler på brukere som begynner å bli dårlig.

– Med samarbeidet i gruppa kan tiltakene gå fortere



I FORKANT: – Vi er mye mer i forkant nå. Vi snakker mer sammen, sier Mona Cecilie Holtet fra Distriktpsikiatrisk senter Nedre Romerike.



PÅ LAG: – Vi får mulighet til å utnytte hverandres spisskompetanse, sier Grete Bjøntegaard fra Avdeling rus og avhengighet Nedre Romerike.



SPISSER INNSATSEN: – Vi har 10–11 brukere som vi følger opp i Fet og Rælingen. Vi har valgt å begynne med noen få for å lykkes med dem, og heller øke etter hvert, sier leder for samhandlingsgruppen i Fet og Rælingen, Kirsti Dybvik Garpe.

enn før. De kommunalt ansatte kan ofte tenke at alliansen de har med pasienten er så skjør, så da kan i stedet vi i spesialisthelsetjenesten komme inn og si at her må det en innleggelse til, sier Mona Cecilie Holtet.

– Vi er ikke ansatt i samhandlingsgruppa, og samhandlingen hos oss utføres av det ordinære tjenesteapparatet.

KIRSTI DYBVIK GARPE, AVDELINGSLEDER FOR PSYKISK
HELSETJENESTE I FET KOMMUNE OG LEDER AV
SAMHANDLINGSGRUPPEN I FET OG RÆLINGEN

Brukerstyrte innleggelser

Både i Nedre og Øvre Romerike har DPS-ene startet med brukerstyrte innleggelser.

– Jeg tror brukerne synes det er fint å styre noe selv. Det gir dem en stor trygghet. Jeg har bare hørt positivt om det fra brukere, og tenker at det kan utvides til flere, sier Mona Cecilie Holtet.

Kirsti Dybvik Garpe bruker samhandlingsgruppa som en arena for å diskutere hva som skal til for at en bruker kan få bestemme selv når han eller hun skal legges inn.

– Når vi ser at en person er i behov av innleggelser, utredning eller annet, så søkes det om dette og det skrives at vedkommende er inkludert i samhandlingsprosjektet. Får personen avslag blir dette en diskusjon rundt bordet, som vi alle lærer av, sier hun.

Vil ha lettere veier inn

Dybvik Garpe ønsker seg enda lettere tilgang til hverandres tjenester enn man har i dag.

– Jeg skulle veldig ønske meg at vi som følge av prosjektet hadde hatt noen lettere veier inn til ulike tjenester. For eksempel kortere vei til innleggelser, og kortere vei til rusbehandling. Det er ikke slik i dag, men styringsgruppa og prosjektledelsen jobber med det, forteller hun. ●

SAMHANDLINGSGRUPPE

- I Romerikprosjektet finnes fem samhandlingsgrupper.
- Dette er lokale grupper med representanter fra de ordinære tjenestene på kommune- og spesialistnivå. Gruppene møtes hyppig for å sikre tett oppfølging av brukerne.
- I dette intervjuet møter vi tre av deltakerne i samhandlingsgruppen som dekker kommunene Fet og Rælingen.

Forskere følger brukerne gjennom flere år

Forskere følger brukerne av de samhandlende tjenestene som inngår i Romeriksprosjektet. Evalueringen skjer på samme måte som for ACT-team, for å kunne sammenligne de to modellene.



SAMMENLIGNER: Kristin Heiervang og en forskergruppe ved Akershus universitetssykehus evaluerer samhandling og pasientforløp i Romeriksprosjektet. De sammenligner med pasientforløp i 12 ACT-team, som jobber mot samme pasientgruppe.

Helsetilstand, bruk av rusmidler, funksjonsnivå og livskvalitet kartlegges hos brukerne ved inntak, samt etter ett og to år med oppfølging fra de samhandlende tjenestene som deltar i Romeriksprosjektet.

Måler effekt

– Poenget er å følge brukerne over lengre tid, for å kunne måle om samhandlingen mellom tjenestene har hatt konsekvenser for pasientene, sier forsker ved Forsknings- og utviklingsavdelingen for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus, Kristin Heiervang.

Etter samtykke fra brukerne kartlegger tjenestene en rekke faktorer, som så rapporteres inn til forskergruppen. Blant det forskningen skal avdekke er:

- Om målgruppen nås.
- Om det finnes personer som antas å være i målgruppen som tjenestene ikke lykkes i å etablere samarbeid med. Målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser, eventuelt kombinert med rusproblemer.
- Hvilke tjenester gis til målgruppa? Varierer dette mye mellom ulike kommuner og områder?
- Får pasientene som følges opp av samhandlings-tjenestene bedre psykisk helse, reduserte rusproblemer, bedre fysisk helse og økt sosial fungering?
- Hvor tilfredse er pasienter og pårørende med



– Poenget er å følge brukerne over lengre tid, for å kunne måle om samhandlingen mellom tjenestene har hatt konsekvenser for pasientene.

KRISTIN HEIERVANG, FORSKER VED AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS (AHUS)

oppfølgingen fra samhandlingstjenestene, og varierer dette mye fra sted til sted?

- Hva er hjelpearbeidernes og samarbeidspartneres erfaringer med samhandlingen gjennom Romeriksprosjektet?

Sammenligner med ACT

– I tillegg til den innrapporteringen vi får ukentlig fra tjenestene, planlegger vi å samarbeide med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse om «Bruker spør bruker»-intervjuer, sier Heiervang.

Disse intervjuene utføres av personer som selv har brukererfaring. Etter planen skal intervjuene skje etter at en person har mottatt tjenester gjennom samhandlingsprosjektet i to år.

– Kjernen i intervjuene vil være brukernes erfaringer med de samhandlende tjenestene, egen bedringsprosess, samt viktige relasjoner, forteller Heiervang.

Hun deltar også i en nasjonal forskningsbasert evaluering av 12 av landets 14 ACT-team.

– Her brukes de samme måleinstrumentene som i evalueringen av Romeriksprosjektet, for at vi skal kunne sammenligne de to ulike måtene å jobbe mot samme målgruppe, sier Heiervang.

– Det ultimate samhandlingsforsøk

Leder for Romeriksprosjektet, Sigrun Heskestad, mener samhandlingsprosjektet er det ultimate forsøket på å få til samhandling i praksis innenfor de ordinære tjenestene.

– Mens ACT-team er dedikert til denne brukergruppa, har tjenestene som deltar i Romeriksprosjektet i tillegg mange andre brukergrupper som de jobber med utenom prosjektet. De skal dessuten klare samhandlingen innenfor sine eksisterende økonomiske og personellmessige rammer. Prosjektet blir en test på om dette er en effektiv måte å hjelpe brukerne på, mener Heskestad.

Hun understreker også at det fra før er forsket lite på de kommunale tjenestene innen psykisk helsefeltet.

– Gjennom forskningen får vi kunnskap om hva som er innholdet i det kommunale psykiske helsearbeidet. Vi kan sammenligne hva de ulike kommunene tilbyr, og om dette gir ulike resultater for brukerne. Vi ser også på i hvilken grad spesialisthelsetjenestene er inne, og om dette har sammenheng med pasienttilfredshet, sier Heskestad.

Ferdig evaluert i 2015

Den endelige evalueringen planlegges å være ferdig innen 2015, som også er siste år for Romeriksprosjektet. Prosjektets videre fremtid vil da blant annet ses i lys av denne evalueringen.

– Målet er at vi skal få med minst 100 brukere i forskningen. Etter ett år har 34 gitt samtykke til oppfølging fra samhandlingsgruppene. 14 av disse har samtykket til å være en del av evalueringen, så vi jobber med å inkludere flere, presiserer Kristin Heiervang. ●

– Ved å jobbe ambulant kan spesialistene, med sin kompetanse om for eksempel psykoser, avverge innleggelser.

GUNNAR SINGSTAD, LEDER I MENTAL HELSE AKERSHUS
OG MEDLEM I STYRINGSGRUPPA I ROMERIKSPROSJEKTET

Riktig vei å gå

– Jeg har veldig tro på Romeriksprosjektet i utgangspunktet, men jeg synes det har tatt lang tid å komme i gang med det oppsøkende arbeidet, sier leder i Mental Helse Akershus, Gunnar Singstad.

Singstad sitter i styringsgruppa i Romeriksprosjektet som brukerrepresentant. Han mener at det å lage egne grupper av fagfolk, som samarbeider om tett oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, er riktig vei å gå.

– Lite nettverk

– Mange sliter og har lite nettverk. Det er en riktig måte å behandle denne målgruppen på å gi dem tett og tverrfaglig oppfølging. De trenger aktivitet på dagen, og oppfølging både med botrening og økonomi, mener Singstad.

Han forteller at målgruppa for Romeriksprosjektet ofte ikke er medlemmer av brukerorganisasjoner som Mental Helse.

– De har ofte ikke overskudd eller mulighet til å delta på våre møter og engasjere seg, sier han.

– Kan avverge innleggelser

Erfaringene så langt i Romeriksprosjektet er etter Singstads mening at det er utfordrende å få spesialisthelsetjenesten til å prioritere å jobbe oppsøkende overfor brukerne.

– Det er gitt signaler fra ledelsen i Ahus om at også de fra DPS-et og Avdeling for rusavhengighet skal

jobbe ambulant. Det er viktig å bygge relasjon mellom bruker og spesialist. Ved å jobbe ambulant kan spesialistene, med sin kompetanse om for eksempel psykoser, avverge innleggelser, mener Singstad.

Han peker på at spesialisthelsetjenesten har et press fra helseforetaket om å øke hyppigheten på konsultasjoner, noe som er et stort hinder for ambulant virksomhet.

– DPS'et forsvarer det at de ikke så ofte drar ut med at de ikke får uttelling tidsmessig for å jobbe ute. Men det fine er at de i hvert fall bidrar faglig overfor kommunene når de møtes så ofte som de gjør i samhandlingsgruppene, mener Singstad.

– Gjenstår å se

Mental Helse ønsket i utgangspunktet et eget oppsøkende ACT-team.

– Jeg tror at hvis man skal gjøre noe for denne gruppa så må man jobbe ute der de bor, fordi de ofte har problemer med å holde avtaler og komme til et kontor. Vi ønsket i utgangspunktet et eget ACT-team som bare jobber med denne målgruppa. Det gjenstår å se om de ordinære tjenestene klarer å yte like god hjelp som et slikt team, sier han. ●

BEDRE: Gunnar Singstad i Mental Helse Akershus mener samhandlingen og kompetansedelingen mellom tjenestene er blitt bedre med Romeriksprosjektet. Han savner likevel mer oppsøkende virksomhet fra spesialisthelsetjenesten.



TATOVERING: – Jeg trengte at noen trodde på meg, og jeg trengte tvangsinnleggelse for å komme meg ut av rusmisbruket, sier Heidi Hansen. På venstre underarm har 35-åringen tatovert inn datoen for siste gang hun ruset seg.





– Føler du at noen har tro på deg og vil ditt beste, så hører man på dem og oppfører seg.

HEIDI HANSEN, BRUKERREPRESENTANT I ROMERIKSPROSJEKTET

Hjulpet av tillit og samhandling

– Da jeg fikk en god lege og en god psykolog som trodde på at jeg kunne komme meg ut av rusen og psykosene, ble alle instansene som jobbet rundt meg trukket inn i et samarbeid. Det ble min redning, sier brukerrepresentant i Romeriksprosjektet, Heidi Hansen.

På venstre underarm har 35-åringen fra Oslo tatovert inn datoen for siste gang hun ruset seg, nyttårsaften 2007.

– Kom til å dø

– Jeg drev med selvskading, hadde rusutløste psykoser og skjønnte at jeg kom til å dø om jeg fortsatte der jeg var, sier Heidi Hansen.

I dag er Heidi fast ansatt i Rusmisbrukernes interesserorganisasjon (RIO). Hun sitter som brukerrepresentant i styringsgruppa til Romeriksprosjektet, og bruker sin historie som inspirasjon på konferanser både for ansatte og brukere.

Historien hennes viser at det er mulig å oppnå bedring for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Samarbeid mellom tjenestene og

brukeren var nøkkelord i Heidis tilfelle.

– Jeg hadde mye verbal utagering, og var en type som mange kunne bli redd. Jeg hadde ingen intensjon om å skade noen. Jeg trengte hjelp, og håpet noen skulle se det, sier Heidi.

Hun følte seg både redd og misforstått når de ansatte på sosialkontoret ringte politi og vektene da hun kom. Etter hvert var hun heldig og fikk en god lege som hadde tro på henne, og en god psykolog.

– Dro inn alle instanser

– De ordnet et ansvarsgruppemøte med meg, der de dro inn alle instansene som jobbet med meg så vi skulle starte et samarbeid. Jeg måtte love å ikke være truende overfor de som var redd meg, forteller Heidi.

Det å få tillit var veldig viktig for henne.

– Føler du at noen har tro på deg og vil ditt beste, så hører man på dem og oppfører seg. Jeg ville jo ikke være dust heller, sier hun.

– Jeg mente det var helt avgjørende at jeg måtte få behandling under tvang for mine rusproblemer. Legen min støttet meg i dette ønsket, sier Heidi.

Behandlingen ga resultater, Heidi sluttet å ruse seg og lever i dag et godt liv.

– Nå har jeg fast jobb, med god lønn. Jeg har nedbetalt gjeld, samboer, to hunder, to skilpadder og bor i en liten bygd. Jeg reiser så mye jeg kan, for det er jeg veldig glad i. Jeg verken røyker eller drikker, og har en datter som er hos meg annenhver helg, forteller Heidi.

Tror på ideen

Hun har tro på ideen bak Romeriksprosjektet, men mener at prosjektet har en vei å gå for å lykkes.

– Det er en utfordring å få ulike avdelinger i helseforetaket til å samarbeide slik at pasienter får behandling både for sine rusproblemer og sine psykiske lidelser. Og å få helseforetaket og de ulike delene av hjelpeapparatet i kommunene til å samarbeide på en likeverdig måte, mener hun.

Heidi håper at utfordringene løses og at tjenestene får til å jobbe mer oppsøkende.

– Det er viktig å bygge gode relasjoner med folk som sliter, og ikke alltid har hatt gode erfaringer med hjelpeapparatet. Da må man jobbe mer ambulant, og være der folk er, mener Heidi.

Underviser i nettverksarbeid

Dette året har hun deltatt i videreutdanning i Åpen dialog, relasjons- og nettverksarbeid, som arrangeres i et samarbeid mellom Høgskolen i Gjøvik og Avdeling

DPS, Ahus. Nytt kull studenter starter til høsten. Da skal hun være med som underviser.

– Å tilby brukere nettverksmøter med Åpen dialog er en helt annen tilnærming fra hjelpeapparatet. Brukeren inviterer de som skal delta i møtet, og bestemmer dagsorden. Dette gir en helt annen opplevelse av likeverdighet og kontroll, mener Heidi.



– Det er viktig å bygge gode relasjoner med folk som sliter, og ikke alltid har hatt gode erfaringer med hjelpeapparatet. Da må man jobbe mer ambulant.

HEIDI HANSEN

Vil ha inn flere brukere

Hun er fornøyd med at styringsgruppa har to brukerrepresentanter, samt en representant fra Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse.

– Vi blir veldig godt mottatt i styringsgruppen, og jeg føler at vi har en viss innflytelse. Vi har blant annet deltatt i opprettelsen av en stilling for en medarbeider med brukererfaring i samhandlingsgruppa i Eidsvoll, forteller hun.

Heidi ønsker at det skal opprettes stilling for erfaringskonsulent i alle kommunene og DPS'ene som deltar i Romeriksprosjektet.

– Han som er ansatt i Eidsvoll forteller at han får lettere kontakt med brukerne, fordi han er mer på samme nivå som dem. Han har fått i gang flere gruppeaktiviteter sammen med brukerne, sier Heidi Hansen. ●

Åpen dialog i nettverksmøter

Åpen dialog med pårørende og andre deler av brukerens nettverk er en av flere måter å jobbe nettverksrelatert på.

Gjensidig forståelse

Åpen dialog i nettverksmøter kan beskrives som en arbeidsmetode og behandlingsform, der det er direkte og samtidig kontakt mellom hovedpersonen og hans eller hennes sosiale og offentlige nettverk. Metoden brukes som et supplement til andre former for behandling.

Arbeidsformen innebærer at bruker møter fagpersoner og hjelpere sammen med sitt sosiale nettverk, for eksempel pårørende, venner og kollegaer. Møtene skjer på brukerens arena, og i stor grad på brukerens premisser. Innholdet i nettverksmøtet er dialog og åpne samtaler mellom alle deltakerne. En søker å klargjøre brukerens problemer, styrke evnen til mestring hos bruker, samt mobilisere støtte fra nettverket. Alle parter skal bidra på en likeverdig måte i en diskusjon rundt brukerens totale livssituasjon.

Nettverksmøtet representerer en mulighet til å skape en ny og gjensidig forståelse mellom partene. Møtet skiller seg fra andre typer samarbeidsmøter ved at det ikke har noen spesifikk agenda. Målet er ikke å innhente informasjon eller fatte vedtak, men å skape dialog. Det er en grunnleggende tanke at man ved å skape rom for dialog kan endre deltakernes forståelse og opplevelse av en vanskelig situasjon. Personer

som selv har deltatt i nettverksmøter har beskrevet dette som «en arena der alle deltakerne er likeverdige samarbeidspartnere», og «en møteplass hvor en ved dialog og refleksjon sammen prøver å finne noen svar» (Vigrestad og Hellandsølen, 2012, s 19).

Romeriksprosjektet

I Romeriksprosjektet (Akershus Universitetssykehus HF) tilbys metoden «Åpen dialog i nettverksmøte» som et supplement til andre behandlingsformer, for å sikre brukeres og pårørendes medvirkning i tjenestene. Prosjektet har nylig gitt ut en egen rapport om hvordan nettverksmøter kan styrke samhandlingen mellom bruker, pårørende og fagpersoner på Romerike.

Les mer:

Heskestad, S. og Rosengren, U. (2012). Åpen dialog. Om relasjons- og nettverksarbeid på Romerike. Romeriksprosjektet, Akershus Universitetssykehus HF. Rapporten kan lastes ned fra prosjektets hjemmeside: www.ahus.no/romeriksprosjektet.

Vigrestad, T. og Hellandshølen, A.M. (2012). Åpne samtaler i nettverksmøter. En veileder. Universitetsforlaget.



ROP-RETNINGSLINJEN

Godt profesjonelt arbeid for personer med ruslidelser og samtidig psykisk lidelse (ROP-lidelser) krever godt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter, mens respekt, empati og evne til å se verdighet kanskje er det viktigste.

ROP-lidelser utvides i retningslinjen til å omfatte mindre alvorlig psykisk lidelse med samtidig rusmiddelmissbruk, i tillegg til alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Retningslinjen fremhever behovet for sammensatte tjenester og samtidig behandling.

RETT TIL BEHANDLING

Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.

Roller og ansvar

For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instans som kommer først i kontakt med personen med samtidig rus- og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelsene, og vurdere behovet for individuell plan. Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres et forpliktende samarbeid. Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende.

Anbefaling om samhandling

Behandling av ROP-pasienter innenfor helseforetakene må skje i aktivt samarbeid med kommunene både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også for institusjoner uten driftsavtale med helseforetakene.

Implementeringsplan

Planen for implementering av ROP-retningslinjene omfatter en elektronisk versjon av retningslinjene, avklaring av ansvar mellom ulike instanser og forvaltningsnivå, informasjon til pasienter og pårørende og et eget opplæringsprogram.

Les mer

Helsedirektoratet (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. sammensatte tjenester – samtidig behandling. IS-1948.

Nyttige lenker

www.snakkomrus.no
www.ropbruker.no
www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/6+Utredning ●

Samhandling mellom psykiatri og rus i Vestfold

Aksjonslæringsmetodikk, eller læring gjennom praksis er sentralt i prosjektet SPoR-Vestfold.

Målgruppa er personer over 18 år som har alvorlige psykiske lidelser, rusproblemer og/eller kognitiv svikt.

Fem kommuner, NAV og Psykiatrien i Vestfold samhandler for å gi brukerne et best mulig tilbud. Brukernes mål, ressurser og erfaring med tjenestene er hovedfokus når man går sammen om å utvikle bedre tjenester.

Brukerperspektivet er sentralt i alle ledd

Prosjektet foregår som delprosjekter i hver av de deltakende kommunene. Brukerne blir intervjuet grundig om sine erfaringer med hjelpeapparatet, både gode og dårlige. Tema for samtalen er også brukerens mål, og hvilke ressurser han eller hun har som kan lede mot målene. Det er sentralt at brukeren skal føle seg møtt og forstått. Hans eller hennes syn på samhandling i tjenestene skal tas på alvor.

Prosjektgruppa innhenter brukererfaringer ved å delta i ansvarsgrupper. Intervjuskjema brukes også ved prosjektets start og slutt.

Målet er bedre brukeropplevd nytte, kombinert med økt kostnadseffektivitet. Det er nesten alltid samsvarende mellom brukers nytteopplevelse av tjenester og kostnadseffektivitet, i følge prosjektleder Vidar Bjørn. Brukernes klager handler sjelden om at tiltakene ikke er omfattende nok. Problemet er heller at de ikke henger sammen og er for dårlig individuelt tilpasset.

Crew Resource Management (CRM-modellen)

Prosjektet har hentet inspirasjon fra Crew Resource Management (CRM-modellen). Et sentralt prinsipp

Prosjektleder Vidar Bjørn

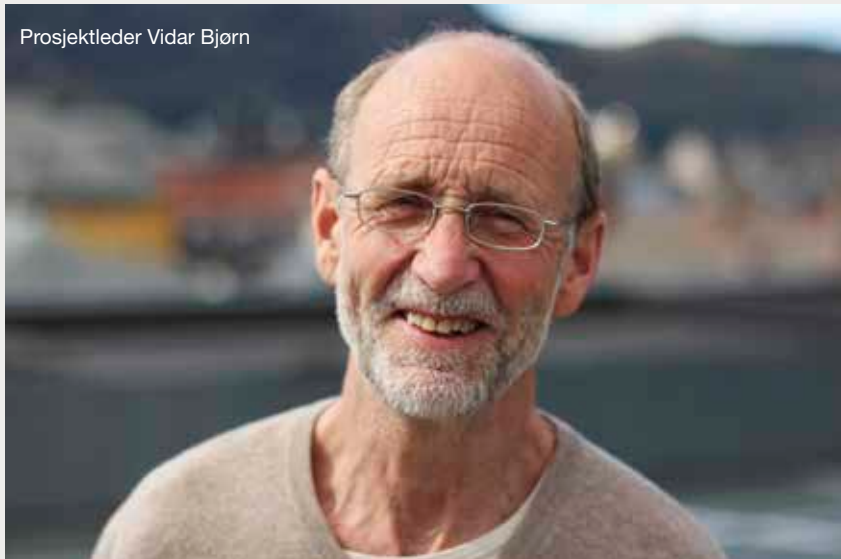


FOTO: ROALD LUND FLEINER

i modellen er at erkjennelsen av egne feil er vår viktigste kilde til læring. Modellen brukes blant annet i flybransjen og i akuttmedisin.

Utgangspunktet for utvikling av metodikken var kvalitetssvikt i grenseflatene mellom de samhandlende enheter. Kommunikasjonssvikt i form av uklare meldinger, ulikt begrepsinnhold og ulik oppfatning av felles mål er konkrete eksempler på kvalitetssvikt.

Refleksjon gir alternative innfallsvinkler

Prosjektets utgangspunkt er at de 22 brukerne i prosjektet skal tilbys mer helhetlige, sammenhengende tjenester, relatert til egne mål. Ansvarsgruppen, eller samhandlingsmøtet, når brukeren av en eller annen

grunn ikke deltar, brukes til refleksjon over tilbudet. Refleksjonen baseres på egen arbeidsform og manglende resultater. På bakgrunn av dette finner man alternative innfallsvinkler. Når en så, etter nye forsøk oppnår resultater, reflekteres det over hvorfor.

Enkeltresultater kan gi systemendringer

Hva var nytt i fremgangsmåten? Hvilke snublesteiner er fjernet? Er rammebetingelsene endret? Systematisk føring av læringslogger er sentrale verktøy i tjenesteutviklingen.

Erfaringene fra utviklingsarbeidet er i første rekke brukt for å bedre tilbudet til den enkelte bruker. Prosjektleder ser imidlertid at en med å se læringsloggene i sammenheng, i neste rekke kan bidra til endringer på systemnivå. Høgskolen i Vestfold følger prosjektet med veiledning og kvalitativ forskning.

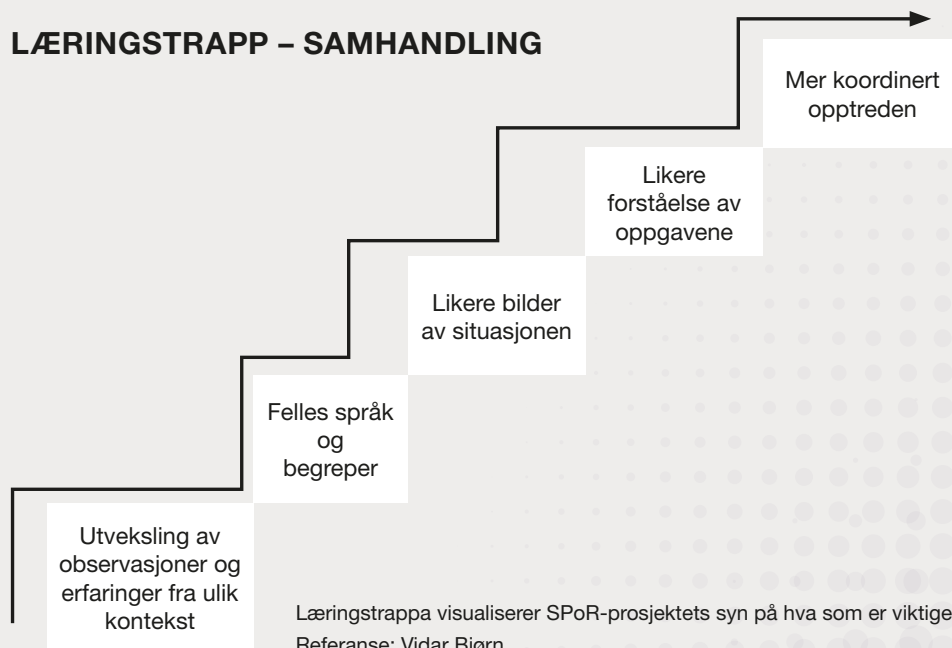
Suksessfaktorer i prosjektet

Man ser at styrking av koordinatorfunksjonen, samt satsing på kompetanse og kapasitet har vært suksessfaktorer i prosjektet. Likeså å ha små ansvarsgrupper, som består av brukeren og en person fra hvert tjenestenivå.

Andre tiltak som har vært avgjørende for å lykkes:

- Klar koordinator, både på kommunal side og i rehabiliteringspoliklinikk.
- Rehabiliteringspoliklinikken er utholdende i saken, og en opplever ikke et utskrivningspress.
- Gjensidig tilgjengelighet og fleksibilitet mellom koordinatorene gjør at det ikke er nødvendig med mange formelle møter.
- Fastlegen er sentral i arbeidet, og påregnelig.
- Samkjørt opptreden overfor bruker.
- Pedagogisk tilnærming har hjulpet brukeren til å erkjenne sammenhengen mellom bruk av rusmidler og forverret psykisk helse. ●

LÆRINGSTRAPP – SAMHANDLING



Brukermedvirkning

– viktig når man skal samhandle

Brukermedvirkning forutsetter likeverd mellom tjenesteutøver og mottaker og at en anerkjenner brukererfaring som kompetanse.

Myndighetene har i flere tiår understreket at brukermedvirkning er viktig i helsetjenestene. Noen av de mest sentrale satsningene har vært å opprette kompetansemiljø og kompetansesentra, å støtte brukerorganisasjoner og å styrke brukerperspektivet i helsefagutdanningene.

Forebygging, frivillighet, fleksibilitet og tilgjengelighet er sentrale elementer i tjenestene. Brukeres rett til å medvirke er framhevet i helse- og omsorgstjenesteloven og i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er blant annet pålegg om at det skal være brukermedvirkning når tjenester planlegges og behandling gjennomføres.

Empowerment er sentralt

Empowerment betyr myndiggjøring, og står i dag fram som en sentral politisk målsetting rettet mot personer med funksjonsnedsettelser og andre med spesielle behov for hjelp, støtte og omsorg.

Tilnærmingen fokuserer på hvordan etablert tenkning om rehabilitering og tjenestebasert omsorg kan føre til umyndiggjøring og undertrykking av brukerne. Empowerment-tenkningen påpeker at tjenestebrukerne har rett til å ha innflytelse over sine tjenestetilbud, og at brukerens livssituasjon skal være i fokus. Empowerment som begrep handler også om rett til å delta som borger – å ha visse rettigheter og plikter, og om å ha reell makt til å delta i felles beslutninger.

I brukermiljø fokuseres det på at personens egen naturlige myndighet må styrkes, heller enn at man får myndighet. Hvordan brukeren tenker om seg selv er av stor betydning.

Brukererfaring som kompetanse

Det er stor etterspørsel etter brukerkompetanse i tjenesteutvikling, behandling og forskning. Brukermiljø, primært brukerstyrte sentra, tilbyr opplæring av brukerrepresentanter og skoling av brukere som medarbeidere med spesialkompetansen brukererfaring. Høgskolesystemet gjør det samme. I forskningsrapporten «Medarbeider med Brukererfaring» konkluderer Høgskolen i Buskerud med at høgskolens opplæringsprogram for personer med brukererfaring har ført til bedre sosial fungering og avklart arbeidsevne. Opplæringsprogrammet har også bidratt til at deltakerne har blitt mer motiverte for å jobbe. Mange av brukerne ble i stand til å delta i arbeid og ble totalt sett mer aktive.

Å øke reell brukermedvirkning

«Shared decisionmaking», eller deltakelse i målsetting og beslutningsprosess er viktig for å oppnå reell brukermedvirkning. Det gir også bedre behandlingseffekt.

Tre typer tiltak, rettet mot bruker, kan styrke brukermedvirkning i behandling:

- Coaching (støtte og veiledning) for at brukerkompetansen skal bli sett og hørt
- Bruk av opplæringsmateriell
- Evalueringskalaer hvor bruker gir behandler tilbakemelding, blant annet om opplevd behandlingseffekt

I tillegg til tiltak rettet mot bruker, kan opplæring av tjenesteyter i kommunikasjonsferdigheter øke reell brukermedvirkning.

Tilbakemelding gir mer motivasjon

Den norske doktorgradsartikkelen om brukermedvirkning «Lifting the veil from user participation in clinical work» (By Rise, 2012) konkluderer med at medbestemmelse er sentralt i brukermedvirkning, og at tilbakemeldingsskalaer har effekt på behandlingsmotivasjon. Selv om det finnes lite forskning på hva som påvirker brukermedvirkning på systemnivå, er det indikasjoner på at konkrete, klart definerte tiltak kan gi økt brukermedvirkning.

Spør om behandlingen virker

Systematisk bruk av tilbakemeldingsskalaer øker brukermedvirkning på individnivå. Brukerrepresentasjon i sentrale fora i tjenestene, og brukerundersøkelser er tiltak på systemnivå som kan bidra til økt brukermedvirkning.

Klient- og resultatstyrt praksis, KOR, utviklet av Scott Miller og Barry Duncan (2000) er et eksempel på bruk av evalueringsskalaer i behandling. I KOR integrerer behandlere pasientens vurdering av terapeutisk prosess og utbytte – systematisk og kontinuerlig i behandlingen. Målet er at klienten skal ha en aktiv medvirkning i egen terapi. Han skal ha tro på sin forståelse av situasjonen og sine ressurser. Samtidig får klinikere evaluert effekten av sitt tilbud. Bruk av KOR som systematisk tilbakemelding i terapiprosessen forutsetter ikke at behandler har en spesiell profesjon eller jobber etter en spesiell teoretisk forståelse eller metode.

Bruker-spør-bruker

Bruker-spør-bruker er en metode for økt brukermedvirkning. Den ble utviklet i prosjektet «Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring», se www.brukererfaring.no.

Metoden er dialogbasert i formidlingsformen. Fagpersoner og brukere er i en direkte dialog om tjenestenes innhold og fungering. Metoden Bruker-spør-bruker egner seg spesielt godt til utvikling av tjenester hvor målet er forståelse og kvalitetsutvikling.

Metodikken har en prosessorientert tilnærming over flere trinn. Fokusgrupper og dialogseminar er sentrale virkemidler.

KLIENT – OG RESULTATSTYRT PRAKSIS (KOR)

Metoden: Etter hver behandlingstime markerer brukeren på en rett linje, en VAS-skala, sin vurdering av alliansen han har med sin behandler. Markering lengst til venstre på linjen indikerer opplevelse av dårlig allianse, til høyre god allianse. En VAS-skala for opplevd endring etter forrige avtale fylles ut av brukeren i starten av hver time.

EFFEKT AV KOR:

- KOR bidrar til at behandlere jobber i samsvar med pasientens/ brukers forståelse.
- KOR påvirker behandleres faglige forståelse og valg av behandlingsformer.
- På systemnivå kan det se ut til at KOR bidrar til å gi mer varierte og fleksible tiltak, ambulante tiltak og korttidstilbud.
- Enkeltrapporteringer i Norge viser at metoden øker effektivitet og behandlingseffekt, kanskje særlig i forhold til klienter en tidligere har hatt vanskelig for å nå med behandlingstilbud.
- Internasjonal forskning viser at denne form for kontinuerlig feedback i terapi gir effektiv behandling, særlig i saker der det er vanskelig å oppnå bedring.

Sentralt nettsted:

www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/

Les mer:

Askheim OP. (2003). Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Biong S., Fugletveit R., Lofthus A. (2012). Utdanningen Medarbeider med brukererfaring i Nedre Buskerud. Forskningsrapport NR. 4/2012. Høgskolen i Buskerud.

By Rise M. (2012). Lifting the veil from user participation in clinical work- What is it and does it work? Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.

Å lære av andres prosjekter

Når kompetanse skal utveksles er det helt konkrete ting som kan gjøres for at man skal lykkes.

Utteksling av ideer, praksis og kunnskap på tvers av tjenestenivå er sentralt i samhandlingsprosjektene. En bærende ide er at det er mulig å lære av hvordan andre løser samhandlingsutfordringene, både innen hvert prosjekt og mellom prosjektene. Utfordringen blir da å identifisere relevant kunnskap, aktuelle praksiser og ideer og omforme disse til egen organisasjon.

At dette skal bli en vellykket prosess er ikke gitt. I boken «Trender og translasjoner» bidrar Røvik til økt forståelse av de utfordringer en står overfor når ideer og praksis skal ut av noen organisasjoner og inn i andre. Bokens utgangspunkt er at organisasjoner er forskjellige, og at det derfor sjelden er mulig å overføre en praksis mekanisk fra en organisasjon til en annen. Denne kunnskapen støtter ideen om at det er bedre å utvikle lokalt tilpassede samhandlingsmodeller enn å kopiere standardiserte sådanne.

Tre utfordringer

Hvis de følgende temaene tas på alvor, er det stor sjanse for at man kommer til å lykkes i sin læringsprosess.

- Beskrivelsen av praksisen man skal lære av skal være nyttig. Den kan ikke være for lokal, men heller ikke for allmenn. En beskrivelse uten detaljer blir som regel uinteressant. Den opprinnelige praksis må gjøres forståelig og anvendelig for andre, den må med andre ord tas ut av en kontekst – *dekontekstualiseres*.
- Man må identifisere hva som kjennetegner organisasjonen som skal ta til seg den nye praksisen.

Nye ideer møter en eksisterende tenkning. Man må derfor forholde seg til denne. Ideer og praksis må tilpasses en annen organisasjon, de kan sjelden tas inn direkte. De må settes inn i en ny kontekst – *kontekstualiseres*.

- Noen må formidle praksisen det skal læres av, og ta den inn i den nye organisasjonen. Hvilken kompetanse kreves av de som skal stå for læringen, både de som skal lære bort og de som skal ta lærdommen inn i egen organisasjon? Dette krever oversetterkompetanse – *translatørkompetanse*.

Dekontekstualisering

Begrepet betyr å ta ideer og praksis ut av én sammenheng. En praksis lar seg sjelden overføre direkte; det vil innebære å flytte personer, kompetanse og annet fysisk. Det er derfor viktig å få formidlet ideene bak praksisen, om en skal lykkes med å overføre kunnskap fra en organisasjon til en annen. Røvik beskriver løsrivelse og pakking som de to sentrale fasene når dette skal gjøres. Løsrivelse er å gi praksis begreper og språk som gjør den relevant for andre. Pakking innebærer at en praksis tas ut fra en bestemt kontekst og allmenngjøres slik at den blir relevant for andre sammenhenger.

Kontekstualisering

Begrepet betyr å bringe ideer og praksis inn i en sammenheng. Organisasjonen som skal lære tar inn noe nytt og annerledes, hvor det nye må tilpasses eksisterende ideer og praksiser. Dette kan skje på

flere måter; for eksempel ved å kopiere, legge til eller trekke fra. Eller det kan skje ved at man omvandler det hele til noe helt nytt.

Samhandlingsprosesser er komplekse og derfor vanskelige å kopiere. De ideer og praksiser som er beskrevet i dette heftet vil derfor i mange tilfelle bli brukt som inspirasjon for lokal utvikling gjennom modifisering eller omvandling. I de færreste tilfeller vil de bli kopiert direkte.

Røvik mener man har størst sjanse for å lykkes med å overføre kunnskap fra en praksis til en annen om en formidler kunnskapen og erfaringene der praksis gjennomføres, med innslag av trening, involvering og problemløsning i formidlingen.

Translatørkompetanse

Begrepet betyr oversetterkompetanse. Det stilles store krav til den som skal overføre praksis mellom organisasjoner. Røvik beskriver det som fire dyder:

1. Den kunnskapsrike og flerkontekstuelle translatøren, som både forstår produktet, hvor det kommer fra og hvor det skal. I tillegg har vedkommende inngående kjennskap til oversettelsesprosessene; hvordan det er best å gå fram.
2. Den modige og kreative translatøren som er villig til å utfordre eksisterende praksis, og som evner å beskrive praksis og tilpasse den til en ny organisasjon. I dette ligger også evne til å vurdere hvor mye av praksis som skal overføres til ny organisasjon, og på hvilken måte.

3. Den tålmodige translatøren, som forstår at det som regel tar lang tid for en organisasjon å integrere nye ideer og praksiser. Viktige tiltak er å holde høy oppmerksomhet om den nye ideen, og at samtalene om ideen er formålsrettet; sier noe om hvordan den kan konkretiseres «her hos oss.»

4. Den sterke translatøren som forstår at organisasjonsideer er reformideer, og derfor ofte vil bli møtt med motstand og konflikt. Hun må derfor evne å lese og sette seg inn i konflikt- og interessedimensjonene og håndtere motstanden konstruktivt.

Røvik hevder at denne kompetansen er en kritisk suksessfaktor for å lykkes med ideoverføring, at betydningen av den i stor grad er oversett og at tunge organisasjonstrender i nyere tid gjør dette til en knapp og kritisk ressurs.

Samtidig finnes det innen samhandlingsprosjektene som presenteres i dette heftet mange ildsjeler som har mange av translatørkjennetegnene. Med ildsjeler menes de som har fått til ting på tvers av nivå, uten for mye ekstra penger, men som med engasjement, fagkunnskap, relasjonskompetanse, endringsfokus og organisasjonskjennskap og -forståelse over år har utviklet gode tjenester.

Les mer:

Røvik, Kjell Arne (2007). «Trender og translasjoner», særlig kapittel 11–14. Oslo: Universitetsforlaget. ●

«SAMSA»

– Kompetanseutveksling mellom sykehjem og alderspsykiatriske avdelinger

Utvikling av samhandlingsmodeller for å utveksle kompetanse mellom sykehjem og alderspsykiatriske avdelinger. Et multisenter samhandlingsprosjekt.

Man undersøker hvordan kompetanseheving og fokus på miljøterapi i sykehjem påvirker de ansattes trivsel og kompetanse, samt pasientenes psykiske helsetilstand. Modellen prøves ut ved sykehjem og alderspsykiatriske avdelinger tilknyttet Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmets Sykehus og Haukeland universitetssykehus.

MÅL:

- Å skape økt samhandling mellom sykehjem og alderspsykiatriske avdelinger, samt felles forståelse og kunnskap om fag og praksis
- Å styrke miljøterapi på sykehjemmene gjennom refleksjon og veiledning
- Fokus på oppmerksomt nærvær, da dette kan styrke den faglige refleksjonen og kvaliteten i pleien
- Refleksjon og bruk av kartleggingsskjemaer integreres i sykehjemmenes og de alderspsykiatriske avdelingenes daglige drift

BAKGRUNN:

Samhandlingsprosjektet har sprunget ut fra «Gaustadmodellen». Denne ble utviklet gjennom to forprosjekter som gikk ut fra alderspsykiatrisk poliklinikk ved Gaustad i perioden 2006 til 2011. Sentralt: Opplæring i utredningsverktøy og registreringsskjema, undervisning i alderspsykiatriske tema, miljøterapi og veiledningsgrupper. I de tidligere prosjektene var kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjeneste til sykehjem basalt, mens det siste har fokus på kompetanseutveksling. Man har startet refleksjonsgrupper, med og uten veileder. Utgangspunktet er aktuelle tema og beboere.

Prosjektperiode: 01.01.11 – 30.06.14.

PROSJEKTLEDER FOR SAMSA:

Til daglig jobber Kari Margrethe Kepple ved alders-psykiatrisk poliklinikk på Gaustad, Akershus universitetssykehus.



Ser beboerne i nytt lys

Den eldre kvinnen uroer de andre på sykehjemmet med evinnelige gåturer i korridorene og uavbrutt prat. Mange tror hun er dement.

TEKST OG FOTO: ANNE KRISTIANSEN RØNNING

Demens er jo noe som rammer de fleste her, tenker kanskje de ansatte, og haster videre til neste plikt. Men stopp nå litt, hva med å bruke NPI, KDV, Cornell, BARS og PADL først? Kvinnen har jo rett til å bli vurdert skikkelig, selv om hun er over åtti.

Ved Skytta bo- og servicesenter i Nittedal kommune har de ansatte begynt å betrakte de eldre på en annen måte enn før. Våren har nettopp kommet, SAMSA-prosjektet er i ferd med å avsluttes, og man har fått en del nye tanker. På vaktrommet møter vi

avdelingsleder Trude Hjelset og sykepleier Jorunn Selnes fra bo- og servicesenteret, sammen med prosjektleder for SAMSA, Kari Margrethe Kepple. Kepple jobber til daglig ved alderspsykiatrisk poliklinikk på Gaustad, Akershus universitetssykehus.

Kan være psykiatri

Hjelset forteller at de måtte tenke litt, da de ble spurt om å delta i prosjektet.

– Kunne dette komme beboerne så mye til gode at

DIALOG: Engasjerte sykehjem-ansatte er gull verdt, mener Kepple. Her er hun i samtale med Trude Hjelset, avdelingsleder ved Skytta bo- og servicesenter.



det var verdt å bruke tid og ressurser på? Siden vi ikke trengte å sende noen ut av huset for å delta, svarte vi ja. Det betydde også mye for oss at vi fikk være med på å velge tidspunkt, forteller hun. Av om lag 40 årsverk ved sykehjemmet, deltok åtte på hele opplegget. Det de lærte, har de delt med kolleger.

– SAMSA har endret måten vi jobber på her, sier Hjelset.

Selnes synes det aller beste med å delta i prosjektet har vært refleksjonsgruppene.

– Vi har diskutert atferden til beboere som vi synes det har vært vanskelig å forstå. Det har gitt oss mange aha-opplevelser. Prosjektet har lært oss å forstå forskjellige typer atferd bedre, og vi har fått konkrete tips om hvordan vi kan møte beboerne, sier sykepleieren, som også har satt stor pris på undervisningen.

– Jeg kunne ikke så mye om psykose og personlighetsforstyrrelser fra før. Det er så lett å tro at alt er demens. Men kanskje er det ikke det, eller kanskje grenser det mot andre tilstander. Kanskje beboeren ikke skulle vært her i det hele tatt? Kanskje er det psykiatri?

– Det er så lett å tro at alt er demens. Men kanskje er det ikke det, eller kanskje grenser det mot andre tilstander... Kanskje er det psykiatri?

Refleksjon og miljøterapi

Selnes synes det er tankevekkende at ansatte på sykehjemmet kan ha helt forskjellige opplevelser og oppfatninger i forhold til samme beboer.

– Dersom kollegaen din når inn til en beboer på en helt annen måte enn du gjør, hva er egentlig greia? Når vi reflekterer sammen, lærer vi mye av hverandre. Måten du opptrer på kan ha stor betydning for en brukers hverdag, sier hun.

Kepple er opptatt av at helsepersonell skal se hele mennesket, ikke bare en diagnose.



ENGASJERTE: Avdelingsleder Trude Hjelset og sykepleier Jorunn Selnes forteller at deltakelsen i SAMSA-prosjektet har endret måten man jobber på ved Skytta bo- og servicesenter.

– Når man har kunnskap om personlighetsforstyrrelser, er det lettere å forstå beboerne og å være profesjonell. Det har med holdninger og bevissthet å gjøre. Man har lett for å ta det personlig når en beboer blir sint og frustrert. Men kanskje har det ikke med personalet å gjøre, men derimot med måten han takler sykdommen sin eller livet på. Forstår man at det ikke er av vond vilje beboeren oppfører seg som han gjør, men fordi han har det vanskelig, har man kommet langt som fagperson, slår hun fast.

Miljøterapi står sentralt i prosjektet, og Kepple fremhever at små tiltak kan gjøre store ting.

– Uro smitter. Blir én roligere, preger det de andre. I det øyeblikket beboeren føler seg sett, minsker uroen. Helsepersonell er i alt for liten grad oppmerksomme på hva deres tilstedeværelse kan bety. En ansatt kan skape et lite mirakel, bare ved å sette seg ned ved frokostbordet. Man har så lett for å tenke at man må gjøre så mye, løpe rundt og løse alle oppgavene, mens det ofte skaper mer uro. Det er utrolig viktig å oppdage dette, konstaterer hun.

SENTRALT I MILJØTERAPI VED ALDERSPSYKIATRISKE LIDELSER:

- At vi er til stede i oss selv og i møte med den andre
- At vi er bevisst beboerens behov og utfordringer og legger til rette for positive erfaringer som anerkjenner beboeren og styrker en positiv selvoppfatning
- Et trygt miljø som stimulerer til engasjement og kreativitet for både beboer og personalet
- Et miljø hvor egenskaper som selvrefleksjon og selvavgrensning anvendes og styrkes i de ulike relasjonene på avdelingen

KILDE: Kari Margrethe Kepple.

Tar i bruk nye verktøy

De ansatte på sykehjemmet har lært å bruke skjemaer som tydeliggjør beboernes diagnoser og behandlingsbehov via prosjektet.

– Våre ansatte har blitt trygge på skjemaene nå, og vi kommer til å fortsette å bruke dem, også etter at prosjektperioden er omme, sier Hjelset. Hun poengterer at det slett ikke er så tidkrevende som man tror.

– Vi trodde det var mye jobb i starten, men sånn har det ikke blitt. Tilsynslegen vår lager ferdige mapper med skjema for oss, klare til å tas i bruk. Da blir det ikke en bøyg å gå i gang, sier hun.

Selnes og Hjelset har mye godt å si om erfaringene med prosjektet. De forteller at de tenker mer sammen, lytter til hverandres erfaringer og er mer ydmyke.

– Samholdet er bedre, og vi har blitt mer idérike. Når man reflekterer sammen, myldrer idéene frem, sier Hjelset. Selnes slår fast at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har gitt dem større oversikt over hva eldre kan slite med og hvordan man kan forholde seg til det:

– Vi har blitt bedre på å oppdage personlighetsforstyrrelser og psykose og flinkere til å bruke kartleggingsverktøyet Cornell på demenspasientene. Og det



I FARTA: Bilen er god å ha når Kari Margrethe Kepple, prosjektleder for SAMSA, jobber i forhold til sykehjemmene.

foreskrives ikke lenger medisin for alt. Er det en som for eksempel er urolig og går og går, tenker vi miljøtiltak. Det kan være en-til-en-kontakt, avledning, validering. Vi prøver å møte personen der han er. Bekreftelse skaper gjerne ro, sier hun. Hjelset supplerer:

– Det er mange småleger og konger på haugen på et sykehjem, mye synsing. Da er det veldig greit å ha verktøy på plass som kan vise helt konkrete resultater, som for eksempel Cornell.

REGISTRERINGSSKJEMA:

- NPI (Nevropsykiatrisk evalueringsskema)
- KDV (klinisk demensvurdering, Huges et al. 1982)
- Cornell – skala for depresjon ved demens (Alexopoulos et al 1988)
- BARS uroskala (The Brief Agitation Rating Scale, Finkel et al 1993)
- PADL – Fysisk selvpoppfølgesskala (Lawton & Budy)
- Skjema for rettighetsbegrensninger og bruk av tvang
- Journal- og kardex-diagnose (ICD – 10)
- Medikamentbruk (spesielt antidepressiva, nevroleptika, sovepiller)
- Registrering av endring i atferd, medisinbruk, bruk av tvang, diagnostiske endringer, ADL-funksjoner



BOR PÅ SYKEHJEMMET: Mildrid Julie Bekkadal er en av beboerne som nyter godt av de ansattes nye kompetanse.

Skal bli del av hverdagen

Prosjektansvarlig Mina Bergem forteller at man ønsker å fortsette samarbeidet etter prosjektperiodens slutt. Planen er at sykehjemmene kan ta kontakt med spesialisthelsetjenesten og få undervisning eller refleksjon i grupper når de har behov for det.

– Etter de 12 ukene med undervisning og refleksjon får hvert sykehjem tre veiledningstimer i løpet av et halvår. Vi ønsker å stimulere dem til å fortsette med refleksjonsgruppene på egen hånd og håper det vil fortsette som en permanent ordning, sier Bergem. Hun lover at spesialisthelsetjenesten skal være der for sykehjemmene når de har behov for det, og utdyper:

– Vi jobber mot at sykehjemmene skal bli mer selvstendige og ta et økende ansvar for egen fagutvikling. Tanken er at de kan lage sitt eget opplegg for hva de ønsker å ha fokus på. Så skal vi stille med veiledere og undervisning.

På sykehjemmet tenker man de samme tankene. De ønsker å dra erfaringene fra SAMSA-prosjektet videre, blant annet gjennom å fortsette med refleksjon. Hjelset medgir at det kan være utfordrende å bruke ressurser på det midt i en travel hverdag. Samtidig tror hun ikke det nødvendigvis trenger å stjele mye tid.

– Refleksjon med kolleger kan gjøres i vanlige situasjoner i løpet av arbeidsdagen. Man trenger heller ikke å bruke mye mer tid på hver enkelt beboer. Det viktige er å være bevisst på hvordan man forholder seg til vedkommende, sier hun.

Kepple synes det er godt å høre at de ansatte ved bo- og servicesenteret på Skytta har satt pris på å delta i SAMSA.

– Vi håper det bærer frukter videre, og at vi kan fortsette det gode samarbeidet, sier hun. ●

MER BEVISSTE: De ansatte ved Skytta bo- og service-senter ser etter symptomer hos de eldre på en annen måte nå enn før.





– Helsepersonell er i alt for liten grad oppmerksomme på hva deres tilstedeværelse kan bety. En ansatt kan skape et lite mirakel, bare ved å sette seg ned ved frokostbordet.

Stadig tettere samhandling

Prosjektet SAMSA er et resultat av en tretrinns modellutvikling som har gått over flere år.

Det startet med at overlege Kari Os Eskeland ved alderspsykiatrisk poliklinikk på Gaustad følte de ansatte drev med brannslukking, sier prosjektleder Kari Margrethe Kepple.

– Personalet dro ut når det var krise, men sykehjemmene trengte også veiledning over tid. Kari skisserte en modell for hvordan poliklinikken kunne bidra til kompetanseheving ved sykehjem, og fikk midler fra Helse Sør Øst RHF til å utforme et forskningsprosjekt, forteller Kepple.

Seniorforsker og senere avdelingsoverlege Mina Bergem ble ansatt som prosjektansvarlig for å utforme og gjennomføre et forskningsprosjekt for kompetanseheving ved sykehjem i Aker sektor, den såkalte Gaustadmodellen. Resultatene viste at bruk av denne ga økt kompetanse hos personalet, noe som igjen bidro til bedre livskvalitet for pasientene. Bevilgninger fra Helsedirektoratet førte til at forskningsprosjektet

kunne videreutvikles til samhandlingsmodellen SAMSA. Det pågående multisenter samhandlingsprosjektet er trinn to i dette arbeidet.

Kjennskap gir gode løsninger

– I spesialisthelsetjenesten ser vi mer og mer hvor viktig det er å utveksle erfaringer med de ansatte på sykehjemmene. De kjenner i mange tilfeller beboerne og de pårørende bedre enn vi i spesialisthelsetjenesten gjør. De treffer dem mer, og har dermed større mulighet til å se deres ressurser. Det er et poeng når man skal gi god oppfølging, sier Kepple. Hun mener det er viktig at spesialisthelsetjenesten kjenner til hvordan sykehjemmene jobber, og hvilke rammer de har.

– Når pasienten blir overført tilbake etter et behandlingsopphold på alderspsykiatrisk avdeling, kommer vi med forslag til oppfølgende behandling og pleie. Så viser det seg at sykehjemmet ikke alltid

har kompetanse, ressurser og personell til å følge opp de miljøterapeutiske forslagene. Samhandlingsprosjektet handler blant annet om at vi får verdifull innsikt gjennom å besøke sykehjem, og vi har blitt mye mer oppmerksom på deres drift og hverdag, sier Kepple og fortsetter:

– Når vi ser hva de står i, kan vi bedre hjelpe dem med å finne løsninger som passer deres situasjon. Men noe av det beste med prosjektet er at vi har blitt kjent med mange av de ansatte på sykehjemmene, og at fagpersoner fra ulike steder i systemet har møtt hverandre og blitt kjent.

Manual kommer

Tanken nå er å lage en manual som kan hjelpe alderspsykiatriske avdelinger andre steder i landet til å få i gang lignende samarbeid med sine sykehjem.

– Utfordringen er imidlertid at veiledning og undervisning ikke refunderes fra folketrygden. Det er et problem. Vi er kjent med at bevilgende myndigheter jobber med denne problemstillingen, slik at avdelingen ikke taper penger på å samhandle, sier Kepple.

Råd til andre som ønsker å etablere en lignende modell:

- Samarbeidet med kommunehelsetjenesten bør være forankret på ledernivå, både i kommunen og på sykehjemmet.
- Det er viktig å ha kontaktpersoner på sykehjemmene som brenner for kompetanseutveksling.
- Det beste er å forholde seg til hele sykehjemmet, ikke bare til en eller noen avdelinger. På denne måten får flere av personalet anledning til å være med, og læringseffekten blir større.
- Det er viktig med tverrfaglig deltakelse, både fra spesialisthelsetjenesten og sykehjemmene.

Kilde: Kari Margrethe Kepple. ●

PRAKTISK DEL

Prosjektet gjennomføres som samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og personalet på sykehjem og varer totalt i 12 uker, med påfølgende veiledning og registrering. Undervisning og veiledning/ refleksjon innenfor temaet alderspsykiatri er sentralt.

Følgende opplegg gjennomføres fire ganger, med ett tema i hver runde:

Uke 1: Poliklinikkens personale, en psykiatrisk sykepleier og en lege/ psykolog underviser i et alderspsykiatrisk tema i 90 minutter.

Uke 2: Sykehjemmets personale har egen refleksjonsgruppe med samme tema – for å knytte kunnskapen til egne pasienter. Hver post har sin egen refleksjonsgruppe.

Uke 3: En veileder fra spesialisthelsetjenesten deltar i sykehjemmets refleksjonsgruppe rundt aktuelle pasienter.

EVALUERING OG REGISTRERING

- Sykehjemmet fungerer som sin egen kontrollgruppe ved å registrere personalet og pasientene 12 uker før intervensjonen starter. I denne perioden skal sykehjempersonalet læres opp i bruk av utredningsverktøy.
- Kartleggingen av personalet og pasientene skal utføres av sykehjemmets prosjektleder og medarbeidere i samarbeid med øvrig personale som kjenner pasientene.
- Registrering av personalet foregår ved hjelp av spørreskjema. Deltakerne vurderer sin opplevelse av kunnskapsnivå, trivsel og arbeidsmiljø.

FORELØPIGE RESULTATER FRA PROSJEKTET (01.06.12):

- Bruk av modellen gir statistisk signifikant økning av personalets trivsel og kunnskap om alderspsykiatriske temaer, noe som medfører signifikant nedgang i uro og utagerende adferd hos pasientene.
- Det blir observert økt positiv effekt av helhetlig behandling og omsorg for pasientene når miljøpersonalet og sykehjemslengene har et tettere samarbeid.
- Bruk av veilednings- og refleksjonsgrupper styrker personalet i felles holdning til pasientene og bruk av miljøterapi, noe som ga større ro i avdelingen.

KILDE: Mina Bergem

Eldre og psykiske lidelser

Psykiske lidelser blant eldre er vanlig, og forekomsten vil øke i fremtiden

Internasjonal forskning dokumenterer høy forekomst av psykiske lidelser blant eldre. De vanligste er depresjoner og demens. En norsk studie viser en forekomst av depresjoner på totalt 17 prosent blant eldre over 65 år. Seks prosent har alvorlige depresjoner. Forekomsten er enda høyere blant sykehjemspasienter.

Eldres psykiske helse får nå økt oppmerksomhet fra helsemyndighetene. Det legges spesiell vekt på:

- Å forebygge passivisering, isolasjon, rusproblemer, angst og depresjon
- Å styrke tjenestetilbudet til eldre med psykiske lidelser og/eller rusproblemer
- Å styrke tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende

Samarbeid og veiledning

Det er behov for økt kunnskap for å kunne identifisere og behandle psykiske helseplager og lidelser hos denne gruppen. Fordi pasienten kan ha sammensatt problematikk, vil det være behov for utstrakt samarbeid rundt den enkelte. Det vil ofte være behov for å trekke inn både pårørende, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Dokumentet «Glemsk, men ikke glemt» (IS-1486)

presiser behovet for et nært samarbeid mellom kommunale omsorgstilbud og den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten. Et forslag er å styrke de geriatriske og alderspsykiatriske spesialisthelsetjenestene og veiledningen til kommunene.

Ambulant virksomhet

Fagfeltet alderspsykiatri, et spesialisert fagområde innen psykiatrien, har til oppgave å diagnostisere og utrede eldre med psykiske lidelser. Alderspsykiatrien har som et faglig anerkjent prinsipp at eldre med psykiske lidelser har best nytte av å bli behandlet i sitt nærmiljø. De alderspsykiatriske enhetene i Norge driver i dag utstrakt ambulant virksomhet, hvor veiledning og undervisning overfor kommunehelsetjenesten er en sentral oppgave.

Forutsetninger for gode lokale helsetjenester for eldre med psykiske lidelser:

- At kommunen innlemmer eldre med psykiske lidelser i sitt psykiske helsearbeid
- At lokallagene av Mental Helse Norge og Landsforeningen av pårørende i psykiatrien setter alderspsykiatri på dagsordenen

- At helsepersonell som til daglig arbeider tett opp til den eldre blir bedre i stand til å observere og rapportere tegn på psykisk lidelse til fastlege og samarbeidspartnere i sykehus
- At fastleger, kommunale demensteam og kommunale psykiske helseteam samarbeider om utredning og oppfølging
- At samarbeidsrutinene mellom alderspsykiatri og geriatri på sykehusene er gode
- At alderspsykiatrien og geriatrien på sykehusene samordner og styrker sin utadrettede (ambulerende) virksomhet overfor kommunene
- At det etableres felles faglige fora og nettverk mellom kommuner og helseforetak
- At man etablerer interkommunale tiltak, for eksempel for spesielt utfordrende pasienter

Referanse: Kenneth Ledang, seksjonsleder ved Alderspsykiatrisk seksjon, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos, 2012. Kronikk, www.psykiskhelsearbeid.no

Aktuell veileder

Som ledd i helsemyndighetenes økte satsning på eldres psykiske helse er «Veileder for tjenester til eldre i det psykiske helsevernet» under utarbeidelse. Veilederen vil inneholde helsepolitiske mål og føringer, samt faglige råd basert på kunnskap og erfaringer fra praksisfeltet.

Les mer:

Barca, M.L., Engedal, K., Laks, J., & Selbæk, G. (2010). A 12 months follow-up study of depression among nursing home patients in Norway. *Journal of Affective Disorders*, 120, 141–148.

Helsedirektoratet (2012). IS-1/2012. Rundskriv. Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2012.

Helsedirektoratet (2007). Glemsk – men ikke glemt. IS-1486.

Langballe, E.M., & Evensen, M. (2011). Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for psykisk helse.

Rosenvinge, S.H. & Rosenvinge, J.H. (2003). Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990–2001. *Tidsskr Nor Legeforen*. 123: 928-9. ●



©2012 **NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid**

Telefon: 73 59 00 60 • E-post: kontakt@napha.no

Nettsider: www.napha.no og www.psykiskhelsearbeid.no

Hftet kan bestilles på e-post: kontakt@napha.no, eller lastes ned på www.psykiskhelsearbeid.no.