



Forskningsrapport

Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser

Forskere bak prosjektet:

Gunhild Tøndel og Solveig Osborg Ose

Rapport

Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser

EMNEORD:

Psykisk helse

Samhandling

Samarbeid

Kommunale tjenester

Spesialisthelsetjenester

Fastleger

VERSJON

2

DATO

2014-10-01

FORFATTERE

Gunhild Tøndel

Solveig Osborg Ose

OPPDRAGSGIVER

Helsedirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REF.

Thor Hallgeir Johansen

PROSJEKTNR

102005420

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

124

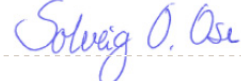
Sammendrag

Vi har studert hvordan fastlege-kommune-spesialisthelsetjenester samarbeider om mennesker med psykiske lidelser i ulike geografiske områder. Vi finner at problemstillinger knyttet til samarbeidet stort sett er de samme alle steder, men at svarene på disse problemstillingene er ulike fordi områdene er ulike. Dette skaper stor variasjon og mangfold i hvordan samarbeidet etableres og driftes. Samarbeidsmodeller om mennesker med psykiske lidelser må utvikles lokalt, i tråd med samarbeidspartenes kompetanse, erfaring, personlige egenskaper og det eksisterende tjenestetilbudet. Likeverd mellom samarbeidsparter, løpende dialog, fleksibilitet, et inkludert brukerperspektiv og gode rammer for fastlegens deltakelse – ser ut til å være de viktigste stikkordene for godt samarbeid.

Mye kan løses med bedre samhandling mellom kommune-fastlege-spesialist, men det er grenser for hva som kan oppnås. Mangel på årsverk og tilgjengelige boligressurser i kommunene gir begrensninger i tjenesteutviklingen og i driften. Bedre samhandling vil ikke dekke disse behovene.

PROSJEKTLEDER

Solveig Osborg Ose, seniorforsker

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Marian Ådnanes, forskningsleder

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR**RAPPORTNR**

SINTEF A26357

ISBN

978-82-14-05701-0

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

Prosjektet ble til ved at Helsedirektoratet identifiserte behov for mer kvalitativ kunnskap om samarbeidet mellom kommunalt psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten.

SINTEF har gått gjennom litteraturen, brukt eksisterende datagrunnlag og gjennomført intervjuer i praksisfeltet og slik besvart forskningsspørsmålene som ble formulert på bakgrunn av kunnskapsbehovet.

Vi takker alle informantene som har deltatt i prosjektet, både fra kommunene og fra spesialisthelsetjenesten.

Takk til seniorrådgiver Thor Hallgeir Johansen for godt samarbeid og til seniorrådgiver Kari Aanjesen Dahle som initierte prosjektet i første runde.

Trondheim 1. oktober 2014



Solveig Øsberg Ose

dr.polit samfunnsøkonom/seniorforsker

Sammendrag

Bakgrunn

Målet med prosjektet har vært å fremskaffe mer kunnskap om samarbeidet mellom kommunalt psykisk helsearbeid, fastlegen og psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten).

Mennesker med psykiske lidelser har ofte behov for langvarig hjelp fra ulike nivå i helsetjenesten. Komplekse sykdomshistorier og varierende funksjonsnivå krever godt rustede tjenester, som samarbeider om å gi det beste tilbudet til enhver tid.

Det finnes ikke tydelige definisjoner på hva samhandling og samarbeid er. Vi velger å definere samhandling til å være det systemrettede, overordnede og langsiktige samarbeidet mellom ulike profesjoner og nivå i helsetjenesten. Det konkrete arbeidet rundt enkeltpasienter utført av ulike fagfolk i løpet av en definert periode, kaller vi samarbeid rundt enkeltpasienter/brukere.

Datagrunnlaget for rapporten er følgende datakilder:

- Kartlegging blant fagpersoner i kommunalt psykisk helsearbeid (95 prosent av kommunene har deltatt). Kvantitative og kvalitative variabler (eksisterende datakilde)
- Intervju med praksisfeltet (31 fagpersoner er intervjuet)

Tidligere forskning

Omfanget av systematisert kunnskap om hvordan samarbeidet rundt mennesker med psykiske lidelser fungerer i dag er begrenset. Flere norske kvalitative studier av samarbeid i utvalgte tjenester eller samarbeidssituasjoner fokuserer på barrierer for godt samarbeid/god samhandling. Faktorer som den gjennomgåtte forskningen rapporterer om som viktige for godt samarbeid i de psykiske helsetjenestene er blant annet bruk av avtaleverk for å formalisere samarbeidet og forankre samarbeidet på ledernivå, tid til å utvikle samarbeidsprosesser, gode relasjoner og dialog mellom samarbeidspartnerne, god samarbeidskultur, respekt for hverandres kompetanse, felles møtearenaer, kjennskap til hverandres roller og funksjoner, avklaringer av forventinger til hverandres arbeid og ansvar, felles kompetanseutvikling, god veiledning, vilje og evne til samarbeid og kompetanse, forståelse for viktigheten av å samarbeide over forvaltningsnivå, god informasjonsutveksling, og en felles bruk av samarbeidsverktøy (IP, ansvarsgrupper, ambulante team, o.l.). Forskning påpeker også viktigheten av å tenke på samarbeid som en aktivitet som både har en formell og en uformell side, hvor det som skjer mellom samarbeidspartene utenfor formaliserte møtearenaer, avtaler og lovverk kan være like viktig for å etablere samarbeid som det formelle. Forskningslitteraturen beskriver en felles vilje til positiv endring blant fagpersonene i de psykiske helsetjenestene.

Ulike modeller for samarbeid

Flere modeller for samarbeid benyttes i psykisk helsefeltet. Tidligere erfaringer med ambulante og oppsøkende team (ACT, FACT og ambulante akutt-team), og forventninger til samarbeidsmodeller som er under utprøving i tjenestene, deler flere fellestrekk, som for eksempel: Tilpasninger av spesialisthelsetjenesten for mer terapeutvirksomhet utenfor kontorsonen og i kommunene, fokus på brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid, oppbygging av mindre samarbeidsmodeller som grunnstruktur for å ivareta fleksibilitet og tilpasningsevne, tydelig ledelse, tilgjengelige samarbeidstilbud, lav terskel for kontakt, tilgang på fagkunnskap og erfaringsutveksling, og forankring av fagkompetansen hvor folk lever sine liv.

Nye analyser av eksisterende datagrunnlag

Hvert år samles det inn data fra hver kommune om forhold i det kommunale psykiske helsearbeidet (IS-24 rapportering til Helsedirektoratet). I 2013 ble det samlet inn informasjon om hvordan kommunene opplevde samarbeidet med fastlegene og med spesialisthelsetjenesten om pasienter/brukere med psykiske lidelser. Det er fagpersoner i det kommunale psykiske helsearbeidet som har svart og 95 prosent av alle kommunene har deltatt.

Vi finner at samarbeidet om personer med psykiske lidelser med fastlegene vurderes å fungere godt i over 80 prosent av kommunene. Det er likevel enkeltleger som fortsatt viser lite interesse for psykisk helse, som har lav kompetanse på området og som oppleves å hensvise for raskt til spesialisthelsetjenesten. Vi finner at jo høyere antall fastleger per innbygger det er i kommunen, jo mer sannsynlig er det at kommunalt psykisk helsearbeid er fornøyd med fastlegens innsats. Kommuner som ikke er fornøyd med fastlegens innsats, har i gjennomsnitt 11 fastleger per 10 000 innbygger, mens kommuner som generelt er fornøyd med fastlegene har 13 fastleger per 10 000 innbygger. Denne systematikken bevares om vi kontrollerer for kommunestørrelse og en rekke andre observerbare kjennetegn ved kommunene (inntekt, befolkningssammensetning, sosiale forhold etc).

Vi finner ikke en systematisk sammenheng mellom hvor fornøyd kommunalt psykisk helsearbeid er med fastlegene og andel av legene som er kommunalt ansatte eller andel turnuskandidater. Store kommuner er i noe mindre grad fornøyd med fastlegens innsats overfor brukergruppen. Dette reflekterer sannsynligvis bare at store kommuner har flere fastleger, og dermed større sannsynlighet for at en eller flere fastleger ikke er nok interessert i psykisk helsefeltet.

Vi finner heller ingen sammenheng med hvor fornøyd kommunalt psykisk helsearbeid er med fastlegen og befolkningssammensetning, behovsvariabler (andel uføre, andel arbeidsledige), bosetting (andel som bor i tettbygd strøk), kommunale inntekter, eller avstand til spesialisthelsetjenestetilbud. Det er dermed legedekning og uobserverbare forhold i kommunen (eks samarbeidskulturer og personlige relasjoner), eller forhold ved fastlegene som påvirker kvaliteten på samarbeidet (interesse, kunnskap og kompetanse).

To av tre kommuner opplever at pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten at kommunen kan gi dem et godt tilbud. Dette handler om at pasienter som skrives ut nå er sykere enn tidligere og trenger et annet tilbud enn det kommunene har tilgjengelig. Mange kommuner mangler egnet botilbud. Andre mangler kompetanse og ansvaret for syke pasienter blir en stor belastning. I en del tilfeller har det ikke vært kontakt mellom kommunen og døgninstitusjonen under oppholdet, og kommunene er da lite forberedt når pasienten skrives ut.

Kommunalt psykisk helsearbeid opplever i halvparten av kommunene en bedring i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fra 2012 til 2013.

Fra intervjuer med praksisfeltet

Samarbeidet mellom kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten modelleres noe ulikt fra sted til sted – i tråd med betingelsene som psykisk helsehjelp møter lokalt. Det er derfor ikke overraskende at de psykiske helsetjenestenes samarbeidsmodeller kan sies å fremstå som varierte, innenfor rammene hvor de utarbeides og praktiseres.

Analysen bekrefter flere viktige funn om samarbeidet i psykisk helsetjenestefeltet fra tidligere forskning og tidligere formidlede erfaringer fra praksisfeltet. Intervjuene med representanter fra praksisfeltet utdyper også resultater fra analysene av det eksisterende datagrunnlaget. Informantene i intervjustudien forteller om godt fungerende samarbeid på mange plan mellom spesialisthelsetjenesten, kommune, og fastlege. Samtidig kommer det fram at samarbeidet kan forbedres.

Likeverd i samarbeidet motiverer til innsats i samarbeidet, og skaper god dialog mellom samarbeidspartene. Mangel på dialog forhindrer god planlegging av pasientforløp. Ledere må formidle at samarbeid er viktig, og selv vise at de kan bidra i en fleksibel samarbeidskultur, for å kreve dette av andre. Stabil tilgang på ressurser og stabilitet i stab gjør kommunikasjonen i samarbeidet lettere. Ved mangel på ressurser kan samarbeidet bli en arena for konflikt. Mangel på bolig kan skape store problem i samarbeidet, for eksempel i overgangen av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Ulike oppfatninger av pasienters assistansebehov på tvers av tjenestenivå kan produsere "bestillinger" på kommunale tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan virke svært provoserende på ansatte i psykisk helsearbeid. Videre er god veiledning, og formidling av kunnskap og kompetanse sentralt for et godt samarbeid mellom kommune og DPS. Et avklart nivåansvar hemmer konflikter og effektiviserer pasientoppfølgingen. Uavklart nivåansvar kan medføre overlapp i arbeidet rundt enkeltbrukere, særlig mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Kommunens samarbeidsbehov med spesialisthelsetjenesten varierer etter kommunens egen grad av autonomi i tjenesteutførelsen. Autonomi varierer igjen gjerne med kommunestørrelse. Små forhold gir kommune og DPS raskt oversikt over arbeidet som skal utføres, hvem det utføres av og hvem det utføres rundt. Små samarbeidsmodeller åpner for gjennomsiktig og fortløpende samarbeid om brukere, og en oversiktlig møtekalender. Små kommuner kan også oppleve det enklere å definere sine samarbeidsbehov ovenfor spesialisthelsetjenesten. Få personer å samarbeide med innebærer imidlertid et mindre repertoar av faglighet å spille på i møte med bruker. I større kommuner oppfattes rammene for samarbeidet ofte som mer byråkratiske. Større variasjon i fastlegenes engasjement for psykisk helse trer også fram. Det kan også være vanskeligere å få oversikt over ansvarsfordelingen mellom større kommuner og tilbudene ved DPS. Samtidig fremtvinges mer formaliserte avtaler om rutiner og samarbeidsmønstre i større kommuner, som ikke er personavhengige. Store kommuner kan også ha flere muligheter for å drive prosjekt for videreutvikling av tjenestetilbud. Jo større kommunen er, desto enklere kan det være å profesjonalisere prosjektarbeidet, for blant annet å skaffe midler. I store kommuner er det utfordrende for psykisk helsearbeid å få oversikt over fastlegene, behandlere ved DPS, og NAV – og motsatt. Dette kan i verste fall hindre samarbeid om enkeltbrukere.

Fastlegenes muligheter for engasjement i psykisk helse er ikke alltid like godt tilrettelagt i samarbeidsforholdene som fastlegene inngår i. Samlokalisering, samarbeidskultur for engasjement i psykisk helse, faste kontaktpersoner i samarbeidende tjenester, tilstrekkelig med informasjon om samarbeidende tilbud og lav terskel for kontakt er viktig for å inkludere fastlegene i samarbeidet. Tydelig kommuneledelse om forventninger til fastlegene kan være sentralt for å få fastleger mer oppmerksomme på psykisk helse.

Ved dårlig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, for eksempel grunnet mangel på dialog på ledelsesnivå eller utilgjengelige behandlere, så blir gjerne samarbeidet mellom fastlege og psykisk helsearbeid desto viktigere.

Et inkludert brukerperspektiv synes å være et fellestrekk for godtfungerende samhandlingsmodeller. "Vanskelige brukere", det vil si brukere som kommunen eller fastlegen ikke har ressurser til å følge opp, krever særlig godt samarbeid mellom involverte tjenester.

Informanter fra psykisk helsearbeid opplever nytteverdien av ambulante team ved DPS svært forskjellig, fra å være overflødige til helt nødvendige. Ambulante team kan i ytterpunktene oppfattes som erstatning for langtidsbehandling, eller som tilskudd til en praksis som ellers ikke hadde dekket denne funksjonen tilsvarende. I enkelte samarbeidsforhold ser det ut til å være mangel på informasjon om teamenes ansvarsoppgaver. Når forutsetningene for godt samarbeid mellom involverte parter er tilstede før opprettelsen av samarbeidsmodeller, så som ACT, så fremstår det som enklere å få samarbeidet på plass. Godt samarbeid med ACT-team kan fremme tydelig ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, nemlig oppfatningen av at oppgaver skal løses i fellesskap. I ett av samarbeidsforholdene vi har studert, har informanter erfaringer med et akutt-ambulant team med portvaktfunksjon, og opplever samarbeidet med teamet som svært godt særlig grunnet dette.

Det eksisterer svært ulike oppfatninger av IP sin rolle for samarbeidet rundt enkeltbrukere. Noen brukere opplever IP som stigmatiserende, eller uten bruksverdi. Noen ansatte selger ikke inn IP til brukerne, eller er ikke engasjert i IP. Andre bruker IP aktivt for å motivere brukeren i oppfølgingen. Ledelse har en viktig rolle for å utvikle gode rutiner rundt bruk av IP. Noen av informantene sier at om IP brukes i Sampro, får IP en mer disiplinerende effekt på samarbeidspartene i forhold til oppfølgingen av enkeltbrukere. Det finnes mange standardiserte planverktøy for brukerne, noe som også kan være av betydning for hvorfor IP velges bort av tjenesteansatte og brukere.

Konklusjon

Vi har studert hvordan fastlege-kommune-spesialisthelsetjenester samarbeider om mennesker med psykiske lidelser i ulike geografiske områder. Vi finner at problemstillinger knyttet til samarbeidet stort sett er de samme alle steder, men at svarene på disse problemstillingene er ulike fordi områdene er ulike. Dette skaper stor variasjon og mangfold i hvordan samarbeidet etableres og driftes. Samarbeidsmodeller om mennesker med psykiske lidelser må utvikles lokalt, i tråd med samarbeidspartenes kompetanse, erfaring, personlige egenskaper og det eksisterende tjenestetilbudet. Likeverd mellom samarbeidsparter, løpende dialog, fleksibilitet, et inkludert brukerperspektiv og gode rammer for fastlegens deltakelse – ser ut til å være de viktigste stikkordene for godt samarbeid.

Mye kan løses med bedre samhandling mellom kommune-fastlege-spesialist, men det er grenser for hva som kan oppnås. Mangel på årsverk og tilgjengelige boligressurser i kommunene gir begrensninger i tjenesteutviklingen og i driften. Bedre samhandling vil ikke dekke disse behovene.

Innhold

SAMMENDRAG	5
<u>1 INNLEDNING.....</u>	<u>13</u>
1.1 FORMÅL MED PROSJEKTET	13
1.2 BAKGRUNN.....	13
1.3 DATAKILDER OG METODE.....	14
1.3.1 KARTLEGGING BLANT FAGPERSONER I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID	14
1.3.2 INTERVJU MED PRAKSISFELTET	16
1.3.3 GODKJENNING.....	17
1.4 RAPPORTENS OPPBYGGING	17
<u>2 TIDLIGERE FORSKNING OG PRAKSIS.....</u>	<u>19</u>
2.1 HVA ER SAMARBEID OG SAMHANDLING?	19
2.2 ENDRINGSMULIGHETER I SAMARBEIDET MELLOM SPESIALIST-HELSETJENESTE, KOMMUNE OG FASTLEGE	20
2.3 FAKTORER SOM FREMMER GODT SAMARBEID I PSYKISKE HELSETJENESTER	22
2.4 VERKTØY FOR SAMARBEID OG SAMHANDLING	25
2.4.1 AMBULANTE OG OPPSØKENDE TEAM.....	25
2.4.2 INDIVIDUELL PLAN	30
2.4.3 ANSVARSGRUPPER	31
2.4.4 KOORDINATOR	31
2.5 HVA KAN FORBEDRES – IFØLGE TIDLIGERE FORSKNING?	32
2.6 EKSISTERENDE SAMARBEIDSPROSJEKT - EKSEMPLER	33
2.6.1 ROMERIKSPROSJEKTET	33
2.6.2 SPOR VESTFOLD.....	34
2.6.3 SAMHANDLINGSTEAMET I BÆRUM.....	35
2.6.4 BROBYGGERMODELLEN	36
2.6.5 ORGANISATORISK FORPLIKTENDE SAMHANDLINGSMODELLER.....	37
2.7 OPPSUMMERING	38
<u>3 RESULTATER FRA KARTLEGGING I KOMMUNENE</u>	<u>39</u>
3.1 SAMARBEID MED FASTLEGENE.....	39
3.1.1 KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEREGION.....	40
3.1.2 LEGEDEKNING I KOMMUNENE	43
3.2 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTENE.....	44
3.2.1 VEILEDNING TIL KOMMUNENE FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN	44
3.2.2 SAMARBEID OM UTSKRIVING AV PASIENTER	50
3.2.3 SAMARBEID PÅ PASIENTNIVÅ OG SYSTEMNIVÅ.....	55
3.2.4 UTVIKLING AV SAMARBEIDET.....	57
3.2.5 KUNNSKAP OM HVERANDRE.....	58
3.3 OPPSUMMERING	58

4	<u>RESULTATER FRA INTERVJU MED PRAKSISFELTET: SAMARBEID ETTER KOMMUNESTØRRELSE . 61</u>	
4.1	ULIKE KOMMUNER – ULIKE SAMARBEIDSBEHOV	61
4.1.1	SMÅ KOMMUNER.....	61
4.1.2	MELLOMSTORE KOMMUNER.....	67
4.1.3	STORE KOMMUNER	73
4.2	OPPSUMMERING	77
5	<u>RESULTATER FRA INTERVJU MED PRAKSISFELTET: FORHOLDET MELLOM SAMARBEIDSPARTNERNE</u>	79
5.1	SAMARBEID MELLOM PSYKISK HELSEARBEID OG DPS	79
5.1.1	LIKEVERD.....	79
5.1.2	DIALOG OM SAMARBEID.....	81
5.1.3	LEDELSENS ANSVAR FOR Å SKAPE SAMARBEIDSKULTUR	83
5.1.4	STABIL TILGANG PÅ RESSURSER.....	84
5.1.5	SAMARBEID OM UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER.....	87
5.1.6	BESTILLINGER FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN	88
5.1.7	VEILEDNING, KUNNSKAP OG KOMPETANSE	89
5.2	SAMARBEID MED FASTLEGENE.....	91
5.2.1	LOKALISERINGEN AV TJENESTENE	91
5.2.2	TERSKLER FOR KONTAKT	93
5.2.3	KULTUR FOR Å SAMARBEIDE.....	95
5.2.4	PRIORITERING	97
5.3	SAMARBEID MED PASIENTEN	99
5.3.1	I SAMSPILL MED PSYKISK HELSEARBEID	100
5.3.2	I SAMSPILL MED BEHANDLERE VED DPS	101
5.4	OPPSUMMERING	102
6	<u>RESULTATER FRA INTERVJU MED PRAKSISFELTET: OM SAMARBEIDSVERKTØY.....</u>	105
6.1	ACT, FACT OG ANNEN AMBULANT VIRKSOMHET	105
6.1.1	ULIKE BEHOV FOR SAMARBEID MED AMBULANTE TEAM	105
6.1.2	ETTERSPORSEL ETTER AMBULANTE TEAM	107
6.1.3	UTYDELIG ANSVARSFORDELING ER PROBLEMATISK	108
6.1.4	GODE SAMARBEIDSVILKÅR FOR ACT.....	109
6.1.5	OPPRETTELSE AV FACT.....	111
6.2	INDIVIDUELL PLAN OG ANSVARSGRUPPER	111
6.2.1	I PSYKISK HELSEARBEID	112
6.2.2	I SPESIALISTHELSETJENESTEN	116
6.3	OPPSUMMERING	118
	<u>REFERANSER</u>	119

1 Innledning

1.1 Formål med prosjektet

Prosjektet er utført på oppdrag av Helsedirektoratet og er finansiert med 6,5 ukeverk. Målet med prosjektet er økt kunnskap om samarbeidet mellom kommunalt psykisk helsearbeid, fastlegen og psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten), basert på informasjon fra praksisfeltet. Prosjektet er sterkt kvalitativt, med unntak av noen analyser som er gjort på kommunenivå.

1.2 Bakgrunn

Behovet for kunnskap om faktorer som bidrar til godt samarbeid mellom tjenester og tiltak for mennesker med psykiske lidelser og vansker, meldes sterkt fra mange hold. Kommuner ønsker å vite hvordan de skal organisere tjenestene for å gi et godt behandlings- og oppfølgingstilbud. Myndighetene vil vite hvilke råd de bør gi kommunene i den forbindelse. Helseprofesjonene ønsker å handle til det beste for pasientene, og ser på samhandling som ett virkemiddel for å nå målet. Pasientene og deres pårørende kjenner ikke nødvendigvis til detaljene i samarbeidet mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og fastlege - men ser også behov for samarbeid som ivaretar de beste vilkårene for gode individuelle helseutfall.

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) satte psykisk helse på den politiske dagsordenen og la opp til store endringer både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. For psykisk helsevern voksne ble det formulert en kvantitativ og kvalitativ omstrukturering av døgntilbudet: 1185 nye døgnplasser for aktiv behandling, 50 % flere polikliniske behandlinger/konsultasjoner, 50 % flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale, 50 % flere dagopphold ved de distriktpspsykiatriske sentrene, og en styrking av tilbudet til grupper med særlige behov (bl.a. rusmisbrukere med psykiske lidelser, flyktninger og asylsøkere, psykisk utviklingshemmede og døve), og til personer i den samiske befolkningen med psykiske lidelser (Sosial- og helsedepartementet, 1998).

Norges forskningsråds (2009) evaluering av Opptappingsplanen i 2009 viste at det psykiske helsetilbudet økte sin kapasitet i perioden generelt, kommunene utvidet antallet omsorgsboliger og helsetjenesteårsverk, og flere voksne, barn og unge fikk tilbud om psykiske helsetjenester. Som Kaspersen og Ose (2010) påpeker, ble de kvantitative målene for psykisk helsearbeid i kommunene nådd på de aller fleste områder, gjennom bruk av øremerkede overføringer til kommunene. På slutten av perioden finansierte kommunene i tillegg omtrent like mange årsverk som ble finansiert med øremerkede midler (Ose et al., 2009). Samtidig viste evalueringen at det var store regionale forskjeller i tilbudet som kommunene ga, og at samarbeidet mellom fastlegen, kommunenes ansatte og spesialisthelsetjenesten ikke var godt nok (Andersson og Tingvoll, 2005; Ådnanes og Bjørngaard, 2006; Ådnanes, Hatling og Grut, 2005).

Det er erkjent både i helsepolitikken og i praksisfeltet at godt samarbeid er viktig for god pasientbehandling i de psykiske helsetjenestene, og at samarbeidet fortsatt kan forbedres. Med Samhandlingsreformen har oppmerksomheten på samarbeid, og samhandling i tjenestene fått en ny dimensjon. Også internasjonalt har fokuset på samarbeid og samhandling økt sterkt

(Elstad et al., 2013). Økt oppmerksomhet på samarbeid og samhandling synliggjør også utfordringer i samhandlingen.

Mange samhandlingsprosjekt og samarbeidsløsninger mellom kommunene, spesialisthelsetjenestene og fastlegene er etablert lokalt og regionalt og flere av disse viser lovende resultat, se kapittel 3.6. Det er også opprettet tilskuddsordninger som har gitt stønad til ACT-team og samarbeidsprosjekt i psykisk helsefeltet, siden 2009.¹²

Fokuset på samarbeid i psykisk helsefeltet synliggjør også behovet for mer systematisert kunnskap om hvordan samarbeidet mellom kommune, fastlege og spesialisthelsetjeneste fungerer. Økningen i antall ansatte i de psykiske helsetjenestene gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse ga gode betingelser for et godt tjenestetilbud, men praktikere og ledere i psykisk helsefeltet, og helsemyndighetene trenger støtte fra forskning og kunnskap om organiseringsmåter for å videreutvikle tjenestene og heve tilfredsheten med tjenestene (Norvoll (2013)). Denne rapporten er et bidrag til kunnskapssystematiseringen om samarbeid psykisk helsefeltet i Norge.

1.3 Datakilder og metode

For å finne ut hvordan samarbeidet mellom kommunalt psykisk helsearbeid, fastlegen og spesialisthelsetjenesten fungerer, har vi i dette prosjektet hentet informasjon fra praksisfeltet.

Følgende datakilder er benyttet:

- Kartlegging blant fagpersoner i kommunalt psykisk helsearbeid (95 prosent av kommunene har deltatt)
- Intervju med praksisfeltet (31 fagpersoner er intervjuet)

1.3.1 Kartlegging blant fagpersoner i kommunalt psykisk helsearbeid

Gjennom den årlige kartleggingen som gjøres hvert år i kommunalt psykisk helsearbeid, ble det i 2013 (gjelder 2012 situasjon og informasjon innhentet første kvartal 2013) tatt med egne spørsmål om samarbeid med fastlegene og med spesialisthelsetjenesten. Denne datakilden består av informasjon fra 407 kommuner. Dette betyr at 95 prosent av alle landets 429 kommuner har rapportert.

¹ Tilskuddsordningen for utvikling av organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller, mellom kommuner og helseforetak innen psykisk helsefeltet, ble iverksatt grunnet et behov for utvikling og utprøving av flere samhandlingsmodeller tilpasset lokale forhold og behov, og rettet mot ulike bruker-/pasientgrupper. I 2013 utdelte Helsedirektoratet midler til 57 samhandlingsprosjekt for organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller. 17 av 19 norske fylker er involvert i disse prosjektene.

For oversikt over de enkelte prosjekt, se Helsedirektoratets nettside,

<http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/Tilskudd%20til%20organisatoriske%20forpliktende%20samhandlingsprosjekter%202013.pdf>

Det er i alt 538 fagfolk fra kommunene som har bidratt i IS-24 rapporteringen. Det er dermed et betydelig datagrunnlag som er tilgjengelig fra kommunene. For mer om datagrunnlaget, se egen rapport (Ose og Slettebak, 2014). Spørsmålene som er benyttet om fastlegens rolle og om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er vist i tabellen under. Resultatene er vist i kapittel 4.1.

Tabell 1.1 Aktuelle spørsmål fra IS-24, 2012.

Fastlegens rolle	<p>21. Har kommunen inngått avtale med én eller flere fastleger om deltakelse i kommunens psykiske helsearbeid</p> <p>22. I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helsearbeid i kommunen</p> <p>23. Hvordan oppleves utviklingen i fastlegenes henvisninger til psykisk helsearbeid de siste årene</p> <p>29. Ta stilling til følgende påstander om fastlegenes involvering i psykisk helsearbeid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle sakene • Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og problemer • Fastlegene i kommunen bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykiske lidelser og problemer • Pasientene/brukerne er generelt godt fornøyd med hjelpen de får fra fastlegen sin • Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det • Fastlegene i kommunen har god kompetanse til å følge opp mennesker med psykiske lidelser og problemer • Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten • Fastlegene er våre viktigste støttespillere • Generelt har psykisk helsearbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune <p>Ytterligere kommentarer</p>
Samarbeid med spesialist-helsetjenesten	<p>37. Får dere tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommentarer til spørsmålet <p>38. Opplever dere at pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten at dere klarer å gi dem et godt nok tilbud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommentarer til spørsmålet <p>39. Hvordan opplever dere samarbeidet med spesialisthelsetjenesten rundt tjenestene til psykisk syke</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidet rundt den enkelte pasient fungerer... • Samarbeidet på systemnivå fungerer... • Ytterligere kommentarer til samarbeidet <p>40. Hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året</p> <p>41. Kjenner behandlerne i psykisk helsevern (PHV) godt til tilbudet i kommunen</p>

1.3.2 Intervju med praksisfeltet

Vi har dybdeintervjuet 31 fagfolk fra praksisfeltet i de psykiske helsetjenestene. 12 kommuner er representert i dette datamaterialet. Respondentene er 9 leger med kommuneoverlegestilling og/eller fastlegestilling, 12 fagpersoner fra kommunalt psykisk helsearbeid, og 10 behandlere og/eller ledere fra DPS.

Kommunene i utvalget ble trukket ut fra deres IS-24 rapportering om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (se forrige tabell). De valgte kommunene hadde enten rapportert om meget godt eller dårlig samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I tillegg vurderte vi faktorer som kommunenes befolkningsantall, urbaniseringsgrad og tilhørighet til helseforetak. Vi valgte spesifikt ut kommuner som ikke har markert seg som formidlere av større formelle samarbeidsprosjekt med utvikling av samarbeidsmodeller som siktemål. Disse kommunene og prosjektene evaluerer og rapporterer om egne erfaringer selv.

Intervjuene er tatt opp på diktafon og deretter transkribert. Deretter kodet vi datamaterialet systematisk, og utførte en induktiv, tematisk analyse av data. Vi valgte en kontekstuell tilnærming til analyse, for å inkludere lokale, miljømessige fasetter ved samarbeidsprosessene som vi har studert. For dette prosjektet innebærer den kontekstuelle tilnærmingen en kombinasjon av et "nedenfra-" og "ovenfra"-perspektiv på samarbeidet. Med et "nedenfra"-perspektiv henviser vi til en analytisk forskerposisjon hvor det ikke er forskeren, men informantene, som avgjør hva som teller som viktig for problemstillingen – ut fra informantenes erfaringsbaserte kunnskap om det studerte felt (Maykut og Morehouse, 1994; Olsen, 2003; Spradley, 1979). Med et "ovenfra"-perspektiv mener vi at vi benytter informanters vurderinger, av hva som teller som viktig på vegne av andre, som pålitelige data: Vi har blant annet intervjuet avdelingsledere ved DPS'er og enhetsledere i kommunale tjenester, som har snakket på vegne av institusjonen i sin helhet – ut fra sin stilling som overordnet. Motsatt, så har praktikere og klinikere uttalt seg om hva ledelsen tenker – noe de i utgangspunktet ikke kan vite.

Analysen av det kvalitative intervjumaterialet inneholder både deskriptive og fortolkende passasjer. Vi har i utgangspunktet ikke hatt et generaliserende siktemål med denne analysen. Utvalget er et begrenset antall kommuner, med et begrenset antall representanter fra ulike stillingsfunksjoner i praksisfeltet. Deskriptive redegjørelser av samarbeid mellom psykiske helsetjenester fungerer som eksempler på hvordan samarbeid løses, fungerer og ikke fungerer i og mellom tjenestene. Disse redegjørelsene kan like fullt ha en naturalistisk generaliserende (Kvale, 1997) verdi for praktikere i de psykiske helsetjenestene. Med dette menes at praktikere leser dem ut fra sin kunnskap om hvordan samarbeidet er organisert og fungerer i psykisk helsefeltet, og kan få bekreftet eller ikke bekreftet tendenser som de kjenner seg igjen i.

Når det gjelder fortolkende redegjørelser i analysen av faktorer for godt samarbeid mellom psykiske helsetjenester, så mener vi derimot at presenterte faktorer kan generaliseres analytisk. Med dette menes at resultatene kan anvendes på lignende situasjoner (Kvale, 1997) i tjenestene. Datamaterialet representerer et langt større antall samarbeidssituasjoner og samarbeidsrelasjoner i tjenestene, enn antall samarbeidsforhold (kommuner-fastleger-DPS). Resultater fra analysen, som baserer seg på tolkninger av disse situasjonene og relasjonene, støttes i tillegg av tidligere forskning. Vi mener derfor at faktorer for godt samarbeid som analysen belyser sier noe om samarbeid i psykisk helsetjenestefeltet generelt. Vi henviser til de

enkelte analysekapitlenes oppsummeringer og til sammendraget først i rapporten for gjennomgang av analysens hovedfunn.

1.3.3 Godkjenning

Datainnsamlingen var på forhånd godkjent av Personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (ref. nr. 38384). Vi innhentet informert samtykke fra samtlige informanter før intervjuene. All personidentifiserbar informasjon er anonymisert, så som navn, kommune, DPS, og geografisk lokalitet. Dataene er behandlet konfidensielt, og har kun vært tilgjengelige for de to forskerne bak rapporten.

1.4 Rapportens oppbygging

I kapittel tre gjennomgår vi tidligere forskning på samarbeid i de psykiske helsetjenestene. I tillegg beskriver vi kort ulike samhandlingsmodeller som benyttes eller testes ut mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. I kapittel fire-sju presenterer vi analysene og resultatene av datamaterialet.

I kapittel 3 gjennomgår vi tidligere forskning og beskriver eksisterende samarbeidsmodeller og erfaringer med disse.

I kapittel 4 viser vi resultatene fra kartleggingen i kommunene, hvor vi diskuterer samarbeidet mellom kommuner og fastleger - slik kommunene har rapportert om dette. Vi beskriver kjennetegn ved kommunene som rapporterer om godt samarbeid med fastlegen, og legedekningen i kommunene. Dette følges opp med en beskrivelse av kommunenes opplevelse av samarbeidet med spesialisthelsetjenestene. Her ser vi nærmere på veiledningen til kommunene fra spesialisthelsetjenesten, samarbeidet om utskrivning av pasienter, samarbeidet på pasient- og systemnivå, utviklingen av samarbeidet og spesialisthelsetjenestens kunnskap om kommunale tjenester.

Kapittel 5-7 presenterer analysen av det kvalitative intervjumaterialet. Her går vi ytterligere i dybden på samarbeidet i praksisfeltet, og beskriver hvordan kommuner, spesialisthelsetjeneste og fastlege samarbeider om enkeltpasienter og på systemnivå. Først ser vi på hvordan samarbeid foregår og oppleves i små, mellomstore og store kommuner. Deretter gjennomgår vi faktorer som hemmer og/eller fremmer samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, før vi mer spesifikt analyserer aspekter ved samarbeidet med fastlege og pasienten som samarbeidsaktør. Så gjennomgår vi informantenes erfaringer med ACT-team, opprettelsen av FACT-team og annen ambulant virksomhet, og informanters samarbeidserfaringer med bruk av Individuell plan (IP) og ansvarsgrupper.

2 Tidligere forskning og praksis

Det finnes kun et begrenset omfang av systematisert kunnskap om hvordan samarbeidet rundt mennesker med psykiske lidelser fungerer i dag. Med evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse ble flere prosjekt gjennomført, både om fastlegene, kommunalt psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten. Så ble det stille en stund. Arbeidet for å utvide kunnskapen om organiseringen av samarbeidet i psykisk helsefeltet ser imidlertid ut til å ha fått et nytt oppsving. For eksempel tettes kunnskapshull om ledelse og lederutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester (Pettersen, 2010) - og om status og virkemidler for samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene i kommune og spesialisthelsetjeneste (Pricewaterhouse-Coopers, 2010).

I det følgende redegjør vi først kort for bruken av "samarbeid" som begrep. Skillet mellom dette og for eksempel "samhandling" fremstår ofte som diffust i eksisterende litteratur. Deretter beskriver vi endringsmuligheter i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, kommune og fastlege, og faktorer som tidligere forskning viser at fremmer godt samarbeid i de psykiske helsetjenestene. Kapitlet avsluttes med en beskrivelse av eksempler på samhandlingsprosjekt som er virksomme i praksisfeltet i dag.

2.1 Hva er samarbeid og samhandling?

I litteraturen om psykiske helsetjenester benyttes det av og til en overlappende bruk av tilsynelatende tilnærmet like begrep for samarbeid. Vi finner begrep som "samhandling", "partnerskap", "samarbeidende praksiser", "samordning" og "koordinering", samt en differensiering av samarbeidstyper, så som "tverrfaglig" og "tverrprofesjonelt" samarbeid (Elstad et al., 2013; Iversen og Ødegård, 2010; Ness, 2013; Schönfelder, 2008). Konsensus om begrepens betydninger ser ikke ut til å foreligge i forskningen som gjøres på samarbeid i helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser (Elstad et al., 2013).

I kontrast med et vagt skille mellom begrepene om samarbeid og samhandling i deler av forskningen, så opererer helsemyndighetene med en tydelig definert definisjon på samhandling i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 27 (2008-2009), p. 13): Her beskrives "samhandling" som "et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte". I en studie presiserer samhandlingsbegrepet ytterligere, til å betegne "koordinasjon og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkelt person eller institusjon har et totalansvar for prosessen" (Roos 2010, s. 56).

Samarbeidsbegrepet gir derimot mer konkrete assosiasjoner til det "å gjøre noe" sammen. Arbeidsoppgaver fordeles mellom aktørene, og de jobber sammen for å løse dem (Ness, 2014). Aarre (2011) forenkler forståelsen av samhandlingsbegrepet til noe tilnærmet likt, ved å si at poenget med samhandling ikke handler om noe mer magisk enn lagarbeid: Profesjonelle og pleiere løser oppgaver med felles ressurser, med tanke på pasienten.

I denne rapporten bruker vi begrepene samarbeid og samhandling pragmatisk, ettersom vi tangerer ulik begrepsbruk både gjennom tidligere forskning og gjennom informanters utsagn. Likevel håndterer vi begrepene med en viss nyanse, hvor samarbeid hovedsakelig viser til det mer konkrete arbeidet som skal utføres i og mellom de psykiske helsetjenestene, rundt mennesker med psykiske lidelser. Når vi bruker samhandlingsbegrepet peker vi mer mot de overgripende institusjonelle rammene som samarbeidet foregår innenfor. Med institusjonelle rammer tenker vi på elementer som rettigheter, lovverk, finansielle ordninger, samarbeidsavtaler, og tjenesteorganiseringsmodeller. Samhandling inkluderer med andre ord også samarbeid, men et samarbeid som foregår på en større scene, med et utvidet mandat. Samhandling fremstår dermed ikke bare som en avgrenset aktivitet, men som en styringsteknikk, som skal smelte fagkompetanser, tjenester og behov sammen – ut fra formelle regler og krav til prosessens utfall. Viktigere enn å avklare hva samarbeid og samhandling er, blir det dermed hva samarbeidspartnerne i tjenestene for psykisk helse *gjør*, og hvordan dette *fungerer*, når de sier at de samarbeider.

2.2 Endringsmuligheter i samarbeidet mellom spesialist-helsetjeneste, kommune og fastlege

Tidligere var det vanlig å tenke første- og andrelinjetjenester, mens bildet nå er mer komplekst med tjenester både rundt og mellom første- og andrelinjetjenesten. Mellom disse tjenestenivåene vokser nye tjenester og samarbeidsformer fram (Ose, 2014). Ulike team av fagfolk fra forskjellige nivå og profesjoner settes sammen (Iversen og Ødegård, 2010), for å utøve "tverrprofesjonelt" eller "tverrfaglig" samarbeid.³

Opptrappingsplanen for psykisk helse medførte en grunnleggende ny oppgavefordeling mellom organisatoriske enheter, og har hatt vesentlige konsekvenser for samarbeidet mellom de involverte helsefaglige yrkesgruppene (Schönfelder, 2013, s. 56). Et stort antall aktører kan i dag være involvert i behandlingen og koordineringen av samarbeidet rundt mennesker med psykiske lidelser - og å lede samarbeidet har blitt en tidkrevende og omfattende oppgave, som avhenger av god innsikt i brukernes sammensatte livssituasjon (Schönfelder, 2013, s. 59). Endringer i ansvarsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste øker risikoen for en fragmentert helsetjeneste, og stiller nye krav til koordinering av tjenester og tiltak (Hartveit, Biringer, Aarre, Vanhaecht, og Aslaksen, 2012; Åhgren, 2003). I denne sammenhengen oppstår også nye krav til helsepersonell, som krav til "samhandlingskompetanse", og nye

³ Tverrprofesjonelt samarbeid kan forstås som samarbeidsprosesser mellom fagfolk fra ulike profesjoner, enten i relasjoner med brukerne, i utviklingsarbeid, forskning eller på andre felles arenaer (Iversen og Ødegård, 2010, s. 131).

medarbeiderroller, så som som "myndiggjorte medarbeidere" (Kommunenes Sentralforbund, 2005; Pettersen 2010).⁴

Ifølge Ramsdal (2013, s. 235) skjedde utbyggingen av kommunalt psykisk helsearbeid innenfor rammene av en "reformrevolusjon" i kommunal organisering. En utfordring var å etablere tilbud til nye brukergrupper innenfor et komplekst hjelpeapparat. En annen utfordring, som forsterket førstnevnte, var målet om å relatere tjenestene til de nye styringskravene. Dette kom i tillegg til utfordringene for samarbeid og samordning av de kommunale tjenestene, som en utvidet definisjon av målgrupper og faglige perspektiver i psykisk helsearbeid medførte. Ramsdal (2013) hevder at resultatet er at utfordringene for samordningen og samarbeidet mellom de psykiske helsetjenestene har blitt tilsvarende store i takt med utbyggingen av dem. Ørstavik (2008) deler hans syn på et psykisk helsetjenestefelt, med overraskende tilsvarende problem som tjenestene har strevet med i flere år. Hjelpen kan ofte være usammenhengende og oppstykket, og altfor mange opplever seg krenket i møte med hjelpeapparatet (ibid.). Pasienter som går til behandling for psykiske vansker eller lidelser rapporterer fortsatt om erfaringer med fragmenterte tjenester (Ådnanes og Steihaug, upubl.). Ørstavik (2008) argumenterer for at de politiske føringene som lå til grunn for Opptrappingsplanen var mange og gode, men at de gikk utenom noen av grunnlagsproblemene for psykisk helsearbeid: en paternalistisk kultur, et ensidig kunnskapssyn og makt som tilsløres og gis andre navn.

Flere påpeker den sentrale rollen som kunnskapsutviklingen i det psykiske helsetjenestefeltet har for endringsprosessene i tjenestenes samhandlingspraksiser (se for eks. Karlsson, 2008; Ramsdal, 2013). Ramsdal (2013, s. 234-235), kan gjøre målet om bedre samhandling vanskelig å realisere på kort sikt, fordi denne innebærer at "indre" drivkrefter gjør at ulike deler av psykisk helsearbeid baseres på kunnskapsformer som ikke uten videre "passer sammen". Forskeren mener også at eksistensen av ulike kunnskapsgrunnlag, i kombinasjon med den moderne styringslogikken, kan skape ny oppsplitting i psykisk helsearbeid på tvers av forvaltningsnivåene. Samhandlingen kan også hindres av den generelle forvaltningspolitikken, som legger grunnlaget for lokale organisasjonsløsninger (ibid.).

Utfordringer til tross, mye ser ut til å fungere generelt godt i samarbeidet mellom psykiske helsetjenester. En studie av status og virkemidler for samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten, hvor forbedringsmuligheter for samhandlingen også diskuteres, rapporterer om et flertall av kommuner og helseforetak som er fornøyd med samhandlingen (PricewaterhouseCoopers 2010). Ifølge denne studien kan dette funnet virke overraskende, ettersom flere tidligere undersøkelser har dokumentert dårlige

⁴ Kvaliteten på tjenestene i "sannhetens øyeblikk", det vil si i møtet mellom bruker og tjenesteyter, krever medarbeidere som er trygge på seg selv og sin kompetanse, og som kan ta avgjørelser i situasjonen der og da – derav begrepet om "myndiggjorte medarbeidere" (Kommunenes Sentralforbund, 2005, s. 2). Kommunenes Sentralforbund (KS) definerer dette som "ansvarlige og selvstendige medarbeidere som har fått og grepet retten til å beslutte på områder der de er kompetente. Det dreier seg om innflytelse og kontroll over egen arbeidssituasjon".

erfaringer. Forskerne bak studien påpeker at dette kan forklares av substansielle og metodiske forhold. For eksempel er det av betydning hvem man spør i tjenestene. Ledere i kommuner og helseforetak og utførende helsepersonell kan tenkes å ha ulike erfaringer med samhandlingen. I en eldre studie av samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten, gir også Agenda (2007) flere eksempler på velfungerende praktisk samarbeid mellom helseforetakene og kommunene, som baseres på en stor grad av likeverd. Samtidig vet vi at ansvarsfordelingen i psykisk helsefeltet særlig utfordres mellom DPS'er som spesialisttjenester og deler av de kommunale tjenestene. Her kan det lett oppstå overlapp, med hensyn til både kompetanse og pasienter/brukere (Ramsdal, 2013).

Videre vet vi at en stor andel av kommunene er fornøyde med samarbeidet med fastlegen. Det rapporteres fra kommunalt psykisk helsearbeid at det samarbeides mye med fastlegene og at fastlegene er et viktig bindeledd mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester for mennesker med psykiske lidelser og/eller ruslidelser (Ose og Slettebak, 2014). Fastlegene er ofte pasientens første kontakt og portvakt til spesialisthelsetjenesten, og manglende samarbeid med andre tjenester skaper problemer også for fastlegen selv i arbeidet med pasienten (Fredheim, Danbolt, Haavet, Kjøsberg og Lien, 2011).

Fra kartlegginger gjennomført i psykisk helsevern for voksne er det funnet at det eksisterer et samarbeid mellom behandlende enhet og en ekstern instans for nesten alle pasientene i døgnbehandling (Lilleeng, Ose, Bremnes, Pedersen og Hatling, 2009). Pårørende, fastlege, psykisk helsearbeid, NAV Trygd og psykiatrisk poliklinikk utgjør de viktigste samarbeidspartnerne i støtteapparatet til pasienten (ibid.). Forskning viser også at både kommune-, spesialisthelsetjeneste og fastlege ser behovet for å endre og bedre samhandlingen mellom involverte partner (Danbolt, Lien, og Kjøsberg, 2010; Fredheim et. al, 2011). Ifølge Danbolt et al. (2010, s. 244) er det stor grad av samsvar mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste og fastleger i forhold til hva som bør endres for å bedre samhandlingen mellom de involverte partnerne, og de deler en felles vilje til positiv endring.

2.3 Faktorer som fremmer godt samarbeid i psykiske helsetjenester

I det følgende gjennomgår vi faktorer som tidligere forskning har beskrevet som viktige for å fremme godt samarbeid i psykiske helsetjenester. Deretter ser vi nærmere på hvilke endringer forskning foreslår for samarbeidet mellom tjenestene.

Det jobbes kontinuerlig med å bedre samarbeidet i psykiske helsetjenester, blant annet gjennom avtaler mellom helseforetak, kommuner og fastleger, med vekt på å bedre pasientflyten gjennom standardiserte retningslinjer for behandlingsforløp (Ramsdal, 2013, s. 234). Alle helseforetak og kommuner ble pålagt å ha på plass formelle samarbeidsavtaler innen 2012, regulert av § 6-1 i helse- og omsorgstjenesteloven. Samarbeidsavtalene skal forplikte, gi ledelsesforankring og tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordelingen. Det har lenge eksistert både samarbeidsavtaler og ulike typer fora rundt omkring i landet, men samhandlingsreformen setter dette mer i system på bakgrunn av beskrivelser av uklare ansvarsforhold og mangel på forankring på systemnivå (St. meld. nr. 47. 2008-2009). Avtalesystemer i bunn for tverrfaglig samarbeid på tvers av tjenester og nivå, kan blant annet skape balanse i samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene, gi kommuner verktøy for å forene interesser i møte med foretak, og å forankre samarbeidet på ledernivå (Agenda, 2007).

Avtaler implementerer regler, rutiner og formalia, men sikrer ikke godt samarbeid. Det foregår mye "usynlig" arbeid mellom helsefagutøverne for å fremme samarbeidet dem imellom (Hellesø og Melby, 2013; Star og Strauss, 1999). Det usynlige arbeidet dreier seg blant annet om å handle "romslig" mot hverandre (Biong, 2011; Agenda, 2007). Romslighet skapes ikke nødvendigvis i praksis av formelle samhandlingsavtaler. Både formalisert og ikke-formalisert sosialt samspill er viktig for å forstå hvordan tjenestene samarbeider på individnivå og systemnivå (Grut, 2007).

I det følgende fremhever vi faktorer som fremmer godt samarbeid i kursiv.

Sentralt for å etablere godt samarbeid er *tid* (Grut, 2007). Flere studier påpeker viktigheten av gode *relasjoner* og *dialog* for godt samarbeid og samhandling (Danbolt et al., 2010; Elstad et al., 2013). Tid må til for å skape dette. For å fremme godt tverrfaglig samarbeid er det videre viktig at relasjonene går på tvers av forvaltningsnivå, gjennom *felles møtearenaer* (Elstad et al., 2013). Dialogen mellom samarbeidsparter må være tett, partene bør møtes *regelmessig* og samarbeidet må kontinuerlig drøftes og utvikles: betydningen av å tenke og *planlegge* helhetlige behandlings- og omsorgskjeder, utvikle god *samarbeidskultur*, vise *respekt* for hverandres kompetanse, gi hverandre *ros og anerkjennelse*, kan knapt overvurderes (Agenda, 2007, s. 13).

En studie av samarbeidsrutiner og -relasjoner mellom kommuner og psykoseavdeling i psykisk helsevern, om rehabilitering for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem, bekrefter at relasjonene som samarbeidspartnerne (inkludert pasienten) opparbeider seg imellom og respekten de har for hverandre, synes vesentlig for samhandlingen (Brattrud and Granerud (2011). En god relasjon og dialog er også viktig for pasientens bedringsprosess, konkluderer forskerne. I dette ligger det at aktørene må *kjenne til hverandres roller og funksjoner, dele faglig kompetanse* og *avklare forventninger*. Et eksempel på at godt samarbeid påvirker pasientens bedringsprosess, er hvordan tidlig kartlegging og felles målsetting kan redusere innleggelsestiden i sykehus (ibid.). Dette krever kjennskap til hverandres hjelpetilbud.

De overordnede funnene fra studien til Brattrud og Granerud støttes av andre studier av samhandling, som har funnet at ulik forståelse av innholdet i psykisk helsearbeid, uklar arbeidsfordeling og mangel på samarbeidsmøter kan hindre samhandling, mens respekt for hverandres kunnskap, *felles kompetanseutvikling* og *konstruktiv veiledning* fremmer god samhandling (Biong, 2011; Elstad et al., 2013, s. 298; Magnusson og Lützén, 2009). I en tidligere studie fant Grut (2007) imidlertid at kunnskap om psykisk helsearbeid er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å utvikle samarbeid i psykisk helsearbeid. Den enkeltes *vilje og evne til samarbeid* og *kompetanse i hva tverrfaglig samarbeid krever*, er minst like viktig. Spesielt viktig var det med en *pragmatisk tilnærming* blant samarbeidspartnerne for å få samarbeidet til å fungere i det daglige (ibid.).

Grut (2007) studerte faktorer som påvirker det tverrfaglige samarbeidet i det psykiske helsearbeidet gjennom en kvalitativ intervju-undersøkelse av nøkkelaktører i seks kommuner, før Opptrappingsplanen var avsluttet. Hun fant at et godt tverrfaglig samarbeid i psykisk helsearbeid er avhengig av at *utviklingsarbeidet er forankret på flere nivå i organisasjonen*. Både politisk, administrativt og faglig utøvende nivå må være *pådrivere* for å utvikle virksomheten.⁵ Hun fant også at *brukerorganisasjonene* var en viktig aktør i utviklingsarbeidet på dette tidspunktet.

Når det gjelder betydningen av lederstøtte for samarbeidsutvikling, påpeker Agenda (2007) at samarbeidet må forankres på høyt ledernivå både i kommunene og i helseforetakene, lederne må ha *forståelse for viktigheten av å samarbeide* over forvaltningsnivå, og dette må kombineres med et aktivt engasjement fra fagfolkene. Erfaringer fra samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak i helse- og omsorgstjenestene som Agenda (2007) tidligere har evaluert, viser at de som har satsset sterkt på å involvere linjelederne på mellomnivå, og forankret arbeidet hos disse, ofte lykkes best. Disse lederne styrer på mange måter praksisfeltet, og er ansvarlige for den praktiske gjennomføringen av samarbeidstiltakene som blir besluttet. Dersom mellomlederne ikke forstår hva endringene er ment å innebære, skjer det ofte lite og det blir vanskelig å få gjennomført endringene.

Forståelse av endringer og deres potensial for videreutvikling av tjenestene kan tenkes å bygge på og avhenge av en bredere kunnskap om eget og samarbeidspartners arbeid og kompetanse. For å oppnå godt samarbeid peker Grut (2007) på viktigheten av en gjensidig *forståelse* og *anerkjennelse* av ansvar, roller og oppgaver, i og på tvers av tverrfaglige team og tjenester. Dette kan sies å handle om *gjensidighetskunnskap* (Danbolt et al., 2010). Danbolt et al. (2010) studerte samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykiske helsetjenesten ved hjelp av fokusgruppeintervju med brukere, ansatte ved DPS og akuttposter i spesialisthelsetjenesten, og fastleger og ansatte i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Informantene i studien beskrev samhandlingen i psykisk helsearbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste som utilfredsstillende med tanke på rutiner, kvalitet og gjensidighetskunnskap. Problemet med mangler i utviklingen av informasjonsrutiner på tvers av enheter, tjenester og profesjon er påpekt tidligere, for eksempel i forbindelse med samhandlingen mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern for barn og unge (BUP), i forbindelse med henvisning og epikrise (Andersson og Norvoll, 2006).

Gjensidighetskunnskap innbefatter at man vet om hverandres kompetanse, systemer, muligheter og begrensninger, og at man vet hvem det er man samarbeider med (Danbolt et al.,

⁵ Samarbeid og samhandling kan antas også å ha ulike betingelser for sitt virke etter hvilke ledelsesmodeller som kommunen benytter. I en studie av arbeidsforhold ved norske sykehjem fant Ingstad (2010) at "bestiller-utfører"-modellen", som er kjent som et verktøy fra New Public Management, bidrar til større ansvar og mindre makt til fagutøverne som har direkte kontakt med brukerne. Flere informanter i en studie av Elstad et al. (2013) diskuterte også hvorvidt en opplevd mangel på anerkjennelse av kompetansen til kommunalt ansatte kunne være et resultat av en organisering etter denne modellen.

2010). Dette bygger gjerne på godt utviklede rutiner i forhold til *informasjonsutveksling* og ansvarsfordeling. Flere studier påpeker at samhandling kan hindres av ulik forståelse av innholdet i arbeidet som utføres i de psykiske helsetjenestene (Biong, 2011; Elstad et al., 2013, s. 298; Magnusson og Lützén, 2009). Å kjenne til hverandre er imidlertid ikke tilstrekkelig for å skape en lik forståelse av et arbeid. Ulik forståelse kan være et symptom på for lite utveksling av informasjon om arbeidsoppgavene. Samtidig er ulik forståelse et integrert og uunngåelig aspekt ved samarbeidet om mennesker med psykiske lidelser. Ulike profesjoner har ulike vokabular for å beskrive pasienten, og har ulike tilnærminger til pasientbehandlingen.

Ifølge Ørstavik (2008) er det to hovedmåter å forstå psykiske lidelser på i praksisfeltet: Den naturvitenskapelige tilnærmingen, med en medisinsk tilhørighet, som først og fremst ser psykiske lidelser som objektive størrelser, og det kontekstuelle perspektivet, som ser på lidelsen som avhengig og utspillende i den større sosiale konteksten som personen befinner seg i. Den førstnevnte tilnærmingen har en tydeligere identitet enn det kontekstuelle perspektivet. Dette utfordrer samspillet mellom dem, idet bildet av psykisk helsearbeid som samarbeidspartner kan bli noe diffust for spesialisthelsetjenesten (Lynch, Askew, Mitchell og Hegarty, 2012) – og motsatt.

For å samarbeide godt, har aktørene i de psykiske helsetjenestene flere *samarbeidsverktøy* å hjelpe seg med, som skal koble arbeidet om enkeltpasienter sammen. Tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning kan forstås som et slikt verktøy (Brattrud og Granerud, 2011; Grut, 2007), men i forbindelse med dette begrepet er det kanskje vanligere å tenke på individuell plan (IP), ansvarsgrupper, koordinatore og ambulante team. I det følgende gjennomgår vi kort temaene ambulante team, IP, ansvarsgrupper og koordinatore.

2.4 Verktøy for samarbeid og samhandling

Overordnet sett finner vi minst to innfallsvinkler til samarbeidets rammer i psykisk helse-feltet. Dette kan for eksempel foregå gjennom koordinering av psykososialt arbeid, gjennom en utstrakt bruk av tradisjonelle virkemidler som Individuell plan (IP), ansvarsgrupper, samarbeidsmøter, og så videre, eller annen organisering av tjenestene, slik som ACT og FACT og andre helhetlige og integrerte tjenestemodeller. Pasientgruppene i de psykiske helsetjenestene som samarbeidet foregår rundt, har ulike tjenestebehov. Å møte disse varierte behovene krever tilgang på ulike organisatoriske og faglige tilnærminger.

2.4.1 Ambulante og oppsøkende team

Ambulante tjenester har hatt en kraftig vekst. I perioden 2006 til 2013 økte antall årsverk knyttet til ambulante team i psykisk helsevern for voksne med 593 årsverk (Helsedirektoratet, 2014a, Samdata 2013 tabell 14.1). I 2013 utgjorde årsverkene i ambulante tjenester fem prosent av årsverkene i psykisk helsevern for voksne.

Ambulante tjenester tilbyr regelmessige møter mellom involverte fagpersoner og muligheter for kommunikasjon og kunnskapsutveksling (Fredheim et. al, 2011). Dermed blir de gode utgangspunkt for å fremme tverrfaglig samarbeid, i tillegg til deres oppfølgende pasient-/bruker-funksjon. Det finnes en rekke modeller for hvordan ulike former for ambulante og oppsøkende tjenester kan organiseres (Fugletveit og Hansen, 2013). De mest kjente formene er ACT, FACT og ambulante akutt-team. Vi konsentrerer oss i det følgende om disse.

ACT-team

ACT (Assertive Community Treatment) har fungert som en foregangsmodell for organiseringen av ambulante tjenester, og er en av formene for ambulante tjenester som det er forsket mest på internasjonalt (Fugletveit og Hansen, 2013). Selv om ACT-modellen er etterprøvd gjennom en rekke randomiserte kontrollerte studier internasjonalt i nærmere 40 år, vet vi forholdsvis lite om nytten av ACT i Skandinavia og i Norge (Clausen et al., 2012, s. 4).

Modellen har sin opprinnelse i Wisconsin, USA på begynnelsen av 1970-tallet, og var på mange måter en del av en samfunnspsykiatrisk bevegelse i protest mot gjeldende "asyllenkning". Siden da har modellen blitt videreutviklet og etablert i mange stater i USA, Canada, Australia og flere europeiske land (Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2013).

ACT gir tverrfaglig og tverrsektoriell behandling, som forutsetter at tjenestene fra de ulike forvaltningsnivåene ytes i sammenheng (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). I Norge ble ACT-modellen først prøvd ut i Mossregionen, og evaluert med støtte fra Helsedirektoratet i løpet av en treårs-periode. Samtidig ble det lyst ut stimuleringsmidler til oppstart av ACT-team på landsbasis, og et regelverk for tilskuddsordningen som tar høyde for lokale tilpasninger ble utarbeidet (ibid.). Ifølge Clausen et al. (2012) ble det så etablert 14 ACT-team i Norge fra 2007 til 2012; syv ACT-team i opptaksområdet til Helse Sør-Øst RHF, fire team i Helse Midt-Norge RHF, to team i Helse Vest RHF og ett team i Helse Nord RHF.

I dag er samtlige ACT-team etablert som et forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS) og førstelinjen (en eller flere kommuner/bydeler). De fleste teamene har valgt en modell der ACT-teamet er organisatorisk forankret i DPS, og der alle teammedlemmene er ansatt ved DPS (ibid.). Dette innebærer både et faglig og økonomisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Formålet med ACT å sikre kontinuitet i kontakten med hjelpeapparatet, redusere antall innleggelses og forbedre livskvalitet og fungering. ACT-teamet skal ha kompetanse i å gi ulike typer tjenester som brukeren har behov for, så som medikamentforskriving, kognitiv terapi, rehabiliteringstjenester, integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse og tjenester rettet mot arbeid, familie, fritid og bolig (Clausen et al., 2012). ACT-tenkningen handler derfor om å samle nødvendige tjenester i ett team (Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2013).

Målgruppen for ACT-teamene er mennesker med alvorlige psykiske lidelser, eller mennesker med alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med rusmiddelbruk, kognitiv svikt og/eller betydelig funksjonsnedsettelse. Felles er at disse pasientene har sammensatte og langvarige hjelpebehov fra kommune- og spesialisthelsetjeneste. Målgruppa kjennetegnes videre av liten evne til å samarbeide om foreskrevet behandling, gjentatte kriser og innleggelses i akuttpsykiatrien, store begrensinger i sosial funksjon, store negative konsekvenser ved tilbakefall, manglende sosial støtte, liten effekt av tidligere behandling, og de regnes i tillegg for å være spesielt sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene (Clausen et al., 2012). ACT er en ressurskrevende arbeidsform rundt få pasienter, som krever godt samarbeid med aktuelle kommunale tjenesteytere, og en tydelig formidling av teamets funksjoner, muligheter og begrensninger (Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2013).

Ifølge Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2013) er følgende ACT-elementer evaluert og funnet virksomme:

- Integrrert behandling av rus og psykisk lidelse
- Supported employment, det vil si arbeid med støtte
- Psykosedukasjon for blant annet å styrke pasientens mestringsstrategier
- Samarbeid med de nærmeste støttespillerne rundt bruker om å forstå sykdommen
- Kunnskapsbasert psykoterapi
- Trygg bolig som nødvendig forutsetning for god behandling

Det er godt dokumentert at modellen gir oppsøkende, integrerte og helhetlige tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidige ruslidelser/vansker, som i liten grad oppsøker hjelpeapparatet selv (Helsedirektoratet, 2014b). Det er også vist at ACT bidrar til en reduksjon i antall innleggelseser (Heiberg, 2014), og at særlig er effektiv psykososial behandling ved psykoser (Huus, Storm-Olsen og Herheim, 2008). Foreløpige resultater fra den nasjonale ACT-evalueringen i Norge viser at ACT-teamene inkluderer målgruppen, og klarer å opprettholde kontakten med målgruppen og gi et helhetlig og integrert tjenestetilbud over tid. Evalueringen viser også at teamene har utvist en moderat modelltrofasthet til ACT-modellen. Videre viser evalueringen en tendens til bedring på flere viktige områder, blant annet en signifikant nedgang i bruk av døgnplasser etter start av oppfølging ved ACT (Clausen et al., 2012).

ACT er en fleksibel oppfølgingsform, som både fremmer og er avhengig av brukermedvirkning. Teamene skal fungere som en tillitsskapende og tilgjengelig virksomhet, for å skape tette relasjoner til bruker (Fugletveit og Hansen, 2013; Konsmo, 2004). Det er sentralt at ACT-modellen oppleves som positiv for brukerne selv (Appelbaum og Le Melle, 2008; Krupa et al., 2005; Onyett, 1996). ACT kan derfor oppfattes som en modell som ut fra brukernes syn hjelper dem til å møte en del av dagliglivets problemer selv og å bli inkludert og akseptert i lokalsamfunnet (Fugletveit og Hansen, 2013). Dette er både i tråd med krav om brukermedvirkning og normalisering i psykisk helsefeltet.

Tidligere internasjonale studier har identifisert paternalistiske holdninger til pasienter/brukere blant fagfolk i psykiatri og psykisk helsearbeid (Elstad og Norvoll (2013, s. 145).

Ifølge Fugletveit og Hansen (2013) har utprøving av andre modeller siden 2008, oppbygging av kunnskap om hva som virker, og bruk av prinsipp fra ACT-team i andre modeller medført at det ikke lenger er mulig å skille ut ACT-team som mer effektive enn andre. Mandelid (2010) advarer mot en ukritisk oppfatning av at ACT-team bør implementeres og vil fungere godt i samspillet med alle kommuner. Ved konflikt innad i samarbeidsforholdene, så er det lite hensiktsmessig å etablere ACT-team før disse er løst, ifølge forskeren. Faglige konflikter om hvordan alvorlig psykisk lidelse skal forstås og behandles, kan undergrave effekten av ACT (ibid.).

Flexible ACT (FACT)

Gjennom tilskuddsordningen for etablering og drift av aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-metoden kan det også søkes om etablering av Fleksible ACT-team (FACT) (Helsedirektoratet, 2014b). FACT-modellen forutsetter at det finnes en etablert ACT-funksjon/-team. Modellen inkluderer kunnskapsbaserte behandlingsmetoder og recovery-tenkning (Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2013).

FACT-modellen er i hovedsak utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT og case management (ibid.). FACT ble til på bakgrunn av modelltesting i Nederland (Nord-Holland, fra 2002), hvor man fant at 80 prosent av brukerne i perioder klarer seg med lavnivå-ACT, mens 20 prosent til enhver tid har behov for tett og intensiv oppfølging fra hele teamet etter prinsippene i ACT. Etersom pasientenes forløp svinger, kan man variere mellom høy-intensive og lav-intensive tilbud i samme team. Etablering av FACT-team ble løsningen for å sikre bedre kontinuitet og oppfølging i mer grisgrendte strøk. Ifølge Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2013) var bakgrunnen for modelltestingen en utilfredsstillende oppfølging av pasienter utenfor sykehus, som tvang fram endringer i organiseringen av de psykiatriske tjenestene (hvor ACT blant annet ble etablert og institusjonalisert).

Slik målgruppa defineres i Nederland, vil pasientene i FACT i Norge omfatte brukere som her fordeles mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste, DPS-poliklinikker, ruspoliklinikker, spesialteam og akuttavdelinger (ibid.)-

Ifølge Drukker et al. (2008) kombinerer FACT intensiv ACT-behandling og omsorg for pasienter som krever mindre intens omsorg på ett gitt tidspunkt, men som kan komme til å behøve ACT i framtiden. Ut fra en hypotese om at dette ikke gagnar pasienter som krever intensiv omsorg av teamet, sammenlignet forskerne effektiviteten ved FACT og standard omsorg, med et særlig fokus på mulige modererende effekter av pasientkarakteristika innenfor FACTs pasientsammensetning. De fant at FACT var mer effektiv enn standard omsorg, når pasienten hadde et omsorgsbehov grunnet psykotiske symptomer. Dette tyder på at det i utgangspunktet ikke finnes uheldige effekter ved å bruke bred pasient-mix i tilbudet om kontinuerlig omsorg for pasienter med alvorlig psykisk lidelse i avgrensede geografiske områder (ibid.).

Mens ACT var blitt kritisert for å fotfølge brukere unødig mye, så unngås dette i FACT, samtidig som FACT sikrer en nødvendig kontinuitet i oppfølgingen. Dessuten legges det opp til en bedre utnyttelse av ressursene, i og med at målsettingen er å følge opp alle brukerne med alvorlig psykisk lidelse i et opptaksområde (Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2013). ACT-satsingen i Norge og opprettelsen av FACT-team forutsetter imidlertid at begge forvaltningsnivå samarbeider om teamene og avser ressurser (ibid.).

Ambulante akutt-team

I St. prp. nr. 1 (2004 – 2005) ble det forutsatt at ambulante akutttilbud skal etableres ved samtlige DPS, organisert som ambulante akutt-team. Ambulante akutt-team skulle være etablert ved alle DPS innen utløpet av 2008. I 2011 hadde 64 DPS-er en eller annen form for ambulans virksomhet (Pedersen, Sitter og Bremnes, 2012).

Ambulante akutt-team ved DPS skal sikre en bedre, mer helhetlig og tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til personer i akutte psykiske krisesituasjoner. Ifølge Helsedirektoratet

(2014c) skal teamene ikke erstatte innleggelse i døgnavdeling der dette er nødvendig. Formålet med ambulante akutt-team er å tilby pasientene en behandling med minst mulig inngripen i deres liv, som understøtter egne valg og egen mestring, og som gjennomføres i samhandling med pårørende og øvrig nettverk.

Helsedirektoratet (2014c, s. 21) definerer ambulante akutt-team som spesialiserte tverrfaglige team, med oppgave å:

- Vurdere pasienter som henvises med akutt psykisk krise til psykisk helsevern for akuttinnleggelse, og eventuelt for akutt hjelp uten behov for innleggelse
- Gi korttids hjemmebehandling i samarbeid med pasient, pårørende og andre helsetjenester i spesialisthelsetjeneste og kommune, som alternativ til akutt innleggelse i døgnenhet i psykisk helsevern

Ifølge Helsedirektoratet (2014c, s. 19-29) ble ambulante akutt-team primært opprettet for å gi et alternativt tilbud til pasienter i alvorlig psykisk krise, som ellers ville blitt akutt innlagt til døgnopphold i psykisk helsevern. I dag er målgruppen som antas å ha nytte av oppfølging fra ambulante akutt-team noe utvidet. Målgruppen er ikke definert ut fra diagnose eller aldersgruppe, men det dreier seg ofte om pasienter med psykose, alvorlige depresjoner, alvorlige bipolare lidelser, eller selvmordsfare. Pasienter i alvorlig psykisk krise, som ikke er i ferd med å bli innlagt, men som har høy sannsynlighet for forverring og behov for innleggelse uten tiltak, og der poliklinisk behandling ikke er gjennomførbart, kan også ha behov for akutt hjelp fra psykisk helsevern. Akutt-teamene skal dessuten gjøre vurderinger av pasienter i en alvorlig krise med rus som tilleggsproblem, og skal samarbeide med behandlingstilbud innen kommunen og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Helsedirektoratets (2014c) retningslinje er at ambulante akutt-team skal ha psykiater, psykolog, psykiatriske sykepleiere og rus- og sosialfaglig kompetanse, for å sikre god og tverrfaglig kvalitet på vurderingene som gjøres i teamet. Teamet bør også ha rus- og sosialfaglig kompetanse. De skal være operative kveld og helg, og sørge for samarbeid med andre om å dekke natt. Videre skal de i hovedsak ta imot henvisninger fra faglige instanser som fastlege, legevakt, kommunal helse- og omsorgstjeneste og enhet i spesialisthelsetjenesten. Teamet kan også ta imot henvendelser fra pasient, pårørende, omsorgspersoner og eventuelle andre instanser. Det fremgår tydelig av denne organiseringen og kompetansesammensetningen at ambulante akutt-team skal være sentrale for å etablere samhandling med pårørende, andre omsorgspersoner, fastlege, kommunale tjenester og øvrig spesialisthelsetjeneste for å ivareta pasientens helhetlige behandlingsbehov – samtidig som teamet selv må utvikle en produktiv samarbeidskultur internt.

Ifølge Herrestad og Biong (2011) representerer ambulante akutt-team gode eksempler på hvordan psykisk helsearbeid og spesialisttjenestene smelter sammen i det nye området mellom de tradisjonelle primær- og sekundærtjenestene. De kan vanskelig forstås enten som psykiatrisk behandling eller som forebyggende virksomhet. I en studie av arbeidsmetoder i et ambulante akutt-team, kom disse forskerne fram til at ansatte i ambulante akutt-team befinner seg i et spenningsforhold mellom institusjonelle og faglige krav – hvor tradisjonell psykiatrisk praksis og arbeidskontekstens krav balanseres. De ansatte er i større grad avhengige av pasientens og

omgivelsenes samarbeid og erfaringskunnskap enn i en sykehussituasjon. Dette påvirker deres oppfatning av egen rolle i nettverket som pasienten under vurdering eller behandling inngår i, ifølge forskerne.

2.4.2 Individuell plan

Ordningen med individuell plan ble innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. Både pasientrettighetsloven og lov om spesialisthelsetjeneste regulerer dette.

Pasientrettighetsloven § 2-5: Rett til individuell plan: Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (i kraft 1. juli 2001).

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-5: Individuell plan Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold (i kraft 1. januar 2002).

Et viktig formål med individuell plan er å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren. I de fleste tilfeller vil det være naturlig at det individuelle planarbeidet forankres i kommunen og at det er en tjenesteyter fra den delen av tjenestene som er koordinator.

Pasientkartleggingen i 2012 fant at blant døgnpasientene var det utarbeidet, eller det var under utarbeidelse, en individuell plan for 37 prosent av pasientene (Ose og Pettersen, 2014). For 13 prosent av pasientene er det ikke aktuelt med individuell plan, og syv prosent av pasientene ønsker ikke individuell plan. I 2007 hadde 53 prosent en individuell plan, så andelen har gått ned de siste årene. Årsakene til denne reduksjonen kan være flere, og vi kommer tilbake til dette i kapittel 7.

En tidligere analyse av IS-24-tall har beregnet at nesten 0,5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen og i overkant av 0,4 prosent av voksenbefolkningen vurderes å ha behov for langvarige og koordinerte helsetjenester grunnet psykiske lidelser eller vansker (Ose, Kaspersen, Lilleeng og Kalseth, 2010). Basert på disse tallene og andre beregninger anslo Ose et. al (2010) at omtrent 14 prosent av voksne mennesker som mottar kommunale tjenester og tiltak har fått utarbeidet IP med tiltak som er under gjennomføring i 2008. Blant barn og unge mennesker med psykiske lidelser og vansker som mottar kommunale tjenester og tiltak, anslår de at ni prosent har fått utarbeidet IP der tiltak er under gjennomføring. De fant videre at 96 prosent av de voksne og 90 prosent av barn/unge som har fått utarbeidet IP med tiltak under gjennomføring, har fått angitt koordinator. De beregnet også at 45 prosent av de voksne og 36 prosent av barn/unge som vurderes å ha rett til IP, ikke har fått utarbeidet en plan med tiltak som er under gjennomføring.

I en studie av hindre for kontinuerlig omsorg for unge voksne brukere av psykiske helsetjenester konkluderer Ådnanes og Steihaug (2013) at IP bør utnyttes bedre som

koordineringsverktøy, for blant annet å motvirke manglende integrasjon mellom tjenester og bedre progresjonen i omsorgen. Michaelsen, Vatne og Hollingen (2011) har studert brukererfaringer knyttet til aktiv brukermedvirkning i arbeid med nettbasert individuell plan (SamPro). På bakgrunn av sine funn mener de at nettbasert IP kan være et virkemiddel som for større mestring, kontroll og råderett i eget liv for brukere med psykiske lidelser. En forutsetning som de påpeker er at brukerne får nødvendig opplæring og oppfølging i planarbeidet over tid, og at de har egen pc. Videre anbefaler Michaelsen et. al (2011) en felles opplæring for brukere og hjelpere, da dette bidrar til likeverdighet i relasjonen og et styrket samarbeid – gitt at de profesjonelle opptrer mer som partnere, enn eksperter. De etterlyser flere studier av partnerskapsrollen, undervisning og veiledning i bruken av IP, for å understøtte antagelsen om den positive og bemyndiggjørende effekten IP kan ha for brukerne.

2.4.3 Ansvarsgrupper

En ansvarsgruppe består av brukeren og representanter for tjenester som brukeren mottar. Arbeidet i en slik gruppe kan bidra til å koordinere innsatsen og til å avklare ansvarsforhold mellom de involverte instanser. Metoden har vært brukt i offentlig tjenesteyting siden 1980-tallet. Det er vanlig at en av deltjenestene har ansvar for å koordinere arbeidet til gruppen. En ansvarsgruppe antas å være godt egnet for organisering av arbeidet med individuell plan (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009).

35 prosent av pasientene som mottar døgnbehandling i psykisk helsevern har fått etablert ansvarsgruppe (Ose & Pettersen, 2014). 62 prosent av pasientene som har ansvarsgruppe, har alvorlig psykisk lidelser og det er ikke forskjeller i andel med ansvarsgruppe blant pasienter innlagt etter om de er innlagt i sykehus eller DPS (ibid).

Det er tidligere funnet at ansvarsgrupper er et av de mest sentrale samhandlingsverktøyene rundt døgnpasienter i psykisk helsevern i følge behandlere i spesialisthelsetjenesten (Ose og Slettebak, 2014). I en studie av ansattes erfaringer med samhandling mellom et distriktpsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid, viser Elstad, Steen og Larsen (2013) blant annet betydningen av konkrete avtaler og ansvarsgruppemodellen for god informasjonsflyt mellom partene. Dette bygger opp om godt samarbeid. Samtidig må flere samhandlingsverktøy fungere godt på samme tid. Som en informant i deres studie påpekte: "Saksbehandlere i kommunen skal ha oversikt. Hvis de har denne oversikten, og vi følger en ansvarsgruppemodell, bruker Individuell plan, og har med pårørende og nettverk, så har jeg vært med på noen glansbilder av samarbeid. Men da har alle prioritert å være med" (Elstad et. al 2013, s. 300).

2.4.4 Koordinator

Koordinatorrollen for individuelle planer og ansvarsgrupper er som regel ivaretatt av personale fra ulike pleie- eller sosialfaglige yrkesgrupper. God koordinering beskrives gjerne som en forutsetning for god samhandling i offentlige helsepolitiske dokument (Schönfelder, 2013). I pasientkartleggingen i døgninstitusjonene er det spurt om det er oppnevnt en koordinator for tilbudet til pasientene som er kartlagt. 33 prosent av pasientene har fått oppnevnt en koordinator, og blant de med de mest alvorlige psykiske lidelsene, er andelen 41 prosent (Ose og Pettersen, 2014). I 2007 hadde 77 prosent av pasientene med en etablert individuell plan en koordinator med en overordnet funksjon i forhold til pasientens samlede behandlingstilbud. I

2012 er det altså en betydelig lavere andel som har fått utarbeidet IP, men blant disse, er det 81 prosent som har koordinator (ibid).

Ifølge en kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011, så ble koordinatorrollen flittigst benyttet i de kommunale helse- og sosialtjenestene det året, etterfulgt av hjemmetjenesten og helsestasjon. Dette er i samsvar med hvilke tjenester som inngår i arbeidet med IP i kommunene (Rambøll Management Consulting, 2011) Basert på kartleggingen mener Rambøll Management Consulting (2011) at en stor andel av kommunene, uavhengig av kommunestørrelse, ikke har noen samlet oversikt over hvilke personer i tjenesteapparatet som fyller koordinatorrollen. Ifølge SPoR-Vestfold (2014) er rollen som koordinator i spesialisthelsetjenesten og de psykiske helsetjenestene heller ikke utviklet i tråd med lovens intensjoner ennå. SPoR-Vestfold (2014) argumenterer for at dette er medvirkende til at en samlet spesialisthelsetjeneste – tross stor ressurstilgang i enkelte særlig sammensatte RoP-saker – har vanskelig for å bidra optimalt i samarbeidet med kommunene. Ifølge SPoR-Vestfold (2014) fremmer ikke helseforetakenes rapport- og incentivstruktur medarbeidernes mulighet for å utvikle koordinatorrollen på tvers av enheter som opptrer autonomt.

2.5 Hva kan forbedres – ifølge tidligere forskning?

Utviklingen peker mot at det nå er behov for å gi kommunene mulighet til å bygge ut tjenestene og få etablert gode samarbeidsformer mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene (Ose, 2014; Ose og Slettebak, 2014). For å oppnå dette, anbefaler Brattrud og Granerud (2011) en styrking av IP, tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning, og etablering av arenaer for mestring og hjelp til selvhjelp i lokalsamfunnet. Ifølge Brattrud og Granerud kan bedre samarbeid i lokalsamfunnet føre til bedre utforming av tjenestetilbudet – en erfaringskompetanse som forvaltningsnivåene trenger for å peke ut behovene som finnes.

Videre, for å forbedre samarbeidet trengs smidigere innleggelsesprosedyrer, mer erfarne fagfolk i spesialisthelsetjenestens frontlinjer (DPS og akuttavdelinger), tettere samarbeid med fastleger, mer nettverkstenkning og ambulante DPS-tjenester, ifølge Danbolt et. al (2010). Forskerne støtter en intensjon om endring i mer brukernær retning, som samsvarer med anbefalinger fra Rådet for psykisk helse og føringer i Samhandlingsreformen fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Fokuset på sømløse tjenester bør dessuten innebære krav til tilstrekkelig informasjon om pasienten og oppfølgingen som vedkommende får. Behandling av psykiske lidelser innebærer ofte flere innbyrdes avhengige tiltak og tjenester, noe som nødvendiggjør informasjon om helheten av benyttede tjenester og intervensjoner i henvisninger og epikriser for å sikre et samordnet behandlingsforløp (Hartveit et al., 2012; Onyett, 1998). I en norsk studie av hvorvidt henvisninger og epikriser gir tilstrekkelig informasjon for prioritering, planlegging og koordinering i psykisk helsevern for voksne, fant Hartveit et al. (2012) at en rekke henvisninger og epikriser manglet ulike typer informasjon, særlig knyttet til planlegging og videreføring av pasientens behandlingsprosess. For henvisning var manglene oftest knyttet til informasjon om eksisterende og planlagte tiltak i den integrerte behandlingen. Kun hver fjerde henvisning ga konkret informasjon om selvmordsfare. For epikrisene var manglene oftest knyttet til informasjon om ivaretagelse av nettverk, hvilken informasjon som var gitt pasienten, og planlegging ved et eventuelt tilbakefall. Pasientens medvirkning i planlegging av sin egen

behandling framgikk forholdsvis sjelden i henvisningene og epikrisene (Hartveit et al., 2012, s. 224). Forskerne undersøkte ikke konsekvensene av manglene i henvisningene, men Statens helsetilsyn (2010) har tidligere funnet at mangelfull informasjon i henvisninger er vanligste årsak til urettmessig avslag om behandling.

2.6 Eksisterende samarbeidsprosjekt - eksempler

Bratrud and Granerud (2011) anbefaler at satsningen i de psykiske helsetjenestene framover bør være i utviklingen av gode samarbeidsmodeller. Dette gir gjenklang i de mange samarbeidsprosjektene som finner sted i Norge i dag, med utvikling av modeller for samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommune og fastlege som mål. Nedenfor følger en kort oversikt over pågående eller nylig avsluttede prosjekt mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner.⁶ NAPHA (Karlsen og Fleiner, udat.) har betegnet både Romeriksprosjektet og SPoR-Vestfold, som vi kort beskriver først, som "spydspisser" for det videre arbeidet for bedre samhandling på psykisk helse-feltet. Deretter beskriver vi samhandlingstemaet i Bærum og Brobyggermodellen, samt hovedtrekk i faktorer for god samhandling, som prosjektaktører formulerte som viktige i de organisatorisk forpliktende samarbeidsmodellene som mottok tilskudd i 2013.

2.6.1 Romeriksprosjektet

Romeriksprosjektet et prosjekt om samhandling mellom de psykiske helsetjenestene, som drives av Mental Helse Akershus, Rusmiddelmissbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk Helse Romerike (LPP), kommunene Gjerdrum, Nannestad, Ullensaker, Eidsvoll, Skedsmo, Fet, Rælingen og Akershus universitetssykehus HF (Ahus) (Heskestad, Schjervheim og Ruud, 2012). Ifølge Hansen og Ramsdal (2012) så er dette ett av flere prøveprosjekt som helsemyndighetene har igangsatt, for å utvikle ny kunnskap om hvordan samhandlingen kan forbedres. Prosjektet ble startet opp høsten 2010, og skal vare i 5 år. De viktigste kjennetegnene ved prosjektorganiseringen er å benytte eksisterende tjenester, innføre arenaer for forpliktende samarbeid (samhandlingsgrupper), arbeide tettere sammen, oppsøkende og lokalt, etablere felles opplæringsprogram, kultur og holdninger (fremstå som ett fagmiljø), tilbud om nettverksmøter, brukermedvirkning og pårørendeinkludering (ibid.).

Ifølge Hansen og Ramsdal (2012, s. 6-8) sin midtveisevaluering av prosjektet så har prosjektet flere mål:

- Gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusproblem, kognitiv svikt, mv. et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud, og fremme mestring i dagliglivet, og bidra til sosial inkludering av mennesker med psykiske lidelser
- Bidra til å redusere oppholdstid i døgnavdelinger og til å redusere bruk av tvang

⁶ Takk til NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, for oversikt over eksisterende samarbeidsprosjekt.

- Bedre tilgangen på hjelp til de som ønsker og som kan ha nytte av mer kontakt med hjelpeapparatet
- Bidra til å utvikle kunnskapsbasert praksis i kommuner og helseforetak i behandling, rehabilitering og oppfølging
- Prøve ut samhandlingsmodell(er), og levere et forslag til hvordan modeller for økt samhandling skal utformes på en noe bredere basis enn prosjektet selv, ved å sammenligne effektene av modellen med andre modeller som vil være evidensbasert slik forskningen frembringer

Prosjektet ønsker å nå samme målgruppe som ACT-team i andre områder, blant annet for å sammenligne en forpliktende samhandlingsmodell på Romerike med ACT-modellen. Sentralt i prosjektets samhandlingsmodell er samhandlingsgrupper, som dekker hver sine kommuner, og som er sammensatt av representanter fra tjenestene som deltar i prosjektet (Heskestad et. al, 2012). Det er for tidlig å konkludere hvorvidt prosjektet har nådd sine mål, men Hansen og Ramsdal (2012) trekker blant annet fram foreløpige erfaringer:

- Samhandlingsgruppene fungerer best når de som yter tjenestene til de aktuelle pasientene er innbefattet i samhandlingsgruppen (altså at man har en organisasjonsform som minner om ACT-team)
- Å fordele pasienter på terapeuter i spesialisthelsetjenesten etter geografisk forankring gir gode muligheter for å koble rollen som terapeut og medlem av samhandlingsgruppe
- Det bør tilrettelegges for at terapeuter i spesialisttjenestene kan delta i større grad utenfor egne kontorer
- Samhandlingsgrupper bør delegeres beslutningsmyndighet
- Brukerorganisasjonene har vært godt representert og har spilt en aktiv rolle i prosjektet, og dette anses som en styrke
- Ad hoc-baserte samhandlingsarenaer må utvikles, som gir mulighet for å utvikle pragmatiske løsninger i forbindelse med spesifikke utfordringer
- Møtearenaer må være noe mer enn bare et sted der man er tilstede samtidig

2.6.2 SPoR Vestfold

SPoR Vestfold (2014) – samhandling psykiatri og rus 2010-2013 - er et samhandlingsprosjekt som stiller grunnleggende spørsmål ved hva som særlig kjennetegner psykososial rehabilitering av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. "Psykososial rehabilitering" er en tilnærming til støtte til mennesker med langvarig sykdom og helseproblem, inkludert psykisk lidelse, som legger vekt på personenes egne ressurser, og å avdekke og redusere faktorer som hindrer sosial inklusjon og deltakelse (Elstad og Norvoll, 2013). Bakgrunnen for SPoR-prosjektet var en erkjennelse blant ledere på høyt nivå i fem kommuner og i helseforetak om at samhandlingen rundt RoP-pasienter er en utfordring, og at resultatene ikke står i samsvar med ressursene som settes inn. Representert i prosjektet var kommunene Nøtterøy, Tønsberg, Stokke, Sandefjord og Larvik, i samarbeid med Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold, og NAV Vestfold (Bjørn, udat.).

Ifølge SPoR Vestfold (2014) sin sluttrapport rekrutterte prosjektet 22 brukere som deltakere, ut fra gruppen som kommunene og helseforetak syntes de lyktes dårligst med å hjelpe. Brukerne ble intervjuet om sine erfaringer som tjenestemottakere. Deres synspunkter ble tatt med inn i

ansvarsgruppene og lagt til grunn for videre jobbing. Arbeidet i ansvarsgruppene ble fulgt tett og dokumentert over en periode på ca. 2,5 år. Ved prosjektets slutt ble deltakerne intervjuet på nytt med hensyn til brukeropplevd nytte, og hver av sakene ble oppsummert i ansvarsgruppe eller samarbeidsgruppe. Saksoppsummeringene ble analysert av prosjektgruppa med tanke på læring på systemnivå. SPoR Vestfold (2014) rapporterer blant annet følgende hovedfunn:

- RoP-lidelser skaper særlige samhandlingsutfordringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Samhandling med og rundt RoP-pasienter løper mye lettere når det skapes forutsetninger for at de involverte aktørene klarer å skape like bilder av arbeidet de skal gjøre
- For RoP-pasienter må det legges til rette for få, trygge, varige og robuste, terapeutiske relasjoner med mulighet for oppsøkende, boligbasert og nærmiljøbasert innsats. Det er for knapp tilgang på egnede boliger i kommunene
- En sterk funksjon som kommunal koordinator for RoP-pasient/bruker, med tilstrekkelig kapasitet og bred RoP-kompetanse, er avgjørende viktig for å lykkes i slike saker
- Det er stor variasjon i når samarbeidspartnere innen gitte ressursrammer "strekker seg" og "trekker seg" i vanskelige enkeltsaker. Kriteriene for når dette skjer er utydelige
- En mindre samarbeidsmodell som grunnstruktur i daglig samarbeid ivaretar økt reell brukermedvirkning og nødvendig tverrfaglig samarbeid på en bedre og mer effektiv måte enn en tradisjonell, stor ansvarsgruppemodell
- Fastlegenes deltakelse er en avgjørende viktig kommunal ressurs i samarbeidet rundt RoP-pasienter. Det er en kommunal lederoppgave å sikre at uvillige fastleger kommer på banen

Prosjektgruppa bak SPoR-Vestfold (2014) anbefaler en systematisk utprøving av samarbeid organisert som i en triangel- eller tetraedemodell, med en sterk og tydelig koordinatorfunksjon, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Modellen bør fungere som grunnstruktur i samarbeidet om særlig innsatskrevende saker.

2.6.3 Samhandlingsteamet i Bærum

Samhandlingsteamet i Bærum (SiB) ble etablert i 2012, basert på arbeidsmetodikken fundert i modellen S-Flex, med effektevaluering. SiB er en forpliktende samarbeidsmodell mellom Bærum kommune og Bærum DPS, med et tverrfaglig team bestående av ansatte fra kommunen (psykisk helse, rustjeneste, booppfølging, boligkontor), NAV arbeid, spesialisthelsetjenesten i psykiatri, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og PUT (Schjerve, udat.). Inntakskriteriet er at man må ha en alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusavhengighet, stor funksjonssvikt og svak eller manglende tilknytning til tjenesteapparatet. Verken diagnose eller alder legges til grunn som vurderingsgrunnlag for inntak (Andersen, 2013).

Ifølge Schjerve (udat.) er samhandlingsteamets arbeidsmåter organisert fritt etter FACT-modellen, med tre oppsøkende og pågående innsatsnivå: inn i teamet, skulder ved skulder eller veiledning, i tillegg til tverrfaglig og tverretatlig lokal utdanning. Det er alltid en representant fra henholdsvis kommunen og spesialisthelsetjenesten som arbeider sammen. Skulder ved skulder eller "skuldring" vil si at brukeren i utgangspunktet oppfyller de oppsatte kriterier for inntak, men fortsatt har en behandlingskontakt, og/eller delvis stabilitet i livssituasjonen. Da tilbys

behandlingskontakt i en utvidet form for veiledning/støtte og praktisk bistand fra SiB, og alltid ved en person fra motsatt forvaltningsnivå (Andersen, Cannistraci og Emilsen, udat.).

Blant SiBs foreløpige erfaringer av hva som hjelper, trekker Schjerve (udat.) blant annet fram at fagkompetansen må være der folk er og lever sitt liv, og kontakten må være langvarig. Videre er det sentralt med en holdning om at folk gjør så godt de kan. At de som jobber i teamet også jobber i det ordinære tjenesteapparatet medfører at kunnskap, arbeidsmåter, kultur og holdninger spres videre ut i organisasjonene. Samarbeidet bør dessuten være forankret i det øvrige tjenesteapparatet, og i toppledelse både i kommune og spesialisthelsetjeneste.

2.6.4 Brobyggermodellen

Brobyggeren er et samarbeidstiltak innen psykisk helse og rus i Notodden kommune, i samarbeid med DPS og Lærings- og mestringssenteret (LMS) ved lokalsykehuset, psykisk helsetjeneste, NAV og arbeidsmarkedsbedriften NOPRO, og brukerorganisasjoner (Kvalheim, Sørensen, Borg og Karlsson, 2012). Ifølge Kvalheim et. al (2012) representerer Brobyggeren ikke en konkret tjeneste, men en måte å samarbeide på - mellom virksomheter med ulike formål og rammebetingelser. Samarbeidstiltaket har et spesielt fokus på koblingen mellom helse, behandling, arbeid og aktivitet. Prosjektet ble forankret i toppledelsen i virksomhetene gjennom en skriftlig samarbeidsavtale i 2007, som ble revidert i 2009 (Steffensen, 2013).

Ifølge Andersson (2012) er målet med tiltaket at brukerne skal oppleve tjenestene som helhetlige og koordinerte. Aktørene forplikter seg til å kjenne hverandres tilbud og å informere brukerne om disse. De skal i alle faser av et tjenestetilbud tenke koblinger til andre aktører og ha et spesielt fokus på koblingen helse/arbeid/aktivitet. IP skal brukes som verktøy og tankegang. Ifølge Kvalheim et. al (2012, s. 39) er det nedfelt i Brobyggeravtalen at tankegangen i IP skal være førende for samarbeidet med og rundt brukerne. Ved skriftliggjøring blir både rollefordeling, ansvar, oppfølging og evaluering tydeligere, noe som er ekstra viktig når flere aktører er involvert.

Ut fra en evaluering av samarbeidstiltaket så konkluderer Kvalheim et. al (2012, s. 36) at Brobyggeren er en organisatorisk godt utviklet modell, som er forankret hos lederne i organisasjonene og virksomhetene, og som har utviklet seg til å bli et mønster på god organisering av samhandling på system- og styringsnivå.

I en kvalitativ studie av hvordan en overordnet samarbeidsavtale oversettes og iverksettes som ny arbeidspraksis overfor målgruppen, med Brobyggeren som case, viser Rørvik (2011) at virkemidlene som er tatt i bruk i "Brobyggeren" har bidratt til en opplevelse av likestilling i fagkunnskapen blant ansatte på tvers av tjenester. Ansatte har fått økt kunnskap og kjennskap til samarbeidsinstansene. I samarbeidet tar aktørene i bruk snarveier i systemet ved at man går utenom formelle regler for å gi rask hjelp, med det resultat at brukerne kan komme raskere i kontakt med andre hjelpeinstanser. Dette blir mulig grunnet sammensetningen av samarbeidsaktører fra både behandlingsapparatet og virksomheter som ivaretar arbeids- og aktivitetsperspektivet. Denne sammensetningen fremmer fokus på samtidighet i et tilbud som tidligere bar preg av fragmenterte tjenester, ifølge Rørvik (2011).

Like fullt, selv når samarbeidet oppleves som godt, for å utvikle samarbeidet ytterligere så etterlyser Kvalheim et. al (2012) bedre rutiner for innhenting av samtykke, tilbud om IP og

samarbeidsmøter, mer involvering av fastleger, en styrking av koordinatorrollen (større status og autonomi), opprettelse av læringsnettverk/tverrfaglig veiledning på tvers av virksomhetene, og en utvikling av arbeidslivsprosjekter i utvalgte bedrifter.

2.6.5 Organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller

Hvordan man definerer omfanget av samarbeidsprosjekt i Norge avhenger av hvordan man definerer prosjekt for modellutvikling av samarbeidet. Det er derfor vanskelig å anslå hvor mange prosjekt som foregår spredt over landet. Det foregår mye utvikling av samarbeid uten at dette registreres som formelle prosjekt.

På overordnet nivå ser formelle, offentlig finansierte samhandlingsprosjekt ut til å dele noen fellestrekk, i forhold til hva prosjektaktører går ut fra at er viktige faktorer for å heve kvaliteten på samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. I listen nedenfor vises eksempler på innhold i prosjekt som mottok tilskudd i 2013 ut fra Helsedirektoratets oversikt over de organisatorisk forpliktende samhandlingsmodellene:⁷

- Samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste skal være forpliktende
- Kultur og holdninger til samarbeid skal synliggjøres og bevisstgjøres
- Utvikle arenaer og flater for samarbeid
- Forankring i ledelse
- Kunnskapsutvikling, kompetanseheving og kompetanseoverføring blant ansatte/tjenester/nivå
- Brukermedvirkning
- Forbedring av dokumentasjonssystemer og administrative rutiner, for eksempel ved henvisning
- Lav terskel for kontakt
- Bedring av overføringsrutiner, ved behov for tjenester på ulike nivå
- Ønske om tilgjengeliggjøring av informasjon, for eksempel om andre samhandlingsprosjekt og om etablerte samarbeidsmodeller, så som FACT
- Tilgjengeliggjøring av annen faglig kunnskap og erfaringsutveksling, blant annet gjennom diskusjonsforum på nett, og kontakt med relevante fagmiljø
- Innspill på egen praksis, fagnettverk
- Evaluering av tiltak
- Individuell plan
- Oppsøkende samhandlingsteam
- Brukerfokus
- Sikre helhetlige og individuelt tilrettelagte tilbud

⁷ Denne listen kan lastes ned (09.06.2014) fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/Tilskudd%20til%20organisatoriske%20forpliktende%20samhandlingsprosjekter%202013.pdf>

- Rolleavklaring mellom samarbeidspartnere
- Interkommunale tilbud/samarbeid
- Tilgjengelige botilbud
- Arbeid og aktivitet for bruker
- Aktivt fokus på brukere med ROP-lidelser

Noen få samarbeidsprosjekt er evaluert underveis og/eller ved prosjektslutt. Prosjektene Romeriksmodellen, Samarbeidsteamet i Bærum og Brobyggermodellen har i stor grad informert og formidlet om sine erfaringer. Organisatorisk forpliktende samarbeidsprosjekt rapporterer også om sine erfaringer til Helsedirektoratet. Ifølge regelverket for tilskuddsordningen skal tilskuddsmottakerne både levere inn statusrapporter og sluttrapport/årsrapport. Tilskuddsmottakerne kan blant annet bli bedt om å beskrive gjennomførte tiltak som bidrar til prosjektets måloppnåelse og hvordan tiltakene har bidratt til dette. Kommuner som utvikler samarbeidet utenfor tilskuddsordningen derimot, har ikke nødvendigvis ressurser til å gjennomføre evalueringer av selvstendige samarbeidsprosjekt. Vi kan derfor ikke forvente rapportering fra dem på eget initiativ. Dette er imidlertid til hinder for å bygge opp et tilgjengelig kunnskapslager om hvilke samarbeidsmodeller som fungerer godt og hvilke som ikke fungerer like godt.

2.7 Oppsummering

Flere modeller for samarbeid benyttes i psykisk helsefeltet. Vi har kort beskrevet tidligere erfaringer med ambulante og oppsøkende team (ACT, FACT og ambulante akutt-team) og "spydspissmodeller" som Romeriksprosjektet og SPorR Vestfold. Vi har også sett på Samhandlingsteamet i Bærum, Brobyggermodellen i Notodden og organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller. Forskningen på slike team i en norsk kontekst er begrenset i omfang, og mer forskning etterspørres både fra helsemyndighetene og praksisfeltet. Eksempler på erfaringer fra de ulike samarbeidsmodellene er: det bør tilrettelegges for at terapeuter i spesialisttjeneste kan delta mer utenfor egne kontorer, en mindre samarbeidsmodell som grunnstruktur i daglig samarbeid ivaretar økt reell brukermedvirkning og nødvendig tverrfaglig samarbeid på en bedre og mer effektiv måte enn en tradisjonell, stor ansvarsgruppemodell, fastlegenes deltakelse er en avgjørende viktig kommunal ressurs i samarbeidet, fagkompetansen må være der folk er og lever sine liv, samarbeidet må være ledelsesforankret, og tilgjengelige botilbud, lav terskel for kontakt, og tilgang på fagkunnskap og erfaringsutveksling er sentralt.

3 Resultater fra kartlegging i kommunene

Som vi så i forrige kapittel foregår det viktigste samarbeidet rundt mennesker med psykiske lidelser og vansker mellom fastlegen, kommunalt psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten (poliklinikker, døgnavdelinger, ambulante og akutte tjenester). I dette kapitlet bruker vi svarene fra fagpersonene i kommunalt psykisk helsearbeid som er mottatt gjennom IS-24 rapporteringen (se kapittel 2.3.1) for å forstå mer av dette samarbeidet.

Vi har informasjon fra 95 prosent av landets kommuner gjennom IS-24 rapporteringen. Sintef publiserer rapport hvert år fra denne kartleggingen. I forrige rapport så vi blant annet på hvordan kommunalt psykisk helsearbeid opplever samarbeidet med fastlegen, se kapittel 4 i Ose og Slettebak (2014). Vi oppsummerer disse funnene kort i neste avsnitt, og gjør deretter nye analyser og undersøker om det er noen identifiserbare kjennetegn ved kommunene som er fornøyde eller misfornøyde med fastlegens innsats. Deretter ser vi på hvorvidt kommunene er fornøyd med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, og hvilke elementer av samarbeidet som fungerer godt eller dårlig.

3.1 Samarbeid med fastlegene

Vi fant i forrige rapport (Ose og Slettebak, 2014), at et stort flertall av kommunene mener at psykisk helsearbeid i kommunen generelt har et godt samarbeid med fastlegene (83 prosent). Jo mindre kommunene er, desto mer involvert er fastlegene. Dette kan være en konsekvens av at små kommuner har mindre fagmiljø innen psykisk helse, og det derfor er behov for mer involvering av fastlegene enn i større kommuner. Det kan også handle om at mindre kommuner lettere etablerer stabile samarbeidsrelasjoner, men vi finner også at en del små kommuner sliter med at fastlegene skiftes ut hyppig og at dette går ut over brukernes opplevde kontinuitet og tjenestetilbud.

Kommunene melder om store forskjeller fra fastlege til fastlege i hvor god kompetanse de har på psykisk helse og hvor interessert de er i problemstillinger rundt psykisk helse. Fastlegene er generelt mindre involvert i utviklingsarbeid i tjenestene og i plan- og systemarbeid, enn i arbeidet rundt enkeltpasienter.

Faste samarbeidsmøter med fastlegene er et klart ønske fra kommunene. De som har etablert et samarbeid med faste møter er i større grad fornøyd med legens involvering i det psykiske helsearbeidet.

Den største utfordringen synes å være å få legene som ikke oppleves å være interessert i problemstillinger rundt psykisk helse, på banen. Noen fastleger gjør ofte bare minimum av innsats før de involverer spesialisthelsetjenesten. Der kommunene har fått til avtaler om fast andel tid fra fastlegene som brukes på ansvarsgruppemøter og faglige diskusjoner, ser de ut til å

ha kommet lenger i samarbeidet. Kommunalt ansatte leger ser også ut til å gi større legeinnsats i det psykiske helsearbeidet.

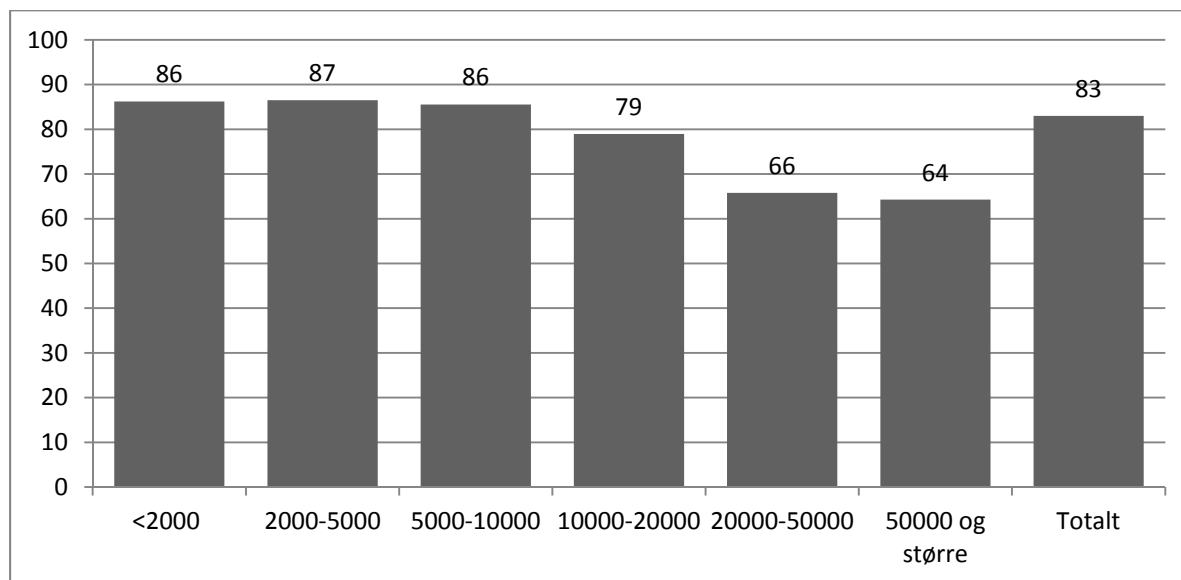
Forrige rapport inneholdt ikke noen analyser av hva som kjennetegner kommuner med et godt samarbeid med fastlegene, men vi ser på dette i det følgende. Vi undersøker særlig om det finnes noen observerbare kjennetegn ved kommunene som rapporterer at de har et godt samarbeid med fastlegen. Vi starter med å se på variasjon i kvaliteten på fastlegesamarbeidet etter kommunestørrelse, og deretter på geografisk variasjon etter fylke og helseregion.

3.1.1 Kommunestørrelse, fylke og helseregion

Vi ser videre kun på påstanden: "Generelt har psykisk helsearbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune", se tabell 2.1 i kapittel 2.3.

Korrelasjonsanalyser viser at svarene på dette spørsmålet er høyt korrelert med resten av variablene i spørsmål 29 (se tabell 2.1), og denne variabelen kan derfor brukes som en indikator for opplevd kvalitet på samarbeidet.

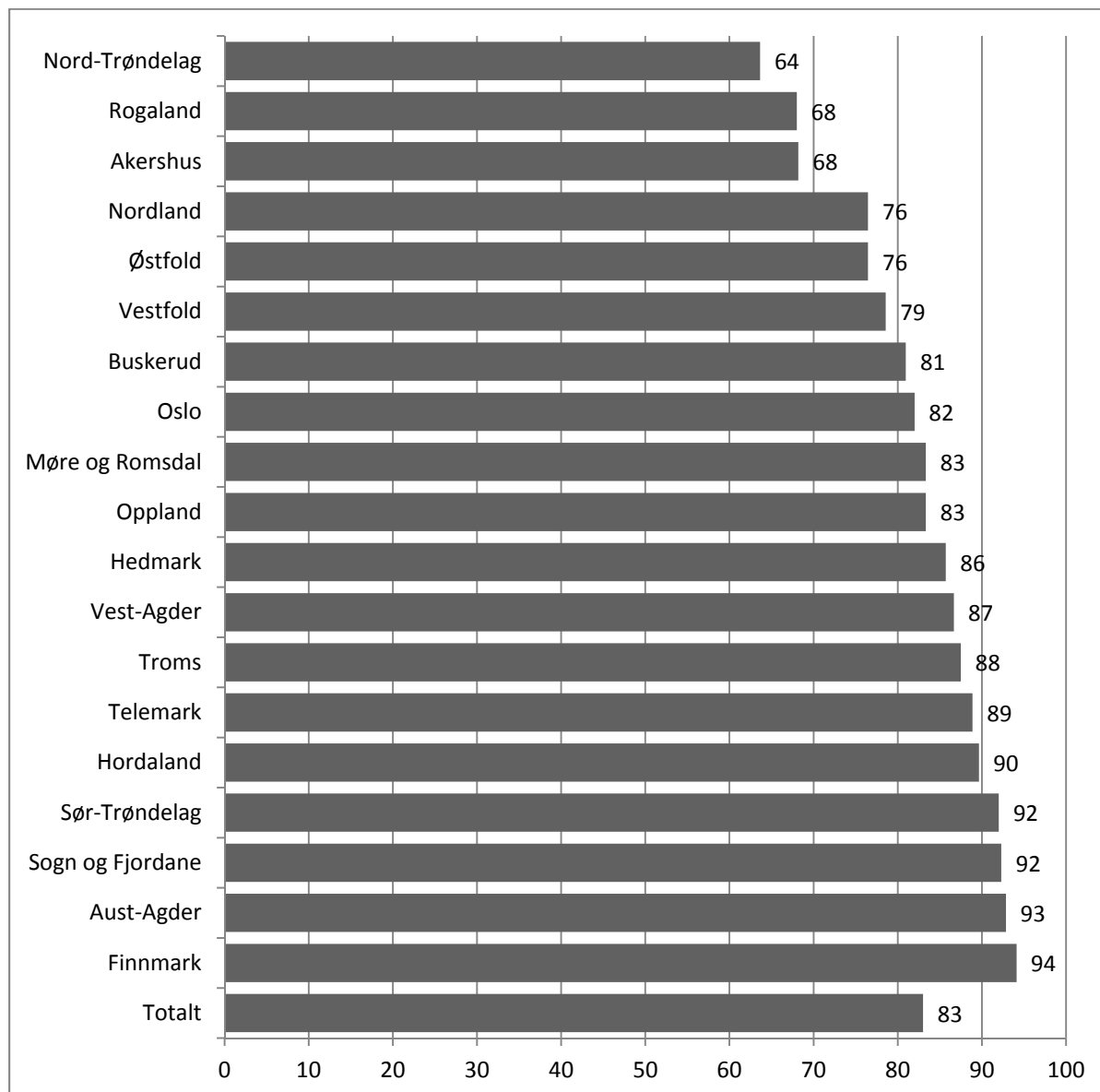
Dersom de har svart "helt enig" eller "enig" på denne påstanden, koder vi kommunen til å ha et godt samarbeid med fastlegene. 94 prosent av landets kommuner har svart på spørsmålet. 31 kommuner har bare en fastlege, mens resten av kommunene må gi en gjennomsnittsvurdering av alle fastlegene i kommunen. Dette kan være problematisk og krevende for mange, men vi forventer at svarene gir et tilstrekkelig bilde av kvaliteten på samarbeidet med fastlegene generelt, vurdert av kommunalt psykisk helsearbeid.



Figur 3.1 Prosent av kommunene i størrelsesgruppen som har et godt samarbeid med fastlegene. IS-24, 2012.

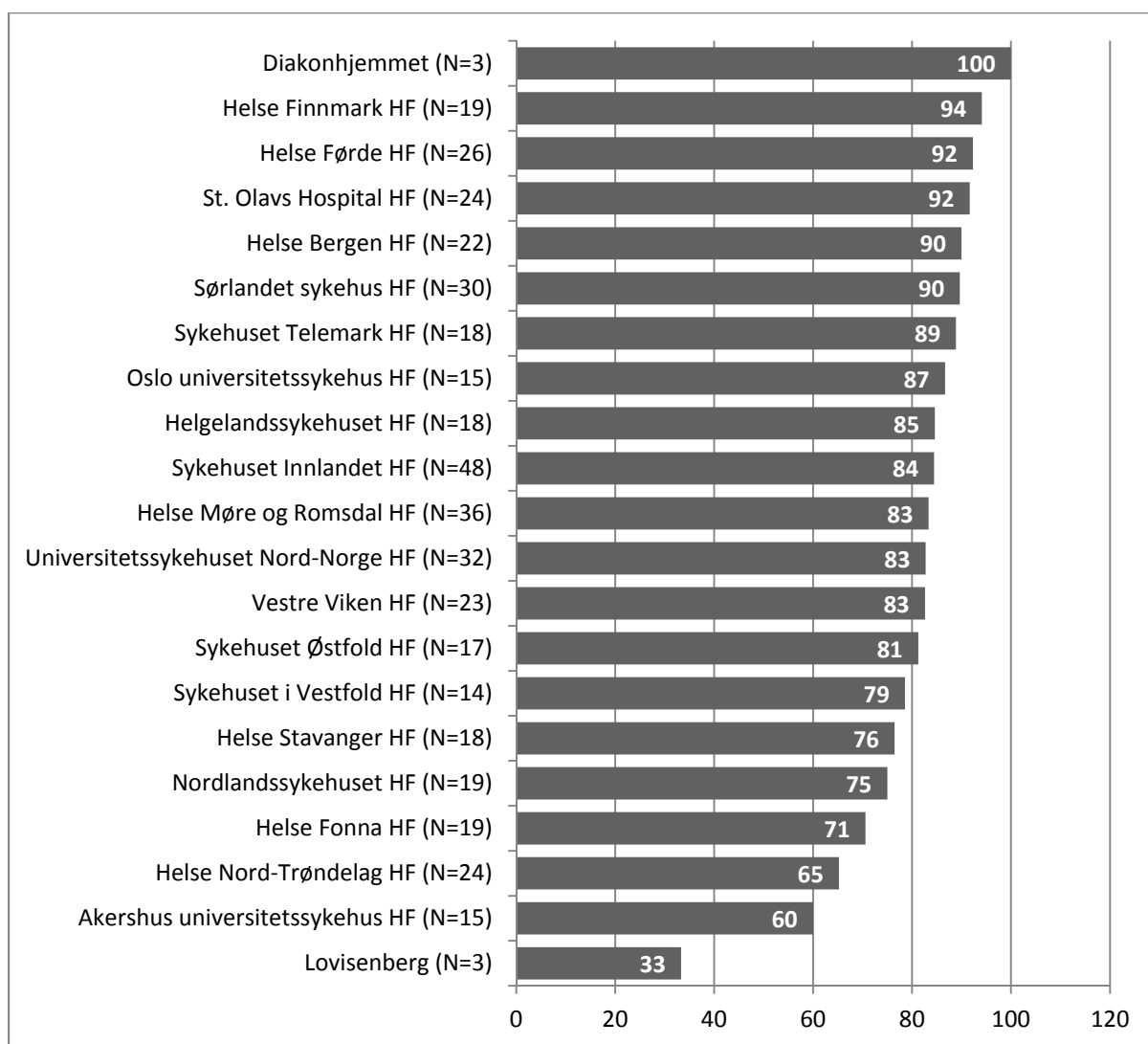
Vi finner at det er systematiske forskjeller mellom store (mer enn 20 000 innbyggere) og små kommuner. Dette er nok et uttrykk for at store kommuner har flere fastleger, og dermed større sannsynlighet for at samarbeidet ikke er bra med enkelte av legene. Vi skal derfor ikke legge for mye vekt på denne sammenhengen.

Som figuren under viser, er det særlig en del kommuner i Nord-Trøndelag, Rogaland og Akershus som ikke er fornøyd med samarbeidet med fastlegene om pasienter med psykiske helseproblem.



Figur 3.2 Prosent av kommunene i ulike fylker som har et godt samarbeid med fastlegene.

Om vi grupperer kommunene etter hvilken helseregion de ligger i heller enn etter fylke, så får vi et litt annet bilde, se figur 4.3.



Figur 3.3 Prosent av kommunene/bydelene i ulike HF områder som har et godt samarbeid med fastlegene.

Lovisenberg HF kommer dårligst ut i forhold til fastlegesamarbeidet. HF-et har opptaksområde fra bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka, St. Hanshaugen og Sentrum. Sentrum har ikke egen IS-24 rapportering. En av tre bydeler er fornøyd med fastlegesamarbeidet, og dette bør undersøkes grundigere for å finne riktige tiltak. Det ser også ut til å være behov for tiltak rettet mot fastlegesamarbeidet i en del kommuner i opptaksområdet til A-hus og i Nord-Trøndelag. Årsaken til dårlig samarbeid i dette området kan, som vi har sett over, være stor utskifting av leger, mangel på faste samarbeidsmøter og leger som viser liten interesse og har liten kunnskap om psykisk helse. Vi ser videre på legedekningen i kommunene. Det kan også være forhold i de kommunale tjenestene som påvirker samarbeidsklimaet.

3.1.2 Legedekning i kommunene

Det er totalt 5 020 legeårsverk i kommunehelsetjenesten ifølge SSB, se tabell 4.1. Vi bruker summen av antall næringsdrivende fastleger, kommunalt tilsatte leger og turnuskandidater, dvs. alle unntatt de 132 næringsdrivende legene utenfor fastlegeordningen i tabell 4.1.

Tabell 3.1 Legeårsverk i kommunehelsetjenesten, 2012. Kilde: SSB

	Antall
Næringsdrivende fastleger	3 605
Kommunalt tilsatte leger	835
Turnuskandidater	448
Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordninga	132
Avtaleformer i alt	5 020

Som vist i tabell 4.2, så er små kommuner i en særstilling når det gjelder legedekning. Mens de minste kommunene har hele 17 leger per 10 000 innbygger, har større kommuner (over 10 000 innbyggere) 9 leger per 10 000 innbygger. Små kommuner har også en betydelig andel kommunalt ansatte fastleger (59 prosent), mot 17 totalt i landet. Hver fjerde som jobber som fastlege i de minste kommunene, er turnuskandidat. Blant de største kommunene er andelen turnuskandidater fire prosent. Legedekningen og sammensetningen varierer altså betydelig ut fra kommunestørrelse.

Tabell 3.2 Legeårsverk i kommunehelsetjenesten, 2012. Kommunestørrelse. Kilde: SSB

	FL per 10 000 innbygger	Andel kommunalt ansatte	Andel turnuskandidater
<2000	17	59	25
2000-5000	13	32	20
5000-10000	11	16	13
10000-20000	9	13	9
20000-50000	9	12	6
50000 og større	9	13	4
Totalt	10	17	9

Vi har gjort statistiske analyser av legedekningen og sammensetningen for å undersøke samvariasjon med hvor fornøyd kommunene er med fastlegesamarbeidet. Vi finner ingen systematisk sammenheng mellom hvorvidt kommunalt psykisk helsearbeid er fornøyd med samarbeidet med fastlegen, og hvor stor andel av fastlegene som er kommunalt ansatte. Det er heller ikke noen sammenheng mellom sannsynligheten for å være fornøyd med fastlegens arbeid mot brukergruppen og andel fungerende fastleger som er turnuskandidater. Vi finner derimot en sammenheng i forhold til den totale fastlegedekningen: Jo høyere antall fastleger per innbygger, desto mer sannsynlig er det at kommunalt psykisk helsearbeid er fornøyd med fastlegens innsats. Kommuner som ikke er fornøyd med fastlegens innsats, har i gjennomsnitt 11 fastleger per 10 000 innbygger, mens kommuner som generelt er fornøyd med fastlegene har 13 fastleger per 10 000 innbygger. Systematikken bevares om vi kontrollerer for kommunestørrelse og en rekke andre observerbare kjennetegn ved kommunene.

Vi finner ingen øvrige systematiske sammenhenger når det gjelder fornøydhetsgrad med samarbeid med fastlegene, og hverken befolkningssammensetning, behovsvariabler (andel uføre, andel arbeidsledige), bosetting (andel som bor i tettbygd strøk), kommunale inntekter, eller avstand til spesialisthelsetjenestetilbud i psykisk helsevern ser ut til å ha noen sammenheng med kvaliteten på samarbeidet. Se kapittel 10 i Ose og Slettebak (2014) for en mer detaljert gjennomgang av regresjonsanalyser og beskrivelse av variablene som ligger bak analysene. Vi går nå over til å se på vurderingen om samarbeid med spesialisthelsetjenestene fra de kommunale tjenestene.

3.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenestene

I kartleggingen av situasjonen i 2012 i kommunene (IS-24 rapporteringen), ble spørsmål om samarbeid med spesialisthelsetjenesten inkludert. Resultatene er ikke tidligere vist eller analysert. Vi ser på følgende tema i kommunenes erfaring i samhandlingen:

- Veiledning til kommunene fra spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid om utskriving av pasienter
- Samarbeid på pasientnivå og systemnivå
- Utvikling av samarbeidet
- Spesialisthelsetjenestens kunnskap om kommunale tjenester

Men samarbeid er vanskelig å måle objektivt og kvantitativt, så det vil alltid være elementer av subjektive vurderinger og respondentens erfaringsbakgrunn i svarene. Når det er de sentrale fagpersonene i kommunene som svarer, antar vi at svarene gir et godt bilde på hvordan samarbeidet med spesialisthelsetjenesten oppleves fra kommunene.

Alle spørsmålene som kommunene har besvart kvantitativt, gir muligheten for en kommentar fra respondenten. Til sammen utgjør dette et datagrunnlag, som både gir målbare indikatorer (for eksempel andel kommuner som er fornøyd med ulike element i samhandlingen), og kvalitativ informasjon om innholdet i samhandlingen. Et viktig formål med neste delkapittel, er derfor å systematisere de kvalitative svarene for å få frem ny kunnskap.

3.2.1 Veiledning til kommunene fra spesialisthelsetjenesten

Helsepersonell ved DPS skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysning om helsemessige forhold for at de skal kunne løse sine oppgaver, jf. Lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3:

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

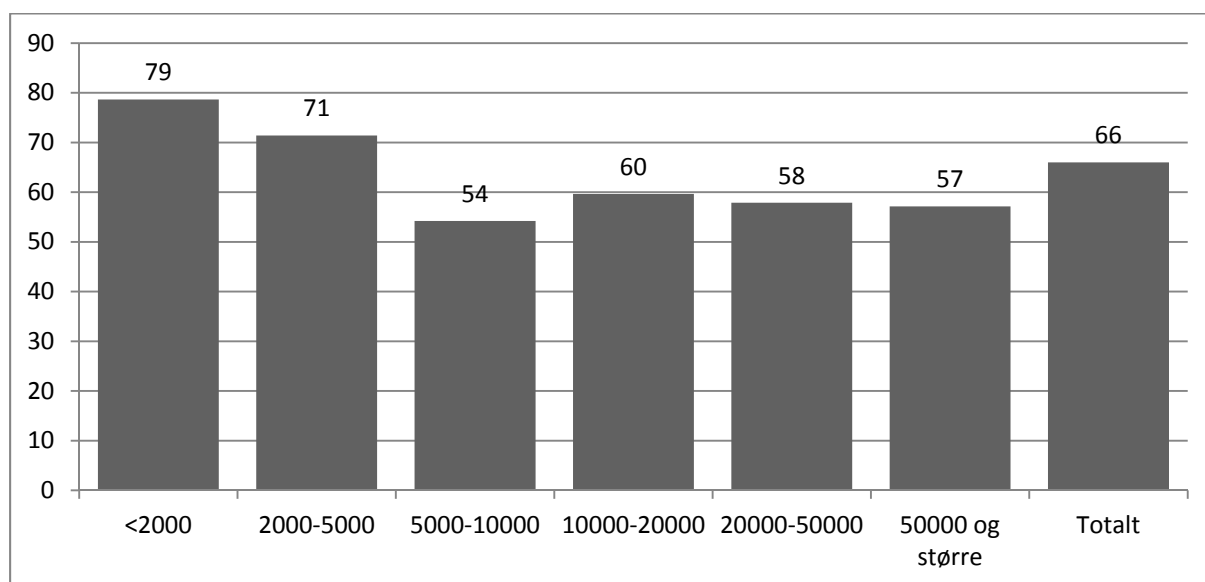
Dette kan ifølge DPS-veilederen (Helsedirektoratet, IS-1388) omfatte:

- pasientrettet veiledning i faste veiledningsmøter
- veiledning ved behov rundt enkeltpasienter og kompliserte situasjoner
- råd og veiledning på overordnet nivå for eksempel når det gjelder oppgaver og utforming av helsetjenesten

Vi har spurt kommunene om de opplever at de får tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Hva som er "tilstrekkelig veiledning" er opp til respondenten å vurdere, så her er det klart rom for subjektive tolkninger. Hva som ligger i veiledningsbegrepet er ikke definert i spørsmålet, men vi ser på svarene at det i stor grad tolkes i tråd med loven og veilederen.

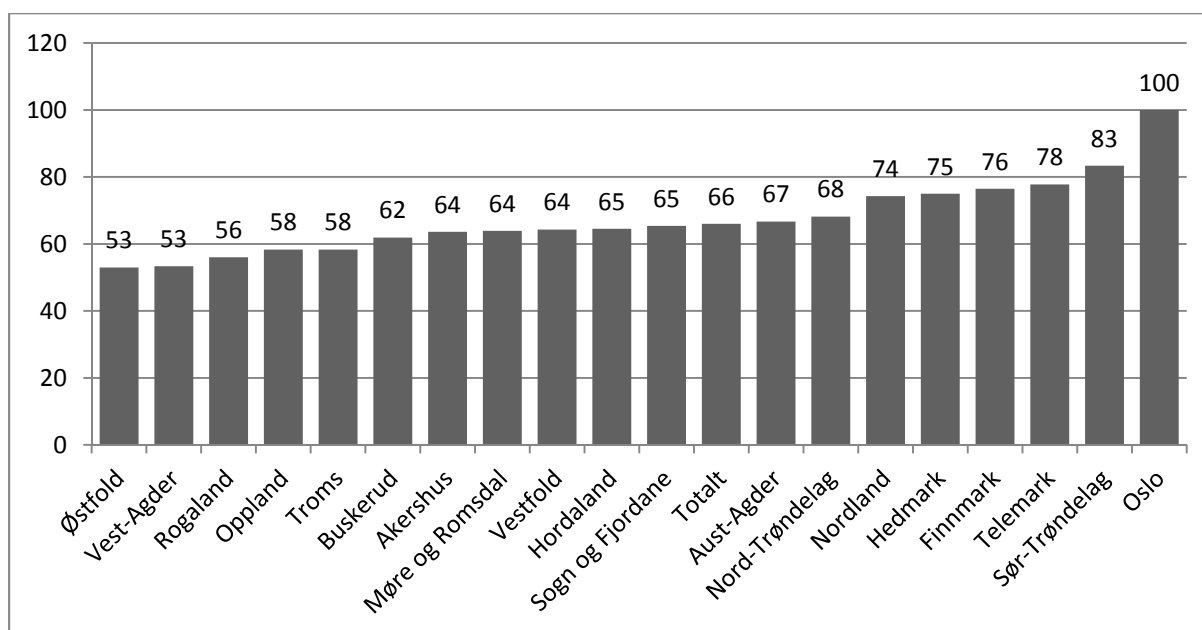
Dette er et ja/nei spørsmål, med mulighet for å skrive kommentarer. Svarfordelingen for kommuner i ulike størrelsesgrupper er vist i neste figur.

Omtrent to av tre kommuner mener de får tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder psykisk helse. De minste kommunene ser ut til oftere å være fornøyd med veiledningen fra spesialisthelsetjenesten, men om dette skyldes at psykisk helsevern systematisk prioriterer de minste kommunene, er vanskelig å si.



Figur 3.4 Andel kommuner som mener de får tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten, psykisk helse, 2012.

Det er også betydelige geografiske forskjeller, se fylkesfordelingen i figur 4.5. Det er særlig mange kommuner i Østfold, Vest-Agder, Rogaland, Oppland og Troms som mener at de ikke får tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

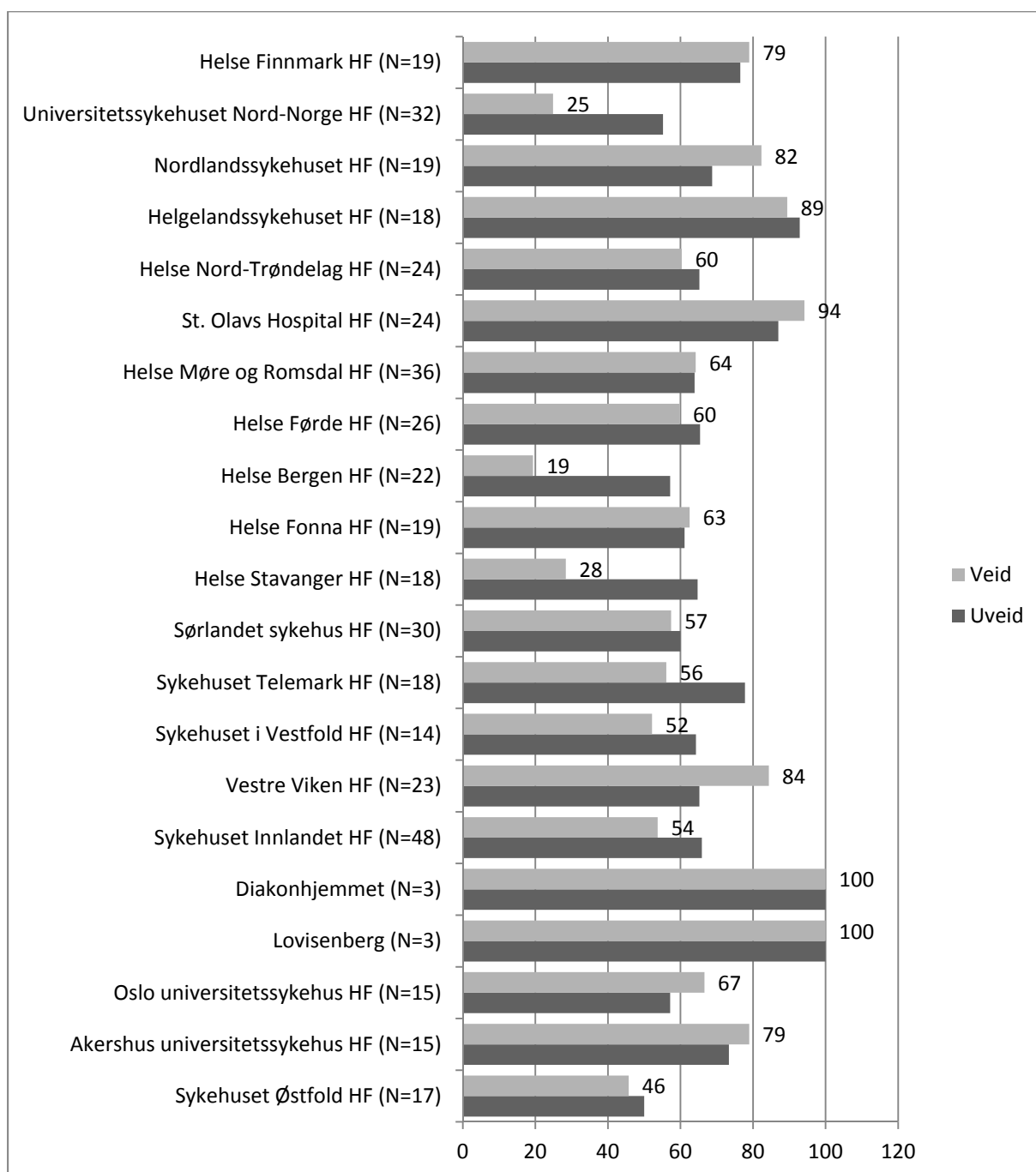


Figur 3.5 Andel kommuner/bydeler som mener de får tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten, psykisk helse, 2012.

Dette betyr også at det er variasjon mellom de ulike helseforetaksområdene. Fordi dette handler om spesialisthelsetjenester, grupperer vi kommunene etter opptaksområdene til helseforetakene.

Vi finner at det ikke er systematiske forskjeller mellom de fire helseregionene, men heller variasjon mellom de ulike helseforetaksområdene, se neste figur.

Figuren under viser prosent av kommunene som mener de får tilstrekkelig veiledning fra psykisk helsevern. Fordi det er store forskjeller på størrelsen på kommunene i opptaksområdene, veker vi etter størrelse. Store kommuner får dermed større vekt i de veide prosentandelene, og fra figuren kan vi dermed lese om det er store eller små kommuner som er fornøyd eller ikke med veiledningen.



Figur 3.6 Andel kommuner/bydeler som mener de får tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten, etter opptaksområde helseforetak, psykisk helse, 2012.

Når veid og uveid andel er lik, er det små forskjeller mellom store og små kommuner i opptaksområdet. Når veid andel er høyere enn uveid andel, betyr dette at de største kommunene er mer fornøyd enn de minste. Dette kan si noe om hvilke kommuner som prioriteres av de ulike helseforetakene. UNN HF og Helse Bergen ser for eksempel ut til å prioritere de små kommunene, mens for eksempel Vestre Viken kanskje i større grad prioriterer de store kommunene i opptaksområdet.

Det er altså en viss variasjon over helseforetaksområde, men det er vanskelig å se hva dette handler om uten å gå nærmere inn i datagrunnlaget. Om vi tar ut kommunene i opptaksområdet til Sykehuset Østfold HF, finner vi at halvparten av kommunene opplever at de ikke får tilstrekkelig veiledning. Når vi ser på kommentarene fra disse kommunene, er det flere som svarer at det nå går riktig vei, og en respondent fra en østfoldkommunene svarer for eksempel:

"Det jobbes med å finne ny "form" på samarbeidet mellom kommunen og DPS'et for å ivareta samarbeidet på systemnivå og kommunens veilednings- og opplæringsbehov" (kommune i Østfold).

Mens en respondent fra en annen kommune sier følgende:

"Varierer fra pasient til pasient, også avhengig av behandler. Bedre veiledning fra poliklinikken, enn døgnavdeling. Kan handle om kompetanse. Kan også handle om at vi ikke etterspør veiledning i stor nok grad" (kommune i Østfold).

En annen kommune i Østfold mener at spesialisthelsetjenesten har en holdning som ikke fremmer gjensidig respekt, ved at representanter fra spesialisthelsetjenesten tenker at de vet bedre enn kommunalt ansatte innen psykisk helsearbeid. Dette gjelder ikke bare kommuner i Østfold, og vi finner mange kommuner som opplever at representantene fra spesialisthelsetjenesten oppleves å stille seg selv og sin kompetanse over de kommunale tjenesteutøverne.

Totalt har 213 kommuner gitt en kvalitativ kommentar i tillegg til at de har svart ja eller nei på om de får nok veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Vi har gått grundig gjennom alle disse kommentarene. Noen er korte og konsise, mens andre er mer utfyllende og analyserende. Vi finner at svarene kan grupperes i følgende hovedkategorier:

Mange DPS-er gir god veiledning til kommunene

En stor andel av kommunene svarer altså at de får tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten (to av tre kommuner er fornøyd). Når de har kommentert hvem de får veiledning fra, så er dette i stor grad fra DPS-er eller gjennom samarbeidsteam som er bygd opp mellom tjenestene, for eksempel ambulante team. Det er ulikt om det gis veiledning i forbindelse med identifiserte felles enkeltpasienter/brukere, anonymiserte saker, generelle tema og om det ytes veiledning til enkeltansatte i kommunen eller til ansatte i grupper.

For tilfeldig og usystematisk veiledning

En del kommuner (både av de som har svart at de får tilstrekkelig veiledning og de som har svart at de ikke får tilstrekkelig veiledning), svarer at veiledningen ikke ytes systematisk, at det ikke er faste samarbeidsmøter, men kun veiledning rundt felles enkeltbrukere/pasienter ved behov. Det er ikke mange kommuner som svarer at de ikke får veiledning rundt enkeltbrukere når de spør om det, men det er heller mangel på faste planlagte samarbeidsmøter.

God veiledning, men for lite omfang

Mange kommuner er tydelige på at veiledningen de får er god, men at omfanget er for lite. Kommunene opplever at spesialisthelsetjenesten er for lite tilgjengelig når kommunene har behov for veiledning og bistand, og de får beskjed om heller å kontakte fastlegen. Representanter fra større kommuner som har kontakt med flere DPS-er forteller at DPS-ene ser ut til å ha ulik praksis for å bistå kommunene, og at det er lettere å få veiledning og bistand fra noen DPS-er enn andre.

Kommunene må etterspørre veiledning

En god del av respondentene fra kommunene sier at de selv må etterspørre veiledning fra DPS eller andre deler av psykisk helsevern, om de skal få det. Noen sier at de selv må bli flinkere å etterspørre slik bistand, mens andre mer forventer at spesialisthelsetjenestene skal tilby veiledning. Noen kommuner sier også at de selv ikke har ressurser til systematisk å etterspørre veiledning fra spesialisthelsetjenesten og ønsker at DPS-ene skal være mer offensive i sitt veiledningsansvar.

Spesialisthelsetjenesten som "bestiller" heller enn samarbeidspart

Noen kommuner melder om, som nevnt over, at spesialisthelsetjenesten stiller seg over kommunene og bestiller tjenester til pasientene, heller enn å samarbeide med kommunene for å få til et godt tilbud til pasientene. Om spesialisthelsetjenesten inntar en slik rolle, så er det vanskeligere for kommunene å komme på banen og få utnyttet innholdet i de kommunale tjenestene til det beste for brukeren. Samarbeidsklimaet mellom tjenestenivåene blir også krevende om ikke begge nivå viser gjensidig respekt og har tillit til hverandre.

Ønske om at DPS skal være mer ute i kommunene

Det er mange respondenter som mener at DPS bør ha mer tilstedeværelse ute i kommunene. Dette er ikke bare fordi de ønsker mer veiledning og faglige innspill fra spesialisthelsetjenestene, men også fordi kommunene har behov for å dele sin egen kompetanse og erfaring med representanter fra spesialisthelsetjenesten. Dette er kanskje en problemstilling som er mest aktuell i de store kommunene, som etter hvert har bygd opp et sterkt fagmiljø for psykisk helse og rus.

Kompetansen i spesialisthelsetjenesten blir for lik kompetansen i kommunene

Flere kommuner opplever at kompetansen i de spesialiserte psykiske helseverntjenestene ikke er så veldig forskjellig fra hva kommunene har selv. Da har ikke kommunene så stort behov for veiledning, fordi de har kompetansen selv. Da kan de heller oppleve at representanter fra spesialisthelsetjenesten ikke har god nok kompetanse om kommunenes arbeid. Det er fortsatt mange kommuner som opplever at ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene er uklart og det er derfor vanskelig å vurdere hva kommunen trenger av kompetanse.

Mangel på ressurser i spesialisthelsetjenesten

En del kommuner sier at det ikke er tilstrekkelig med ressurser og kapasitet i spesialisthelsetjenesten til å følge opp kommunenes behov for veiledning. Noen har hatt gode løsninger tidligere, men har nå mistet samarbeid pga. kutt i budsjettene i psykisk helsevern. Andre sier at DPS-ene nå ser ut til å prioritere kommunen høyere enn tidligere, og at det er en sterk bedring i samarbeidet. Det ser altså ut til å være en del geografisk variasjon i prioriteringen av veiledningsrollen fra spesialisthelsetjenesten sin side.

Ulike aktører for voksne og barn og unge

Noen kommuner opplever at veiledningen fra psykisk helsevern for voksne (VOP) fungerer mye bedre enn veiledningen fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP) – mens andre kommuner har motsatt erfaring med at veiledningen fra BUP er svært bra, men dårlig fra DPS-ene. Kommunene har behov for å få på plass et godt samarbeid med både BUP og VOP, men dette er ulike aktører både i kommunene og i spesialiserte tjenester. At det fungerer bra på ene området, sikrer altså ikke at det fungerer bra på det andre området.

I neste delkapittel ser vi på samarbeidet rundt utskriving av pasienter fra psykisk helsevern.

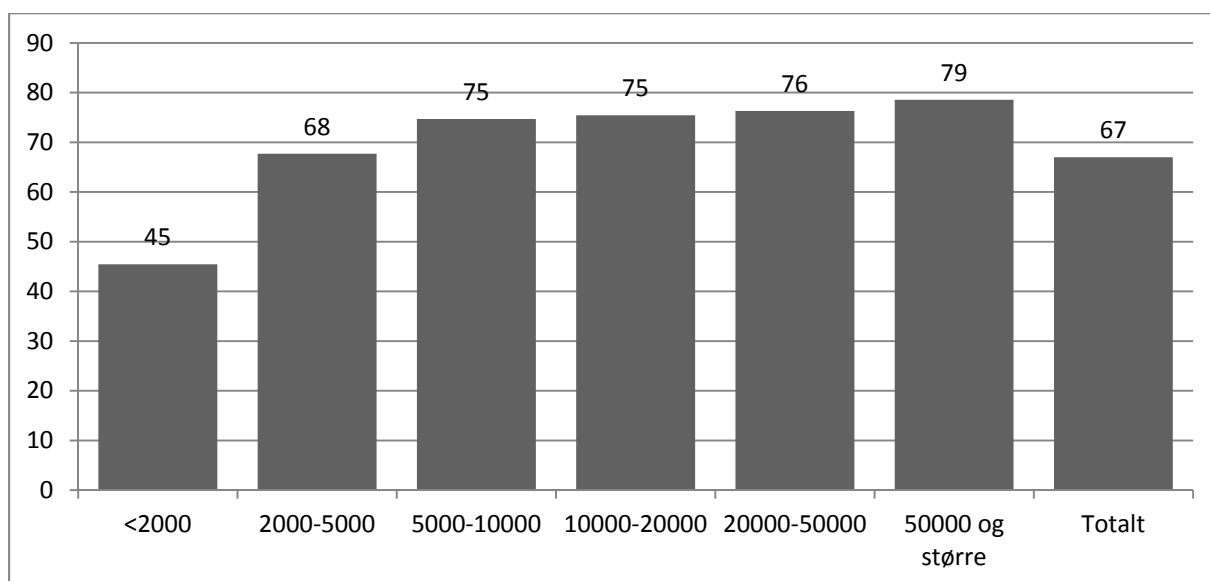
3.2.2 Samarbeid om utskriving av pasienter

For å fange opp samarbeid i forbindelse med at pasientene skrives ut fra spesialisthelsetjenesten, har vi bedt respondentene fra kommunene besvare følgende Ja/Nei spørsmål:

Opplever dere at pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten at dere klarer å gi dem et godt nok tilbud?

I tillegg til å svare ja eller nei på dette spørsmålet, kunne respondentene også her gi en kommentar til svaret sitt. Vi ser først på andel kommuner som har svart ja på spørsmålet.

Totalt svarer to av tre kommuner "ja" på at de opplever at pasienter skrives ut fra psykisk helsevern uten at kommunen kan gi dem et godt tilbud. Figur 4.7 viser at små kommuner opplever dette i mindre grad enn store kommuner. Dette kan både handle om at spesialisthelsetjenesten gjør andre vurderinger for pasienter i små kommuner enn i større kommuner, eller om at større kommuner har flere pasienter og dermed større sannsynlighet for at de har noen personer de ikke kan gi et godt nok tilbud til og derfor opplever at pasientene skrives ut for fort.

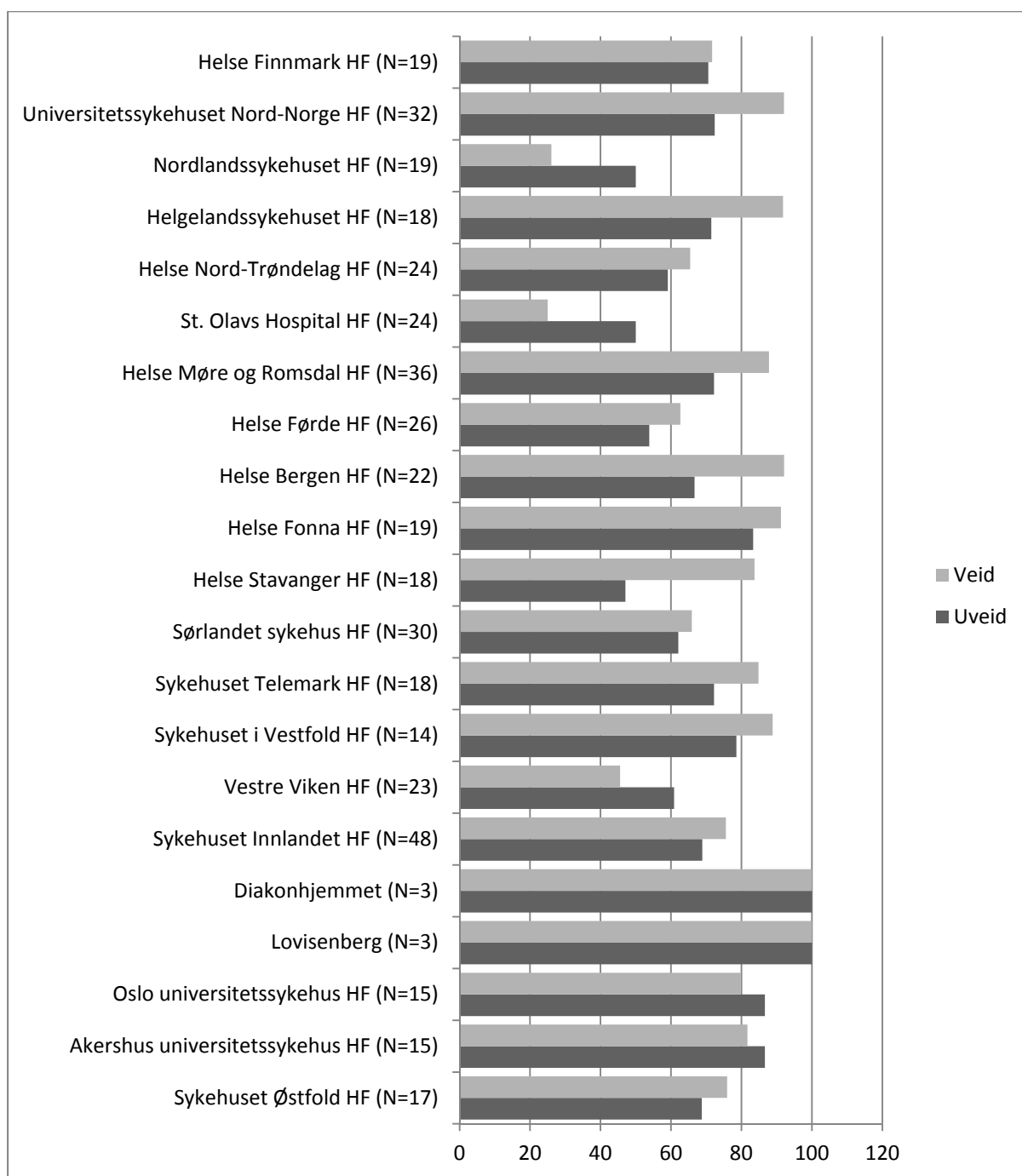


Figur 3.7 Andel kommuner som opplever at pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten at kommunen klarer å gi dem et godt nok tilbud, kommunestørrelse, uveid. 2012.

Om vi grupperer kommunene og bydelene i Oslo etter opptaksområde for helseforetakene, fremkommer variasjonen vist i figur 4.8.

Mange kommuner i opptaksområdet til Helse Stavanger, St. Olavs Hospital og i Nordlandssykehuset opplever ikke at pasienter skrives ut uten at kommunene kan gi dem et godt tilbud. Mens andelen kommuner og bydeler som opplever dette, er høyere blant annet i Helse Fonna, A-hus, Oslo universitetssykehus, Lovisenberg og Diakonhjemmet.

Om vi for eksempel ser på de kvalitative svarene fra de 19 kommunene i Helse Fonna, finner vi at flere kommuner sier at dette handler om pasienter med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer som de ikke får gitt et godt nok tilbud til i kommunen. Noen kommuner svarer at pasientene skrives ut uten at kommunen har blitt varslet, mens andre sier at det har vært bedring, og at dette nå kun skjer i sjeldne tilfeller.



Figur 3.8 Andel kommuner som opplever at pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten at kommunen klarer å gi dem et godt nok tilbud, helseforetaksområde, uveid og veid. 2012.

Om vi går til de store byene, så ser vi at det veldig ofte handler om å kunne gi pasientene et godt nok boligtilbud.

"Særlig mangel på boliger er et stort problem. De som skrives ut nå har store utfordringer - der bemanningsbehovet er svært stort. Unntaksvis skrives alvorlig syke personer ut til hospits, hvilket er svært uheldig" (storby).

"Dette gjelder spesielt behovet for bemannede omsorgsboliger. Bydelen har stor pågang på denne type boliger. Årsaken er at spesialisthelsetjenesten legger ned senger og ettervernstilbud før bydelen har fått bygget opp. Samhandlingsreformen for psykisk helse skulle også føre med seg midler/ressurser slik at bydelen kan bygge opp. Pr. dags dato er ikke bydelen orientert om hva som vil skje videre. Bydelen har også store utfordringer i forhold til målgruppen pasienter med rus/alvorlig psykisk lidelse og i tillegg stor utageringsproblematikk. De kan også være kognitivt svekket. Denne målgruppen er vanskelig for bydelen å gi botilbud. Her ser vi at det er et "hull" i behandlingkjeden. De er for syke til fengsling og for "friske" til innleggelse i psykiatrien. Disse personene blir kommunens ansvar. Sett hen til samfunnssikkerheten er dette foruroligende. Bydelen har pr. i dag 2 slike personer, men her er det mørketall, og flere "tikkende" bomber vet vi er der" (storby).

"Det er ofte diskrepans mellom det spesialisthelsetjenesten hevder folk trenger, og det vi kan tilby dem. Dette gjelder spesielt i forhold til botilbud og oppfølging. Det hender også at vi ikke rekker å gi et godt nok tilbud før utskrivelse. Vi opplever også at angstpasienter skrives ut med bestilling på eksponering. Det ville vært mer gunstig å arbeide samtidig med dette. Barnevern mener at BUP ved relativt mange tilfeller alt for tidlig avgrenser sitt ansvar og definerer seg bort fra saken. Bla. med henvisning til behandlingsressurser innenfor barn- og ungdomspsykiatrien" (storby).

"Pasientene skrives mye hurtigere ut nå, sammenlignet med tidligere, og forventningene til kommunen ift. omsorgstilbud som ønskes tilbudt, er mye høyere enn det vi er i stand til å levere" (storby).

"I hovedsak klarer vi å gi et godt nok tilbud, men tidsperspektivet for når en person er utskrivningsklar, er gjenstand for drøftinger. Og fremdeles er det slik at spesialisthelsetjenesten antar større tjenestebehov enn det reelle" (storby).

"Den største bekymringen er at kommunene ikke har det lovverket eller ressursene som kreves og at svært syke mennesker som krever omfattende tjenester fra kommunen står fritt til å bosette seg der de ønsker. Det er vanskelig å skaffe egnet bolig i sentrumsnær bydel som har utfordrende bomiljøer som ikke alltid er heldig for den enkelte bruker. Økende antall brukere med vedtak om tvungent psykisk helsevern og/eller vold og trusseladferd gjør det vanskelig å gi et tilbud som både tilfredsstillende og faglig nivå, arbeidsmiljø og bomiljø. Brukere med kroniske alvorlige psykiske lidelser kombinert med rusavhengighet og vold/truende adferd og som samtidig vil bo i sentrum, oppleves som svært vanskelig å håndtere i bydel. Det er vanskelig å rekruttere personell med riktig kompetanse til å jobbe i små enheter opp mot bare én bruker" (storby).

Både Oslo og Bergen rapporterer om en del andre utfordringer enn andre kommuner, og det fortsatt nødvendig å ha en egen storbytilnærming i tjenesteutviklingen til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer.

Vi ser i det videre på alle svarene samlet og forsøker å kategorisere dem i noen hovedpunkter.

Pasientene som skrives ut er sykere enn tidligere

Pasientene som skrives ut nå er sykere enn de var tidligere, og det er vanskeligere å få lagt inn pasienter i spesialisthelsetjenesten nå enn tidligere. Dette gjør at kommunene har fått ansvaret for en tyngre brukergruppe i tjenestene, og mange kommuner rapporterer om negative konsekvenser av dette.

Kommunen mangler boligtilbud

Pasienter som ikke klarer seg alene i egen bolig, trenger ofte et døgnbemannet botilbud. Både små og store kommuner melder om problemer med å gi et godt boligtilbud, men vi kan ikke ut fra dette datagrunnlaget anslå hvor mange boliger det er behov for.

Lite kontakt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten under opphold

En del kommuner svarer at det er vanskelig å gi et godt tilbud til brukeren på kort varsel. Dette gjelder særlig når det har vært lite kontakt under opphold i psykisk helsevern og ved utskrivelse. Disse svarene tydeliggjør behovet for samarbeid og kontakt mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene underveis når pasienten er til behandling i psykisk helsevern.

Pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer

Flere kommuner svarer at det er ekstra vanskelig å gi et godt tilbud til pasienter med samtidige rusproblemer. De kan bli kasteballer i systemet, og både spesialisthelsetjenestene og kommunene har problemer. Når pasienter skriver seg ut selv, uten at det er etablert et godt tilbud, er det vanskelig å få etablert et godt tilbud. Kommuner opplever også at pasienter med rusproblemer som har brukt opp boligmulighetene i det private markedet, men som det også er svært vanskelig å finne et offentlig botilbud til.

Manglende kompetanse

En del kommuner melder også om at pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten at hjemkommunen har god nok kompetanse på lidelsen eller problematikken til brukeren. Flere sier at pasientene som skrives ut er så syke at kommunen trenger behandlerkompetanse for å ta seg av dem. Andre forteller at akutte ambulante team har gjort situasjonen mye bedre og har dekket opp manglende kompetanse i kommunene.

Vanskelige saker som alle har problemer med, men som kommunene får ansvaret for

Personer med personlighetsforstyrrelser med sammensatt problematikk, er en gruppe kommunene ofte nevner som problematiske å hjelpe. De blir utredet i spesialisthelsetjenesten, men blir raskt overført til kommunen fordi de ikke har effekt av behandling eller ikke møter til poliklinisk behandling. Fra flere kommuner fortelles det om at kommunene kan bli stående veldig alene med ansvaret i vanskelige saker som gjelder mennesker med lavt funksjonsnivå og et uklart diagnosebilde som har fått avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten. Det kan være flere pasientgrupper som fortsatt faller mellom to stoler, men dette er det lite systematisk kunnskap om.

Psykisk helsearbeid ikke tilgjengelig på kveldstid

Det er fortsatt mange kommuner som ikke har tjenester til målgruppen annet enn på dagtid. Flere ønsker å bygge opp et tilbud som er tilgjengelig på kveldstid, men har ikke rammer. Da blir det hjemmetjenesten som må ta jobben, og de har ofte ikke riktig kompetanse.

Barn og unge

Noen kommuner opplever at samarbeid om utskrivning er vanskeligst i forhold til barn og unge, og at barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har dårligere rutiner enn i voksenpsykiatrien i forhold til å informere kommunale tjenester om utskrivning. Det er typisk fastlegen som informeres, men ikke nødvendigvis helsesøster eller andre aktører. Noen kommuner mener at BUP går ut av sakene for tidlig og overlater vanskelige tilfeller til kommunene.

Noen respondenter trekker frem ungdommer med spesielle problemstillinger og sier at de faller mellom to stoler både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen - de er ikke voksne, og heller ikke barn. Det er mange "hjelpere" involvert, med uklar ansvars- og oppgavefordeling seg i mellom. Vi har ikke gått nærmere inn på BUP her.

Manglende utbygde kommunale tjenester

Flere kommuner sier at de har alt for lite tjenester å tilby målgruppen for psykisk helsearbeid, fordi det ikke har vært midler til å bygge ut tjenestene på tross av nedbyggingen i spesialisthelsetjenesten. Et svar fra en middels stor kommune kan illustrere frustrasjonen som oppleves i noen av kommunene:

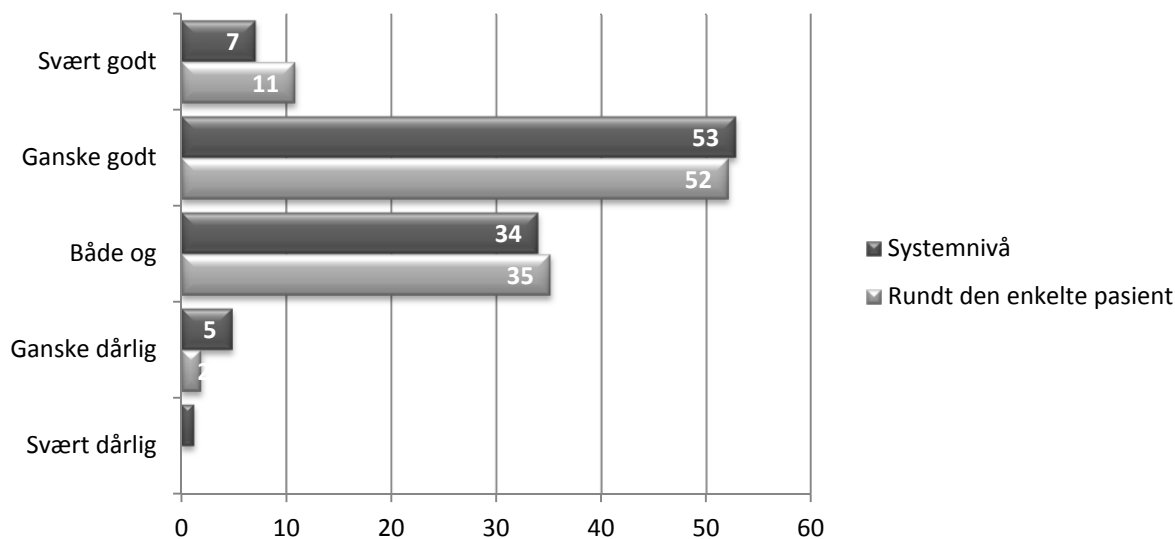
"Opplever svært manglende overføring, at spesialisthelsetjenesten skriver dem ekstremt fort ut, uten at det har vært dialog eller møter. Spesialisthelsetjenesten er ikke samarbeidsvillige eller villige til å drøfte videre pasientforløp. Spesialisthelsetjenesten sitt svar på 99% av alle spørsmål eller forespørsler om samarbeid/drøftninger er: Dette er nå kommunen sitt ansvar og det får dere finne ut av selv!" (middels stor kommune)

"Det oppleves som om spesialisthelsetjenesten forventer at kommunen har store ressurser klare for å drive behandling og omsorg til alle pasienter som skrives ut. Pasienter skrives ut så snart situasjonen er roligere, sendes hjem til kommunen og blir for ofte re-innlagt kort tid etter fordi sykdomsbildet krever det. Vi ønsker oss at DPS får en større rolle ved inn/utskrivning fra sykehuset" (middels listen kommune).

Uten at kommunene har fått tilført midler til å bygge opp tjenestene eller hatt rammer til å prioritere oppbyggingen ved hjelp av egne midler, så er det vanskelig å se hvordan spesialisthelsetjenesten skal kunne forvente at kommunene tar totalansvaret for alvorlig psykisk syke pasienter. Hvor stor andel av pasientene som skrives ut fra sykehusavdelinger via DPS-ene og videre til kommunene, finnes det ikke tall på. Problematikken med manglende utbygde kommunale tjenester forsterkes ytterligere av mangel på dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Når spesialisthelsetjenesten svarer at utskrevne pasienter er kommunens ansvar, trekker spesialisthelsetjenesten en klar grense mellom sitt ansvar og kommunens. Kommunen opplever da å bli stående alene med vanskelige saker.

3.2.3 Samarbeid på pasientnivå og systemnivå

Vi har spurt kommunene om hvordan de mener samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer på pasientnivå og systemnivå. Svarfordelingen er vist i figur 4.9.



Figur 3.9 Hvordan fungerer samarbeid med spesialisthelsetjenesten. 2012 (IS-24).

Generelt opplever altså flertallet av kommunene at samarbeidet både på systemnivå og samarbeidet rundt den enkelte pasient fungerer godt. Men det er også en stor andel som svarer at det varierer hvor godt samarbeidet fungerer (både og).

Vi kan derfor konkludere med at: Ifølge det kommunale psykiske helsearbeidet fungerer samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten godt i omtrent 60 prosent av kommunene. I resten av kommunene kan det være utfordringer både i samarbeidet på systemnivå og i samarbeidet rundt den enkelte pasient. Det er derfor potensial for å bedre samarbeidet mellom nivåene innenfor psykisk helse i mange kommuner.

Ut fra de kvalitative kommentarene til spørsmålet, så ser vi at det er stor variasjon fra DPS til DPS og fra behandler til behandler i hvordan samarbeidet fungerer. Samme DPS kan oppleves å samarbeide dårlig med noen kommuner, og godt med andre kommuner

"Personavhengig rundt den enkelte pasient. Noen behandlere er veldig imøtekomende og tilgjengelige. Andre er det vanskeligere å be om samarbeid med" (stor kommune i Øst).

Andre fra samme opptaksområde har andre erfaringer:

"Synes spesialisthelsetjenesten og kommunen er god på å gjøre hverandre gode. Kommunen får positive tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten på at vi leverer godt, og samarbeider godt" (relativt stor kommune i Øst).

I svarene er det mange som er opptatt av det vi har vært inne på tidligere, i forhold til vurderinger som gjøres av spesialisthelsetjenesten som kommunene må bære konsekvensene av:

"Samarbeidet avhenger av hvilken behandler. Opplever at spesialisthelsetjenesten skriver ut de dårligste, at de sier at behandlere og psykiatritjenesten i kommunen gjør det samme, men at kommunene også gjør mer. Når brukerne blir dårlige eller krevende, skriver

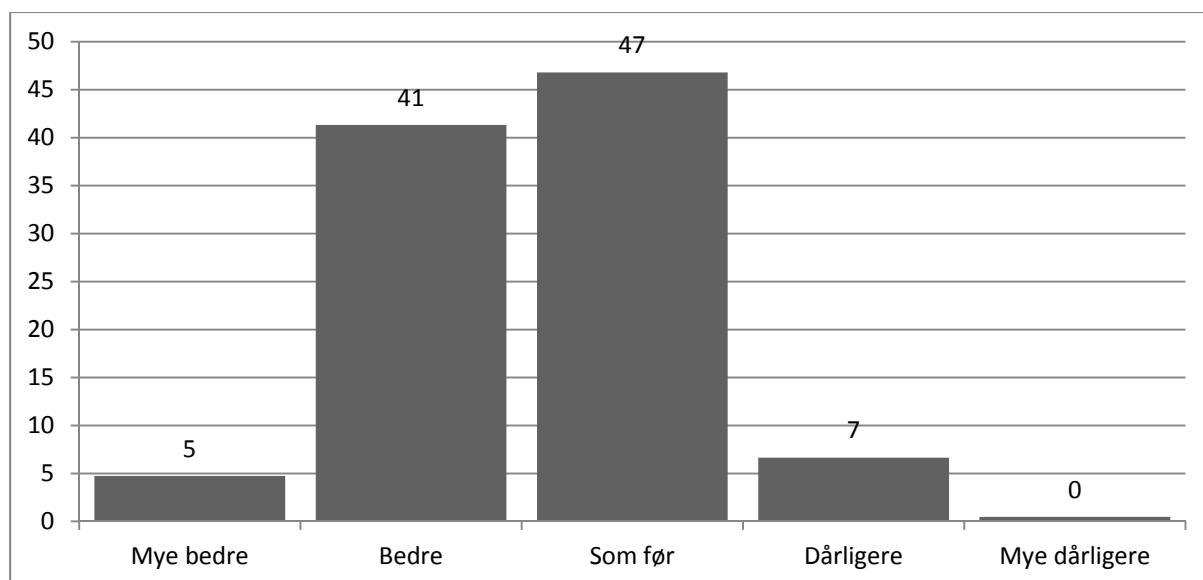
spesialisttjenesten dem ut og kommunen blir stående alene med en svært syk person helt alene!" (Relativt stor kommune).

"Det oppleves at det er interessenmotsetninger. Spesialisthelsetjenesten kan mene at psykisk syke er ferdigbehandlet når det ikke er progresjon og bedring i sykdomsbildet. Kommunen kan ofte mene at pasientene er for dårlige, og at livskvaliteten til den enkelte kan bedres ved tettere oppfølging av spesialisthelsetjenesten" (stor kommune).

At psykisk helsevern mener at kommunene kan gi et godt nok tilbud som dem, uten at det er overført ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, er betenkelig. Når behandlingen skal avsluttes og kommunene skal ta over, skapes blir konflikter og interessenmotsetninger tydelige.

3.2.4 Utvikling av samarbeidet

Vi har også spurt kommunene om hvordan de mener at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har utviklet seg det siste året. Svarfordelingen er vist i neste figur.



Figur 3.10 Hvordan fungerer samarbeid med spesialisthelsetjenesten. 2012 (IS-24).

Omtrent halvparten av kommunene svarer at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten på psykisk helsefeltet er som før, mens 46 prosent svarer at det er mye bedre eller bedre. Det er altså en tydelig positiv utvikling i en god del av kommunene. De 7 prosentene av kommune som svarer at samarbeidet har blitt dårligere eller mye dårligere (30 kommuner), er spredt på ulike fylker. Når vi går inn i de kvalitative svarene ser vi at det er ulike forhold som forklarer at ting har blitt dårligere, både nedbygging av døgnplasser, svekking av fagmiljø i spesialisthelsetjenesten, lengre ventetid for innleggelse og ressursknapphet i begge nivå. Det er altså ikke bare én forklaring, men mange ulike begrunnelser. Dette illustrerer også noe av kompleksiteten i samarbeidet mellom tjenestene. Det er en rekke betingelser som må være på plass for at samarbeidet skal fungere godt.

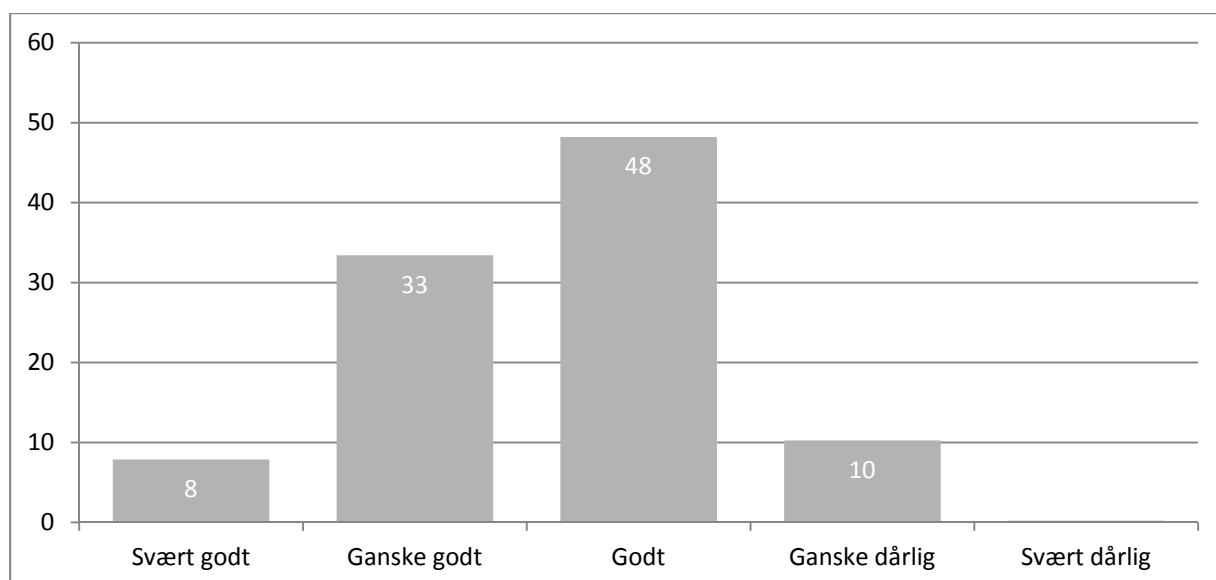
3.2.5 Kunnskap om hverandre

Kunnskap om hverandres tjenester er viktig i et samhandlingsperspektiv. Uten å kjenne tilbudet i hjemkommunen til pasienten, så kan ikke behandleren vurdere hvilket tilbud det er realistisk å få på plass etter endt behandling i psykisk helsevern.

Vi har spurt representanter fra kommunene om:

Kjenner behandler i psykisk helsevern (PHV) godt til tilbudet i bostedskommunen?

Fra kommunene er det fagpersoner som har gitt ett svar fra hver kommune (IS-24) og er altså en gjennomsnittsbetraktning fra kommunene. Hvorvidt dette på en god måte reflekterer faktisk kunnskap i spesialisthelsetjenesten, må undersøkes på andre måter. Generelt ser det ut som omtrent 10 prosent av kommunene opplever at psykisk helsevern i for liten grad kjenner til det kommunale tilbudet.



Figur 3.11 Behandlers kunnskap om det kommunale tilbudet vurdert av representanter fra kommunalt psykisk helsearbeid 2012 (IS-24).

3.3 Oppsummering

Samarbeidet med fastlegene fungerer godt i over 80 prosent av kommunene rundt brukere med psykiske lidelser, ifølge representanter fra det kommunale psykiske helsearbeidet. Det er likevel enkeltleger som fortsatt viser lite interesse for psykisk helse og har lav kompetanse på området og er raske til å henvise til spesialisthelsetjenesten. Det ser ikke ut til å være observerbare forhold ved kommunen som har betydning for hvor godt samarbeidet fungerer, men heller hvor god legedekningen er i den enkelte kommune.

Vi finner at to av tre kommuner mener de får god nok veiledning fra spesialisthelsetjenesten, men de aller fleste kommunene ønsker mer veiledning og faglig samarbeid med spesialisthelsetjenestene.

To av tre kommuner opplever at pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten at kommunen kan gi dem et godt tilbud. Dette handler om at pasienter som skrives ut nå er sykere enn tidligere og trenger et annet tilbud, at kommunene mangler egnet botilbud, at det har vært lite kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og hjemkommunene under døgnopphold, pasienter med dobbeltdiagnoser, manglende kompetanse, at kommunene blir sittende alene med et tungt ansvar og dårlig utbygde kommunale tjenester.

Det er en tydelig bedring i samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Nesten halvparten av kommunene rapporterer om en bedring i samarbeidet rundt mennesker med psykiske lidelser fra 2012 til 2013.

I de tre neste kapitlene går vi inn på resultatene fra dybdeintervju med praksisfeltet som er utført med funnene i dette kapitlet som bakgrunnsteppe.

4 Resultater fra intervju med praksisfeltet: Samarbeid etter kommunestørrelse

I dette kapitlet presenterer vi et dybdeutsnitt av opplevelser og erfaringer med hvordan samarbeid om mennesker med psykiske lidelser, mellom psykisk helsearbeid, inkludert fastlegen, og distriktpspsykiatriske sykehus (DPS), er organisert og fungerer. Vi presenterer også erfaringer med samarbeidsforhold som informantene ikke var tilfredse med.

Analysen starter med beskrivelser av hvordan psykisk helsearbeid og samarbeidet med partnerne i det øvrige psykiske helsefeltet er organisert, med utgangspunkt i små, mellomstore og større kommuner. Vi diskuterer så hvordan samarbeid i psykisk helsefeltet ser ut til å fungere, ut fra tema og faktorer som informantene rapporterer at hemmer og fremmer godt samarbeid. Deretter ser vi kort nærmere på hvordan samarbeid med henholdsvis fastleger og pasienter fungerer.

Hvordan samarbeidet mellom kommune, fastleger og spesialisthelsetjeneste er organisert og hvordan det fungerer, er samavhengige prosesser. Vi har derfor valgt ikke å skille skarpt i analysen mellom disse to problemstillingene. Hvordan samarbeidet fungerer, kan ha konsekvenser for organiseringen av samarbeidet. Og et velorganisert samarbeid, sikrer ikke nødvendigvis et velfungerende samarbeid. Til syvende og sist avhenger samarbeidet av individene som inngår i det.

4.1 Ulike kommuner – ulike samarbeidsbehov

I det følgende gir vi et innblikk i sammenhengen mellom kommunestørrelse, vurdert etter befolkningsgrunnlag og tjenesteapparatets omfang, og samarbeidet mellom de psykiske helsetjenestene for mennesker med psykiske vansker og lidelser. Vi fokuserer hovedsakelig på hvorfor informanter fra kommune, fastlegjetjenesten og spesialisthelsetjenesten opplever samarbeidsforholdene som gode. Erfaringer med samhandlingsverktøy, som ambulante team, Individuell plan og ansvarsgrupper har vi hovedsakelig samlet i kapittel 6.5. og 6.6., beskrives derfor ikke i detalj her, selv om de er sentrale for godt samarbeid i enkelte samarbeidsforhold.

Begrepene om små, mellomstore og store kommuner henviser til kommunenes innbyggertall. Vi har behandlet kommuner med innbyggertall <5000 som små kommuner, rundt 5000-20 000 som mellomstore kommuner, og rundt 20 000 og større som store kommuner.

4.1.1 Små kommuner

En av flere små kommuner i vårt utvalg som rapporterer om meget eller svært godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten på individ- og/eller systemnivå, beskriver seg selv i IS-24 med "et godt og kompetent apparat for tilbud/tiltak til mennesker med psykiske problemer". La oss

beskrive denne kommunen ytterligere før vi fortsetter, for å gi en oversikt over en typisk liten kommune med gode erfaringer om samarbeid rundt mennesker med psykiske lidelser.

Kommunen har en befolkning på rundt 4 000 innbyggere, og betegnes gjerne som en bygde- og landbrukskommune. Arbeidet med psykisk helse for barn og unge ivaretas i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, sammen med enheten psykisk helsearbeid. Enhetene er organisert i en hjelpetjenesteseksjon, i et godt etablert samarbeid med skole, barnehage og ungdomsleder. Kommunen jobber stadig mer forebyggende, og har også etablert lavterskeltilbud med sikte på forebygging av blant annet psykiske vansker. Nærmeste DPS ligger i en større nabokommune. Reisen til DPS med bil tar bare rundt en halvtime. Likevel rapporterer fastlegen og kommuneoverlegen at det kan være problematisk for enkelte brukere å komme seg dit: "Det sier seg selv at for mange med psykisk helseproblem er det et stort problem med transport, rett og slett."

Ser man nærmere på organiseringen og utføringen av psykisk helsearbeid i kommunen, så trer samarbeidets vilkår fram som preget av "små forhold". Det er få ansatte i tjenesten. Fastlege, psykisk helsearbeid og hjemmetjeneste er lokalisert i samme bygg. Kommuneoverlegen har kontor i samme korridor. NAV har tilhold i et nabobygg. Kommunen har verken ressurser eller befolkningsgrunnlag til å tilby mer spesialiserte tjenester, så som familietjeneste. Behovet for spesialisert kompetanse i kommunen oppfattes ikke som så stort av informantene til at kommunen kan tilby en tilflyttende fagperson en hel stillingsbrøk, men behovet for å ansette en psykolog er under vurdering.

Selv om antallet brukere med behov for spesialiserte tjenester ikke er høyt, så er den enkelte brukers behov for spesialisert kompetanse like fullt prekært. Kommunen har for eksempel hatt en utfordring de siste årene både med selvmord blant ungdom og ulykker, ifølge leder. Kommunen anser seg avhengig av veiledningen og den jevnlige kontakten med ansatte ved spesialisthelsetjenesten, for å følge opp innbyggere med psykiske lidelser. Samtidig sier leder for psykisk helsearbeid at de viktigste samarbeidspartnerne for dem er "fastlegene ... NAV ... hjemmetjenesten."

Som vi ser nedenfor, så begrunner informantene både fra denne kommunen og andre små kommuner i utvalget at samarbeidet oppleves som godt, fordi samarbeidet er gjennomslukt og fungerer fortløpende. I flere av kommunene er dette mulig grunnet en samlokalisering av tjenestene, som åpner for hyppig kontakt – på og utenfor formaliserte samarbeidsmøter. Kombinert med kommunenes små forhold generelt, så får samarbeidspartnerne raskt oversikt over arbeidet som skal utføres og hvem det utføres rundt.

Gjennomslukt samarbeid

Informanter fra små kommuner framhever både fordeler og ulemper ved å drive psykisk helsearbeid i en liten kommune. I en kommune har leder for psykisk helsearbeid nylig deltatt på et samarbeidsmøte med nabokommuner hvor mulighetene for å etablere interkommunalt samarbeid om visse tjenestetilbud ble diskutert. Informantene fra denne kommunen er ambivalente i forhold til en slik etablering. De opplever at samarbeidet om pasientene mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjeneste fungerer godt slik det er organisert i dag. Andre kommuner er for eksempel engasjert i å opprette interkommunalt samarbeid om individuelle

tunge brukere og bofellesskap, selv om de opplever samarbeidet i seg selv som godt. Som en psykiatrisk sykepleier sier, "det er for at det skal bli mer faglighet inn i bildet, så vi får flere å spille på lag med. Det er tungt å stå alene med enkelte tunge brukere. Svært tunge brukere har vi ikke mulighet for å hjelpe i denne kommunen. Vi er så få."

Når informanter fra små kommuner opplever samarbeidet mellom de psykiske helsetjenestene som meget eller svært godt, forklarer de dette gjerne med vilkår for samarbeidet som fremgår av det å jobbe under små forhold, i en liten kommune. En stor fordel er kunnskapen de tilegner seg om innbyggerne/brukerne og deres sosiale nettverk, også før de entrer tjenesten som bruker for første gang:

"Vi kjenner vedkommende og vi kjenner familie og nærmiljø og alt sammen, bestandig. Så det er jo en kjempefordel, selvsagt. Det er flott å arbeide i så små forhold, fordi du har litt oversikt" (leder, enhet psykisk helsearbeid, liten kommune).

I svært små kommuner, så hender det til og med at personer, som hjelpeapparatet kjenner som brukere eller pasienter, knapt kan endre funksjonsnivå uten at dette oppdages:

"At vi er så få, gjør jo at ingen sliter unødig tungt uten at vi blir koblet inn. I form av en nabo som varsler, eller at vi snapper opp noe hos de vante brukerne våre. Vi ser tidlig om det er noen endringer, og vi kjenner brukerne ut og inn. For eksempel, når én bruker begynner å vaske og styre og henge ut mye klær, da er det obs, obs!" (psykiatrisk sykepleier, liten kommune).

Ifølge en informant så kan også behandlere ved samarbeidende DPS opparbeide seg en god oversikt over felles pasienter, ettersom det er så få pasienter fra den aktuelle kommunen. Behandlernes oversikt over deres brukere har ved flere anledninger vært viktig for å få rask psykisk helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:

"Noen ganger har vi brukere som har vært i psykisk ubalanse, som vi har fått kjapt inn på DPS, fordi de ved DPS har kjent til personene, ikke sant. Og de har visst hvor brukerne skal hen. Og de har visst at det ikke er noe å vente med, vi må bare få brukerne avgårde med ambulansflyet" (psykiatrisk sykepleier, liten kommune).

På den andre siden ser informanter fra små kommuner også ulemper ved å jobbe under små forhold. Det kan for eksempel medføre en større profesjonell anstrengelse for å utøve nøytrale vurderinger av brukernes helseutfordringer:

"Det kan jo være at vi går oss litt blind på at vi kanskje tror at vi kjenner brukerne, også kjenner vi dem ikke ordentlig likevel. Så vi må jo inn hos brukerne, og ha mulighet for å komme under huden på dem. Men jeg respekterer jo at folk vil ha ting for seg selv, så lenge de får hjelp andre steder – om de ikke vil ha hjelp fra meg" (psykiatrisk sykepleier, liten kommune).

"Når du arbeider over lang tid, så kjører du deg litt fast i rutiner i forhold til folket du møter. Du kjenner dem. Det er så fort gjort når vi møter en ny bruker at vi "vet" hvem det er. Og så har vi med oss bakgrunnen til vedkommende. Det er en stor bakdel med å arbeide i en liten kommune" (leder, enhet psykisk helsearbeid, liten kommune).

Informanter fra små kommuner opplever også en "nabokjerring-problematikk", hvor innbyggere kan vegre seg for å oppsøke psykisk helsearbeid i kommunen grunnet sosialt kjennskap med de ansatte. Som en behandler ved et DPS påpeker, "pasientene sier: Jeg vil ikke gå til psykisk helse, for naboen min jobber der." Blant annet medfører dette at pasienter heller oppsøker fastlege eller samarbeidende DPS, enn enhet for psykisk helsearbeid. Hvordan de mottas i spesialisthelsetjenesten avhenger av samarbeidsviljen til behandler, da disse pasientene prinsipielt sett skulle vært fulgt opp i kommunen. Som vi kommer tilbake til, så ser dette ut til å tas til etterretning i samarbeidsforhold mellom kommuner og DPS'er, hvor begge parter opplever samarbeidet som godt.

Fellesmøter

Informanter i små kommuner synes det er viktig å formalisere samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og samarbeidet i kommunen. Kommunene i utvalget har formalisert samarbeidet med spesialisthelsetjenesten gjennom gjensidige samarbeidsavtaler med DPS, som alle andre kommuner.

I praksis foregår samarbeidet mellom psykisk helsearbeid, kommune og spesialisthelsetjeneste i flere små kommuner ikke innenfor svært formaliserte rammer. Likevel synes det ofte å være stor nok oppslutning om samarbeidet, til at det fungerer godt. For å gi et eksempel, så deltar alle involverte ansatte på felles samarbeidsmøter om brukere/pasienter, på tvers av forvaltningsnivå og enheter i en kommune. En fastlege beskriver organiseringen av samarbeidsmøtene slik:

"Formelle møter er noe som står i timeplanen vår og som er organisert. Det er enhetsleder i kommunen som er leder. Og det vi har av formelle møter er med psykisk helsearbeid og fastlegene en mandag morgen i forkant av samarbeidsmøtet med DPS, som vi har enten senere i uka eller uka etterpå. Der tar vi opp både felles pasienter og felles problemer og utfordringer. Vi kan også ta opp og forberede ting som vi skal ta opp med DPS når de kommer."

"I etterkant av møtene har vi svært ofte fellesmøte med pasient og en mulig behandler fra DPS og fastkontakt, enten fastlege eller noen fra sykehuset, eller begge deler. Da blir det ofte avklart oppgaver."

Det framgår tydelig av sitatet at tidspunkt og frekvens for møtevirksomheten mellom psykisk helsearbeid, fastleger og DPS er planlagt og strukturert. Møtene fremstår som institusjonaliserte, faste elementer i informantens arbeidshverdag, med en "typisk" agenda: På møtene diskuteres pasienter, problem, utfordringer og saker som skal presenteres for DPS. Møtene gir også anledning for ansatte i kommunen å definere arbeidsoppgavene, før de møter behandler og spesialisthelsetjenesten sitt perspektiv på oppgavene.

Hvorvidt behandler gjør pasientavtaler i etterkant av samarbeidsmøtene avhenger av tiden som behandler har til rådighet, og møteprogrammet som kommunen setter opp:

"Når jeg skal til kommunen på samarbeidsmøte der, så er jeg her på poliklinikken til klokken er kvart på elleve. Da har vi et klinikk møte i forkant. Kanskje klarer jeg å få inn en pasientavtale, kanskje ikke. Kvart på elleve må jeg dra. Da begynner vi halv tolv der oppe. Også varierer det veldig hva de har på programmet til oss når vi kommer. Noen ganger er jeg her nede igjen til klokken er to, halv tre, og andre ganger er jeg her klokken fire" (behandler, DPS).

Behandler er fleksibel i forhold til møtene og innholdet i dem. Oppfatningen av at samarbeidsmøtene er viktige, fremstår videre blant informantene som gjensidig, både horisontalt i kommunen og vertikalt mellom linjene. Fastlegen påpeker for eksempel at "jeg synes møtene som jeg har sett med DPS, når de kommer hit, har vært verdifulle." På spørsmål om samarbeidsmøtene er viktige, svarer også behandler ved DPS at "ja, jeg synes det, og det tror jeg kommunen sier også."

Lokalisert i felles korridor

At felles møtevirksomhet er viktig vet vi fra tidligere forskning på samarbeid og samhandling i de psykiske helsetjenestene. Selv om formell møtevirksomhet oppleves som viktig for godt samarbeid og god pasientoppfølging i små kommuner, så fremhever informanter "korridorpraten" som mer avgjørende for et godt samarbeid, enn formelle møter:

"Det er dette som fungerer best egentlig altså, ikke de organiserte møtene som vi har. Det er den uformelle daglige kontakten, som å stikke over gangen og snakke, og slippe å sende epost og telefoner og så videre. Det er helt uvurderlig" (fastlege, liten kommune).

De ansatte kjenner hverandre godt uavhengig av de formelle møtene. De utveksler informasjon ved behov. De kan koordinere og avklare arbeidsoppgaver når de oppstår, fremfor å måtte vente med å få svar på sine spørsmål - over epost, telefon eller på møter. Informanten gir praten med kolleger ansikt til ansikt tydelig forrang foran slike kommunikative verktøy.

Leder for psykisk helsearbeid i samme kommune opplever også praten mellom kolleger ansikt til ansikt som viktigst for arbeidet de samarbeider om. Hun trekker særlig fram fordelene som korridorpraten har for samarbeidet med fastlegene:

"Vi har et godt samarbeid med fastlegene. Vi er lokalisert slik at vi kan gå rett over gangen. Vi har det veldig sånn at vi kan komme inn og diskutere saker når det er noe som oppstår. Det synes jeg er veldig lettvinnt."

Som det fremgår av sitatet mener lederen at det er samlokaliseringen som har fremmet det fortløpende og tette samarbeidet mellom dem. I noen kommuner er samlokaliseringen helt tilfeldig. Den kan også være motarbeidet av andre grunner enn rent helsefaglige. For eksempel sier en fastlege fra en liten kommune som følger:

"Slik har det vært her siden psykisk helsearbeid ble opprettet i kommunen. Det er rent... Flaks, vil jeg si. For, det er rent bygnings- og lokaliseringmessige årsaker til dette. Har vært press på grunn av lokalet om å flytte, men vi har satt oss imot det hele tiden."

Da fastlegene og psykisk helsearbeid ble plassert i samme bygg, var ikke samlokaliseringen eksplisitt planlagt med samarbeid som mål. Viktigheten av samlokaliseringen for samarbeidet blir antagelig heller ikke sett eller anerkjent av kommuneledelsen, i og med at det er et press for å flytte tjenestene til andre lokaler.

Et reisende og forutsigbart DPS

En behandler ved DPS påpeker også viktigheten av samarbeid ansikt til ansikt for utførelsen av psykisk helsetjeneste i området. For eksempel tror hun at omfanget av det ikke-formaliserte samarbeidet er av betydning for hvorvidt kommunene ser sine egne utfordringer i psykisk helsearbeid: "Tror små kommuner har det enklere med å definere hvilke behov de har. Nettopp på grunn av korridorpraten." Ifølge denne behandleren har det "vært lettere å få veiledningen og samarbeidet med små kommuner, med færre tilbud, til å fungere."

En annen behandler påpeker at ansatte i små kommuner "er flinkere til å snakke sammen og ser at her kan det være greit å se på andre løsninger", og at "mindre kommuner med mindre personell også kanskje har mer behov for kompetanse som de selv ikke sitter på". Små kommuner blir da mer avhengige av å få til et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Som en psykiatrisk sykepleier i en liten kommune sier: "Jeg tror nesten ikke vi hadde overlevd uten kontakten med DPS, for jeg tror ikke vi hadde visst helt hva vi skulle gjort."

En informant er særlig godt fornøyd med veiledningen fra DPS. Alle kommuner som samarbeider med dette distriktspsykiatriske sykehuset har sin egen kontaktperson på sykehuset. Dette innebærer at "hvis vi ringer, så er det ikke noe problem med ubegrensa veiledning, de ringer opp igjen" (enhetsleder, psykisk helsearbeid, liten kommune). Ifølge en behandler ved dette DPS struktureres samarbeidet av "en gammel modell" for samhandling. I vignetten nedenfor utdyper denne informanten modellen ytterligere:

"Når vi drar til kommunen på samarbeidsmøte, så er vi en person fra døgnavdelingen og to fra poliklinikken. Hver sjette uke. De blir med fra døgn selv når kommunen ikke har døgnpasienter. Pasienten som har vært innlagt er jo fortsatt i kommunen. Og da hender det at kommunen har spørsmål: "Du, nå begynner brukeren å bli dårligere, vi ser sånn og sånn symptom, hva skal vi gjøre? Er det noen mulighet for en plass, for nå tenker vi at vi ikke klarer det lenger". Da er det veldig greit å ha en fra døgn tilstede.

Jeg er koordinator for teamet vårt til kommunen. Enhetsleder i kommunen ringer derfor meg etter at de har hatt samarbeidsmøtet på mandag. Så sier hun at på møtet nå torsdag, hvor vi er tilstede, så vil vi ta opp den og den og den brukeren. Også ser jeg etter om pasienten hører til på poliklinikken eller døgn. Deretter går jeg ned til kollegaer på døgn, også sier jeg at "på torsdag så vil kommunen snakke om den pasienten, kan du forberede deg på det?". Og, hvis vi har noen som er inneliggende eller går i poliklinikk, så sier jeg det samme i telefon til leder i kommunen: "Vi vil veldig gjerne ta opp den og den pasienten. Vi ser at pasienten trenger mer opplegg i kommunen", for eksempel. Hvis kommunen ikke har noen saker, så sier de "nei, vi har ikke noen saker". Også kan de si at "men du, vi har et tema som vi gjerne vil drøfte". Så kan det bli en veiledning over tema istedenfor en pasient ... Også, jeg pleier å spørre i gruppen min på klinikken: "Du, nå skal

jeg oppover, er det noen av dere som har noe som jeg skal spørre om?" (Behandler, poliklinikk, DPS).

Rutinene for samarbeid som behandler beskriver ovenfor, innebærer at kommunen melder inn sine behov for assistanse fra spesialisthelsetjenesten. Koordinator, altså behandleren, videreformidler dette internt til de det angår. Deretter planlegger koordinator reisen ut; hvilke problemstillinger som skal drøftes og hvilke kolleger som skal være med på møtet. Koordinatorens beskrivelser av samarbeidet viser velvillighet internt på DPS til kommunens ønsker. Møteagendaen har en gjensidig fleksibel karakter. Både koordinator ved DPS og enhetsleder i kommunen legger fram problemstillinger vedrørende pasienter som de ønsker å få drøftet på samarbeidsmøtet, og begge parter lytter til hverandres innspill. Slik samarbeidsmøtene presenteres, så fremstår de som etablerte, rutinerte, produktive, og lite konfliktfylte. De fremstår også som godt planlagte, slik informanten beskriver forarbeidet til kommunebesøkene. God planlegging av møtekalenderen fra kommunens side kreves også for å sikre behandlerens muligheter til å gjøre pasientavtaler samme dag. Selv om møteagendaen planlegges i forveien, så er tjenesteaktørene likevel fleksible i forhold til arbeidsoppgavene og pasientene som deltar på samtaler i etterkant av fellesmøtene:

"Er legene til stede på møtet, så tar vi opp pasientsaker, eventuelt tema. Ofte hvis de lurer på noe, vil ha hjelp til en vurdering sammen med en pasient, så tar vi det fra halv ett til halv to, for eksempel. Da går en av oss fra poliklinikken til et naborom sammen med en fra psykisk helse, eventuelt legen og pasienten, også har vi samtalen der. Hvis de vurderer "skal vi sende en søknad eller ikke... vi trenger noe råd og veiledning i forhold til hvordan vi skal gå videre i den saken der".. så tar vi det også der" (behandler, poliklinikk, DPS).

Samme informant betegner sin arbeidsplass som "en reisende poliklinikk". Formelle samarbeidsmøter i kommunene bidrar til at koordinator fra DPS blir mer kjent med kommunen, dens tilbud og lokale muligheter. Ut fra behandlerens beskrivelser fremstår samarbeidsforholdet mellom psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten som karakterisert av en fleksibel dialog fra begge hold.

På spørsmål om behandler ved poliklinikken på DPS synes det er tilstrekkelig og faglig godt nok å treffes hver sjettede uke, så svarer han som følger:

"Både ja og nei. Egentlig så tror jeg at det er greit, fordi vi ikke kan sette av mer tid. Hvis vi skulle dratt ut oftere, så hadde det gått utover pasientbehandlingen her på huset. Dessuten så følger vi jo opp pasientene i kommunene. Jeg kan godt dra opp til en kommune og gjøre en pasientsamtale der utenom fellesmøtene."

Møtefrekvensen er med andre ord et resultat av arbeidskapasitet, balansert opp mot pasientenes behov lokalt i kommunen og på DPS.

4.1.2 Mellomstore kommuner

Jo større kommunene blir, målt i innbyggertall, desto større tjenesteapparat behøves nødvendigvis, for å møte innbyggernes behov for psykisk helsehjelp. Dette innebærer en større administrasjon og helsefaglig stab, flere fastleger, og i mange kommuner også tilgang på mer

spesialisert kompetanse. Som vi ser i det følgende så innebærer dette til dels andre samarbeidsmønstre enn i små kommuner.

Autonome tjenesteytere

Informanter fra én mellomstor kommune i utvalget fremhever et bredt tilbud til brukerne med psykiske vansker og lidelser. Kommunen har blant annet et "godt boligtilbud, med tanke på at vi har veldig få som ikke får noe tilbud" (psykiatrisk sykepleier og koordinator, mellomstor kommune). Dette er en kommune på vel 20 000 innbyggere. Kommunen har organisert arbeidet med psykisk helse for voksne i en egen enhet, mens arbeidet med psykisk helse for barn og unge representeres av integrerte tjenester. Mange av tjenestene i kommunen er bygget opp ved hjelp av begrensede midler, som prosjektmidler. Informanter påpeker også et godt samarbeid med DPS spesifikt, og et svært godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten generelt, både på system- og individnivå. Per i dag er samarbeidet mellom psykisk helsearbeid og DPS organisert som følger – med tydelige rutiner og bred deltakelse fra involverte tjenester:

"Vi har et fagteam i kommunen, hvor DPS deltar. I fagteamet er oppfølgingstjenesten godt representert, sammen med forvaltningskontoret som er bestillerenheten, kommuneoverlege, enhet barn og unge, NAV, sosial... alle er med. DPS sitter godt representert med både ledere og fagutøvere.. seksjonsleder da, fra poliklinikken. De er med i det kommunale inntaksmøtet på rus og psykisk helse, og kan der uttale seg om hva slags tjenester vi etablerer til den enkelte bruker. Vi har også et månedlig møte, der vi går gjennom innlagte pasienter som har allerede kommunale tjenester eller forventes å ha behov for det. Dette foregår på DPS. Det er vel i hovedsak strukturen vi har på samarbeidet på systemnivå" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

En av kommunene har også et akutt-ambulant team, som brukes mer og mer i forhold til legevakten. Ifølge en kommuneoverlege har utviklingen innenfor psykisk helsevern hevet kvaliteten på det psykiske helsearbeidet betraktelig: "I forhold til det som var før vi fikk DPS og de opprettet tilbud som det akutt-ambulante teamet, så er dette et stort fremskritt i forhold til tidligere. Kvaliteten på det som blir gjort er mye bedre. De strekker seg langt ved DPS, og synes de gjør mye bra."

Flere mellomstore kommuner har ansatte i kommunepsykologstillinger. I en av kommunene i utvalget har kommunepsykologen kontor på helsestasjonen, og har der hovedsakelig fungert som rådgivere for helsesøstrene. I en annen kommune har kommunepsykologen fått en viktig rolle i samarbeidet med fastlegene. Kommunepsykologen avlaster her fastlegene, ved å behandle "de som fastlegene synes er litt for vanskelige, men som ikke fyller retten til behandling i psykisk helsevern" (psykiatrisk sykepleier og koordinator, mellomstor kommune).

Det kan være utfordrende å få til et godt samarbeid med fastlegene både på system- og individnivå. En leder for psykisk helsearbeid i en kommune beskriver samarbeidet med fastlegene som følger:

"Fastlegene henviser til vår tildelingsenhet. Så får vi en bestilling fra tildelingsenheten om oppfølging. Når vi har kontakt med dem, så er det jo på bakgrunn av et samarbeid knyttet til enkeltbrukere. Og vi opplever nok et godt samarbeid med fastlegene. Det gjør vi, men noen tar et større ansvar for oppfølgingen av pasientene sine. Det merker du

godt. Noen henviser veldig fort videre til oss, mens andre kaller inn pasienten og har samtaler med pasienten selv. Men der hvor vi er inne, så synes vi at samarbeidet er godt."

Som det fremgår av sitatet, synes opplevelsen av samarbeidet med fastlegene å variere. Det varierer hvorvidt fastlegene stiller opp i samarbeidet på systemnivå, og fastlegenes henvisnings- og oppfølgingspraksis vedrørende enkeltpasienter varierer. Informanten er likevel fornøyd. Fastlegene "deltar på ansvarsgruppemøter", og det er viktigst, påpeker hun.

Ansvarsgruppemøter, koordinator og IP beskrives som viktige virkemidler for samarbeid rundt enkeltpasienter i flere mellomstore kommuner i utvalget:

"I ei typisk ansvarsgruppe så er det som regel den kommunale representanten fra psykisk helsearbeid som er koordinator. Koordinator kaller inn til et møte, hvor DPS som regel er med, hvis det er snakk om en felles pasient. NAV, fastlege, og brukeren selv er også med, som hovedaktører. Og har brukeren en individuell plan, så er den verktøyet som styrer møtene da, som mål.

For eksempel, handler problemstillingen om arbeid, så er det gjerne NAV som er ansvarlig på møtet. Hvilket tiltak er NAV inne med, er det AAP (arbeidsavklaringspenger), hvordan er økonomien, hvilke tiltak må til for at personen skal ut i arbeid, osv. Noen får AAP uten at det er satt i gang tiltak. Og brukeren får jo til å betale regningene, men vedkommende kommer jo ingen vei. Det er kanskje på dette møtet at koordinatoren skal forsterke brukeren til å være med og pushe på.

Handler problemstillingen om helse og behov for behandling, så er det første instans fastlegen som må henvise. Og likedan så må koordinatoren prøve å pushe på slik at det skjer noen ting. Det er jo ikke bestandig det skjer noe. Og sånn blir Individuell plan brukt, i referansegruppe. Referatene skrives i Sampro. Vi prøver ikke å ha veldig mange ansvarsgrupper som går ut at det er en form for individuell plan. Det skjer, men skal helst ikke gjøre det".

I samarbeidet mellom partene i kommunen som denne informanten representerer, så har IP fått en styrende funksjon for fellesmøtene - om bruker har en IP oppnevnt. Koordinator har en viktig rolle for å skape handling hos og på vegne av brukeren. Som vi kommer tilbake til, så opplever enkelte informanter at det blant annet er en sammenheng mellom antall samarbeidsaktører og nytteverdien av en IP. I denne mellomstore kommunen har IP, i SAMPRO, fått en "kjempeviktig rolle i samarbeidet om brukerne" (psykiatrisk sykepleier, kommune). Rollen som IP og ansvarsgrupper får i mellomstore kommuner i samarbeidet om mennesker med psykiske vansker og lidelser er imidlertid mer komplekst. En kommuneoverlege fra en annen kommune påpeker at der er ansvarsgrupper viktige, men ikke IP. Vi ser nærmere på bruken av IP og ansvarsgrupper i samarbeidet på psykisk helsefeltet i kapittel 7.2.

Informanter fra mellomstore kommuner i utvalget opplever samarbeidet om brukere med psykiske vansker og lidelser som så godt og kompetent, at de har tenkt at kommunen kunne håndtert flere av arbeidsoppgavene rundt enkelte brukergrupper selv, fremfor at brukerne får oppfølgingen ved DPS. En psykiatrisk sykepleier forklarer:

"Vi har veldig syke pasienter i kommunen som aldri er inne på noe døgnopphold. Vi greier jo å bygge opp et tilbud her i kommunen, som ivaretar dem. Så klart, er det en psykoselidelse, brukeren er utprøvd på medisin og vi har bemanning, så får man kanskje ikke til all verden med å flytte de over til DPS i noen uker, heller. Så det handler mer om å kunne gi et styrka tilbud en periode i kommunen, til at ting blir greit igjen."

Ifølge en annen informant kreves det et tydeligere skille i ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune enn i dag, når kommunen oppfører seg som autonom i tjenesteutførelsen av visse arbeidsoppgaver rundt enkeltbrukere:

"Det jeg tror vi har en utfordring på, er å finne ut hva DPS skal gjøre og hva kommunene skal gjøre. For vi gjør veldig mye av det samme. Og den koden kunne jeg godt tenkt meg og knekt. Fordi jeg opplever jo å få henvisninger fra spesialisthelsetjenesten på oppfølging i kommunen, fordi brukeren går i behandling. Du skal ha samtale i kommunen, fordi du går i samtale på DPS. Vi driver med så mye overlapp" (avdelingsleder, psykisk helsearbeid).

Problemet med overlapp av arbeidsoppgaver mellom kommune og spesialisthelsetjeneste tyder på utydelig ansvarsfordeling. En annen informant beskriver hvilke områder som fremstår som henholdsvis tydelige og utydelige i arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, slik hun oppfatter dette:

"Poliklinikken, der tenker jeg at fordelingen er tydelig nok, og akuttpost likeså. Men sengeposter, nei, det er utydelig. Jeg tenker, at i stor grad, så har det de holder på med i sengeposten kunne blitt gjort ute i kommunene. I stor grad. Økonomisk så er det jo helt sprøtt, synes jeg, ikke å se dette mer i sammenheng. Hvis man kunne rustet opp tjenesten i en periode ute i kommunen... Det er jo der man skal bo. Hvis man kunne gitt tilbudet til brukeren der, i stedet - når det ikke er snakk om akutte episoder med behov for skjerming og lignende" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

Informantens standpunkt avhenger av tilgangen på boliger og pleiepersonale i kommunen, og kommunens tilfang av øvrige tilbud. I denne aktuelle kommunen opplever de ansatte ingen store utfordringer knyttet til dette.

I kontrast er optimismen i forhold til muligheten for å utvide tilbudet om døgntilpassede boliger ikke nødvendigvis like stor i andre kommuner. Dette gjelder særlig små kommuner. Leder for psykisk helsearbeid i en liten kommune sier at det ikke er aktuelt for dem å ta ansvar for døgnpasientene på samme måte: "I kommunen her er det veldig sjelden behov for noe døgnopphold. I tillegg så må det mye mer kompetanse ut i personalgruppa, om vi skal etablere et døgntilbud ut i kommunen. Og hvem skal ta det i en liten kommune?".

En koordinator og behandler ved et DPS, som både samarbeider med små og mellomstore kommuner, mener også at de mellomstore kommunene i området er i stand til å utøve en del av arbeidsoppgavene som nå hører til DPS – men ser både fordeler og ulemper ved en slik ansvarsoverføring:

"DPS har tettere oppfølging. DPS har antagelig også større personalressurs til å få til god kontinuitet, og å få lagt inn gode rutiner. Også er det tettere kontakt med andre sykehustjenester, hvor det er nødvendig. Det er fordelen med å ha oppfølgingen av pasienter ved DPS. Fordelen med kommunen er at pasienten får lov til å være i nærmiljøet sitt og kanskje opprettholde en del av rutinene og den strukturen de har, selv om de får et funksjonstap en periode av livet. Vi ansatte på DPS - selv om DPS skal være litt tettere på hvor pasientene bor enn før - tar pasientene i stor grad ut fra nærmiljøet, og inn i institusjon."

Fordelingen av arbeidsoppgaver mellom kommune og DPS bør veies opp mot tilgang på ressurser og nærhet til sykehustjenester, kontra tilgang til pasientens nærmiljø, ifølge informanten.

Et tilgjengelig og lyttende DPS

Forholdet mellom flere mellomstore kommuner i utvalget og deres samarbeidende DPS preges av et DPS på tilbudssiden, for å lage gode samhandlingsmønstre for veiledning og kompetanseoverføring til kommunene i opptaksområdet - ifølge informanter ved DPS. Informanter fra kommunene oppfatter ikke nødvendigvis partene ved DPS som så.

En koordinator og behandler ved et DPS forteller at DPS responderer på mellomstore samarbeidskommuners autonomi ved å vise seg fleksibel i forhold til kommunens uttrykte behov for faglig kontakt og oppsøkende virksomhet. Hun sier for eksempel at DPS har forsøkt "å få til veiledningsdager, finne felles møtarena hvor vi kan utveksle kompetanse og lettere samarbeide med enkeltpasienter", men at dette samarbeidet har vært enklere å få etablert i mindre kommuner. Samtidig mener hun at DPS er på tilbudssiden i forhold til hvordan samarbeidet med mellomstore kommuner i opptaksområdet skal organiseres. En mellomstor kommune har for eksempel invitert seg selv inn på DPS, og samarbeidspartene ved DPS imøtekommer invitasjonen:

"Vi ønsker oss jo inn på DPS. Den andre veien enn det som er vanlig, hvor DPS kommer inn i kommunen. Det har nå nylig derfor blitt nevnt at vi skal inviteres inn. Ikke til inntaksmøtene, men i drøftingsmøter, for å se på hva slags tilbud de gir før utskrivning. Men det er ikke etablert noen struktur på det ennå" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

Et annet eksempel på et fleksibelt og samarbeidsåpent DPS, fremgår videre av en behandlers redegjørelse for hvordan han, mer eller mindre ubevisst, forskjellsbehandler innsatsen fra DPS etter samarbeidskommunenes ressurser og etterspørsel etter spesialisthelsetjenestens kompetanse:

"Jeg tror ikke det er sånn at vi bevisst velger å gi mer til småkommunene. Men vi har i hvert fall fått til et tilbud som resulterer i at vi gir mer til dem. Vi har jo arbeidet for å prøve å få til samme type tilbud om veiledning til de andre kommunene også, men de har ikke respondert like mye på tilbudet. Og det tror jeg handler om at de har et annet behov, at de har mer kompetanse, de har mer personell og de har en bredere sammensatt personalgruppe enn småkommunene. Så det handler om å finne en annen måte å få til et samarbeid med dem på" (psykiatrisk sykepleier, DPS).

Informanter fra mellomstore kommuner forteller at de ikke har etterspurt muligheten for et oppsøkende DPS i stor grad. "Kanskje burde de spørre oftere", påpeker en informant, mens andre informanter sier at de ikke har behov for det, som vi har sett.

Et annet DPS har samme erfaring med samarbeidet med mellomstore kommuner, og har derfor etablert faste månedlige veiledningstimer med de psykiatriske sykepleierne i alle samarbeidskommuner. Her deltar de mellomstore kommunene:

"Nå er det fem eller seks psykiatriske sykepleiere som kommer hit, en gang i måneden. De drøfter da vanskelige saker og utfordringer, både med oss, og med de psykiatriske sykepleierne fra de andre kommunene. Så de deler erfaringer og finner løsninger i dag. Med det har vi fått til ganske mye, synes vi selv" (koordinator og behandler, DPS).

Veiledningstimene er blant annet organisert med et standardiserende siktemål i forhold til oppbyggingen av kompetanse og erfaringsforståelse blant psykiatriske sykepleiere i opptaksområdet. Det samme gjelder for felles fagdager, også holdt ved DPS:

"Vi satser på å ha fire fagdager i løpet av året, etter tema, som søvn, depresjon, bipolar lidelse, angst, skolevegning. Først har vi faglig innhold med forelesninger, også prøver vi å få til en møtearena etterpå. Her kan det være ansvarsgruppemøte eller individuell veiledning, med tanke på å øke generell kunnskap og gjensidig forståelse for hvordan vi jobber. Vi vil også øke vår generelle kompetanse om kommunene, og kommunene trenger å vite litt mer om det vi har å bidra med" (koordinator og behandler, DPS).

Fagdagene skal være en blanding av undervisning og samarbeid i praksis. Videre tilrettelegger DPS sine tilbud ytterligere for en spesifikk mellomstor kommune, fordi de opplever kommunen som svært autonom i tjenesteutførelsen, og etterspør kompetansen ved DPS lite:

"Vi har som mål å få til enda mer kontakt med større kommuner i opptaksområdet vårt. Det krever en litt annen type tilnærming enn til de små kommunene. Store kommuner er gjerne mer autonome. De har mer personell, kunnskap og kompetanse selv. Og ønsker å være mer selvhjulpent også kanskje. Så da må vi nærme oss dem på en litt annen måte, og finne en annen måte å samarbeide på og få til utveksling. Vi har hatt et prosjekt med en mellomstor kommune, hvor vi har fått skriftliggjort litt hvordan vi ønsker å ha det rundt inn- og utskrivinger, litt mer rutine. Tror det gjør at vi blir mer bevisste på hvordan vi skal gjøre arbeidet. At, når vi får en henvisning fra kommunen så vet vi hva vi skal gjøre i forkant, hvordan vi skal få til en god dialog i forhold til hva som forventes, hva som er nødvendig i forhold til utskriving... er det lurt å be kommunerepresentanter komme på hospitering og være her sammen med pasienten før en drar ut igjen, og så videre" (koordinator og behandler, DPS).

DPS søker å finne en god tilnærming til samarbeid med store kommuner i opptaksområdet, og er i dialog med dem om det. Dette innebærer en bevisstgjøring av hvordan samarbeidet skal bygges opp, for utvikling av godt planlagte samarbeidsprosesser.

4.1.3 Store kommuner

Jo større kommunen er, desto flere stemmer og oppfatninger finnes lokalt om hvordan samarbeidet i psykisk helsefeltet er organisert og fungerer. I samarbeidsforhold med små kommuner fremsto informantenes oppfatninger av hvordan samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste, fastlege og kommune fungerte som forholdsvis like. Dette forandrer seg i større kommuner, hvor flere ansatte, tilbud, retningslinjer, brukere og pasienter skal koordineres. Flere eksempler på henholdsvis godt og dårlig samarbeid produseres. Bildet av "det unisont velfungerende samarbeidet" løser seg derfor noe opp – selv om svært godt samarbeid selvsagt oppleves også der. Poenget er, som en behandler ved et DPS sier,

"i en stor kommune med mange innbyggere så har de et stort tjenesteapparat med mye kompetanse selv, men NAV mer for seg selv, oppfølgingstjenesten for seg selv, osv. I småkommunene ser vi at det er lite personale i tjenestetilbudet, men de samarbeider mer og er nødt til å samarbeide mer, så det blir litt mindre skott mellom NAV, helsesøster, psykiatritjenesten, osv."

Informanter som arbeider i eller samarbeider med store kommuner hvor samarbeidet oppleves som godt, rapporterer gjerne om velfungerende koblinger mellom de ulike instansene i tjenesteapparatet. Sentralt i den sammenhengen ser ut til å være gode system for synliggjøring av praksis, blant annet gjennom informasjonsutveksling, og aktivt arbeid for samarbeid på systemnivå. I det følgende gir vi eksempler på hvordan samarbeidsforhold i utvalget har løst dette, men vi starter med å beskrive en storbyproblematikk, som informanter benevner det, knyttet til dialogen mellom psykisk helsearbeid og de samarbeidende enhetene NAV, fastleger, og DPS. Når vi samler disse enhetene under ett punkt, så er det fordi samarbeidet mellom dem ser ut til å dele en utfordring, nemlig hvordan etablere god kontakt med samarbeidspartnere "uten ansikt."

Storbyproblematikk

I større kommuner kan det være en stor utfordring for praktikere å få oversikt over hverandre, fastlegene, og behandlerne i spesialisthelsetjenesten, derunder hvilke team og tjenester som samarbeidspartene tilbyr. Dette ser ut til å være en viktig årsak til at store kommuner som rapporterer om godt samarbeid i psykisk helsefeltet, ser ut til å utføre mye arbeid på systemnivå for å oppnå godt samarbeid på individnivå. Ett eksempel på dette er arbeidet for å skape bedre samarbeid med fastlegene. Fastlegene fremstår ofte som den minst tilgjengelige gruppen av individer av partene i samarbeidsforholdene. En kommuneoverlege forteller om følgende arbeid for å sikre bedre kommunikasjon mellom fastlegene og kommunen:

"Mye av dialogen i forhold til for eksempel skriving av gode henvisninger, gode epikriser, samarbeid, foregår i aksene direkte mellom fastleger og kommunen, uten at det går via kommunens kontaktperson eller via helsetjenesten i kommunen. Så vi har hatt en gjennomgang av hva en henvisning bør inneholde når man henviser til spesialisthelsetjenesten."

Sentralt i kommuneoverlegens eksempel er en standardisering av fastlegenes henvisningspraksis. Det kan oppfattes som en selvfølge at varierende kvalitet hemmer produktiviteten i dialogen med spesialisthelsetjenesten, uavhengig av kommunestørrelse. Det

som ikke er en selvfølge er at kommunen har jobbet systematisk med å etablere retningslinjer for minste krav til innholdet i henvisningene, for alle fastleger. Ifølge kommuneoverlegen har arbeidet hatt gode resultater. Problemet med varierende kvalitet på henvisninger påpekes av flere informanter. En psykiatrisk sykepleier forklarer hvorfor dette påvirker samarbeidet med fastlegene:

"Vi har snakket om det i årevis hvorfor det kan være vanskelig å få til et jevnt godt samarbeid med alle fastleger i kommunen. Så jeg har ikke det gode svaret på det egentlig. Men, de er jo en grunntapp i systemet og skal være det, fordi mye av henvisningsmyndigheten ligger der. Så vi opplever jo at vi må mate dem med informasjon for at de skal skrive de rette tingene - for at vi skal få folk inn i spesialisthelsetjenesten."

Å mate fastleger med informasjon kan være tidkrevende. Ettersom antallet fastleger, brukere og tjenester i store kommuner er høyt, vil kan dette fremstå som et kjedsommelig hinder for samarbeidet med fastlegene, i større grad enn i små kommuner.

En annen informant sier at det finnes en indre dynamikk i store kommuner, med følger som det er vanskelig å få oversikt over - som kompliserer samarbeidet med fastlegene:

"Det er mange skifter, vikarer og sånn, og jeg tenker at denne kommunen er litt spesiell i og med at den er så stor. Så dette er en slags storbyproblematikk. Det går på holdninger til dette med psykiatri blant legesentrene, og pasientene velger jo også... de flytter fra legesenter til legesenter og sånn. Så det er en indre dynamikk i mye av dette, som antagelig ikke er så åpenbart enkel å forklare" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

En kommuneoverlege nyanserer dynamikken videre:

"Det er nok en utfordring altså, for en fastlege som sitter med en eller annen pasient, å vite hvor de skal henvende seg. Og selv om de til og med har fått informasjon om dette, så har de sikkert fått informasjon kanskje om 5000 ulike steder de kan henvende seg. Og da å klare å huske dette, ikke sant. Det er så mange som ønsker å gi en beskjed til fastlegen at de klarer nesten ikke å holde oversikt over all informasjonen".

Fastlegene har mange å henvende seg til, og det samme gjelder psykisk helsearbeid og NAV gjensidig:

"Nav her er veldig svært, og vi opplever det som litt utilgjengelig. Vanskelig å komme i kontakt med saksbehandlere, mange bytter av saksbehandlere, som gjør at det blir mangel på kontinuitet i oppfølgingen. Folk blir gående på AAP for eksempel, mye lengre enn nødvendig fordi det er så mange brudd i saksbehandler og saksgang" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

En kommuneoverlege fra samme kommune utdyper opplevelsen av samarbeidet med NAV:

"Fra fastlege-synspunkt, så er erfaringen med NAV den samme. Det er trist å se hvordan brukere taper rettigheter og blir forsinket, fordi at gang på gang så er det NAV som ikke oppfyller sine forpliktelser. Og mange ganger skylder det skifte av saksbehandler. Som de

sikkert ikke kan noe for, men som de noen ganger gjør fordi de fordeler arbeidet på en annen måte, osv. Det er et stort problem, synes jeg. Og som tar motet fra mange av de klientene som ikke hadde trengt den ekstra belastningen."

Kommuneoverlegen forteller om følgende organisatoriske løsninger for å bedre samarbeidet med fastlegene:

"Det har kommet fram en del ting som fastlegene ønsker, dette her med et lavterskeltilbud, i betydning at de skal kunne ringe, kunne ta kontakt fort i forhold til medisiner og osv. Det skulle vi få løst gjennom akutt-teamet. Det er så store organisasjoner i store kommuner, at en må velge ut enkelttiltak, også må en følge de ordentlig opp, og ikke bare planlegge og si at nå gjør vi det sånn, for det går ikke av seg selv."

Kontaktpunkter fremheves også som viktig i forhold til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten:

"Så er det et prosjekt hvor man ser på samarbeidet og veien inn til spesialisthelsetjenesten... det jeg ser er at spesialisthelsetjenesten henviser til samhandlingsteamet, også henviser de til psykisk helse, også henviser de gjerne til ungdomstjenesten, og her tenker jeg at det må gå seg til litt slik at dette ikke går i alle retninger. Vi har sett når det har vært henvisninger til psykisk helse tidligere, at man henviser både hit og dit for kanskje å få napp et sted, men der tror jeg at man får litt sånn trakt inn eller trakt ut nå da.

Har vært litt uklart når spesialisthelsetjenesten, altså døgnavdeling, henviser en som skal skrive ut både til psykisk helse, samtidig som de henviser til DPS. Og noen ganger så er det jo behov for begge deler. Men så har vi også sett at det ble henvist til privatpsykiater samtidig. Også har kontorfortjenestetildeling spurt da, hvor tenker dere at nivået skal være? Nei, altså, vi sender, er svaret. Og da sitter man litt på gjerdet og venter på hverandre, hvem som gjør et vedtak."

Den mangfoldige henvisningspraksisen til spesialisthelsetjenesten speiler de mange tjenestetilbudene i kommunen, mangelen på retningslinjer for hvem henvisningene skal adresseres til, og utydelige rammer for psykisk helsearbeid i kommunen.

Selv om informanter fra store kommuner rapporterer om negative forhold i vilkårene for å utøve godt samarbeid om brukerne med psykiske vansker og lidelser, så opplever de samarbeidet overordnet sett som godt. Dette kan synes paradoksalt. Informanter poengterer imidlertid at problem som må løses lokalt ikke nødvendigvis oppleves som utfordringer i selve samarbeidet. Det de opplever er at de jobber med arbeidsoppgaver som skal finne en løsning, som kan ha større organisatoriske konsekvenser. En avdelingsleder for et DPS sier som følger:

"Det jobbes ikke med noe dårlig metodikk. Vi står ikke og stamper, det skjer noe hele tiden. Og, nå har kommunen fått penger som skal gå rett inn i arbeidet med lette pasienter da, de uten psykoselidelser. Og det får direkte følger for både inntak til poliklinikker, deling av den diagnosegruppen – hvem skal gjøre hva. Og.. vi hadde et

samarbeidsmøte om dette i forrige uke, det er ikke løst på et øyeblikk, men det jobbes med det. Generelt så, løsningene kommer ikke bare fordi vi snakker rundt det. Det er noen flaskehals da, som bolig. Også går det på ressurser. Men vi har et veldig godt samarbeidsklima rundt det at vi fra andre- og førstelinjen ser at vi har roller i dette. Det er ikke noe albue-greier i forhold til dette."

Som vi skal se nedenfor, så skjer det mye hele tiden i store kommuner grunnet drift av store prosjekt, som skal videreutvikle tjenestene og samarbeidet mellom dem.

Arbeid for samarbeid

Mye arbeid utføres på systemnivå i utvalgets store kommuner for å utvikle godt samarbeid på individnivå. Rent konkret, så kan dette for eksempel bety etablering av organer og utvalg for å håndtere spesifikke funksjoner i psykisk helsearbeid, og drift av større prosjekt for å videreutvikle de psykiske helsetjenestene. Som vi ser nærmere i kapittel 7, har dette blant annet resultert i ACT-team og FACT team i samarbeidsforhold i utvalget.

Videre finner vi et mangfold av ulike typer institusjonaliserte samarbeidsmøter og samarbeidsløsninger i store kommuner. En informant beskriver et "samarbeidsorgan med stor S", som blant annet ble etablert for å drive fram god kommunikasjon og veiledning mellom kommune og sykehus:

"Det er en gang i måneden, en lege fra kommunen, en lege fra sykehuset, en leder fra DPS og en leder fra sykehuset, en saksbehandler fra forvaltning, og to fra oppfølgertjenesten. Hos oss er det forvaltning som leder møtene. Vi diskuterer enkeltsaker hvis det er stor tvil og behandlingen ikke fungerer godt, ser hvilke muligheter har den ene og den andre part. Så har det status ved et vedtak som blir truffet der. Det har fungert godt, det er veldig bra med de samarbeidsoppgavene, og det opplever vi positivt. Da får diskusjonen foregå der, så det reduserer aggresjonen altså, veldig mye mindre kjefting på hverandre" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

Bakgrunnen for etableringen trer tydelig fram i sitatet, da det har vært konflikt i samarbeidet mellom de involverte partene. Fortsatt kan de være uenige, men uenigheten eskalerer ikke slik den fremstår at gjorde før. En annen stor kommune har etablert en tilsvarende tverrfaglig samhandlingsgruppe, hvor vanskelige saker drøftes på systemnivå – men hvor vedtak ikke gjøres.

Store kommuner i utvalget er også involvert i en rekke prosjekt for å bedre tjenestene og samarbeidet om tjenestene, gjerne i samarbeid med nabokommuner:

"Det er flere prosjekt hvor ulike nabokommuner er involvert, for eksempel i forhold til særlig rus, mange har bosted i nabokommuner som også oppholder seg mye her. Innenfor psykisk helse er det flere prosjekt enn jeg har oversikt over, særlig i forhold til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. I forhold til nabokommuner har vi et prosjekt som går på det med boliger, også et o minoritetsgrupper og særlig flyktninger og asylsøkere, og prosjektet hvordan få til god samhandling for mestring.. og mye samarbeid med nabokommunene i forbindelse med samhandlingsreformen. Det er jo organisert rent formelt. Og så er det dette lokale samarbeidsutvalget som er sykehusene i

regionen, som har faste møter og tar opp både somatiske saker og psykisk helse.. for å nevne noen" (kommuneoverlege, stor kommune).

Som kommuneoverlegen senere konkluderer, så foregår det "veldig mye godt" samarbeid tilknyttet prosjektene. Kommunen har da også en egen prosjektleder som jobber med samhandling og prosjektene. Når prosjektene er viktige, så er det blant annet fordi midler følger med dem, og fordi de skaper refleksjon og erfaringer med ulike organisatoriske løsninger, eller som en kommuneoverlege sier, "det tilspisser seg diskusjon, og det tenker jeg er positivt, for det gir grobunn for å se og jobber mer med for eksempel kriteriene for tjenesten".

4.2 Oppsummering

I samarbeidsforhold med små kommuner fremsto informantenes oppfatninger av hvordan samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste, fastlege og kommune fungerte som forholdsvis like. Dette forandrer seg i større kommuner, hvor flere ansatte, tilbud, retningslinjer, brukere og pasienter skal koordineres.

Tabell 5.1 oppsummerer i hovedtrekk fordeler og ulemper ved å drive samarbeid om psykiske helsetjenester i små, mellomstore og store kommuner, som fremkommer ut fra intervjuene som dette kapitlet bygger på.

Tabell 4.1 Fordeler og ulemper etter størrelsen på kommunene

	Fordeler	Ulemper
Liten kommune	<p>Kommune og DPS får raskt oversikt over arbeidet som skal utføres, hvem som utfører det, og hvem det utføres rundt (lokal kunnskap om brukerne og deres sosiale nettverk, få kontaktpersoner å forholde seg til i samarbeidstjenestene)</p> <p>God oversikt over brukerne kan gi rask og tett oppfølging av brukere ved endringer i funksjonsnivå</p> <p>Enkelt å samlokalisere fastlege og psykisk helsearbeid, og evt. andre (for eks. NAV, helsesøster, hjemmesykepleie)</p> <p>Små samarbeidsmodeller åpner for gjennomiktig og fortløpende samarbeid om brukere</p> <p>Små samarbeidsmodeller involverer færre personer, dette kan gjøre modellen mer tilpasningsdyktig i forhold til innspill om samarbeidets organisering</p> <p>Enklere å definere samarbeidsbehov</p>	<p>Små forhold kan gjøre praktikere forutinntatt om brukere (ikke begrenset til små kommuner)</p> <p>Få personer å samarbeide med i kommunen. Mindre faglighet, og mindre muligheter for å hjelpe brukere med varierte behov lokalt</p> <p>Små samarbeidsmodeller med færre personer kan hindre utvikling av samarbeidet, ved at noen kan få stor definisjonsmakt over samarbeidet på bekostning av andre (ikke begrenset til små kommuner)</p> <p>"Nabokjerring-problematikk": Brukere ønsker ikke å gå til psykisk helsearbeid eller evt. fastlege, da de kjenner vedkommende som jobber der</p>

Forts. tabell 5.1 Fordeler og ulemper etter størrelsen på kommunene

	Fordeler	Ulemper
Mellomstor kommune	<p>Større helsefaglig stab, flere fagressurser og spesialiserte fagtilnæringer representert</p> <p>Flere å samarbeide med kan avlaste i arbeidet</p> <p>Fremtvinger mer formaliserte avtaler om rutiner og samarbeidsmønstre, som ikke er personavhengige</p> <p>Store nok til å bygge ut døgntilbud for brukere i kommunen, men ikke nødvendigvis så store at oversikten over brukere med behov for døgntilbud forsvinner</p>	<p>Jo flere fastleger og ansatte i NAV og spesialisthelsetjenesten, desto vanskeligere for psykisk helsearbeid å få oversikt og kjennskap til dem man skal samarbeide med – og omvendt</p> <p>Større variasjon i fastlegenes engasjement for psykisk helse trer fram jo større kommunen er, sammenlignet med små kommuner</p> <p>Hvis kommunen er autonom i tjenesteutførelsen av arbeidsoppgaver rundt enkeltbrukere, kan det lettere oppstå overlapp i arbeidsoppgaver mellom kommune og DPS</p> <p>Vanskeligere å få oversikt over ansvarsfordelingen mellom kommune og DPS, enn i små kommuner</p>
Stor kommune	<p>Kan drive langvarige prosjekt for å videreutvikle tjenestetilbud, og profesjonalisere prosjektarbeidet</p> <p>Stort befolkningsgrunnlag gir gode vilkår for ambulerende virksomhet</p> <p>Mangfold av fagkompetanse og tjenestetilbud</p> <p>Erfaringskompetanse i samhandling i komplekse organisasjoner</p>	<p>Utfordrende for psykisk helsearbeid å få oversikt over fastleger, NAV, behandlere ved DPS, og hvilke team og tjenester som er tilgjengelige</p> <p>Indre dynamikk i samarbeidet, både i forhold til fastleger og NAV, som gjør gruppenes ansvar og arbeid uoversiktlig, og som i verste fall forhindrer samarbeid om enkeltbrukere (for eks. mangel på kontinuitet i oppfølgingen)</p> <p>Arbeidskrevende å etablere rutiner alle kjenner til for informasjonsutveksling om pasienter og tilbud</p>

5 Resultater fra intervju med praksisfeltet: Forholdet mellom samarbeidspartnerne

I dette kapitlet fokuserer vi på fellestrekk ved samarbeid i samarbeidsforhold mellom først psykisk helsearbeid og DPS, og deretter samarbeidet med fastlegene. Vi inkluderer også erfaringer fra informanter om samarbeidet med pasienten, i samspill med psykisk helsearbeid og behandlere ved DPS.

5.1 Samarbeid mellom psykisk helsearbeid og DPS

I det foregående har vi sett at samarbeidet mellom kommune, fastlege og spesialisthelsetjeneste, om mennesker med psykiske lidelser, kan kompliseres i takt med kommunestørrelsen. Med dette mener vi ikke at det nødvendigvis er ulike problemstillinger som eksisterer i ulike samarbeidsforhold, men at det kan være ulike svar til samme problemstilling, i samarbeidsforholdene. Som en kommuneoverlege fra en liten kommune sa:

"Alle regionene er jo forskjellige. Vi er nødt til å ha lokale løsninger for samarbeid og tjenestetilbud som fungerer lokalt for oss. Løsningene som vi skal ha her kan ikke sammenlignes med løsningene som passer i en stor by."

Ut fra beskrivelsene av samarbeid om mennesker med psykiske vansker og lidelser i små, mellomstore og store kommuner, så ser vi likevel at velfungerende samarbeid synes å ha noen fellestrekk. I det følgende ser vi nærmere på faktorer som ser ut til å fremme eller hemme samarbeidet mellom psykisk helsearbeid og DPS. Gjennomgangen er ikke uttømmende, men gir eksempler på tema som fremsto som sentrale for våre informanter.

5.1.1 Likeverd

Alle informanter fremhevet betydningen av likeverd i samarbeidsforholdet for godt samarbeid. Informantene var imidlertid ikke alltid forent i sine meninger og erfaringer om hvordan bedre og likeverdig samarbeid skal utvikles.

På spørsmål om hva som representerer de største utfordringene for godt samarbeid mellom tjenestene, så svarer en psykiatrisk sykepleier fra et DPS som følger:

"Det vi snakker veldig mye om på en del felles møter, det er at man skal ha likemannsprinsipp i forhold til å kunne gå inn og intervensere hos den andre part. Altså, kommunene skal være en likeverdig part med DPS i utforming av planer i forhold til

hvordan man legger opp løpene. Det tror jeg er viktig å få til, så samarbeidet ikke oppleves som at "spesialisthelsetjenesten kommer og sier hvordan kommunene skal gjøre det". Historisk sett har det ikke akkurat vært et likemansnivå" (psykiatrisk sykepleier, DPS).

Informanten antyder at spesialisthelsetjenesten må engasjere seg for å klare å vise likeverd ovenfor kommuner. For å oppnå likeverd bør verken kommunen eller spesialisthelsetjenesten ha fasit for pasientforløpene. De store institusjonenes historie er skrevet inn i relasjonen mellom nivåene. Spesialisthelsetjenestens institusjoner er tradisjonelt kjent for å fungere som "totale institusjoner" (Goffman, 1968) – hvor pasienter holdes utenfor sitt lokale samfunn for lengre perioder, og hvor hverdagen til de inneliggende pasientene blir planlagt av institusjonenes ansatte i detalj. Informanten ønsker ikke å bli sett som en representant for denne tilnærmingen. Som vi kommer tilbake til, så opplever psykisk helsearbeid like fullt et problem med "bestillinger" på kommunale tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan oppfattes som et utfall av manglende likeverd.

Idealet om samarbeid oppleves ikke nødvendigvis likt av alle parter i samarbeidet. En psykiatrisk sykepleier fra en samarbeidskommune til dette DPS gir følgende motsvar: "Jeg tror nok de på DPS i stor grad tenker at de har løsningene i større grad enn det kommunen har."

Konsekvensen av opplevd mangel på likeverd har organisatoriske følger, når DPS definerer på vegne av kommunen hvilke tilbud pasienten skal få, og kommunen følger opp dette. En informant tilhørende et annet samarbeidsforhold trekker opp en skarp grense mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens rett til å involvere seg på tvers av nivå, som svar på spørsmål om hvordan han håndterer situasjoner hvor spesialisthelsetjenesten agerer autonomt, fremfor å fremstå som likemann:

"Kommunen er suveren i å bestemme hvem og hvilket omsorgsnivå vedkommende skal ha når hun kommer tilbake. Det skulle bare mangle om det ikke også skal gjelde psykiatrien. Det er ikke andrelinjen som skal bestemme hvilket tilbud man skal ha i kommunen. Vi er nødt til å skreddersy det selv. Vi vet best hvilke muligheter og ressurser vi har. Vi kan ikke sette noen i andrelinjen til å bestemme det. De har ikke forutsetninger til å bestemme det" (kommuneoverlege og fastlege, liten kommune).

En avdelingsleder for psykisk helsearbeid har gått lei av revirkampen mellom kommune og DPS. For å oppnå likeverd fremhever han viktigheten av en bred tilnærming til samarbeidet, fremfor et detaljfokus på partnernes aktivitet og mandat:

"Hvordan får man til godt samarbeid? Det handler jo om hvilken innstilling man har til hverandre, og hvordan man definerer sitt revir og eventuelt ikke definerer noe revir i det hele tatt. Vi bør heller se på hvordan vi kan rigge oss sånn at vi faktisk kan gi tjenestene som folk etterspør. For vi skal jo ikke lage tjenester for oss selv. Det er for dem som sitter

der ute og har behov for tjenester eller kjenner noen som har behov for tjeneste. Det er for dem vi skal lage tjenestene, og da må vi være lydhøre for andres tilbakemeldinger" (avdelingsleder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune).

Å være lydhør for samarbeidspartenes tilbakemeldinger på egen praksis innebærer for informanten å gjøre jobben sin. Gjennom sin stilling driver han aktivt holdningsarbeid ovenfor de tjenesteansatte, for å videreutvikle de ansattes samarbeidskompetanse. For informanten innebærer dette å se bort fra de tradisjonelle tjenestelinjene, noe som revirtenkning motarbeider, ifølge informanten. Å oppnå likeverd trenger imidlertid ikke å kreve at man oppgir vissheten om nivåene:

"Altså, når vi reiser på møter, så er det jo psykisk helsearbeid som etterspør, også prøver vi å tilpasse etter hva de etterspør. For det er deres møter hvor vi er gjest, og vi får et oppdrag" (behandler og koordinator, poliklinikk, DPS).

Her kan behandler sies å uttrykke likemannsprinsippet i praksis, gjennom egen tilnærming til samarbeidsmøtene i kommunene. Hun er oppmerksom på at hun har kompetanse som kommunen trenger, samtidig som at hun gjester dem fra spesialisthelsetjenesten. Å utføre et oppdrag innebærer at man lytter til oppdragsgiver og vedkommendes ønsker og krav, og handler målrettet deretter. En fastlege fra en av informantens små samarbeidskommuner bekrefter da også "absolutt" at hun opplever respekt i relasjonen med behandlerne ved dette DPS.

5.1.2 Dialog om samarbeid

Dialog trer fram som en viktig faktor for godt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste på alle nivå, fra langtidsplanlegging på systemnivå til avtaleoppsett for samarbeidsmøter rundt enkeltpasienter. Gjennom dialog kan partene for eksempel avklare forventninger til hverandres arbeid og samarbeid. De kan informere om sine respektive planer, og eventuelt gjøre egne planer til felles innsats – eller bekymring:

"Jeg tror det er veldig viktig at man setter seg inn i hva som forventes av kommunene i forhold til det som helseforetakene nå legger opp til, med dreining mot poliklinisk aktivitet. Så må man prøve å følge dette opp selv. Vi synes kanskje at slike planer fra helseforetak, hvor de legger ned senger også videre, at det blir gjort uten at kommunene har hatt så veldig stor innflytelse på det. Det kan nok være at perspektivet til helseforetaket er sitt eget og ikke så veldig preget av noe samhandlingsperspektiv i planene. Altså, det er deres egne planer" (kommuneoverlege, liten kommune).

Gjennom Samhandlingsreformen er kommunene informert og forberedt på at de får pasienter overført fra spesialisthelsetjenesten tidligere enn før. Informanten opplever likevel nedleggingen av senger ved DPS som automatisert, uten dialog med kommunene som det angår.

En informant forteller hvordan mangel på dialog om enkeltpasienter - grunnet dårlig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste - kan prege organiseringen av pasientforløp:

"Pasientforløpene er avhengig av dialog. For eksempel, se for deg akuttposten, og at en person kommer inn akutt psykotisk og kjempefarlig. Man får roet personen og skjermet personen for omgivelsene og seg selv, slik at det skjer ingenting. Men så ser du at pasienten er mer eller mindre psykotisk også når han kommer ut igjen, bare at han er mindre psykotisk. Du vet jo fortsatt at, ok, han ruser seg tungt, og har ikke noe dagtilbud. Ikke kommer du i posisjon for å kunne gi noe tilbud når han kommer igjen heller. Men kanskje, hvis det hadde foregått et eller annet da han hadde vært innlagt, at dere kunne prøvd og tenkt og snakket sammen ... "vi vet nå hvordan han har blitt lagt inn tre ganger i år, hvordan skal vi få til det her litt greiere for alle sammen framover"?" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

Mangelen på dialog som beskrives her handler både om samarbeidskulturen mellom tjenestene og om dårlig utbygde system for utveksling av pasientinformasjon. Flere informanter fra psykisk helsearbeid rapporterer om lignende erfaringer med mangel på dialog med DPS om enkeltpasienter, som målrettet arbeid på systemnivå kunne forhindre.

En informant forteller hvordan mangelen på dialog oppleves fra ståstedet til en liten kommune, som ligger flere timer i reiseavstand med bil fra nærmeste DPS:

"Vi må være veldig pågående og ringe ned på DPS. La oss si at vi har måttet tvangsinnlegge en person med en psykose. Vi ringer etter noen dager: "Du, hvordan går det med han der? Hva var det som var årsaken til den psykosen og sånn?" Også prater vi litt med dem, og etablerer kontakt. Vi gjør det fordi vi vil legge til rette med en gang og få et visst bilde av brukeren. Vi vet at det er en psykose, men vi vet ikke hva som utløser psykosen også videre. Det ideelle hadde vært at spesialisthelsetjenesten kom med noen underveismeldinger, for vi bryr oss faktisk om pasientene våre som kanskje får et lengre opphold.

La oss si at vi tar inn en anoreksipasient som er veldig dårlig, som vi kjenner veldig godt. Så blir vedkommende lagt inn, også blir hun kanskje utskrevet 2-3 måneder senere. Vi vil gjerne ha underveismeldinger og en dialog underveis. En kort samtale kanskje ukentlig og "hvordan går det med [navn]." Da kan vi sette i gang en prosess. Det er jo for at det skal være helhetlig og koordinert dette, at vi tenker slik. For det kan jo tenkes at vi har noen opplysninger underveis som ikke kommer med i første omgang" (kommuneoverlege, liten kommune).

Informanten ser en konstruktiv løsning på den manglende dialogen gjennom ønsket om underveismeldinger ved innleggelser av brukere fra kommunen ved DPS. Underveismeldinger kan fungere både som ren pasientinformasjon, og som data for planlegging av pasientforløpet – for å nå målet om sømløse tjenester. De ansatte i

kommunen har en lav terskel for å ringe DPS, men likevel oppleves dialogen med DPS som utilstrekkelig. Formuleringen "vi bryr oss faktisk om pasientene våre" antyder at informanten opplever mangel på underveismeldinger som dårlig behandling av pasientene – og som et tegn på at spesialisthelsetjenesten ikke bryr seg like mye som kommunen.

5.1.3 Ledelsens ansvar for å skape samarbeidskultur

Samarbeidet mellom psykisk helsearbeid, fastlege og spesialisthelsetjeneste ser ut til å fungere best når representantene deler en fleksibel samarbeidskultur. I det følgende gir vi eksempler på hva vi legger i dette uttrykket, ut fra informantenes beskrivelser av gode samarbeidsforhold. Flere informanter antyder at ledelsen ved DPS tolker de statlige veilederne, om hva DPS skal være og å utvikle seg til, forskjellig. To informanter fra samme samarbeidsforhold sier dette som følger:

"Jeg tror fleksibilitet er nødvendig i forhold til å kunne svare på behovene, både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det som er rigid, det er desto vanskeligere å få til. Samarbeidsavtaler må være såpass åpne at man kan få til individuelle tilpasninger som gjør at de blir funksjonelle" (psykiatrisk sykepleier og koordinator, DPS).

"De statlige føringene som vi har lest alle sammen, også i kommunene, gir veldig mye rom for tolkning. Føringene er åpne. Det står ikke at det skal være slik og slik. Dessuten står det at kommunen skal tas med på råd og at man skal samarbeide, men akkurat hva som ligger i dette blir vi ikke enige om" (kommuneoverlege, liten kommune).

At føringene er fortolkningsfleksible medfører diskusjon og uenighet om organiseringen av samarbeid. Samtidig ville alternativet vært verre, om individuell tilpasning ikke hadde vært et alternativ. Ledelsestiltak og ledelsesvalg skal legge føringer for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. En informant fra DPS er veldig tydelig på viktigheten av tilstedeværende ledelse for psykisk helsefeltet, og av at denne tilstedeværelsen skaper tydelige budskap om at det skal samarbeides og hvordan dette skal skje:

"Jeg tror det er nødvendig at det etableres noen faste samarbeidspunkter og gjerne at det er ledelsesforankret hvordan vi vil ha det, både i kommune og spesialisthelsetjenesten. Ja, vi trenger i hvert fall en ledelse som er tydelig på hvordan vi vil ha det, og det har vi her. Ledelsen er veldig tydelig på at vi skal få til gode møtearenaer med kommunene i vårt opptaksområde, og da jobber vi for det også" (psykiatrisk sykepleier, DPS)

Ledelsen må i tillegg lytte, og vise seg fleksibel i forhold til egne ønsker og prioriteringer, for å tilpasse seg samarbeidspartene:

"Når du skal drive med samhandling og representere spesialisthelsetjenesten så er det viktig at du er lydhør for hva kommunene synes er det viktigste. Også må man bistå i å tilrettelegge for dette, selv om problemstillingen ikke representerer min spisskompetanse. Hvis vi bare er oppfattet av det som vi fra et sykehusstøsted synes er viktig, så får vi ikke bestandig til den gode samhandlinga. Jeg som jobber i rus og psykiatrien synes jo at vi skal prioritere det feltet, men når kommunene sier at "dette er viktigst", da må vi høre på det, sånn at vi skaper en vinn-vinn-situasjon for alle, etter

hvert. Det er en utfordring når du jobber i sykehus, at du må tilpasse deg litt om du skal få til en god samhandling" (psykiatrisk sykepleier og avdelingsleder, DPS).

I samarbeidsforhold hvor kommuner oppfatter ledelsen ved DPS som lydøre overfor kommunenes behov for assistanse og veiledning, så fremstår kommunene i utvalget som mer tilfredse med samarbeidet enn kommuner som oppfatter DPS som mindre fleksible. En psykiatrisk sykepleier fra en liten kommune, som samarbeider med det aktuelle DPS fra forrige sitat, gir et konkret eksempel på hvorfor hun opplever samarbeidet med DPS som godt:

"Det har vært litt forskjellig om det er lett å få inn pasienter på DPS. Nå har vi blitt mer kjent med hverandre, og pasientene blir tatt inn. DPS har hatt forskjellig opplegg om sommeren. De kunne ha stengt i helgene og de kunne ha stengt i lengre perioder. Så tidligere måtte vi bare "stå i det", for å si det sånn. Men ledelsen har skjønnet det nå at samarbeidskommunene er avhengige av dem. Så i år blir det ikke stengt på sommeren. Det blir begrenset åpning, men de er tross alt tilgjengelige."

Samarbeidet har blitt bedre etter hvert som ledelsen har fått mer kunnskap om – eller i større grad tatt mer hensyn til – kommunenes behov for DPS.

At ledelse er sentralt for godt samarbeid kan knapt undervurderes. En informant fra et samarbeidsforhold, hvor kommunen nå opplever samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som dårlig etter en reorganisering av ledelsen ved DPS, beskriver skarpt konsekvensene av dårlige ledelsesvalg:

"Den nye ledelsen ved DPS kjenner ikke vår historie. De kjenner ikke samarbeidskulturen som har vært i distriktet, gjennom mange år – for den har brutt sammen. Det har de gjort bevisst, for de mente at den ikke var hensiktsmessig" (kommuneoverlege og fastlege, liten kommune).

Kjennskap til samarbeidsforholdets historie følger ikke automatisk med en stillingsinstruks – den må erfares, erkjennes, fortelles og leves.

5.1.4 Stabil tilgang på ressurser

En avdelingsleder ved psykisk helsearbeid i en mellomstor kommune påpeker viktigheten av en stabil stab og stabil tilgang på fagkompetanse for å bedrive godt samarbeid:

"En utfordring som vi ikke kan gjøre så mye med, det handler om fag. Altså, jeg håper at spesialisthelsetjenesten satser på den lokale DPS'n i forhold til å få tak i stabile behandlere. Og det så jeg nå, når de kom på plass og det var stabilitet over tid, så kom mye på plass av seg selv. Også har vi et samarbeid for hele regionen. Vi har da mulighet til å stå sammen alle kommunene og si litt om hva vi ønsker. Og vi ser at det har mer effekt enn om vi, fra hver vår kant, ringer til ulike personer i spesialisthelsetjenesten og ber om samarbeidsmøter. Så jeg tenker at vi har foræne, og så lenge det er stabilitet i forhold til behandlere, så tenker jeg at dette lar seg løse."

Stabilitet i tjenesten kan ikke kontrolleres i sin helhet verken av en samarbeidsmodell eller en arbeidsgiver. Stabilitet i stab handler imidlertid ikke om at samme personale må befinne seg i

samme stab, til enhver tid. En psykiatrisk sykepleier fra en liten kommune beskriver hva tilstrekkelig stabilitet er for henne:

"Heldigvis hadde samarbeidet blitt opprettholdt om kontaktpersonene hadde sluttet. Og det er jo de leger også som har byttet avdelinger, men er der likevel. Du kjenner til dem, du kjenner navn, du vet hvem du skal spørre etter. Og er det noen som du ser etter som har flytta til et annet sted, så er det alltid noen andre igjen som du kjenner. Det er ikke ett menneske det er snakk. Det er snakk om mange mennesker. Mange ansatte" (psykiatrisk sykepleier, liten kommune).

Informanten har opparbeidet seg kjennskap til mange i staben ved DPS over lengre tid. Slik hun opplever samarbeidet fremstår det dermed ikke som like sårbart for utskiftninger blant personalet. Samarbeidsrelasjonen til DPS og staben som gruppe er uansett stabil. Samtidig kan stabilitet være et vilkår for å etablere kjennskap på tvers av forvaltningsnivå: "Etter hvert som jeg har blitt kjent med dem på DPS og de har blitt kjent med meg, så synes jeg samarbeidet med DPS fungerer fint" (psykiatrisk sykepleier, liten kommune).

En psykiatrisk sykepleier fra en mellomstor kommune påpeker viktigheten av stabilitet også for samarbeidet med fastlegene:

"Vi har faste folk. Og det gjør jo at kommunikasjonen går lettere. Det er lettere å prate med fastlegene. De vet hvordan vi er, og kjenner vårt system, og vi kjenner etter hvert deres system."

En fastlege fra samme kommune beskriver samme situasjon:

"Stabiliteten på legesiden og på psykolog-siden har gjort at man har utviklet respekt og kjennskap til hverandres måte å jobbe på, og også kunnskap om at man faktisk prøver å gjøre godt arbeid".

At stabilitet er nødvendig for å utvikle respekt og kunnskap om at samarbeidspartene prøver å gjøre arbeidet godt, reflekterer fastlegens synspunkt. Stabilitet fremmer gjerne kunnskap, men kan ikke antas å være et vilkår for å bygge respekt for samarbeidspartenes arbeid.

For tjenesteansatte kan et samarbeidsforhold oppleves forutsigbart og stabilt for de involverte partene, selv om det ikke er forutsigbart hvem man får treffer ved for eksempel henvendelser eller besøk. Dette er ikke like enkelt for pasientene. Fastlege og kommuneoverlege i en liten kommune synes ikke at staben ved DPS er stabil nok, ut fra det kriterium at pasientene opplever det slik:

"DPS har en fast stab og, det er litt som leder sier, at det er lettere å ta kontakt med folk du kjenner. Det har vært et problem med stadig utskiftninger i staben, på DPS. Har vært det i mange år. Enkelte pasienter som går der har skiftet behandler etter en viss periode, og mange pasienter opplever det som et dårlig tilbud".

At pasienter opplever tilbudet som dårlig kan tenkes å ha konsekvenser for pasientens motivasjon for behandling. Pasienter rammes også når partene i de psykiske helsetjenestene

ikke har tilgjengelige tjenestetilbud å samarbeider om. Dette ser ut til å være av stor betydning for samarbeidsklimaet i samarbeidsforholdet de inngår. Press på tilgangen på tjenester eller kompetanse kan skape konflikter i samarbeidet, som organiseringen av samarbeidet ikke nødvendigvis kan bøte på:

"Det er klart at samarbeid er veldig effektivt hvis du har alle tilbudene til stede som du trenger for å få gjennomført samarbeidet. Men hvis du mangler vesentlig kapasitet innenfor de ulike områdene, så blir jo ikke samarbeid noe effektivt. Da blir det jo bare en arena for krangel og uvennskap! Og det er ikke hensiktsmessig" (psykiater, stor kommune).

Når partene ikke har tilbud å by pasientene som de samarbeider om, blir samarbeidet en hemske. Særlig er det tilgangen på tilpassede boliger som fremstår som prekær for samarbeidet:

"Det vi ser som utfordring, det er bolig og kanskje tettere oppfølging. At det mangler boalternativ for en del av dem som er dårligst, og at det blir kapasitetsproblem" (psykiatrisk sykepleier og koordinator, DPS).

Mangel på boliger hindrer gode overganger fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, og gir feil tilbud i kommunen for enkeltpasienter:

"Slik situasjonen er nå, så går det mye på samarbeid rundt klienter. Det kan være utskrivninger fra andrelinjetjenesten, personer som det er vanskelig å finne plass til, eller få plass til, eller følge opp. Det er veldig mange dårlige pasienter som blir overført til kommunen. Vi sliter egentlig ganske mye nå, med en del klienter som er feilplassert. Og det er et tilbakeskritt" (psykiater, stor kommune).

Kommunen som informanten jobber i hadde tidligere et differensiert boligtilbud for ruspasienter og ulike brukergrupper med psykiske lidelser, som fungerte veldig bra, sett fra informantens ståsted. Det er nå nedlagt, og ikke søkt kompensert med et tilstrekkelig egnet tilbud.

I enkelte samarbeidsforhold forteller informanter at ressursmangel hos en samarbeidspart kan medføre goder som de er svært fornøyde med. En informant forteller hvordan et DPS har løst sin floke med mangel på spesialistressurser:

"Vi sliter litt med spesialistressursene på DPS. Men vi har etablert en ordning fra DPS der en psykologspesialist har faste kontordager på legekantor i to av kommunene. Det er en prøveordning som har gått over noe tid. Og da jobber vedkommende både med polikliniske pasienter fra den kommunen, så de slipper å reise til DPS, og har samtaler i lag med fastlegene, med pasienter, for å bistå fastlegene i forhold til vurderingene. Og har veiledning eller faglige diskusjoner med fastlegene, om ulike pasienter. Og det er en ordning som fungerer veldig bra, som fastlegene er veldig godt fornøyd med, og som er veldig meningsfull. For da kan du gi mer tilbud lokalt, og folk slipper å reise" (psykiatrisk sykepleier og avdelingsleder, DPS).

Som vi har sett, anses "reisende DPS" som et gode av flere informanter fra psykisk helsearbeid, særlig fra små kommuner. Denne prøveordningen medfører i tillegg støtte til og opplæring av fastlegene, og at pasientenes reisebyrde reduseres til et minimum.

5.1.5 Samarbeid om utskrivningsklare pasienter

Utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, er en sentral samarbeidsoppgave hvor klimaet rundt samarbeidet mellom partene kommer til uttrykk. Som kommunenes rapportering i IS-24 viser, opplever behandlere og praktikere det som problematisk at spesialisthelsetjenesten og kommunen kan ha ulike oppfatninger av pasientenes tjenestebehov. Ulike oppfatninger kommer blant annet til uttrykk gjennom "bestillinger" fra spesialisthelsetjenesten og uenigheter om tiltak, ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og overføring til kommunen, når pasienten fortsatt trenger oppfølging. Nedenfor følger en kort gjennomgang av informanters erfaringer med samarbeidet om utskrivningsklare pasienter.

At kommuner ikke alltid er beredt til å gi utskrevne pasienter et godt nok psykisk helsetilbud, er en kjent problemstilling. På spørsmål om hvorvidt DPS skriver ut pasienter tidligere enn hva kommunen er enig i, så svarer en psykiatrisk sykepleier fra en liten kommune som følger:

"Ja, det gjorde de før, og det var forferdelig. De har ikke holdt på sånn i senere tid. Og det er kanskje litt avhengig av hvilken ledelse de har, og hvordan de planlegger utskrivningene. Tidligere hadde jeg ikke noe jeg skulle ha sagt, i forhold til at de skrev ut, de bare skrev ut! Og sånn var det. Det var veldig tøft. Det ble veldig dårlig oppfølging av pasientene. De tåler jo ikke så mye forandring i opplegget sitt, før de blir dårlige. Trygghet er alfa omega."

Ifølge informanten kan tidlig utskrivning av pasienter og kvaliteten på dialogen rundt utskrivning uttrykke ledesperspektivet som DPS styres etter. Tidligere opplevde hun seg maktesløs i møte med utskrivningspraksis ved det lokale DPS, da kommunen ikke hadde et spesialisert nok tilbud å gi pasientene. Resultatet var dårlige helseutfall for enkeltpasienter. Nå opplever samme informant samarbeidet om utskrevne pasienter som "fenomenalt i forhold til meg og brukerne", i hovedsak grunnet bedre samarbeid om utskrivningene og mer veiledning.

Vi finner mange eksempler i utvalget på tydelig og forent praksis vedrørende utskrivningsklare pasienter, ved overføring fra DPS til hjemkommune. Samtidig finner vi like mange eksempler på dårlige erfaringer med utskrivninger fra DPS. En psykiatrisk sykepleier i en mellomstor kommune sier, "det er veldig.. sånn fra DPS og ut." I kontrast beskriver en psykiatrisk sykepleier og samhandlingskoordinator ved det samarbeidende DPS at DPS er "på tilbudssiden" om samarbeidsmuligheter rundt utskrivningsklare pasienter. Dette fremgår blant i hennes beskrivelser av samarbeidsmønsteret mellom DPS og kommunene i opptaksområdet:

"I forhold til polikliniske pasienter så hjelper vi gjerne pasientene med å skrive en søknad til forvaltningskontor om behov man ønsker dekket i kommunen. Og vi prøver gjerne å få til noen fellesmøter også i forkant av avslutning her for eksempel, for at det skal bli litt sømløst. Fra sengepost så prøver vi å få til kanskje - i hvert fall på de vanskeligste eller mest utfordrende pasientene - hospitering, fra kommunen. Sånn at de skal bli kjent med pasienten og kanskje overføre litt av rutinene herfra ut til personalet i kommunen."

Informanten sier at de *hjelper* pasientene med å skrive søknaden til forvaltningskontoret. Hun anser dette med andre ord ikke nødvendigvis som DPS sitt ansvar. Ved å bidra til søknadsskrivingen får DPS også anledning til å formulere ønsker om kommunale tjenester. For denne informanten starter konseptet om sømløse tjenester ved avslutning av pasientopphold på DPS, og ikke underveis i oppholdet. Som vi så vidt har berørt og skal videre se nedenfor, så er det ikke alle kommuner som ønsker å ta i mot DPS sine vurderinger om egnede kommunale tjenester til enkeltpasienter.

5.1.6 Bestillinger fra spesialisthelsetjenesten

Ulike oppfatninger av pasienters tjenestebehov på tvers av tjenestenivå medfører opplevelser av "bestillinger" på kommunale tjenester fra spesialisthelsetjenesten. At spesialisthelsetjenesten og kommunen vurderer behov ulikt er ikke overraskende, ettersom de ansatte i de respektive tjenestenivåene har noe ulik kompetanse. Samtidig handler bestillingene ikke alltid om fag, men kan også uttrykke de ulike handlingsrom som spesialisthelsetjenesten og kommunene har for å intervensjon i pasientens/brukerens liv:

"Altså, jeg har jo opplevd at det går ganske greit, men klart, noen ganger så blir det litt uenighet om behovene til pasienten. Og ikke minst så tror jeg at det kan bli litt differanse mellom potensialet for å hjelpe til med ting. Spesialisthelsetjenesten og kommunen opererer med forskjellig lovverk. Og vi er en institusjon som kan gå inn med mer støtte enn hjemmetjenesten til pasienten i egen bolig. Og ikke minst autonomien som pasienten har i egen bolig, det også er noe som gjør at man kanskje ikke klarer å yte det samme i kommunene som i en institusjon. Og hva er det kommunehelsetjenesten forplikter å gjøre? Jeg tror kanskje at kommunene har evnen til å se ting på en litt annen måte enn det vi gjør i en institusjon. Så jeg tror ikke nødvendigvis det betyr at kommunene ser mindre behov enn det vi gjør, men kanskje ser løsningene på en annen måte."

Ulike lovverk styrer partenes handlingsrom og muligheter for intervensjon i pasientenes hverdagsliv. Lovverkene regulerer tjenestenes forpliktelser, og former personalets forståelser av sitt arbeid og pasientene. Det samme gjør samarbeidspartnerens lokale ståsted, som spesialisthelsetjenesten og kommunen ikke deler – men vurderer pasienten ut fra.

Ifølge informanter er uenigheter om tjenestebehov ikke nødvendigvis et stort problem. Påvirker uenighetene pasientforløp negativt, blir de derimot synlig negative. For eksempel rapporterte informanter om trenering av henvisnings- eller overføringsprosess, slik at den trakk ut i tid. Uenighet kan også medføre lengre liggetid i spesialisthelsetjenesten, ifølge en informant fra en DPS - i stedet for en bestilling:

"Vet jo at en del pasienter har ligget betraktelig lenger inne enn det som strengt tatt er nødvendig, fordi DPS sannsynligvis har sett at pasienten trenger et tettere tilbud enn det som blir tilbudt. Men klart, det kan jo være at vi ser behovene annerledes og at det hadde vært tilfredsstillende i kommunen om man hadde fått prøvd det også. Vi vet ikke, ikke sant. Det er ikke noen fasit" (behandler, DPS).

En annen informant utdyper dette, sett fra kommunens perspektiv:

"Jeg ser at andre kommuner, som ikke har en døgnbemannet tjeneste, kanskje av og til har pasientene sine lengre på DPS enn det vi har. Vi merker veldig tydelig samhandlingsreformen, i forhold til at pasientene blir utskrevet mye tidligere. De kommer senere inn, og blir skrevet raskere ut, ofte med en bestilling på døgn-tjeneste, at "Denne pasienten trenger det", mer enn et behandlingsopphold. Eller "Egnet bolig med egnet tjeneste". Det er ikke alltid de skriver det så tydelig, men det kommer veldig tydelig fram at dette er noe som de anser at kommunene skal følge opp, og det merker vi" (avdelingsleder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune).

For denne informanten markerer bestillinger fra spesialisthelsetjenesten ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner – men uten at kommunen kan følge dem opp i samme tempo. Bestillingene fungerer også som instruksjoner, som kommunen ikke nødvendigvis ønsker å følge opp.

Uenighet om individuelle tjenestebehov kan skape urealistiske forventninger hos pasientene om tilbudet de skal få i hjemkommunen. Kommunen må da oppklare dette for pasienten, og forklare hvorfor vedkommende likevel ikke får det tilbudet som han eller hun er forespeilet i spesialisthelsetjenesten. Resultatet kan være at pasienter blir skuffet eller vanskelige å samarbeide med. En psykiatrisk sykepleier fra en mellomstor kommune beskriver opplevelsen av å motta en "bestilling" fra spesialisthelsetjenesten som følger:

"Det er ikke artig når noen sitter på vegne av en bruker og bestiller tjenester som vi ikke har. Først blir det skapt en forventning om et eller annet. Og så må vi avslå. Og så må vi sitte og forsvare at vi avslår. Og så blir vi jo ... når folk sitter og bestiller, så snevrer du inn, og sier at faen, "du kan ikke sitte sånn". Det er jo ingen som vil bli bestilt til av. Vi må få tenke vi også, om tiltaket er til for den og den personen eller ikke" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

Bestillinger oppleves også som at kommunen ikke behandles som likeverdig samarbeidspart av spesialisthelsetjenesten. Det kan da bli vanskeligere å være smidig tilbake i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Resultatet er at samspillet rundt bestillinger blir tosidig, hvor bestillinger kan oppfattes negativt når de ikke er ment å fremstå som befalinger. Eller som informanten videre sier, av og til sitter også psykisk helsearbeid "på sin egen "hest", da "vi er bestemt på å prøve å få pasienten til å fungere på best mulig måte ut fra vår forståelse".

5.1.7 Veiledning, kunnskap og kompetanse

Én informant var udelt positiv til hvordan samarbeidet med DPS fungerte per i dag, i alle ledd:

"De er helt suverene. Og vi har hatt både folk fra sengepost og fra poliklinikk på besøk. Jeg føler jeg har lært så mye av dem. De veileder oss. Helt supert samarbeid. Og hvis det er noe de lurere på, så ringer de. Og om det er noe jeg lurere på, eller legen lurere på, så vet vi hvem vi skal ringe. Og etter hvert så får vi også kjennskap til legene på DPS og vi kan ringe de og de vet hvem vi er" (psykiatrisk sykepleier, liten kommune).

Beskrivelsen fremhever viktigheten av et oppsøkende DPS, som tilbyr veiledning, kunnskap og kompetanse ved behov. Kommunen og DPS haren gjensidig lav terskel for kontakt. Det er ikke bare informanten fra psykisk helsearbeid som kan ringe DPS. DPS kan også ringe henne.

Som en motsats finner vi kommuner som føler seg fanget i gamle tradisjoner for hvem som vet best i samarbeidsforholdet, selv om de ikke opplever problem med for eksempel bestillinger. En psykiatrisk sykepleier fra en stor kommune sier som følger:

"Det handler ikke nødvendigvis om en devaluering av kunnskap. For man kommer ikke så langt at man får sjekket ut hvordan kunnskapen er, det er liksom naturgitt at kunnskapen ikke er der [i kommunen], den er her [ved DPS]."

Til dette svarer en avdelingsleder fra samarbeidende DPS at:

"Vi går stadig tilbake til den veilederen, for der står det noe om akkurat det, noen få linjer om å bygge på respekt for hverandres likeverdige kunnskap. For i dag så har det blitt sånn at det er andretjenesten som sitter med kunnskapen, og det er altså en overordnet kunnskap som er mer enn den vi har ute i kommunen. Det står at veiledning skal gis fra spesialisthelsetjenesten til førstelinje, men det sto dessverre ikke noe om det motsatte, for kommunen har også kunnskap som vi ikke har."

Begge informanter opplever at kommunen og spesialisthelsetjenesten har "et stykke å gå", "jeg vet ikke hvilke stygge ord man skal bruke, men det er en ren opplevelse av at det er for mye gammel tradisjon for å vite best" (psykiatrisk sykepleier).

En informant fra et annet DPS forteller hvordan de har organisert sin oppsøkende virksomhet til kommuner, for å etablere kontakt, formidle kunnskap – skape samarbeid, og ny tradisjon:

"Ut mot kommunene prøver vi å få til veiledningsdager, finne felles møtearenaer hvor vi kan utveksle kompetanse og kunnskap og lettere samarbeide med enkeltpasienter. I noen kommuner er vi ute fire dager i året, hvor vi tilbyr våre tjenester. Og da lager de psykiatriske sykepleierne i kommunene et program for oss. Kommunen setter opp timeplan. Vi kommer ikke ut med noen pakke, eller en agenda. Vi prøver å avhjelpe behovene de har i kommunen. Det har vi holdt på med i to år, og da har vi etter hvert begynt å prate med de fleste. Vi snakker med sykehjem og barnehage, skoler, flyktningmottak, psykiske helsetjenesten, fastleger" (behandler og samhandlingskoordinator, DPS).

DPS'et vil bygge varige relasjoner mellom samarbeidspartnerne, gjennom formelle avtaler og møter og uformell kontakt i praksisfeltet. Informanten fremhever at DPS ikke kommer ut med en pakke, og at kommunen skal definere egne behov. Samtidig sier informanten at DPS skal bistå kommunen – som om det er naturlig at DPS hjelper, og kommunen tar imot. Man kan også argumentere for det motsatte, at kommunen delegerer ansvar og hjelper DPS, til å se det de skal se og gjøre.

Når samme informant definerer veiledningsdagene i kommunene som en suksess, måler han dette blant annet ut fra henvendelser som spesialisthelsetjenesten får i etterkant av veiledningsdagene:

"Bare det å se fjes. Der ser vi en kjempefordel i forhold til samhandlingen. Lettere at de kan ta en telefon hit i stedet for å avvente eventuelt sende en formell henvisning hit. Tror vi bryter noen terskler og gjør samhandlingen mye enklere i forhold til brukerne,

pasienten. Ser for eksempel at mange av henvendelsene som kommer fra kommunene i etterkant av dagene kommer til oss tre som er ute" (behandler og samhandlingskoordinator, DPS).

5.2 Samarbeid med fastlegene

Informantene rapporterte om tilnærmet like erfaringer knyttet til samarbeidet med fastlegene. I det følgende ser vi derfor nærmere på informanters erfaringer med samarbeidet med fastleger om mennesker med psykiske vansker og lidelser. Det er en gjennomgående tendens i datamaterialet at samarbeidet med fastlegene rapporteres som preget av fastlegenes engasjement i psykisk helse, både av informanter fra psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten.

Vi finner flere bakenforliggende årsaker til at fastlegenes ulike engasjement varierer. Vi har allerede beskrevet viktigheten av tilgjengelig kompetanse i psykisk helse blant fastlegene, alternativt muligheten for fastlegene til å få veiledning av nødvendig fagpersonell, for samarbeidet mellom fastleger, psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten. I denne gjennomgangen har vi derfor valgt å konsentrere oss om følgende fire faktorer som ser ut til å være sentrale for å forklare variasjonen i fastlegenes engasjement, nemlig lokaliseringen av tjenestene, terskler for kontakt, samarbeidskulturen i samarbeidsforholdet som fastlegen inngår i, og fastlegens prioriteringer. Et hovedpoeng er at fastlegenes *muligheter* for engasjement ikke alltid er like godt tilrettelagt i samarbeidsforholdet som fastlegen inngår i.

5.2.1 Lokaliseringen av tjenestene

Studiens utvalg dekker blant annet små kommuner hvor en overvekt av tjenestene er samlokalisert i samme bygg – og til og med i samme korridor – og større kommuner, hvor sentrale tjenester, derunder fastleger, er samlokalisert i senter. Som vi har sett i beskrivelsen av samarbeidsforholdene i særlig små kommuner, så gir samlokalisering rom for fortløpende dialog om samarbeidsoppgaver. Resultatet i kommuner med samlokaliserte tjenester er gjerne at vi finner en annen struktur for samhandling mellom fastleger og psykisk helsearbeid, enn i kommuner med spredt lokalisering av tjenestene.

La oss se nærmere på hvordan en psykiatrisk sykepleier fra en liten kommune beskriver samarbeidsstrukturen med fastlegen på sin arbeidsplass:

"Hittil har vi møttes nå og da, når vi trenger det. Det kan være ofte, og det kan av og til være litt lenger imellom. Men vi har blitt enige jeg og legen, om at fra høsten av så skal vi sette av faste tidspunkt. Du vet, vi treffes alltid i lunsjen, vi treffes alltid i den samme legegangen. Det er noen meter imellom oss, så vi stikker bare inn til hverandre. Vi er blitt enige om at vi skal ha fast møte. Jeg tror vi skal prøve en gang i måneden, og se om det er for mye eller for lite. Vi tror det kanskje er for lite, men så får vi se om det er ofte og om vi skal ha annenhver måned - men at vi i alle fall har noe fast" (psykiatrisk sykepleier, liten kommune).

Slik informanten beskriver samarbeidet med fastlegen, så fremstår strukturen for samarbeidet mellom fastlegen og psykisk helsearbeid til nå som hovedsakelig behovsdrevet, uten faste rammer for møtefrekvens. Dette ønsker de å endre på. På spørsmål om hvorfor de ønsker å

innføre faste møter, når de uansett treffes så ofte, så svarer informanten: "Det er for at ikke noe skal bli glemt. Det har vi funnet ut." En viss formalisering av møtevirksomheten anses med andre ord som kvalitetssikrende for arbeidet som informanten og legen utfører sammen. Faste møter skal imidlertid komme i tillegg til den fortløpende samtalen mellom partene i psykisk helsearbeid, og ikke erstatte den.

At fortløpende korridorprat åpner for samarbeid idet behovet oppstår, kan innebære en rasjonalisering av møtekalenderen til samarbeidspartnere hvor forholdene ligger til rette for dette. Som fastlege og kommuneoverlege i en annen liten kommune påpeker, "vi slipper å samle opp mye til de møtene, for mesteparten blir tatt på sparket". Dette anser informanter som en gevinst også for personene som tjenestene samarbeider om. Leder for psykisk helsearbeid i samme kommune sier "at vi bare kan gå inn på legekantoret om morgenen, det er topp for pasientene".

Viktigheten av en synlig organisering av tjenestene, fremhever også en lege fra en stor kommune, som forklarer fordelene med samlokalisering av blant annet hjemmetjeneste, fastlegetjeneste, NAV, og helsestasjon som følger:

"En del med behov for stor tverrfaglighet faller litt utenfor i store byer. Ikke fordi at legene gjør dårligere jobb, men fordi at det blir uoversiktlig. Det er store NAV-kontorer, mange bydeler med NAV-kantoret og DPS'er, og så videre. Også er det sånn i store byer, at man ofte velger fastlege der man jobber for eksempel, men alle ytelser og andre tjenester er i bydelen man bor i. Da er det kjempevanskelig for tjenestene å holde oversikt over hverandre, NAV, fastlegene, hjemmetjenesten."

I større kommuner hvor antallet fastlegekontor er høyere, så beskriver informanter gjerne et samarbeidsforhold med fastlegene som kan være like variert som antallet leger:

"Det er to og tyve ulike fastleger i kommunen, som sitter med sin egen virksomhet. To og tyve ulike. Det er jo det som er utfordringa når man sier samarbeidet med fastlegene. Noen fastleger har vi godt samarbeid med, og noen har vi veldig lite samarbeid med" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

At fastlegetjenesten her ikke er samlokalisert med enheten for psykisk helsearbeid, begrenser møtene mellom dem hovedsakelig til samarbeidsmøtene. Samtidig er samlokalisering ikke en nødvendighet for godt samarbeid med fastlegene, selv om man nesten kan lese sykepleieren bak sitatet over slik. Samlokalisering handler om tilgjengelighet, og den kjennskap til hverandre som oppstår gjennom høy kontaktfrekvens. Som vi skal se nedenfor så er terskelen for tilgjengelighet og kontakt, som etableres mellom fastlege, psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten, sentral for samarbeidet med fastlegene. Samlokalisering er ett av flere redskap for å oppnå dette. Om ikke fastlegene er lokalisert sammen med øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen, så synes det for eksempel å være en fordel at de andre tjenestene er samlokaliserte. Dermed får fastlegene en samlokalisert tjenesteklynge å forholde seg til. En psykiatrisk sykepleier fra en mellomstor kommune forteller at samarbeidet med de mange fastlegene i kommunene har blitt bedre takket være ansettelsen av en kommunepsykolog, som har begynt å fungere som et bindeledd mellom fastlegene og øvrig psykisk helsearbeid:

"Vi har en kommunepsykolog som har fått til et godt samarbeid med fastlegene. Hun tilbyr et godt tilbud uten skriftlig henvisning. Hun tar muntlige samtaler, drøfter hver sak med den enkelte fastlege. Alt går gjennom fastlegene. Slik har hun fått til et godt samarbeid med fastlegene, for hun må snakke med dem, eller de må snakke med henne. Vi har samorganisert veldig mye i en enhet her. Både hjemmebaserte tjenester, heldøgnsomsorg, kommunepsykolog, dagtilbud for ja... marginaliserte. Vi har ikke definert noen brukergruppe, men det er jo for de som ikke har noe å gå til. Jeg tror at hvis vi hadde fått organisert en kommunepsykolog, som hadde sittet på et eget kontor en egen plass, da hadde vi ikke fått til det samme" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

Kommunepsykologen avlaster fastlegene, og utgjør samtidig et knutepunkt og en kontakt mellom fastlegene og de andre tjenestene. Uten samlokaliseringen ville samarbeidet sett annerledes ut, ifølge informanten. En kommuneoverlege fra en annen kommune ser et behov for en intern, lokal samhandlingsreform, ut fra samme tanker om viktigheten av synlighet i samarbeidet – for å fremme fortløpende og forpliktende dialog. Synlighet og godt samarbeid vil også fremme ens opplevelse av at man har ulike roller i psykisk helsefeltet, avhengig av hvilket arbeid man utfører. På bakgrunn av følgende erfaringer har han derfor fremmet tanken om å dele distriktet opp i fire mindre distrikt:

"Hjemmetjenesten her vil ikke møte fastlegene. De er invitert en gang i måneden til å kunne komme og legge fram hvis de har anledning, noen ting de vil ta opp. Brukes ikke. Vil ikke. Hvorfor vet jeg ikke. De har ikke behov da sikkert. Vi legene får flere rapporter om vi maser om det. Når hjemmetjenesten går inn hos en bruker 5 ganger om dagen, mens jeg ser en gammel dame eller mann 3 ganger i året, så er det kanskje noe de skulle rapportert, som jeg skulle visst. Men det får jeg ikke informasjon om. Jeg tror at fra ledelsessiden og politisk side så tror de at det er tettere samarbeid enn det egentlig er. Derfor tror jeg at man skulle hatt en samhandlingsreform internt. Sett på hvordan man bygger opp tjenesten og fått flere under samme tak, sammen med hverandre. Slik som i de små kommunene, hvor legen, helsestasjonen og hjemmetjenesten har ett distrikt å forholde seg til, og spiser i samme kantine. I større kommuner som oss, med fire legekontor, så lager hjemmetjenesten sine distrikt, helsestasjonen har sine, og fastlegene sine. Psykiatrisk hjemmetjeneste har ikke distrikt, de har hele kommunen. Så kommer du til NAV, og de deler inn etter fødselsdato. Så det går aldri an å møtes over noe felles!"

Det informanten synes å etterspørre, er en felles arena, et felles møtested, og en struktur for samhold mellom tjenestene.

5.2.2 Terskler for kontakt

Når samarbeidsaktørene kjenner hverandres arbeid godt, så rapporterer informantene om bedre samarbeid. Dette handler blant annet om at aktørene opparbeider seg kunnskap og forståelse om problemstillingene som samarbeidspartene jobber med på tvers, og at man lettere tar kontakt med hverandre ved behov. En psykiatrisk sykepleier fra en liten kommune sier som følger om samarbeidet med fastlegene:

"Vi har jo bare et legekontor, og hvor flere leger fungerer som fastlege i tur og orden. Men de er jo kjent med meg og de tunge brukerne likevel. Vi har helt klare regler for hva de kan gjøre uten at de informerer om at jeg også må få vite det. Sånn sett er jeg hele tiden informert om det som rører seg, egentlig. Dermed blir det enkelt å sette i gang tiltak fort også. Så fastlegene vet å samarbeide med meg og hjemmesykepleien. Psykisk helsearbeid er organisert inn under hjemmesykepleien."

Kommuneoverlegens frustrasjon fra forrige underkapittel og visjon om løsning på manglende samarbeid gir gjenklang i sykepleierens sitat. Her samarbeider fastlegene, hjemmetjenesten og psykiatrisk sykepleier tett.

I små kommuner kan fastleger også få en debriefing-funksjon for andre ansatte i psykisk helsearbeid, om vedkommende har god kontakt med fastlegene og få andre kolleger å snakke med:

"Det kan i perioder være veldig tøft å stå her alene, det hviler ganske mye ansvar på meg. Jeg er jo vant med å jobbe sånn da. Jeg snakker med legene når det blir for tøft. For å ventilere meg. Og de har forståelse for situasjonen min, og har derfor ingen vanskeligheter med å komme i dialog med dem" (psykiatrisk sykepleier, liten kommune).

Om ansatte i psykisk helsearbeid opplever samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som dårlig, samtidig som terskelen for å kontakte DPS fremstår som høy, så virker samarbeidet med fastlegen å bli desto viktigere lokalt. For eksempel svarer en psykiatrisk sykepleier i en stor kommune som følger på spørsmål om hvordan den hverdagslige kontakten med samarbeidspartnere ser ut der:

"Slik vi jobber her så er det innmari viktig å ha en god dialog, og å ha en fastlege tilgjengelig. For vi opplever at veldig mange av våre pasienter før hadde en link, en kontakt på DPS. Men der skriver de jo fort ut, så da er vi veldig avhengige av at vi har en fastlege som det går an å få tak i, som vi kan diskutere med. Og det er min erfaring at det er litt opp og ned, egentlig. En del fastleger er vanskelig tilgjengelige, synes jeg. Og da blir vi ganske alene, med mye ansvar. Når vi trenger en lege, så er ikke DPS tilgjengelige. De kan ikke kontaktes direkte om enkeltpasienter. Da er det fastlegen" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

Samarbeidet med fastlegene blir viktigere for psykisk helsearbeid når kontakten med DPS er dårlig og pasientene skrives fort ut - samtidig som dette ikke er ensbetydende med at samarbeidet med fastlegene dermed blir godt. Igjen er det variasjonen blant fastlegene i tilgjengelighet og involvering som skaper utfordringer for arbeidet med enkeltpasienter, ifølge informanten. I større kommuner blir stor variasjon i tilgjengelighet blant fastlegene lagt merke til, og kan oppleves som et hinder for samarbeidet om enkeltpasienter:

"Jeg opplever at det er enkelte som er veldig ålreite å samarbeide med. Når du ser at vedkommende har den og den fastlegen, så tenker du "åh, det var flott". Noen sier ja til å stille opp på plangruppemøter og er tilgjengelige og ringer tilbake hvis du ikke får tak i dem. Og så er det andre som nok kan være veldig vanskelige å samarbeide med. Har mindre tid da, kanskje. Men vi er veldig avhengige av fastlegene når vi jobber sånn som vi

gjør. Hvis vi står fast med ett eller annet, så er det til slutt legevakt, og det er klart at ... tvangsinnleggelse, og politi ... det er lite ålreit, en del kunne vært ordnet på andre måter" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

Informanten antyder at dårlig samarbeid med fastlege i form av utilgjengelighet ved akutte behov forverrer oppfølgingen av pasienten, hvor de i verste fall må ty til sterkere virkemidler som politi i forbindelse med tvang. Lav terskel for kontakt kan trolig forhindre dette.

En psykiatrisk sykepleier fra en større kommune har gjort seg opp følgende tanker om hvordan oppnå et bedre samarbeid med fastlegene:

"Det handler om å vite at det er en eller annen form for struktur, slik at du får på plass et eller annet med fastlegene, tenker jeg. Hvordan skal du greie å nå de i utgangspunktet? Når du først har gjort det, og greidd å gjøre deg kjent med fastlegene, det er jo gjerne det det handler om, at de skal skjønne hva vi kan. Det er ikke motvilje det handler om. Det handler mer om å kunne si hva vi kan tilby pasientene. Noen ganger sender fastlegene det utroligste til oss, fordi de ikke vet hva vi kan gjøre. Også skriver de et eller annet, i håp om at vi kan gjøre noe for pasienten. Også ser vi at det er noe med det å greie å få forståelsen for hva vi kan gjøre, og likedan for oss, hvem fastlegen er og hvordan han tenker. Det er jo som regel når du får på plass en eller annen forståelse for hva folk kan og hva de holder på med, at ting går litt greiere".

Lav terskel for kontakt med samarbeidsaktører, det være seg fastlegene som i dette eksempelet eller andre, fasiliteres av kjennskap på tvers. Fastlegers fravær av engasjement kan ofte bli tolket som motvilje, grunnet deres ellers sterke rolle i helsefeltet. Men fraværet må sees i sammenheng med mangel på informasjon om hvordan de bør bidra i samarbeidet for brukerens beste og tilbudene til brukerne som finnes i de øvrige psykiske helsearbeidstjenestene. Vi viser til kapittel 5.1.3. for diskusjonen av samarbeidet med fastlegen i store kommuner, hvor vi beskrev dette nærmere. Informanten antyder at det også kan være situasjonen at "alle" vet hvem fastlegen er og hvilke vurderinger fastlegen gjør – uten at dette medfører riktighet.

5.2.3 Kultur for å samarbeide

Individuelle forskjeller i fastlegers engasjement, som ikke kan forklares av andre faktorer enn fastlegers egne interesser, ser ut til å tones ned i samarbeidsforhold hvor det etableres en kultur for å samarbeide tett med fastlegene. I psykisk helse-miljø, hvor samarbeidet med fastlegene oppleves som svært variert, så kan det være at det ikke eksisterer en felles forståelse blant fastlegene av hva som er minimum innsats i oppfølgingen av disse pasientene. I andre samarbeidsforhold tyder et jevnt godt samarbeid med fastlegene å avhenge av en enighet om samarbeidsengasjementet som skal ytes. En leder i en mellomstor kommune beskriver det hun opplever som et positivt samarbeid med fastlegene slik:

"Det synes jeg er veldig bra, veldig fornøyd med det. Det er klart, det er jo individuelle forskjeller der, som det alltid er. Men veldig positivt samarbeid, og de er raske til å svare. Vi har til og med hatt en del hjemmebesøk av fastleger på boligen, når pasientene har vært så dårlige at de ikke kommer seg til legesenteret. Da har legene faktisk reist ut. En stund var samarbeidet vanskeligere å få til, men nå synes jeg det har vært bra. Vi kunne kanskje hatt mer formelt samarbeid. Det er for det meste på individnivå nå, mellom

ansatt hos meg og lege. Men legene er flinke til å stille opp på møter i nærmeste storby når pasientene skal skrives ut, og vi har tett telefonkontakt og SMS og epost når det er nødvendig, for å få tak i hverandre. Så det opplever jeg som bra" (avdelingsleder, mellomstor kommune).

Selv om informanten opplever at det er variasjon blant fastlegene i tilgjengelighet og interesse, så erfarer hun likevel at fastlegene er raskt ute med å tilby sin kompetanse ved behov. Legene jobber også oppsøkende i situasjoner hvor brukerne trenger det, i det omfang at informanten synes å være positivt overrasket over hvor godt samarbeidet med fastlegene fungerer. Hun etterlyser mer formelt samarbeid. Samtidig synes informanten å være så fornøyd med samarbeidet om enkeltpasientene, at etterlysningen ikke fremstår som prekær.

Hvorvidt det etableres en samarbeidskultur blant fastleger i relasjon med psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten, er ikke alltid verken tilfeldig eller avhengig av fastlegene alene. For eksempel kan fastleger, som er fastlønnet av kommunen, delegeres arbeidstid til å samarbeide på systemnivå om pasientoppfølgingen. Disse legene kan også få et større handlingsrom for å vie tid til psykisk helsefeltet, om leder anser dette som en viktig prioritering. En kommuneoverlege argumenterer som følger for fastlønn fremfor selvstendig næringsvirksomhet for fastlegene:

"Jeg mener personlig at alle fastleger burde vært fastlønnet, for da er de lettere å styre for arbeidsgiver. Få legene med på en del oppgaver som de kanskje ikke synes er så interessante. Også er det jo bra for legene med tanke på framtidig pensjon å få fast lønn hver måned uansett. Legen kan også bruke ressursene sine og delta på møter og kompetanseheving og kurs."

I noen samarbeidsforhold synes samarbeidet å være tettere mellom fastlege og psykisk helsearbeid, enn mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten. En annen kommuneoverlege forteller at samarbeidet preges av kunnskapsspesialiseringen i spesialisthelsetjenesten:

"Spesialisthelsetjenesten spisser sin kompetanse veldig. De legger jo ned døgnplassene ved DPS, også spisser de sin kompetanse veldig i forhold til å ta de dårligst fungerende i en sengepost på sykehuset da. Et resultat er at leger stadig vekk opplever at når de sender en henvisning om en pasient som har en angstlidelse for eksempel, så får de svar tilbake at de har ikke noe tilbud til denne pasienten. De definerer seg bort fra en del av disse tingene som de mener at kommunehelsetjenesten må håndtere".

Nedbygging av langtidsplasser ved DPS øker kravet til kompetanse om psykisk helse blant fastlegene, som må håndtere en større pasientgruppe. Samtidig er dette et krav som fastleger i kommuner i utvalget ønsker å få rom til å imøtekomme. Som en fastlege sier, "i forhold til psykisk helsetjeneste så tror jeg fastlegene er mer involvert og engasjert enn i forhold til ordinær hjemmesykepleie for eksempel." I en kommune mener kommuneoverlegen at dette handler om organisering, i tillegg til fastlønning:

"Tidligere var psykisk helsetjeneste en del av hjemmetjenesten og det fungerte dårlig. Så det ble lagt inn under helsetjenesten, som var oppdelt i seksjoner, med leger, helsestasjon og legevakt. Fordi man ønsket nærmere tilknytning opp mot blant annet

fastlegene, og mer samarbeidstyngde den veien. Det tror jeg har vært med på å fremme at legene lettere blir tatt med og inn i avgjørelser i forhold til psykisk helse."

En annen kommuneoverlege og fastlege i en liten kommune sier, at "valg av organisering har betydning for hvordan tjenestene fungerer. Hvem som er sjef betyr noe", og argumenterer også mot pragmatiske organiseringsvalg om man skal fremme aktiv kontakt mellom legetjenesten og psykisk helse.

5.2.4 Prioritering

Når fastlegenes samarbeid med psykisk helsearbeid og DPS ikke foregår innenfor institusjonaliserte rammer for fast møtedeltakelse, så står fastlegene i den situasjon at de må prioritere å dra på samarbeidsmøtene. Hvorvidt de kan prioritere slik samarbeidsaktivitet, påvirkes av faktorer som deres arbeidssituasjon og engasjement for psykisk helse. Samtidig handler fastlegenes varierte engasjement som informanter opplever, om at fastlegene kan engasjere seg ulikt om ulike samarbeidsoppgaver. En psykiatrisk sykepleier fra en bykommune sier at "stort sett så bidrar fastlegene til oppfølgingen av pasientene. De aller fleste er med, og deltar på møter når det er litt avklart at det er viktig at de er med". Eller som en annen psykiatrisk sykepleier påpeker, "en del fastleger deltar underveis også og ikke bare ved innskriving og utskriving. I ansvarsgruppe, de gjør nå det altså. Og er flinke til å være med." Fastlegenes *interesse* for psykisk helse preger imidlertid ofte deres engasjement, ifølge flere informanter:

"Vi ser jo at det er veldig personavhengig hos fastlegene, i hvor stor grad de synes det er spennende å jobbe med folk med rus og psykiatri" (psykiatrisk sykepleier og avdelingsleder, DPS).

Til tross for at informanter erfarer at fastleger kan ha mindre interesse for psykisk helse enn andre helseutfordringer, ser informantene også et mer nyansert bilde av hvorfor dette kan være tilfellet for enkelte:

"Jeg tror enkelte ganger i travle hverdager at de rett og slett går lei "(enhetsleder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune).

"Det kan nok være noen fastleger som er bedre å samarbeide med enn andre. Min erfaring er at en del fastleger skyr det litt når det gjelder psykiatri. Det kan være vanskelige problemstillinger å ta fatt på, tror jeg. Og mange har kanskje liten erfaring, kjenner seg litt usikre. Det er mange brukere som er ganske krevende. Du kan si, vi kjenner dem jo godt også, det er våre pasienter. Fastlegen ser dem på kontoret, mens vi ser de i hjemmet eller i ulike situasjoner. Så fastlegene er nok også veldig avhengige av oss" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

Om fastleger prioriterer vekk pasienter med psykiske lidelser, så antyder informanten at dette kan være en konsekvens av arbeidspress, faglig usikkerhet, og liten erfaring med brukergruppen. Det kan også være at fastlegene blir overveldet av enkelte brukeres krav og kontakthypighet, og dermed begynner å unngå problemstillinger knyttet til psykisk helse. Dette innebærer at de opplever at de kan velge disse problemstillingene bort, og at de også kunne ha valgt å prioritere dem i stedet. Om fastlegene opplever samarbeidet med psykisk helsearbeid

som dårlig eller perifert, så kan dette komplisere deres involvering i enkeltbrukeres oppfølging ytterligere. Fastlegene kjenner som oftest ikke pasientene utenfor konsultasjonens rammer, og kan ha behov for andre helseprofesjonelle vinklinger av "samme pasient" i andre omgivelser.

Som allerede påpekt, så handler engasjement i psykisk helse-feltet også om tilgang på tid:

"Det er jo mye å gjøre for disse fastlegene, og dette er jo stort sett klienter som krever mye tid. Og skal man gjøre en intervensjon, skal man tvangsinnlegge noen, så må man sette av ganske mye tid bare for det å finne folk, og følge de opp, få til innleggelses osv. Det er en tidkrevende prosess, og det er mange ansvarsgrupper og annen oppfølging, som fastlegen gjerne må være med på. De kunne selvfølgelig vært mer med på laget, men jeg skjønner veldig godt at de har sine begrensninger i forhold til det" (kommunepsykiater, stor kommune).

Når pasienter skrives raskere ut til kommunene fra spesialisthelsetjenesten, og dette medfører at fastlegens arbeidsomfang øker, så vil fastlegens handlingsrom for å yte innsats i psykisk helsefeltet per pasient eller på systemnivå kunne reduseres. Dette skjer i så fall samtidig med at behovet for en tilstedeværende fastlege vokser. Informanten viser forståelse overfor fastlegenes varierte engasjement på bakgrunn av de mange krav til engasjement og arbeidsoppgaver som hun anser at fastleger stilles overfor. Fastleger ender da opp med å måtte prioritere og velge bort aktiviteter i sitt arbeid.

Når fastleger faktisk prioriterer bort psykisk helse, så blir dette raskt synlig for ansatte i psykisk helsearbeid:

"Der hvor samarbeidet kanskje ikke er godt, er hvis... altså, noen fastleger ønsker nok å forflytte ansvaret for pasientene sine til oss mye fortere enn det som vi noen gang tenker at de skal. Og de forventningene som fastlegene har til oss, de stemmer ikke. Noen av dem kan bli litt skuffet over at vi ikke gjør mer enn det vi synes dem skal gjøre" (leder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune).

Samme informant antyder at fastlegens forventninger til ansatte ved psykisk helsearbeid også handler om informasjonsdeling partene imellom, hvor ikke bare fastlegen er ansvarlig for å finne ut hvilke tilbud som finnes i kommunen:

"I det store og hele så har vi et godt samarbeid, og jeg tenker at vi har noe å hente på å drive mye mer informasjon om tjenestene våre ut – hva er det vi gir ... hva er det fastlegen ser at vi bør gi, og det vi jobber med" (leder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune).

Om fastleger har for lite informasjon om tilbudene til pasientene i kommunen, så vanskeliggjør dette nødvendigvis deres henvendelser til psykisk helsearbeid angående oppfølgingen av enkeltpasienter. Det samme gjelder i relasjonen mellom henvisende lege og spesialisthelsetjenesten:

"Av og til så kan helseforetaket i sin avvisning ha tatt feil. Men da har henvisende lege gjort en god nok jobb og kartlagt situasjonen grundig nok. Det går litt på kvalitet og det på henvisninger, at legen faktisk kartlegger ressurser som finnes i nærmiljø, forteller litt

om hva som var forsøkt og tilnærminger osv. Ikke bare skriver at vedkommende har invalidiserende angst og fungerer ikke. Må på polikliniske. Sånn kan vi ikke ha det" (kommuneoverlege, liten kommune).

Informanten legger ansvaret for dårlig henvisningspraksis på individuelle fastleger. Samtidig kan det være tidkrevende for henvisende fastlege å beskrive tilgjengelige ressurser og utprøvde hjelpetiltak i kommunen, om fastlegen ikke har umiddelbar tilgang på denne informasjonen. At kommuneoverlegen forklarer dårlige henvisninger med fastlegers dårskap og latskap, må imidlertid sees i sammenheng med at vedkommende representerer en kommune med kommunalt fastlønnede fastleger. Legene er her oppfordret til å prioritere psykisk helse som arbeidsfelt.

5.3 Samarbeid med pasienten

I vårt utvalg synes et fellestrekk for opplevde velfungerende samhandlingsmodeller å være et inkludert brukerperspektiv. Mindre gode samarbeidsprosesser kan skape utfordringer for enkeltpasienter, om brukerperspektivet forsvinner. En fastlege i en liten kommune beskrev omorganiseringen av ledelsen ved samarbeidende DPS og konsekvensene av dette for pasientene. Vi kan la hans inntrykk av omorganiseringsprosessen utfall illustrere viktigheten av integrerte brukerperspektiv i samarbeidet om pasientene:

"Selvfølgelig har pasientene lagt merke til omorganiseringen av ledelsen, når DPS har kuttet besøkene til kommunene. Og det er systematisk hvem som får svi. Det er ikke de ressurssterke pasientene med affektive lidelser, de kan godt dra til byen for behandling. De har sin egen bil. De kommer seg til sin kognitive terapi eller psykobehandling, eller sin maleterapi eller gruppeterapi. De har ikke noe problem med å få det til. Men de aller sykeste, de kroniske, schizofrene, og ruspasientene, som ikke er i stand til å tilpasse seg et slikt system, hvor du er nødt til å transportere deg en time i uka, og der du er nødt til å gjøre det som er blitt sagt og følge avtaler inngått med behandler, de har jo i praksis ikke lenger noe tilbud fra spesialisthelsetjenesten i dette distriktet."

Ifølge fastlegen har et manglende brukerperspektiv i ledelsestilnærmingen ved samarbeidende DPS medført at hensynet til pasientenes oppfølgingsbehov ikke er tatt i betraktning i omorganiseringen av DPS' drift og tilbud. Resultatet er alvorlig for de sykeste pasientene, slik han opplever situasjonen. Han påpeker også at omorganiseringen er en konsekvens av "manglende formelt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i området". Det fastlegen observerer her, kan med andre ord tenkes å være utfallet av et fraværende samarbeid på systemnivå mellom disse to instansene, som skriver seg inn i individuelle pasientforløp. Hans konklusjon er drastisk, i den forstand at han opplever at disse pasientene ikke lenger har noe tilbud fra spesialisthelsetjenesten i det aktuelle området.

Som vi skal se nedenfor rapporterer psykisk helsearbeid og fastleger også om at det kan være enklere å samarbeide godt om enkelte pasientgrupper enn andre. Bakgrunnen for dette ser blant annet ut til å handle om tilgjengelige ressurser for å håndtere utfordringer som kan følge med utfordrende pasientgrupper.

5.3.1 I samspill med psykisk helsearbeid

En fastlege i en liten kommune fremhever viktigheten av brukermedvirkning som bærende prinsipp i samarbeidet om pasientene på alle nivå. For eksempel mener han at dette prinsippet er viktig som motivasjon for å opprette og vedlikeholde ansvarsgrupper:

"Jeg tenker at brukermedvirkning er kjempeviktig i samhandlinga om brukerne. Det hadde ikke vært nyttig å sitte og snakke i ansvarsgruppa uten at brukeren skulle vært sett på som en part. Brukermedvirkning ligger jo i alle føringer. For å få til et godt tjenestetilbud, må man først få til relasjoner, og det innebærer brukermedvirkning, mener jeg. Hva opplever brukerne er god behandling?"

Å finne gode rammer for samarbeidet om pasienter kan være særlig viktig for psykisk helsearbeid, ettersom kommunalt ansatte ikke har juridisk rett til å intervensere i brukernes hverdagsliv i like stor grad som spesialisthelsetjenesten. En leder for psykisk helsearbeid i en liten kommune sier:

"Det som vi ser er at vi er et frivillig tilbud. I perioder ønsker ikke brukerne kontakt. Da er det viktig at noen - enten det er fastleger eller psykisk helse eller hjemmetjenesten - har tilknytning til vedkommende. Også er det viktig at vi andre kan vite at de har kontakt med vedkommende."

En fastlege opplever at det er vanskelig å få til et godt samarbeid med pasienter med personlighetsforstyrrelser, og dette krever godt samarbeid mellom tjenestene som er involvert i oppfølgingen av disse:

"Nå snakker jeg generelt, om en veldig inhomogen gruppe. Det forventes så mye. Det er veldig iøynefallende, og belaster hele legekantoret, både legesekretærer og leger. Det er nye symptomer henta opp fra gammelt tankegods hele tida. Og selv om vi bruker tid og kløkt på å forklare dette for brukeren, så er det det samme opp igjen uka etterpå. Så de stiller stadig krav om videre utredninger og henvisninger og nye tiltak. Et voldsomt krav om å finne nøkkelen til et bedre liv og en løsning på deres problem. Men ingen har en slik løsning, og det er det håpløst å få til å gå inn hos dem" (fastlege, liten kommune).

Fastlegen høres nærmest ut som at han opplever seg som avmektig i forhold til denne gruppen av brukere med selvopplevd behov for mer hjelp enn hva han mener er faglig mulig å gi. Merk at han bruker betegnelsen "personlighetsforstyrrelse" som en sekkebetegnelse. Fastlegens sitat vitner også om fortvilelsen som brukere i denne gruppen kan oppleve i forhold til egen livssituasjon, og som antagelig fører til de ukentlige besøkene på legekantoret.

For å få til et godt samarbeid med pasienten, så ser fastlegen det som nødvendig å kontrollere pasientens tilgang til legekantoret. Dette kan regulere pasientens frustrasjon over egen situasjon:

"Egentlig så har jeg ikke kompetanse til å prøve å takle dette på annet enn mest mulig menneskelig måte og gi dem den tida de trenger, som jeg mener er faglig forsvarlig. Men det er også en mulighet å sette grenser for dem som er sterkest frampå, Jeg nekter rett og

slett såkalt ø-hjelpskonsultasjoner, ø-hjelpstelefoner, også setter jeg opp faste timer i stedet. Jeg synes kanskje det er måten som fungerer best" (fastlege, liten kommune).

Det framgår tydelig av sitatet at fastlegen er usikker på hvorvidt han håndterer brukerne på beste måte. Samtidig fremstår brukerne, som fastlegen fremstiller i dette sitatet, som usikre på hvorvidt de får en tilstrekkelig oppfølging for sine plager. Usikkerhet i situasjonen til tross, så er fastlegen sikker på at dette er en pasientgruppe som samarbeidspartnerne må samarbeide svært strukturert rundt og med:

"Fordi det skjer manipuleringer. Hvis pasientene er til én ansatt, og får én beskjed til lege og deretter én fra psykisk helsearbeid, så får vi forskjellige beskjeder tilbake som ikke stemmer med virkeligheten. Derfor så er det greit at alle hører det samme."

En kommuneoverlege påpeker det samme i forklaringen av hvorfor ansvarsgrupper er viktige redskap for å få til et godt samarbeid med og rundt pasienter:

"Ansvarsgrupper opplever jeg er gode verktøy. At psykiatrisk sykepleier kan møte opp og være med på konsultasjoner, opplever jeg som verdifullt, for å slippe å bli manipulert og få ordentlige opplysninger om hvordan ting fungerer – og å ha en åpen dialog om dette – at pasientene selv er med – det er nyttig for oss" (kommuneoverlege, mellomstor kommune).

Av samme grunn fremhever også en leder for psykisk helsearbeid viktigheten av godt samarbeid rundt "vanskelige pasienter":

"Jeg tenker at det er kjempeviktig at man samarbeider i forhold til den brukergruppa. Å ha felles møter, felles dialog i forhold til dem, der brukerne er med selv. Bruke Individuell plan, strukturere hverdagen. Det er veldig viktig." (leder, kommune).

Vi kommer tilbake til Individuell plan og ansvarsgrupper som samhandlingsverktøy i kapittel 6.5.2.

5.3.2 I samspill med behandlere ved DPS

Svaret på spørsmålet om hvordan en samhandlingsmodell mellom fastleger, kommuner og spesialisthelsetjenesten fungerer, "kommer an på hvem du spør", ifølge en kommuneoverlege. Spør man pasienten, vil pasienten svare ut fra sine konkrete erfaringer med aktører i tjenestene og hvordan disse kommer pasienten i møte på. I samarbeid med behandlere ved DPS, så vil pasienten blant annet kunne erfare samarbeidsklimaet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, gjennom dialog om tidspunkt og møtesteder for konsultasjoner. Behandlere ved "reisende DPS" gjør som nevnt pasientsamtaler i forbindelse med samarbeidsmøter i kommuner. I tillegg er behandlere imøtekommende med pasienter som vanligvis reiser til dem, men som av ulike grunner dropper ut av konsultasjoner. De kan eventuelt samtale med pasienter over telefon, istedenfor å kreve oppmøte på konsultasjon:

"Jeg har en pasient som jeg ringer oftere til enn han er her. Det hender også at jeg har en pasient ute for eksempel, som sier at "i dag er jeg i så dårlig form at det ikke er forsvarlig for meg å kjøre til DPS. Kan vi snakke sammen på telefon?" Det er greit, også tar jeg timen over telefon istedenfor at han kommer hit. Det er ikke vanskelig å få til, men jeg

liker best å ha pasientene her, for du går glipp av informasjon ved ikke å kunne ha øyekontakt, ikke se kroppsspråk. Jeg mister noe i samtalen. Men det er bedre enn ingenting. Noen ganger har jeg dobbelttime. Nå har jeg en som spurte pent om det, grunnet reiseavstanden. Og det synes jeg er helt kurant" (behandler, poliklinikk, DPS).

Behandleren ønsker å legge så godt til rette for dialogen med pasienten som mulig, innenfor sykehusets rammer for fleksibilitet. Behandleren disiplinerer ikke pasienter, hun yter dem en tjeneste, og imøtekommer pasientenes konsultasjonsønsker. Det samme er tilfellet for en behandler som møter "nabokjerring"-problematikken i samarbeidskommunene:

"Vi ser det på poliklinikken når pasienter møter naboen i psykisk helsearbeid i kommunen. Da kan henvisningen bli sendt hit, også tenker jeg at herlighet, dette hadde de klart å jobbe med i kommunen, hvorfor skal vi sitte med det. Men pasienten vil ikke gå i kommunen, for han kjenner alle sammen. Det interkommunale samarbeidet tvinger seg fram. Hvor strenge skal vi være, skal vi sende dem tilbake igjen? Da går det utover en pasient. Derfor hender det at vi tar pasienten inn" (behandler, poliklinikk, DPS).

I lys av denne praksisen opplever en psykiatrisk sykepleier fra en samarbeidskommune "DPS som fenomenal i forhold til både meg og brukerne." Brukere kan henvises til DPS for samtale, selv om deres hjelpebehov i utgangspunktet ikke tilsvarer spesialisthelsetjenestens definerte ansvar. Dette blir også utfallet i situasjoner hvor kommunen får brukere med psykiske vansker og lidelser som de ikke har kompetanse til å hjelpe lokalt – fordi kommunen er så liten.

5.4 Oppsummering

Ulike samarbeidsforhold møter ikke nødvendigvis svært ulike problemstillinger knyttet til samarbeidet mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og fastlege – men i de ulike samarbeidsforholdene kan det være ulike svar til samme problemstilling. Det er derfor viktig at samarbeidet utvikles lokalt, i takt med erfaringene som gjøres av de involverte samarbeidspartene.

Flere tema er sentrale for godt samarbeid mellom psykiske helsetjenester. Likeverd i samarbeidet motiverer til innsats i samarbeidet, og skaper god dialog mellom samarbeidspartene. Mangel på dialog forhindrer god planlegging av pasientforløp. Ledere må formidle at samarbeid er viktig, og selv vise at de kan bidra i en fleksibel samarbeidskultur, for å kreve dette av andre. Stabil tilgang på ressurser og stabilitet i stab gjør kommunikasjonen i samarbeidet lettere. Ved mangel på ressurser kan samarbeidet bli en arena for konflikt. Mangel på bolig kan skape store problem i samarbeidet, for eksempel i overgangen av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Ulike oppfatninger av pasienters assistansebehov på tvers av tjenestenivå kan produsere "bestillinger" på kommunale tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan virke svært provoserende på ansatte i psykisk helsearbeid. Videre er god veiledning, og formidling av kunnskap og kompetanse sentralt for et godt samarbeid mellom kommune og DPS.

Det kan være flere bakenforliggende årsaker til at fastlegenes ulike engasjement i psykisk helse varierer. Fastlegenes muligheter for engasjement er ikke alltid like godt tilrettelagt i samarbeidsforholdene som fastlegene inngår i.

Om fastlegen er samlokalisert med psykisk helsearbeid, fungerer samarbeidet gjerne mer fortløpende, og fastlegene rapporteres som mer engasjerte av informanter fra psykisk helsearbeid i utvalget. Ved samlokalisering etableres gjerne lavere terskel for kontakt mellom partene, og dette kan fremme godt samarbeid. Samlokalisering gir også rom for mer behovsdrevet samarbeid, noe som kan rasjonalisere samarbeidsinnsatsen.

Om psykisk helsearbeid opplever samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som dårlig, så ser det ut til at samarbeidet med fastlegen blir desto viktigere. Dette er ikke ensbetydende med at samarbeidet med fastlegene oppleves som godt.

Individuelle forskjeller i fastlegers engasjement, ser videre ut til å tones ned i samarbeidsforhold med kultur for å samarbeide tett med fastlegene. Fastleger som er fastlønnnet av kommunen kan styres mer av kommuneledelsen i forhold til prioritering. Tydelig kommuneledelse ovenfor forventninger til fastlegene kan dermed være viktig for å få fastleger mer oppmerksomme på psykisk helse.

Et inkludert brukerperspektiv synes å være et fellestrekk for godt fungerende samhandlingsmodeller.

"Vanskelige brukere", det vil si brukere som kommunen eller fastlegen ikke har ressurser til å følge opp, krever særlig godt samarbeid mellom involverte tjenester. Dette krever enighet mellom samarbeidsparter om hvordan samarbeidet skal organiseres og utføres. Ved dårlig samarbeid mellom tjenestene kan det skje overlapp i oppfølgingen av brukeren, om brukeren er svært oppsøkende for hjelp.

6 Resultater fra intervju med praksisfeltet: Om samarbeidsverktøy

I det følgende bygger vi videre på analysen fra det foregående kapittel om samarbeidet mellom kommuner, fastleger og spesialisthelsetjeneste. Vi gjennomgår først erfaringer med ACT, FACT og andre ambulante tjenester og hvordan denne tjenesteorganiseringen fungerer i samarbeidet. Deretter ser vi nærmere på erfaringer med Individuell plan og ansvarsgrupper for samarbeidet.

6.1 ACT, FACT og annen ambulant virksomhet

Ikke alle samarbeidsforhold mellom kommune og spesialisthelsetjeneste som dekkes av datamaterialet, integrerer tilgjengelige ACT- eller FACT-team. Men alle informanter rapporterer om erfaringer med oppsøkende og ambulerende tjenester. Nedenfor redegjør vi for informantenes varierte erfaringer og opplevelser med denne virksomheten.

6.1.1 Ulike behov for samarbeid med ambulante team

Informanter fra psykisk helsearbeid har ulike meninger om nytteverdien av det ambulante arbeidet ved samarbeidende DPS. Noen informanter anser det oppsøkende arbeidet som ansatte i psykisk helsearbeid utfører som godt nok, og dermed oppleves ambulante team ved DPS som overflødige. En alternativ vinkling kan være at teamene det gjelder ikke har klart å vise seg fram som nødvendige å samarbeide med, og ikke har avklart hvilke ansvarsområder de har. Begge vinklingene gjelder typisk større kommuner i datamaterialet. En informant beskriver samarbeidet med et akutt-ambulant team ved DPS som følger:

"DPS har et akuttambulant team, men det er mer sånn organisert selvmordsoppfølging, vurdering av psykose og lignende, i et eget team. De reiser lite rundt. Men vi har en avtale med akutt-ambulant team om at de fra kommunen som reiser ut og trenger å ha med seg noen, så blir noen fra teamet med ut. Altså, for de er jo mye mer vant til å jobbe ute i felten. Selv om vi i kommunen har mange brukere inn på kontor, mer behandlingsretning enn vi gjorde tidligere, så jobber vi også ute i folks hjem. Jeg synes noen ganger at vi i kommunen er mye flinkere til å drive systematisk oppfølging enn det DPS er. Ja, jeg snakker jo ut fra min egen kommune. Men jeg synes at vi er blitt veldig flinke på å drive systematisk oppfølging og å lage gode behandlingsforløp for brukeren. Og å stille krav til brukers medvirkning. Jeg synes kanskje at DPS står litt fjernere unna" (avdelingsleder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune).

Lederen opplever det psykiske helsearbeidet som kommunen utfører som kvalitetsmessig og faglig sett meget bra, og DPS som en fraværende samarbeidspart. Den aktuelle kommunen fungerer forholdsvis autonomt i tjenesteytelsen, grunnet et godt utbygd tjenesteapparat. Dette kan forklare hvorfor informanten ikke opplever et prekært samarbeidsbehov med det akutt-ambulante teamet.

En psykiatrisk sykepleier fra en annen mellomstor kommune beskriver det ambulante teamet ved sitt samarbeidende DPS som følger:

"De sier at de har et ambulant team. De påstår at teamet har en struktur, men det de har er noen som jobber ambulant, gjerne kanskje ikke helt i samråd med kommunen. Så de følger opp noen brukere som jeg tenker at de ikke skulle fulgt opp".

Informanten er uenig i det ambulante teamets innsatsfokus. I bunn for uenigheten synes det å ligge en annen oppfatning av brukernes behovsprofil enn spesialisthelsetjenestens vurdering. Som vi allerede har sett, så kan uenighet om brukernes hjelpebehov på tvers av nivå utfordre samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om enkeltpasienter. At informanten er uenig i det ambulante teamets prioriteringer, kan også være en konsekvens av at informanten ikke synes å kjenne så godt til arbeidet som det ambulante teamet utfører. Informanten uttrykker at han ikke kjenner til strukturen og teamets begrunnelser for prioriteringen av brukere. Mangelen på informasjon om teamets arbeid kan videre sees i sammenheng med at også denne informanten jobber i en mellomstor kommune. Informant mener at ambulante team blir mindre synlige og mindre viktige i større kommuner:

"Jeg tror at DPS og den ambulante funksjonen har et annet innhold ut mot småkommunene. Hvis det sitter en psykiatrisk sykepleier i halv stilling, så er det klart noe annet at det kommer en samhandlingskoordinator dit og ser hva de har for slags utfordringer. Og har noen å drøfte utfordringene sine med, i forhold til her. Vi har jo ganske godt oppbygde tjenester, og en helt annen struktur for samhandling med DPS" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

Informanten går ut fra at det finnes en skillelinje mellom henholdsvis mindre og større kommuner i forhold til hvordan DPS praktiserer sin ambulante virksomhet. En annen informant forteller som følger om forholdet til det ambulante teamet som psykisk helsearbeid skal samarbeide med: "Jeg har ikke hatt så mye kontakt med dem, og jeg tror ikke det er så mange andre fra samhandlingsteamet vårt heller, som har hatt så mye kontakt. Men det er klart, det går seg sikkert til" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune). Samarbeid etableres over tid, og informanten er optimistisk til at kontakten med det ambulante teamet vil bli bedre. Samtidig kan den manglende kontakten med teamet antyde at også hun enten ikke har tilstrekkelig kjennskap om teamet og når hun skal kontakte dem, eller ikke anser det som nødvendig å samarbeide tett med dem.

Andre informanter har mer positive erfaringer med ambulant virksomhet. En kommuneoverlege fra en stor kommune beskriver sine erfaringer som følger:

"Samarbeidet med akutt ambulant team som vi opplever har vært veldig positivt altså. Vi har jo slitt mye hvis folk trenger å legges inn eller folk trenger vurderinger hvor vi føler at vi ikke kan gjøre det alene, vi må ha spisskompetanse. Så er det veldig enkelt å ringe til dem. Og vi som oppfølgere i oppfølgingsteamene har også mulighet til å henvise til dette og slippe å gå veien gjennom fastlege. For de står på vår kompetanse og erfaring og kan gå med oss ut eller gå alene til den det gjelder og gjøre disse vurderingene. Vi skriver et skriv og de går ut ganske kjapt. De har portvakt-funksjon i forhold til innleggelses, og det er viktig og veldig bra" (kommuneoverlege, stor kommune).

Psykiatrisk sykepleier fra samme kommune følger opp med følgende erfaring:

"Vi blir tatt på alvor med vår kunnskap, før kunne vi risikere å stå der med en bruker som begynte å bli dårlig og vi visste ikke vår arme råd. Fastlegen var ikke å få tak i, legevakten var ikke tilgjengelig, altså vi kunne bruke en hel dag på det" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

Portvaktfunksjonen til teamet fremstår sentralt for de positive erfaringene med samarbeidet med teamet. Funksjonen gir psykisk helsearbeid og fastlegen mulighet til å agere på kort tid for brukere med akutt behov for psykisk helsevern, i kontrast til situasjonen før samarbeidet med teamet ble etablert, hvor oppfølgingen av disse brukerne var tidkrevende og komplisert.

6.1.2 Etterspørsel etter ambulante team

Den ambulante funksjonen ved DPS kan være særlig viktig for småkommuner i distriktene. En avdelingsleder ved et "utkants-DPS" beskriver ambulant virksomhet som en kommende satsning for å fremme samarbeidet om pasienter mellom DPS og dets samarbeidskommuner:

"Vi snakker om å etablere et team, som skal være en ressurs og ta seg av de alvorligste syke. Det kan være et team som kan ta krise/øyeblikkelig hjelp, hvis vi snakker om at det skal være kommunale øyeblikkelig hjelp-senger for eksempel, så skal dette teamet disponere dem. Det kan jo være mange grunner for at det skjer en krise i en kommune. Ulykker, forverring av sykdom, at partneren som er den stabile plutselig blir syk også sitter man syk igjen alene, folk som er på tvang og uten døgnopphold som det er spesielle utfordringer til. Vi må lage et fellesskap. I stedet for at en tid så er det DPS som har ansvaret, mens en annen gang er det kommunen som har ansvaret. Teamet kan være en ressurs hvor fastlege eller andre kan få drøfte en problemstilling, få råd ..."

"Teamet bør ha base i DPS og det bør være ledet av leder på DPS. Det blir en lokal avart av ACT og FACT. Det er jo ikke så store forhold her til at vi kan etablere egne slike team. Vi må tilpasse teamet da, til våre forhold med lange avstander og lave innbyggertall. Så det vil være et team som kan ha ambulant virksomhet" (psykiatrisk sykepleier og avdelingsleder, DPS).

Avdelingslederen har mange visjoner for hvilke funksjoner teamet kan tillegges og tilegne seg som ressurs for kommunene. Teamet skal kunne utføre veiledning og oppsøkende og oppfølgende pasientarbeid. Teamet skal også være fleksibelt nok i instruks til å tilpasse seg behovene for arbeidsinnsats som oppstår. Teamet skal fungere på tvers av forvaltningsnivå, og grensene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste skal bli uviktige i praksis. Det som skal være viktig er å kunne yte rask hjelp og bistand til personer ved behov – ikke hvem som gjør det. Som vi skal se videre, så synes det nettopp å være sentralt for vellykket samarbeid med ambulante team og ACT-team, at oppfatningen av skillelinjen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste viskes ut.

Hvor team med ambulant virksomhet opprettes, så ser det ut til være nødvendig at team tilpasses og omdefineres etter forholdene lokalt – som også forrige informant påpekte. Dette er i tråd med tidligere evalueringer av ACT i Norge. En psykiatrisk sykepleier fra en stor kommune sier: "I utgangspunktet så var en ganske tro mot ACT-modellen". Andre informanter etterspør

ACT-team spesifikt, men får ikke ønsket innvilget: "Vi mangler ACT-team, og har ønsket det her i kommunen, men jeg har fått beskjed fra spesialisthelsetjenesten om at vi har for lavt befolkningsgrunnlag" (leder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune). Mangelen på et utvidet tilbud av ambulante tjenester og ACT-team kan også oppleves som viktig å bøte på for å bedre kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten om enkeltpasienter:

"Når det gjelder overgang fra langtidsposter til hjemmebehandling og ambulante tjenester, så synes jeg det fungerer dårlig, i alle fall her i regionen. Vi har ikke ACT-team, bare vanlig ambulant team. Det er spesialisthelsetjenestens erstatning for langtidsbehandling, der de skal drive hjemmebehandling i stedet. Der har vi veldig lite samarbeid. Der vet vi lite om pasientene før de har avsluttet behandling og sender dem over til kommunene. Så der har vi ønsket at vi kan jobbe mer sammen med pasientene, mens de har tilbud også i spesialisthelsetjenesten. Det er noe samarbeid, men vi har gått sammen nå alle lederne innenfor psykiatritjenestene i fylket, og ønsket et felles møte med de som har ansvar for de ambulante tjenestene, for å bedre på samarbeidet. Vi ønsker vi å jobbe mer sammen enn å ta over stafettspinnen og ikke vite så mye om hva som er gjort i forkant" (enhetsleder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune).

Informanten opplever det ambulante teamet ved samarbeidende DPS som fraværende i forhold til samarbeidet om felles pasienter, noe som både medfører og som er grunnet i dårlig informasjonsflyt om pasientene. Informanten ønsker mer informasjon, gjerne fortløpende, slik at de ikke overtar pasienter "med blanke ark". Dette fremstår som en felles erfaring blant ledere i området, ettersom de har engasjert seg for å rette på samarbeidet med det ambulante teamet. Det manglende samarbeidet med det ambulante teamet i spesialisthelsetjenesten som informanten rapporterer om, kan derfor antas å være et uttrykk for et opplevd dårlig samarbeid med spesialisthelsetjenesten i området mer generelt.

6.1.3 Utydelig ansvarsfordeling er problematisk

Som vi leste i forrige sitat, så betegner informanten ambulante team som spesialisthelsetjenestens *erstatning* for langtidsbehandling. Dette er ikke nødvendigvis et perspektiv som alle deler. Det fikk vi blant annet bekreftet av avdelingslederen ved det DPS hvor ambulant funksjon skal opprettes, i kapittel 6.5.2. Avdelingslederen anså ambulante team som viktige *tilskudd* til en tjenestep praksis som ellers ikke hadde utøvet arbeidsoppgavene som teamet utfører, når krisen oppstår.

Når ambulante team beskrives som en erstatning for langtidsbehandling, så kan dette være forankret i antagelser eller usikkerhet om ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste:

"I forhold til ambulante tjenester, så har vi ikke helt visst hva de har jobbet med, og vi har ikke helt forstått rollen deres. De skulle bistå ved innleggelser, men nå er vi tilbake i gammel rutine. Hvis vi ser at det må til en innleggelse, så ringer vi fastlege og legevakt. Derfor etterlyser vi en ny runde på hva rollen deres skal være, den er litt uavklart" (enhetsleder, mellomstor kommune).

Uklarhet over ansvarsfordeling og arbeidsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, kombinert med lite klargjørende informasjon om funksjonene til teamet, medfører at teamets

bidrag til samarbeidsforholdet smuldrer bort. Dette synes å hemme vilkårene for godt samarbeid mellom den aktuelle kommunen og spesialisthelsetjenesten – mens legevaktens og fastlegens rolle blir viktigere i det psykiske helsearbeidet.

6.1.4 Gode samarbeidsvilkår for ACT

I samarbeidsforhold hvor samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er godt, og forholdene ligger til rette for etablering av ACT-team, så ser teamet ut til å fungere svært godt. Viktig for at teamene fungerer godt er at det nevnte nivået mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen overgås administrativt sett:

"Vi har hatt et ACT-team her i en del år og det fungerer veldig bra. Sykepleierne i kommunen som var hovedansvarlig for oppfølgingen av brukerne tidligere, har rett og slett gått over til ACT-teamet. Og ACT-teamet drives som en samdriftsmodell i kommunen. DPS yter penger til teamet. Og kommunen og DPS har en felles valgt og felles lønnet fagstab som jobber med teamet og fagutøverne i ACT" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

I denne kommunen bygger oppstarten av ACT-teamet på en lengre historie med samarbeid rundt psykosepasienter. Dette kan forklare noe av suksessen som teamet har hatt, ifølge en informant fra samarbeidende DPS:

"Vi har hatt et årelangt samarbeid med kommunen rundt psykosepasienter. Det som var beskrevet av type oppfølging som var ønsket i forhold til gruppen var akkurat noe som lignet på ACT-team. Men var det dette med å finne penger. Sånn at det kom vel egentlig – om ikke det var gudesendt, så var det i hvert fall departement-sendt at det var ulike forsøk på ACT-team. Så vi hadde egentlig alt på plass, og det var mye som var bygd opp ... så for pasientene var vi allerede i gang" (avdelingsleder, DPS).

Som tidligere forskning har påpekt, viser det seg ofte enklere å etablere gode samarbeidsformer hvor forutsetningene for godt samarbeid allerede er til stede. Informanten påpeker at interessen for team tilsvarende ACT og samarbeid på tvers av linjer om den aktuelle pasientgruppen allerede var aktiv, og dette var sett på som et viktig satsningsområde.

Videre vurderer samme informant teamet og samarbeidet som teamet er involvert i som vellykket, fordi det har målbare positive resultat for brukergruppen:

"ACT-teamet konkret har jo betydd bedre livskvalitet, og de har færre innleggelses. Jeg vet ikke om jeg skal si at de bruker mer eller mindre medisiner, men de bruker ihvertfall riktig medisin til riktig... holdt på å si syklus i forhold til sykdom, for det følges opp nøye. Altså, ACT vil her si at pasientene har et innhold i livet" (avdelingsleder, DPS).

En kommuneoverlege fra en samarbeidskommune utdyper dette ytterligere:

"Det har jo noe med det at du har alt på ett brett, altså, du er ikke fragmentert. Du har det i teamet: alle faggrupper som kan bidra inn med både diagnostisering og medisiner og oppfølging på alle felt."

Selv om ACT-teamets fokus er spesialisert i forhold til kriterier for inklusjon av brukere, så jobber teamet bredt mot brukergruppen. Teamet har også plukket opp personer med psykiske lidelser som ikke ville ha benyttet seg av annen behandling:

"Teamet har funnet mange, men ikke alle, av personene som vi snakket om da vi søkte om midler til teamet - som ikke benyttet tilbudene tidligere. For de likte det ikke. Nå får de det mye mer opp i fanget og får det mye mer på døren bokstavelig talt. Så det er lettere for brukerne å holde fast ved tilbudet, og det skal mer til før de sier at de ikke vil være med" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

Tilknytningen som teamet opparbeider seg til brukerne er tett nok til at terskelen for å forlate tilbudet blir høy. Opprettelsen av ACT-teamet har også hatt positive ringvirkninger for virksomheten i psykisk helsefeltet generelt i det aktuelle området, og for spesialisthelsetjenesten spesifikt, ifølge en informant fra samarbeidende kommune:

"ACT har vist at det å jobbe ambulant er en veldig nyttig metode. Og de som fremfor alt trengte å lære det var jo andrelinjetjenesten som ikke hadde gjort det før. Så det har vært viktig for alle som har sett dette" (kommuneoverlege, stor kommune).

En psykiatrisk sykepleier fra kommunen er svært enig i at ACT har fremmet en forståelse for det å jobbe ambulant, samtidig som at hun er noe frustrert over at det måtte en formell modell for ambulant virksomhet til for at dette skulle skje:

"Et lite hjertesukk fra oss som har jobbet ambulant lenge i kommunen... Dette er bare en bisetning altså, men jeg får et inntrykk av at når det de forteller er fint og flott... Jeg tenker at dette har jeg jo holdt på med i 25-30 år. Det er bare at vi i kommunen som har jobbet ambulant har vært litt usynlige. Vi har vært en stor gjeng med folk som har jobbet med dette. Og har fått utmerket resultater av det. Så det er jo ikke noen ny oppfinnelse. Men det er nytt at andrelinjetjenesten i så stor grad jobber ambulant, og det synes vi er flott. Vi skal jobbe ambulant sammen for å lage et tilbud til disse menneskene som er sømløst" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

Kommuneoverlegen fra samme kommune utdyper den overordnede effekten av etableringen av ACT-team for forståelsen av samarbeid og behandling i psykisk helsefeltet:

"Det har vært et gjennombrudd for tankegangen om ambulerende tjenester og det har også vært en viktig seier for det å jobbe sammen, andrelinjetjenesten og førstelinjetjenesten, og løse oppgaver i fellesskap. Det har åpnet opp for at nå er det en selvsagt tanke, ikke at vi skal dytte pasientene fram og tilbake over en linje eller over et bord, men at, vi må gjøre det!"

Ifølge informanten har ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om pasientene blitt tydeligere gjennom samarbeidet med ACT-teamet. Det har blitt gjort eksplisitt at oppgaver skal løses i fellesskap. Oppgavene skal utføres, uavhengig av tradisjonelle linjer for pasientbehandlingen. Nivåene har felles ansvar for pasientene. En informant fra en annen kommune begrunner tilsvarende hvorfor ambulante tjenester er viktig i et overordnet perspektiv:

"Jeg er glad for at dreiningen innen psykisk helse handler mer om ambulante tjenester. Folk tas i mindre grad ut av eget hjem og inn på institusjon. Institusjonen blir et litt lukket samfunn. Rammene er institusjonen i seg selv og omsorgen som ligger i det. Jeg tror at det å bo hjemme, og jobbe aktivt med det du sliter med selv i en styrt prosess er mer hensiktsmessig for mange enn å skulle inn i institusjon og bort fra egne rammer" (leder, stor kommune).

Som utvikling bevarer ambulante tjenester pasientene i hjemlige spor. Valg av ambulant funksjon fremstår således ikke bare som et valg av hvilket oppfølgingstilbud som skal etableres, men også som et valg av tilnærming til pasienten - som menneske og samfunnsborger.

6.1.5 Opprettelse av FACT

I et samarbeidsforhold mellom en stor kommune og et DPS er det planlagt opprettet et FACT-team for psykosepasientene. Vi ba informantene si hva de tenkte om dette. Avdelingsleder for DPS ga følgende svar:

"Vi har forstått at i en del grad, eller andre steder, så har FACT blitt et skjellsord. For det snakkes om at det får en større case-load, at færre mennesker skal følge opp en større pasientgruppe. Og at det vil bety at de får et dårligere tilbud. Erfaringene herfra er vel at av de som er i ACT-teamet i dag, så er det noen som får mer oppfølging enn det de trenger. ACT-teamet er tenkt å dekke de 20 % sykeste, de dårligst fungerende. Menneskene som er i den situasjonen i en periode, etter behandling og oppfølging over tid, går over i et annet stadium, og kan greie seg med andre ting."

Avdelingslederens bekymring for hvorvidt opprettelsen av et FACT-team vil bli mottatt med misnøye, deles ikke umiddelbart av en informant fra en av samarbeidskommunene til DPS:

"Vi tenker at det er veldig bra. Fordi det synliggjør at man fra andrelinjetjenesten ikke vil melde noen ut. Fordi om pasientene faktisk blir friskere, så har man tidligere sagt at nå har vi ikke noe ansvar lengre, nå er du ferdig behandlet. Så det man tar innover seg nå, er at livet er langt, og at svingningene i funksjon for en syk person, med en sånn lidelse, de fører til at det ikke er hensiktsmessig å skrive de ut og å glemme de bort. Og eventuelt at pasientene må over en terskel neste gang de trenger hjelp. Også bygger vi altså opp noe ved siden av, for pasientene som er bekymret for sitt tilbud, og som vi er bekymret for alle sammen. De som ikke får lov til å komme inn i ACT, som ikke fyller kriteriene" (psykiatrisk sykepleier, stor kommune).

For det gjeldende DPS ville alternativet ha vært å legge ned ACT-teamet, grunnet stopp i finansieringen. Med opprettingen av FACT videreføres det gode samarbeidet om og med pasientene, som inkluderes i tilbudet. Pasientene som i utgangspunktet ekskluderes, får også et tilbud.

6.2 Individuell plan og ansvarsgrupper

På spørsmål om kva som kjennetegner eller fremmer godt samarbeid mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjeneste, så tok få informanter på eget initiativ opp tema som individuell plan (IP), ansvarsgrupper eller koordinator. Det kan være flere grunner til dette. For eksempel kan det handle om at informantene ikke tenker på IP, ansvarsgrupper eller koordinatorrollen som

hjelpemidler spesifikt for samhandling eller samarbeid mellom tjenesteaktørene. Alternativt kan det være at informantene ikke alltid opplever disse hjelpemidlene som viktige for samarbeidet.

Vi spurte derfor informantene om hvilken betydning de erfarer at IP og ansvarsgrupper har for samarbeidet mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjeneste i det psykiske helsetjenestefeltet. I det følgende går vi gjennom svarene på dette. Vi beskriver først erfaringer med IP og ansvarsgrupper fra psykisk helsearbeid, og deretter spesialisthelsetjenesten.

6.2.1 I psykisk helsearbeid

Informanter fra psykisk helsearbeid rapporterer bredt om erfaringer med bruk og ikke-bruk av IP og ansvarsgrupper som verktøy for samarbeidet mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjeneste. Flere informanter synes å vektlegge viktigheten av ansvarsgrupper for godt samarbeid, enn IP. Tendenser i datamaterialet foreslår at IP fungerer dårlig eller brukes lite i mindre gode samarbeidsforhold, og at svært godt samarbeid kan gjøre IP overflødig - men også at aktører med meget godt samarbeid, som bruker IP regelmessig, har stor tro på viktigheten av IP.

Ansvarsgrupper oppleves gjerne som nyttige uavhengige av om brukerne har en IP eller ikke. En fastlege fra en liten kommune sier kontant: "Nei, jeg har ikke noe særlig forhold til IP, det er ansvarsgruppemøtene med pasient og brukermedvirkning som er sentralt." I kontrast sier en annen representant for en mellomstor bykommune at "IP er veldig viktig for samhandlinga". En kommunepsykiater fra en stor kommune påpeker, "IP er jo en formalisering av samarbeid som absolutt kan være hensiktsmessig." La oss se nærmere på hvorfor det eksisterer så ulike oppfatninger av IP sin rolle for samarbeidet rundt enkeltbrukere.

På spørsmål om brukerne med tunge diagnoser i kommunen har Individuell plan oppnevnt, så svarer en psykiatrisk sykepleier fra en liten utkantkommune som følger:

"Det er ikke mange som har det, nei. Individuell plan er det en som har hatt, men planen fungerer ikke nå. Brukeren vil klare seg selv, og ordne opp selv, han vil ikke ha noen diagnose. Han vil bli sett på som en helt vanlig person. Men han vet jo at jeg er i bakhånd, og han tar jo kontakt, når han har rota seg borti noe."

Ifølge informanten trekker brukeren, som fungerer som eksempel i hennes svar, en parallell mellom det å ha en IP og det å være en person med en diagnose: Har man en IP, så er man "bruker", "pasient", "syk", "unormal", eller ikke istand til å organisere eget liv. Man er det motsatte av en "helt vanlig person". Samtidig synes informanten ikke å vurdere brukerens nytte av IP som stor, i og med at informanten ser ut til å stole på at brukeren tar kontakt med han ved behov. Bakgrunnen for denne tilliten er at forholdene i den aktuelle kommunen er svært små, og informanten anser oversikten over brukerne som god. Som informanten senere påpeker, "Det at vi er så få, gjør jo at det er ingen som sliter unødige tungt uten at vi blir koblet inn."

En informant fra en annen utkantkommune forteller om samme vegring blant brukere mot å få Individuell plan:

"Vi har ikke så veldig nytte av individuell plan og ansvarsgrupper. Det er mange som egentlig vegrer seg litt for å ha en IP. Men vi har brukere som har IP ja. Brukere tror kanskje at IP er litt mer voldsomt enn det er. Så tror de kanskje ikke at de har behov for IP. Så av og til må vi bruke litt tid før at vi får planen på plass. I forhold til ansvarsgrupper så er vi så få her ute. På en IP og i en ansvarsgruppe så er vi meg, legen, psykiatri, eventuelt hjemmetjenesten og NAV" (psykiatrisk sykepleier, liten kommune).

De ansatte må bruke tid på å overtale brukere om nytteverdien av Individuell plan i enkelttilfeller hvor de ser at en slik plan bør på plass. Samtidig innebærer de små forholdene i tjenesteapparatet at det er de samme personene fra tjenestene som møter i alle ansvarsgruppemøter. De snakkes uansett "på korridoren". En annen informant har følgende forklaring på hvorfor IP ikke benyttes oftere i alle kommuner:

"Jeg tror det er helt opp til den enkelte ansatte. At det ikke er noe problem å få en bruker til å si at "jeg ønsker ikke IP". Det greier alle. Det handler om hvordan du legger det fram, og hvordan du selger inn IP. De fleste vil vel ha en IP hvis de ser nytten av det, men den som skal selge inn planen må jo se nytten først da" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

Ifølge informanten er det de ansatte ansvar å beskrive hva IP kan gjøre for pasienten. Det er ikke pasientens ansvar å vite hva IP er, selv om informanten antyder at enkelte ansatte delegerer dette ansvaret til pasienten, ved ikke å informere godt nok om formålet med planen. En annen informant har gjort seg opp følgende tanker om hvorfor ansatte i psykisk helsearbeid i små kommuner ikke engasjerer seg mer for å selge inn IP til brukerne.

"IP er jo et samhandlingsverktøy, slik jeg ser det. Og hvis det ikke er så veldig mange aktører å samhandle med, for å nå målet som brukeren har, da er det jo ikke noen vits i IP. Hvis det ikke er noen møter, hvis det ikke er noen du trenger å få tak i og sånt" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

Som vi allerede har sett får samarbeidspartnere i små kommuner stort sett kontakt med hverandre fortløpende ved behov, uten å måtte organisere formelle samarbeidsmøter.

Enn brukeren, kan vedkommende likevel ha nytte av IP selv om samarbeidsforholdene for en velfungerende IP ikke ligger til rette? En leder for enhet for psykisk helsearbeid fra en liten kommune, mener at IP er viktig som motivasjon for brukeren: "IP'n er med og viser brukeren at det går framover. Når du evaluerer." For å motivere brukeren som samarbeidspart om egen oppfølging, så må den Individuelle planen få et overkommelig innhold:

"Det spørres på hvordan den individuelle planen er, om den motiverer eller ikke. For det er så mange planer som er så langvarige og store. Og det tror jeg bare er tull, for du klarer ikke å gjennomføre det. Da er det greit å ha en enkel plan, hvor vi jevnlig ser utviklinga. Da ser man resultat, og det blir en motivasjonsfaktor i fortsettelsen."

Når den ansattes innstilling til IP er at IP kan være nyttig for brukeren, så kan IP også bli nyttig for vedkommende. Derfor etterlyser en psykiatrisk sykepleier fra en stor bykommune mer engasjement fra behandlere og ledere både ved DPS og i kommuner, knyttet til bruk og oppfølging av IP:

"I og med at jeg har koordinatorrollen så er jeg med på nesten alle sakene fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Det er aldri en IP med, så å si. Poliklinikken er flinkere, de har en seksjonssjef som er litt ivrig da. Individuell plan blir ofte omtalt som et skrivebordspapir. Det blir ikke brukt, ergo så sees ikke behovet, tror jeg. Hvis du ikke har en pådriver bak deg i tillegg, leder eller en eller annen, som er med å sette på kartet at IP er viktig, så blir det ikke viktig. Det må settes på dagsorden, også må det prioriteres, også må det følges opp. Vi har heldigvis hatt en leder som har sett behovet for IP, brukt Sampro. Og vi har fått innarbeidet det ganske godt, sånn at det blir brukt som det verktøyet det er."

Informanten opplever at ledelsen har en viktig rolle for å etablere god praksis vedrørende bruk av IP i samarbeidet, med samarbeid som mål. Som han videre utdyper: "Du kan ikke implementere Sampro i en flat struktur. Det må være noen som blir pålagt ansvaret og kjører det inn i enheten og sørger for at ansatte kan det, før de skal begynne å bruke planen i ansvarsgruppene igjen". Når dette lykkes, er informantens erfaring at IP blir et viktig verktøy for samarbeidet mellom partene involvert i oppfølgingen av enkeltbrukere:

"Du får ut informasjon fort, i og med at Sampro er bygd opp slik som det er. Alle får beskjed om at det er sendt ut referat, møteinnkallinger. Det forplikter. At du får en epost om at nå har det kommet en beskjed. Det er ekkelt når du kommer på tredje ansvarsgruppemøte og sier at du ikke har sett, og så vet alle at du har fått enten en SMS eller en epost. Etter hvert begynner folk i hvert fall å gå på Sampro på møtereferat, møteinnkallinger. Du får strukturert opp både fastleger og andre samhandlingsaktører som kan være litt vanskelige å nå" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

Når IP brukes i Sampro, så får IP en disiplinerende effekt på samhandlingsaktørene i forhold til oppfølgingen av brukerne. Når Sampro fungerer, så forplikter systemet, sier informanten. Dermed fremstår det også som at ansatte ikke har gjort jobben sin, om det avsløres for samarbeidspartnerne at de ikke følger med på informasjonsflyten i Sampro. Ifølge informanten fungerer dette fremmede for samarbeidet, i den forstand at samarbeidspartnerne begynner å møte opp på samarbeidsmøter og holde seg oppdatert på arbeidet som foregår rundt enkeltpasienter. En annen informant har imidlertid mer delte erfaringer med Sampro:

"Med tanke på at intensjonen med IP er at det er brukeren sin plan, så kan man kanskje noen ganger oppleve at dette ikke tas i betraktning. Jeg føler at de jeg samarbeider med nesten ikke vet hva en IP er. Nå har vi IP liggende i noe som heter Sampro, og det kan være et vanskelig verktøy. Vanskelig å legge inn, vanskelig å bruke. Det blir litt mye pes. Nå skriver vi vel også en del IP'er sånn som vi gjorde før, på papir. Det er jo mange måter å gjøre det på. Men jeg må jo si at jeg har god erfaring med IP, når brukeren også synes det er viktig. Og det er klart, IP forplikter på en litt annen måte, for de som sitter i

plangruppemøte. Så det har vært godt samhandling rundt enkelte IP'er. Men jeg synes det har vært litt vanskelig å bruke verktøyene. IP ansvarliggjør på en litt annen måte, tror vi. Jeg tenker at det er viktig at det skal være langvarige og koordinerte tjenester, for det å ha en IP inn mot brukeren og kanskje en fastlege som er lite interessert, er kanskje ikke like hensiktsmessig. Så det er noe med at det er flere rundt brukeren, og at brukeren også skal se IP som et godt verktøy. Å være informert og vite hva det egentlig innebærer" (psykiatrisk sykepleier, større bykommune).

Informanten viser til et opplevd uoversiktlig brukergrensesnitt i Sampro. Kombinert med fraværende samarbeidspartnere og manglende interesse for IP, skapes dårlige rammevilkår for bruk av IP i samarbeidet. Like fullt opplever også denne informanten at IP fungerer ansvarliggjørende og forpliktende i samarbeidet rundt enkeltpasienter. Videre synes informanten å oppleve at godt samarbeid fremmes av informasjon og felles arbeid rundt avklarte problemstillinger, uavhengig av om arbeidet reguleres gjennom IP eller ikke. IP blir ett middel for å oppnå dette, gitt at samarbeidet på forhånd er godt – eller har forutsetningene for å bli godt. En informant påpeker:

"Systemet må fungere for at ansvarsgruppe og IP skal være et godt verktøy for bruker. Altså, vi må jo rydde våre system som handler om hvordan samarbeider vi, og om hva. Hva er mitt ansvar og hva er ditt ansvar. Det må være på plass i alle kommuner, tenker jeg. For at ansvarsgruppe og IP skal virke godt, og være et nyttig verktøy for ansatte og brukere" (leder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune).

Om samarbeidet og ansvarsfordelingen er dårlig og uklar mellom partene i utgangspunktet, synes dette å måtte ryddes opp i før samarbeidet rundt ansvarsgrupper og IP kan forventes å fungere godt. Samme informant påpeker at de samme verktøyene kan trigge konflikter:

"Jeg har aldri sett så slitne folk som når de kommer fra enkelte ansvarsgruppemøter. Folk gruer seg noen ganger til å gå i ansvarsgruppemøter, fordi man ikke blir enige, og fordi man er så redd i forhold til diskusjoner om at ja, det må du gjøre, eller... det vil ikke jeg gjøre" (avdelingsleder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune).

Negative opplevelser knyttet til deltakelse på ansvarsgruppemøte synes i slike tilfeller å handle om problem med dialog om arbeidsoppgaver og fordeling av ansvar, og negativiteten det medfører at møtedeltakerne må ta beslutninger basert på uenighet. Det kan ligge latente konflikter rundt ansvarsgruppe og IP, når møtedeltakerne ikke klarer å definere sine egne tjenester. Dermed oppstår diskusjonene om hva som er hvem sin jobb. Like fullt erfarer samme informant at "ansvarsgruppemøter er viktige arenaer for enkeltbrukere".

I noen samarbeidsforhold mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten får IP og ansvarsgruppemøter en sentral rolle i deres samhandlingsmodell. En avdelingsleder ved en liten bykommune beskriver praksis vedrørende IP og ansvarsgrupper i psykisk helsearbeid lokalt – med opplevd dårlig samarbeid med spesialisthelsetjenesten som bakgrunn:

"Vi har en del pasienter som ikke vil ha IP, men de aller fleste har ansvarsgrupper. Det er ikke så mange som har IP. Men jeg opplever at når vi kaller inn, så stiller spesialisthelsetjenesten opp. Så det er mer den daglige kommunikasjonen rundt pasienter, og kanskje nye pasienter som spesialisthelsetjenesten har begynt å følge opp, og som vi ikke vet om før de har bestemt seg for en konklusjon, som preges av dårlig samarbeid. De sender bare stafettpinnen videre til kommunen. Pasientene som vi har kjent over mange år, og som har etablerte ansvarsgrupper, de har vi et samarbeid rundt, med kontaktpersoner" (enhetsleder, psykisk helsearbeid, mellomstor kommune).

Som det fremgår av sitatet, så synes det nettopp å være bruken av IP og ansvarsgruppe som sikrer samarbeid med spesialisthelsetjenesten om enkeltpasienter for denne kommunen, når samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er fragmentert.

6.2.2 I spesialisthelsetjenesten

Informantene forteller om en lite standardisert, men institusjonalisert bruk av ansvarsgrupper. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten så opplever informanter fra psykisk helsearbeid at behandlere ved DPS har mindre interesse for IP i samarbeidet enn psykisk helsearbeid:

"Opplever så å si aldri at det er noen individuell plan når brukerne kommer ut fra spesialisthelsetjenesten. Fra spesialisthelsetjenestens side så var det mer fokus på IP før. Før hadde brukerne en IP med seg, bestandig. I hvert fall et papir" (psykiatrisk sykepleier, mellomstor kommune).

En behandler ved en poliklinikk på et DPS bekrefter informantens opplevelse av mangel på interesse for IP fra DPS: "Vet du, det er lenge siden vi har snakket om IP". Hun reflekterer over hvorvidt hun og kollegene snakker for lite om IP. Hun påpeker også at "det kan være at vi ikke er flinke nok til å spørre. Altså, vi skal jo spørre alle pasienter når de kommer inn, om de har en individuell plan. En hva for noe, sier de da" (behandler, poliklinikk, DPS). Samtidig forteller informanten at hun nå har flere pasienter som hun vurderer at skulle hatt en IP, og at hun "kanskje må bli førstemann til å kalle inn til et møte for å starte opp en individuell plan".

En behandler svarer som følger på spørsmål om hvilke samarbeidsverktøy som er viktigst i arbeidet: "Det er telefonen og samarbeidsmøtet, og samarbeidsmøtet både med psykisk helsearbeid og NAV egentlig, selv om vi ikke så ofte har møter med alle dem samtidig". Informanten arbeider ved et "reisende DPS", som hovedsakelig samarbeider med små kommuner. Han synes å oppfatte den mindre formelle samhandlingen rundt pasientene som viktigere enn nasjonale samarbeidsverktøy, eller det han betegner som "standardiserte verktøy", så som Individuell plan. Med førstnevnte kategori viser informanten til: "Den andre biten med samarbeidet som jo er den telefonen du tar. Når det er noe du lurer på, enten du ringer legen eller psykisk helsearbeid". At informanten gjør dette skillet, kan sees på som et uttrykk for at han opplever fortløpende uformell samhandling rundt pasientene som viktigere for samarbeidsforholdet med kommunene, enn standardiserte verktøy. For eksempel nevner informanten at aktivitetsplanen i NAV kan ha blitt "en konkurrent til IP". Med dette mener han at når det finnes mange standardiserte planverktøy for brukerne, så velges noen bort.

En behandler ved et annet DPS svarer som følger på spørsmål om hvordan ansvarsgrupper og individuell plan fungerer ved hennes arbeidsplass og i samarbeidet med kommunene:

"Variabelt, vil jeg si. I forhold til sengepost så vet jeg at de har ganske gode ansvarsgrupper på de fleste litt mer krevende brukerne. Noen ganger så er det ansvarsgrupper som fungerer dårligere, så det er nok begge deler. Absolutt. Individuelle planer, det er individuelle planer. Vi har elektroniske individuelle planer her med Sampro, og har også eksempler hvor det fungerer bra. Men det krever jo gjerne at pasienten eller pasientens pårørende er litt sånn "drivere" av den og, tror jeg, for at det skal bli et godt, dynamisk verktøy. Og det spørres nå om den "driven" til pasienten, om en klarer på å gjøre den til sitt verktøy og, sånn at det ikke blir bare hjelpeapparatets verktøy i forhold til å kommunisere og gjøre avtaler og sånne ting."

For denne informanten handler ikke suksess med IP for samarbeidets del og for pasientens del om måten man selger den inn til pasienten på, hovedsakelig, men om hvordan planen praktiseres. Behandler må vise potensialet i planen til den enkelte pasient, og vise pasienten at vedkommende kan og bør få et eierforhold til egen plan – og behandle den deretter. Samtidig fremstår dette som et noe paradoksalt poeng, i og med at brukerne som i størst grad kan ha behov og nytte av en IP, er brukerne som i minst grad forventes å ta ansvar for egen oppfølging.

En behandler ved et DPS utdyper videre hvorfor ansvarsgrupper av og til fungerer godt og andre ganger ikke:

"Vanskelig å si. Jeg tror det har litt med gruppesammensetning å gjøre. Kjemi. Interessen til hver enkelt bruker eller deltaker. Tror det er mange faktorer, og ikke noe spesielt jeg kan peke på. Gruppespillet. Og selvsagt skal en prøve å etterkomme pasientens ønsker om hvem en ønsker med i gruppa. Men så er det jo sånn når du går ut i en kommune og etterspør en kontaktperson eller en representant fra NAV, og også fra DPS, så er det jo sånn at du må ta til takke med den du får. Noen ganger så går det helt greit, for det er tidvis bare en formell funksjon man har i en slik gruppe. Noen ganger så er det ikke bestandig det fungerer like bra."

Vi lar en kommuneoverlege fra en liten kommune oppsummere flere hovedpoeng om nytteverdien av IP og ansvarsgrupper:

"Vi lever i en liten uformell virkelighet, hvor vi treffer hjemmesykepleieren i gangen og fastlegen på kantinen, og vi opplever at vi er i psykiatrimøter hele tiden. Alt er her på huset. Dermed får vi ikke til dette med IP, for det oppleves i kontrast som et slags byråkratisk overbygg som ikke får noen praktisk betydning. Jeg tror det har veldig mye med kultur og den holdningen til IP som kom da IP ble etablert. Man har ikke klart å snu den og gjøre IP til et praktisk arbeidsverktøy, i alle fall ikke for småkommunene. Vi har ikke skjønnet hvordan vi skal få til å bruke det store, ambisiøse verktøyet når det gjelder pasienters livshistorie. Helst bør du kjøpe et program til 10 000 kroner for å integrere IP i pleieprogrammet. Det blir for tungvint. Samtidig ser jeg ar når vi ikke bruker IP, så

mister vi en del av systemtenkningen. Det blir mer tilfeldig det vi holder på med. Hva ansvarsgrupper angår, så fungerer de godt så lenge den som leder ansvarsgruppen ser at det er bruk for den. Når det ikke lenger er bruk for ansvarsgruppen, så faller den sammen. Vi har problem med at vi ikke klarer å avvikle ansvarsgrupper. Da slutter de å prioritere møtene og det blir bortkastet tid å arrangere dem."

6.3 Oppsummering

Informanter fra psykisk helsearbeid opplever nytteverdien av ambulante team ved DPS svært forskjellig, fra å være overflødige til helt nødvendige. Ambulante team kan i ytterpunktene oppfattes som erstatning for langtidsbehandling, eller som tilskudd til en praksis som ellers ikke hadde dekket denne funksjonen tilsvarende. I enkelte samarbeidsforhold ser det ut til å være mangel på informasjon om teamenes ansvarsoppgaver. Når forutsetningene for godt samarbeid mellom involverte parter er tilstede før opprettelsen av samarbeidsmodeller, så som ACT, så fremstår det som enklere å få samarbeidet på plass. Godt samarbeid med ACT-team kan fremme tydelig ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, nemlig oppfatningen av at oppgaver skal løses i fellesskap. I ett samarbeidsforhold har informanter erfaringer med et akutt-ambulant team med portvaktfunksjon, og opplever samarbeidet med teamet som svært godt særlig grunnet dette.

Det eksisterer svært ulike oppfatninger av IP sin rolle for samarbeidet rundt enkeltbrukere. Noen brukere opplever IP som stigmatiserende, eller uten bruksverdi. Noen ansatte selger ikke inn IP til brukerne, eller er ikke engasjert i IP. Andre bruker IP aktivt for å motivere brukeren i oppfølgingen. Ledelse har en viktig rolle for å utvikle gode rutiner rundt bruk av IP. Om IP brukes i Sampro får IP en mer disiplinerende effekt på samarbeidspartene i forhold til oppfølgingen av enkeltbrukere.

Det finnes mange standardiserte planverktøy for brukerne, noe som også kan være av betydning for hvorfor IP velges bort av tjenesteansatte og brukere.

Referanser

Aarre, T. F. (2011). Fem prinsipp for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(02).

Agenda (2007). FoU-prosjekt "Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten". Lastet ned 05.05.2014 fra <http://www.helsedialog.no/filestore/5459Rapport2samhandling.pdf>

Andersen, B. J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum – S-Flex-modellen. Praksis og effektevaluering. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), s. 317-327.

Andersen, B. J., Cannistraci, A. og Emilsen, K. (udat.). All inclusive – or not??? Samhandling på brukerens premisser. Presentasjon, lastet ned 09.06.2014 fra http://www.napha.no/multimedia/4377/Alle-inkludert-_Samhandlingsteamet-i-Barum.pdf

Andersson, H. W. (2012). "Brobyggeren" i Notodden kommune. Lastet ned 09.06.2014 fra http://www.psykiskhelsearbeid.no/brobyggeren_rus/

Andersson, H. W. og Norvoll, R. (2006). Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen. SINTEF Helse, A595.

Appelbaum, P. S., og Le Melle, S. (2008). Techniques used by assertive community treatment (ACT) teams to encourage adherence: patient and staff perceptions. *Community mental health journal*, 44(6), 459-464.

Barne- og likestillingsdepartementet (2009). Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge. NOU 2009: 22. Oslo.

Biong, S. (2011). «Å guide hverandre i hverandres systemer» En fenomenologisk hermeneutisk studie av godt samarbeid i en tverretattlig styringsgruppe. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(01).

Bjørn, V. (udat.). SPoR Vestfold 2010-2013. Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og pasienter/brukere med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Lastet ned 22.05.2014 fra <http://www.napha.no/multimedia/4363/SPOR-vestfold.pdf>

Bratrud, T. L., og Granerud, A. (2011). Sammen om gode overganger. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(03).

Clausen, H., Heiervang, K., Landheim, A., Odden, S., Ruud, T. og Hanne Kilen Stuen (2012): Evaluering av 12 ACT-team. Midtveisrapport. Korus-Øst og Akershus Universitetssykehus.

- Danbolt, L. j., Lien, L., og Kjønnsberg, K. (2010). Hjelp når du trenger det. En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(03).
- Drukker, M., Maarschalkerweerd, M., Bak, M., Driessen, G., à Campo, J., De Bie, A., . . . Delespaul, P. (2008). A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC psychiatry*, 8(1), 93.
- Elstad, T. og Norvoll, R. (2013). Sosial eksklusjon og inklusjon. I R. Norvoll (red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 118-148). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elstad, T. A., Steen, T. K., og Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(04).
- Fredheim, T., Danbolt, L. J., Haavet, O. R., Kjønnsberg, K., og Lien, L. (2011). Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst*, 5(1), 13-13.
- Fugletveit, R. og Hansen, G. V. (2013). Fleksibilitet gir brukertilpassete tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(03).
- Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Chicago: Aldine Transaction.
- Grut, L. (2007). Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid (s. 50). Oslo: SINTEF Helse.
- Hansen, G. V. og Ramsdal, H. (2012). Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike ("Romeriksprosjektet"). Underveisevaluering. Oppdragsrapport 2012: 2. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Hartveit, M., Biringer, E., Aarre, T., Vanhaecht, K., og Aslaksen, A. (2012). Mangler i henvisninger og epikriser i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(03).
- Heiberg, A. N. (2014). Samfunnsnytte og investeringer for å øke kunnskapen om rus og psykisk helse. Statssekretær Astrid Nøklebye Heibergs innlegg på Forskningsrådets konferanse om psykisk helse og rusmiddelforskning. Lastet ned 09.04.2014, fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/politisk_ledelse/taler-og-artikler-av-statssekretar-astr/204/samfunnsnytte-og-investeringer-for-a-oke.html?id=750935#
- Hellesø, R. og Melby, L. (2013). Forhandlinger om samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. I A. Tjora og L. Melby (red.), *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 222-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2014a). Samdata 2013 Spesialisthelsetjenesten. Rapport IS-2194.
- Helsedirektoratet (2014b). Etablering og drift av aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell (ACT-team). Lastet ned 23.06.2014 fra <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/etablering-og-drift-av-aktivt-opsokende-behandlingsteam-etter-act-modell-act-team-2014.aspx>

- Helsedirektoratet, (2014c). Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS). IS-2156. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 27 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Herrestad, H. og Biong, S. (2011). Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner: Om håpefull praksis i et ambulant akuttpspsykiatrisk team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(02).
- Heskestad, S., Schjervheim, U. B. og Ruud, T. (2012). Håndbok i forpliktende samhandling om psykisk helse. Romeriksprosjektet (2010-2015). Lastet ned 09.06.2014 fra <http://www.ahus.no/omoss/avdelinger/psykiske-helsevern/forskning-og-utvikling/romeriksprosjektet/Sider/handbok.aspx>
- Huus, G., Storm-Olsen, B. og Herheim, Å. (2008). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for tilrettelagte tilbud. Rapport IS-1554. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem - idealer og realiteter. *Vård i Norden*, 30(2), 14-17.
- Iversen, H. P. og Ødegård, A. (2010). Samarbeid og ledelse i en akutt enhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(02).
- Karlsen, R. K. og Fleiner, R. L. (udat.). Spydspisser for samhandling. Lastet ned 09.06.2014 fra <http://www.napha.no/spydspisser/?device=mobile>
- Karlsson, B. (2008). Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv – et vitenskapelig essay. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2).
- Kaspersen, S. L. og Ose, S. O. (2010). Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlig øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. SINTEF-rapport, A14135.
- Kommunenes Sentralforbund (2005). Myndiggjorte medarbeidere – gir bedre pleie- og omsorgstjenester. Oslo: Kommuneforlaget.
- Konsmo, T. H., I. (2004). Ambulante team i rusomsorg og psykisk helsevern. Rapport nr. 6. Skien: Stiftelsen GRUK.
- Krupa, T., Eastabrook, S., Hern, L., Lee, D., North, R., Percy, K., . . . Wing, G. (2005). How do people who receive assertive community treatment experience this service? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 18.
- Kvale, S. (1997). *InterView*. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvalheim, A., Sørensen, G., Borg, M. og Karlsson, B. (2012). "Du skal ikke trenge å være heldig". Evaluering av Brobyggersamarbeidet i Notodden 2007-2011 – et samarbeidsbasert forskningsprosjekt. Lastet ned 03.05.2014 fra

<http://www.helsedialog.no/helsedialog.no/filestore/EvalueringsrapportBROBYGGEREN-190612.pdf>

Lilleeng, S., Ose, S. O., Bremnes, R., Pedersen P. B. og Hatling, T. (2009). Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007. SINTEF-rapport, A9712.

Lynch, J. M., Askew, D. A., Mitchell, G. K. og Hegarty, K. L. (2012). Beyond symptoms: Defining primary care mental health clinical assessment priorities, content and process. *Social Science & Medicine*, 74(2), 143-149.

Magnusson, A. og Lützén, K. (2009). Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. *Scand J Caring Sci*, 23(1), 140-145. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00600.x

Mandelid, L. J. (2010). Kan aktivt oppsøkende behandlingsteam øke bredden i lokalt basert psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(04).

Maykut, P. og Morehouse, R. (1994). *Beginning Qualitative Research*. London: The Falmer Press.

Michaelsen, R. A., Vatne, S. og Hollingen, A. (2011). Det ble en annerledes plan. Brukeres erfaringer med nettbasert individuell plan i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), s. 217-226.

Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2013). *ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen*. Brumunddal: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.

Ness, O. (2013). *Samhandling: Begreper og praksiser*. Presentasjon, Samhandlingskonferansen, 29. november 2013

Ness, O. (2014). Samarbeid eller samhandling? Er det noen forskjell? Lastet ned 12.05.2014 fra <http://psykiskhelsearbeid.no/content/7467/Samarbeid-eller-samhandling-Er-det-noen-forskjell>

Norges Forskningsråd (2009). Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Divisjon for vitenskap, Norges Forskningsråd.

Norvoll, R. (2013). Framtidige utfordringer for det psykiske helsefeltet og den samfunnsvitenskapelige forskningen. I R. Norvoll (red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 313-322). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Olsen, H. (2003). Kvalitative analyser og kvalitetssikring. Tendenser i engelsksproget og skandinavisk metodelitteratur. *Sociologisk Forskning*, 40(1), 68-103.

Onyett, S. (1996). Multidisciplinary community teams: where is the wreckage? *Journal of Mental Health*, 5(1), 47-56.

Onyett, S. (1998). *Case management in mental health*: Nelson Thornes.

Ose, S. O. (2014). Bidrag til kunnskapsstatus på psykisk helse- og rusfeltet. Sintef Teknologi og samfunn, avd. Helse. Notat til Helsedirektoratet.

Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Lilleeng, S. E. og Kalseth, J. (2010). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport, A14167.

Ose, S. O. og Pettersen, I. (2014). Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV) 20. november 2012. SINTEF Rapport A26086.

Ose, S. O. og Slettebak, R. T. (2014). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF Rapport A25834.

Pedersen, P. B., Sitter, M., og Bremnes, R. (2012). Distriktpsikiatriske tjenester 2011. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre. Rapport IS-2027. Helsedirektoratet.

PricewaterhouseCoopers (2010). I gode og onde dager. Rapport nr. 094020. Kommunenes Sentralforbund FoU.

Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 214-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rambøll Management Consulting (2011). Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011. Oslo: Helsedirektoratet.

Roos, E. (2010). Samhandling: et tilsiktet eller utilsiktet resultat?: hva er årsaken til at utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskrivning og hva kan gjøres? Master of Public Administration, Handelshøjskolen i København.

Rørvik, T. S. (2011). Bærekraftige relasjoner. En kvalitativ studie av tverretattlig samarbeid innen psykisk helse og rus. Masteroppgave i sosiologi ved det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Schjerve, A.-G. (udat.). Samhandlingsteamet I Bærum. En forpliktende samarbeidsmodell mellom Bærum kommune og Bærum DPS. Presentasjon, lastet ned 09.06.2014 fra http://www.napha.no/multimedia/4335/Dag-2_9.30-Skjerve-Samhandlingsteamet-i-Barum--NAPHA-november-2013-22.11.2013.pdf

Schönfelder, W. (2008). Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid: om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner. PhD, Universitetet i Tromsø. Lastet ned 03.04.2014 fra <http://munin.uit.no/handle/10037/1385>

Schönfelder, W. (2013). Legenes posisjon i et tverrfaglig landskap: Samhandlingsreformen i et profesjonsteoretisk perspektiv. I A. Tjora og L. Melby (red.), *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 54-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sosial- og helsedepartementet (1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998. St.prp. nr. 63 (1997-98). Lastet ned 26.06.2014 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>

Sosial- og helsedirektoratet (2008). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak. IS-1554. Oslo: Helsedirektoratet.

SPoR-Vestfold (2014). Psykososial rehabilitering av RoP-Pasienter: Hva er'e vi driver med? SPoR-Vestfold – Samhandling Psykiatri og Rus. Lastet ned 15.05.2014 fra http://www.napha.no/multimedia/4667/rapport_Spor_Vestfold_290114.pdf

Spradley, J. P. (1979). *The Ethnographic Interview*. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich.

Star, S. L., og Strauss, A. (1999). Layers of silence, arenas of voice: The ecology of visible and invisible work. *Computer supported cooperative work (CSCW)*, 8(1-2), 9-30.

Statens helsetilsyn. (2010). Distrikopsykiatriske tenster - likeverdige tilbud? Oslo: Statens helsetilsyn.

Steffensen, S. .E. (2013). "Du skal ikke trenge å være heldig". Lastet ned 09.06.2014 fra <http://psykiskhelsearbeid.no/brobygger/>

Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 111-119.

Ådnanes, M. og Bjørngård, J. H. (2006). Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for vaksne med psykiske lidelser. SINTEF Helse, A230.

Ådnanes, M., Hatling, T. og Grut, L. (2005). Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. SINTEF Helse, STF78A055023.

Ådnanes, M. og Steihaug, S. (2013). Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways – an explorative study. *International Journal of Integrated Care*, 12(jul.-sep.), URN:NBN:NL:UI:10-1-114739.

Ådnanes, M. og Steihaug, S. (upubl.). "You never know what happens next" – young adult mental health service users' experience with continuity and disruption of care. Innsendt (2013) til *International Journal of Integrated Care*.

Åhgren, B. (2003). Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care*, 3.

Vi har studert hvordan fastlege-kommune-spesialisthelsetjenester samarbeider om mennesker med psykiske lidelser i ulike geografiske områder. Vi finner at problemstillinger knyttet til samarbeidet stort sett er de samme alle steder, men at svarene på disse problemstillingene er ulike fordi områdene er ulike. Dette skaper stor variasjon og mangfold i hvordan samarbeidet etableres og driftes. Samarbeidsmodeller om mennesker med psykiske lidelser må utvikles lokalt, i tråd med samarbeidspartenes kompetanse, erfaring, personlige egenskaper og det eksisterende tjenestetilbudet. Likeverd mellom samarbeidsparter, løpende dialog, fleksibilitet, et inkludert brukerperspektiv og gode rammer for fastlegens deltakelse – ser ut til å være de viktigste stikkordene for godt samarbeid.

Mye kan løses med bedre samhandling mellom kommune-fastlege-spesialist, men det er grenser for hva som kan oppnås. Mangel på årsverk og tilgjengelige boligressurser i kommunene gir begrensninger i tjenesteutviklingen og i driften. Bedre samhandling vil ikke dekke disse behovene.



Teknologi og samfunn
Avd. helse
Postboks 4760 Sluppen
7465 Trondheim
www.sintef.no/helse
Twitter: @helseforsk
www.facebook.com/helseforskning