

En oppsummering av kunnskap

Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse

Terje Emil Fredwall



Pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. I denne oppsummeringen rettes blikket mot forløpet for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse.

En oppsummering av kunnskap

Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse

Terje Emil Fredwall



Pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. I denne oppsummeringen rettes blikket mot forløpet for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse.



På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren: omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til ulike emner. Denne oppsummeringen identifiserer og omtaler forsknings- og utviklingsarbeider som omhandler pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Den presenterer også faglige, juridiske og politiske dokumenter som regulerer og legger føringer for emnet.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Dreamstime.com

Tittel på oppsummeringen: Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse

Emne: Pasientforløp

Delemne: Samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse

Forfattere: Terje Emil Fredwall

Institusjon: Senter for omsorgsforskning, sør

Emneredaktør: Terje Emil Fredwall

Kontaktperson: Terje Emil Fredwall

Oppsummering nr 10

Mars 2018

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-084-7

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHold

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| SAMMENDRAG | 7 |
| ABSTRACT IN ENGLISH | 9 |
| 1. INNLEDNING | 11 |
| 1.1 Bakgrunn og sentrale begreper | 11 |
| 1.2 Hensikt og problemstilling | 13 |
| 2. METODE OG MATERIALE | 15 |
| 2.1 Søkestrategi og utvalg | 15 |
| 2.2 Analyse | 17 |
| 2.3 Kvalitetssikring | 17 |
| 3. LOVER, FORSKRIFTER OG SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER | 19 |
| 3.1 Lover | 19 |
| 3.2 Forskrifter | 21 |
| 3.3 Offentlige utredninger, proposisjoner, nasjonale strategier og meldinger til Stortinget | 22 |
| 3.4 Faglige veiledere og nasjonale retningslinjer | 29 |
| 4. FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID | 33 |
| 4.1 Kunnskap om pasientgruppen | 33 |
| 4.2 Kunnskap om samhandling og kontinuitet | 37 |
| 4.3 Kunnskap om arbeidet med lovpålagte planer og avtaler | 44 |
| 4.4 Kunnskap om fastleger og pasientforløpet | 48 |
| 4.5 Kunnskap om relasjonenes betydning for pasientforløpet | 50 |
| 4.6 Kunnskap om bolig som del av pasientforløpet | 54 |
| 4.7 Kunnskap om IKT og pasientforløpet | 57 |
| 4.8 Kunnskap om læringsnettverk for gode pasientforløp | 59 |
| 4.9 Kunnskap om samarbeidsmodeller og støtte- og oppfølgingstiltak | 60 |
| 5. VERKTØY OG RESSURSER | 77 |
| 6. KONKLUSJONER | 79 |
| 7. REFERANSER | 83 |

SAMMENDRAG

Dette er en oppsummering av kunnskap om pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser). Den identifiserer og presenterer relevante faglige, juridiske og politiske dokumenter som regulerer og legger føringer for pasientforløp for denne pasientgruppen, og den inkluderer forsknings- og utviklingspublikasjoner som er utgitt i perioden 2008–2017, har empiri fra en norsk kontekst og er skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk. Internasjonale kunnskapsoppsummeringer og nordiske studier er imidlertid tatt med hvis de er vurdert å ha særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst.

De inkluderte forsknings- og utviklingsarbeidene viser at mange voksne med ROP-lidelser har store utfordringer knyttet til levekår og helse. Pasientgruppen er særlig utsatt ved mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. Både litteraturen og nasjonale retningslinjer peker på viktigheten av integrerte, fleksible tjenester der pasientene får behandling av begge lidelser samtidig og av samme helsepersonell. Her er det imidlertid ifølge litteraturen betydelig fare for svikt. Det blir også vektlagt at det er utfordrende å gi behandling til denne pasientgruppen. Mange har problemer med å nyttiggjøre seg av det eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbudet i kommunen, og en vellykket behandling krever ofte samhandling med andre instanser utenfor selve behandlingsapparatet.

I oppsummeringen beskrives muligheter og utfordringer knyttet til ulike tilnærminger og perspektiv mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, lovpålagte planer og avtaler, bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi og fastlegenes rolle i møte med pasienter med ROP-lidelser. Det pekes på relasjonenes betydning for pasientforløpet, på utfordringer knyttet til å skaffe et tilpasset og stabilt boligtilbud, og på hvordan manglende bolig eller inadekvate botilbud kan reversere en god behandlings- og bedringsprosess.

Norske myndigheter har de siste årene gitt tilskudd til å utvikle og etablere organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. De har også gitt midler til en rekke støtte- og oppfølgingstiltak knyttet til bolig og arbeid, og det er etablert læringsnettverk for å utvikle helhetlige pasientforløp i kommunene. I oppsummeringen er det inkludert erfaringer og forskning fra ett læringsnettverk og tolv modeller og tiltak. Oppsummeringen synliggjør at det finnes en rekke gode erfaringer med vellykket samarbeid og velfungerende tiltak i kommunene. Det ser samtidig ut til at geografi, antall innbyggere og hvordan de lokale tjenestene er bygd opp, har betydning for hvilke modeller og tiltak som kan være hensiktsmessig for den enkelte kommune.

ABSTRACT IN ENGLISH

This is a current state of knowledge on patient pathways for adults with concurrent substance use and mental health disorders. The summary identifies and presents relevant professional, legal and political documents which regulate and define the course of patient pathways for this patient group, and it includes research and development publications published between 2008 and 2017, written in a Scandinavian language or English, with empirical results from Norway. However, international reviews and Nordic studies have been included where their conclusions are of special value or relevance for the Norwegian context.

The research and development studies included in the summary show that many adults with concurrent substance use and mental health disorders face major challenges with respect to living and health conditions. The patient group is especially vulnerable when confronted with lack of continuity and coordination in service provision. Both the literature and national guidelines indicate the importance of integrated, flexible services where patients are treated for both disorders concurrently and by the same health personnel. However, according to the literature, it is at this point that there is a significant risk of failure. Further, it is emphasised that providing this patient group with treatment is generally challenging. Many patients find it difficult to make use of the existing treatment and follow-up services in the municipality, and successful treatment is often contingent on cooperation and coordination with other agencies outside of the treatment organisation itself.

The summary outlines both the potential benefits and challenges associated with different approaches and perspectives found in the municipalities and the specialist health service. It describes statutory plans and agreements, the use of information and communications technology, and the GP's role in the care of people with concurrent substance use and mental health disorders. It highlights the importance of personal relationships for the patient pathway, the challenges related to procuring adapted and stable housing provision and how the lack of housing or inadequate housing provision can undo a positive treatment and recovery process.

Over the last few years, Norwegian authorities have subsidised the development and establishment of organisational collaboration models that are binding on the municipalities and the specialist health service. Funding has been given to various support and follow-up measures to support housing provision and work. And learning networks have been established to develop good patient pathways within the municipalities. The summary includes experiences, reflections and research from a learning network and twelve models and measures. It makes it clear that there are a series of positive experiences with successful collaboration and well-working measures in the municipalities. At the same time, geography, the number of residents and the structure of local services all help shape which models and measures might be appropriate for each municipality.

1. INNLEDNING

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter på nett for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren: omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeid knyttet til ulike emner.

Dette er en oppsummering av kunnskap om pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Den presenterer faglige, juridiske og politiske dokumenter som regulerer og legger føringer for pasientforløp for denne pasientgruppen, og den identifiserer, omtaler og oppsummerer forsknings- og utviklingsarbeid som er utgitt i perioden 2008–2017, i hovedsak har empiri fra en norsk kontekst og er skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk. Internasjonale kunnskapsoppsummeringer og nordiske studier er imidlertid tatt med hvis de er vurdert å ha særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst. Oppsummeringen omfatter både forløp innad i kommunen og overganger mellom nivåene i helsetjenesten.

1.1 BAKGRUNN OG SENTRALE BEGREPER

Primærhelsetjenesten (også kalt førstelinjetjenesten) er den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene. Den består av institusjoner som sykehjem og bo- og servicecentre, hjemmebaserte omsorgstjenester og av helsepersonell som sykepleiere, helsefagarbeidere, allmennpraktiserende leger, helsesøstre, ergoterapeuter, vernepleiere og fysioterapeuter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Spesialisthelsetjenesten (også kalt andrelinjetjenesten) omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB), prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Pasienter med tilstander som krever spesialisert behandling, blir henvist fra primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a).

Både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å tilby tjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Helse- og omsorgstjenesteloven presiserer kommunenes plikter og oppgaver overfor alle pasient- og brukergrupper, og den tydeliggjør det overordnede ansvaret som disse har for å gi nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det kommunale arbeidet omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Det lokalbaserte psykiske helsearbeidet for voksne i spesialisthelsetjenesten utføres først og fremst ved og ut fra de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS), mens TSB kan tilbys som døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester (Helsedirektoratet, 2014a, 2017a).

PASIENTFORLØP

Et pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 15). Tidslinjen i et pasientforløp går fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem eller en ny henvendelse om et tidligere overstått helseproblem og til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet (Helsedirektoratet, 2017b). Begrepet inkluderer både forløp for pasienter innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Et helhetlig pasientforløp kjennetegnes ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2011a) av at deltjenestene er satt sammen og koordinert slik at de møter pasientens behov på en hensiktsmessig måte – uansett hvem som har ansvar for de enkelte deltjenestene.

1. januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft, en reform som i særlig grad retter oppmerksomheten mot samhandlingen mellom og innad i ulike nivåer av helsetjenesten. Samhandling forstås her 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» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13). Et viktig mål med reformen var å gi pasientene helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

For å få til bedre samhandling var ett av tiltakene i samhandlingsreformen å standardisere pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene og å styrke den videre oppfølgingen av pasientene i kommunen etter utskriving fra sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Et standardisert pasientforløp beskrives av Helsedirektoratet (2013, s. 13) som «en modell for en koordinert, tverrfaglig behandlingsprosess med et avklart start- og endepunkt for en definert pasientgruppe, basert på en normativ beskrivelse av mål og tiltak». Forløpet skal ifølge direktoratet fremme samhandling, pasientsikkerhet og pasienttilfredshet, være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis, sikre effektiv ressursutnyttelse og gi målbare resultater.¹

SAMTIDIG RUSMIDDELLIDELSE OG PSYKISK LIDELSE

Innenfor medisin og helsefag har gjerne begreper som *komorbiditet* eller *dobbeltdiagnose* vært brukt i omtalen av personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. *Komorbiditet* er en generell betegnelse på samtidig tilstedeværelse av to eller flere lidelser, mens *dobbeltdiagnose* ofte blir brukt om kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og rusmiddellidelse (National Library of Medicine, 2017a, b). Ifølge Helsedirektoratet (2012a) er imidlertid både *komorbiditet* og *dobbeltdiagnose* upresise termer siden de ikke tydeliggjør hvilke sykdommer som blir omtalt. I den nasjonale, faglige retningslinjen brukes derfor i stedet «rus- og psykisk lidelse» som en samlebetegnelse for samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012a). Dette knyttes dels til personer med *alvorlig* psykisk lidelse kombinert med rusmiddellidelse og dels til personer med *mindre* alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddellidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt.

¹ Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Arbeidet vil bygge på erfaringer fra prosessen rundt Pakkeforløp for kreft, der pakkeforløpet blir forstått som nasjonale, standardiserte pasientforløp som omfatter hele forløpet fra henvisning til spesialisthelsetjenesten til oppfølging og kontroller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Dette skal ifølge Helsedirektoratet blant annet bidra til økt brukermidvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp og redusere unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2017c). De første pakkeforløpene har oppstart i 2018.

I denne oppsummeringen vil det veksles mellom betegnelse «samtidig rus- og psykisk lidelse» og «samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse». Begge betegnelse er etablerte og blir gjerne forkortet som ROP-lidelser, men i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet (2016a, s. 96–97) er det likevel i hovedsak betegnelsen «samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse» som vil bli brukt i omtalen og presentasjonen av de identifiserte dokumentene.² På den måten blir det også etablert et skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Mens *psykiske lidelser* brukes når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt, betegner *psykiske plager* tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser (Folkehelseinstituttet, 2015; Helsedirektoratet, 2017d).³

I denne oppsummeringen vil rusmiddelmisbruk analytisk forstås som en samlebetegnelse på skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet (Folkehelseinstituttet, 2014). Skadelig bruk, som av Folkehelseinstituttet anvendes som synonym til misbruk, innebærer bruk av rusmidler i et mønster som gir fysisk eller psykisk helseskade. Rusmiddelavhengighet kjennetegnes vanligvis av at personen har et sterkt ønske om å ta rusmiddelet, at han eller hun har vansker med å kontrollere bruken av det og at stoffbruken får prioritet fremfor andre aktiviteter og forpliktelser. Det er også toleranseutvikling (tilvenning og behov for økende doser) og av og til avvenningssymptomer (abstinenser) knyttet til rusmiddelavhengighet (Folkehelseinstituttet, 2014). I den nasjonale retningslinjen påpekes det at rusmiddelproblemer kan beskrives etter symptomenes art, grad og varighet (Helsedirektoratet, 2012a). Samtidig vektlegges det at avhengighet ikke er et absolutt begrep og at det kan være uklare grenser mellom skadelig bruk og avhengighetsyndrom. I retningslinjen brukes ruslidelse, slik det også gjøres av Folkehelseinstituttet, som samlebetegnelse for både avhengighet, skadelig bruk og misbruk.

1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

Hensikten med denne oppsummeringen er å identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Den kan leses som et svar på følgende problemstillinger:

1. Hvilke faglige, juridiske og politiske dokumenter regulerer og legger føringer for pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse?
2. Hvilke utfordringer med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse?
3. Hvilke tiltak med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er utprøvd og beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse?
4. Hvilke erfaringer med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er gjort og beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse?

²For en diskusjon av begrepene «rusmisbruk», «skadelig bruk» og «avhengighet», se: Skretting og Storvoll (2011); Mørland og Waal (2016). Se også anbefalinger fra Helsedirektoratet (2016a) for en mer ensartet bruk av begreper i rusfeltet og i offentlige dokumenter.

³Det finnes to internasjonale diagnose-systemer: International Classification of Diseases (ICD), som er koordinert av Verdens helseorganisasjon (2017), og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), som er utarbeidet av American Psychiatric Association (2013). De nåværende versjoner er ICD-10 og DSM-5.

Den første problemstillingen vil bli besvart i kapittel 3, mens de resterende tre vil bli besvart i kapittel 4.

Oppsummeringen er først og fremst skrevet for ansatte og ledere i kommunehelse-tjenesten, men den er også utarbeidet med tanke på å være til nytte for spesialisthelse-tjenesten, brukerorganisasjoner, pårørende, studenter, undervisere, forskere, politikere og andre med interesse for fagfeltet.

2. METODE OG MATERIALE

Metodisk ligger arbeidet med denne oppsummeringen tett opp til det som gjerne omtales som *scoping review* (Arksey & O'Malley, 2005; Daudt, van Mossel & Scott, 2013; Pham m.fl., 2014; Førland & Skumsnes, 2017). *Scoping review* skiller seg fra systematiske oversikter («systematic reviews») på flere sentrale punkter: Til forskjell fra systematiske oversikter legger denne tilnærmingen opp til å bruke åpnere problemstillinger. Det inkluderes litteratur med flere typer studiedesign og metoder, og det er større åpenhet for å utvikle inklusjonskriterier underveis i arbeidet. Vanligvis blir heller ikke de identifiserte studienes vitenskapelige kvalitet evaluert og rangert opp mot et gitt evidenshierarki.⁴ I stedet legges det vekt på å skape en vid oversikt over emner og å beskrive kjerneelementer fra de inkluderte arbeidene. Slik fremstår *scoping review* som en fruktbar og egnet metodisk tilnærming til kunnskapsoppsummeringer som denne (se også Førland og Skumsnes (2017), som har gjennomført en oppsummering av kunnskap som i form og hensikt likner betydelig).

2.1 SØKESTRATEGI OG UTVALG

Til grunn for utvelgelsen av publikasjoner ligger de beskrivelser og definisjoner av forsknings- og utviklingsarbeid som er gitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (2015). Forskning knyttes her både til grunnforskning og anvendt forskning.⁵ Det er samtidig en forventning om at forskning resulterer i en vitenskapelig publikasjon, der fire kriterier må være oppfylt for å kunne omtales som vitenskapelig: (1) den må presentere ny innsikt; (2) den må være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning; (3) den må være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den; (4) den må være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie bokutgivelser, nettsted) med rutiner for fagfelleevaluering. I denne oppsummeringen er det vitenskapelige publikasjoner som oppfyller disse kriteriene, som vil bli identifisert og presentert som forskning.

Med utviklingsarbeid menes en systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye

⁴Med evidenshierarki refereres det til at ulike studier med ulike forskningsdesign blir rangert etter hvilken grad av evidens de bidrar til. Til grunn for dette ligger det en forestilling om at bestemte forskningsdesign gir mer troverdige resultater enn andre design hvis de gjennomføres på en optimal måte (Rieper & Hansen, 2007). Det finnes ulike varianter av rangordningen, men et fellestrekk er at såkalte randomiserte kontrollerte forsøk (ofte forkortet RCT) plasseres øverst i hierarkiet. Lenger nede i hierarkiet kommer andre forskningsdesign, som for eksempel forløpsundersøkelser, og enda lenger ned plasseres vanligvis casestudier. Ifølge Rieper og Hansen (2007) er den mest utbredte rangordningen inspirert av epidemiologen David L. Sackett, som plasserer systematiske oversikter av RCT på topp i hierarkiet, mens enkeltstående casekontrollstudier, caseserier, kohortstudier, ekspertvurderinger og kvalitative design plasseres nederst. For en nærmere drøfting og diskusjon i en nordisk kontekst, se Rieper og Hansen (2007); Terum og Grimen (2009); Fossetøl (2013).

⁵Mens grunnforskning er en eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlag for fenomener og observerbare fakta – uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk, er anvendt forskning også virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, 2015).

eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester. I oppsummeringen er også masteroppgaver definert som utviklingsarbeid.

Oppsummeringens problemstillinger har vært styrende for utvelgelsen av forsknings- og utviklingsarbeider. Som inklusjonskriterier satte jeg at materialet skulle være publisert i 2008 eller senere på et skandinavisk språk eller engelsk, omhandle pasientforløp i kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller overgang mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og ha relevans for omsorgstjenesten i kommunen. Internasjonale kunnskapsoppsummeringer og nordiske studier er imidlertid tatt med hvis de er vurdert å ha særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst.

Som eksklusjonskriterier ble det angitt at materialet ikke skulle være publisert før 2008, være publisert på et annet språk enn norsk, dansk, svensk eller engelsk eller omhandle andre brukergrupper enn personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse – så sant det ikke blir vurdert å ha særlig overførbarhet og relevans for temaet. Jeg valgte også å avgrense oppsummeringen mot personer som er fengslet (varetektsinnsatte og domfelte) og barn eller unge under 18 år. Dette er gjort dels for at gjennomgangen ikke skal bli for omfattende, og dels for at dette er grupper med særegne behov og tjenestetilbud.⁶

I arbeidet med å finne forsknings- og utviklingsprosjekter brukte jeg både systematiske og usystematiske søkestrategier.

Jeg søkte systematisk i relevante elektroniske databaser (Svemed+, Ovid Medline, PsycInfo, Cinahl og Cochrane Library) og søkemotorer (Oria). Søkeordene ble valgt utfra oppsummeringens hensikt og problemsstillinger. For å finne synonymer ble det søkt etter MeSH-termer i SweMed+, Ovid Medline og PsycInfo. Jeg brukte også ordbøker på norsk og engelsk for å finne relevante dagligdagse søkeord og synonymer. Det ble deretter gjennomført kombinasjonssøk på emneord, tittel, sammendrag og nøkkelord i Ovid Medline, Cinahl, PsycInfo og Cochrane Library, før jeg gjorde kombinerte søk på tittel og emneord i Oria. I Oria og Svemed+ søkte jeg med både norske og engelske søkeord, mens det kun er søkt med engelske termer i Ovid Medline, PsycInfo, Cinahl og Cochrane Library.

Følgende hovedsøkeord har vært brukt – enten alene eller i kombinasjon: behandlingslinje*, bolig*, «care pathways», «care trajectory», «clinical pathways», «continuity of patient care», «cooperative behavior», «critical pathways», «diagnosis, dual», housing, «interinstitutional relations», «intersectoral collaboration», «mental disorders», «mental health services», overgang*, pasientforløp*, «patient care pathways», «patient discharge», «patient pathways», «patient transfer», «patient trajectories», rop*, «substance-related disorders», utskriv*.

De innledende søkene ble avsluttet 28. april 2017, men jeg gjorde nye og supplerende søk en drøy måned før ferdigstillingen av oppsummeringen for å fange opp eventuell ny litteratur. Disse søkene ble avsluttet 2. januar 2018.

Det ble videre identifisert publikasjoner gjennom søk i elektroniske eller trykte referanselister, gjennom kontakt med forskere og andre fagpersoner med erfaring fra feltet, gjennom søk i Google og ved å gjennomgå aktuelle organisasjoners nettsider. Disse komplementære søkestrategiene har ikke minst vært viktige for å identifisere såkalt *grå litteratur*: materiale som verken er utgitt på forlag eller i et tidsskrift, og som vanligvis ikke kan kjøpes gjennom elektroniske nettbutikker eller fysiske bokhandlere (Språktidningen, 2016). Eksempler på slik grå litteratur som har vært viktig for å besvare problemstillingene i denne oppsummeringen, er rapporter og offentliggjorte arbeidsnotater.

⁶ Helsetilsynet (2016a) gjør samme avgrensning og argumenterer på liknende måte i sin oppstilling av hvilke temaer og problemstillinger som skal undersøkes i tilsynet av tjenestetilbudet til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse i 2017 og 2018.

Alle publikasjoner som ble funnet gjennom slike systematiske og usystematiske litteratursøk, ble deretter gjennomgått. Jeg gjorde utvelgelsen ved først å vurdere relevans ut fra dokumentets tittel. Sammen draget ble deretter lest, og hvis jeg fortsatt oppfattet innholdet som relevant, ble hele dokumentet vurdert opp mot inklusjonskriterier i oppsummeringen og omsorgsbibliotekets rutiner for kvalitetssikring (Senter for omsorgsforskning, 2016). Øvrig materiale, som ikke faller inn under definisjonene av forskning eller utviklingsarbeid, er inkludert i oppsummeringen ut ifra en vurdering av relevans for emnet.

2.2 ANALYSE

I arbeidet med å hente ut relevant data, få oversikt over innholdet i publikasjonene og se tendenser og mønstre brukte jeg et dataekstraksjonsskjema med overskriftene: forfatter, år, tittel, dokumenttype og nivå (forsknings- eller utviklingsarbeid); hensikt og metode; resultater og erfaringer. Det utfylte dataekstraksjonsskjemaet var deretter utgangspunkt for den første, innledende organiseringen av datamaterialet, men denne grupperingen ble både justert og endret etter hvert som jeg leste publikasjonene i helhet eller fant frem til nye artikler og rapporter; nye områder kom til, andre ble slått sammen eller gitt endrede navn. Til slutt ble alle områdene samlet og skrevet inn under følgende ni tematiske overskrifter: (1) kunnskap om pasientgruppen; (2) kunnskap om samhandling og kontinuitet; (3) kunnskap om arbeidet med lovpålagte planer og avtaler; (4) kunnskap om fastleger og pasientforløpet; (5) kunnskap om relasjonenes betydning for pasientforløpet; (6) kunnskap om bolig som del av pasientforløpet; (7) kunnskap om IKT og pasientforløpet; (8) kunnskap om læringsnettverk for gode pasientforløp; (9) kunnskap om samarbeidsmodeller, støttetiltak og oppfølgingsprosjekt.

Siden presentasjonen er strukturert rundt tema, vil det ikke bli skilt mellom forsknings- og utviklingsarbeider i omtalen av de enkelte publikasjoner. Dette skillet er imidlertid gjort i referanselisten, der forskningsarbeider er merket med (F), utviklingsarbeider med (U) og andre publikasjoner med (A).

2.3 KVALITETSSIKRING

Oppsummeringen er kommentert av en ekspertgruppe som i alfabetisk rekkefølge har bestått av kommuneoverlege / postdoktor Eirik Abildsnes (Kristiansand kommune / Universitetet i Bergen), førsteamanuensis Heidi Haukelien (Senter for omsorgsforskning, sør), doktorgradsstipendiat Elin Rogn Nilsen (Universitetet i Agder), enhetsleder Frode Nordhelle (Avdeling rus og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus) og førsteamanuensis Toril Borch Terkelsen (Universitetet i Agder),

Førstelektor Per Gunnar Disch (Senter for omsorgsforskning, sør / Helse- og omsorgsdepartementet) har kommentert kapitlet som omhandler lover, forskrifter og sentrale dokumenter, mens faglig leder ved Senter for omsorgsforskning, sør, professor Bjørg Dale, har kommentert hele teksten.

Førsteamanuensis Bodil Hansen Blix (Senter for omsorgsforskning, nord) har fagfellevurdert oppsummeringen, før Omsorgsbibliotekets hovedredaktør, førsteamanuensis Astrid Gramstad (Senter for omsorgsforskning, nord), vurderte og godkjente den for endelig publisering.

3. LOVER, FORSKRIFTER OG SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER

I dette kapittelet vil det bli gitt en oversikt over et utvalg juridiske, politiske og faglige dokumenter som regulerer og har lagt føringer for emnet pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Dette skjer gjennom å identifisere og presentere relevante lover, forskrifter og offentlige dokumenter (utredninger, proposisjoner, nasjonale strategier og meldinger til Stortinget), faglige veiledere og nasjonale retningslinjer.⁷ Slik kan den følgende gjennomgangen også bli lest som en inngang til å belyse og forstå de kunnskapsområder, prioriteringer og utfordringer som vil bli vektlagt og analysert i neste kapittel. Lover og forskrifter er presentert alfabetisk, mens offentlige dokumenter, veiledere og retningslinjer er organisert kronologisk.

3.1 LOVER

Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)

Etter § 8 skal virksomheter som yter helsehjelp, sørge for å ha behandlingsrettete helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt. Slike helseregistre skal ifølge § 7 understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være enkle å bruke og finne frem i. Behandlingen av helseopplysninger skal sørge for at relevante og nødvendige opplysninger om brukere og pasienter blir tilgjengelige for helsepersonell på en rask og effektiv måte, samtidig som den skal sikre pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning (§ 1).

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Loven gjelder for undersøkelse og behandling i det psykiske helsevernet og for forutgående undersøkelse med sikte på etablering av tvungent psykisk helsevern. I kapittel 1 fremgår det at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet. Den skal også så langt som mulig være i overensstemmelse med

⁷I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven presiseres det at anbefalinger som er gitt i nasjonale faglige retningslinjer, ikke er rettslig bindende. I stedet er de normerende og retningsgivende ved å peke på hva som er god faglig praksis og anbefalte handlingsvalg. Hvis det blir valgt en annen praksis enn det som foreslås i retningslinjer eller veiledere, bør denne da være basert på en konkret og begrunnet vurdering, heter det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

pasientens behov, pasientens selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet. I § 3-2 angis vilkår for vedtak om tvungen observasjon, mens § 3-3 lister opp vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern. § 4-1 pålegger institusjonen å utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Det skal også inngås samarbeid med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

I lovens § 35 blir helseforetakene pålagt å etablere systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Foretakene skal ifølge § 41 samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme formålet med foretaket eller det er pålagt eller forutsatt i lovgivingen. Foretakene skal også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgavene og målsettingene de skal ivareta.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Formålet med loven er blant annet å sikre at det foregår samhandling, at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov (§ 1-1). I loven tydeliggjøres kommunenes helhetlige ansvar. I § 4-1 heter det at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at pasienten eller brukeren får «et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud». I § 6-1 beskrives plikten til å inngå samarbeidsavtale med regionale helseforetak i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. § 6-2 lister minimumskravene til avtalens innhold. Kommunen blir i § 3-2 gitt ansvaret for at innbyggere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser, får utredning, diagnostisering og behandling. I § 3-4 fremgår det at kommunene har plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven. I § 3-5 omtales kommunenes ansvar for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Loven pålegger videre kommunene å utarbeide individuell plan til (§ 7-1) og tilby koordinator for (§ 7-2) pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Ifølge § 3-7 har kommunene plikt til å medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. I kapittel 10 angis hjemler for å bruke tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

En pasient defineres etter § 1-3 som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. En bruker forstås som en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp (i betydningen: handlinger som er utført av helsepersonell og som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål). Etter § 3-1 har pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal også, så langt som det er mulig, utformes i samarbeid med pasient og bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud.

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)

Formålet med loven er blant annet å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet (§ 1). Etter § 15 skal kommunene medvirke

til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta interessene sine på boligmarkedet. De er ifølge § 27 også forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv. Kommunene blir dessuten pålagt å gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer (§ 17). Hvis en kommune ikke selv kan gi slik hjelp, skal den så langt det er mulig, sørge for at andre gjør det.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

I loven fremgår det at de regionale helseforetakene har plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid og å inngå samarbeidsavtaler med kommunene (§ 2-1e). I § 2-6 presiseres det at helseforetakene skal inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivingsklare pasienter. De skal også, om pasienten ønsker det, sende varsel til kommunen ved utskriving (§ 3-15). En slik utskriving skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter. Helseforetaket skal varsle kommunen så snart som mulig når det ser ut at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen (§ 2-5). Helseforetaket skal også oppnevne koordinator for den samme gruppen pasienter som kommunen skal tilby koordinator til (§ 2-5a).

3.2 FORSKRIFTER

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til (§ 1). Kommunene har ifølge § 8 ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegene og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen skal etter § 14 ha ansvaret for å tilrettelegge allmennlegetilbudet ved utskriving. Ved behov for tilrettelegging etter utskriving gis institusjonen videre en plikt til å orientere fastlegen før utskriving skjer. I henhold til § 19 skal fastlegen ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, blir tilbudt og ytt tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse (§ 1). Det er også et formål å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient/bruker, mellom tjenesteytere og eventuelle pårørende og mellom tjenesteytere og etater innen eller på tvers av et forvaltningsnivå. Forskriften skal dessuten sikre at tjenestene tilbys og ytes samordnet, tverrfaglig og planmessig, ut fra et pasient- og brukerperspektiv, i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø og i det pasienten og brukeren opplever er en meningsfylt sammenheng. Kapittel 3 regulerer habilitering og rehabilitering i kommunen (§§ 5-9), kapittel 4 regulerer habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (§§ 10-15), mens kapittel 5 regulerer individuell plan og koordinator (§§ 16-23).

Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter

Ifølge § 1 skal forskriften blant annet bidra til å skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. I henhold til § 7 skal helsepersonellet på sykehuset, når en pasient legges inn, gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskriving fra sykehuset. I § 9 angis vilkår for når en pasient er utskrivingsklar.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, får ivarettatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§ 1). Ifølge § 3 skal kommunene etablere prosedyrer som blant annet skal søke å sikre at den enkelte pasient og bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid og i henhold til individuell plan (når slik finnes). De skal også sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.

Forskrift om pasientjournal

Forskriften gir nærmere regler om dokumentasjonsplikten til helsepersonell i pasientjournalen (§ 1). I § 9 presiseres det at ved utskriving fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes til det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. § 8 lister opp krav til innholdet i journalen.

3.3 OFFENTLIGE UTREDNINGER, PROPOSISJONER, NASJONALE STRATEGIER OG MELDINGER TIL STORTINGET

St.meld.nr. 69 (1991–92). Tiltak for rusmiddelmissbrukere

Denne meldingen vektla sterkt behovet for et nærmere samarbeid mellom omsorgen for personer med rusmiddelmissbruk og den psykiatriske helsetjenesten (Sosialdepartementet, 1992). Det ble påpekt at personer som misbrukte rusmidler og samtidig hadde psykiske lidelser ofte falt utenfor det tradisjonelle hjelpeapparatet. For å bedre hjelpetilbudet ble det lagt opp til å tilrettelegge for at den psykiatriske helsetjenesten kunne få mer kunnskap om rusmiddelproblemer og at tiltaksapparatet for rusmiddelmissbruk kunne få økt psykiatrisk kompetanse. Det ble også tatt til orde for at det psykiske helsevernet skulle få økt ansvar for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykiske lidelser. For Stortingets behandling av meldingen, se Sosialkomiteen (1993).

St.meld. nr. 25 (1996–97). Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

Meldingen la opp til å presentere en helhetlig politikk der alle sidene ved tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser ble belyst (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Det ble påpekt at behandlingsskjeden hadde brister i alle ledd. Det forebyggende arbeidet var for svakt, tilbudene i kommunene var for få, tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester var for dårlig, opphold i institusjon ble ofte for kortvarige, utskriving var mangelfullt planlagt, og oppfølgingen var ikke god nok. Det ble også påpekt at pasientene ikke fikk den hjelpen de hadde behov for, at personellet følte at de ikke fikk gjort en god nok jobb, og at myndighetene ikke maktet å gi befolkningen et fullverdig tilbud. I meldingen, som presenterte en rekke tiltak, ble det understreket at det måtte stilles høyere krav til dem som var ansvarlige for tjenestene, og som utførte dem. Målet var å kunne tilby tjenester som var tilpasset brukernes behov. Det ble også løftet frem en tydelig intensjon om å endre holdninger slik at psykiske lidelser på sikt skulle bli like akseptert som somatisk sykdom blant folk flest og i fagmiljøene. For Stortingets behandling av meldingen, se Sosialkomiteen (1997).

St.prp. nr. 63 (1997–98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006

På bakgrunn av Stortingets behandling av stortingsmeldingen «Åpenhet og helhet», omtalt i avsnittet over, ble det utarbeidet en opptrappingsplan for psykisk helse (Sosial- og

helsedepartementet, 1998). Planen la opp til å styrke alle ledd i tiltakskjeden, der målet var å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk. Brukerperspektivet ble løftet frem som sentralt, og det ble uttrykt behov for samtidighet i tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser – et arbeid som måtte skje på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. Omstrukturering og styrking av det psykiske helsevernet for voksne, blant annet gjennom utbygging av DPS, var ett av hovedsatsingsområdene i planen. Andre sentrale områder var styrking av tilbudet i kommunene, styrking av brukerrettete tiltak og informasjon om psykiske lidelser og satsing på sysselsettingstiltak slik at flere kunne komme i arbeid. Det ble også foreslått å opprette fem regionale institusjonstilbud til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. For Stortingets behandling av planen, se Sosialkomiteen (1998).

Ot.prp. nr. 3 (2002–2003). Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for rusmiddelmisbrukere

I denne proposisjonen, også omtalt som Rusreform I, ble det foreslått at staten ved de regionale helseforetakene skulle overta ansvaret for spesialisthelsetjenester for personer med rusmiddellidelse (Sosialdepartementet, 2002). Dette innebar at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for avrusing etter henvisning som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging, helsefaglig utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov, og spesialisert behandling, poliklinisk eller i institusjon. For Stortingets behandling av proposisjonen, se Sosialkomiteen (2002).

Ot.prp. nr. 54 (2002–2003). Rusreform II og rett til individuell plan

Forslagene i denne proposisjonen, også omtalt som Rusreform II, fullførte den omorganiseringen av rusfeltet som ble omtalt i avsnittet over (Sosialdepartementet, 2003). Omorganiseringen la opp til å samle ansvaret for tiltak for personer med rusmiddellidelse, med unntak av spesialiserte helsetjenester, i kommunene. Slik skulle kommunene lettere kunne planlegge helhetlige tiltakskjeder til beste for brukerne. Dette innebar blant annet at alle skulle få individuelt tilpassete tiltak, og at alle tiltak skulle henge sammen. Slik ble det lagt opp til å unngå flaskehals og forebygge tilbakefall. Et viktig prinsipp i denne reformen var å gi kommunene et helhetlig ansvar for den enkelte som behøvde hjelp med rusmiddelproblemer. Det ble påpekt at ingen andre enn kommunene kunne ta et slikt helhetsansvar, der individuelle planer ble løftet frem som et konkret virkemiddel for å følge opp helhetsansvaret. I proposisjonen ble det derfor foreslått å lovfeste retten til individuell plan i sosialtjenesteloven. For Stortingets behandling av proposisjonen, se Sosialkomiteen (2003).

NOU 2004: 18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

Utvalget foreslo en harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivingen, blant annet for å sikre helhetlige tilbud til pasienter med sammensatte behov og for å bedre kommunenes mulighet til å gjennomføre dette. I utredningen ble det også foreslått en felles lovgiving kombinert med et felles system for faglig tilsyn og kontroll.

NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste

Utvalget påpekte at samhandlingen sviktet i overgangen mellom tjenestene, noe som gjaldt både på individnivå og systemnivå og for alle typer pasienter. De viste også til at utfordringene var særlig store for pasienter med langvarig behov for tjenester fra flere nivåer, der verken spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten kunne dekke pasientens behov alene.

St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer
I denne meldingen ble det presentert en strategi for å møte utfordringer knyttet til pleie- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Ifølge meldingen vil fremtidens omsorgsutfordringer først og fremst være knyttet til nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk oppfølging og aktiv omsorg. For å møte disse utfordringene ble det lansert fem langsiktige strategier og en omsorgsplan med konkrete tiltak frem til 2015. Ett av de viktigste innsatsområdene var bedre samhandling og medisinsk oppfølging (særlig omtalt i kapittel 2.5.3, 3.3 og 9). Oppmerksomheten ble her rettet mot blant annet god samhandling i forbindelse med utskriving fra sykehus og pasientenes opplevelse av trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. For Stortingets behandling av meldingen, se Helse- og omsorgskomiteen (2007).

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007–2012

Arbeid er viktig for menneskers psykiske helse, men mange med psykiske problemer står utenfor arbeidslivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). I denne strategien ble det lagt vekt på å bygge bro mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsesektoren. Det ble påpekt at mennesker med psykiske lidelser i størst mulig grad skal få bruke sine ressurser i arbeidslivet – så sant de selv ønsker og kan. Og det ble betont at tjenester og tiltak skal legge til rette for dette. Brukerne, het det i planen, skal kunne få tilbud om parallelle offentlige tjenester, noe som for eksempel kunne skje gjennom å tilby behandlingstilbud parallelt med øvrige tilbud fra NAV. Det skulle satses på blant annet personlig oppfølging, kompetanseheving og andre arbeidsrettete tiltak. Det skulle ansettes egne personer som veilednings- og oppfølgingsloser i arbeids- og velferdsetaten. Det ble fremhevet at bruken av individuell plan og brukermedvirkning skulle styrkes, og det ble lagt opp til at arbeidsplassen i større grad enn før skulle fungere som arena for arbeidsrettet innsats.

Opptrappingsplan for rusfeltet 2007–2012

Opptrappingsplanen var et samarbeid mellom åtte departementer, og den hadde 147 konkrete tiltak for å styrke og møte utfordringene på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b). Det ble her lagt særlig vekt på å styrke det rusforebyggende arbeidet, gi økt innflytelse til brukerne og pårørende og ivareta barn og søsken av rusmiddelavhengige på en bedre måte. Ett av delmålene i opptrappingsplanen var å bedre samhandlingen og kontinuiteten i tjenestene, der behovet for å sette inn tiltak samtidig eller rett etter hverandre for personer med rusmiddelproblemer løftes frem. Det ble også lagt opp til å styrke arbeidet med individuell plan.

Samspill 2.0: Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013

Strategien, som trakk opp helse-IKT-politikken i Norge, var førende for sektorens bruk av IKT i perioden 2008–2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008a). Visjonen om helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid lå til grunn for dokumentet, som markerte starten på et nasjonalt løft for å knytte fastleger, kommunale pleie- og omsorgstjenester og sykehus elektronisk sammen gjennom Norsk helsenett.

St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Denne meldingen fremhevet betydningen av å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud og å gi pasientene helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tjenestene skulle ha klare mål, og de skulle evalueres

og forbedres med vekt på sammenhengende pasientforløp. Gode pasientforløp, ble det påpekt, kjennetegnes ved at kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene, er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov. Samtidig betones det at hva som er gode pasientforløp, vil avhenge av status og utvikling av teknologi og metoder innenfor medisin og helsefag. Det vektlegges videre at helhetlige pasientforløp i større grad bør bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten, og det påpekes at psykisk sykdom, rus og pasienter med sammensatte lidelser viser kompleksiteten på områder der samhandlingsbehovet kan strekke seg ut over helse- og omsorgssektoren. I meldingen ble dessuten forpliktende samarbeidsavtaler mellom samarbeidende kommuner og mellom kommuner og helseforetak løftet frem som nødvendig for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte bruker:

Sett fra pasientens ståsted er det neppe særlig viktig om ansvaret er delt mellom en kommunehelsetjeneste og en spesialisthelsetjeneste. Det må være et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingkjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingkvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel eldre personer med flere sykdommer, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykisk lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter [...] Aktørene må utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike pasientgruppene og for den enkelte pasient, og samles om felles mål for behandlingen. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 48)

Pasientforløp omtales særlig i kapittel 5, mens psykisk helse og rus omtales i kapittel 6.7. For Stortingets behandling av meldingen, se Helse- og omsorgskomiteen (2010).

Meld. St. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

I denne meldingen vektlegges det at styrkingen og utviklingen av kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet skal fortsette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Det er behov for å styrke kompetansen i behandling av rusmiddelavhengige i kommunene, og rusfeltet skal i større grad ses i sammenheng med psykisk helse. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ifølge meldingen videreutvikles slik at den gir pasientene gode muligheter for livskvalitet og mestring, og slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Det ble også betont hvilket ansvar kommunene har for at helhetlige pasientforløp ivaretas i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering, rehabilitering, behandling og oppfølging. For Stortingets behandling av meldingen, se Helse- og omsorgskomiteen (2011).

NOU 2011: 15. Rom for alle

Utvalget, som skulle gi råd om tiltak for å bedre situasjonen for vanskeligstilte på boligmarkedet, fremhevet betydningen av at alle skal ha mulighet til et varig og funksjonelt botilbud – uavhengig av livsførsel og mulighetene til å mestre et selvstendig liv. Det ble imidlertid påpekt at boligpolitikken ikke i høy nok grad traff dem som trengte det. En forsterket innsats var derfor nødvendig for at bolig i fremtiden skulle bli en likeverdig del av den samlede velferdspolitikken, et korrektiv til fordelingspolitikken og et sikkerhetsnett for dem som ikke klarte å skaffe seg en tilfredsstillende bosituasjon på egen hånd. I utredningen foreslo utvalget en satsing på 2500 flere egne boliger til rusavhengige, personer med psykiske lidelser og dobbeltdiagnoser over en periode på fem år.

Meld. St. 30 (2011–2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: Alkohol – narkotika – doping

I meldingen ble det løftet frem fem innsatsområder for rusmiddelpolitikken: (1) forebygging og tidlig innsats; (2) samhandling – tjenester som jobber sammen; (3) økt kompetanse og bedre kvalitet; (4) hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall; (5) innsats for pårørende og mot passiv drikking (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a). Disse innsatsområdene ble sett på som en videreføring av samhandlingsreformens mål om et tjenestetilbud som er tilgjengelig, kunnskapsbasert, individuelt tilpasset, samordnet og kontinuerlig. Bidrag fra flere sektorer ble omtalt som helt nødvendig for at personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse skulle kunne få et helhetlig tilbud. I kapittel 6 beskrives «pasientforløp og behandlingsforberedende tiltak», hvor det blant annet betones at rusavhengighet bør forstås som en kronisk sykdom hvor det er nødvendig med behandling og oppfølging over lang tid; tjenestene til rusavhengige i spesialisthelsetjenesten og kommunene skal derfor organiseres på samme måte som til pasienter med kroniske sykdommer. Som en oppfølging av blant annet Nasjonal helse- og omsorgsplan, ble det i kapittel 8 også lansert et kvalitetsløft for rus og psykisk helse. Betydningen av bolig ble videre vektlagt, og det ble vist til at bistand med bolig kan være viktig for å få god effekt av behandling: Egnede boliger kan gi den enkelte trygghet og er ofte en forutsetning for at andre tjenester kan være virksomme. For Stortingets behandling av meldingen, se Helse- og omsorgskomiteen (2013a).

Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten

Også i denne meldingen vektlegges nødvendigheten av at pasientene i større grad kan oppleve at tjenestene er tilgjengelige og helhetlige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b). Pasientenes behov skal stå i sentrum, noe som beskrives som et tegn på god kvalitet. Utviklingen av helhetlige IKT-løsninger tillegges videre stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er behov for mer sentraliserte løsninger, som sikrer at helse- og omsorgspersonell får rask og effektiv tilgang til nødvendig informasjon; visjonen er at hver innbygger skal ha en journal der alle opplysninger er samlet. Det fremheves også at sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen er nødvendig, noe som skal sikres gjennom en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling mellom aktørene. For Stortingets behandling av meldingen, se Helse- og omsorgskomiteen (2013b).

Meld. St. 17 (2012–2013). Byggje – bu – leve: Ein bustadpolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar

I denne meldingen ble det trukket frem grupper som det var særlig nødvendig å gi oppmerksomhet og hjelp for å få til en mer varig bosituasjon (Kommunal- og regionaldepartementet, 2013). Personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse var én av disse gruppene. I meldingen legges det opp til at Husbanken skal stimulere til kommunale botilbud til personer med rusmiddelproblemer, psykiske lidelser og ROP-lidelser. Behovet for å styrke kompetansen når det gjaldt oppfølging i bolig for disse gruppene ble også vektlagt. For Stortingets behandling av meldingen, se Kommunal- og forvaltningskomiteen (2013).

Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016)

Oppfølgingsplanen omfatter alle med psykiske helseproblemer, også de som i tillegg har rusmiddelproblemer (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Målet er å gi denne gruppen et bedre og mer koordinert tjenestetilbud slik at de skal kunne ha god helse, leve aktive og meningsfulle liv, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet. I planen beskrives 33 tiltak med mål, ansvar og tidsramme. Disse tiltakene

skal fremme samarbeid og samordning mellom arbeids- og velferdsforvaltningen, helsetjenesten, utdanningsinstitusjonene og arbeidslivet.

HelseOmsorg21: Et kunnskapssystem for bedre folkehelse: Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg

I strategien ble det uttrykt behov for å få på plass en mer samlet offentlig IKT-utvikling for helse og omsorg gjennom hele pasientforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014b). Det ble påpekt at kommunale IKT-plattformer, som pasient- og journalsystemer, både skal understøtte det daglige arbeidet og være tilrettelagt for elektronisk samhandling – vertikalt mot spesialisthelsetjenesten og horisontalt innad mellom ulike kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er ifølge strategien en helt nødvendig forutsetning for god samhandling og for helhetlige pasientforløp.

Meld. St. 19. (2014–2015). Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter

I denne meldingen betones det at psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer skal få høyere prioritet i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Det foreslås å styrke kompetansen i kommunale tjenester gjennom å rekruttere flere psykologer, blant annet for å sette kommunene bedre i stand til å oppfylle den lovpålagte plikten til diagnostisering og behandling psykisk syke og personer med rusmiddelproblemer. Det ble også varslet om at det skal etableres et fellesregister for psykiske lidelser og rusmiddellidelse. Registeret, som skal være basert på data fra allerede eksisterende nasjonale registre, tar sikte på å gi ny kunnskap om forekomst, risikofaktorer og årsaker, og om effekt og kvalitet på behandling. For Stortingets behandling av meldingen, se Helse- og omsorgskomiteen (2015).

Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

I meldingen beskrives flere utfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c). Dette ble blant annet knyttet til disse områdene: flere brukere med mer sammensatte og komplekse behov skal følges opp i kommunen; veksten i behov for tjenester i kommunene skaper bærekraft- og kompetanseutfordringer; tegn på at ledelsen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke er god nok; organisatorisk fragmentering. Ett av svarene på disse utfordringene ble i meldingen konkretisert til mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet. Samlokalisering av tjenester ble løftet frem som et første steg for bedre samhandling og samordning på tvers av deltjenester. Det betones at kommunene må bli gjort i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der pasientene bor, og en større andel av tjenester levert i kommunene. Det vektlegges også at mange med psykisk sykdom har betydelig forhøyet risiko for alvorlige somatiske lidelser, og det påpekes at organiseringen av kommunale helse- og omsorgstjenester ofte kommer i veien for at denne pasientgruppen får nødvendig koordinerte helse- og omsorgstjenester. Regjeringen varslet om at det vil bli innført kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB. Det ble også varslet om at fra 2017 skulle alle kommuner ha tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold for brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. For Stortingets behandling av meldingen, se Helse- og omsorgskomiteen (2015).

Bolig for velferd: Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)

Denne tverrdepartementale strategien hadde som overordnet mål at alle skal ha et godt sted å bo, at alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet, og at den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv (Departementene, 2014). Det

vektlegges at en stor andel av de som har vært bostedsløse over lang tid og gjentatte ganger, har rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. For denne gruppen henger bolig, behandling, oppfølging og muligheter for arbeid eller aktivitet uløselig sammen. I strategien pekes det blant annet på behovet for å etablere flere botilbud til denne gruppen og at det utvikles flere typer modeller for å sikre brukermedvirkning ved bosetting og ved utformingen av tjenestetilbudet.

Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020

Denne planen for det kommunale omsorgsfeltet avløste den forrige Omsorgsplan 2015. Kjennetegnene ved gode pasientforløp ble her presisert til at tjenestene tar utgangspunkt i brukerens mål for eget liv og oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og ved at tjenestene gis koordinert i en planlagt og mest mulig uavbrutt kjede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015d). Det ble også varslet om en ny opptrappingsplan på rusfeltet som skal bidra til kapasitet og kvalitet i tilbudet til personer med rusmiddelproblemer. For Stortingets behandling av planen, se Helse- og omsorgskomiteen (2015).

Prop. 15 S (2015–2016). Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

Mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer og psykiske problemer møter ifølge opptrappingsplanen i for liten grad et sammenhengende og koordinert tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015e). I planen uttrykkes det behov for å styrke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, slik at helse- og omsorgstjenestene til personer med rusmiddelproblemer er tilgjengelige, at de er kontinuerlige og at de er tilpasset den enkeltes individuelle behov. Det skal også satses mer på oppsøkende virksomhet for personer med behov for sammensatte tjenester, og planen viste til konkrete mål om å bedre levekårene for rusavhengige gjennom å styrke tilretteleggingen for bolig, arbeid, økonomi, sosiale forhold, skole og utdanning. I opptrappingsplanen ble det videre tatt til orde for å innføre pakkeforløp for rusbehandling og psykisk helsevern innen 2020 etter mal av pakkeforløp for kreft. Ifølge departementet vil en slik ordning bidra til at rusavhengige får en helhetlig utredning, får hjelp når de trenger det og at det er kontinuitet i tjenestene – uten at pasienten må vente på videre behandling eller oppfølging. For Stortingets behandling av planen, se Helse- og omsorgskomiteen (2016a).

Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

I denne meldingen ble det varslet om kommende krav til forpliktende nettverk mellom sykehus og helseforetak i helseregionene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Disse nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavefordeling, som samarbeid om pasientforløp. I meldingen betones det videre at mennesker med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet skal få et godt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten nærmest mulig der de bor. Det løftes også frem som et mål at distriktpsykiatriske sentre skal ha døgnberedskap. Regjeringen betonte videre at spesialisthelsetjenesten må legge til rette for videre utvikling av desentraliserte, ambulante tjenester og samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjenester, NAV, skole og arbeidsliv. Tjenestene må bli innrettet slik at pasientene opplever et sammenhengende behandlingsforløp, uten å måtte vente på oppfølging etter utredning eller avrusning. Mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, påpekes det, skal ha like rask og god utredning og behandling av sine somatiske helseproblemer som andre pasienter; brukerne skal oppleve helsetjenesten som én tjeneste på tvers av fagområdene. For Stortingets behandling av meldingen, se Helse- og omsorgskomiteen (2016b).

Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)

Denne tverrdepartementale strategien, som bygger videre på tidligere stortingsmeldinger,

strategier og planer (de mest sentrale av dem omtalt før i denne oppsummeringen), var den første helhetlige planen for psykisk helsefeltet etter 2008 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a). I strategien vil regjeringen blant annet sikre utbredelse av dokumentert effektive arbeidsmåter som ACT-team.⁸ Pakkeforløp for psykisk helse og rus skal også implementeres og systematisk evalueres, og det vektlegges at tjenestetilbudet bør bli mer forutsigbart, der uønsket variasjon reduseres gjennom systematisk kvalitetsforbedring og styrket faglig ledelse. Bolig løftes frem som en forutsetning for å kunne iverksette og lykkes med behandling av og oppfølgingstjenester for personer med ROP-lidelser. Kommunene oppfordres derfor om å utarbeide en boligsosial handlingsplan og legge til rette for fleksible og varige botilbud i gode bomiljøer som er tilpasset den enkeltes behov.

3.4 FAGLIGE VEILEDERE OG NASJONALE RETNINGSLINJER

Samhandlingsreformen: Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak (nasjonal veileder)

Med denne nasjonale veilederen vil Helse- og omsorgsdepartementet (2011c) bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler. Et annet siktemål er å støtte opp under partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp: Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere
Veiviseren er utarbeidet for å beskrive og gi veiledning i bruk av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) (Helsedirektoratet, 2012b). Dokumentet henvender seg til helsepersonell og saksbehandlere som skal benytte PLO-meldingene.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: Sammensatte tjenester – samtidig behandling.

Retningslinjen inneholder 93 anbefalinger som omhandler blant annet brukermedvirkning og kartlegging, diagnostikk, behandling og samhandling (Helsedirektoratet, 2012a). Det presenteres også kunnskap om forekomst i befolkningsundersøkelser og i pasientmålgrupper, og det reflekteres rundt verdier, etiske dilemmaer og juss. Retningslinjens målgruppe er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med rusmiddellidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddellidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt. I kapittel 8 beskrives hvilke roller og hvilket ansvar kommunene og helseforetakene har for rusmiddel- og psykisk helsearbeid, og hvordan samhandlingen mellom ulike enheter og nivåer bør skje – innad i kommunen, som mellom kommune og psykisk helsevern og mellom kommune og TSB:

Personer med en ROP-lidelse har krav på å møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte deler av tjenestene. I et helhetlig pasientforløp er de ulike deler av tjenestene som pasienten trenger satt sammen og koordinert slik at de møter pasientens behov på en hensiktsmessig måte (Helsedirektoratet, 2012a, s. 89).

⁸ ACT er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddellidelser, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. ACT-teamene vil bli bredt omtalt senere i oppsummeringen under delkapittel 4.9: «Kunnskap om samarbeidsmodeller og støtte- og oppfølgingstiltak».

Retningslinjen anbefaler at begge lidelsene behandles integrert og samtidig etter en samlet plan (fortrinnsvis forankret i individuell plan). Med integrert behandling blir det her siktet til en behandlingstradisjon som favner alle tiltak og prosesser hvor behandlingsintervensjoner for personer med ROP-lidelser kombineres innen samme behandlingsrelasjon eller sted. Det anbefales også et recovery-perspektiv, noe som konkretiseres til at man, når det er etablert en god relasjon, har et helhetlig perspektiv på pasientens tilfrisking. Det vektlegges at personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres.

Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten

Veilederen beskriver krav og forventninger til lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid (Helsedirektoratet, 2014a). Den angir sentrale aktører og skisserer hvordan tjenestene kan ivareta målene på en god måte. Det legges særlig vekt på at tjenestene bør organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv, at tjenestene og tjenestenivåene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, og at psykisk helse og rus blir sett i sammenheng. I kapittel 4 omtales tre ulike hovedforløp hvor samarbeid og et felles ansvar skisseres: hovedforløp 1 omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige; hovedforløp 2 omfatter kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser; hovedforløp 3 omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Kapittel 6 gir en oversikt over sentrale aktører som yter tjenester til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer. I kapittel 7 omtales ordninger og tiltak som kan bidra til et godt samarbeid mellom tjenester og tjenestenivåer, og som kan benyttes til å etablere et helhetlig og koordinert tilbud til pasienter og brukere. Det blir også vektlagt at bruker- og pasientforløp ikke bør standardisere innholdet i behandlingen – ut over det basale, og at tjenestene og innholdet i behandlingen må tilpasses den enkeltes behov. «Det vil være svært uheldig om standardiserte pasientforløp ensretter tilbud, og hindrer reell brukervedvirkning», heter det (Helsedirektoratet, 2014a, s. 102).

Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne

Veilederen er ment å gi beslutningsstøtte for dem som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten, slik at de pasientene som trenger det mest, kommer raskest til den riktige helsehjelpen (Helsedirektoratet, 2015a). Veilederen gir råd om tildeling av rettighetsstatus og om maksimumsfrist for start av helsehjelp for de pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Også denne veilederen er ment å gi beslutningsstøtte til dem som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten slik at de pasientene som trenger det mest, kommer raskest til den riktige helsehjelpen (Helsedirektoratet, 2015b). Veilederen gir råd om tildeling av rettighetsstatus og om maksimumsfrist for start av helsehjelp for de pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

Med denne retningslinjen, som i hovedsak er rettet mot behandling og oppfølging av personer som har et rusmiddelproblem eller er avhengige av rusmidler, ønsket Helsedirektoratet (2016a) å sette en faglig fellesstandard for å styrke kvaliteten, harmonisere tilbudet i hele landet og hindre uønsket variasjon. Retningslinjene henvender seg til tjenesteytere og ledere innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester,

spesialisthelsetjeneste og kriminalomsorg. Andre viktige målgrupper er pasienter, brukere og pårørende.

Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmaterie

Helsedirektoratet (2016b) ønsker her å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriellet henvender seg til både kommuner og helseforetak og er et grunnlagsdokument for den samarbeidsavtalen partene skal utarbeide.

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator Veilederen tar sikte på å hjelpe ledere og fagfolk til å arbeide bedre sammen om rehabilitering, habilitering, læring og mestring og koordinering (Helsedirektoratet, 2017e). Det vektlegges at felles forståelse og kunnskap er sentralt for god samhandling, både internt i helse- og omsorgstjenesten og mellom sektorer som yter tjenester til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering. I veilederen skilles det mellom «rehabilitering somatikk» og «rehabilitering psykisk helse og rus», samtidig som det fremheves at en slik grovinndeling kun sier noe om hvor hovedtyngden av problemstillinger ligger.

Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Denne veilederen retter seg mot ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov, men kommunene løftes frem som en særlig viktig målgruppe (Helsedirektoratet, 2017b). Stadig flere pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester har flere sykdommer samtidig, nedsatt funksjon knyttet til flere livs- og funksjonsområder og et omfattende behov for bistand. Dette knyttes til både psykisk helse, rus, somatisk helse og psykososial fungering. Veilederen skal etter Helsedirektoratets intensjon bidra til at disse gruppene får strukturert og tverrfaglig oppfølging som ivaretar det helhetlige behovet uavhengig av hvilken diagnose og hvilket funksjonsnivå de har. I kapittel 8 gis det en innføring og presentasjon av hva som ligger i begrepet «helhetlige pasientforløp». Det presenteres også metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester.

4. FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID

I dette kapitlet presenteres og oppsummeres forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Disse arbeidene, som er skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk, har i hovedsak empiri fra en norsk kontekst, men internasjonale kunnskapsoppsummeringer og nordiske studier er tatt med hvis de har særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst. Presentasjonen er organisert rundt ni temaer: (1) kunnskap om pasientgruppen; (2) kunnskap om samhandling og kontinuitet; (3) kunnskap om arbeidet med lovpålagte planer og avtaler; (4) kunnskap om fastleger og pasientforløpet; (5) kunnskap om relasjonenes betydning for pasientforløpet; (6) kunnskap om bolig som del av pasientforløpet; (7) kunnskap om IKT og pasientforløpet; (8) kunnskap om læringsnettverk for gode pasientforløp; (9) kunnskap om samarbeidsmodeller, støttetiltak og oppfølgingsprosjekt.

4.1 KUNNSKAP OM PASIENTGRUPPEN

I Helsedirektoratets veileder Sammen om mestring, i det kapitlet som beskriver sentrale sider ved det lokale rus- og psykisk helsearbeidet, vektlegges både det allmenne og partikulære ved psykiske vansker og rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2014a). Mange mennesker, heter det her, vil i en kortere eller lengre periode i livet oppleve å ha psykiske vansker eller rusmiddelproblemer. Noen lever med alvorlige problemer over lang tid, en situasjon der de gjerne har behov for omfattende hjelp og støtte – fra helsetjenester og velferdsforvaltningen, fra familie og venner. Andre kommer seg ut av problemene uten bistand fra tjenesteapparatet.

Landheim (2016) har oppsummert forskning om hvor vanlig det er med rusmiddelproblemer i den norske befolkningen generelt, og hvor vanlig det er med samtidig rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer. Hun påpeker at det ikke foreligger sikre tall for hvor mange i Norge som har en rusmiddellidelse, slik det heller ikke finnes for personer med ROP-lidelser. Hun viser imidlertid til befolkningsstudier som ble gjennomført på slutten av 1990-årene i Oslo og Sogn og Fjordane av Kringlen, Torgersen og Cramer (2001, 2006). Disse studiene fant at livstidsforekomsten når det gjelder skadelig bruk, misbruk eller avhengighet av alkohol, var på om lag 23 prosent i Oslo og 9 prosent i Sogn og Fjordane.

Landheim trekker i oppsummeringen videre frem at:

- det i 2012 var mellom 7200 og 10 100 injiserende rusmiddelmisbrukere i Norge (SIRUS Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, 2015)
- både norske og internasjonale studier har funnet at omtrent én av tre personer som har rusmiddellidelse eller psykisk lidelse, søker behandling (Kringlen m.fl., 2001; Kessler m.fl., 2005; Wittchen & Jacobi, 2005)
- for perioden 2008–2012 ble om lag 71 000 menn og 33 000 kvinner i aldersgruppen 23–62 år behandlet for en rusmiddellidelse i spesialisttjenesten i Norge (Folkehelseinstituttet, 2014)

- i 2013 mottok om lag 27 000 pasienter behandling for rusmiddelproblemer i den tverrfaglige spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014b)⁹

Senere statistikk, publisert av Helsedirektoratet (2016c) og (2017f), viser at det har vært en økning i antall pasienter som får behandling i TSB. Ifølge Helsedirektoratet (2016c) var det i 2014 om lag 30 500 pasienter i behandling, altså en økning på over 3500 personer fra året før. To år senere, i 2016, var det litt over 31 000 personer som hadde mottatt behandling innen TSB, noe som var en nedgang på 1,6 prosent fra året før (Helsedirektoratet, 2017f). Samhandlingsstatistikk fra Helsedirektoratet (2016c) viser at det i 2014 var nær 680 000 pasienter over 17 år som var i kontakt med fastlegen for et psykisk helse- og/eller rusmiddelproblem, mens nær 178 000 fikk tjenester i det psykiske helsevernet.

Ose og Pettersen (2014) registrerte 20. november 2012 pasienter som akkurat denne dagen mottok døgnbehandling i TSB. 56 av 60 institusjoner deltok i kartleggingen, og det ble samlet inn informasjon om 1139 pasienter – 71 prosent av alle som enten var eller ble innlagt denne dagen. Av de som ble kartlagt, var 72 prosent menn og 28 prosent kvinner. 18 prosent av pasientene bodde før døgnoppholdet i egen eiet bolig (som selveier og borettslag), 32 prosent leide bolig i det private markedet, mens 17 prosent bodde i leid, kommunal bolig. 35 prosent av de registrerte pasientene brukte alkohol som hovedrusmiddel fire uker før innleggelse, mens 17 prosent oppga amfetamin som hovedrusmiddel. 31 prosent av de registrerte døgnpasientene var henvist til TSB fra ruspoliklinikk eller rusteam, 14 prosent var henvist fra psykiatrisk poliklinikk, 24 prosent var henvist av fastlegen, mens 19 prosent var henvist fra kommunal sosialtjeneste/NAV. 63 prosent av populasjonen hadde individuell plan.

Liknende funn kommer også frem i en kartleggingsstudie av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer (Dyb & Holm, 2015). I studien, der et flertall av respondentene hadde ROP-lidelser, ble det samlet inn data om pasienter i TSB fra oktober til desember 2014. I noenlunde samme periode (oktober til november) kartla Dyb og Holm også brukere av lavterskeltilbud til personer med rusmiddelproblemer. Disse lavterskeltilbudene var enten drevet av kommunen eller på oppdrag fra dem. 99 respondenter ble her valgt ut, men bare 36 av dem svarte – noe som ga en lav svarprosent. I studien kom det frem at pasientene i TSB i all hovedsak var født i Norge, de hadde mindre utdanning enn befolkningen generelt, det var flest menn (71 prosent), og de hadde svak tilknytning til arbeidslivet. De viktigste inntektskildene var pensjoner og velferdsytelser. Brukerne av lavterskeltilbud hadde i stor grad de samme kjennetegnene som pasientene i TSB, men denne brukergruppen kom enda dårligere ut på kjennetegn som utdanning og inntektskilder. 58 prosent av alle TSB-pasientene og nesten halvparten av lavterskelbrukerne hadde ifølge kartleggingen en psykisk lidelse. 64 prosent av TSB-pasientene med ROP-lidelse hadde eid eller leid bolig før behandlingsstart, men andelen sank ved avsluttet behandling (57 prosent). Dette indikerer ifølge forfatterne at det å ha psykisk lidelse kan redusere sjansen for å ha bolig etter behandlingen.

Andelen pasienter som ikke gjennomfører planlagt tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er høy. Helsedirektoratet har blant annet derfor innført «drop-out» som ny kvalitetsindikator innenfor TSB, men foreløpig (per desember 2017) har rapporteringen vist seg å være mangelfull (Øiern, 2017). Brox, Eilertsen, Hårvik og Jakobsen (2016) undersøkte imidlertid drop-outs fra TSB ved Universitetssykehuset Nord-Norge. 414 pasienter ble her henvist til behandling, og 117 av disse (28 prosent) møtte ikke opp. Av de 297 pasientene som møtte til behandling, var det 67 prosent som gjennomførte den, 28 prosent

⁹ Enkelte tallangivelser hos Landheim (2016) er blitt rettet opp i denne presentasjonen etter å ha sammenliknet med de henviste kildene.

som avbrøt den etter eget ønske og 5 prosent som avbrøt etter råd fra behandler. Året før, i 2013, undersøkte Gallefoss og Årseth (2016) utdropping ved overgang fra Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet sykehus til private institusjoner. Av 48 henviste pasienter som ble inkludert i studien, var det 23 personer (48 prosent) som ikke startet i behandling i private enheter. 25 pasienter (52 prosent) møtte til behandling, og ti av disse fullførte den.

Mykletun, Knudsen og Mathiesen (2009) påpekte i den første, omfattende rapporten om psykiske lidelser i Norge at omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er ifølge forfatterne omtrent på nivå med det vi finner i andre vestlige land. De fant også at angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/alkoholmisbruk er de tre vanligste gruppene psykiske lidelser i den norske befolkningen. Forekomsten av angstlidelser, depressive lidelser og spiseforstyrrelser er høyere hos kvinner, mens rusmiddelrelaterte lidelser er vanligere hos menn. Rusmiddelrelaterte lidelser ble her forstått som tilstander som opptrer i sammenheng med bruk av kjemiske forbindelser som påvirker psykologiske funksjoner. Alkohol, som er det mest brukte rusmiddelet i Norge, fremkalte, ifølge studien, flest rusmiddelrelaterte lidelser.

Befolkningsstudier fra Europa og USA viser ifølge Landheim (2016), Helsedirektoratet (2012a) og Kirkehei m.fl. (2008) at psykiske lidelse og rusmiddellidelse ofte opptrer samtidig (Regier m.fl., 1990; Kendler m.fl., 1995; Landheim, Bakken & Vaglum, 2002, 2003; Alonso m.fl., 2004; Grant m.fl., 2004):

- Blant personer som misbruker eller er avhengig av rusmidler, har mellom 40 og 65 prosent en psykisk lidelse i løpet av livet (Regier m.fl., 1990).
- Angst og depresjon er de vanligste problemene, og jo mer alvorlig rusmiddellidelsen er, desto høyere er omfanget av psykiske problemer (Regier m.fl., 1990; Alonso m.fl., 2004; Grant m.fl., 2004; Landheim, 2007).
- Personer med avhengighet av illegale stoffer har oftere psykiske lidelser og problemer enn personer med alkoholavhengighet (Regier m.fl., 1990; Landheim m.fl., 2002, 2003; Grant m.fl., 2004).
- Misbruk eller avhengighet av rusmidler er vanligere blant personer med psykiske lidelser enn ellers i befolkningen (Regier m.fl., 1990). Forfatterne fant at jo mer alvorlige psykiske lidelser en person har, desto større er sannsynligheten for at personen vil utvikle rusmiddelmisbruk eller avhengighet. Blant personer med diagnosene schizofreni eller bipolar lidelse ligger livstidsforekomsten av en rusmiddellidelse på mellom 50 og 60 prosent (Regier m.fl., 1990), mens det er en lavere (men fortsatt høy) forekomst av rusmiddellidelse blant personer med mindre alvorlige psykiske lidelser som angst og depresjon (Grant m.fl., 2004).
- Norske studier har funnet høy forekomst av rusmiddelproblemer blant personer som får behandling for en psykisk lidelse i psykisk helsevern, særlig ved akuttavdelinger, psykoseavdelinger og sterkavdelinger (Hagen & Ruud, 2004; Møller & Linaker, 2004; Helseth, Lykke-Enger, Aamo & Johnsen, 2005; Gråwe & Ruud, 2006; Øydna, 2006; Lilleeng, 2007; Ringen m.fl., 2008).

Bergly, Hagen og Gråwe (2015) har i en senere studie kartlagt pasienter over 18 år som fikk døgnbehandling ved rusbehandlingsinstitusjoner i Midt-Norge i perioden mellom mai 2011 og mai 2012. De fant at 70 prosent av pasientene hadde alvorlige rusmiddelproblemer og mindre alvorlige psykiske lidelser, mens 21 prosent hadde både alvorlige rusmiddelproblemer og alvorlige psykiske lidelser.

Mange bostedsløse i Norge har samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Dyb og Johannessen (2013) fant i en landsomfattende kartlegging at det i 2012 var 6259

registrert bostedsløse i Norge. 54 prosent av de bostedsløse ble kartlagt som rusmiddelavhengige, mens 38 prosent hadde en psykisk sykdom. I alt var det 1588 personer som ifølge studien hadde samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse. 89 prosent av de bostedsløse som hadde samtidig rusavhengighet og psykisk sykdom, var født i Norge. 73 prosent av de kartlagte med ROP-lidelser hadde vært bostedsløse i mer enn seks måneder, der 24 prosent var blitt kastet ut av boligen på grunn av skadeverk, uro eller konflikt. Studien viser også at 15 prosent av de bostedsløse personene er utskrevet fra institusjon, og tilsvarende at 15 prosent venter på å komme i behandling. Bostedsløshet var vanligere i store enn i små kommuner, der 42 prosent av alle som var bostedsløse, hørte hjemme i én av de fire største byene (Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger).

Det nasjonale kartleggingsverktøyet BrukerPlan gir informasjon om omfanget av tjenestemottakere med rusmiddelproblemer og/eller med psykiske helseproblemer i kommunene. I 2016 omfattet registreringen, som ble foretatt i den enkelte kommune av ansatte innen helse- og velferdstjenestene, kartlegginger fra 264 kommuner med i alt 20 535 tjenestemottakere (Lie, Håland, Stevenson & Nesvåg, 2017). Nær tre av fire mottakere i BrukerPlan var registrert med samtidig rusmiddelproblem og psykiske helseproblemer. Ifølge kartleggingen kunne omkring 23 prosent av disse – eller 4767 personer – sies å ha ROP-lidelser. Disse skiller seg ut med å ha særlig dårlige levekår. 57 prosent av mottakerne med ROP-lidelser – omkring 13 prosent av registrerte tjenestemottakere med rusmiddelproblemer og/eller med psykiske helseproblemer i kommunene – beskrives å ha «alarmerende dårlig levekår» knyttet til bosituasjon, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og/eller sosialt nettverk. Den fysiske helsen omtales for denne brukergruppen å gi «svært alvorlige konsekvenser for den daglige fungering og/eller framtidig helsetilstand» (Lie m.fl., 2017, s. 62). Bosituasjonen til personene med «alarmerende dårlig levekår» knyttes videre til å være bostedsløs og ha stor uorden i økonomien.

Flere nordiske studier har påpekt at pasienter med psykisk lidelse statistisk sett lever betydelig kortere enn befolkningen ellers. Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler og Laursen (2011) undersøkte data om personer som ble innlagt på sykehus for psykiske lidelser i Danmark, Finland og Sverige mellom 1987 og 2006. De fant at de som hadde vært sykehusinnlagt for psykiske lidelser hadde to til tre ganger høyere dødelighet sammenliknet med den generelle befolkningen. Dette gjaldt alle de tre studerte landene. De fant også at gapet hadde blitt noe mindre mellom 1987 og 2006 – særlig for kvinner, men til tross for denne utviklingen konkluderte de med at menn med psykiske lidelser gjennomsnittlig levde 20 år kortere enn resten av befolkningen, mens kvinner i gjennomsnitt hadde 15 år kortere levetid. Liknende funn ble gjort i en studie av Nordentoft m.fl. (2013). Forskerne fulgte 270 770 personer i Danmark, Finland og Sverige som mellom 2000 og 2006 var innlagt på grunn av psykiske lidelser. Også de fant at menn som hadde vært innlagt, døde omkring 20 år før befolkningen ellers, mens kvinner døde rundt 15 år tidligere. De fant videre at dødeligheten var høyest hos dem som i tillegg hadde rusmiddelavhengighet.

Lien, Huus og Morken (2015) viser til flere internasjonale studier som fant at en stor del av den økte dødeligheten hos personer med ROP-lidelser var knyttet til økt forekomst og mangelfull oppfølging av somatisk sykdom. Det er ifølge forfatterne behov for et krafttak når det gjelder forebygging av hjerte- og karsykdommer i pasientgruppen. Det samme gjelder behandling og oppfølging av annen somatisk sykdom for pasienter og brukere med ROP-lidelser.

4.2 KUNNSKAP OM SAMHANDLING OG KONTINUITET

KORT OM SAMHANDLINGSREFORMEN

Både kommunene og de regionale helseforetakene er blitt gitt et lovpålagt ansvar for å tilrettelegge for samhandling internt i tjenestene, med andre tjenesteytere og med bruker- og pårørendeorganisasjoner (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I stortingsmeldingen *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* løftes imidlertid fragmenterte tjenester – sammen med for lite forebygging og den demografiske utviklingen (knyttet til flere eldre og endret sykdomsbilde) – frem som særlige utfordringer i norsk helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Gjennom økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler ble det lagt opp til å fremme reformens overordnede mål om helhetlige pasientforløp. Slik skulle spesialist- og primærhelsetjenesten i større grad enn tidligere samhandle med hverandre, og slik ble kommunene tildelt en større del av ansvaret for helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Kassah, Tingvoll & Kassah, 2014; Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015; Haukelien, Vike & Vardheim, 2015).

Grimsmo m.fl. (2015) har i en oversiktsartikkel konkretisert disse økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidlene. De påpeker at regelverket er blitt revidert og har lagt grunnlaget for overføring av et større ansvar til kommunene, der de viktigste grepene og virkemidlene har vært: (1) krav om samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten; (2) økonomiske insentiver i form av betaling for ventende utskrivingsklare pasienter og (frem til 2015) medfinansiering av opphold i sykehus;¹⁰ (3) krav om og tilskudd til oppretting av et lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen. Faglig skulle det legges økt vekt på nasjonale veiledere og retningslinjer, beskrivelse og kvalitets-sikring av gode pasientforløp, måling av kvalitet og styrking av helsetjenesteforskning. Myndighetene planla også økt bruk av IKT ved hjelp av sterkere statlig styring med innføringen, og det skulle legges mer vekt på forebygging, bedre koordinerte tjenester og behandling (se også: Melby & Tjora, 2013; Kassah m.fl., 2014; Haukelien m.fl., 2015).

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2015) har hatt som mandat å gi informasjon, råd og veiledning om gjennomføring av reformen til kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Dette nettverket, som har bestått av representanter fra KS, ulike kommuner, de fire regionale helseforetakene, fylkesmennene og aktuelle departementer og direktorater, har i sin sluttrapport kommet med en rekke anbefalinger for å nå målene i samhandlingsreformen. De peker blant annet på at hvis kommunene skal kunne ta ansvar for en større del av de samlede helse- og omsorgstjenestene, må finansiering av tjenestene være i tråd med oppgaveoverføringen, og det må etableres insentiver for at kommunene skal overta oppgaver fra sykehusene. Det argumenteres også for at spesialisthelsetjenesten må samarbeide tettere med kommunene for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid. Dette bør skje ved å bygge opp desentraliserte og ambulante tjenester som støtter opp under kommunale tjenester. Det nasjonale nettverket vektlegger også at kommuner og spesialisthelsetjeneste bør samarbeide om brukermedvirkning,

¹⁰ Med samhandlingsreformen fikk kommunene betalingsplikt for utskrivingsklare somatiske pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Formålet var å tydeliggjøre det ansvaret hjemkommunene allerede hadde for utskrivingsklare som ble liggende i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt tilbud. Betalingsplikten ble slik ikke innført for TSB og psykisk helsevern, men dette kom på plass fra 1. januar 2017 gjennom forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Solberg-regjeringen har imidlertid varslet at den vil utsette ikrafttredelsen av betalingsplikten til 2019 (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2017, s. 89).

ta i bruk brukerundersøkelser på tvers av nivåene og innføre felles IKT-systemer som letter utvekslingen av pasientinformasjon på tvers av nivåene.

Ifølge Riksrevisjonen (2016) har antallet heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. På tross av dette hadde kommunene ikke styrket tilbudet innenfor rus- og psykiatriområdet. Nesten 70 prosent av kommunene hadde bare i liten grad økt antall årsverk på rus- og psykiatriområdet i denne perioden, og bare hver sjette kommune hadde i stor grad økt kompetansen på området. Dersom intensjonene med samhandlingsreformen skal kunne oppfylles, må flere pasienter, også under psykisk helsevern og rusomsorg, behandles i kommunene. Dette stiller store krav til kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Etter Riksrevisjonens vurdering var det alvorlig at tilbudet til en utsatt gruppe ikke var styrket såpass lenge etter at reformen trådte i kraft, og det ble anbefalt at Helse- og omsorgsdepartementet styrket kommunenes arbeid med pasienter under psykisk helsevern eller rusomsorg. Dette innebar blant annet (1) å vurdere tiltak som sikrer at denne pasientgruppen får et egnet tilbud fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og (2) å vurdere om oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er tilstrekkelig klargjort for disse pasientene.

KOORDINERTE OG INTEGRERTE TJENESTER

På oppdrag av Sosial- og helsedepartementet undersøkte Huus, Storm-Olsen og Herheim (2008) omfanget av, behovet hos og tiltak for mennesker med alvorlige psykiske lidelser som trengte særlig tilrettelagte tilbud. Forfatterne bygde rapporten på ulike kilder: dels en kartlegging av brukere med omfattende og langvarige tjenestebehov i 36 kommuner, dels på Helsetilsynets rapport om tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser og dels på en referansegruppe bestående av representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, helseforetak, kommuner og Fylkesmannen. I 21 av kommunene som ble kartlagt, var det brukere som av ulike grunner falt helt eller delvis utenfor det ordinære tjenesteapparatet. Kommunene hadde problem med å oppgi tall for denne gruppen, men i flere av dem var oppfatningen at dette særlig gjaldt personer med ROP-lidelser. Det ble også påpekt at disse personene var særlig utsatt for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. Forfatterne anbefalte derfor at det må legges bedre til rette for samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, med særskilt vekt på å skape koordinerte og samtidige tjenester. Dette var en viktig foranledning til at Helse- og omsorgsdepartementet (2008b), gjennom statsbudsjettet for 2009 og påfølgende år, ga økonomisk støtte til utvikling og etablering av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og helseforetak for denne målgruppen.

Forskningsrådet (2009) pekte i evalueringen av opptrappingsplanen på at personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusmiddelmissbruk, ikke klarte å nyttiggjøre seg av det eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbudet i kommunene. Både den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten stod ifølge sluttrapporten overfor noen grunnleggende utfordringer når det gjaldt denne pasientgruppen. Begge tjenestenivåene ga et kvalitativt bedre tilbud til den pasientgruppen som har relativt sett mindre alvorlige psykiske problemer, og det beskrives som en klar utfordring å nå frem med et kvalitativt tilfredsstillende faglig tilbud til dem som har mer alvorlige psykiske problemer. Det er ifølge evalueringen særlig grunn til bekymring over lite tilfredsstillende behandlingsresultat for yngre mannlige pasienter med tyngre psykiske problemer, ikke minst de som samtidig har alvorlig rusmiddelmissbruk. Det ble samtidig fremhevet at pasienter med ROP-lidelser både er særdeles vanskelig å behandle og at en vellykket

behandling krever en samhandling med andre instanser utenfor selve behandlingsapparatet, slik som NAV.

Riksrevisjonen (2010) undersøkte i 2008 private institusjoner innen TSB (som utgjorde omkring 58 prosent av den samlede behandlingsskapasiteten). I rapporten ble det påpekt at samarbeidet med andre tjenesteytere ikke var godt nok. Det ble funnet at en tredel av institusjonene ikke hadde eller hadde mangelfulle skriftlige rutiner for samhandling med kommunale tjenester i løpet av behandlingen. Dette kunne ifølge riksrevisoren føre til at samhandlingen med andre tjenesteytere blir tilfeldig og lite planlagt, noe som igjen kunne være utfordrende for oppfølgingen av pasientene. Det ble videre funnet at over halvparten av institusjonene i undersøkelsen uttrykte problemer knyttet til samhandlingen med kommuner rundt ettervernet. Dette ble blant annet knyttet til å få bolig og til samarbeid med kommunal saksbehandler om perioden etter behandlingen. Ifølge riksrevisoren kunne dette blant annet føre til at oppfølgingen av pasienten i etterkant av institusjonsoppholdet ble lite målrettet, og det ble reist spørsmål ved om de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad hadde lagt til rette for å få til en god samhandling mellom institusjonene og kommunene.

Ifølge Andersen (2013) rapporterer brukere og pårørende om opplevelser av at de ikke passer noe sted, at de faller mellom stoler, og at ansvaret skyves frem og tilbake i tjenestesystemet. Pasientene (slik det også fremgikk i forrige delkapittel) kjennetegnes ofte av å ha flere problemer av ulik karakter samtidig, noe som gjør at det er regelen mer enn unntaket at de – ofte over lengre tid – har behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten samtidig. Dette fordrer, påpeker Andersen, et samkjørt og fleksibelt tjenesteapparat som kan tilby pasientene en trygg og stabil forankring med et langsiktig perspektiv.

Ose og Slettebak (2013) kartla 2353 pasienter i psykisk helsevern og 779 pasienter i TSB. De fant at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått om ulike kommunale tilbud hadde vært etablert og utviklet. De påpekte videre at omtrent 10 prosent av innleggelsene i TSB kunne vært unngått om kommunene hadde hatt et bedre tilbud (slik som bolig, lavterskeltak, støttetjenester og gode hjemmetjenester).

I sluttrapporten fra det såkalte SPoR Vestfold-prosjektet, som handlet om å styrke samhandlingen mellom psykiatri og rus i Vestfold, påpekes det at av de sakene som skapte særlige samhandlingsutfordringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, var samtidig rusmiddellidelse og psykiske lidelse helt dominerende (Bjørn, 2014). SPoR-prosjektet viste ifølge rapporten at det er sider ved helsevesenets struktur og fungeringsmåte som dårlig støtter opp om den forløpstenkning som er nødvendig for å hjelpe pasienter med ROP-lidelser. «Ut fra SPoR-prosjektets erfaringer er ROP-feltet så dominerende som opphav til samhandlingsutfordringer mellom kommunene og Klinikk psykisk helse og rusbehandling at hensynet til sammen å skape gode pasientforløp bør tillegges økt vekt for hvordan tjenestene i hele grenseflaten utvikles i tiden framover» (Bjørn, 2014, s. 38). Hovedfunnet i prosjektet er at samhandling med og rundt pasienter med ROP-lidelser løper langt lettere hvis de ulike aktørene har samme forståelse av «hva det egentlig er vi driver med» (Bjørn, 2014, s. 34). Anbefalingene fra SPoR-prosjektet vil bli omtalt senere i denne oppsummeringen.

Biong (2011) undersøkte hva som kjennetegner god samhandling mellom ulike tjenester, nivåer og virksomhetsgrenser i psykisk helsearbeid. Gjennom intervjuer med ti medlemmer i en tverretattlig styringsgruppe fant han at god samhandling i denne sammenheng ble knyttet til at partene guidet hverandre i hverandres systemer. Denne veiledningen baserte seg i særlig grad på utøvelse av romslighet, kreativitet og balanse mellom formalia og fleksibilitet.

Bratrud og Granerud (2011) har sett på hvilke samarbeidsrutiner og relasjoner som må etableres mellom kommune og psykoseavdeling i psykisk helsevern for å få en god rehabiliteringsprosess for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusmiddelproblem. De gjennomførte fire fokusgruppeintervjuer – to i spesialisthelsetjenesten og to i kommunene – der i alt 26 informanter deltok. Forfatterne fant at det var uklarerheter i koordineringsansvaret når det gjaldt denne pasientgruppen. Både kommuneansatte og sykehusansatte var enige i at trygghet, relasjon og kjennskap til pasienten var forutsetninger for å lykkes i en utskrivingsprosess. På samme måte var brukermedvirkning sentralt, der pasientens deltakelse, ansvar for eget liv og arbeidet mot selvstendighet ble løftet særlig frem. Vesentlig for bedringsprosessen og samhandlingen var ifølge forfatterne god relasjon og dialog. En må kjenne til hverandres roller og funksjoner, dele faglig kompetanse og avklare forventninger. Tidlig kartlegging og felles målsetting kan redusere innleggelsestiden på sykehus. Individuell plan og tverrfaglig samarbeid må vektlegges og brukermedvirkningen må styrkes. Det må skapes arenaer for mestring og hjelp til selvhjelp i lokalsamfunnet. Et bedre samarbeid her kan være virkemiddelet for en bedre utforming av tjenestetilbudet.

To studier om pasienterfaringer fra 2015 og 2016 blant innlagte i psykisk helsevern og TSB fant at brukerne ofte ikke var tilfreds med de kommunale tilbudene (Haugum, Holmboe, Iversen & Bjertnæs, 2016; Kjøllesdal, Iversen, Danielsen, Haugum & Holmboe, 2017). 76 prosent av pasientene i TSB (Haugum m.fl., 2016) og 64 prosent av pasientene i psykisk helsevern (Kjøllesdal m.fl., 2017) svarte at de ikke i det hele tatt, i liten grad eller i noen grad var tilfreds med den hjelpen de tidligere hadde fått fra kommunen de bodde i.

Gallefoss og Årseth (2016) har gjennom kartlegging og intervjuer med ansatte og brukerrepresentanter undersøkt hva som kan identifiseres som utfordringer i pasientforløpet for pasienter som er henvist fra Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet sykehus til behandling ved private institusjoner. De identifiserte tre områder: forberedthet, samhandling og brukermedvirkning. Informantene pekte på at pasientene ofte verken var mentalt eller praktisk forberedt på behandling i TSB. Dette ble blant annet knyttet til for lite informasjons- og motivasjonsarbeid, manglende kunnskap om behandlingstilbudene hos fagpersonene, for lite tid til forberedelse og for dårlig kommunal oppfølging. Informantene pekte også på uavklarte roller og forventninger, utilstrekkelig informasjon om pasienter i forbindelse med overføringer og at koordinatorrollen i ARA ikke fungerte etter intensjonene. Mangel på oppfølging i ventetiden opplevdes som et problem. Det var for lite kontakt og samarbeid mellom aktørene, og det var for dårlig samordning mellom kommune, privat institusjon og TSB.

Helsetilsynet (2016a) har gjennomført en risikovurdering av tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelser. Formålet var å få en oversikt over utfordringene, identifisere hvor det var størst fare for svikt for uønskete hendelser, og å få tydeliggjort hva svikten bestod i. Dette skulle så brukes som grunnlag for å identifisere sentrale temaer og problemstillinger – sett fra et fagpanels side – i tilsynet av tjenestetilbudet for denne pasient- og brukergruppen i 2017 og 2018. Fagpanelet, som bestod av 25 representanter for ulike nivåer og enheter i helse- og omsorgstjenesten, NAV og bruker- og pårørendeorganisasjoner, identifiserte og rangerte 13 områder som de anså som mest risikoutsatte. Det var en felles oppfatning at en hovedutfordring var mangel på samtidig og integrert behandling av rusmiddelidelse og psykisk lidelse. Dette ble omtalt som det området hvor det var størst fare for svikt. Det ble påpekt at alvorlig syke pasienter rammes særlig hardt av en fragmentert og usammenhengende behandling. Det ble også poengtert at mange av disse pasientene heller ikke får ivaretatt sin somatiske helse godt nok. Hvis alvorlig somatisk sykdom blir oversett, som for eksempel hepatitt C, MRSA-smitte og kreft, er

det alvorlig svikt. Det er derfor også nødvendig at somatiske tilstander tas på større alvor i tjenestene til personer med ROP-lidelser.

Deloitte og Høgskolen i Sørøst-Norge (2016) har undersøkt insentiver og modeller for god samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid. Gjennom samtaler med representanter for kommuner, spesialisthelsetjeneste og relevante organisasjoner i det lokalbaserte rus- og psykisk helsearbeidet, ble det vektlagt at de økonomiske rammebetingelsene i for liten grad oppleves å stimulere til samhandling. Informanter fra kommunene rapporterte om en vesentlig ressursmangel, der det ifølge dem var utfordrende å vie nok ressurser til rus- og psykisk helsefeltet. De beskrev det også som utfordrende at spesialisthelsetjenestens prioriteringer ikke alltid gjenspeilet kommunens oppfatninger av hvilke målgrupper og brukergrupper som burde prioriteres. I studien påpekes det samtidig at det finnes en rekke gode erfaringer med vellykket samhandling i flere kommuner, noe som indikerer at eksisterende rammebetingelser og strukturer ikke nødvendigvis er til hinder for god samhandling i det lokalbaserte rus- og psykisk helsearbeidet. En hovedkonklusjon i studien var derfor at det til tross for ressursmangel og utfordrende organisatoriske rammer er mulig å utvikle gode modeller for samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid med dagens rammebetingelser og vilkår. Som eksempel løfter de frem tre modeller: (1) «ettnivåmodellen», som handler om å etablere lokale nettverk for samarbeid og integrerte tjenester; (2) «samtidighetsmodellen», som legger til grunn at ansvaret for utredning, vurdering, behandling og oppfølging ligger i førstelinje, mens andrelinjens funksjon er å gi støtte og konsultasjon til primærnivået, (3) «samhandlingsmodellen», som tar utgangspunkt i at en felles faglig forståelse og tilnærming legges til grunn for utvikling av tjenester som er tilpasset den enkeltes behov. Siden kommunene i Norge ofte er veldig ulike – både når det gjelder geografi, antall innbyggere og hvordan tjenestene innen psykisk helse og rus er bygd opp – anbefales det at aktørene utvikler og tilpasser en modell som er hensiktsmessig og virkningsfull ut fra lokale utfordringer og behov.

I den faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser henviser Helsedirektoratet (2012a) til flere internasjonale, randomiserte kontrollerte studier som fant at integrerte behandlingstiltak (altså at begge lidelser behandles samtidig og integrert av samme behandlingspersonell) ga bedre resultater enn ikke-integrerte tiltak (McLellan, Arndt, Metzger, Woody & O'Brien, 1993; Saxon & Calsyn, 1995; Charney, Paraherakis & Gill, 2001; Weisner, Mertens, Parthasarathy, Moore & Lu, 2001). Denne forskningen, påpekes det, er imidlertid ikke av så høy metodisk kvalitet at man kan konkludere endelig, men det er likevel rimelig god dokumentasjon på at personer med ROP-lidelser har nytte av å motta flere tiltak på en koordinert måte. Én av anbefalingene i retningslinjen er derfor at «behandling av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan» (Helsedirektoratet, 2012a, s. 60). Det viktigste ved integrert behandling, poengteres det her, er at pasienten opplever behandlingen som helhetlig, enten den er utført av et enkelt team eller av ulike enheter. Felles beslutningstaking mellom alle berørte parter er helt sentralt i den integrerte behandlingen.

Nettopp det at psykisk helse- og rusfeltet tradisjonelt har vært organisatorisk og faglig atskilt, er ifølge Fodstad og Christiansen (2014) en viktig grunn til at retningslinjen fra Helsedirektoratet kan være utfordrende. Mens behandlingen i rusfeltet kan karakteriseres som episodisk, er den helst kontinuerlig i psykisk helsefeltet. De to feltene har gjennom årtier utviklet egne tradisjoner og faglighet knyttet til hvordan forstå, møte og hjelpe personer med psykiske vansker og rusmiddelproblemer. Rusavhengighet har blitt sett på som sekundært i forhold til psykiske lidelser i psykisk helsefeltet, mens det motsatte gjelder i rusfeltet. Mye tyder dessuten på, påpeker Fodstad og Christiansen,

at mange profesjonelle fortsatt mener at rusavhengighet må behandles av andre – altså sekvensielt – før behandlingsopplegg i psykisk helsefelt kan igangsettes; rusen må først behandles i en dertil egnet institusjon eller ruspoliklinikk, og deretter kan DPS følge opp med behandling av psykisk lidelse og motivere for fortsatt avholdenhet.

K.-S. Pettersen og Rudningen (2014) undersøkte åtte etablerte samarbeidsmodeller rundt pasienter med ROP-lidelser og intervjuet omkring 80 ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, helseforetak og samarbeidende aktører (som NAV, fastlege/kommunelege/legevakt). De fant at samhandling rundt pasienter med ROP-lidelser blir spesielt vellykket hvis spesialisthelsetjenesten og kommunene legger til rette for tydelig ansvarsfordeling, samtidighet i tjenestene, dialog mellom involverte tjenester, gjensidig respekt og rask intervensjon når det er behov for det. Pasientforløpet til personer med ROP-lidelser er ikke ensartet og lineært, men kjennetegnet av langvarige, svingete forløp med høy risiko for tilbakefall. Samtidighet i tjenestene og møteplasser på både bruker- og systemnivå løftes her frem som viktige suksesskriterium for god samhandling mellom tjenester på samme nivå og mellom ulike tjenestenivå.

I fagboken *Dobbelt opp* omtaler Evjen, Øiern og Kielland (2012) det å hjelpe personer med ROP-lidelser som en del av et såkalt «wicked problem»: problemer som er vanskelige eller umulige å løse på grunn av ufullstendige, motstridende og endrete krav som ofte er utfordrende å gjenkjenne med én gang. Å løse en del av et *wicked problem* kan avdekke eller skape andre problemer. Løsninger på slike problemer betinger ikke bare samarbeid på langs og på tvers. Det fordrer også at tjenestene kan tilpasse seg kompleksitet og endring. I dag, skriver Evjen m.fl., mottar mange pasienter med ROP-lidelser samme tjeneste flere ganger.

I Gråwe (2016), som er en oversiktsartikkel om sentrale tiltak i pasientforløpet for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse, beskriver forfatteren hvilket omfattende ansvar kommunene har for pasientgruppen. Han lister opp følgende hovedansvarsområder som kommunen kan koordinere gjennom bruk av individuell plan og ansvarsgruppemøter: kartlegging av behov knyttet til rusbruk, somatisk helse, psykisk helse, psykososiale behov og hjelp knyttet til funksjonssvikt; behov knyttet til bolig, aktiviteter og arbeidsliv; henvisning til behandling (eventuelt tvangstiltak). Ideelt sett, påpeker han, bør kommunene som et minimum tilby disse differensierte tjenestene til personer med rusmiddellidelse og psykiske vansker:

- midlertidig boligtilbud i helseboliger med ulik grad av bemanning og boligsosial oppfølging
- akuttboligtiltak (heldøgnbemanning)
- dagtilbud med aktivitetssenter, helse- og sosialfaglig tilbud og ettermiddagstiltak
- ambulante og hjemmebaserte oppfølgingstiltak
- ROP-integreringsteam
- fastleger

Han påpeker samtidig at større kommuner bør ha mer differensierte tilbud, mens mindre kommuner gjerne kan slå sammen ulike tilbud for å spare ressurser og utgifter. Ulike tilbud som de mindre kommunene kan vurdere å samordne, er ifølge Gråwes anbefalinger integreringsteam for personer med ROP-lidelser og ambulante, akutte, døgn- og dagbaserte tilbud.

ULIKHETER I TILNÆRMING OG PERSPEKTIV

En annen av utfordringene som løftes frem i samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, er forankringen i ulike behandlingsskulturer eller faglige tilnærminger.

G. V. Hansen og Ramsdal (2014) har beskrevet hvordan ulike behandlingsskulturer er preget av ulike mål og ulike virkemidler. Med henvisning til Glouberman og Mintzberg (2001a, 2001b) løfter de frem et skille mellom behandling (først og fremst spesialisthelsetjenesten) og pleie og omsorg (først og fremst primærhelsetjenesten), to kulturer og perspektiver som varierer, men som begge er nødvendige for å skape et godt helhetlig tjenestetilbud til brukerne. De påpeker at personer med ROP-lidelser har flere sammensatte problemer som påvirker hverandre, der sykdomsforløp og prioriteringer ofte vil variere. Hvis helseinstitusjonene skal klare å forholde seg til den variasjon og usikkerhet som en slik situasjon skaper, er det viktig å være fleksible og tilpasse tjenestene underveis. En styringskultur som imidlertid er preget av formelle prosesser og regler for hva som skal gjøres, vil etter deres vurdering hemme de ansattes muligheter til å tilpasse seg brukernes behov på en adekvat måte (se også: G. V. Hansen & Ramsdal, 2015).

K.-S. Pettersen og Rudningen (2014) har undersøkt ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for personer med ROP-lidelser og voldsproblematikk. Også de løfter frem de faglige grenseflatene og de ulike profesjonene som arbeider med mennesker med ROP-lidelser, både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten, som en utfordring. I feltet rus- og psykisk helsearbeid, påpeker de, møtes leger med sine medisinske behandlingsspektiver og andre helsefaglige profesjoner som til dels har et mer sosialfaglig perspektiv. Et viktig premiss for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste er derfor forståelse for hverandres fagbakgrunn og pasienttilnærming; perspektivene må så langt det lar seg gjøre forenes, slik at spesialisthelsetjenesten og kommunen er omforent om muligheter og mål i arbeidet med pasienter med ROP-lidelser. Dette kan skje ved å etablere felles drøftingsarenaer, der man kan lære av hverandres erfaringer og perspektiver.

I en svensk studie av samhandling innenfor psykisk helsefeltet etter den svenske psykiatrireformen – basert på fem fokusgruppeintervjuer med i alt 32 deltakere, identifiserte Magnusson og Lützn (2009) to ulike perspektiver og tilnæringsmåter. De ansatte i spesialisthelsetjenesten hadde ifølge forfatterne i hovedsak en pasienttilnærming orientert mot sykdom, behandling og aktiv intervensjon. De kommunale helsearbeiderne hadde en mer klientorientert tilnærming med vekt på å planlegge, initiere og koordinere tjenester.

Tilsvarende funn kommer også frem i en kunnskapsoppsummering om pasientforløp for eldre pasienter med kronisk sykdom. Her fant Danielsen, Nilsen og Fredwall (2017) at den norske litteraturen beskrev ulikheter i tilnærming og perspektiv mellom spesialist- og primærhelsetjenesten som utfordrende for pasientforløpet. Dette ble dels knyttet til varierende perspektiv på behandling og funksjonsnivå, dels til forskjellig målforståelse og dels til ulik forståelse av pasientforløpet – variasjoner og ulikheter som ifølge forfatterne kan påvirke hvilke problemstillinger aktørene vektlegger, hva som forventes av forløpet, og hvor god kommunikasjonen mellom aktørene blir. I flere av studiene som ble omtalt i oppsummeringen, ble det påpekt at spesialisthelsetjenesten har en diagnoseorientert tilnærming med et relativt kortsiktig perspektiv, der pasientforløpet er basert på faglige retningslinjer for enkeltdiagnoser. I kommunehelsetjenesten er hovedmålet for pasientforløpet å ivareta pasientens samlede medisinske behov, funksjonsevne, mestringssevne og livskvalitet. Perspektivet er dermed bredere og mer langsiktig, der forløpet må tilpasses

pasienters preferanser og ivareta dem med flere diagnoser på en gang. Det pekes også på at helsepersonell i kommunen betrakter oppfølgingen av pasienter som kontinuerlig og ikke som noe som har en begynnelse og en slutt.

Gjennomføring av pasientforløp, hevder Grimsmo m.fl. (2015), beror på god koordinering og effektiv informasjonsflyt. Begrunnelsen for samhandlingsreformen er nettopp at denne type koordinering og informasjonsflyt ikke fungerte godt nok. De peker her på at det er et skarpt skille i eierskap og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – regulert av hvert sitt lovverk og styrings- og finansieringssystem. Skillet bidrar ifølge forfatterne til å tydeliggjøre oppgavefordeling, men det er utfordrende når det gjelder kontinuitet og sømløshet i pasientbehandlingen.

4.3 KUNNSKAP OM ARBEIDET MED LOVPÅLAGTE PLANER OG AVTALER

INDIVIDUELL PLAN OG PASIENTFORLØPET

Alle personer som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan hvis personen selv ønsker det. Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom brukeren og tjenesteapparatet og mellom de ulike tjenesteyterne. Retten til individuell plan har vært gjeldende siden den i 2001 ble rettighetsfestet i *Lov om pasientrettigheter*. Arbeidet med individuell plan blir omtalt som et viktig verktøy for å strukturere arbeidet på individnivå (Aspelund, Dyrkorn & Anker, 2011; Holum, 2012a; Humerfelt, 2012; Berven, Ludvigsen, Christensen & Nilssen, 2013). Samtidig løftes den frem som et verktøy for arbeid på systemnivå, særlig i form av styrket samarbeid, samhandling og ansvarsdeling mellom ulike aktører i hjelpeapparatet.

Ifølge en kartlegging Rambøll gjorde for Helsedirektoratet (2011a), hadde i gjennomsnitt 0,58 prosent av befolkningen en individuell plan. Det var relativt store variasjoner mellom fylkene: Det var flest individuelle planer per innbygger i kommunene i Finnmark, Nord-Trøndelag og Hedmark og færrest individuelle planer per innbygger i kommunene/bydelene i Vestfold, Oslo og Akershus.

Ifølge Riksrevisjonen (2016) svarte 60 prosent av kommunene at pasienter med behov for individuell plan, i stor eller svært stor grad faktisk får dette. 36 prosent av kommunene rapporterte at de i noen grad fikk det. 55 prosent av kommunene mente imidlertid at individuell plan bare i noen grad bidro til at pasientene fikk en helhetlig og koordinert oppfølging i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, mens 25 prosent svarte at planen i stor eller svært stor grad ga slike bidrag. Halvparten av kommunene og helseforetakene mente dessuten at koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidro til å sikre helhetlige pasientforløp for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Til dette bemerker Riksrevisjonen at individuell plan er et etablert, lovfestet virkemiddel og at man derfor kunne ha forventet at samarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene var kommet lenger på dette området.

Aspelund m.fl. (2011) gjennomførte kvalitative intervjuer med ledere, ansatte, brukere og ulike deler av hjelpeapparatet i 26 kommuner. De fant at det varierte fra kommune til kommune hvor aktivt individuell plan ble brukt. Én av utfordringene som ble identifisert, var at planene ble betraktet som et omfattende verktøy som var tidkrevende å bruke. En annen utfordring var at enkelte av kommunene ikke hadde systemer som var godt nok tilrettelagt for bruk av individuell plan. I rapporten ble det også løftet frem eksempler

på hvordan to kommuner (Haugesund og Kristiansand) har løst utfordringer knyttet til individuell plan og skapt gode resultater i dette arbeidet. Dette handlet blant annet om å forenkle planene og om å presentere dem for brukerne så konkret og enkelt som mulig (la brukerne se nytteverdien av en slik plan). Dette er også blant de sentrale anbefalingene Aspelund m.fl. kom med i studien.

Humerfelt (2012) undersøkte i sin doktoravhandling om individuell plan førte til at brukere med omfattende rusmiddelproblemer mottar koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. I studien, som var basert på kvalitative intervjuer med brukere og helse- og sosialarbeidere, rettet hun også blikket mot hva som fremmer og hemmer brukarmedvirkning i dette arbeidet. Ett av hovedfunnene var at individuell plan ikke førte til koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. Helse- og sosialarbeiderne hadde ulik forståelse av hvilken betydning den individuelle planen skulle tillegges i oppfølgingen av den enkelte brukeren. Mange av brukerne påpekte dessuten at oppfølgingen ofte var mangelfull. De ansatte kunne møte dem med en regelorientert tilnærming, og det ble fortalt om manglende deltakelse i ansvarsgruppene, sviktende oppfølging av tiltak i planen og manglende interesse for brukernes medvirkning. Dette var ifølge studien med på å bekrefte deres tidligere dårlige erfaringer med hjelpeapparatet, det påvirket selvbildet og selvtiliten i negativ retning, og det gjorde noe med håpet om å kunne få en bedre fremtid. For å lykkes med individuell plan for personer som har omfattende og langvarige rusmiddelproblemer, mente brukerne blant annet at det var viktig å tro på deres mulighet til å forbedre egne liv, informere dem fra dag én om individuell plan, ta hensyn til dårlige hukommelse og konsentrasjonsproblemer og i størst mulig grad unngå fagterminologi. Det var videre nødvendig å legge til rette for lange relasjoner til én bestemt helse- og sosialarbeider slik at sensitive temaer kunne tas opp. Det var viktig at brukernes beskrivelser av egen situasjon (som bruk av rusmidler) ikke førte til sanksjoner. Slik kunne planen være basert på deres reelle liv. Det var også vesentlig at alle involverte helse- og sosialarbeidere prioriterte å delta i ansvarsgruppene og fulgte opp de planlagte tiltakene.

I en annen doktoravhandling har Holum (2012a) undersøkt iverksettelsen og bruken av individuelle planer i psykisk helsevern. Studien, som bestod av tre artikler (Holum, 2012b, c; Holum & Toverud, 2013), baserte seg på kvalitative intervjuer med 22 ledere på ulike nivåer innen psykisk helsevern, 19 pasienter og sju pårørende, 19 koordinatorene, to behandlere og seks representanter fra fire ulike brukerorganisasjoner. I en sammenfatning av funnene fra de tre artiklene påpekte Holum at det i noen planprosesser var så høy grad av kompleksitet at planen i praksis var ikke-eksisterende (Holum, 2012a). Dette gjaldt i særlig grad brukere med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse. Ingen ville påta seg koordinatorrollen, og det var krevende å avklare hvilke instanser som skulle ha ansvar for hva. Ifølge forfatteren syntes ikke individuell plan å ha effekt når det var snakk om å utløse ressurser, avklare hvilke instanser som var ansvarlige for hva, eller løse samarbeidsproblemer. I andre prosesser fungerte den etter intensjonen, og planarbeidet på sitt beste kunne bidra både til en godt koordinert helhet og fungere som et tilnærmet terapeutisk verktøy. De prosessene der planen fungerte godt og der brukere var fornøyd både med den og behandlingen, hadde en del felles kjennetegn, som å tilpasse overgangen, sørge for fleksibilitet og tjenester tilpasset brukerens behov, bruke et språk uten for mye fagterminologi og legge til rette for dialog og for små og forutsigbare ansvarsmøter. Det var også sentralt at det ble skapt realistiske forventninger til hva planarbeidet kunne bidra til, at koordinator så og nyttiggjorde seg pasientens ressurser og at planen ble laget sammen med pasienten. Holum løftet også frem betydningen av at deltakende aktører i planarbeidet følger opp avtaler, stiller på møter og bruke planene aktivt på møter – gjerne som agenda på ansvarsgruppemøtene.

Berven m.fl. (2013) har evaluert ordningen med individuell plan som et styrings- og koordineringsverktøy i norske kommuner. Studien er blant annet basert på data fra en surveyundersøkelse som i 2013 ble sendt til administrasjonsledere og enhetsledere i barnevern og psykisk helsetjeneste i 100 kommuner. Forfatterne fant at den administrative ledelsen i kommunene var lite involvert og kun til en viss grad interessert i planen som styringsverktøy. Individuell plan fungerte dermed først og fremst som et koordinerende styringsverktøy for tjenesteyterne.

SAMARBEIDSAVTALER OG PASIENTFORLØPET

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er ett av virkemidlene i samhandlingsreformen. Samarbeidsavtalene skal fremme samhandlingen ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen, og de skal etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Slik skal avtalene etter intensjonen både bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c).

I en undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak fant Williksen, Bringedal, Snåre og Hall (2014) at de lovpålagte samarbeidsavtalene ble opplevd som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling. I studien, som var basert på workshops og 30 kvalitative intervju med ansatte i kommuner og helseforetak, fremgår det også at avtalene hadde bidratt til å tydeliggjøre ansvar og oppgavefordeling og på den måten bedret samarbeidet mellom partene. Hovedutfordringen var antallet avtaler og graden av detaljer. Avtaleverket beskrives av studiens informanter som omfattende, noe som igjen førte til høy ressursbruk hos kommuner og helseforetak. Mange av informantene rapporterte at de ikke hadde avtaler som dekket området psykisk helse og rus. De som imidlertid hadde avtaler på disse områdene, eller var i ferd med å utarbeide det, fortalte om runde og til dels vage formuleringer. Dette kobles først og fremst til at det var mye usikkerhet blant informantene omkring rus og psykisk helse. Denne usikkerheten handler dels om områdenes kompleksitet og dels om en opplevelse av lite informasjon om kommende endringer og føringer fra nasjonalt hold. En gjennomgående utfordring som informantene trakk frem, var samarbeidet med fastlegene. De opplevde at fastlegene var vanskelige å få med i avtaleprosessen, at de var for lite involvert i kompetanseutvekslingen og at de ikke hadde en aktiv nok rolle knyttet til pasientene – noe som av flere ble satt i sammenheng med fastlegeordningen og at fastlegene ikke var en avtalepart.

Martens og Veenstra (2015) undersøkte hvilken betydning samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetak så ut til å ha for samarbeid, konfliktnivå og mekanismer for tvisteløsning. Studien var basert på en rekke kilder: en gjennomgang av saker i den nasjonale tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren, en spørreundersøkelse blant nøkkelpersoner i et utvalg kommuner og alle helseforetak og intervjuer med ansatte i fire kommuner. På bakgrunn av dette fant forfatterne at de nasjonale føringene (lovgiving og nasjonal veileder med maler) hadde bidratt til en forholdsvis ensartet praksis i struktur og innhold i avtaleverket. De fant videre at samarbeidsavtalene ikke hadde medført vesentlige endringer i måten samarbeidet ble opplevd på av helseforetak og kommune. Samarbeidet ble i det vesentlige beskrevet som godt. Avtalene hadde gitt kommunen et juridisk verktøy i ansvars- og oppgavefordelingen, men ikke ført til økt opplevelse av likeverd.

I en annen publikasjon, basert på de samme data som i den nettopp nevnte rapporten, påpekte Gautun, Martens og Veenstra (2016) at samarbeidsavtalene kan være en god

ramme for samhandling mellom sykehus og kommune, men at de ikke kan erstatte den daglige dialogen omkring utskrivning av pasienter til kommunale pleie- og omsorgstjenester. Informantene fra kommunene ga også uttrykk for at de opplevde det som en stor utfordring at pasienter skulle flyttes hurtigere fra det ene nivået til det andre, noe som stilte store krav til kommunehelsetjenesten. Studien antydte at spenningsnivået kan ha økt etter samhandlingsreformen, men det var ifølge forfatterne uklart om konfliktene kunne ha vært større eller mindre dersom avtalene ikke hadde vært på plass.

Evalueringsprosjektet «Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen» (SPIS) inngikk i Forskningsrådets overordnede evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). I sluttrapporten for SPIS, sammenfattet av Løhre og Grimsmo (2015), påpekes det at tidligere samarbeidserfaring var viktig når kommuner og helseforetak møttes som parter ved forhandlingsbordet. En kvalitativ studie i prosjektet, som sammenliknet forhandlingsprosesser i de fire regionale helseforetakene, fant at avtaleforhandlingene var preget av interessekonflikter og asymmetriske maktforhold i starten (Ljunggren, Solbjør & Kleiven, 2015). Forskjellene mellom de fire forhandlingsprosessene gjenspeilet erfaringer med tidligere samarbeid. For kommuner som var vant til å samarbeide med foretaket, bar prosessene preg av mer tillit og likeverd, mens kommuner som hadde en tynn samarbeidshistorikk, uttrykte mer mistillit. Kommuner slo seg imidlertid sammen for å stå sterkere i forhandlinger med foretaket og hadde suksess med det, ifølge Ljunggren m.fl. Hovedtyngden av resultater fra SPIS-prosjektet viste imidlertid et klart asymmetrisk forhold mellom kommuner og helseforetak (Grimsmo, 2013; Gjerde, Torsteinsen & Aarseth, 2015). Denne opplevde asymmetrien og misnøyen ga dårlig grobunn for likeverd mellom kommuner og helseforetak i første fase av samhandlingsreformen (Løhre & Grimsmo, 2015). Likevel synes det som om de tidligste avtaletekstene hadde en intensjon om å ivareta likeverdet mellom kommuner og helseforetak (Kirchhoff, Grimsmo & Brekk, 2015), noe som ifølge sluttrapporten kan ha sammenheng med at prinsippet om likeverd var løftet høyt i forarbeidene til reformen, og at de som utformet avtalene, bestrebet seg på å få dette med i teksten (Løhre & Grimsmo, 2015). Identiske avtaler innen samme foretak tydet på at avtalene i store trekk ble utformet av helseforetaket, med begrunnelse i lik pasientbehandling og enklere administrasjon (Kirchhoff m.fl., 2015; Ljunggren m.fl., 2015). I sluttrapporten anbefales det at antall avtaleområder bør reduseres for å skape muligheter for mer og bedre oppfølging på det enkelte område. Generelt bør dessuten samarbeidsavtalene mellom kommune og foretak følges tettere opp, og spesielt må foretakene etablere og gjennomføre bedre oppfølgingstiltak. Det pekes også på viktigheten av å oppnå større likeverd mellom foretak og kommuner og av å løfte frem og innhente brukererfaringer mer systematisk (Løhre & Grimsmo, 2015; Forskningsrådet, 2016).

Riksrevisjonen (2016) har undersøkt om samhandlingsreformen har bidratt til bedre ressursutnyttelse og kvalitet i tjenestene. I undersøkelsen, som i hovedsak omfattet perioden fra 2012 til september 2015, fremgikk det at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten etter riksrevisorens vurdering ikke var godt nok. Et flertall av kommunene opplevde ifølge undersøkelsen at samarbeidsavtalene la til rette for helhetlige pasientforløp og for godt samarbeid og god arbeidsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Rundt halvparten av kommunene synes imidlertid at det var utfordrende å etterleve kravene som ble stilt i avtalene i den praktiske utførelsen av arbeidet. En like stor andel mente at helsepersonell i egen kommune ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til innholdet i avtalene, mens seks av ti kommuner opplevde at ansatte i spesialisthelsetjenesten ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til avtalene. Noen kommuner og helseforetak påpekte også at både antallet avtaler og kravene til det detaljerte innholdet i disse var for omfattende. Mens nær alle

kommunene mente at samarbeidsavtalene klargjorde oppgave- og ansvarsfordelingen for de utskrivingsklare somatiske pasientene, rapporterte under halvparten av kommunene det samme for pasienter innen psykisk helse og rus.

Deloitte og Høgskolen i Sørøst-Norge (2016) har, som nevnt i forrige delkapittel, undersøkt insentiver for god samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid. I samtaler med representanter for kommuner, spesialisthelsetjeneste og relevante organisasjoner i det lokalbaserte rus- og psykisk helsearbeidet fremgikk det at det hadde vært en rekke gode erfaringer med vellykket samhandling i flere kommuner. Samtidig uttrykte de samme informantene også behov for endringer, noe som særlig ble knyttet til likeverdighet i samarbeidet mellom nivåene. De anbefalte særlig å etablere arenaer der lokal ledelse for begge nivåer kunne møtes for felles å definere hva som var utfordrende. Inngåelse av formelle samarbeidsavtaler ble foreslått som en slik arena, men dette fordret ifølge informantene at avtalene ble tilpasset behov og intensjoner knyttet til rus og psykisk helse. Felles diskusjoner og avtaler mellom helseforetak og grupper av kommuner kunne også bidra til mer konstruktive avtaler. Forfatterne påpekte at god samhandling krever forankring på ledernivå, og at ledelsen lokalt aktivt må legge til rette for og kreve at samarbeid gjennomføres. De bør derfor ha en sentral rolle i å definere, utvikle og vedlikeholde gode samhandlingsmodeller.

4.4 KUNNSKAP OM FASTLEGER OG PASIENTFORLØPET

Alle pasienter i Norge kan velge en fastlege, og all primærkontakt med helsevesenet, utenom akutt hjelp, skal gå gjennom fastlegen. Fastlegene er derfor også sentrale aktører både ved innleggelse og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten, de har en sentral rolle i å avklare og koordinere ansvar og å gi pasientene riktig tilbud til riktig tid (Heimly & Hygen, 2011; Sjetne & Holmboe, 2014; Den norske legeförening, 2015; Helsetilsynet, 2016b).

Ifølge en studie av Ose og Slettebak (2014), basert på svar fra 312 kommuner og Oslobydelser, svarte 80 prosent av kommunene at de generelt har et godt samarbeid med fastlegene. Det er likevel stor variasjon mellom fastleger når det gjelder hvor god kompetanse de har på psykiske lidelser og problemer og hvor interessert de er i problemstillinger rundt psykisk helse. Fastlegene er ifølge undersøkelsen generelt godt involvert i enkeltpasienter, men de er i mindre grad involvert i utviklingsarbeid i tjenesten og i plan- og systemarbeid. En del små kommuner sliter med at fastlegene skifter hyppig, noe som går ut over brukernes opplevde kontinuitet og tjenestetilbud. Faste samarbeidsmøter med fastlegene er et ønske fra kommunene, og de av kommunene som har etablert et slikt samarbeid, ser i større grad ut til å være fornøyd med legens involvering. Kommunalt ansatte leger ser også ut til å gi større legeinnsats i det psykiske helsearbeidet.

Bjørn (2014) omtaler i sluttrapporten for et samhandlingsprosjekt i Vestfold hvor sentral fastlegenes deltakelse er i samarbeidet rundt pasienter med ROP-lidelser. Den engasjerte fastlegen kan som regel bidra til brede og gode løsninger for pasienter med store og sammensatte hjelpebehov. I de tilfellene der fastlegen ikke engasjerer seg, blir dette merkbart – særlig fordi pasienter med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse også har en betydelig somatisk oversykkelighet. Ifølge erfaringene fra samhandlingen mellom fem kommuner i Vestfold og spesialisthelsetjenesten er det to forhold som går igjen når samarbeidet med fastlegen ikke lykkes: (1) Mens kommunikasjonen rundt en pasient i kommunehelsetjenesten vanligvis foregår direkte mellom fastlegen og en lege i spesialisthelsetjenesten, er situasjonen på ROP-området i de fleste tilfeller en annen. Her er

kommunens øvrige tiltaksapparat i førerretet og hovedkontakten i spesialisthelsetjenesten er som regel ikke lege. Dersom fastlegen ikke har vært tydelig inne i en tidlig fase av utredning og henvisning, blir han eller hun lett glemt i informasjonsprosessen underveis i forløpet og rundt utskriving og tilbakehenvisning. (2) Enkelte fastleger har dårlige erfaringer med pasienter med avhengighetsproblematikk og løser dette ved å trekke seg unna saker der dette er en del av bildet.

K.-S. Pettersen og Rudningen (2014) undersøkte åtte etablerte samarbeidsmodeller og intervjuet omkring 80 ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, helseforetak og samarbeidende aktører (som NAV, fastlege/kommunelege/legevakt). I studien løftes kort vei inn til spesialisthelsetjenesten ved forverret sykdomsbilde som et suksesskriterium i samarbeidet med kommune og spesialisthelsetjenesten. For å kunne gi riktig hjelp til riktig tid bør henvendelser ifølge forfatterne også kunne skje utenom fastlegesystemet. Dette ble dels knyttet til ventetid på time hos fastlege og dels til at mange pasienter med ROP-lidelser har en svak relasjon til fastlegen. Det ble også påpekt at legevakten kan være bemannet av leger med lite kjennskap til pasienten og de kommunale tjenestene, noe som ifølge Pettersen og Rudningen kan være et hinder for å skape gode pasientforløp. Det er ofte ansatte i kommunale tjenester som har den daglige kontakten med pasienter med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse og som dermed kan se når sykdomsbildet forverres og andre instanser må trå til. Gode samhandlingsmønstre mellom kommune og spesialisthelsetjenesten kjennetegnes her av at spesialisthelsetjenesten er lydhør overfor kommunale tjenester når de ber om hjelp og har mulighet til å iverksette tiltak umiddelbart.

Sjetne og Holmboe (2014) har undersøkt hvordan fastleger i Norge vurderer samarbeidet med DPS. Alle fastlegene i Norge, i alt 4328 personer, fikk i 2014 tilsendt et spørreskjema, som ble besvart av 2027 av dem (46,8 prosent). Sammenliknet med tidligere tilsvarende studier i Norge viste denne undersøkelsen en positiv utviklingstendens i hvor tilfredse fastlegene var med sentrene. Det ble særlig funnet en forbedring i støtten fastlegene fikk i akutte situasjoner og i deres vurdering av bemanningen i DPS-et. Når det gjaldt fastlegenes opplevelse av veiledning fra sentrene, var dette et punkt hvor det ble uttrykt størst misnøye. Dette gjaldt spørsmål om hvorvidt DPS-et tilbød organisert veiledning og fagdager med god kvalitet, om fastlegene hadde samarbeidsmøter og om fastlegen fikk nødvendig faglig støtte fra DPS-et i sin egen pasientbehandling. Når det kom til i hvilken grad sentrene tok fastlegen vurderinger på alvor og i hvilken grad de avviste henviste pasienter, ble det målt en statistisk signifikant tilbakegang. Denne tilbakegangen gjaldt særlig i Helse Sør-Øst. Det ble også funnet en liten tilbakegang i skåren på «Ventetid nasjonalt», men endringen var ikke statistisk signifikant.

I en studie av fastlegenes rolle i samhandlingsreformen pekte Kirchhoff, Bøyum-Folkeseth, Gjerde og Aarseth (2016) på at denne yrkesgruppen fremstod som distanserte når det kommer til å realisere intensjonen om integrering og koordinering av helsetjenester. Forfatterne gjennomførte dokumentanalyser av sentrale lovtekster og styringsdokumenter, og de foretok i 2013 kvalitative intervjuer med 41 rådmenn i 36 kommuner og 31 andre representanter for helse- og omsorgstjenestene i seks kommuner. I tillegg bygde de studien på svar fra 347 fastleger som ble gitt til Helsetilsynet mellom 2014 og 2015. I studien kom det frem at informantene viste mye velvilje og interesse for å utvikle samarbeidet med legetjenesten i tråd med samhandlingsreformens ambisjoner. Samtidig ble det uttrykt skuffelse over fastlegenes manglende involvering. Langt på vei syntes det å være akseptert at fastlegene stod utenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og både rådmenn, fastlegene selv og andre kommuneansatte tegnet et bilde av fastlegene som noe distanserte når det kom til reformen og dens virkemidler.

4.5 KUNNSKAP OM RELASJONENES BETYDNING FOR PASIENTFORLØPET

I en studie fra et ambulans oppfølgingsteam i Oslo kommune for personer med ROP-lidelser – opprettet for å gi et helhetlig, samordnet og langsiktig oppfølgings-tilbud til brukerne i boligen deres, fant Fugletveit og Hansen (2013) at fleksibilitet ga brukertilpassete tjenester og fornøyde brukere. I studien, som var basert på kvalitative intervjuer med 19 brukere, ansatte, samarbeidspartnere og pårørende, fant forfatterne at teamet hadde en arbeidsform preget av fleksibilitet og av å tilpasse seg brukernes behov og ønsker. Dette oppfattet både brukerne og de ansatte som positivt. Teammedlemmene var også fleksible når det gjaldt å tilpasse tjenestene til de tider brukerne hadde behov for tjenestene, og til de stedene brukerne føler at de best kunne nyttiggjøre seg dem. Ambulante tjenester så dermed ut til å være særlig viktig for personer med ROP-lidelser. Brukerne rapporterte at de opplevde å være ivaretatt og respektert av teammedlemmene. De ansatte i teamet ble oppfattet som fleksible, noe som bidro til at brukerne fikk en menneskelig støtte ut over det som ellers gjerne ble forbundet med en vanlig profesjonell relasjon.

Almvik, Sagsveen, Olsø, Westerlund og Norvoll (2011) har undersøkt hva som kjennetegner hjelpen til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Studien baserte seg på kvalitative intervjuer og deltakende observasjon av ansatte og brukere tilknyttet to oppsøkende team i Norge. Forfatterne identifiserte tre områder som skilte seg ut som viktige for den gode hjelpen: (1) nye samarbeidsformer på hverdagens arenaer; (2) kontaktetablering gjennom praktisk og pragmatisk orientert hjelp; (3) betydningen av fleksibel og tilgjengelig hjelp gjennom «å ha noen der». Det daglige arbeidet i teamene ble beskrevet som omfattende og variert, der det meste av arbeidet ble relatert til oppfølging og hjelp av brukere og pasienter – gjennom samtaler ansikt til ansikt, tekstmeldinger, telefon, samvær og sosiale aktiviteter. I bunnen lå det som omtales som en langsiktig forløpsforståelse, men hvis det oppstod kriser, ble perspektivet ifølge informantene kortsiktig og løsningsorientert med utgangspunkt i brukernes liv og behov i hverdagen. Brukerne og fagfolkene formidlet at kjernen i samarbeidet var en relasjon som var kjennetegnet av tillit og trygghet. Ifølge Almvik m.fl. viste studien betydningen av samarbeidsformer som liknet på dagliglivets samhandling mellom folk flest. Individuelt tilpasset hjelp basert på et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk ble beskrevet som nøkkelen til god hjelp. Dette utfordrer, påpeker forfatterne, en tradisjonell forståelse av behandling som har oppmerksomheten rettet mot standardiserte metoder der fagfolkene fremstår som eksperter.

I en annen studie, basert på det samme intervju materialet, undersøkte Olsø, Almvik og Norvoll (2014) relasjonenes betydning for samarbeidet mellom brukere med ROP-lidelser og fagpersoner. De analyserte intervjuer med ni brukere og 19 ansatte i de to oppsøkende teamene og fant at det var stor grad av enighet om hva som kjennetegnet god hjelp. Begge gruppene løftet frem betydningen av at samværet foregikk gjennom hverdagslige aktiviteter, og både brukerne og de ansatte så dette som en viktig forutsetning for at relasjonen ble mer likeverdig og preget av personlig kontakt. Slik synliggjorde studien ifølge forfatterne betydningen av det uformelle og lite standardiserte hjelpearbeidet som fagpersoner fra ulike yrkesgrupper ofte utfører i møte med brukerne. Samtidig tydeliggjorde den viktigheten av å etablere organisasjonsformer som på en god måte understøtter denne typen arbeid.

Boken *Et bedre liv* handler om historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl

& Biong, 2016). Recovery knyttes her i særlig grad til en sosial og personlig prosess: til det å arbeide for tilhørighet i lokalmiljøet og finne frem til et liv utenfor problemene til tross for følelsesmessige og sosiale utfordringer. 14 personer som har oppnådd bedring fra rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer, har her selv skrevet om hva de mente var viktig i behandlingsforløpet og prosessen frem mot et bedre liv. Disse tekstene er så dels kommentert og dels brukt som inngang til nye studier av et utvalg fagpersoner. Ifølge Lien (2016) viser de 14 historiene i boken at mange møtte en behandling som ikke var helhetlig og integrert, der pasientene selv blant annet måtte sørge for behandling av rusmiddelplager og somatisk sykdom når de var i psykisk helsevern og omvendt. Han vektlegger at recovery-orientert tilnærming innebærer at pasienten deltar i alle avgjørelser om eget liv, og han fremhever betydningen av at psykologer og fastleger er oppmerksomme på de delene av pasientenes liv som handler om bolig og arbeid, utdanning og relasjon til andre. God diagnostikk og tradisjonell behandling med medikamenter og samtaler er fremdeles viktig, men dette er bare en del av behandlingen i pasientforløpet, skriver han: «Mer enn å dempe symptomer er det å legge til rette for passende arbeid, en god bolig og et meningsbærende liv det viktigste for alle mennesker, inkludert personer med ROP-lidelser» (Lien, 2016, s. 169).

Også Lauveng (2016) er opptatt av hvor forskjellig opplevelsene med helsevesenet har vært for de 14 personene, og hvor ulike tiltak som behøves. Det som var feil på ett tidspunkt, blir riktig på et annet tidspunkt, et annet sted og med andre mennesker. Ett av fenomenene historiene har felles, er imidlertid den livsendrende betydningen av å bli sett som et unikt menneske av andre unike mennesker. Det handler om forskjellen mellom å bli behandlet og å samhandle, og slik, skriver Lauveng (2016, s. 173), kommer disse 14 fortellingene «som et knyttneveslag inn i et samfunn som roper etter pakker og standardiserte løsninger»:

For mennesker nytter det ikke med standardiserte pakker eller «en størrelse passer alle» – det er disse fortellingene overtydelige på. Mennesker trenger gjensidige relasjoner med andre mennesker. Så vi i fellesskap kan samhandle om hva akkurat denne personen trenger, akkurat nå, for å utvikle seg videre, og finne igjen sitt unike selv i et fellesskap av andre.

Som grunnlag for å lage en rusmelding for Oslo kommune ble brukere og pårørende intervjuet om sine erfaringer og refleksjoner (Fauchald, Audestad, Paulsen, Heggset & Mørkrid, 2017). Hvordan den enkelte ble møtt idet de enten ble tilbudt eller selv oppsøkte hjelp, ble her beskrevet som avgjørende. Å bli møtt med forståelse og tillit, der tjenestemottaker og tjenesteapparat ble opplevd å være på samme lag, og der pasienten eller brukeren selv var med på å bestemme retning, var ifølge brukere og pårørende svært viktig for å etablere gode relasjoner. Flere brukere hadde imidlertid opplevd å bli fratatt ansvar og kontroll over egen tilværelse ved at tjenesteapparatet satte premisser for hva og hvordan hjelpen skulle gis. Enkelte mente også at tjenesteapparatet ofte var mer opptatt av problemer enn å kartlegge den enkeltes ressurser.

Bjørkquist og Hansen (2017) vektlegger at helhetlige tjenestetilbud til pasienter med ROP-lidelser i mange tilfeller også inkluderer pårørende. I en studie av samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser gjennomførte de seks gruppeintervjuer med bruker- og pårørenderepresentanter og ansatte i DPS, ruspoliklinikk, kommunens tildelingskontor og kommunens tjenesteytere. Samproduksjon forstås her som prosesser som skal involvere brukere og pårørende, styrke kvaliteten på tjenestene og bidra til effektivitet. De fant at pårørende i liten grad deltok i beslutninger, planlegging og utforming av tjenesten. Pårørendeinformantene var svært samstemte om at de opplevde å få et stort

ansvar med å følge opp sine brukere. De opplevde at de ikke ble hørt eller fikk gitt utfyllende informasjon om brukeren og forhold rundt vedkommende til tjenesteyterne. Samtidig bidrar pårørende med omfattende oppfølging av ROP-brukere, og de vil derfor ifølge studien kunne være sentrale aktører i en samproduksjonsprosess. Delt beslutnings-taking og etablering av gode møteplasser, for eksempel gjennom involvering av pårørende i arbeidet med individuell plan, løftes frem som mulige forbedringspunkter.

Brekke, Lien, Davidson og Biong (2017) har undersøkt hvordan personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse opplever og beskriver recovery. Studien er basert på kvalitative intervjuer med åtte voksne personer som hadde ROP-lidelser. Informantene knyttet ifølge forfatterne fire forhold til recovery: (1) å føle seg godtatt, akseptert og til nytte i lokalsamfunnet; (2) å oppleve å bli glad i og respektere seg selv; (3) å oppleve at man kan mestre hverdagslivet; (4) å tre frem som en person, der en opptrer i tråd med egne verdier og med gjenoppdagete ferdigheter. Informantene løftet samtidig frem økonomisk usikkerhet, manglende bolig og utrygge eller dårlige boforhold som de største hindringene for recovery. Slik peker studien på viktigheten av at lokalsamfunnet kan bidra til recovery ved å anerkjenne personer med ROP-lidelser som medborgere med ressurser som kan brukes i fellesskapet. Og slik betoner den at økonomi og akseptable boforhold er sentralt i bedringsforløpet.

Dahle og Iversen (2011) intervjuet 13 pasienter med erfaringer fra døgnopphold ved institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å få bedre kunnskap om hvilke sider ved behandlingstilbudet som oppleves som avgjørende for pasientene. De fleste av informantene hadde misbrukt rusmidler i mange år, og de hadde erfaring fra flere institusjonsopphold. I studien ble det identifisert fire områder som informantene – på tross av ulike behov og meninger om tilbudet de mottok – var enige om var viktige: god mottakelse og trygge rammer, bli tatt på alvor og respektert, ha tilgjengelige ansatte og meningsfulle programmer og å få god og tett oppfølging etter utskrivning. Ifølge Dahle og Iversen underbygde studien hvor viktig det er at ansatte er bevisst på å skape gode relasjoner, og hvor avgjørende det er at pasientene opplever å ha trygge rammer, relevante aktiviteter og ikke blir overlatt til seg selv etter at oppholdet er over.

I en kunnskapsoppsummering har Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen og Duckert (2013) undersøkt risikofaktorer for å avbryte behandlingen (droppe ut) ved rusinstitusjoner. De analyserte 122 studier fra tidsperioden 1992–2003 og fant at 91 prosent av studiene konsentrerte seg om risikofaktorer som alder, kjønn, utdanning, sivilstatus, kognitiv fungering, diagnose og psykisk helse. Bare en liten håndfull – 4 prosent – var opptatt av om avbruddet kunne relateres til noe ved terapeuten eller behandlingsopplegget. Dette tydelige blikket mot pasientfaktorer knyttet forfatterne til den tradisjonelle medisinske forståelsen som har preget rusforskningen. Selv om de fleste pasientfaktorene ifølge Brorson m.fl. fremstod som uvesentlige når det gjaldt å forutsi hvem som droppet ut, anbefalte de at behandlerne særlig må være oppmerksomme på pasienter som er unge, har svekket kognitiv fungering eller har diagnose for dyssosial personlighetsforstyrrelse. De fant videre, basert på de forholdsvis få studiene som undersøkte dette, at god behandlingsallianse mellom terapeut og pasient minsket sjansen for avbrudd fra behandlingen. Høy eller lav grad av allianse fremstod slik som en av de mest lovende faktorene for å kunne forutsi hvem som droppet ut, noe som peker mot at behandlere ikke skal forsøke å kontrollere høyrisikopasienter, men i stedet involvere dem i viktige beslutninger som gjelder behandlingen.

Ormbostad, Dale, Gjengedal og Stallvik (2017) har sett nærmere på faktorer som virker inn ved avbrudd fra døgnbehandling for pasienter med rusmiddellidelse. Studien var basert på dokumentanalyse av journalmateriale og kvalitative intervjuer med to mannlige pasienter og deres behandlere. Forfatterne identifiserte tre forhold som kunne

ha betydning for avbrudd: sårbarhet med hensyn til psykisk helse, rusrelaterte symptomer og mentalt stress; uro og utrygghet i miljøet på institusjonen ved avbruddtidspunktene; krav og forventninger i behandlingen som oppleves belastende. De fant også at avbruddene synes å ha vært gjennomtenkt og ikke-impulsive, samtidig som at de var vanskelig å forutse ut i fra journalnedtegnelsene.

Nesvåg m.fl. (2017) har undersøkt hvem som dropper ut fra langtids døgnbasert rusbehandling i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddellidelse i et helseforetak. Institusjonen ga tilbud til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse i alderen 18 til 30 år. 50 pasienter ble rekruttert til studien i løpet av tre år, og informasjon ble innhentet på tre tidspunkt i forløpet; første gang innen to uker etter inntak, andre gang ved utskriving og tredje gang ett og et halvt år etter utskriving fra sengeposten. I studien ble det funnet at det var økt risiko for å droppe ut på et tidlig tidspunkt i behandlingen hvis de var yngre pasienter med et lavt utdanningsnivå. Risikoen for å droppe tidlig ut ble redusert for de pasientene som ble tilbudt flere runder med døgnbasert behandling og behandlingsforberedende tiltak – i motsetning til dem som fikk tilbud om en kort avrusing eller poliklinisk behandling før inntak.

Ness, Borg og Davidson (2014) har i en kunnskapsoppsummering undersøkt hva personer med ROP-lidelser mente bidro til og forhindret recovery. De undersøkte førstepersonfortellinger gjengitt i sju fagfellevurderte internasjonale forskningsstudier publisert mellom 2000 og 2013. Det å ha en meningsfull hverdag ble identifisert som én av tre overordnede faktorer for recovery. Arbeid, deltakelse i meningsfulle aktiviteter og hobbyer bidro ifølge studiene både til opplevelse av tilhørighet og stabilitet. Den andre overordnede faktoren var å konsentrere seg om egne styrker og være orientert mot fremtiden. Dette handler blant annet om å forsøke å akseptere at fortiden hadde vært vanskelig og ha tro på at endring var mulig. Den tredje faktoren som ble identifisert, var viktigheten av å gjenskape et sosialt liv og bygge relasjoner med andre mennesker. Det å kunne leve et sosialt liv bidro til å forebygge ensomhet og kjedsomhet og til å gi en opplevelse av at man er en del av et samfunn. På samme måte var tillitsfulle relasjoner med andre – behandler, omsorgspersonell, familie eller venner – vesentlig. Mangel på skreddersydde hjelpetilbud, komplekse systemer og lite samhandling mellom tjenestene var faktorer som fremsto som overordnede barrierer for recovery fra ROP-lidelser.

Ness, Borg, Semb og Karlsson (2014) gjennomførte fokusgruppeintervjuer med ti psykisk helse- og sosialarbeidere i en kommune. De profesjonelles samhandling med unge brukere med samtidige lidelser ble beskrevet som å «vandre med» («walking alongside») brukeren og hans eller hennes familie. Dette innebar blant annet å ta utgangspunkt i brukernes mål for egne liv og sammen finne måter å jobbe videre på, å være en veiviser for brukerne i systemene og å vedlikeholde relasjonen med dem.

4.6 KUNNSKAP OM BOLIG SOM DEL AV PASIENTFORLØPET

I. L. S. Hansen og Grødem (2012) påpeker at nedbyggingen av institusjonsomsorgen og samhandlingsreformen har gitt kommunene et stadig større ansvar for å skaffe og tilrettelegge for boliger til personer med tjenestebehov. Dette stiller ikke bare krav til kommunene om å tilrettelegge for boliger, men også om å tilby tjenester til en stadig større og mer mangfoldig gruppe innbyggere med oppfølgingsbehov. Det boligsosiale arbeidet i kommunene kan dermed sies å ha fått økt betydning de siste årene, der personer med rusmiddel- og/eller psykisk lidelse er en særlig utfordrende gruppe.

I. L. S. Hansen (2012) vektlegger hvor stor betydning et sted å bo har for menneskers velferd. Et varig boligtilbud i kombinasjon med nødvendige tjenester bidrar til bedre helse og mulighet for sosial inkludering for tidligere bostedsløse, personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Hun viser til tidligere studier som indikerer at mens det å få sin egen bolig kan bidra til bedre livskvalitet og sosial inkludering, kan et dårlig botilbud gjøre det vanskelig å oppnå sosial inkludering (I. L. S. Hansen & Ytrehus, 2005; I. L. S. Hansen, 2006; I. L. S. Hansen, Gautun, Langsether & Sandlie, 2007; I. L. S. Hansen & Øverås, 2007). Det å få en egnet boligsituasjon kan slik være en viktig faktor for rehabilitering. Samfunnet, hevder hun, «kaster penger ut av vinduet hver gang vi skriver en person ut fra rusbehandling, psykiatrisk behandling eller løslater en person med sosiale og helsemessige problemer fra fengsel, uten å sikre vedkommende et tilpasset bo- og tjenestetilbud i kommunen» (I. L. S. Hansen, 2012, s. [10]). Det samme gjelder ifølge forfatteren når en pasient utskrives fra sykehus uten at det venter et egnet bo- og tjenestetilbud i kommunen.

Det regjeringsoppnevnte Stoltenbergutvalget (2010), som ble satt ned for å gi forslag til hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kunne få bedre hjelp, foreslo å integrere bolig etter behandling i spesialisthelsetjenesten som en del av behandlingen. Utvalget påpekte at flere kommuner har mangel på boliger, og at rusmiddelavhengige som er i behandling, ikke sjelden må bo i hybelhus eller bolig hvor de eksponeres for rus. I slike situasjoner blir det vanskelig å lykkes med behandlingen. Utvalget foreslo å avskaffe denne typen bosteder og erstatte dem med varige boliger. Samtidig ble det anbefalt å definere bosted med oppfølging som en del av behandlingsopplegget og legge det inn i individuell plan. Utvalget vektla også at jobb eller faste aktiviteter på dagtid er sentralt for at rusmiddelavhengige og tidligere avhengige skal komme inn i et nytt miljø.

Gautun og Grønningsæter (2012) har gjennomgått sju offentlige dokumenter og utredninger om samhandlingsreformen. De fant at boligpolitikken var helt fraværende i dokumentene om helsesektoren, mens helsesektoren i liten grad var berørt i dokumentene om boligpolitikken. Et unntak var utredningen *Rom for alle*, som påpekte sammenhengen mellom samhandlingsreformen og boligpolitikken (NOU 2011: 15). NOU-en var imidlertid lite konkret når det kom til hvordan disse utfordringene skulle følges opp. I stortingsmeldingen *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* påpekes det at det er behov for et bedre samarbeid med tjenester som NAV, brukerorganisasjoner og hjelpemiddelområdet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Meldingen omtaler imidlertid verken boligpolitikk, boligsosialt arbeid eller betydningen disse har for en bedre samhandling om helse- og omsorgstilbudet (Gautun & Grønningsæter, 2012). Heller ikke inneholder den forslag om egnede boligtilbud som kan støtte opp under intensjonene i reformen. Selv om dokumentene om samhandlingsreformen og boligpolitikken i liten grad har sett over til hverandre, identifiseres det noen parallelle ideer om tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid, lokale løsninger og universell utforming.

Gautun og Grønningsæter (2012) har også gjennomført fokusgruppeintervjuer med ansatte i to kommuner (én med høyt innbyggertall og én med mindre) i to ulike regioner. De fant at samhandlingsreformen hadde ført til at kommunene hadde fått et større behov for boliger og tilpassete tjenester til personer med rusmiddelproblematikk og/eller psykiske lidelser. Samtidig fant de at denne gruppen hadde fått liten oppmerksomhet i det boligsosiale arbeidet med samhandlingsreformen, der det var somatikk som først og fremst hadde blitt vektlagt. Informantene var bekymret for at det fulgte for lite penger med reformen, noe som etter deres syn medførte en fare for at tjenestetilbudet som ble gitt brukerne i eget hjem / boliger, kunne bli strammet inn. Det ble også uttrykt bekymring for at boliger for personer med oppfølgingsbehov i større grad ble

samløkalisert for å effektivisere kommunens tjenesteutøvelse. Forfatterne bemerker at det sannsynligvis vil være til hjelp for kommunene om sentrale myndigheter gjør noe på både helsetjenestesiden og boligsiden for å integrere boligpolitikken i samhandlingsreformen. De påpeker at dette vil være viktig for å unngå at det utvikles store ulikheter mellom kommunene i reformgjennomføringen.

Ose og Slettebak (2013) har kartlagt 3122 pasienter som mottar døgntilbud i psykisk helsevern eller i TSB. De fant at i 2012 var 7 prosent av pasientene i psykisk helsevern utskrivingsklare og ventet på et kommunalt tilbud, mens 1 var utskrivingsklare og ventet på et kommunalt tilbud i TSB. Grunnen til at pasientene ikke ble utskrevet, var ifølge kartleggingen hovedsakelig at de manglet et kommunalt boligtilbud. Mange behandlere og pasienter vurderte at pasienten som var utskrivingsklar, hadde behov for et døgntilbud.

Ose og Pettersen (2014) fant, basert på det samme materialet fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling som ble omtalt i forrige publikasjon, at mange hadde behov for kommunale tjenester når de skulle skrives ut fra TSB. 62 prosent hadde behov for tiltak fra NAV (sosialtjeneste), og like mange hadde behov for kontakt med ruskonsulent (i eller utenfor NAV). 54 prosent hadde behov for ansvarsgruppemøte eller møte med koordinator, og 41 prosent hadde behov for et arbeidstiltak i regi av NAV/kommunen. De fleste pasientene så ut til å være sikret hjelp fra sosialtjenesten/NAV, ruskonsulent og kontakt med ansvarsgruppe og koordinator. Usikkerheten var størst når det gjaldt kommunalt boligtilbud. 41 prosent av pasientene hadde behov for et kommunalt boligtilbud idet de ble skrevet ut fra TSB. 21 prosent så ut til å være sikret et slikt tilbud når de skulle utskrives, 12 prosent ville mest sannsynlig ikke få det, mens det var usikkert om tilbudet ville bli gitt til 67 prosent av denne gruppen. Årsaken som ble oppgitt, var i det vesentlige kapasitetsmangel i kommunene (Ose & Pettersen, 2014).

I en kartlegging av det kommunale rusmiddelarbeidet, der 44 prosent av kommunene sa ja til å være med, fant Dyrstad og Ose (2014) at det største udekkede behovet i tjenestetilbudet var egnede omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. Disse boligene er særlig aktuelle for personer med ROP-lidelser, og denne bruker- og pasientgruppen, påpekes det, står dermed uten godt tilbud i mange kommuner.

Snertingdal og Bakkeli (2013) har i en kunnskapsoppsummering undersøkt studier som omhandler utskrivning fra institusjon til påfølgende boforhold. De fant at det ut fra disse studiene fremstod som uklart hvordan det jobbes med boligspørsmål internt i behandlingstilbudene. Dette gjaldt både når arbeidet kom i gang, og hvilken stilling i institusjonen som skal ha det boligsosiale arbeidet som sitt særskilte ansvar. Det var også relativt uavklart hvilken plass boligspørsmålet skulle ha i utformingen av individuell plan i rusomsorgen og ved psykisk helsevern. I tillegg er det en rekke rammebetingelser som gjør det boligsosiale arbeidet vanskelig – som en oppstykket og fragmentert behandlingsskjede, kort behandlingstid og små muligheter for langsiktig planlegging. Forfatterne peker også på en systemutfordring knyttet til hvorvidt det er behandlingstilbudet eller NAV som bør ha ansvaret for å starte opp det boligsosiale arbeidet og anskaffelse av bolig. Ifølge oppsummeringen vil et sentralt suksesskriterium være å etablere klar ansvarsdeling internt i behandlingstilbudene og mellom behandlingstilbud og det kommunale NAV. Videre må ansvarsforholdet avklares mellom NAV og helseforetakene på ulike forvaltningsnivåer. Snertingdal og Bakkeli anbefaler her å lage samarbeidsavtaler mellom ulike etater og forvaltningsnivåer. Et annet suksesskriterium er at pasienter får et godt og adekvat boligtilbud etter behandlingsoffret. For å forebygge marginalisering og bostedløshet bør de pasientene som har behov for det, ha tilgang på overgangsboliger med oppfølging. Det vil dermed være nødvendig å ha et vidt spekter

av boliger som er tilpasset målgruppen, med ulik grad av oppfølging. Kommunen som har ansvaret for oppfølgingen og rehabiliteringen av pasientene, bør derfor bli tilført nok ressurser til å løse disse oppgavene på en god måte. Et vesentlig suksesskriterium handler også om å tenke helhetlig rundt boligspørsmål og oppfølging, der boligens betydning for stabilitet i den enkeltes liv, bedringsprosess og rehabilitering står sentralt.

Frantzen, Karagöz og Berge (2012) har sett nærmere på kritiske faktorer i samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune når det gjelder tilpasset bolig for personer med ROP-lidelser. De gjennomførte individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer med ansatte, pasienter og brukere i prosjektet «Min bolig – mitt hjem», som var et treårig samarbeidsprosjekt mellom psykisk helsevern og tre bydeler i Oslo. Det ble også utført deltakende observasjon. I studien løftes kunnskap om ROP-lidelser frem som en sentral faktor i den første planleggingen av tilpasset bolig, noe som blant annet knyttes til kunnskap om brukernes atferd, kognitive funksjon og relasjonelle ferdigheter. Det er for det andre avgjørende å ha et differensiert tilbud av ulike boligløsninger og gode metodiske ferdigheter i boligfaglig arbeid. I studien vektlegges for det tredje viktigheten av fleksibilitet i samhandlingen. Dette retter seg både mot samhandlingen mellom bruker og hjelper, mellom kollegaer og mellom ansatte og systemet de er ansatt i. Den fjerde kritiske faktoren som omtales, handler om rammefaktorene. Forfatterne fant her at det kunne oppstå konflikt mellom hva ansatte i spesialisthelsetjenesten mente kunne godtas som forsvarlig behandling, og hva kommunens ansatte opplevde kunne godtas som godt nok. Slike konflikter ble ifølge forfatterne særlig synlige i ansvarsgrupper og samarbeidsmøter (se også: Frantzen & Karagöz, 2011).

I risikovurderingen av tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelser (som er omtalt tidligere) rangerte Helsetilsynet (2016a) «tilpasset bolig» som et av de mest risikoutsatte områdene for pasient- og brukergruppen. Et fagpanel, som besto av 25 representanter for ulike nivåer og enheter i helse- og omsorgstjenesten, NAV og bruker- og pårørendeorganisasjoner, identifiserte og rangerte 13 områder som de anså som mest risikoutsatte. Det at brukerne ikke fikk tilpasset bolig ble her identifisert som den nest største faren for svikt. Tilpasset bolig inkluderte her også de tjenestene som brukerne mottar for å mestre hverdagen. Fagpanelet påpekte at brukerne går gjennom ulike faser i sykdomsforløpet, der ulike typer boliger og tjenester vil være riktig i ulike faser. Det viktige er hele tiden å ha helhetlige løsninger tilpasset brukerne. Flere i fagpanelet hadde erfart at det var lite oppmerksomhet på behovet for tilpasset bolig for brukere med ROP-lidelser. Noen mente at samhandling i kommunene mellom de som ytte tjenester og de som tildelte eller fremskaffet boligene, ofte var for dårlig. Andre vektla at kommunene gjerne strakk seg langt for å skaffe boliger, men at det særlig i mindre kommuner kunne være vanskelig å finne boliger. Det ble vist til at kommunens økonomi hadde betydning for hvilke boliger og tjenester brukerne fikk, og det ble også løftet frem utfordringer med naboprotester der kommunen planla boliger for personer med ROP-lidelser.

4.7 KUNNSKAP OM IKT OG PASIENTFORLØPET

I de siste årene er det gjort en betydelig innsats i helse- og omsorgssektoren i Norge for å implementere IKT i helsetjenesten. Det arbeides med å skape et integrert og helhetlig journalsystem som inkluderer hele helse- og omsorgssektoren, der siktemålet er én innbygger, én journal (se Helse- og omsorgsdepartementet, 2012c). Dette innebærer at helsepersonell som deltar i pasientforløpet, på en enkel måte skal få tilgang til alle nødvendige og oppdaterte opplysninger – uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Kommuner og helseforetak har her en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtaler som

sikrer etablering og drift av IKT-baserte samhandlingsløsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). Dette skal være med på å sikre at elektronisk kommunikasjon blir den foretrukne måten å kommunisere på – både helsepersonell imellom og mellom pasient og helsepersonell (Forskningsrådet, 2016).

Ifølge en utredning fra Helsedirektorat (2014c) støtter informasjonsstrukturer og IKT-systemer imidlertid i liten grad opp under arbeidsflyt og helhetlige pasientforløp. Pasientinformasjonen er i stor grad ustrukturert, og det mangler felles terminologi og begrepsapparat. Dette kan skape utfordringer for informasjonsflyten mellom de ulike aktørene i pasientforløpet. Ulike IKT-systemer som ikke kommuniserer med hverandre, fører til at pasientinformasjon som dokumenteres på ett helsetjenestenivå, ikke er tilgjengelig på et annet nivå. Det resulterer også i at felles prosedyrer og standardiserte arbeidsprosesser, som kunne ha bidratt til standardisert innhold i journalen, i liten grad er i bruk. Dette vanskeliggjør den tverrfaglige samhandlingen og informasjonskontinuiteten som skal til for å understøtte helhetlige pasientforløp.

I sin undersøkelse av erfaringer med lovpålagte samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak fant Williksen m.fl. (2014) at det var behov for teknologiske løsninger som i større grad støttet opp under avtalene. Mangel på velfungerende elektroniske informasjonssystemer som kunne kommunisere på tvers, gjorde det ifølge informantene vanskelig å etterleve samarbeidsavtalene.

Elin-k er et prosjekt for utvikling av løsninger for elektronisk informasjonsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, fastleger og sykehus. Prosjektet, som skjer i samarbeid mellom Norsk Sykepleierforbund og KS, har bidratt til utvikling av standardiserte løsninger for elektronisk informasjonsutveksling gjennom blant annet såkalte pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) (Norsk sykepleierforbund & KS, 2011; Helsedirektoratet, 2012b; Forskningsrådet, 2016). PLO-meldinger, som omfatter et sett av flere standardiserte meldingstyper som understøtter fasene innleggelse, utredning/ behandling og utskriving ved et sykehusopphold, ble innført for å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon ble overført ved pasientoverganger mellom sykehus og kommune (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016; Brattheim & Osmundsen, 2016; Forskningsrådet, 2016).

Melby, Brattheim og Hellesø (2015) gjennomførte kvalitative intervjuer om PLO-meldinger med 41 sykepleiere som arbeidet ved sykehus eller i kommunen. De fant at meldingene var fullt integrert i sykepleiernes arbeidsoppgaver i forbindelse med overflytting av pasienter mellom ulike nivåer eller institusjoner. PLO-meldingene bidro til raskere avklaring og tilgang til informasjon ved utskrivingsplanlegging og selve utskrivelsen av pasienter. Ifølge informantene hadde innføringen ført til mindre venting i telefon, raskere tilgang til (riktig) personell, mindre avbrudd og færre misforståelser sammenliknet med tidligere kommunikasjonsløsninger som telefon, telefaks og brev.

I en annen studie, basert på de samme informantene, ble det imidlertid påpekt at sykepleierne også brukte supplerende informasjonskilder for å sikre overføring av tilstrekkelig informasjon mellom sykehus og hjemmetjeneste (Brattheim m.fl., 2016). Årsaken til dette var uforutsigbarhet knyttet til pasientens utreisedato, inkonsistens mellom pasientens legemiddelliste i kommuner og i sykehus, manglende informasjon i meldinger og forskjeller i faglig tilnærming mellom nivåene. PLO-meldinger blir dermed beskrevet som et nyttig kommunikasjonsverktøy, men det må likevel kompletteres med muntlig kommunikasjon og møter for å ivareta informasjonskontinuitet ved utskrivingsplanlegging og utskriving av pasienter fra sykehus til kommunen.

IKT som verktøy i samhandlingen hadde en sentral plass i den forskningsbaserte følgeevalueringen av samhandlingsreformen. I sluttrapporten konkluderte Brattheim og

Osmundsen (2016) med at helsepersonellet generelt sett er svært fornøyd med å kunne kommunisere ved bruk av standardiserte elektroniske meldinger. Bruk av IKT-verktøy som PLO-meldinger fungerer ifølge evalueringen som en digital bro mellom sykehus og kommunal hjemmetjeneste. Det konkluderes videre med at helsepersonellet er svært fornøyd med å kommunisere og samhandle elektronisk, at PLO-meldinger er godt innarbeidet i helsepersonellens arbeidspraksis og at det har bidratt til effektive kommunikasjonslinjer, økt oppmerksomhet på informasjonskvalitet og bedre pasientsikkerhet. Det påpekes imidlertid at det bare i begrenset grad er innført løsninger som understøtter elektronisk samhandling mellom flere parter (for eksempel pasienter som i tillegg har behov for samhandling med NAV, kommunal psykiatritjeneste, ergoterapi, fysioterapi o.l.).

Lyngstad (2015) fant i sitt doktorgradsarbeid at IKT-systemene må være enkle i bruk for at de skal bli sett på som et nyttig kommunikasjonsverktøy mellom sykepleiere i hjemmetjenesten og fastlegen. Brukerne av verktøyet må også få skikkelig opplæring, de må ikke oppleve å bli hindret av dårlig funksjonalitet, og de bør være aktivt involvert i utviklingen og innføringen. Dette samsvarer med erfaringer fra Elin-K prosjektet, som viser at en forutsetning for å lykkes med prosjektet er deltakelse, engasjement og egeninnsats fra alle parter som deltok – både fra pleie- og omsorgstjenesten, fastleger og sykehus (Norsk sykepleierforbund & KS, 2011).

4.8 KUNNSKAP OM LÆRINGSNETTVERK FOR GODE PASIENTFORLØP

Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet og KS besluttet i 2013 å samarbeide om gjennomføring av nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp (Bakke, de Vibe & Vege, 2016; de Vibe, Udness & Vege, 2016). Ett av disse nettverkene retter seg mot personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer.

Læringsnettverkene blir beskrevet som felles kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og organisasjoner, der det blir arrangert samlinger for å dele idéer, spørsmål og kunnskap (Bakke m.fl., 2016). Dette skal dels føre til utvikling av helhetlige pasientforløp i kommunene og dels til at det blir utviklet relevante verktøy og metoder til bruk i kommunenes arbeid med slike helhetlige pasientforløp. Læringsnettverkene tar også sikte på å få til riktig bruk av sykehusinnleggelses for personer med psykiske vansker og/eller rusrelaterte problemer, øke opplevelsen av mestring hos brukerne, styrke brukernes rolle i forbedringen av pasientforløpet og styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere.

Sentralt i læringsnettverket «Gode pasientforløp for personer med psykiske problemer og/eller rusproblemer», hvor i alt 61 kommuner har deltatt, står et skifte av perspektiv. Fra å nærme seg pasienten ut ifra den diagnoseorienterte tilnærmingen «Hva er i veien med deg?» vektlegges i stedet det personsentrerte perspektivet «Hva er viktig for deg?» (Bakke m.fl., 2016). Læringsnettverket har i tråd med dette valgt *recovery* som faglig perspektiv. I et notat om sentrale elementer i læringsnettverket, skrevet av Bakke m.fl. (2016), blir *recovery* omtalt som en personlig prosess, en måte å leve livet på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra – på tross av begrensninger som de psykiske problemene representerer. Det handler om at brukerne opplever mening og får støtte i egne bedringsprosesser, noe som understøtter både læringsnettverkens visjon og anbefalingene i veilederen «Sammen om mestring» (se også Helsedirektoratet, 2014a; Bakke, Evensen, Lind & Næss, 2015).

For å bidra til at kommunene jobber systematisk med å utvikle gode pasientforløp, har nettverket brukt Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring i veiledningen (Folkehelseinstituttet, u.å.). Dette er en modell som består av fem faser: (1) forberede; (2) planlegge; (3) utføre; (4) evaluere; (5) følge opp, der hver av fasene inneholder trinn med anbefaling av hvilke aktiviteter som er viktig å gjennomføre for å lykkes med forbedringsarbeidet (Bakke m.fl., 2016; Folkehelseinstituttet, u.å.). Det understrekes imidlertid at dette bare er én modell å jobbe ut ifra, noe som innebærer at kommuner som allerede har verktøy for kvalitetsforbedring, gjerne kan fortsette å bruke disse. Det er også utviklet en sjekklister for samhandling som inneholder tiltak som forskning og erfaring har vist er viktig for å oppnå et koordinert tjenestetilbud.

I et notat om arbeidet med læringsnettverket, skrevet for å beskrive hvordan nettverkene har vært planlagt og gjennomført, påpekte Bakke m.fl. (2016) at det faglige perspektivet hadde ført til økt oppmerksomhet om holdninger og det å fremme en ny og aktiv brukerrolle. Det var på publiseringstidspunktet imidlertid ikke mulig å konkludere om deltakelsen i læringsnettverket hadde ført til gode eller bedre pasientforløp i kommunene, siden det ikke var gjennomført noen evaluering av effekten av arbeidet på tjenestene.

Bakke m.fl. (2015) har i en rapport sammenfattet erfaringer fra læringsnettverkene. Kommunene fremstod ifølge rapporten som svært forskjellige – med tanke på størrelse og organisering av tjenestene så vel som brukergrunnlag, demografi, faglige ressurser og samarbeid med DPS. De fleste deltakerkommunene så behov for å bedre samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og mellom de ulike tjenesteområdene internt i kommunen. I tillegg rapporterte mange kommuner at de tidligere i liten grad hadde hatt brukermedvirkning på systemnivå. Gjennom læringsnettverket hadde imidlertid flere kommuner kommet i gang med forbedringstiltak som tok sikte på å bedre samhandlingen mellom tjenestene. Dette skjedde med utgangspunkt i hva som var viktig og nyttig for den enkelte bruker. Kommunene rapporterte samtidig om at de manglet tydelige modeller å forholde seg til. Erfaringene fra læringsnettverket viste at det var behov for å prøve ut én eller flere faglig godt begrunnede modeller i noen kommuner, evaluere disse grundig og deretter eventuelt spre dem videre til nye kommuner.

I rapporten fra Bakke m.fl. (2015) identifiseres det også faktorer som kan være med på å bidra til eller skape hindringer for gode pasientforløp for mennesker med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Hindringene knyttes til tre overordnede områder: det organisatoriske skillet mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern i kommunene; kompleksiteten i organisering og samhandling innad i tjenester på samme nivå i kommunene og i spesialisthelsetjenesten; mangel på oversikt over kommunale tjenester, lite kunnskap om tjenestene og komplisert organisering. Tydelig ansvarsfordeling, samtidighet i tjenestene, dialog mellom ulike tjenester, gjensidig respekt mellom nivåene og en utadrettet spesialisthelsetjeneste er faktorer som ifølge forfatterne kan bidra til gode pasientforløp.

Høiseth, Bjørgen, Johansen og Kvisle (2015) har evaluert læringsnettverket for å identifisere hvilke faktorer som fremmer og eventuelt hindrer gode prosesser for brukerinvolvering i forbedringsteamene. Evalueringen bygger på en elektronisk spørreundersøkelse til samtlige tjenesteutøvere og brukerrepresentanter i de ulike forbedringsteamene i kommunene. Det ble også gjennomført kvalitative intervjuer i seks utvalgte kommuner. Forfatterne konkluderte med at brukerinvolveringen i forbedringsteamene hadde vært en suksess. De ansatte opplevde at brukerrepresentantene ga verdifulle bidrag i utvikling av tjenestene, samtidig som brukerrepresentantene selv i all hovedsak opplevde å bli godt inkludert og tatt på alvor av tjenestene. En stor overvekt av forbedringsteamene rapporterte at brukermedvirkningen hadde påvirket arbeidet og resultatene i prosjektet. Én

av suksessfaktorene som ble løftet frem, var at samarbeidet ble opplevd som likeverdig mellom tjenesteutøverne og brukerrepresentanter. Det ble imidlertid påpekt at noen av forbedringsteamene hadde hatt problemer med å rekruttere brukerrepresentanter.

4.9 KUNNSKAP OM SAMARBEIDSMODELLER OG STØTTE- OG OPPFØLGINGSTILTAK

Ifølge Grimsmo m.fl. (2015) kan samhandlingsreformen ses som en del av en internasjonal trend der oppmerksomheten rettes mot opplevd fragmentering. De kobler dette til uttrykket *wicked problems* og en voksende erkjennelse av at den eksisterende spesialiseringen ikke er egnet til å håndtere komplekse samfunnsmessige utfordringer. Uttrykket *wicked problems*, som opprinnelig ble utviklet av Rittel og Webber (1973), viser her til områder hvor det er lite samsvar mellom problemenes egenart og eksisterende organisasjonskontekst, og som dermed krever nye former for samordning og kryssing av formelle grenser. *Wicked problems*, påpeker Grimsmo m.fl. (2015) har også det til felles at det verken finnes objektive kriterier for beste løsning eller muligheter for å avgjøre når problemet er løst.

Både samhandlingsreformen og tilskuddsordninger for å utvikle gode samarbeidsmodeller og støtte- og oppfølgingstiltak for personer med ROP-lidelser kan ses som måter norske myndigheter har forsøkt å løse *wicked problems* på gjennom ulike mekanismer og tiltak for å bidra til økt samhandling, mer helhetstenkning og bedre koordinerte tjenester. Siden 2009 er det over statsbudsjettet gitt tilskudd for å utvikle og etablere organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for å sikre et bedre og mer samordnet tilbud til personer med alvorlig psykisk sykdom og rusmiddelproblematikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b, s. 166). Fra 2012 gjelder utviklingen av samhandlingsmodeller også for oppfølging i bolig (Kommunal- og regionaldepartementet, 2013). Gjennom *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012)* ble det gitt midler til en rekke nye tiltak og tjenester som blant annet skulle føre til tettere samhandling mellom NAV og helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016)* videreførte denne satsingen (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), men mens den nasjonale strategiplanen var fulgt av øremerkete midler, var tiltakene i oppfølgingsplanen stort sett lagt inn i de generelle rammene (Bjaarstad, Trane, Hatling & Reinertsen, 2014).

Dette delkapitlet vil presentere og omtale samarbeidsmodeller og støtte- og oppfølgingstiltak som har fått statlige tilskudd, og som det er publisert forsknings- og utviklingsarbeider om. Disse er: ACT-team, FACT-team, SPoR Vestfold, Samhandlingsteamet i Bærum, Romeriksmodellen, Brobyggermodellen, Housing first, Tillitspersonforsøket, Mestringsveier til arbeid, NAVs veilednings- og oppfølgingsløser, Jobbmestrende oppfølging og Individuell jobbstøtte/Supported employment.

ACT-TEAM

Det første aktivt oppsøkende behandlingsteamet i Norge – såkalte ACT-team (Assertive Community Treatment Team) – startet opp som et nasjonalt pilotprosjekt i Mosseregionen høsten 2007 (Aakerholt, 2013). Året etter foreslo Helsedirektoratet at det skulle settes av statlige stimuleringsstilskudd til etablering og drift av ACT-team (Huus m.fl., 2008), og fra 2009 til 2012 ble det med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet

etablert 13 nye team. Dette er siden blitt omtalt som «et av de største modellforsøkene innen helse- og omsorgstjenestene i Norge» (Akershus universitetssykehus & Nasjonal kompetansetjeneste for ROP-lidelser, 2014, s. 104). Samtlige ACT-team ble etablert som et forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS) og én eller flere kommuner eller bydeler. De fleste valgte å forankre teamet organisatorisk i et DPS, men i Oslo, Trondheim og Tromsø ble det etablert en delt arbeidsgivermodell med ansatte fra begge nivåer. Målgruppen for disse teamene var imidlertid den samme: personer med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelmisbruk som hadde behov for særlig tilrettelagt tilbud, og som ikke i tilstrekkelig grad var i stand til å nyttiggjøre seg av det ordinære hjelpeapparatet. Det var også et kriterium at de som ble inkludert, skulle ha kognitiv svikt og/eller betydelig funksjonsnedsettelse med sammen- satte og langvarige hjelpebehov fra kommune- og spesialisthelsetjenesten (Aakerholt, 2013; Akershus universitetssykehus & Nasjonal kompetansetjeneste for ROP-lidelser, 2014).

I perioden 2009 til 2014 ble det gjennomført en forskningsbasert evaluering av tolv av disse ACT-teamene (H. Pettersen, Ruud, Ravndal & Landheim, 2013; Akershus universitetssykehus & Nasjonal kompetansetjeneste for ROP-lidelser, 2014; Heiervang m.fl., 2014; H. Pettersen, 2014; H. Pettersen, Ruud, Ravndal, Havnes & Landheim, 2014; Weimand, Israel & Ruud, 2014; Clausen m.fl., 2015; H. Pettersen, 2015; Clausen, Landheim, m.fl., 2016; Clausen, Ruud, m.fl., 2016; Lofthus m.fl., 2016; Weimand, Israel & Ewertzon, 2017). Det ble samlet inn empirisk materiale fra brukere, pårørende, ansatte i ACT-team, samarbeidspartnere og offentlige registre. Datamaterialet var i all hovedsak kvantitativt, med unntak av intervjuer med teamansatte og samarbeidspartnere til teamene.

Sluttrapporten konkluderte med at ACT-modellen har sin berettigelse i Norge (Akershus universitetssykehus & Nasjonal kompetansetjeneste for ROP-lidelser, 2014). Forskerne fant at teamene hadde klart å rekruttere personer fra målgruppen. Brukerne opplevde at livet samlet sett ble bedre etter inklusjon i ACT-team, de pårørende uttrykte at de var fornøyd med omfanget og typen av hjelp fra teamene, og det ble identifisert en betydelig reduksjon i tvangsinnleggelse og antall oppholdsøgn i psykisk helsevern i toårsperioden som fulgte. Boforholdene hadde blitt signifikant bedre ved at det var færre brukere som var uten fast bopel. Flere hadde fått stabil inntekt gjennom uføretrygd og flere hadde fått arbeidsrettete tiltak eller tatt utdanning. Få av brukerne var imidlertid kommet i ordinært arbeid. Det ble videre funnet en signifikant nedgang i andelen brukere med alvorlige til svært alvorlige depressive symptomer og selvmordsrisiko. Det hadde også skjedd en betydningsfull bedring av brukernes funksjonsnivå, men med unntak av å handle og lage sin egen mat, ble det ikke funnet signifikant endring i skårene på praktisk og sosial fungering.

Også teamansatte hadde ifølge sluttrapporten stor tro på ACT-modellen, mens samarbeidspartnerne fremhevet at ACT-teamene fungerte som brobyggere og koordinatore mellom enheter i kommunene og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene. Både brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere påpekte at ACT-teamene hadde nådd en målgruppe som andre tjenester hittil ikke hadde nådd. Samlet sett viste evalueringen at utprøvingen av ACT-modellen i Norge bør videreføres og utvikles ytterligere:

Sett i lys av samhandlingsreformen er tjenestene til disse brukerne blitt mer lokalbaserte ved at de skjer der brukeren bor og oppholder seg, de er mer helhetlige og integrerte, og de gjennomføres delvis i samarbeid med andre tjenester. ACT-modellen er derfor i tråd med anbefalingene i samhandlingsreformen (Akershus universitetssykehus & Nasjonal kompetansetjeneste for ROP-lidelser, 2014, s. 105).

I flere forskningsartikler fra forfattere tilknyttet den forskningsbaserte ACT-evalueringen, er disse funnene utdypet og utvidet. I det følgende vil de mest relevante av publikasjonene bli presentert og omtalt.

Clausen m.fl. (2015) undersøkte hvordan 149 pasienter som var inkludert i ACT-teamene (44 prosent) beskrev sin egen livskvalitet ved oppfølgingsstart. De fant at pasientene på det tidspunktet var middels fornøyd med livskvaliteten. Pasienter som hadde et høyt nivå av angst og depressive symptomer, rapporterte lavere livskvalitet enn de som hadde mindre alvorlige symptomer. Forskerne fant at oppfatningen av god livskvalitet hang tett sammen med hvordan de fungerte sosialt og i det praktiske dagliglivet, men de så ingen sammenheng mellom opplevd livskvalitet og alvorlighetsgrad av psykotiske symptomer. Dette ga grunnlag for å hevde at tiltak som er spesifikt rettet mot å forbedre fungeringen i hverdagen, også kan øke livskvaliteten til denne pasientgruppen.

Clausen, Landheim, m.fl. (2016) og Clausen, Ruud, m.fl. (2016) innhentet i to studier data fra Norsk pasientregister to år før og to år etter inntak i ACT-teamene, der 142 pasienter fra tolv ulike ACT-team ble inkludert. I studiene fant de at 84 av deltakerne (59 prosent) hadde problematisk rusmiddelbruk da de ble tatt inn i ACT. To år etter inklusjon var det reduksjon i totalt antall oppholdsdøgn for deltakere som både hadde og ikke hadde problematisk rusmiddelbruk. Antall innleggelses var det samme. Antallet innleggelses på tvang hadde gått ned for gruppen som hadde problematisk rusmiddelbruk. Forfatterne påpekte at funnene tydet på at ACT-teamene hadde lykket med å støtte mennesker med sammensatte psykiske helseproblemer i kommunen, inkludert de med problematisk rusmiddelbruk.

H. Pettersen (2015) har i sitt doktorgradsarbeid undersøkt hvordan personer med ROP-lidelser beskriver forholdet sitt til rusmidler, og hvordan de opplever inkludering i ACT-teamene. I studien, som var basert på tre artikler (H. Pettersen m.fl., 2013; H. Pettersen, 2014; H. Pettersen m.fl., 2014), ble det gjennomført 20 kvalitative intervjuer med brukere i ACT-teamene. H. Pettersen m.fl. (2013) fant at grunnene informantene ga for å bruke rusmidler, var at det kontrollerte symptomer på psykisk lidelse, motarbeidet bivirkninger av antipsykotika og/eller balanserte ambivalensen til rusmidler. Hovedgrunnene for å slutte med rusmidler var betydningen av sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter. Betingelser og strategier for å klare et liv uten rusmidler var aktivt å ta avstand fra personer og arenaer hvor rusmidler ble benyttet, bruke et positivt tankesett, ha kontroll på følelser og være redd for å utvikle avhengighet til rusmidler (H. Pettersen, 2014). Praktisk bistand og bygging av tillit gjennom vedvarende involvering av behandlere ble av deltakerne oppfattet som de viktigste grunnene for å la seg integrere i ACT-teamet. Eksklusivitet, sikkerhetsnett og personlig ansvar ble nevnt som viktigst for å forbli i behandlingen (H. Pettersen m.fl., 2014).

Heiervang m.fl. (2014) fant at brukerne var godt fornøyd med tilbudet fra ACT-teamene. 76 brukere ble intervjuet i perioden 2012–2013, og de anså tilbudet for å være bedre enn hva de hadde hatt tidligere. Særlig tilfredse var de med ACT-teamenes helhetlige tjenester og oppsøkende arbeidsform. Relasjonen til den viktigste kontakten i ACT-teamet ble beskrevet som svært god. Brukerne mente at de hadde fått riktig mengde medisiner, men bivirkningene ble oppgitt å være et problem for mange. De hadde likevel et positivt syn på sin egen bedringsprosess. Forskerne fant også at ACT-teamene i liten grad hadde involvert brukernes familier i behandlingen, men de fleste brukerne fortalte at de heller ikke ønsket at familien skulle trekkes inn. Samarbeidet om behandlingen ble beskrevet som veldig godt, og brukerne mente at det hadde vært stilt riktige krav til dem. Informasjonen som ble gitt om ulike typer behandling, hadde vært mindre bra, og informasjon om muligheten til å lese egen journal ble beskrevet som ganske dårlig. Brukerne

hadde også fått lite hjelp utenom teamenes åpningstid, men det var delte meninger blant brukerne om hvor viktig dette var.

De samme 76 brukernes erfaringer er også analysert og diskutert av Lofthus m.fl. (2016). I denne studien vektla forskerne, som ved siden av to nye forfattere var de samme seks forskerne som stod bak den nettopp omtalte brukerevalueringen, at de positive resultatene reflekterte ACT-modellens oppmerksomhet mot brukermedvirkning, tilfrisking (recovery) og relasjonsbygging. I tillegg ble det trukket frem at ACT-teamenes holistiske tilnærming også var en medvirkende årsak til brukertilfredsheten. Dette var et tilbud som brukerne gjerne kunne anbefale til en venn, heter det i artikkelens avslutning.

I Weimand m.fl. (2014) og Weimand m.fl. (2017) ble 38 pårørende intervjuet om hvordan brukerne og de selv hadde opplevd å bli ivaretatt av ACT-teamene. De pårørende rapporterte om høy tilfredshet med ACT-teamet for brukernes del og mente at tjenesten var etter brukerens ønske. De opplevde at teamet møtte nesten alle behov som brukerne hadde, og hjalp dem til å håndtere problemene sine på en bedre måte. Ifølge studien mente nesten halvparten av de pårørende at brukerens helse var blitt bedre etter at de fikk kontakt med ACT-teamet. Vurderingen av kontakten med ACT-teamet for egen del var imidlertid blandet. Nesten halvparten opplevde å få lite gehør for sine erfaringer og meninger om medisiner. Informantene mente imidlertid at teamene i langt større grad enn andre tjenester inkluderte pårørende. De pårørendes erfaringer, basert på det samme datamaterialet, er senere også analysert og beskrevet i en forskningsartikkel.

Weimand m.fl. (2014) intervjuet også 13 teamledere om samarbeidet med pårørende. De fortalte at ACT-teamene etter deres oppfatning var bedre til å inkludere pårørende enn hva tilfellet ellers var med ordinære psykiske helsetjenester. Viktige sider ved dette arbeidet var å anerkjenne de pårørende som ressurs og samarbeidspartnere, å bidra med avlastning og praktisk og emosjonell støtte og å informere om samtalegrupper der pårørende kunne dele erfaringer. Taushetsplikt ble et mindre problem om en ga generell informasjon og prøvde å møte de pårørendes egne behov på en respektfull måte. Siden teamene ved sin oppsøkende virksomhet så både brukerens og pårørendes livssituasjon, kunne de bidra både direkte og indirekte til ivaretagelse av pårørende.

Dømbe (2015) har i en masteroppgave undersøkt om ACT-teamene i Norge tilbyr integrerte tjenester alene eller om de samhandlet med andre instanser for å gi integrerte tjenester. Studien omfattet de tolv første ACT-teamene som ble etablert i Norge, der samtlige kontakter med pasientene som ble tatt opp – i alt 69 701, ble kartlagt i en toårsperiode. Hun fant at teamene utførte flest kontakter alene (60 823), der det vanligste kontakttinnholdet var samtaler, medisiner, sosial trening eller fritidsaktiviteter. Teamene ga ifølge Dømbe integrerte og helhetlige tjenester, hovedsakelig alene.

I en avis-kronikk med tittelen «ACT-team – endelig et tilbud som virker» påpekte seks forskere som hadde vært sentrale i den forskningsbaserte evalueringen av ACT-teamene, at evalueringen hadde vist at modellen var vellykket (Landheim m.fl., 2015). Deres bekymring gjaldt hva som ville skje i tiden fremover – etter at prosjektperioden var over og forskningen avsluttet. De opplyste at tre av teamene allerede var blitt lagt ned, mens flere av de andre teamene hadde gått over til å bli fleksible ACT-team (FACT-team) – med langt flere pasienter og en annen arbeidsmetode. Kronikkforfatterne advarte mot denne tendensen. «Nedleggelse av ACT-team og utvanning av modellen er svært uheldig. Gjennom ACT-teamene har en forsømt pasientgruppe endelig fått god og riktig behandling med dokumentert effekt», heter det i kronikken.

Liknende synspunkter er også fremmet i en tidsskriftkronikk av Nordentoft, Hansson og Ruud (2015). Her anbefales det sterkt å gi det som omtales som den mest sårbare gruppen av pasienter evidensbasert behandling, slik det blir gjort gjennom ACT-teamene.

I de skandinaviske landene, der ACT-team er etablert i stor skala, kan vi ikke anbefale at andre modeller som FACT erstatter ACT uten forskningsbasert dokumentasjon på at disse nye modellene kan tilby pasientene samme støtte og hjelp som de ville fått gjennom ACT, skriver de tre forskerne.

FACT-TEAM

FACT (Flexible Assertive Community Treatment), eller fleksibel aktiv oppsøkende behandling, som det gjerne oversettes med til norsk, er utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen i Nederland. FACT har som målsetting å følge opp alle brukerne med alvorlig psykisk lidelse i et opptaksområde (Aakerholt, 2013). Et FACT-team behandler dermed en mer sammensatt pasientgruppe enn ACT-teamene, det har mindre opptaksområde, og det tilbyr tjenester over lengre tid (Linderoth, 2013; Van Veldhuizen, 2013; Nordentoft m.fl., 2015).

Det første norske FACT-teamet ble opprettet i 2013 i Bydel Gamle Oslo (Fleiner, 2015). Jeg har ikke funnet publiserte forsknings- eller utviklingsarbeider om disse norske FACT-teamene, men ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2017b) skal seks FACT-team i perioden 2015–2018 bli evaluert av Nasjonal kompetansetjeneste for ROP-lidelser.

I Sverige er det imidlertid utført forskning på iverksettelsen av og erfaringer med FACT-modellen. Svensson, Hansson, Markström og Lexén (2017) gjennomførte dokumentanalyser og intervjuer med prosjektledere og teamledere i sju psykisk helseteam som hadde bestemt seg for å implementere FACT i arbeidet. Positive holdninger blant helsearbeidere, tro på modellen fra ansatte og ledere og erfaring med case-management og samarbeid ble her trukket frem som viktige sider for å lykkes i iverksettelsen og gjennomføringen. En annen sentral faktor var at FACT-modellen var forankret i og hadde støtte i et nasjonalt initiativ.

Lexén og Svensson (2016) intervjuet 19 psykisk helsearbeidere fra ti ulike FACT-team om erfaringer med modellen. Ifølge informantene hadde FACT-modellen bidratt til mindre arbeidspress og stress, økt følelse av å ha kontroll over arbeidssituasjonen og styrket opplevelse av å tilby høyere kvalitet på tjenesten.

SPoR VESTFOLD

Prosjektet SPoR Vestfold, en forkortelse for samhandling mellom psykiatri og rus i Vestfold-fylket, pågikk i perioden 2010–2013 med økonomisk støtte fra Helsedirektoratet (Bjørn, 2014). Samarbeidsmodellen ble utviklet ut fra en erkjennelse blant ledere i helseforetaket og fem kommuner av at det krevdes bedre samhandling rundt pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusmiddelproblem. Dette var en pasientgruppe som kommunene og helseforetaket mente de lyktes dårligst med å hjelpe: personer som hadde behov for langvarig, sammensatt og omfattende hjelp, men som i liten grad klarte å nyttiggjøre seg av de eksisterende hjelpetiltakene. Det overordnede formålet med prosjektet var å sikre helhetlige, sammenhengende og kostnadseffektive pasientforløp for denne målgruppen og å bedre den brukeropplevde nytten av behandlings- og rehabiliteringstiltak.

22 brukere mellom 21 og 52 år ble rekruttert som deltakere i prosjektet (Bjørn, 2014). De fleste av pasientene som ble inkludert, hadde ifølge sluttrapporten såpass liten erfaring med å mestre livet at det var like riktig å snakke om habilitering som rehabilitering. Ett av funnene i prosjektet var at samhandling med og rundt pasienter med ROP-lidelser

gikk langt bedre hvis det ble skapt forutsetninger for at de ulike aktørene klarte å skape like bilder av arbeid og ansvarsområder. De fant at det var nødvendig å legge til rette for få, trygge, varige og robuste, terapeutiske relasjoner med mulighet for oppsøkende, boligbasert og nærmiljøbasert innsats. Og det ble vektlagt at de kommunale koordinatorene for pasienter med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse burde ha tilstrekkelig kapasitet og bred kompetanse på utfordringene til målgruppen. Fastlegenes deltakelse ble dessuten trukket frem som en avgjørende kommunal ressurs i samarbeidet rundt målgruppen. Det ble også rapportert om at koordinatoren i spesialisthelsetjenesten i større grad burde ha kapasitet og autoritet til å arbeide på tvers av enhetene, og det ble vektlagt betydningen av å ha tydelige arenaer og rutiner for drøfting etter HFH-prinsippet («henvendelse før henvisning»). Slike rutiner og arenaer kan bidra til rett pasient med ROP-lidelse på rett sted til rett tid i samhandlingen mellom den enkelte kommune og spesialisthelsetjenesten.

SAMHANDLINGSTEAMET I BÆRUM

I Bærum kommune ble det i 2011 etablert et samhandlingsteam – ofte forkortet SiB – hvor både kommunen og spesialisthelsetjenesten skulle bidra med ressurser (Andersen, 2013). Målgruppen for dette arbeidet, som var finansiert med midler fra Helsedirektoratet, var personer i kommunen som hadde alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusavhengighet, stor funksjonssvikt og svak eller manglende tilknytning til tjenesteapparatet. Det ble også lagt vekt på at de hadde eller hadde hatt langvarige og ustabile sykdomsforløp, brudd i behandlingsrelasjoner, gjentatte og krisepregede innleggelse, store begrensninger i sosial fungering, manglende sosial støtte og stabilitet i bosituasjon, høy risiko for negative konsekvenser ved tilbakefall, begrenset effekt av tidligere behandling og stort behov for hjelp til koordinering av sosial- og helsetjenester.

Prosjektet har tatt mål av seg å tilby denne gruppen et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud i det ordinære tjenesteapparatet i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Verken diagnose eller alder skal i utgangspunktet være vesentlige faktorer for å bli tatt inn i teamet. Arbeidsmetodene er inndelt etter brukernes situasjon og behov og er fordelt på tre prinsipper:

- *Innskrevet i teamet*, noe som betyr at brukerne fyller de oppsatte kriterier for inntak, mangler behandlingskontakt og har manglende stabilitet i livssituasjonen. Slik legges det opp til at brukerne blir aktivt motivert for behandling og tilbudt tilpassete hjelpetiltak fra NAV, kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rus.
- *Skulder ved skulder*, noe som betyr at brukeren i utgangspunktet fyller de oppsatte kriterier for inntak, men fortsatt har en behandlingskontakt eller delvis stabilitet i livssituasjonen. I slike tilfeller tilbys behandlingskontakten en utvidet form for veiledning, støtte og praktisk bistand fra det motsatte forvaltningsnivået.
- *Veiledning til systemet*, noe som betyr systematisk veiledning til de tjenestesteder som har spesielt behov for den typen kompetanse som SiB-teamet har, eller som ikke har et annet veiledningstilbud (Andersen, 2013).

Alle brukerne kan kontakte teamet muntlig, per telefon eller skriftlig for å legge frem en sak eller situasjon, og henvendelsene blir så vurdert av temaet for videre tiltak. Formelle administrative ordninger som henvisning, inntak og kommunale vedtak skal bli gjort fortløpende, der arbeidet med brukerne blir forstått som en oppsøkende og pågående

tilnærming som skal foregå der pasienten er. Sentrale elementer er tidlig kartlegging, rask vurdering av pasientens totale situasjon og tilbud om individuelt tilpassete tjenester i det ordinære tjenesteapparatet. De bærende prinsippene er forløpstenkning, kontinuitet og langsiktighet, mens målsetningen i alle saker skal være å opparbeide stabil forankring i det ordinære tjenesteapparatet. Samhandlingsteamet har ikke faste kontorer. I stedet arrangeres det et samhandlingsverksted som innebærer at det ukentlig holdes felles møte og inntaksmøte. Praksis og brukerkontakt beskrives dermed i stor grad som ambulant. Samhandlingsteamet består av ansatte fra ulike deler av det eksisterende tjenesteapparatet innen rus og psykisk helsetjenester i kommunen, DPS i Bærum og NAV. Teamets sammensetning er kun besatt ved brøkstillinger av ansatte i det eksisterende hjelpeapparatet innen psykisk helse og rus. Organiseringen opprettholder på denne måten ifølge Andersen (2013) en høy grad av praksisoverføring gjennom daglig virke (i motsetning til ansatte i 100 prosent-stillinger).

Jeg har ikke funnet publiserte forsknings- eller utviklingsarbeider om SiB, men på erfaringskompetanse.no (nettsiden til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse) og Napha.no (nettsiden til Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) er det gjengitt resultater etter tre års drift (Evensen, 2015; Høifødt, 2015). Det rapporteres her om at teamet i det vesentligste hadde nådd sine mål. Målgruppen for prosjektet var i stor grad blitt inkludert (91 prosent). Alle bostedsløse som ble henvist til teamet, hadde fått bolig, og 40 prosent av brukerne hadde enten fått etablert eller reetablert tilbud i ordinære tjenester. Samhandlingsteamet hadde videre bidratt til nærmere 55 prosent nedgang i antall oppholdsdøgn, 18 prosent reduksjon i antall innleggelser og et betydelig fall i registrert kriminalitet fra 24 måneder før til 24 måneder etter første kontakt med teamet.

SiB-temaet er også ett av åtte case som K.-S. Pettersen og Rudningen (2014) har brukt for å gi eksempler på gode praksiser når det gjelder organisering av arbeidet. Pettersen og Rudningen intervjuet representanter for samhandlingsteamet, politiet og fastlege. De deltok også på møte i teamet for å bli kjent med metodikken. I studien, som er omtalt tidligere i oppsummeringen, omtales SiB som en halvannenlinjetjeneste, noe forfatterne mener er viktige verktøy i arbeidet med personer med ROP-lidelser.

ROMERIKSMODELLEN

Prosjektet «Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike», gjerne forkortet som Romeriksmodellen, ble startet opp i 2010 med midler fra Helsedirektoratet (Akre, Egeland, Garpe, Jørgensen & Vaskinn, 2015; G. V. Hansen & Ramsdal, 2015). Modellen gikk i korte drag ut på å etablere og iverksette et systematisk og forpliktende samarbeid mellom sju kommuner på Romerike, to DPS og to ruspoliklinikker ved Akershus universitetssykehus. Slik ble det lagt opp til å gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelproblemer, kognitiv svikt eller liknende et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud. Tilbudet skulle fremme mestring i dagliglivet, og det skulle bidra til sosial inkludering, redusere opphold i døgnavdelinger og redusere bruk av tvang. Det ble også lagt vekt på å bedre tilgangen til hjelp for de som ønsket og som kunne ha nytte av mer kontakt med hjelpeapparatet. Prosjektet rettet seg på den måten mot samme målgruppe som ACT, men i stedet for å opprette egne team, slik det blir gjort innenfor ACT, ble det her lagt vekt på å prøve ut en samhandlingsmodell innenfor de ressursene som allerede eksisterte i de ulike tjenestene. I dette lå det at modellen skulle benytte eksisterende tjenester, innføre arenaer for forpliktende samarbeid (samhandlingsgrupper), arbeide tettere i lag, etablere et felles opplæringsprogram,

fremstå som ett fagmiljø og ha tilbud om nettverksmøter (Akre m.fl., 2015; G. V. Hansen & Ramsdal, 2015).

Prosjektet ble evaluert av G. V. Hansen og Ramsdal (2012, 2014, 2015), som gjennomførte kvalitative intervjuer (individuelle og i grupper) med deltakere, observerte møter i prosjektet og leste nærmere 2000 sider med dokumenter. I sluttevalueringen konkluderte de med at Romeriksmodellen hadde gitt spennende innsikter i utfordringer og mulige løsninger knyttet til hvordan man best kunne samarbeide om å yte helhetlige og samordnede tjenester til målgruppen. Det var likevel, etter forfatternes vurdering, uhensiktsmessig å fortsette modellen slik den hadde vært utformet i dette prosjektet.

Ifølge sluttevalueringen var modellens største styrke at den hadde bidratt til bedre informasjon på tvers av tjeneste- og forvaltningsnivåer for målgruppen (G. V. Hansen & Ramsdal, 2015). Den hadde videre utviklet en samarbeidskultur for de involverte deltakerne i gruppene, den var billig i drift, og den var fleksibel når det kom til å finne løsninger for de aktuelle pasientene. Prosjektet rettet seg dessuten mot mange av de mest sentrale problemstillingene som rus- og psykisk helsearbeid står overfor. Hansen og Ramsdal fant også at prosjektet hadde avdekket behov for samarbeid, og den hadde ifølge forfatterne potensiale til å legge til rette for prosesser og drøftinger hvor deltakerne kunne ta opp samhandlingsutfordringer. Romeriksmodellen viste dessuten at det eksisterte for få samhandlingsarenaer, og at etablering av nye arenaer skapte mer helhetlige tjenestetilbud. Hovedproblemet med modellen var ifølge sluttevalueringen at de formelle rammene for samhandlingsgruppene arbeid ikke ga tilstrekkelig autoritet til beslutninger, og at de inkluderte pasientene ikke var deltakernes ansvar. Fragmenteringen og søyleorganiseringen i kommunene og spesialisttjenestene ble opprettholdt og vedlikeholdt – også etter etableringen av modellen. Dette ble knyttet dels til at målgruppen var preget av komplekse lidelser og problemer som krevde samhandling mellom en rekke tjenestetilbud, dels til de forvaltningsmessige skillene mellom kommunale tjenester og spesialisttjenester og dels til utfordringer med samordnet styring og ledelse på organisatorisk nivå (prosjekteier var DPS-leder, men vedkommende hadde ikke instruksjonsmyndighet overfor andre divisjonsledere).

Akre m.fl. (2015) har løftet frem samhandlingserfaringene i prosjektet sett fra behandlerens side. De påpekte at god faglig kompetanse bidro til gode diskusjoner om helhetlig pasientforløp, men deltakerne opplevde ofte å ha manglende beslutningsmyndighet. Forfatterne påpekte også at døgnavdelingene ikke var en del av prosjektet, noe som var et savn – særlig i situasjoner der det var behov for å vurdere døgnopphold for brukere. De opplevde likevel at møtene i samhandlingsgruppene utviklet seg til å bli gode samarbeidsarenaer, både mellom tjenestenivåene og innad i tjenestene. Prosjektets deltakere opplevde å ha en arena hvor de kunne drøfte faglige utfordringer, både mer generelt og når det gjaldt konkrete pasienter. Ved at fagpersonene utviklet en felles forståelse, kunne de sammen drøfte løsninger og bistå hverandre i gjennomføringen av tiltak. Erfaringene i samhandlingsgruppene tydeliggjorde ifølge forfatterne også at samhandling internt i første- og andrelinjetjenesten med fordel kunne bedres slik at tilbudet til brukerne ble styrket.

BROBYGGERMODELLEN

«Brobyggeren» er et samarbeidstiltak innen psykisk helse og rus mellom Notodden kommune, DPS, lærings- og mestringssenteret ved lokalsykehuset, psykisk helsetjeneste, NAV, arbeidsmarkedsbedriften NOPRO og brukerorganisasjoner (Rørvik, 2011; Kvalheim, Sørensen, Borg & Karlsson, 2012). Ifølge Kvalheim m.fl., som har evaluert

samarbeidsmodellen, representerer Brobyggeren ikke en konkret tjeneste, men en måte å samarbeide på i virksomheter som kan ha ulike formål og rammebetingelser. Prosjektet ble forankret i toppledelsen i virksomhetene gjennom en skriftlig samarbeidsavtale. Hensikten var at voksne tjenestemottakere med sammensatte behov innen psykisk helse og rus skulle oppleve tjenestene som helhetlige og koordinerte.

En sentral dimensjon ved Brobyggeren er at samarbeidet skal bygges på likeverd og respekt for de profesjonelles fagområder, kompetanse og rammer. Aktørene skal ha et gjensidig ansvar for å kjenne til hverandres tilbud, og de skal informere brukerne om disse. Koblingen mellom helse, behandling, arbeid og aktivitet blir videre vektlagt i samarbeidet. Det legges opp til å ha en lav terskel for å ta kontakt tjenestestedene imellom, og brukerne skal oppleve fleksible løsninger og kontinuitet. I alle faser av tjenestetilbudet skal koblingen til andre arenaer vurderes sammen med brukeren, der psykisk helse løftes frem som et naturlig samtaleemne. Det blir også vektlagt at individuell plan skal benyttes ved langvarige og sammensatte tjenester. Fra 2011 ble prosjektet utvidet med oppvekstseksjonen og videregående skole, mens det året etter – med midler fra Helsedirektoratet – ble etablert et helhetlig aktivitets- og arbeidstilbud for LAR¹¹ / ROP-brukere i Notodden. Dette siste prosjektet ble avsluttet ved årsskiftet 2013/2014 (Kvalheim m.fl., 2012; Biong, 2015).

I en evaluering av prosjektet, basert på en spørreundersøkelse og to fokusgruppeintervjuer, konkluderte Kvalheim m.fl. (2012) med at Brobyggermodellen var på riktig vei, men at samarbeidet rundt den enkelte bruker fremstod som for tilfeldig. De fant at Brobyggeren fremstod som en organisatorisk godt utviklet modell, forankret hos lederne i organisasjonene og virksomhetene. De fant også at brukerrepresentanter fra både sykehus og kommune deltok på like fot med ledere i styringsgruppen, og at brukere hadde bidratt i forbedringsarbeid for å avdekke flaskehalsene i og mellom systemene. Ifølge forfatterne hadde Brobyggermodellen på system- og styringsnivå utviklet seg til å bli et mønster på god organisering av samhandling. Det ble imidlertid påpekt at informasjonsflyten til og rundt brukere hadde betydelig forbedringspotensial. Dette gjaldt både orientering til bruker, overføring av informasjon internt og mellom tjenestene ved overganger. Bedre rutiner for innhenting av samtykke, tilbud om individuell plan og samarbeidsmøter ble også etterlyst. Det ble videre vektlagt at brukerne opplevde at mye var basert på tilfeldigheter og «å være heldig» når det gjaldt hvem de møtte. Dette kunne dels handle om kontinuitet i tjenestetilbudet og å slippe å forholde seg til nye behandlere hele tiden. Og det kunne handle om å møte en hjelper som viste oppriktig interesse og gjerne strakk seg litt ekstra for å hjelpe.

I evalueringen kom Kvalheim m.fl. med en rekke råd for det videre arbeidet med Brobyggersamarbeidet, blant annet å involvere fastlegene mer, sørge for bedre rutiner for innhenting av samtykke og gi bedre informasjon om tilbudet. Det ble dessuten anbefalt å sørge for at flere fikk tilbud om individuell plan, styrke koordinatorrollen (status og autonomi), opprette et brukerforum og etablere læringsnettverk på tvers av virksomhetene.

Også Rørvik (2011) har i en masteroppgave sett nærmere på Brobyggermodellen. I studien, som baserer seg på observasjon og ti kvalitative intervjuer med brukere og ansatte, har hun undersøkt hva som var blitt gjort for å få den overordnede avtalen mellom aktørene til å fungere i praksis. Hun fant at virkemidlene som var tatt i bruk, hadde bidratt til at de ansatte var blitt bedre kjent med hverandre, at de opplevde å være mer likestilte i fagkunnskapen, og at de hadde fått større respekt for hverandre og hverandres roller

¹¹LAR er tverrfaglig spesialisert behandling der substitusjonsbehandling inngår som et deltiltak i rehabiliteringsforløpet.

og arbeidsoppgaver. Den tydelige oppmerksomheten mot hvor viktig det var å arbeide sammen mot felles mål, hadde ifølge Rørvik også bidratt til helhetstenkning og økt oppmerksomhet mot samtidighet i et tilbud som tidligere bar preg av fragmenterte tjenester. I samarbeidet ble det tatt i bruk snarveier i systemet ved at de ansatte gikk utenom formelle regler, og slik kom brukerne raskere i kontakt med andre hjelpeinstanser.

Biong (2015) har gjennomført en forskningsbasert evaluering av Brobygger LAR/ROP i Notodden, som ble startet opp i 2012. Denne evalueringen var basert på kvalitative intervju (individuelle og fokusgruppe) med deltakere, ansatte og samarbeidspartnere. Det ble også sendt ut et spørreskjema som ble besvart av åtte deltakere. Deltakerne rapporterte at de gjennom prosjektet opplevde å bli tatt på alvor, og de erfarte å ha vært med i en prosess som ble styrt av deres individuelle ønsker og behov. De ansatte fikk mye ros for å være fleksible, for å ha tatt hensyn til den enkeltes behov og utviklingsmuligheter i praksis og for å anerkjenne dem som likeverdige og likestilte medmennesker. Hjelpen de fikk ble oppfattet som et bidrag til økt livskvalitet og til frigjøring fra en tradisjonell offerrolle. Det at de ikke ble klandret ved eventuelt nye rusepisoder, men kunne prøve på nytt, ble beskrevet som viktig. Ansattes erfaringer handlet om at de skulle være katalysatorer i prosessen til deltakerne på individ- og systemnivå. Samarbeidspartnerne beskrev at de var mest fornøyd med at prosjektet både hadde bidratt til at deltakerne fylte dagen med noe meningsfullt og ga muligheter for sosialt fellesskap.

HOUSING FIRST

Housing first-modellen, som er en bosetningsmodell utviklet i New York på 1990-tallet, tar sikte på å hjelpe bostedsløse som har psykiske lidelser, rusmiddelproblemer eller en kombinasjon av disse lidelsene (Rambøll, 2012; Snertingdal, 2014; Snertingdal & Bakkeli, 2015). Et viktig prinsipp er at bostedsløse skal tilbys tverrfaglig oppfølging over tid, der de mest sentrale elementene er: brukerstyring, selvstendige leiligheter spredt i ordinære bomiljø, skille mellom bolig og tjenester, oppfølging av brukerne så lenge det er behov for det, og tilrettelegging for recovery.

I en kartleggingsrapport om Housing first-prosjekter i Norge undersøkte Snertingdal (2014) hvordan etableringen og organiseringen hadde foregått i tolv kommuner. Hun fant at alle prosjektene rettet seg mot personer med problematisk rusmiddel- og psykisk lidelse, men ingen av kommunene avgrenset målgruppen til å gjelde personer med etablerte diagnoser. Hun fant også at bostedsløshet var en helt sentral dimensjon i arbeidet, men påviste samtidig et skille mellom de prosjektene som vektla at målgruppen skulle være bostedsløse, og de prosjektene som understreket at også personer som stod i fare for å miste boligen, var en del av målgruppen.

Sluttevalueringen av prosjektet, skrevet av Snertingdal og Bakkeli (2015), var basert på en casestudie i fire kommuner og intervjuer med ledere og deltakere i ti kommuner i perioden 2014 til 2015. Forfatterne fant at de fleste prosjektene, som i alt hadde 167 deltakere i 2015, benyttet seg av kommunale boliger ved bosetning av deltakere. De fant videre at de fleste prosjektene opplevde det private leiemarkedet som vanskelig å komme inn på for deltakerne. Deltakere som ventet på bolig, hadde langt på vei mistet troen på Housing first-prosjektet, mens deltakere som hadde fått bolig via Housing first, var gjennomgående mer fornøyd med både boligen og prosjektet. Evalueringen viste også at det var færre deltakere som ventet på bolig i 2015 enn i 2014, og at de Housing first-prosjektene som hadde tatt inn mange deltakere uten å ha boliger tilgjengelig, hadde prioritert arbeidet med å bosette disse. Av deltakere som hadde fått bolig, fant de at 71 prosent

fortsatt hadde denne. 11 prosent hadde imidlertid blitt kastet ut, 9 prosent av deltakerne var innsatt i fengsel eller inne på institusjon, mens 9 prosent av deltakerne hadde flyttet.

Individuell oppfølging og koordinert tilgang til tjenester tildeles ifølge Snertingdal og Bakkeli mye oppmerksomhet i Housing first-prosjektene. Teammedarbeiderne påpekte at det å bygge gode relasjoner til hver enkelt bruker var helt sentralt i arbeidet, der likeverd, gjensidig respekt, tillit og brukermedvirkning er helt sentrale verdier og prinsipper. Relasjonen bygges over tid ved at deltaker og teammedarbeider blir kjent, snakker og gjør ting sammen. Uformelle former for samhandling og stor fleksibilitet i perioder hvor deltakerne hadde behov for mer hjelp, ble vektlagt. Brukerne rapporterte om at oppfølgingen de fikk, var viktig i deres livssituasjon. Mange hadde få venner og lite kontakt med familie, og de opplevde Housing first som et lyspunkt i hverdagen: Det var de samme menneskene som kom, og teamene var gode til å bygge relasjoner. Deltakerne opplevde at de ble møtt med respekt og forståelse, samtidig som teamets hjelp i kontakt med andre tjenester også ble løftet frem som betydningsfullt.

I. L. S. Hansen (2017) har evaluert to kommunale Housing first-prosjekter: ett i Bergen og ett i Sandnes. Mange av deltakerne hadde omfattende rusmiddelproblemer og psykiske helseplager. De fleste hadde opplevd å være bostedsløse. Mange hadde ikke hatt egen bolig på svært lang tid, og noen hadde aldri hatt egen bolig. Ifølge evalueringen hadde begge prosjektene nådd en målgruppe som hadde hatt utfordringer med å nyttiggjøre seg de ordinære tilbudene og tjenestene i kommunen. Prosjektet i Bergen hadde bosatt 36 personer innen utgangen av 2016, mens det i Sandnes var bosatt 15 personer. Deltakerne i begge prosjektene ga uttrykk for at de var svært fornøyde med boligen og nabolaget de bodde i. Mange deltakere ga også klart uttrykk for at de opplevde bedre livskvalitet. Det å få et sted å bo ble løftet frem som den viktigste motivasjonen for at deltakerne ønsket å være med i Housing first, der tett individuell oppfølging og støtte hadde hatt stor betydning for at deltakerne klarte å bo der. Housing first-teamene hadde ifølge Hansen ressurser til å gi tettere oppfølging enn øvrige oppfølgingstjenester. Vektlegging av deltakernes valgfrihet og brukerstyring var det som ble opplevd som mest annerledes ved denne metoden sammenliknet med annen oppfølging. De to prosjektene hadde en bostabilitet på om lag 70 prosent. Årsakene til at deltakerne hadde mistet boligen, dreier seg i stor grad om uro og bråk som førte til klager fra og problemer med naboene. Ingen hadde imidlertid mistet boligene sine på grunn av manglende husleie.

TILLITSPERSONFORSØKET

Som en del av *Opptrappingsplanen for rusfeltet* bevilget Helse- og omsorgsdepartementet i perioden mellom 2008 og 2011 om lag 90 millioner til «Tillitspersonforsøket» (Aspelund m.fl., 2011). Prosjektet, som 26 kommuner deltok i, rettet seg mot personer som var i ferd med å utvikle, hadde utviklet eller var på vei ut av rusmiddelavhengighet, som hadde komplekse og sammensatte behov og som hadde behov for koordinerte tjenester.

Tillitspersonene var ment å være brobyggere på tvers av ulike tjenester og etater og skulle fungere som et koordinerende bindeledd mellom bruker og tjenesteytere. Det ble også vektlagt i Helsedirektoratets utlysningstekst at tillitspersonene skulle møte brukerne på deres egne premisser og løse dem gjennom tjenesteapparatet (Helsedirektoratet, 2008). På den måten skulle den enkelte bruker bli tett fulgt opp og tjenesteapparatet skulle bli ansvarliggjort slik at brukerne fikk de tjenestene som de hadde behov for og lovmessig rett til.

I en følgeevaluering av prosjektet intervjuet Aspelund m.fl. (2011) ledere, ansatte og

brukere. De gikk gjennom kvantitative rapporteringer fra ledere og ansatte, og de tok i bruk en indeks for måling av livskvalitet hos brukerne. I sluttrapporten konkluderte forfatterne med at den tette individuelle oppfølgingen av brukere med behov for sammensatte tjenester hadde vært virkningsfull – med arbeidsmåter som kan ha stor overføringsverdi til oppfølging av andre brukergrupper med behov for sammensatte tjenester. De påpekte også at målet om styrket samhandling mellom tjenestene i stor grad hadde blitt realisert. Involvering av brukere og koordinering av tjenester hadde bidratt til å etablere mer tilgjengelige, helhetlige, sammenhengende og individuelt tilpassete tjenester. På systemnivå kom dette frem gjennom at det hadde vært en positiv utvikling når det gjaldt å gi brukerne tilgang til de tjenestene de hadde behov for eller krav på. Brukerne og samarbeidspartnere rundt tillitspersonene vurderte også at forsøket hadde bidratt til å gi brukergruppen et forsterket tjenestetilbud, noe tillitspersonenes tilstedeværelse og tilgjengelighet hadde vært avgjørende for.

Tillitspersonene hadde videre bidratt til at flere av brukerne fikk utarbeidet individuell plan og brukte den aktivt (Aspelund m.fl., 2011). De klarte også å drive frem god samhandling med grunnlag i brukernes behov. Gjennom å mobilisere tjenester rundt den enkelte bruker hadde tillitspersonene vært viktige brobyggere mellom brukeren og tjenestene. Samarbeid om enkeltbrukere hadde i mange tilfeller fremmet eller utløst ny samhandlingspraksis, og i mange kommuner hadde det blitt vesentlige forbedringer i samhandlingen rundt personer med rusmiddelproblemer. De prosjektene som hadde lagt vekt på å synliggjøre forsøket og brukergruppen gjennom dialog, møtevirkosomhet og formidling, hadde ifølge sluttevalueringen lyktes særlig godt på dette området.

Erfaringer fra deltakerkommuner, tillitspersoner, brukere og pårørende er også presentert i heftet «Tillit, tid, tilgjengelighet» fra Helsedirektoratet (2011b).

MESTRINGSVEIER TIL ARBEID

Fagutviklingsprogrammet «Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus» ble opprettet for å bistå personer med samtidig rusmiddelavhengighet og psykiske vansker til å komme i arbeid eller annen aktivitet (Steihaug, Hjort & Husum, 2012). Samarbeidet mellom NAV og helsevesenet stod sentralt. Programmet – som foregikk som pilotprosjekter i sju fylker – ble gjennomført i perioden 2007–2012 i regi av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse.

Steihaug m.fl. (2012) gjennomførte en følgeevaluering av tre av pilotprosjektene i programmet (i Hedmark, Oppland, og Vestfold). Data ble innhentet gjennom kvalitative intervjuer med deltakerne i prosjektet, de som fulgte opp deltakerne i praksis og andre som hadde vært involvert i prosjektet. Det ble i tillegg gjennomført dokumentstudier. Forfatterne fant at mange av deltakerne hadde oppnådd arbeid, arbeidspraksis eller lærlingeplass i løpet av prosjektet. Flere hadde også begynt på utdanning. Både deltakere og hjelpere sa i intervjuene at en tillitsfull og anerkjennende relasjon mellom hjelper og den som hjelpes, var avgjørende for deltakernes utbytte. Faste, meningsfulle aktiviteter ble også løftet frem som noe som hadde avgjørende betydning for deltakerne. Deltakerne fortalte om hvor viktig det var å komme i jobb eller ha andre faste aktiviteter, og ifølge forfatterne var det tydelig at arbeid, arbeidspraksis eller annen aktivitet bedret psykiske lidelser og plager, reduserte rusmiddelmisbruk og ga deltakerne et mer stabilt og bedre liv. I alle prosjektene erfarte hjelperne at de trengte tverrfaglig samarbeid for å kunne integrere behandlingsperspektivet og atferdingsperspektivet. Dette samarbeidet ble utviklet i alle prosjektene, men ifølge evalueringen var det avgjørende at det ble sikret

tilstrekkelig med tid og etablert egnede samarbeidsarenaer. Siden organisering av samarbeidet skjedde gjennom et tverrfaglig team forankret på ledernivå – med andre ord i nettverk i stedet for i en kjede, ble samtidigheten i samarbeidet ivaretatt.

Ifølge Steihaug m.fl. viste følgeforskningen at det nytter å hjelpe brukere med samtidig psykiske lidelser og rusmiddelproblemer når de får tett oppfølging over tid av de samme hjelperne. I evalueringen anbefalte forfatterne imidlertid å ta mer hensyn til de spesielle utfordringene ved rusmiddelmisbruk. Mange av deltakerne kunne ikke bruke NAV-tiltakene siden dette forutsatte stabilitet i oppmøte og ikke i tilstrekkelig grad tok hensyn til tilbakefall til rusmidler. Det ble også anbefalt at én eller flere personer fra rus- / psykisk helseteam i kommunene holdt kontakten med brukeren under et eventuelt institusjonsopphold, og at disse, i samarbeid med pasienten og spesialisthelsetjenesten, forberedte utskrivingen.

NAVS VEILEDNINGS- OG OPPFØLGINGSLOSER

NAV opprettet i 2009 ordningen med veilednings- og oppfølgingsloser, en satsing der losene skulle veilede personer med psykiske helseproblemer som ønsket å komme ut i arbeid eller arbeidsrettet aktivitet (Proba samfunnsanalyse, 2012, 2016). Målgruppen inkluderte også personer som i tillegg hadde rusmiddelproblematikk, og som hadde behov for sammensatte tjenester og tett oppfølging.

Lossatsingen ble definert som et fagutviklingsprogram, noe som innebar at det skulle drives metodeutvikling i programmet, og ny kunnskap skulle spres til resten av NAV-systemet. Losene fikk tilgang til ulike tiltak som ble forvaltet av NAV, og de skulle være bindeleddet mellom bruker og eksterne samarbeidspartnere som arbeidsgivere, arbeidsmarkedsbedrifter, kommunal helsetjeneste og andre behandlere. De var ansatt på NAV-kontorene med den lokale NAV-lederen som arbeidsgiver. NAV fylke hadde ansvar for lostjenesten i det enkelte fylket, mens fylkeskoordinatorer i hvert enkelt fylke hadde den faglige oppfølgingen av losen lokalt. I tillegg til at de til enhver tid skulle følge opp om lag 20 brukere, skulle de også være en ressurs på NAV-kontoret på området psykisk helse.

I 2012 ble ordningen evaluert av Proba samfunnsanalyse (2012). Forfatterne baserte studien på en spørreundersøkelse til alle loser og deres avdelingsledere ved NAV-kontorene, telefonintervjuer med eksterne samarbeidspartnere og casestudier ved ti NAV-kontorer med loser, ledere, veiledere og brukere. Forfatterne konkluderte med at brukerne var svært fornøyde med ordningen. De fant at mange brukere hadde kommet i aktivitet og fått forbedret sin livskvalitet, og samarbeidspartnere innen helsetjenesten, tiltaksarrangører og kommunenes førstelinjer rapporterte at de hadde hatt stor nytte av losen i behandlingen og oppfølgingen av brukerne. Losordningen ga ifølge evalueringen mulighet for en tettere, mer fleksibel og mer helhetlig oppfølging av brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer enn det NAV-veiledere normalt kunne gi. Losen bidro til at brukerne kom i rett tiltak og at de klarte å gjennomføre tiltaket. Forfatterne fant imidlertid at det var få brukere i prosjektet som hadde omfattende rusmiddelproblematikk. Dette ble forklart med at NAV-kontorene ikke prioriterte brukere med et aktivt rusmiddelproblem siden de ikke fikk innpass i ordinære arbeidsmarkedstiltak.

I evalueringen ble det også identifisert et forbedringspotensial når det gjaldt hvor godt NAV-kontorene klarte å nyttiggjøre seg losens kompetanse. Den største utfordringen for losordningen var at losene arbeidet innenfor rammer som i betydelig grad avvok fra resten av NAV-systemet. Noen av lederne hadde vært opptatt av at losen skulle gi merverdi til kontoret, og at andre i NAV kunne lære av vedkommende. Andre steder ble

losen mer overlatt til å utforme rollen på egen hånd, noe som ofte resulterte i at det var brukeropfølging som ble prioritert. Det ble også påpekt at få brukere hadde individuell plan.

Fra 2013 ble ordningen avsluttet som et prosjekt og lagt inn som en ordinær tjeneste ved utvalgte NAV-kontorer. Høsten 2014 var det ifølge Proba samfunnsanalyse (2016) 44 kontorer som hadde en veilednings- og oppfølgingslos.

JOBBMESTRENDE OPPFØLGING

Jobbmestrende oppfølging (JMO) ble etablert som et forsknings- og utviklingsprosjekt rettet mot personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser (psykoselidelser) med eller uten rusmiddelproblemer (NAV & Helsedirektoratet, 2014; Oslo universitetssykehus, 2015). Prosjektet, som ble utviklet i regi av «Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012)», hadde som mål at flere personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser skulle komme i arbeid. Det ble også lagt stor vekt på å etablere gode samarbeidsmodeller og felles kunnskap om arbeidets betydning for den psykiske helsen.

Deltakerne i JMO skal ifølge NAV og Helsedirektoratet ([2011]) få mer koordinert oppfølging enn det som er vanlig i tiltaksbedrifter. De skal få hjelp til å avklare hva slags type arbeid som er mulig, og hvilke arbeidsmuligheter som finnes. Det skal legges til rette for arbeidstrening i en tiltaksbedrift eller hos en ordinær arbeidsgiver, og det skal bli satt i gang et samarbeid mellom kontaktpersoner i helsetjenesten, NAV og tiltaksbedriften. Arbeidskonsulentene ved tiltaksbedriften skal her fungere som et ekstra bindeledd, noe som skal sikre at oppfølgingen koordineres best mulig, og at de forskjellige instansene får kunnskap om viktigheten av tilrettelegging på arbeidsplassen.

Oslo universitetssykehus (2015) har gjennomført en forskningsbasert effektevaluering av prosjektet. Forfatterne konkluderte med at JMO var et vellykket prosjekt der det var blitt utviklet en god oppfølgingsmetode som viste seg klart nyttig for deltakerne. Ved oppstart i prosjektet var 16 prosent av deltakerne i arbeid, hovedsakelig gjennom arbeidsmarkedstiltak. Ti måneder etter oppstart var 75 prosent av deltakerne i en eller annen form for arbeid (8 prosent ordinært arbeid; 36 prosent arbeidspraksis i ordinær bedrift; 31 prosent skjermet arbeid). Andelen som var i arbeid, sank imidlertid til 60 prosent to år etter oppstart, noe som ifølge forfatterne var forventet siden oppfølgingen av hver enkelt deltaker ikke lenger var like tett. Det ble ikke gitt tilbud til personer som hadde alvorlig voldsrisiko, alvorlig selvmordsrisiko eller så alvorlig rusmiddelmissbruk at det vanskelig ville la seg kombinere med arbeid. Dette ble begrunnet med at slike utfordringer kunne være vanskelige å håndtere på en arbeidsplass.

I JMO ble det testet ut to oppfølgingsmetoder – kognitiv atferdsterapeutisk trening og kognitiv trening – for å undersøke om disse metodene styrket deltakernes evne til å meste utfordringer og krav i en arbeidssituasjon. Deltakerne som mottok kognitiv trening, hadde ifølge evalueringen forbedret seg på flest kognitive mål, selv om også gruppen som hadde fått kognitiv atferdsterapeutisk trening, hadde forbedringer (Oslo universitetssykehus, 2015). Dette tyder ifølge forfatterne på at det å være i arbeid generelt virker stimulerende og har en gunstig effekt på kognitiv funksjon. Evalueringen er senere også publisert som en forskningsartikkel (Falkum m.fl., 2017).

Prosjektet er også evaluert av Steihaug, Lippestad og Brattlid (2014), basert på intervjuer med 21 deltakere og 53 fagpersoner. Forfatterne fant at deltakerne i JMO fikk tett, individuelt tilrettelagt oppfølging fra kompetente arbeidskonsulenter. Deltakerne lyktes i stor grad i å komme i arbeid eller arbeidspraksis, og det var blitt utviklet en god og nyttig

oppfølgingsmetode. Informantene fortalte at samarbeidet med oppfølgerne hadde hatt avgjørende betydning og bidratt til mer smidige overganger. Både prosjektledere innen helse, arbeidskonsulenter og behandlere rapporterte at de var imponert over hvor mange deltakere som hadde oppnådd arbeid eller arbeidspraksis. De fremhevet spesielt hvor stor betydning arbeid syntes å ha for deltakerne. Deltakerne sa på sin side at det var svært viktig for dem å være i arbeid. Mange snakket om verdighet, om å bidra og være til nytte, om meningsfulle, strukturerte dager og om tilhørighet og sosialt samvær. Funn fra de kvalitative intervjuene er også publisert i en forskningsartikkel (Lippestad & Steihaug, 2015).

Det er utviklet en manual for prosjektet som er publisert som hjelp til andre som ønsker å benytte seg av metodikken (NAV & Helsedirektoratet, 2014).

INDIVIDUELL JOBBSTØTTE OG SUPPORTED EMPLOYMENT

Individuell jobbstøtte, eller *Individual Placement and Support (IPS)*, som det opprinnelig heter på engelsk, er en systematisk oppfølgingsmetodikk for å øke arbeidsdeltakelse i ordinært, lønnet arbeid for mennesker med alvorlige til moderate psykiske lidelser (Sveinsdottir m.fl., 2014; Reme m.fl., 2016). Tilnærmingen bygger på visjonen om at alle som vil jobbe, kan jobbe, forutsatt at man finner riktig type jobb og arbeidsmiljø. For å bli med i prosjektet må brukerne ha et ønske om å jobbe i ordinært, lønnet arbeid, og de må være i behandling for moderate til alvorlige psykiske lidelser – eventuelt i kombinasjon med avhengighetsproblematikk – i primær- eller spesialisthelsetjenesten.

Det skjer på den måten ingen arbeidsevnevurdering. Gjennom en individuell oppfølging får deltakeren støtte i jobbsøkerprosessen, der målet er å finne rett arbeid til rett person. Støtten er kontinuerlig. Den pågår parallelt med behandling i helsetjenesten, og den fortsetter også etter at deltakeren har fått arbeid. Jobbsøk skjer ut fra interesser og ferdigheter. Tilpasset økonomisk rådgivning skjer i overgangen fra trygd eller stønader til arbeid, jobbsøket starter raskt (senest etter én måned), der jobbspesialisten skal etablere relasjoner med arbeidsgivere med utgangspunkt i brukerens yrkesønsker.

I en effektevaluering, som omtales som én av de største IPS-studiene i verden, undersøkte Reme m.fl. (2016) om individuell jobbstøtte hadde ført til høyere sysselsettingsgrad enn tradisjonelle arbeidsmarkedstiltak. Totalt 410 deltakere fordelt på seks fylker ble inkludert i studien og tilfeldig fordelt på to grupper: 229 fikk tilbud om IPS, mens 181 fikk tilbud om en høykvalitetsversjon av ordinær oppfølging. 45 prosent av deltakerne ble definert å ha alvorlige psykiske lidelser (psykoselidelser og bipolar lidelse), mens 55 prosent ble definert å ha moderate psykiske lidelser (primært affektive lidelser). Snittalderen var 35 år, og deltakerne – som var omtrent likt fordelt på kjønn – hadde et utdanningsnivå som var lavere enn i den generelle befolkningen. Evalueringen viste en tydelig og statistisk sikker effekt i favør av individuell jobbstøtte. Ved 18 måneders oppfølging var 37 prosent av IPS-deltakerne i jobb, sammenliknet med 27 prosent i kontrollgruppen. De fant også at betydelig færre av IPS-gruppen mottok NAV-tiltak, og de identifiserte en (svak) tendens til at andelen som kombinerte jobb og arbeidsavklaringspenger, økte mer i IPS-gruppen enn i kontrollgruppen.

IPS er en variant av det som gjerne omtales som *Supported employment (SE)*. Nøkkelelementene i SE er inkludert i individuell jobbstøtte (som at ingen blir ekskludert, deltakerne skal raskt ut i arbeid, de får oppfølging på arbeidsplassen, og jobbspesialist gir støtte til både arbeidstaker og arbeidsgiver), men i IPS involveres også behandlere fra psykisk helsevern. Oppfølging av psykisk helse er på den måten mer sentralt i IPS enn

i SE (Nøkleby, Blaasvær & Berg, 2017).

I en systematisk kunnskapsoppsummering undersøkte Nøkleby m.fl. (2017) effekten av SE og IPS. Studiene omhandlet personer over 18 år som har vansker med å få eller være i arbeid, deriblant de som har psykiske eller fysiske helseproblemer, er stønadsmottakere, langtidsledige og/eller er innvandrere. De inkluderte 38 studier, hovedsakelig fra USA og Europa, med oppfølgingstid opp til fem år. I 29 av studiene var tiltaket IPS, mens det i ni av dem var SE. I gjennomgangen, som de mener er overført til en norsk kontekst, fant Nøkleby m.fl. at SE/IPS fikk flere personer med bistandsbehov i vanlig arbeid, sammenliknet med andre tiltak. Best dokumentert var IPS for personer med alvorlige psykiske lidelser. Tiltakene førte også til lengre tid i vanlig arbeid og høyere inntekt, men ifølge studien så det ikke ut til at SE/IPS førte til forbedring av livskvalitet, (psykiske) symptomer eller innleggelse i sykehus. Tiltakene ga imidlertid heller ingen negative effekter. IPS så også ut til å få flere i arbeid til en tilnærmet lik kostnad som andre tiltak. Oppfølgingstid, kvalitetsskårer, geografisk/kulturell kontekst og kontrolltiltak så imidlertid ikke ut til å ha vesentlig betydning for effekten av IPS.

5. VERKTØY OG RESSURSER

På nettsidene til Omsorgsbiblioteket, under emnet «Pasientforløp», blir det gitt en oversikt over relevante ressurser og verktøy. Disse ressursene og verktøyene er:

- nettsider
- videoer og filmer
- e-læringskurs, undervisningsopplegg og videreutdanninger

6. KONKLUSJONER

Hensikten med denne oppsummeringen har vært å identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddel-lidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser).

Det har de siste årene vært økt politisk og faglig oppmerksomhet mot både pasientforløp og ROP-lidelser, og i oppsummeringen er det blitt identifisert og presentert 48 lover, forskrifter, offentlige dokumenter (utredninger, proposisjoner, nasjonale strategier og meldinger til Stortinget), faglige veiledere og nasjonale retningslinjer med relevans for emnet.

Det er videre inkludert 149 forsknings- og utviklingsarbeider fra perioden 2008–2017. Disse arbeidene, som er skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk, har i hovedsak empiri fra en norsk kontekst, men internasjonale kunnskapsoppsummeringer og nordiske studier er tatt med hvis de har særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst.

Den inkluderte litteraturen viser at mange voksne med ROP-lidelser har store utfordringer knyttet til levekår og helse. I gjennomsnitt lever pasient- og brukergruppen betydelig kortere enn resten av befolkningen. Personer med rusmiddellidelse har dessuten langt høyere forekomst av psykiske helseproblemer og lidelser sammenliknet med personer i befolkningen uten rusmiddellidelse. Dess mer alvorlig rusmiddellidelsen er, jo høyere er forekomsten av psykiske lidelser. Jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, dess høyere er forekomsten av rusmiddellidelse. Omkring én av fire som er bostedsløse i Norge, har både rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Omkring én av åtte registrerte tjenstemottakere med ROP-lidelser i kommunene beskrives å ha alarmerende dårlige levekår knyttet til økonomi, somatisk helse, sosial fungering og/eller sosialt nettverk. Økt dødelighet i pasient- og brukergruppen knyttes blant annet til økt forekomst og mangelfull oppfølging av somatisk sykdom. Personer med ROP-lidelser er imidlertid også en uensartet gruppe, både når det gjelder alder, hvilke rusmidler de bruker, hvilke psykiske lidelser de har, og hvordan funksjonsnivået er på ulike områder.

Pasientgruppen er særlig utsatt ved mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. I litteraturen påpekes det at de ofte har behov for tjenester fra kommuner og spesialisthelsetjeneste samtidig. Mange har problemer med å nyttiggjøre seg av det eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbudet i kommunen. Både litteraturen og nasjonale retningslinjer peker på viktigheten av integrerte, fleksible tjenester der pasientene får behandling av begge lidelser samtidig og av samme helsepersonell. Her er det imidlertid ifølge litteraturen betydelig fare for svikt. Det vektlegges også at det er utfordrende å gi behandling til denne pasientgruppen, der en vellykket behandling ofte krever samhandling med andre instanser utenfor selve behandlingsapparatet – slik som NAV.

En annen av utfordringene som løftes frem i samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenester om pasientgruppen, er forankringen i ulike behandlingsskulturer og faglige tilnærminger. I spesialisthelsetjenesten blir pasientens behov i hovedsak vurdert i et korttidsperspektiv og ut ifra en medisinsk, diagnoseorientert tilnærming. I primærhelsetjenesten blir pasientens behov i det vesentlige vurdert i et langsiktig perspektiv, med vekt på funksjonsnivå, mestring, livskvalitet og hjemmesituasjon. Flere studier peker her på viktigheten av forståelse for hverandres ulike fagbakgrunn, institusjonelle kontekst og måter å tilnærme seg pasienten på. En slik forståelse kan blant annet styrkes gjennom å etablere drøftingsarenaer og samarbeidsavtaler.

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er ett av virkemidlene i samhandlingsreformens overordnede mål om helhetlige pasientforløp. Samarbeidsavtalene skal fremme samhandlingen ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen, og de skal etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Flere studier har funnet at kommuner og helseforetak opplever avtalene som en viktig formell ramme for dialog, arbeidsdeling og samhandling, og at de legger til rette for helhetlige pasientforløp. Samtidig rapporteres det om at avtalene innenfor fagområdene psykisk helse og rus ofte er preget av lite konkrete og tydelige formuleringer. Det pekes også på viktigheten av å oppnå større likeverd mellom foretak og kommuner.

Lovpålagt samhandling på individnivå – gjennom bruk av individuell plan, koordinatorer og ansvarsgrupper – bidrar ifølge flere studier til samordning og tilpasning av tjenester. utfordringer knyttes blant annet til at det varierer fra kommune til kommune hvor aktivt individuell plan tas i bruk, og at planene betraktes som et omfattende og komplekst verktøy som er tidkrevende å bruke.

Fastlegen løftes frem som et viktig bindeledd mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten for pasientgruppen. Det blir imidlertid identifisert utfordringer relatert til fastlegenes kompetanse på ROP-lidelser, involvering, samarbeid med de psykiatriske sentrene og jobbstabilitet. Særlig i mindre kommuner kan dette gå ut over pasientenes behov for kontinuitet og etablering av tillitsfulle relasjoner.

Bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) og pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) er tiltak som kan bidra til bedre informativ kontinuitet (relevant informasjon er tilgjengelig til enhver tid) i pasientforløpet. Det pekes på at verktøyet bidrar til bedre kommunikasjonslinjer mellom spesialisthelsetjeneste og kommune og gir rask tilgang på pasientinformasjon. Samtidig er det usikkert hvorvidt IKT-systemene og PLO-meldingene i seg selv sikrer kvaliteten på selve informasjonsinnholdet.

Hvordan den enkelte blir møtt av profesjonelle idet de blir tilbudt eller selv oppsøker hjelp beskrives som en viktig faktor i pasientforløpet, både for å unngå avbrudd og for recovery. Recovery knyttes her i særlig grad til en prosess av sosial og personlig karakter, der den enkelte pasient eller bruker opplever tilhørighet i lokalmiljøet, og kan finne frem til et liv utenfor problemene – til tross for følelsesmessige og sosiale utfordringer. Dette kan blant annet handle om å bli møtt med forståelse og tillit, å møte individuelt tilpasset hjelp og å få til et samarbeid der pasienten og de profesjonelle oppleves å være på samme lag. Det pekes videre på viktigheten av å ha trygge rammer og å møte profesjonelle som er fleksible når det gjelder å tilpasse tjenestene underveis. Lokalsamfunnet tildeles også et viktig ansvar ved å anerkjenne personer med ROP-lidelser som medborgere med ressurser som kan brukes i fellesskapet. Arbeid, deltakelse i meningsfulle aktiviteter, økonomi, boforhold, tro på endring og relasjonsbygging med andre mennesker blir dessuten løftet frem som betydningsfullt.

Samhandlingsreformen og en politisk villet nedbygging av institusjonsomsorgen har gitt kommunene større ansvar for å skaffe og tilrettelegge for bolig til personer med tjenestebehov. Pasient- og brukergruppen med ROP-lidelser omtales som en særlig utfordring når det gjelder bolig. Kommunenes økonomiske ressurser, en oppstykket og fragmentert behandlingsskjede, kort behandlingstid, naboprotester og kortsiktig planlegging løftes frem som sentrale utfordringer for å få til et adekvat botilbud. Et adekvat og stabilt boligtilbud i kombinasjon med nødvendige tjenester bidrar ifølge flere studier til at pasientgruppen får bedre helse og opplever økt sosial inkludering. Motsatt kan manglende bolig eller inadekvate botilbud reversere en god behandlings- og bedringsprosess.

I oppsummeringen presenteres også erfaringer fra læringsnettverket «Gode pasientforløp for personer med psykiske problemer og/eller rusproblemer», hvor i alt 61

kommuner har deltatt. Nettverket skal dels føre til utvikling av helhetlige pasientforløp i kommunene for pasientgruppen og dels til at det blir utviklet relevante verktøy og metoder til bruk i kommunenes arbeid med slike helhetlige pasientforløp. Sentralt i arbeidet står et skifte av perspektiv. Fra å nærme seg pasienten ut ifra den diagnoseorienterte tilnærmingen «Hva er i veien med deg?» vektlegges i stedet det personsentrerte perspektivet «Hva er viktig for deg?».

Helse- og omsorgsdepartement har de siste årene gitt tilskudd for å utvikle og etablere organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. De har også gitt midler til en rekke støtte- og oppfølgingstiltak knyttet til bolig og arbeid. I oppsummeringen presenteres erfaringer, forskningsanalyser og evalueringer fra tolv modeller og tiltak. Oppsummeringen viser at det finnes en rekke gode erfaringer med vellykket samarbeid og velfungerende tiltak i kommunene. Dette indikerer at det er mulig å utvikle gode modeller for samhandling og støtte- og oppfølgingstiltak for personer med ROP-lidelser. Det ser samtidig ut til at geografi, antall innbyggere og hvordan de lokale tjenestene er bygd opp, har betydning for hvilke modeller og tiltak som kan være hensiktsmessig for den enkelte kommune.

7. REFERANSER

I referanseoversikten er forskningsarbeider merket med (F), utviklingsarbeider merket med (U) og andre publikasjoner merket med (A). Begrunnelsen for dette er gitt i kapittel 2. Der er det også beskrevet hva som menes med henholdsvis forskningsarbeid og utviklingsarbeid.

- Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok: Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen* (2. utg.). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/ACT-h%C3%A5ndbok.pdf> (U)
- Akershus universitetssykehus, & Nasjonal kompetansetjeneste for ROP-lidelser. (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge: Hva viser resultatene?* Brumunddal: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Sluttrapport%20evaluering%20ACT-Team_endelig.pdf (U)
- Akre, A.-G. D., Egeland, K., Garpe, K. D., Jørgensen, A. W., & Vaskinn, H. S. (2015). Å ville hverandre vel: Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike – Romeriksprosjektet (2010–2015). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), 261–264. Hentet fra http://www.idunn.no/tph/2015/03/aa_ville_hverandre_vel_forpliktende_samhandling_om_psykisk (U)
- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T. M., Westerlund, H., & Norvoll, R. (2011). «Å lage farger på livet til folk»: God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 154–162. Hentet fra <http://www.idunn.no/tph/2011/02/arto8> (F)
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*(420), 28–37. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00328.x (F)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-V, 5. utg.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. (A)
- Andersen, B. J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum – S-Flex-modellen: Praksis og effektevaluering. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 317–327. Hentet fra http://www.idunn.no/tph/2013/04/samhandlingsteamet_i_baerum_-_s-flex-modellen_praksis_og_eff (F)
- Arbeidsdepartementet, & Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse* (2013–2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/AD/publikasjoner/rapporter/2013/OppfPlanArbogPsykHelse.pdf> (A)
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. doi: 10.1080/1364557032000119616 (F)

- Aspelund, G., Dyrkorn, K., & Anker, J. (2011). *Følgeevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer – Tillitspersonforsøket, 2009–2011: Sluttrapport*. Oslo: Rambøll. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/1897/sluttrapport-evaluering-av-tillitsperson-forsoket.pdf> (U)
- Bakke, T., de Vibe, M., & Vege, A. (2016). *Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykiske problemer og rus: Notat om kvalitetsutvikling nr. 3*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/notater/2016/sentrale-elementer-i-laringsnettverket-for-gode-pasientforlop-ved-psykisk-helse-og-rus.pdf> (U)
- Bakke, T., Evensen, G. H., Lind, U. H., & Næss, P. (2015). *Læringsnettverk: «Gode pasientforløp for personer med psykiske problemer og/eller rusproblemer»: Dokumentasjon 2014–2015*. Hentet fra <http://www.ks.no/contentassets/dd0751731b9a4b-51879d85a9fd167e06/oppsummeringsnotat-laringsnettverk-med-vedlegg-22.12.15.pdf> (U)
- Bergly, T. H., Hagen, R., & Gråwe, R. W. (2015). Mental health and substance use problems among patients in substance use disorder treatment as reported by patients versus treatment personnel. *Journal of Substance Use*, 20(4), 282–287. doi: 10.3109/14659891.2014.911975 (F)
- Berven, N., Ludvigsen, K., Christensen, D. A., & Nilssen, E. (2013). *Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene (Rapport 2–2013)*. Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/9502/Rapport%202-2013%20Berven%2c%20Ludvigsen%2c%20Christensen%20og%20Nilssen.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (U)
- Biong, S. (2015). *Å bli tatt på alvor som hele medmennesker: En forskningsbasert evaluering av Brobygger LAR/ROP i Notodden (SFPR-forskningsrapport nr 15–2015)*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2436663> (U)
- Bjaarstad, S., Trane, K. A. R., Hatling, T., & Reinertsen, S. (2014). Nye trender innen arbeid og psykisk helse – sett i sammenheng med recovery. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(03), 232–240. Hentet fra http://www.idunn.no/tph/2014/03/nye_trender_innen_arbeid_og_psykisk_helse_-_sett_i_sammenhe (F)
- Bjørkquist, C., & Hansen, G. V. (2017). Samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), 194–203. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2017-03-05 (F)
- Bjørn, V. (2014). *Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter: Hva er vi driver med?* (Prosjektrapport: SPoR Vestfold 2010–2013). Hentet fra <https://www.napha.no/attachment.ap?id=2743> (U)
- Brattheim, B. J., & Osmundsen, T. (2016). *Samhandling med IKT (SIKT) 229623: Sluttrapport til Forskningsrådet*. Hentet fra <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-Disposition&blobheadervalue=+attachment%3B+filename%3D%22Sluttrapportprosjekt229623.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274508156485&ssbinary=true> (U)

- Brattheim, B. J., Hellesø, R., & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 26–33. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56830 (F)
- Brattrud, T. L., & Granerud, A. (2011). Sammen om gode overganger. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), 206–216. Hentet fra <http://www.idunn.no/tph/2011/03/arto8> (F)
- Brekke, E., Lien, L., Davidson, D., & Biong, S. (2017). First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Advances in Dual Diagnosis*, 10(1), 13–24. doi: doi:10.1108/ADD-07-2016-0015 (F)
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010–1024. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007> (F)
- Brox, V., Eilertsen, M. K., Hårvik, V., & Jakobsen, T. (2016). *Kartlegging av pasienter som avbryter eller ikke møter til rusbehandling ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF: Delrapport 1 fra prosjekt «Hindre drop-out fra rusbehandling» ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/Delrapport1kartlegging.pdf> (U)
- Charney, D. A., Paraherakis, A. M., & Gill, K. J. (2001). Integrated treatment of comorbid depression and substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(9), 672–677. (F)
- Clausen, H., Landheim, A., Odden, S., Benth, J. Š., Heiervang, K. S., Stuen, H. K., . . . Ruud, T. (2016). Hospitalization of high and low inpatient service users before and after enrollment into Assertive Community Treatment teams: A naturalistic observational study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(14). doi: 10.1186/s13033-016-0052-z (F)
- Clausen, H., Landheim, A., Odden, S., Heiervang, K. S., Stuen, H. K., Killaspy, H., . . . Ruud, T. (2015). Associations Between Quality of Life and Functioning in an Assertive Community Treatment Population. *Psychiatric Services*, 66(11), 1249–1252. doi: 10.1176/appi.ps.201400376 (F)
- Clausen, H., Ruud, T., Odden, S., Benth, J. Š., Heiervang, K. S., Stuen, H. K., . . . Landheim, A. (2016). Hospitalisation of severely mentally ill patients with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study. *BMC Psychiatry*, 16(125). doi: 10.1186/s12888-016-0826-5 (F)
- Dahle, K. A., & Iversen, H. H. (2011). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2378296> (U)
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R., & Fredwall, T. E. (2017). *Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom: En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2444230> (U)

- Daudt, H. M., van Mossel, C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13(48). doi: 10.1186/1471-2288-13-48 (F)
- de Vibe, M., Udness, E., & Vege, A. (2016). *Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke, en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011-2015* (Notat om kvalitetsutvikling nr. 4). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/notater/2016/gode-pasientforlop-eldre-og-kroniske-syke.pdf> (U)
- Deloitte, & Høgskolen i Sørøst-Norge. (2016). *Insentiver for god samhandling i lokalba-sert rus og psykisk helsearbeid: Sluttrapport* (KS FoU-prosjekt nr. 154013). Hentet fra <https://www.napha.no/attachment.ap?id=2911> (U)
- Den norske legeforening. (2015). *Sammen for en bedre primærhelsetjeneste: Legeforeningens oppfølging av Stortingsmelding 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/226247/Sammen%20for%20en%20bedre%20prim%C3%A6rhelsetjeneste.pdf> (U)
- Departementene. (2014). *Bolig for velferd: Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf (A)
- Dyb, E., & Holm, A. (2015). *Rus og bolig: Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer* (NIBR-rapport 2015:5). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Rus%20og%20avhengighet/NIBR%20rapport%202015%20Rus%20og%20bolig.pdf> (U)
- Dyb, E., & Johannessen, K. (2013). *Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging* (NIBR-rapport 2013:5). Hentet fra <https://www.bufdir.no/nn/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002033> (U)
- Dyrstad, K., & Ose, S. O. (2014). *Kommunalt rusarbeid og innlemming av statlig rustilskudd i den kommunale rammen* (SINTEF A26099). Trondheim: Sintef. Hentet fra http://www.sintef.no/globalassets/upload/teknologi_og_samfunn/helse/a26099-kommunalt-rusarbeid_rapport.pdf (U)
- Dømbe, B. (2015). *Gir de norske ACT-teamene integrerte tjenester alene, eller arbeider de mer etter en Intensive Case Management-modell?* (Masteroppgave). Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-49055> (U)
- Evensen, G. H. (2015). C-Flex i Bærum utvikler praksis. Hentet 21. november 2017 fra <https://www.napha.no/content/20290/C-Flex-i-Barum-utvikler-praksis> (A)
- Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2012). *Dobbelt opp: Om psykiske lidelser og rusmisbruk* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. (F)
- Falkum, E., Klungsøyr, O., Lystad, J. U., Bull, H. C., Evensen, S., Martinsen, E. W., . . . Ueland, T. (2017). Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. *BMC Psychiatry*, 17(24). doi: 10.1186/s12888-016-1183-0 (F)

- Fauchald, K., Audestad, R., Paulsen, K., Heggset, K. T., & Mørkrid, A. (2017). *Rett hjelp til rett tid: Kunnskapsgrunnlag for rusmelding*. Oslo kommune. Oslo: Velferdsetaten, Oslo kommune. Hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13231464/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Prosjekter/Kunnskapsgrunnlag%20for%20ny%20rusmelding/Rett%20hjelp%20til%20rett%20tid.pdf> (U)
- Fleiner, R. L. (2015). Første FACT-team i Norge sertifisert. Hentet 15. november 2017 fra <https://napha.no/content/13869/Forste-FACT-team-i-Norge-sertifisert> (A)
- Fodstad, H., & Christiansen, B. (2014). Hva kan kjennetegne oppfatninger av personer med rus- og psykiske helsevansker (ROP) hos ansatte og studenter? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(2), 126–134. Hentet fra http://www.idunn.no/tph/2014/02/hva_kan_kjennetegne_oppfatninger_av_personer_med_rus-_og_ps (F)
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge* (Rapport 2014:4). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf> (U)
- Folkehelseinstituttet. (2015). Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne. Hentet 18. august fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok> (A)
- Folkehelseinstituttet. (u.å.). Kvalitetsforbedring. Hentet 27. desember 2016 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring> (A)
- Forskningsrådet. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009): Sluttrapport*. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3D%22RAPPORTTEVALPSYKISKHELSE2.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274505118054&ssbinary=true> (U)
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Hentet fra <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3D%22Sluttrapportmedomslag.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274508155692&ssbinary=true> (U)
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842> (A)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (2011). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> (A)
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter. (2011). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115> (A)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (2003). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (A)
- Forskrift om pasientjournal. (2000). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385> (A)

- Fossestøl, B. (2013). Evidens og praktisk kunnskap. *Fontene Forskning*, (2), 55–66. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/99049/SKMBT_C65214010809240.pdf?sequence=1&isAllowed=y (F)
- Frantzen, C., & Karagöz, E. M. N. (2011). *Min bolig – mitt hjem: Booppfølging av pasienter med dobbeldiagnose: Prosjektrapport*. Hentet fra http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/Min%20bolig_mitt%20hjem_dd.pdf (U)
- Frantzen, C., Karagöz, E. M. N., & Berge, T. (2012). En modell for boligfaglig samhandling for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddellidelse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 324–333. Hentet fra http://www.idunn.no/tph/2012/04/en_modell_for_boligfaglig_samhandling (F)
- Fugletveit, R., & Hansen, G. V. (2013). Fleksibilitet gir brukertilpassete tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(3), 209–217. Hentet fra http://www.idunn.no/tph/2013/03/fleksibilitet_gir_brukertilpassete_tjenester (F)
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2017). *Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre: En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2476696> (U)
- Gallefoss, L. J., & Årseth, A. L. (2016). *Pasientforløp og drop-out i overgang fra Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet Sykehus HF til videre behandling i private døgninstitusjoner*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/DroppoutProsjektRapportSoerlandet.pdf> (U)
- Gautun, H., & Grønningsæter, A. B. (2012). *Bolig og helse: Samhandlingsreformens betydning for boligpolitikken* (Fafo-rapport 2012:03). Hentet fra http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20230.pdf (U)
- Gautun, H., Martens, C. T., & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 88–94. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03 (F)
- Gjerde, I., Torsteinsen, H., & Aarseth, T. (2015). Kommunenes møte med samhandlingsreformen: Om grensekryssinger med og uten kart. I Ø. Strand, H. Yndestad & E. Nettet (Red.), *Fragmentering eller mobilisering?: Regional utvikling i Nordvest: Fjordantologien 2014* (s. 65–86). Oslo: Forlag1. (F)
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the Care of Health and the Cure of Disease: Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70–84. (F)
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the Care of Health and the Cure of Disease: Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–69. (F)
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., . . . Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807–816. doi: 10.1001/archpsyc.61.8.807 (F)
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 8(2), 148–155. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0053 (F)

- Grimsmo, A., Kirchoff, R., & Aarseth, T. (2015). *Samhandlingsreformen i Norge. Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 3–12. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2433316> (F)
- Gråwe, R. W., & Ruud, T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne* (SINTEF rapport A59). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2443413> (U)
- Hagen, H., & Ruud, T. (2004). *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003* (SINTEF Helse rapport 3/04). Hentet fra <http://sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/a045026.pdf> (U)
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2012). *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet»): Underveisevaluering* (Oppdragsrapport 2012:2). Halden: Høgskolen i Østfold. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/147829> (U)
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2014). Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 55–63. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/65899249/kan_man_skape_en_samarbeidskultur.pdf (F)
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2015). *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet») – Sluttevaluering*. Halden: Høgskolen i Østfold. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/278771> (U)
- Hansen, I. L. S. (2006). *Bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser: En brukerstudie* (Fafo-rapport 2006:519). Hentet fra http://www.fafo.no/media/com_netsukii/519.pdf (U)
- Hansen, I. L. S. (2012). *Hvorfor må kommunene i stadig større grad se bolig og tjenester i sammenheng?* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/KRD/Vedlegg/BOBY/boligmelding2013/hansen.pdf> (U)
- Hansen, I. L. S. (2017). *Fra bostedsløs til varig bolig: Evaluering av forsøk med Housing first i Bergen og Sandnes* (Fafo-rapport 2017:6). Hentet fra <http://www.fafo.no/images/pub/2017/20614.pdf> (U)
- Hansen, I. L. S., & Grødem, A. S. (2012). *Samlokaliserte boliger og store bofelleskap: Perspektiver og erfaringer i kommunene* (Fafo-rapport 2012:48). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/rapporter/fafo-rapport.pdf?id=2325685> (U)
- Hansen, I. L. S., & Ytrehus, S. (2005). *Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på: Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser* (Fafo-rapport 2005:494). Hentet fra http://www.fafo.no/media/com_netsukii/494.pdf (U)
- Hansen, I. L. S., & Øverås, S. (2007). Bolig for personer med psykisk lidelse og rusproblematikk. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Under tak – mellom vegger: Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. (s. 93–111). Oslo: Gyldendal Akademisk. (F)
- Hansen, I. L. S., Gautun, H., Langsether, Å., & Sandlie, H. C. (2007). *Ikke bare bare å bo: Sluttrapport fra evaluering av statlig tilskudd til oppfølgings tjenester i bolig for bostedsløse og rusmisbrukere* (Fafo-rapport 2007:38). Hentet fra http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20038.pdf (U)

- Haugum, M., Holmboe, O., Iversen, H. H., & Bjertnæs, Ø. A. (2016). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tværfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/pasopp_rapporter/nasjonal-rapport.pdf (U)
- Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer* (TF-rapport nr. 362). Hentet fra <https://www.telemarkforskning.no/publikasjoner/filer/2794.pdf> (U)
- Heiervang, K. S., Westerlund, H., Bjørgen, D., Lofthus, A.-M., Lauveng, A., & Ruud, T. (2014). *Bruker spør bruker om ACT: En undersøkelse om brukeres erfaringer med tilbudet fra ACT-team*. Hentet fra <https://napha.no/multimedia/5244/Bruker-spor-bruker-om-ACT.pdf> (U)
- Heimly, V., & Hygen, J. H. (2011). The Norwegian Coordination Reform and the Role of Electronic Collaboration. *electronic Journal of Health Informatics*, 6(4). Hentet fra <http://www.ejhi.net/ojs/index.php/ejhi/article/view/176> (F)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *St.meld. nr. 25 (2005–2006): Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer: Omsorgsplan 2015*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e3982ode5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm20052006002500odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007a). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/planer/i-1127-b.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007b). *Opptrappingsplan for rusfeltet (2007–2012)*. I Helse- og omsorgsdepartementet (Red.), *St.prp. nr. 1 (2007–2008): For budsjettåret 2008* (s. 269–303). Oslo: Departementenes Servicesenter. (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008a). *Samspill 2.0: Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013*. Hentet fra <https://www.stfk.no/upload/eTr%C3%B8ndelag/eForum%2023.03.2011/Samspill%202.0%20strategiplan.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008b). *St.prp. nr. 1 (2008–2009): For budsjettåret 2009*. Hentet fra https://www.statsbudsjettet.no/Upload/Statsbudsjett_2009/dokumenter/pdf/hod.pdf (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47 (2008–2009): Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm20082009004700odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Meld. St. 16 (2010–2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm20102011001600odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Prop. 91 L (2010–2011): Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaa5e4b6b34d9581e4coe34d8eabeb/no/pdfs/prp20102011009100odddpdfs.pdf> (A)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011c). *Samhandlingsreformen: Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak: Nasjonal veileder*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonale-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012a). *Meld. St. 30 (2011–2012): Se meg!: En helhetlig rusmiddelpolitikk: Alkohol – narkotika – doping*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984efode3dc48e5/no/pdfs/stm20112012003000odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012b). *Meld. St. 10 (2012–2013): God kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm20122013001000odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012c). *Meld. St. 9 (2012–2013): Én innbygger – én journal: Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ado4cc/no/pdfs/stm20122013000900odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014a). Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp. Hentet 25. november 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014b). *HelseOmsorg21: Et kunnskapssystem for bedre folkehelse: Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705 (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Meld. St. 11 (2015–2016): Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Meld. St. 19 (2014–2015): Folkehelsemeldingen – mestrings og muligheter*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm20142015001900odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Meld. St. 26 (2014–2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm20142015002600odddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015d). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a-24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg_2020.pdf (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015e). *Prop. 15 S (2015–2016): Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1a-b211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp20152016001500odddpdfs.pdf> (A)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017a). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf (A)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017b). *Prop. 1 S (2017–2018): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f2a804efb5444456b68c47baf567f8df/no/pdfs/prp-201720180001hoddddpdfs.pdf> (A)
- Helse- og omsorgskomiteen. (2007). *Innst. S. nr. 150 (2006–2007): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens omsorgsutfordringer (Mestring, muligheter og mening)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2006-2007/inns-200607-150.pdf> (A)
- Helse- og omsorgskomiteen. (2010). *Innst. 212 S (2009–2010): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*. Hentet fra <https://stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2009-2010/inns-200910-212.pdf> (A)
- Helse- og omsorgskomiteen. (2011). *Innst. 422 S (2010–2011): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2010-2011/inns-201011-422.pdf> (A)
- Helse- og omsorgskomiteen. (2013a). *Innst. 207 S (2012–2013): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – doping*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/inns-201213-207.pdf> (A)
- Helse- og omsorgskomiteen. (2013b). *Innst. 250 S (2012–2013): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om god kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/inns-201213-250.pdf> (A)
- Helse- og omsorgskomiteen. (2015). *Innst. 380 S (2014–2015): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2014-2015/inns-201415-380.pdf> (A)
- Helse- og omsorgskomiteen. (2016a). *Innst. 240 S (2015–2016): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2015-2016/inns-201516-240.pdf> (A)
- Helse- og omsorgskomiteen. (2016b). *Innst. 206 S (2015–2016): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2015-2016/inns-201516-206.pdf> (A)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (A)

- Helsedirektoratet. (2008). Kunngjøring om tilskudd: Forsøk med bruk av tiltakspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer. Hentet 14. november 2017 fra <http://www.kf-infoserie.no/KGJHDTILLITSPERS2009?Instance=16193394> (A)
- Helsedirektoratet. (2011a). *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011*. Hentet fra <https://slag.no/wp-content/uploads/2016/09/kartlegging-av-individuelle-planer-i-landets-kommuner.pdf> (U)
- Helsedirektoratet. (2011b). *Tillit, tid, tilgjengelighet: Tett individuell oppfølging av mennesker med behov for sammensatte tjenester (IS-1918)*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/169/Tillit-tid-tilgjengelighet-tett-individuell-oppfolging-av-mennesker-med-behov-for-sammensatte-tjenester-IS-1918.pdf> (A)
- Helsedirektoratet. (2012a). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (U)
- Helsedirektoratet. (2012b). *Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp: Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere: Utarbeidet i samarbeid med ELIN-k prosjektet*. Hentet fra <http://kurs.helsekompetanse.no/sites/kurs.helsekompetanse.no/files/KITH.pdf> (A)
- Helsedirektoratet. (2013). *Fagrappport: Status, utviklingstrekk og utfordringer på kreftområdet: Helsedirektoratets innspill til nasjonal strategi på kreftområdet 2013–2017*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/200/Helsedirektoratets-innspill-til-nasjonal-strategi-pa-kreftområdet-2013-2017.pdf> (U)
- Helsedirektoratet. (2014a). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076)*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf> (A)
- Helsedirektoratet. (2014b). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk 2013: Norsk pasientregister*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/515/Aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-av-rusmiddelbruk-2013-IS-2171.pdf> (U)
- Helsedirektoratet. (2014c). *Utredning av "en innbygger – én journal": IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/35589odd2872413b838066702dcdad88/ikt_utfordringsbilde_helse_omsorgssektoren.pdf (U)
- Helsedirektoratet. (2015a). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Psykisk%20helsevern%20for%20voksne.pdf> (A)

- Helsedirektoratet. (2015b). *Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%20\(TSB\).pdf](https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%20(TSB).pdf) (A)
- Helsedirektoratet. (2016a). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Behandling%20og%20rehabilitering%20av%20rusmiddelproblemer%20og%20avhengighet.pdf> (U)
- Helsedirektoratet. (2016b). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmateriell*. Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/133/Kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell.pdf> (A)
- Helsedirektoratet. (2016c). *Samhandlingsstatistikk 2014–15* (Rapport IS-2427). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1147/Samhandlingsstatistikk%202014-2015%20IS-2427.pdf> (U)
- Helsedirektoratet. (2017a). *Behandle rusmiddelavhengighet*. Hentet 22. desember 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/behandle-rusmiddelavhengighet> (A)
- Helsedirektoratet. (2017b). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20store%20og%20sammensatte%20behov.pdf> (A)
- Helsedirektoratet. (2017c). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus (høring)*. Hentet 6. november 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/horinger/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus-horing> (A)
- Helsedirektoratet. (2017d). *Psykisk helse og livsmestring i skolen*. Hentet 18. august fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helse-i-skolen/psykisk-helse-og-livsmestring-i-skolen> (A)
- Helsedirektoratet. (2017e). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20oplan%20og%20koordinator.pdf> (A)
- Helsedirektoratet. (2017f). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016: Norsk pasientregister*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1297/IS-2608-Aktivitetsdata-PHV-TSB-2016.pdf> (U)
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93> (A)
- Helseth, V., Lykke-Enger, T., Aamo, T. O., & Johnsen, J. (2005). Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17–40 år innlagt med psykose. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(9), 1178–1180. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2005/05/aktuelt/rusmiddelscreening-av-pasienter-i-alderen-17-40-ar-innlagt-med-psykose> (F)
- Helsetilsynet. (2016a). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Rapport 3/2016). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport3_2016.pdf (U)

- Helsetilsynet. (2016b). *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen* (Rapport fra Helsetilsynet 1/2016). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf (U)
- Holum, L. C. (2012a). *Fra idé til virkelighet!: Implementering og bruk av individuelle planer i psykisk helsevern – en kvalitativ studie*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/38228/dravhandling-holum.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (U)
- Holum, L. C. (2012b). "It is a good idea, but...": A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care. *International journal of integrated care*, 12. (F)
- Holum, L. C. (2012c). "Individual plan" in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of "individual plans" in Norwegian mental health services. *Nordic Psychology*, 64(1), 44–57. doi: 10.1080/19012276.2012.693725 (F)
- Holum, L. C., & Toverud, R. (2013). Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker?. *Fontene Forskning*, (1), 32–45. Hentet fra <http://fonteneforskning.no/pdf-15.19406.0.3.db59ff42eb> (F)
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan – anerkjennelse og krenkelse*. (Doktoravhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Trondheim. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/267885/564873_FULLTEXT02.pdf?sequence=1&isAllowed=y (U)
- Huus, G., Storm-Olsen, B., & Herheim, Å. (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud: Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/226/Mennesker-med-alvorlige-psykiske-lidelser-og-behov-for-serlig-tilrettelagte-tilbud-IS-1554.pdf> (U)
- Høifødt, B. F. (2015). Samhandling gir best hjelp for mennesker med sammensatte behov. Hentet 21. november 2017 fra <http://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/samhandling-gir-best-hjelp-for-mennesker-med-sammensatte-behov> (A)
- Høiseth, J. R., Bjørgen, D., Johansen, K. J., & Kvisle, I. M. (2015). *Brukermedvirkning og brukerinvolvering: Evaluering av KS' læringsnettverk for gode pasientforløp for personer med psykiske problemer og/eller rusproblemer*. Hentet fra <http://www.ks.no/contentassets/d1990b771a41467a883395ec17c87751/brukersporbrukerrapport.-evaluering-av-ks-laringsnettverk.pdf> (U)
- Kassah, B. L., Tingvoll, W.-A., & Kassah, A. K. (Red.). (2014). *Samhandlingsreformen under lupen: Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget. (F)
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52(5), 374–383. (F)

- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., . . . Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515–2523. doi: 10.1056/NEJMsao43266 (F)
- Kirchhoff, R., Bøyum-Folkeseth, L., Gjerde, I., & Aarseth, T. (2016). Samhandlingsreformen og fastlegene – et avstandsforhold? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 95–106. doi: 10.18261/ISSN.2387-5984-2016-02-04 (F)
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A., & Brekk, Å. (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(2), 125–141. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2432158> (F)
- Kirkehei, I., Leiknes, K. A., Larun, L., Hammerstrøm, K. T., Bramness, J. G., Gråwe, R. W., . . . Waal, H. (2008). *Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse: Del 2: Effekt av psykososial behandling* (Nr 25 –2008). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20082/rapport_0825_dobbeldiagnose---alvorlig-psykisk-lidelse-og-ruslidelse.-del-2-effekt-av-psykososial-behandling.pdf (U)
- Kjøllestad, J. G., Iversen, H. H., Danielsen, K., Haugum, M., & Holmboe, O. (2017). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016: Nasjonale resultater*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-i-2016---nasjonale-resultater.pdf> (U)
- Kommunal- og forvaltningskomiteen. (2013). *Innst. 506 S (2012–2013): Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om Byggje – bu – leve: Ein bustadpolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2012-2013/inns-201213-506.pdf> (A)
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2017). *Prop. 128 S (2016–2017): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): Kommuneproposisjonen 2018*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f313564do4d3e8afc6432593aa932/no/pdfs/prp20162017012800oddpdfs.pdf> (A)
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2013). *Meld. St. 17 (2012–2013): Byggje – bu – leve: Ein bustadpolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/6d2180c992804d719a287e02b1e042f/nn-no/pdfs/stm20122013001700oddpdfs.pdf> (A)
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098. doi: 10.1176/appi.ajp.158.7.1091 (F)
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 713–719. doi: 10.1007/s00127-006-0080-0 (F)
- Kvalheim, A., Sørensen, G., Borg, M., & Karlsson, B. (2012). “Du skal ikke trenge å være heldig”: *Evaluering av Brobygggersamarbeidet i Notodden 2007–2011 – et samarbeidsbasert forskningsprosjekt*. Hentet fra <https://www.napha.no/attachment.ap?id=2719> (U)

- Landheim, A. (2007). *Psykiske lidelser hos pasienter i russektoren: Forekomst og relasjon til langtidsforløpet av rusmisbruket: En tverrsnittstudie og en prospektiv studie i to fylker*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo. (U)
- Landheim, A. (2016). Rusmiddelmisbruk – forekomst, forløp og faktorer for recovery: Hva viser forskningen? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv: Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s. 30–44). Oslo: Gyldendal akademisk. (F)
- Landheim, A., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi*, 12(3), 309–318. Hentet fra <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/download/383/358> (F)
- Landheim, A., Bakken, K., & Vaglum, P. (2003). Gender Differences in the Prevalence of Symptom Disorders and Personality Disorders among Poly-Substance Abusers and Pure Alcoholics. *European Addiction Research*, 9(1), 8–17. Hentet fra <https://www.karger.com/DOI/10.1159/000067732> (F)
- Landheim, A., Ruud, T., Odden, S., Clausen, H., Heiervang, K., & Stuen, H. K. (2015). ACT-team – endelig et tilbud som virker. Hentet 15. november 2017 fra <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/09/07/act-team--endelig-et-tilbud-som-virker/?x=MjAxNSowOSowOSAxMzowODoyNw==> (U)
- Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M., & Biong, S. (Red.). (2016). *Et bedre liv: Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk. (F/U)
- Lauveng, A. (2016). Vi må slutte å behandle samtidig rus og psykisk lidelse – vi skal behandle mennesker. I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv: Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s. 171–173). Oslo: Gyldendal akademisk. (U)
- Lexén, A., & Svensson, B. (2016). Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: A grounded theory study. *Journal of Mental Health*, 25(4), 379–384. doi: 10.1080/09638237.2016.1207236 (F)
- Lie, T., Håland, M. E., Stevenson, B., & Nesvåg, S. (2017). *Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene: Brukerplan – årsrapport 2016*. Hentet fra <https://brukerplan.no/SUS-brukerplan16dig22.05.pdf> (U)
- Lien, L. (2016). Hva kan leger og psykologer lære av historiene? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv: Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s. 168–170). Oslo: Gyldendal akademisk. (U)
- Lien, L., Huus, G., & Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 135(3), 246. doi: 10.4045/tidsskr.14.0831 (U)

- Lilleeng, S. (2007). *Pasienter med rusmiddelmisbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne* (SINTEF rapport A1159). Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_a1159_pasienter_med_rusmiddelmisbruk_og_samtidige_psykiske_lidelser_i_psykisk_helsevern_for_voksne.pdf (U)
- Linderoth, L. (2013). Forord: FACT i Norge? I R. Van Veldhuizen (Red.), *FACT: Flexible Assertive Community Treatment: Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. Hentet fra <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf> (U)
- Lippestad, J.-W., & Steihaug, S. (2015). Hva mener mennesker med en schizofreni-diagnose er viktig for å komme i arbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(3), 217–228. (F)
- Ljunggren, B., Solbjør, M., & Kleiven, H. H. (2015). Strukturering av oppdragsnettverk: Om samhandlingsreformens avtaleprosesser. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 13–36. (F)
- Lofthus, A.-M., Westerlund, H., Bjørgen, D., Lindstrøm, J. C., Lauveng, A., Clausen, H., ... Heiervang, K. S. (2016). Are Users Satisfied with Assertive Community Treatment in Spite of Personal Restrictions? *Community Mental Health Journal*, 52(8), 891–897. doi: 10.1007/s10597-016-9994-5 (F)
- Lyngstad, M. (2015). *Bridging the Gap – Electronic Messaging between Home Health Care and General Practitioners*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-52175> (U)
- Løhre, A., & Grimsmo, A. (2015). *Prosjekt 220553: Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS): Sluttrapport EVASAM*. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D%22Sluttrapportprosjekt220553.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274508156437&ssbinary=true> (U)
- Magnusson, A., & 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. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 140–145. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00600.x (F)
- Martens, C. T., & Veenstra, M. (2015). *Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune: Fra dialog til avviksmelding?* (NOVA Rapport 9/2015). Hentet fra <http://www.hioa.no/content/download/105721/2478429/file/Nettutgave-Rapport-9-15.pdf> (U)
- McLellan, A., Arndt, I. O., Metzger, D. S., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269(15), 1953–1959. doi: 10.1001/jama.1993.03500150065028 (F)
- Melby, L., & Tjora, A. H. (Red.). (2013). *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk. (F)

- Melby, L., Brattheim, B. J., & Hellesø, R. (2015). Patients in transition – improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: Providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3389–3399. doi: 10.1111/jocn.12991 (F)
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/rapport-20098-pdf-.pdf> (U)
- Møller, T., & Linaker, O. M. (2004). Symptoms and lifetime treatment experiences in psychotic patients with and without substance abuse. *Nordic journal of psychiatry*, 58, 237–242. doi: 10.1080/08039480410006296 (F)
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget. (F)
- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. (2015). *Råd for veien videre: Sluttrapport*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/83a-1403c437249409e4fe3fcfe3f9ab4/sluttrapport_nasjonaltnettverk_samhandlingsreformen.pdf (U)
- National Library of Medicine. (2017a). Diagnosis, Dual (Psychiatry). Hentet 17. desember 2017 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68017831> (A)
- National Library of Medicine. (2017b). Comorbidity. Hentet 17. desember 2017 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68015897> (A)
- NAV, & Helsedirektoratet. ([2011]). *Jobbmestrende oppfølging: Informasjon om metoder og muligheter*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/220/Jobbmestrende-oppfolging-informasjon-om-metoder-og-muligheter-IS-0351.pdf> (A)
- NAV, & Helsedirektoratet. (2014). *Jobbmestrende oppfølging: Arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser (JMO)* Hentet fra https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/_attachment/414787?_ts=14d476f3138&download=true (U)
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107–117. doi: 10.1108/ADD-02-2014-0007 (F)
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014). “Walking alongside”: Collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(55). doi: 10.1186/1752-4458-8-55 (F)
- Nesvåg, S., Scott, B. E., Holter, H. K., Myhre, C., Moe, M., & Njå, A. L. (2017). Drop out fra langtids døgnbasert rusbehandling. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(2), 98–108. Hentet fra http://www.idunn.no/tph/2017/02/drop_out_fra_langtids_doegnbasert_rusbehandling (F)
- Nordentoft, M., Hansson, L., & Ruud, T. (2015). Is Flexible Assertive Community Teams a solid alternative to Assertive Community Treatment or treatment in Community Mental Health Centres? *The Nordic Psychiatrist*(1), 46–48. (F)

- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., . . . Laursen, T. M. (2013). Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*, 8(1), e55176. doi: 10.1371/journal.pone.0055176 (F)
- Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. (2015). *FoU-statistikk 2015: Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus*. Hentet fra http://www.nifu.no/files/2015/11/Vedlegg2015-HF_VI.pdf (A)
- Norsk sykepleierforbund, & KS. (2011). *ELIN-k prosjektet: Sluttrapport: Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene*. Hentet fra http://www.kith.no/upload/6313/elin-k_sluttrapport_vi.o.pdf (U)
- NOU 2011: 15. (2011). *Rom for alle: En sosial boligpolitikk for framtiden*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ddf3c180coa74170b7a2f7ac515c1afc/nou20112011001500odddpdfs.pdf> (A)
- Nøkleby, H., Blaasvær, N., & Berg, R. C. (2017). *Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: En systematisk oversikt*. Hentet fra <https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/supported-employment-for-arbeidssokere-med-bistandsbehov-rapport-2017-.pdf> (U)
- Olsø, T. M., Almvik, A., & Norvoll, R. (2014). Hjelpsomme relasjoner: En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(2), 121-131. Hentet fra <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3327/3200> (F)
- Ornbostad, H., A. K., Dale, K. Y., Gjengedal, E. J., & Stallvik, M. (2017). Faktorer som virker inn ved frafall i døgnbehandling for pasienter med ruslidelser: En case studie med vekt på både pasient- og behandlerperspektivet. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(1). doi: 10.7557/14.4076 (F)
- Ose, S. O., & Pettersen, I. (2014). *Døgnpasienter i TSB 20. november 2012* (Sintef rapport A26186). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Rus%20og%20avhengighet/D%C3%B8gnpasienter%20i%20TSB%20-%20SINTEF%202014.pdf> (U)
- Ose, S. O., & Slettebak, R. (2013). *Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkelt pasienter omfang og kjennetegn ved pasientene* (SINTEF rapport A25247). Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/endeligrapport-sintef-a25247.pdf> (U)
- Ose, S. O., & Slettebak, R. T. (2014). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. Trondheim: SINTEF. Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/rapport-a25834.pdf> (U)
- Oslo universitetssykehus. (2015). *Effektevaluering av Jobbmestrende oppfølging (JMO): Kognitiv atferdsterapi og kognitiv trening i arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/909/Effektevaluering%20av%20Jobbmestrende%20oppf%C3%B8lging.pdf> (U)

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (A)
- Pettersen, H. (2014). Searching for Sobriety: How Persons with Severe Mental Illness Experience Abstaining from Substance Use. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 5(3). doi: 10.4172/2155-6105.1000193 (F)
- Pettersen, H. (2015). *Erfaringer med rusmiddelbruk og oppsøkende behandling hos personer med psykoselidelse*. (Doktoravhandling). Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/48225/PhD-Pettersen-DUO.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (U)
- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., & Landheim, A. (2013). Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1). doi: 10.3402/qhw.v8i0.21968 (F)
- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., Havnes, I., & Landheim, A. (2014). Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(40). doi: 10.1186/1752-4458-8-40 (F)
- Pettersen, K.-S., & Rudningen, G. (2014). *Samspill eller svarteperspill: En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med ROP-lidelser med voldsproblematikk* (AFI-rapport 10/2014). Hentet fra <http://www.hioa.no/content/download/65749/1385223/file/r2014-10.pdf> (U)
- Pham, M. T., Rajic, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A Scoping Review of Scoping Reviews: Advancing the Approach and Enhancing the Consistency. *Research Synthesis Methods*, 5(4), 371–385. doi: 10.1002/jrsm.1123
- Proba samfunnsanalyse. (2012). *Evaluering av NAVs veilednings- og oppfølgingsløser: Utarbeidet på oppdrag fra Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012) – et samarbeidsprosjekt mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet* (Rapport 2012-2). Hentet fra https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Forskningsrapporter+og+evalueringer+finansiert+av+NAV/_attachment/409477?_download=true&_ts=14bef269490 (U)
- Proba samfunnsanalyse. (2016). Arbeidsfokus på DPS – samarbeid med Nav: Et samarbeidsprosjekt mellom Proba samfunnsanalyse og Rådet for psykisk helse (Rapport 2016-3). Hentet fra <http://proba.no/app/uploads/sites/4/proba-rapport-2016-03-arbeidsfokus-pa-dps--samarbeid-med-nav.pdf> (U)
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (A)
- Rambøll. (2012). *Housing First: Muligheter og hindringer for implementering i Norge*. Hentet fra http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/FOU/Housingfirst_2012.pdf (U)
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (eca) study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518. doi: 10.1001/jama.1990.03450190043026 (F)

- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., . . . Lie, S. A. (2016). *Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/15564> (U)
- Rieper, O., & Hansen, H. F. (2007). *Metodedebatten om evidens*. København: AKF Forlaget. Hentet fra https://www.kora.dk/media/272233/udgivelser_2007_pdf_metodedebat_evidens.pdf (F)
- Riksrevisjonen. (2010). Dokument 3:7 (2009–2010): *Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige*. Hentet fra https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2009-2010/dokumentbase_dok_3_7_2009_2010.pdf (U)
- Riksrevisjonen. (2016). *Dokument 3:5 (2015–2016): Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf> (U)
- Ringen, P. A., Melle, I., Birkenaes, A. B., Engh, J. A., Faerden, A., Jónsdóttir, H., . . . Andreassen, O. A. (2008). Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(2), 133–138. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01135.x (F)
- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169. doi: 10.1007/bf01405730 (F)
- Rørvik, T. S. (2011). *Bærekraftige relasjoner: En kvalitativ studie av tverretattlig samarbeid innen psykisk helse og rus*. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-29975> (U)
- Saxon, A. J., & Calsyn, D. A. (1995). Effects of psychiatric care for dual diagnosis patients treated in a drug dependence clinic. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(3), 303–313. (F)
- Senter for omsorgsforskning. (2016). *Kvalitetssystem for Omsorgsbiblioteket*. [Gjøvik]: Senter for omsorgsforskning. (A)
- SIRUS Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research. (2015). *The Drug Situation in Norway 2014: Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/thedrugsituationinnorway2014.pd.pdf> (U)
- Sjetne, I. S., & Holmboe, O. (2014). *Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre: Resultater i 2014 og utvikling over tid* (PasOpp-rapport nr. 4). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/pasopp_rapporter/fastlegers-vurdering-av-distriktpsykiatriske-sentre_2014.pdf (U)
- Skretting, A., & Storvoll, E. E. (2011). *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/276010/sirusrap.3.11.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (U)
- Snertingdal, M. I. (2014). *Housing first i Norge – en kartlegging* (Fafo-rapport 2014:52). Hentet fra <http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/Housing%20ofirst%20i%20Norge%20oen%20kartlegging.pdf> (U)

- Snertingdal, M. I., & Bakkeli, V. (2013). *Tre sårbare overganger til bolig: En kunnskapsoppsummering* (Fafo-rapport 2013:53). Hentet fra <http://www.fafo.no/images/pub/2013/20343.pdf> (U)
- Snertingdal, M. I., & Bakkeli, V. (2015). *Housing first i Norge: Sluttrapport: Prosesser, resultater og kartleggingskjema* (Fafo-rapport 2015:52). Hentet fra <http://www.fafo.no/images/pub/2015/20557.pdf> (U)
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *St.meld. nr. 25 (1996–97): Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/boc5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000ddpdfs.pdf> (A)
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *St.prp. nr. 63 (1997–98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915> (A)
- Sosialdepartementet. (1992). *St. meld.nr. 69 (1991–92): Tiltak for rusmiddelmissbrukere*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1991-92&paid=3&wid=f&psid=DIVL692> (A)
- Sosialdepartementet. (2002). *Ot.prp. nr. 3 (2002–2003): Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a026e62e98e64db-7b83639cce7f388d8/no/pdfs/otp200220030003000ddpdfs.pdf> (A)
- Sosialdepartementet. (2003). *Ot.prp. nr. 54 (2002–2003): Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-54-2002-2003-/id173487> (A)
- Sosialkomiteen. (1993). *Innst. S. nr. 122 (1992–93): Innstilling fra sosialkomiteen om tiltak for rusmiddelmissbrukere*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-93&paid=6&wid=a1a&psid=DIVL1066> (A)
- Sosialkomiteen. (1997). *Innst. S. nr. 258 (1996–1997): Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Åpenhet og helhet)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1996-97&paid=6&wid=a1c&psid=DIVL266> (A)
- Sosialkomiteen. (1998). *Innst. S. nr. 222 (1997–98). Innstilling fra sosialkomiteen om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1997-98&paid=6&wid=a1b&psid=DIVL442> (A)
- Sosialkomiteen. (2002). *Innst. O. nr. 51 (2002–2003): Innstilling til odelstinget fra sosialkomiteen*. Hentet fra https://stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjonar/Stortingsforhandlingar/Lesevisning/?p=2002-2003&paid=6&wid=bia&psid=DIVL542&pgid=bia_0485 (A)

- Sosialkomiteen. (2003). *Innst. O. nr. 4 (2003–2004): Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/odelstinget/2003-2004/inno-200304-004.pdf> (A)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (A)
- Språktidningen. (2016). Veckans nyord: Grå litteratur. Hentet 14. januar 2018 fra <http://spraktidningen.se/blogg/veckans-nyord-gra-litteratur> (A)
- Steihaug, S., Hjort, H., & Husum, T. L. (2012). *Evaluering av «Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus»: Sluttrapport* (SINTEF rapport A22675). Hentet fra https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kontakt+NAV/Relatert+informasjon/_attachment/312197?_download=true&_ts=137c16951fo (U)
- Steihaug, S., Lippestad, J.-W., & Brattlid, I. (2014). *Evaluering av Jobbmestrende oppfølging: Arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser*. I NAV & Helsedirektoratet (Red.), *Jobbmestrende oppfølging: Arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser (JMO)* Hentet fra https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/_attachment/414787?_ts=14d476f3138&download=true (U)
- Stoltenbergutvalget. (2010). *Rapport om narkotika*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rappomnarkotika_nettsversjon.pdf (U)
- Sveinsdottir, V., Løvvik, C., Fyhn, T., Monstad, K., Ludvigsen, K., Øverland, S., & Reme, S. E. (2014). Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): A randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway. *BMC Psychiatry*, 14(307). doi: 10.1186/s12888-014-0307-7 (F)
- Svensson, B., Hansson, L., Markström, U., & Lexén, A. (2017). What matters when implementing Flexible Assertive Community Treatment in a Swedish healthcare context: A two-year implementation study. *International Journal of Mental Health*, 46(4), 284–298. doi: 10.1080/00207411.2017.1345041 (F)
- Terum, L. I., & Grimen, H. (Red.). (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag. (F)
- Van Veldhuizen, R. (2013). *FACT: Flexible Assertive Community Treatment: Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. Hentet fra <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf> (U)
- Verdens helseorganisasjon. (2017). ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifiseringen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Hentet 13. november 2017 fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/o/o/o/-1> (A)
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 453–458. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085100 (F)

- Weimand, B., Israel, P., & Ewertzon, M. (2017). Families in Assertive Community Treatment (ACT) Teams in Norway: A Cross-Sectional Study on Relatives' Experiences of Involvement and Alienation. *Community Mental Health Journal*. doi: 10.1007/s10597-017-0207-7 (F)
- Weimand, B., Israel, P., & Ruud, T. (2014). *Pårørende og ACT-team: En undersøkelse om pårørendes erfaringer med ACTteam, og ACT-teamlederes erfaringer med samarbeid med pårørende*. Hentet fra http://lpp.no/kunnskapsbank/wp-content/uploads/2015/01/ACT-p%C3%A5r%C3%B8rende-rapport_endelig.pdf (U)
- Weisner, C., Mertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C., & Lu, Y. (2001). Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*, 286(14), 1715–1723. (F)
- Williksen, R. M., Bringedal, K. H., Snåre, M., & Hall, T. A. S. (2014). *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?: En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak* (KS FoU-prosjekt nr.:134017). Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/ny-mappe/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak.pdf> (U)
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. Hentet fra doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.012 (F)
- Øiern, T. (2017). 8,5 prosent dropper ut av rusbehandling! Hentet 2. desember 2017 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/prosjekter/faglige-nettverk-2/nasjonalt-ledernetttverk-i-tsb/85-prosent-dropper-ut-av-rusbehandling> (A)
- Øydna, A. T. (2006). Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(3), 234–239. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=244419&a=3 (F)

Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap om Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Forsker Terje Emil Fredwall ved Senter for omsorgsforskning, sør, har samlet og analysert forskning og utviklingsarbeid om dette emnet og oppsummert kunnskapen her. På www.omsorgsbiblioteket.no finnes liknende oppsummeringer av følgende temaer:

- **Hverdagsrehabilitering**
Oddvar Førland og Randi Skumsnes,
Senter for omsorgsforskning, vest
- **Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge**
Bodil Hansen Blix, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Legemiddelbruk og pasientsikkerhet**
Rose Mari Olsen og Siri Devik,
Senter for omsorgsforskning, midt
- **Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom**
Kjersti Karoline Danielsen, Elin Rogn Nilsen og Terje
Emil Fredwall, Senter for omsorgsforskning, sør
- **Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene**
Rose Mari Olsen, Tove Mentsen Ness og Siri Andreassen
Devik, Senter for omsorgsforskning, midt
- **Brukermedvirkning og psykisk helsearbeid**
Rita Kristin Klausen,¹² Senter for omsorgsforskning, nord
- **Brukermedvirkning i demensomsorgen**
Rita Sørly, Senter for omsorgsforskning, nord

¹² Klausen har endret navn til Sørly, og er emneredaktør for temaet brukermedvirkning i www.omsorgsbiblioteket.no