



Helsedirektoratet

Sammen om mestring

Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne
Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten

Forord

Psykisk helsearbeid og rusarbeid er viktige områder i dag, og vil trolig bli enda viktigere i tiden framover. Verdens helseorganisasjon forventer at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020. En hovedoppgave de kommende årene vil være å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusmiddelproblemer for å sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet.

Målene for psykisk helse- og rusmiddelpolitikken er beskrevet i «Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)» og stortingsmeldingen «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (2011-2012)». St. melding nr. 47 «Samhandlingsreformen» trekker opp utfordringsbildet og gir føringer for helse- og omsorgspolitikken generelt.

Veilederen beskriver krav og forventninger til lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid i lys av gjeldende lovverk og nasjonale føringer for området. Den angir sentrale aktører og skisserer hvordan tjenestene kan ivareta målene på en god måte.

Det legges særlig vekt på at:

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

Veilederen peker på sentrale faktorer som påvirker den psykiske helsen og bruken av rusmidler, og viser hvordan tjenestene kan tilrettelegge for en bevisst og systematisk håndtering av muligheter og barrierer i utforming og organisering av tjenestetilbudet.

Holdningene til psykiske problemer og rusmiddelavhengighet og forståelsen for kompleksiteten i problematikken, har endret seg de siste årene. Helse-, omsorgs- og velferdstjenestene legger stadig større vekt på brukerens eget bidrag til endring og mestring av helse- og livssituasjon. Brukerinnflytelse er en grunnleggende verdi og en rettesnor for veilederen som utdypes i kapittel 1 «Brukeren som viktigste aktør».

Vi håper at veilederen både vil gi deg ny kunnskap og økt forståelse for fagfeltet og ideer og inspirasjon til å utvikle og forbedre tjenestene til personer med rusmiddel- og/eller psykiske problemer.

Lykke til med arbeidet!

Oslo, mars 2014



Bjørn Guldvog
direktør

Innhold

Forord	3
Innledning	8
Hovedpunkter	11
1 Brukeren som viktigste aktør	14
1.1 Brukeren	16
1.2 Pårørende	16
1.3 Barn som pårørende	17
1.4 Brukermedvirkning	17
1.4.1 Ofte stilte spørsmål:	19
1.5 Brukerfokuset organisering	19
1.6 Arbeidsmetoder som ivaretar brukermedvirkning	21
1.6.1 Ofte stilte spørsmål	22
1.7 Erfaringsbasert kvalitetssikring	24
1.7.1 Ofte stilte spørsmål	24
2 Lokalt psykisk helse- og rusarbeid - viktige faktorer	26
2.1 Rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer	28
2.1.1 Traumeforståelse	28
2.1.2 Rusmiddelproblemer	29
2.1.3 Psykiske helseproblemer/lidelser	29
2.2 Viktige faktorer og perspektiver	30
2.2.1 Resiliens	30
2.2.2 Posttraumatisk vekst	30
2.2.3 Empowerment	30
2.2.4 Holdninger i samfunnet	31
2.2.5 Bedringsprosesser - recovery	31
2.3 Konsekvenser av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer	32
2.3.1 Helsekader	32
2.3.2 Vold og ulykker	33
2.3.3 Levekår	33
2.3.4 Straffbare forhold	34
2.4 Anbefalinger	34
3 Gode levekår og helsefremmende tjenester	36
3.1 Levekårenes betydning for helse	38
3.2 Påvirkningsfaktorer	38
3.3 Folkehelsearbeid	39
3.3.1 Eksempler på tiltak for å forebygge psykiske lidelser	39
3.3.2 Tiltak for å begrense skader ved alkoholbruk	39
3.3.3 Folkehelseloven	40
3.4 Fokus på hverdagslivet	40
3.4.1 Deltakelse og sosial inkludering	40
3.4.2 Bolig	40
3.4.3 Utdanning og arbeid	42
3.4.4 Personlig økonomi	43
3.4.5 Fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og søvn	44
3.5 Anbefalinger	45

4	Tilrettelegging av tjenestene	46
4.1	Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer	49
4.1.1	Forebygging	49
4.1.2	Kartlegging og utredning	50
4.1.3	Behandling og oppfølging	50
4.2	Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	52
4.2.1	Forebygging	52
4.2.2	Kartlegging og utredning	53
4.2.3	Behandling og oppfølging	53
4.3	Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser	55
4.3.1	Forebygging	55
4.3.2	Kartlegging og utredning	56
4.3.3	Behandling, oppfølging og rehabilitering	57
4.3.4	Avrusning	58
4.3.5	Skadereduksjon	58
4.3.6	Voldsrisikovurderinger	58
4.3.7	Samarbeid om brukere og pasienter med vold- og utageringsproblematikk	60
4.3.8	Tvang	61
4.4	Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester	62
4.5	Anbefalinger	63
5	Tilnæringsmåter	64
5.1	Bruker- og familieperspektivet	66
5.1.1	Pårørende - og familieperspektivet	66
5.2	Tilnæringsmåter og faktorer i behandling og oppfølging	67
5.3	Fellesfaktorer	68
5.4	Organisatoriske faktorer	68
5.5	Oppsøkende virksomhet på brukers arena	70
5.6	Kunnskapsbasert praksis i oppsøkende behandlingsteam	71
5.7	Lavterskeltilbud	71
5.8	Anbefalinger	72
6	Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid	74
6.1	Helse- og omsorgstjenesten i kommunen	76
6.1.1	Enhet for psykisk helsearbeid og/eller rusarbeid	76
6.1.2	Fastlegen	77
6.1.3	Legevakt - øyeblikkelig hjelp	79
6.1.4	Lavterskel helsetilbud til personer med rusmiddelproblemer	79
6.1.5	Psykologer i kommunens helse- og omsorgstjenester	80
6.1.6	Omsorgstjenesten	81
6.1.7	Rask psykisk helsehjelp	82
6.1.8	Ergo- og fysioterapitjenesten	83
6.1.9	Rehabilitering	83
6.1.10	Koordinerende enhet i kommunen	84
6.1.11	Frisklivssentral	84
6.1.12	Møteplasser og aktivitetstiltak	84
6.1.13	Lærings- og mestringstilbud i kommunen	85
6.1.14	Kommunale psykososiale kriseteam	85
6.1.15	Krisesenter	85
6.1.16	Overgrepsmottak	86

6.1.17	Barneverntjenesten	86
6.1.18	Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom	86
6.1.19	Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)	87
6.1.20	Svangerskap og barselomsorg i kommunen	87
6.1.21	Asylmottak - helse- og omsorgstjenester til flyktninger og asylsøkere	88
6.1.22	NAV-kontorene	88
6.2	Fylkeskommunale tjenester og aktører - Tannhelsetjenesten	89
6.3	Statlige tjenester og aktører - spesialisthelsetjenesten	89
6.3.1	Lærings- og mestringstilbud	90
6.3.2	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	90
6.3.3	Psykisk helsevern	90
6.3.4	Øyeblikkelig hjelp	91
6.4	Andre statlige tjenester	92
6.4.1	Familievernkontoret	92
6.4.2	Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped)	93
6.4.3	Kriminalomsorg - helse- og omsorgstjenester i fengsel	93
6.5	Frivillig sektor / brukerorganisasjonenes rolle	93
6.6	Anbefalinger	94
7	Samhandling for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud	96
7.1	Samhandling innad i kommunen	98
7.2	Samhandling med ideelle og frivillige organisasjoner	99
7.3	Samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	99
7.3.1	Plikt til å samarbeide	100
7.4	Samhandlingstiltak på systemnivå	101
7.4.1	Samhandlingstiltak på individnivå	102
7.4.2	Arbeidsdeling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten	103
7.5	Elektronisk samhandling (e-helse) som virkemiddel	104
7.6	Anbefalinger	105
8	Kvalitet, kompetanse og tjenesteutvikling	106
8.1	Kvalitet og kvalitetsarbeid	108
8.2	Metodikk for kvalitetsforbedring	109
8.3	Kompetanse og kompetansekrav	111
8.3.1	Grunnleggende krav til kompetanse	111
8.3.2	Kompetanseelementer og kunnskapsbehov	111
8.4	Kompetanseutvikling	113
8.4.1	Fag- og tjenesteutvikling	113
8.5	Anbefalinger	114
9	Lovgrunnlaget	116
9.1	Helse- og omsorgstjenesteloven	118
9.2	Spesialisthelsetjenesteloven	119
9.3	Forholdet til annen helse- og omsorgslovgivning	119
9.4	Klage- og tilsynsordning	120
9.5	Ofte stilte spørsmål	120

10	Vedlegg	124
10.1	Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innen psykisk helse og rus	126
10.2	Kunnskaps- og kompetansesentre	129
10.3	Bruker- og pårørendeorganisasjoner	130
10.4	Oversikt over sentrale aktører og tjenester i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid	131
11	Referanseliste	136

Innledning

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen.

Grad av alvorlighet, kompleksitet og tjenestebehov knyttet til problemet vil variere fra person til person. Mange klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats eller med støtte fra familie og nettverk eller selvhjelpstilbud. Noen henter støtte fra frivillige organisasjoner, mens andre har behov for tjenester fra tjenesteapparatet i en kortere eller lengre periode.

Omlag en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid et psykisk helseproblem og/eller et rusmiddelproblem. Angst og depresjon er de vanligste lidelsene. Om lag fem prosent av den voksne befolkningen har vært i behandling i psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (1;2).

Det er høy forekomst av rusmiddelproblemer blant personer med psykiske lidelser, og mange med rusmiddelproblemer har i tillegg en psykisk lidelse. Undersøkelser viser at ca. 65 prosent av kartlagte brukere av kommunale helse, omsorgs- og velferdstjenester med rusmiddelproblemer hadde psykiske vansker som gikk alvorlig ut over deres daglige fungering (3). Tall fra akutt-psykiatrien angir at om lag halvparten av de innlagte pasientene har et rusmiddelproblem (4).

En liten del av befolkningen har et høyt forbruk av rusmidler, særlig av alkohol. Alkoholkonsumet i Norge har økt betydelig i løpet av de siste 15 årene (5). Antallet stordrikkere antas å øke med økt alkoholkonsum. Alkohol er det rusmidlet som forårsaker flest sosiale og helse-messige skader, og er den nest viktigste risikofaktor for sykdom og tidlig død i industrialiserte land (6). Alkohol var hovedårsak til 395 dødsfall i Norge i 2011 (7). Omlag 10 000 personer injiserer narkotika, hovedsakelig heroin (8).

Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er blant de viktigste følgene av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer. Disse problemene er en vesentlig årsak til at mange personer i yrkesaktiv alder står utenfor arbeidslivet (9).

LOKALT RUS- OG PSYKISK HELSEARBEID

Lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal bidra til flere friske leveår for befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer for den enkelte, for tredjepart og for samfunnet. Arbeidet skal bidra til å bedre levekårene for personer som har et rusmiddel- eller psykisk helseproblem, forebygge og redusere problemutviklingen og fremme mestring av eget liv. Pårørende til mennesker med rusmiddel- eller psykiske helseproblemer skal sikres nødvendig støtte og avlastning.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (10) presiserer kommunens ansvar for alle pasient- og brukergrupper. Loven

Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er blant de viktigste følgene av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer.

tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester og plikten til å tilby forsvarlige tjenester. Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid fremheves både i helse- og omsorgstjenesteloven og i folkehelseloven. Innføring av helse- og omsorgstjenesteloven medførte endringer i en rekke andre lover, blant annet spesialisthelsetjenesteloven (11) og pasient- og brukerrettighetsloven. Pasient- og brukerrettighetsloven (12) inneholder nå felles regler, inkludert rettighetsbestemmelser, for både pasienter og brukere.

Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid innebærer kommunenes, de distriktspsykiatriske sentrenes (DPS) og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingens (TSB) innsats på feltet. Det kommunale arbeidet omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Psykisk helsearbeid og rusarbeid utføres i helse- og omsorgstjenesten og i andre sektorer og tjenester i kommunen (1). Det lokalbaserte psykiske helsearbeidet for voksne i spesialisthelsetjenesten utføres først og fremst ved, og ut fra, de distriktspsykiatriske sentrene (DPS). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tilbys i ruspoliklinikker og ulike døgnenheter. Veilederen vektlegger arbeid som skal gjøres lokalt i kommunen og i samhandlingssonen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Lokalt psykisk helse- og rusarbeid står overfor mange av de samme utfordringene, og benytter metoder og tilnæringsmåter som bygger på en del like prinsipper. Flere av brukerne har samtidige psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Likhetene i utfordringer og tilnæringsmåter gjør det hensiktsmessig å se psykisk helse og rus i sammenheng. Dette er to felt med hver sine fagtradisjoner, virkemidler og egenart som vil profitere på å dele mer kunnskap og å arbeide mer sammen.

MÅLGRUPPER

Veilederen retter seg i første rekke til lokale tjenesteutøvere og ledere i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, som har et ansvar for å yte eller tilby tjenester til voksne over 18 år med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer. Veilederen vil også være nyttig for politisk og administrativ ledelse og for andre tjenester og aktører som har kontakt med målgruppen. For brukere og pårørende kan veilederen gi nyttig informasjon om hvilke forpliktelser tjenestene har, og hvordan det anbefales at det lokale psykiske helse- og rusarbeidet møter deres behov på en best mulig måte.

VEILEDERENS FORMÅL OG INNHOLD

Det skjer en betydelig fagutvikling på feltet. Økt brukerinnflytelse fordrer at alle kommuner har en systematisk tilnærming til hvordan pasienter og brukere involveres i utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsreformen og lovverket som følger opp reformen stiller økte krav til samhandling og god arbeidsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Med Veilederen «Sammen om mestring» ønsker Helsedirektoratet å peke på utfordringer og muligheter i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid og vise hvordan ulike forhold kan imøtekommes. Målet er å klargjøre nasjonale forventninger og stimulere til videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet. Tjenestene vil over tid utsettes for nye utfordringer og nye forvent-

Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid innebærer kommunenes, de distriktspsykiatriske sentrenes (DPS) og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingens (TSB) innsats på feltet.

■ *Det er en kontinuerlig prosess å sørge for gode og forsvarlige tjenester.*

FOR MER INFORMASJON OM SPILLAVHENGIGHET:

KoRus-Øst nettside:
<http://www.rus-ost.no/>

Nasjonalt opplæringsprogram
for spillavhengige: <http://www.spilleproblematikk.no/>

Fjernbasert behandling for
spillavhengige: <http://www.spillbehandling.no/>

ninger, men også nye muligheter til å organisere og utvikle tjenestene. Det er en kontinuerlig prosess å sørge for gode og forsvarlige tjenester som fordrer at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedringer. Veilederen inneholder informasjon, råd og veiledning som skal understøtte det lokale psykiske helsearbeidet og rusarbeidet. «Ofte stilte spørsmål» benyttes i noen kapitler for å svare på enkelte utvalgte områder.

Veilederen omfatter alle typer psykiske plager og lidelser, og alle typer rusmiddelproblemer; alkohol, medikamenter og narkotiske stoffer (13). Den omtaler utfordringer og muligheter i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, men behandler ikke enkeltdiagnoser eller utsatte gruppers særskilte behov. Her vises til nasjonale faglige retningslinjer, som er faglig normerende, og andre veiledere som gir detaljert råd og veiledning innenfor spesifikke områder. Publikasjonene finnes på www.helsedirektoratet.no/publikasjoner.

Se vedlegg 1: Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innen psykisk helse og rus.

Doping og spillavhengighet er ikke omtalt i denne veilederen.

Veilederen er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med en arbeidsgruppe og en ressursgruppe bestående av representanter for bruker- og pårørende-organisasjoner, kommuner, spesialisthelsetjenesten, fylkesmannen og nasjonale kompetansemiljøer. Gruppene har vært vurdert med hensyn til habilitet og mulige interessekonflikter.

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Inger Hilde Trandem, Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)
- Torgeir Gilje Lid, Norsk forening for allmenntilleggsmedisin (NFA)
- Anne Loennechen, Bergen kommune
- Torhild Kielland, Kompetansesenter rus- region øst
- Karl-Olaf Sundfør, Mental Helse
- Arve Almvik, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Bjarte Sælevik, Norsk Sykepleierforbund
- Anders Skuterud, Norsk Psykologforening (NPF)
- Tone Meisdalen, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
- Rigmor Kvia de Waard, Fylkesmannen i Rogaland
- Eli Ådnøy, Fylkesmannen i Østfold
- Lars Linderøth, Den norske legeforening
- Bjørgunn Nyhuus Gram, Drammen kommune
- Gro Ruud, Fellesorganisasjonen

Ressursgruppen har bestått av:

- Trond Hatling, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Sverre M. Nesvåg, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR)
- Trond Fjetland Aarre, Nordfjord Psykiatrisenter og Helse Førde

Vi retter en stor takk til arbeidsgruppens og ressursgruppens medlemmer for verdifulle bidrag og nyttige diskusjoner i utarbeidelsen av veilederen. Helsedirektoratet står ansvarlig for den endelige utformingen av veilederen.

Hovedpunkter

» BRUKEREN SKAL VÆRE VIKTIGSTE AKTØR

- Økt brukerinnflytelse fordrer at alle tjenester og utøvere har en systematisk tilnærming til samarbeidet med brukeren, både i den enkeltes behandling / bedringsprosess og i utvikling av helse- og omsorgstjenestene.
- Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene.
- Pårørende er en ressurs og bør møtes som en samarbeidspartner ut fra den rollen de innehar, og samtidig sikres nødvendig støtte og avlastning.
- Barn som pårørende skal ivaretas ut fra sine egne behov - og er et ansvar for både kommunen og spesialisthelsetjenesten.
- Tjenesteapparatet bør informere og oppmuntre brukerne til å ta kontakt med brukerorganisasjonene, brukerstyrte sentre, selvhjelpsgrupper eller andre frivillige organisasjoner, og eventuelt bidra til å opprette kontakten.

» PSYKISKE HELSEPROBLEMER, RUSMIDDELPROBLEMER OG TRAUMEFORSTÅELSE BØR SES I SAMMENHENG

- Sentrale perspektiver som empowerment og recovery bør prege tjenesteytingen.

» LOKALT PSYKISK HELSEARBEID OG RUSARBEID SKAL OGSÅ BIDRA TIL Å BEDRE LEVEKÅR

- Tjenestene skal forebygge og redusere problemutvikling og fremme brukers mestring av eget liv, herunder bolig, arbeid, hindre frafall i skole, sosial inkludering, personlig økonomi, hjelp i bolig m.m.
- Individuell jobbstøtte (IPS), som integrerer mennesker med psykiske helseproblemer i ordinært arbeid, bør utvikles og benyttes.

» VARIERTE OG LETT TILGJENGELIGE TJENESTER - OGSÅ FOR DEM SOM IKKE OPPSØKER HJELP

- Tjenestene må drive aktivt informasjonsarbeid og ha lett tilgjengelige tjenester, ofte i langt større grad enn ved somatiske sykdommer.
- Kommunen bør tilby et variert utvalg av lavterskeltilbud, som del av sitt helhetlige tjenestetilbud.
- Psykologkompetanse bør inngå i kommunens tjenestetilbud.
- Brukerstyrte tilbud, ambulante og aktivt oppsøkende tjenester, hvor kommune og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen om å gi samtidige tjenester, bør tas i bruk og videreutvikles til brukere med alvorlige og langvarige lidelser.

» KOMMUNEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN MÅ SAMARBEIDE OM Å STYRKE LOKALT PSYKISK HELSEARBEID OG RUSARBEID

- Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike faglige tradisjoner, virkemidler og kompetanse, og kan sammen tilby et bredt spekter av tjenester og tilnæringsmåter.

- God samhandling forutsetter likeverd mellom tjenestenivåene, både i teoretisk og praktisk tilnærming til feltet.
- God dialog, interesse og respekt for hverandres kompetanse og faglige innsikt vil utvide kompetansen både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen.
- Anbefalte samhandlingsmetoder gir kommunen praktisk faglig støtte, uten at brukeren sendes mellom tjenestenivåene, mens spesialisthelsetjenesten får et bredere perspektiv på brukerens behov og livssituasjon.
- Brukerens kompetanse må inngå i fagperspektivene. Begge tjenestenivåene må ta utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv.
- Den praktiske samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, fordelingen av ansvar og oppgaver og utformingen av tjenestene må tilpasses lokale forhold.
- Spesialisthelsetjenesten skal understøtte, ikke erstatte, kommunale tjenester.
- DPS bør i større grad bli nøkkelstruktur i en desentralisert spesialisthelsetjeneste for behandling av personer med rusmiddelproblemer.

» **KOMMUNEN HAR ANSVAR FOR AT INNBYGGERE SOM HAR RUSMIDDELPROBLEMER OG /ELLER PSYKISKE PROBLEMER OG LIDELSER FÅR UTREDNING, DIAGNOSTISERING OG BEHANDLING¹**

- Kommunens ansvar for personer med psykiske problemer og lidelser og rusmiddelproblemer er tydeliggjort i helse- og omsorgstjenesteloven.
- Kommunen bør ta et hovedansvar for å ha tilbud til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og kortvarige.
- Kommunen skal, ved behov, henvise til spesialisthelsetjenesten.
- Behovet for tjenester fra spesialisthelsetjenesten vil variere, og er størst for personer med alvorlige lidelser.
- Forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering er viktige oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

» **VEILEDEREN OMTALER TRE ULIKE HOVEDFORLØP HVOR SAMARBEID OG ET FELLES ANSVAR SKISSERES FOR Å TILBY HELHETLIGE TJENESTER**

- 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.
- Relevante tiltak og tilnæringsmåter beskrives i forhold til disse tre hovedforløpene. De skiller seg fra hverandre med hensyn til problemets art, alvorlighetsgrad og varighet, relevante mål og tiltak, ansvars plassering og samarbeidsrelasjoner.

» **FLERE FELLESFAKTORER PÅVIRKER BEHANDLINGSRISULTATET**

- Relasjonelle og organisatoriske fellesfaktorer som virker positivt inn på behandlingsresultatet bør vektlegges, uavhengig av hvilke spesifikke behandlingsmetoder som velges.

¹ Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2, pkt 4

- Fast kontaktperson bør vurderes i forhold til alle, også brukere som ikke har krav på koordinator. En fast kontaktperson er også ofte en fasilitator for å gjøre tjenester tilgjengelige.

» I BEHANDLINGSALLIANSEN MELLOM BRUKER OG TJENESTEUTØVER BØR DET VEKTLIGGES:

- God relasjon mellom bruker og tjenesteutøver/behandler
- Innhenting av systematiske tilbakemeldinger fra brukeren til tjenesteutøver
- Tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning

» PSYKISK HELSEFELTET OG RUSFELTET KREVER EN FLERFAGLIG TILNÆRMING

- Veilederen gir oversikt over et bredt spekter av aktører som yter tjenester til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer.
- Ingen enkelt faggruppe har eller vil kunne utvikle tilstrekkelig dybdekunnskap på alle kunnskapsfeltene. Det bør legges til rette for at faggruppene spesielle kompetanse supplerer og utfyller hverandre i tjenesteutvikling og -utøvelse.
- Tjenesteytere må kjenne til andre aktører og tjenester. Sviktende² kunnskap om hverandres tjenester kan ha betydning for forsvarligheten i tjenesteytingen overfor den enkelte tjenestemottaker.

» KVALITETSARBEID MÅ VÆRE EN VIKTIG OG INTEGRERT DEL AV ET SYSTEMATISK ARBEID MED Å SIKRE OG FORBEDRE TJENESTENE

- Brukeres erfaringer skal anvendes aktivt i kvalitetsarbeidet sammen med tjenesteutøvernes faglige kunnskap og deres erfaringer fra det daglige arbeidet³.

2 Sårbarhet i tjenestetilbudet til rusmiddelbrukere - erfaringer fra tilsyn Lars E. Hanssen og Geir Sverre Braut (14). Rapporten ligger til grunn for ulike anbefalinger i veilederen.

3 Helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-10



1

Brukeren som viktigste aktør

Kapittelet «Bruker som viktigste aktør» beskriver hvordan tjenestene og den enkelte tjenesteutøver, ut i fra et brukerperspektiv, kan organisere og yte tjenester til mennesker med psykiske- og/eller rusmiddelproblemer. Kapittelet tar utgangspunkt i gjeldende lovverk og politiske føringer, og bygger på en faglig forståelse om at aktiv medvirkning i utformingen av tjenestetilbudet og egen bedringsprosess har en terapeutisk effekt og bidrar til økt mestring for bruker og pårørende.

Brukeren som viktigste aktør

» 1.1 BRUKEREN

Aktiv involvering av brukeren i valg av behandling og tjenester er en demokratisk rettighet og en politisk og faglig målsetting. Utfordringen ligger i hvordan og i hvilken grad politikere, administrative ledere og tjenesteutøvere i praksis setter brukeren i sentrum for valg, prioriteringer og organisering av virksomheten.

Tilstrekkelig kunnskap om psykiske problemer og rusmiddelavhengighet og dens konsekvenser er en forutsetning for å kunne møte brukeren på hans eller hennes premisser, og yte gode og tilpassede tjenester. Brukernes problemer og behov vil variere avhengig av symptomenes art, grad og varighet. Tjenesteutøverne må ha nødvendig kompetanse for å imøtekomme de ulike problemene.

Det er lederens oppgave å sikre at virksomheten yter likeverdige og helhetlige tjenester til brukerne og praktiserer reell brukermedvirkning¹. Tjenesteutøveren har samtidig et selvstendig ansvar² for at brukeren gis et likeverdig, frivillig³ og forsvarlig tilbud med anledning til å medvirke⁴.

» 1.2 PÅRØRENDE

Bekymringer knyttet til hvordan familien opplever og berøres av ens problemer preger mange. Pårørende, det være seg familien, en venn eller en annen nærstående person⁵, vil også påvirkes og merkes av situasjonen. Pårørende er en ressurs og bør møtes som en samarbeidspartner ut fra den rollen de innehar, samtidig som de trenger oppmerksomhet og omtanke fra tjenesteapparatet. Noen pårørende har behov for konkret oppfølging eller egne tjenester.

Involvering av pårørende i behandling og utvikling av tjenestetilbud er viktig både av hensyn til pårørende og til brukerens situasjon. Undersøkelser viser at pårørendeinvolvering både reduserer faren for tilbakefall hos brukeren (15-17) og fører til færre symptomer (18-20). Det bedrer sosial fungering (21) og gir økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos bruker og pårørende (22-24).

Se også kapittel 5. Tilnæringsmåter

1 Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)

2 § 16 helsepersonelloven § 4

3 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 4-1

4 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

5 Hvem som regnes som pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven følger av lovens § 1-3 bokstav b

» 1.3. BARN SOM PÅRØRENDE

Barn som lever sammen med en foresatt som har en psykisk lidelse eller et rusmiddelproblem, er risikoutsatt. Helse- og omsorgspersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand. Helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til en pasient/bruker skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn, skaffe seg oversikt over omsorgssituasjonen og innhente samtykke til hensiktsmessig oppfølging^{6,7}. Når det er grunn til å tro at barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, skal helse- og omsorgspersonell uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste⁸. Barnets situasjon bør vurderes fortløpende, og personellet bør konferere med andre aktører når de er i tvil. Det er mulig å diskutere en sak anonymt med barnevernet eller helsestasjon. I små kommuner bør en i mange tilfeller rådføre seg med en nabokommune for å hindre brudd på taushetsplikten.

Helse og omsorgspersonell skal ha barn i fokus, og det bør være et gjensidig ansvar for både kommunen og ansvarlige behandlere i spesialisthelsetjenesten å kontakte hverandre ift barnets situasjon, og ta rede på hvilke vurderinger som er gjort, og om det er truffet tiltak for å ivareta barnet. Helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter⁹.

» 1.4 BRUKERMEDVIRKING¹⁰

» BRUKERMEDVIRKNING GIR INNFLYTELSE

Pasienter og brukere har rett til å medvirke og tjenestene har plikt til å involvere pasient og bruker i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud¹¹. Reell brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, deltar i beslutningsprosesser på like vilkår, slik at brukerens ulike oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud. Brukermedvirkning forutsetter at tjenestene oppfylder brukerens rett til nødvendig informasjon¹².

» BRUKERMEDVIRKNING SKAPER LIKESTILLING

Kommunen har et likestilt ansvar for å yte tjenester ved somatiske-, psykiske- og/eller rusmiddelproblemer¹³. Ingen skal oppleve diskriminering, forskjellsbehandling eller mangel på likestilling på grunn av rusmiddelproblemer eller psykisk sykdom.

Brukermedvirkning er et egnet virkemiddel til å sikre at brukere likebehandles. Målet er ikke å yte like tilbud, men et likeverdig og forsvarlig tilbud av god kvalitet tilpasset brukerens behov og ønsker. Et likeverdig tilbud forutsetter at tjenesteapparatet har kjennskap til, verdsetter og anvender brukerens kunnskap i utformingen av tjenestetilbudet.

Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.

FOR MER INFORMASJON

PårørendeSenteret i Stavanger har utviklet et tjenesteuavhengig e-læringsprogram om pårørendeinvolvering. <http://www.pårørendeprogrammet.no/>

Helsedirektoratet har utgitt «Pårørende en ressurs» (25) en veileder om hvordan tjenestene skal forholde seg til pårørende.

Barn som pårørende, Helse- direktoratet 05/ 2010 (26)

Som alle andre? Søsken til barn og unge med funksjonsnedsettelse, NTNU Samfunnsforskning (27)

Hvordan sikre barn og pårørendes behov i spesialisert rusbehandling? Stavanger/ Rogaland A-senter (28)

Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende; Barns beste <http://www.sshf.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/Sider/side.aspx>

- 6 Helsepersonelloven § 10 a
- 7 Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1
- 8 Helsepersonellovens § 33
- 9 Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 3-7a
- 10 Rett til medvirkning og informasjon er lovfestet i kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven. Se også lov om sosiale tjenester i NAV § 42 og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15 (NAV-loven).
- 11 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1
- 12 Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3
- 13 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første og andre ledd

Brukermedvirkning gir fordeler til alle.

» BRUKERMEDVIRKNING OPPHEVER BEGRENSNINGER

Brukermedvirkning krever at tjenesteutøverne ikke er forutinntatte, har fordommer eller fastlåste syn på personer eller grupper som får betydning for valg av tilbud.

Gjennom brukermedvirkning får tjenestene økt kunnskap om brukerens situasjon, ønsker og behov som kan motarbeide fordommer og stereotypier, og bidra til at enkeltpersoner og grupper får større innflytelse og handlingsrom.

» BRUKERMEDVIRKNING GIR MESTRING

Aktiv brukerdeltakelse i utformingen av tjenestetilbudet bidrar til et bedre tilpasset tjenestetilbud, men har også en egenverdi. For mange vil brukermedvirkningen ha en terapeutisk effekt.

Å involvere og anvende brukerens kompetanse er avgjørende for at brukerens ressurser og mestringsevne skal bevares og styrkes, og for at brukeren skal beholde eller gjenvinne kontroll over eget liv. Gjennom å legge til rette for at enkeltindivider gis makt og innflytelse i eget liv, øker evnen og mulighetene for deltakelse og innflytelse i samfunnet.

» BRUKERMEDVIRKNING GIR BEDRE TJENESTER

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess hvor målet er å utvikle og forbedre tjenestene¹⁴. I dette arbeidet spiller brukerne en sentral rolle. Kun brukeren kan bedømme om tjenesten eller behandlingen fungerer tilfredsstillende.

Brukermedvirkning bidrar til bedre og mer målrettede tjenester fordi erfaringskunnskap og fagkunnskap ses i sammenheng. Erfaringskunnskapens styrke ligger i de jevnlig tilbakemeldingene fra dem som benytter tjenestene. Brukerne tilfører nye perspektiver og ideer til kvalitetsforbedring.

» BRUKERMEDVIRKNING SKAPER LEGITIMITET

Jo flere som deltar i en beslutningsprosess, jo større legitimitet får beslutningen. Brukermedvirkning er en prosess eller metode som forutsetter at det innhentes synspunkter fra dem som berøres av de ulike tiltakene.

Brukermedvirkning og implementering av erfaringsbasert kunnskap i beslutningene er et viktig demokratisk prinsipp.

» BRUKERMEDVIRKNING ER ET FELLESPROSJEKT

Brukermedvirkning gir fordeler til alle. Det har en individuell verdi og er et sentralt virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.

Brukermedvirkning forutsetter at tjenestene arbeider aktivt med å utvikle samarbeidet med brukerne, slik at brukerens mestringsevne og engasjement i behandlingen blir forsterket. Brukerens involvering blir større når behandlingen rettes mot endringsprosesser og mål som tar utgangspunkt i brukerens forståelse av egne utfordringer og syn på egenutvikling og mestring.

» PÅRØRENDE ER EN RESSURS

Pårørende har ofte inngående kjennskap til brukerens bakgrunn, ressurser og problemer. De kan bidra med forslag til løsninger og formidle kunnskap om forhold som er lite synlige for tjenesteutøver.

Hvis forholdet mellom brukeren og pårørende er vanskelig, bør helse- og omsorgspersonell vurdere om de kan bedre situasjonen. Samtykke til å involvere pårørende bør drøftes jevnlig med brukeren.

1.4.1 OFTE STILTE SPØRSMÅL

Hvis brukeren ikke ønsker å medvirke?

Tjenestene har plikt til å legge til rette for brukermedvirkning og bør oppfordre brukerne til å medvirke. Brukeren har en rett, men ingen plikt til å delta i utformingen av tjenestetilbudet, og tjenesteutøver skal respektere brukerens ønsker. Brukere som i første omgang avslår å delta i prosessen, bør inviteres inn på nytt ved en senere anledning. Brukeren kan også oppfordres til å ta kontakt med familie, venner eller bruker-organisasjoner, og hvis ønskelig invitere dem inn i prosessen som en støtte. Tjenestenes plikt til å gi tilpasset informasjon gjelder uavhengig av om brukeren kan eller ønsker å medvirke i prosessen^{15,16}.

Hvem avgjør ved uenighet, bruker eller utøver?

Brukermedvirkningens utgangspunkt er at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient og bruker¹⁷. Brukerens behov, ønsker og vurderinger bør legges til grunn ved valg av behandling og tjenestetilbud. Tjenesteutøver skal gi faglig baserte råd og nødvendig og tilstrekkelig informasjon om tjenestetilbudet, slik at bruker er kjent med eventuelle konsekvenser av valgene. Tjenesteutøver må være lydhør overfor brukeres ønsker, mål og oppfatning av situasjonen. Målet er at bruker og tjenesteutøver enes om hva som er et egnet tjenestetilbud. Tjenestene har plikt til å yte faglig forsvarlige tjenester, og ved uenighet har forsvarlighetskravet forrang. Brukeren skal like fullt få anledning til å medvirke underveis, og tjenestene må ikke ytes uten samtykke.

Har brukeren rett til at pårørende er til stede når tjenestene ytes?

Brukerens medvirkningsrett innebærer ikke bare rett til selv å medvirke, men også rett til å be om at andre får være til stede når helse- og omsorgstjenester ytes¹⁸. Det skal mye til for at brukerens ønske ikke skal imøtekommes. Når brukeren mangler samtykkekompetanse vil pårørende kunne ha selvstendig rett til medvirkning¹⁹.

Har pasienter under tvungent psykisk helsevern og tvungent tilbakehold i TSB rett til å medvirke?

Retten til medvirkning gjelder ikke i sin helhet for pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven og tvungent tilbakehold for rusmiddelavhengighet etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Reglene om tvang søker imidlertid å sikre pasientene, og eventuelt andre som handler på deres vegne, innflytelse over behandlingssituasjonen, så langt det er mulig. Forhold som ikke er regulert av psykisk helsevernloven eller kapittel 10 i helse- og omsorgstjenesteloven, vil på en tilpasset måte kunne omfattes av pasient- og brukerrettighetslovens medvirkningsregler. Pasienten kan la seg bistå av andre, for eksempel pårørende eller advokat. Utarbeidelse av en kriseplan for å sikre medvirkning, kan være et godt tiltak. Planen kan inneholde informasjon om hvordan pasienten ønsker å bli møtt, hvilke personer som skal kontaktes samt pasientens behandlingssønsker ved en akutt krise.

» 1.5 BRUKERFOKUSERT ORGANISERING

Målsettingen om å sette brukeren i sentrum forutsetter et bevisst og systematisk arbeid, og vil i mange tilfeller kreve en kulturendring i virksomheten. Brukerfokusert arbeid kan medføre nye arbeidsmetoder, i form av større vekt på

15 Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd

16 Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd annet punktum

17 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 andre ledd

18 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 fjerde ledd

19 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd

Tjenestene bør utformes og tilrettelegges slik at det foreligger ulike tilbud og reelle valgmuligheter for brukeren.

Koordinatorer skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker.

oppsøkende virksomhet eller innføring av nye samtaleverktøy. Det kan også innebære at tjenestene bør omorganiseres for å kunne imøtekomme brukernes ønsker og behov på en bedre måte.

Organisering av tjenester med utgangspunkt i brukerens ønsker og behovsvurderinger er et uttrykk for, og en anerkjennelse av, brukerkompetanse og verdien av å tilpasse tjenestene til behovene. Tjenestene bør utformes og tilrettelegges slik at det foreligger ulike tilbud og reelle valgmuligheter for brukeren. Et nært samarbeid med brukerne og deres organisasjoner i utvikling og organisering av tjenestene er en forutsetning for å etablere gode brukertilpassede tjenester. Det foreligger plikt til å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter²⁰. Jevnlige brukerundersøkelser, i samarbeid med brukerorganisasjonene, for å sikre at virksomhetens organisering og praksis ivaretar brukerperspektivet, vil på en god og hensiktsmessig måte bidra til å oppfylle plikten.

Se Kap.8.2 Metoder for kvalitetsforbedringer.

Lett tilgjengelig informasjon om tjenestetilbudet

Gode og oversiktlige internettsider med lett tilgjengelig informasjon, tilpasset målgruppens behov, er en effektiv og god formidlingsmåte. Informasjonen bør samordnes, og i størst mulig grad omfatte alle relevante aktører, som fastlegen, skolehelsetjenesten, NAV-kontoret m.fl. Brukerorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner er gode formidlingsaktører. De har tillit og god kontakt med brukergruppene, og kan bistå myndighetene med å formidle informasjon om behandlingstilbud og tjenester.

Varierte og lett tilgjengelige tjenester

Et tjenestetilbud som tar utgangspunkt i brukerens ønsker og behovsvurderinger forutsetter på den ene siden at myndighetene har god oversikt over tjenestebehovet på nasjonalt og lokalt nivå, og på den annen side at det finnes et bredt og variert tjenestetilbud tilpasset brukerens behov. Myndighetene har ansvar for å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne. I noen tilfeller gjelder dette også oppsøkende individrettede tjenester²¹.

Brukerstyrte tilbud

Brukerstyrte tilbud er tilbud som enten er drevet av brukerorganisasjoner, for eksempel brukerstyrte sentre, væresteder eller arbeidstiltak, eller tilbud hvor brukeren selv vurderer sitt innleggelsesbehov og tar kontakt med tjenesteapparatet. Det finnes ordninger med brukerstyrte plasser både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene (trygghetsplasser (29)).

Se også Kapittel 6 Tjeneste og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Brukerstyrt personlig assistent (BPA)

Brukerstyrt personlig assistanse er en måte å organisere praktisk bistand på²². Ordningen, som er beregnet for personer med omfattende funksjonsnedsettelse, har som målsetting at brukeren skal ha et aktivt og mest mulig uavhengig liv. Det er brukeren selv, eventuelt med noe hjelp, som er arbeidsleder for sine personlige assistenter og avgjør assistentens oppgaver og arbeidstid innenfor rammen av vedtaket. Kommunene har plikt til å tilby ordningen, men står relativt

20 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd

21 Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 og 4-1, fastlegeforskriften §§ 18 og 19, helsepersonelloven § 7 første ledd

22 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8, jf. § 3-2 første ledd nr. 6 b

fritt til å bestemme hvem som skal få BPA, og i hvilket omfang²³. Kommunene skal i vurderingen legge stor vekt på brukerens behov og ønsker. BPA omfatter også brukere med et omfattende rusmiddel- eller psykisk helseproblem. Det anbefales å vurdere hvorvidt BPA kan være en aktuell tjeneste for personer med disse problemene. Ordningen gir brukeren større innflytelse og kontroll på egen hverdag. Tjenesten omfatter bistand både i og utenfor hjemmet.

» 1.6 ARBEIDSMETODER SOM IVARETAR BRUKERMEDVIRKNING

Det er utviklet flere metoder og rammeverk som har som formål å ivareta brukermedvirkning i forebygging, behandling og tjenesteyting.

Individuell plan og koordinator

Individuell plan (IP) er brukerens egen plan. IP skal utarbeides sammen med bruker og gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål²⁴. Planen utløser ingen rettskrav på bestemte tjenester, og gir ikke brukeren rettigheter ut over det som følger av regelverket for helse- og omsorgstjenester²⁵. Planen skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og er en viktig premiss når det fattes vedtak om tjenester.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til, og bør oppfordres til, å få utarbeidet en individuell plan²⁶, og til å delta aktivt i å beskrive sine ønsker, mål og behov for tjenester. Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra brukeren eller den som kan samtykke på vegne av brukeren. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning brukeren og pårørende selv ønsker det.

Kommunen skal tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Nettverksmøter og åpne samtaler

Nettverksmøter har fokus på brukerens ressurser, styrker og muligheter. Metoden, som krever god kompetanse hos utøver, innebærer at brukerens nettverk involveres og motiveres til å delta i brukerens bedringsprosess. Brukeren bestemmer hvem som skal inviteres, og hvor møtet skal holdes. Likeverdig kompetanse, som innebærer at brukerens og nettverkets kompetanse anerkjennes på linje med fagfolkene, er et viktig prinsipp. Ved å dele kunnskap, tanker og erfaringer i en åpen samtale, kan man komme fram til tiltak som alle støtter opp om (33).

Erfaringskonsulenter

Erfaringskonsulenter er ansatte med brukererfaring, enten egenerfaring eller som pårørende til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer. Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene, og er et anbefalt tiltak for å fremme en recoveryorientert praksis. Se kap. 2.2.5 om Recovery. Erfaringskonsulentene er ikke brukerrepresentanter, og kan ikke erstatte brukerrepresentantens rolle og funksjon.

Frivillige organisasjoner/brukerorganisasjoner

Personer med rusmiddelrelaterte eller psykiske helseproblemer kan ha nytte

FOR MER INFORMASJON

Se Kap. 10.3 Vedlegg: Bruker- og pårørendeorganisasjoner

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse samler, systematiserer og gyldiggjør bruker- og pårøndererfaringer innen psykisk helsefeltet. Siden retter seg også mot rusfeltet og ser rus og psykisk helse i sammenheng. <http://www.erfaringskompetanse.no/mo-ete-plasser/bruker-og-paaroe-rende-organisasjoner>

23 Sterkere rettighetsfesting av BPA gjennom endringer i pasient- og brukerrettighetsloven er foreslått innført fra 2015

24 Individuell plan er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 og Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 5, lov om sosiale tjenester i NAV § 2B

25 Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 16

26 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5

FOR MER INFORMASJON

Selvhjelp Norge – kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp <http://www.selvhjelp.no/>

«Informasjon om mulighetene for selvorganisert selvhjelp i møtet med rusproblemer», Helse- og omsorgstjenesteloven i samarbeid med Selvhjelp (36) <http://www.selvhjelp.no/>

«Enkle råd når livet er vanskelig» Helse- og omsorgstjenesteloven IS-0250 (37) <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/enkle-rad-nar-livet-er-vanskelig/Sider/default.aspx>

av å møte andre som er eller har vært i samme situasjon. Tjenesteapparatet bør informere og oppmuntre brukerne til å ta kontakt med brukerorganisasjonene, brukerstyrte sentre, selvhjelpsgrupper eller andre frivillige organisasjoner, og eventuelt bidra til å opprette kontakten. Organisasjonene kan ha en viktig funksjon i brukerens liv som sosialt nettverk, rådgiver, støttespiller eller motivator, og bidra til at brukeren mestrer livet på en bedre måte.

Det finnes flere brukerorganisasjoner innenfor rus- og psykisk helsefeltet. Mange har sosiale tiltak for grupper og enkeltmedlemmer og kan bistå brukerne med å finne fram i tjenesteapparatet. Organisasjonene driver et utstrakt likemannsarbeid.

Selvhjelp

Mange brukere har god nytte av selvhjelpsgrupper. Selvhjelpsgrupper er bruker-baserte støttende fellesskap som kan bidra til mestring i hverdagen og være et positivt supplement til behandling. Helse- og omsorgspersonell bør opplyse brukerne om selvhjelpsgrupper og oppmuntre dem til å delta i gruppene. Undersøkelser blant personer med rusmiddelproblemer viser at brukerne ser på selvhjelpsgrupper som en mulig ressurs i behandlingen, mens tjenesteutøverne i liten grad informerer om selvhjelp (34).

Veiledet selvhjelp eller assistert selvhjelp bygger på prinsipper fra kognitiv atferds-terapi, og er en metode for systematisk samarbeid mellom pasient og helsepersonell. Studier viser (35) at veiledet selvhjelp gir gode resultater ved lettere former for depresjon. Selvorganisert selvhjelp skiller seg fra veiledet eller assistert selvhjelp ved at selvhjelpsgruppene er lederløse, og at de drives på initiativ fra menneskene det gjelder.

1.6.1 OFTE STILTE SPØRSMÅL

Hvilken rolle har koordinerende enhet?

Kommunen har plikt til å opprette en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet²⁷. Enheten har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Målet med koordinerende enhet er å sikre koordinerte tjenester til dem som trenger det, og legge til rette for god samhandling mellom bruker og tjenesteytere og mellom tjenesteytere fra ulike faggrupper, sektorer og nivåer. Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer vil ofte ha behov for koordinerte tjenester, og enhetene må sikre at disse brukergruppene behov for individuell plan og koordinator ivaretas.

Hvem har ansvar for at det utarbeides en individuell plan?

Det er kommunen som har ansvaret for at det utarbeides en individuell plan (IP). Koordinator skal sørge for fremdrift i arbeidet med planen, men virksomhetsledelsen skal sørge for at koordinatoren har gode rammebetingelser for å kunne ivareta rollen (13). Koordinerende enhet i kommunen bør legge til rette for felles opplæring og kompetanseutviklingstiltak for brukere, koordinatorene og andre fagpersoner som er involvert i planarbeidet. Utarbeidelse av IP krever samtykke fra pasient og bruker.

Når personer har behov for langvarige og koordinerte tjenester både etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og/eller psykisk

27 Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3

helsevernloven, er det kommunen som skal sørge for utarbeidelse og koordinering av IP²⁸. Spesialisthelsetjenesten skal så snart som mulig varsle koordinerende enhet i kommunen når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med planen²⁹. Når det kun ytes tjenester fra spesialisthelsetjenestens side, er denne ansvarlig for IP og koordinering av tjenestene.

Kommunene skal på selvstendig grunnlag vurdere behovet for individuell plan, og ikke avvente en søknad fra bruker eller pårørende. Bruker og pårørende kan ta initiativ til at det utarbeides en IP, men det er kommunen som har ansvaret for både å initiere, utarbeide og koordinere planarbeidet.

Hvilke oppgaver ligger til koordinatorrollen?

Koordinator³⁰ skal sørge for framdrift i arbeidet med IP, nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, og bidra til at brukeren får et sømløst tilbud. Hun eller han skal sikre nødvendig samarbeid med spesialisthelsetjenestene eller andre tjenesteutøvere i utarbeidelse og oppfølging av planen. Kommunen har plikt til å tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, uavhengig av om de ønsker å få utarbeidet individuell plan³¹.

Hvem bør være koordinator?

Helse- og omsorgspersonell, ansatte på NAV-kontoret og andre kan være koordinator. Koordinatoren skal oppnevnes i samråd med brukeren eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende. En navngitt person som har hovedansvaret for oppfølging og samordning av tjenestetilbudet, synes å bidra til bedre kontinuitet, stabilitet og trygghet for brukeren og pårørende (38;39). Erfaringskunnskap viser at en god relasjon mellom bruker og koordinator i planarbeidet har stor betydning for brukeren.

Hvilke oppgaver ligger til ansvarsgruppen?

Ansvarsgruppen, som består av brukeren, eventuelt pårørende og de sentrale tjenesteyterne, har som oppgave å planlegge, følge opp og samordne innsatsen fra de involverte tjenestene. Den bør klargjøre rolle- og oppgavefordeling mellom deltakerne i gruppen. Ansvarsgruppen ledes som regel av koordinator eller av brukeren selv. Øvrige bidragsyttere i ansvarsgruppen drøftes og avklares med bruker, og tilpasses dennes behov. Noen bidragsyttere deltar på alle møtene, andre møter ved behov og orienteres om prosessen via referater. Hvis det foreligger en individuell plan, bør den være utgangspunkt for arbeidet i ansvarsgruppen.

Må det opprettes ansvarsgruppe?

Etablering av ansvarsgruppe er ikke lovpålagt, men det anbefales som en god arbeidsform når det er flere tjenesteytere som er involvert og det er behov for å koordinere innsatsen rundt den enkelte bruker. Forskning viser at å etablere ansvarsgruppe er en hensiktsmessig måte å organisere arbeidet med individuell plan på for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer (30;40). Ansvarsgrupper gir gode muligheter for samhandling, målretting og brukervedvirkning.

FOR MER INFORMASJON

Helsedirektoratets nettside om individuell plan
<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>

«Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige» Kompetansesenter Rus Nord-Norge (30)
www.kommunetorget.no
(relevant også for psykisk helsearbeid)

«Tillit, tid, tilgjengelighet», Helsedirektoratet (IS-1918) (31) www.helsedirektoratet.no

«Inspirasjons- og idehefte for koordinatorene» Høgskolen i Agder (32)
www.uia.no/no/content/download/157682/2699719/file/Inspirasjonshefte%2Bkoordinatorer.pdf

28 Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 andre ledd, og Forskrift av 16.12.2011 nr. 1256 om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

29 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 andre ledd

30 Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a

31 Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21

Bruker- og pårørendeorganisasjonene er en naturlig samarbeidspartner og høringsinstans for tjenesteapparatet i det daglige rus- og psykiske helsearbeidet.

» 1.7 ERFARINGSBASERT KVALITETSSIKRING

Bruker- og pårørendeorganisasjoner har mye kunnskap om psykisk helse, rusmiddelproblemer, tjenester og brukernes behandlings- og oppfølgingsbehov. De er viktige for brukerne, men også en sentral ressurs for tjenesteapparatet som kvalitetssikrer og utvikler av tjenestene.

Bruker- og pårørendeorganisasjonene er en naturlig samarbeidspartner og høringsinstans for tjenesteapparatet i det daglige rus- og psykisk helsearbeidet. Tjenesteapparatet bør nyttiggjøre seg organisasjonenes kompetanse, ved å etablere et samarbeid med dem, for å utvikle og forbedre tjenestene. Tjenester med mye brukerkontakt bør informere om organisasjonene til sine offentlige samarbeidspartnere, slik at også tjenester som ikke er i daglig kontakt med brukerne får kjennskap til organisasjonenes kompetanse, og kan benytte seg av deres kunnskap.

Råd og brukerutvalg

Kommunene har plikt til å etablere kommunale råd for personer med nedsatt funksjonsevne³². Helseforetakene er pålagt å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter³³. Det anbefales at tjenestene benytter utvalgene aktivt for å få råd og tilbakemeldinger fra brukerne.

1.7.1 OFTE STILTE SPØRSMÅL

Hva og hvor mye kan brukerorganisasjonene bestemme?

Et godt samarbeid innebærer likestilling og gjensidig respekt mellom partene. Tjenesteyting, som tar utgangspunkt i brukernes behov, forutsetter at brukerkompetansen sidestilles med fagkompetansen i utviklingsarbeidet og at dette gjenspeiles i resultatet. Virksomhetene må være villig til å revurdere egen praksis og sette brukens behov i fokus. Likefullt er det virksomheten som står ansvarlig for behandlingen og må gjøre beslutninger i tråd med til enhver tid gjeldende lovverk og anbefalt faglig praksis.

Hvilken rolle har pasient- og brukerombudet?

Pasient- og brukerombudet³⁴ skal arbeide for å ivareta pasientens og brukers behov, interesser og rettssikkerhet overfor spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste og for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Pasienter og brukere som har hatt opplevelser i helse- og omsorgstjenesten som de ønsker å ta opp, kan ta kontakt med pasient- og brukerombudet i fylket der de bor. Ombudet kan gi råd, veiledning og informasjon om deres rettigheter som pasient, bruker eller pårørende. Pasient- og brukerombudet kan bistå med å formulere og videreformidle spørsmål eller klage til rette instans (41).

32 Lov av 17.6. 2005 nr. 58 om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m, se § 2, jf. § 1

33 Lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m (helseforetaksloven) § 35

34 Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8





2

Lokalt psykisk helse- og rusarbeid - viktige faktorer

Kapittelet peker på faktorer som påvirker rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer. Ved å identifisere strukturelle og individuelle forhold som innvirker på psykisk helse eller rusmiddelbruk, kan tjenestene tilrettelegge for en mer bevisst og systematisk håndtering av muligheter og barrierer i utformingen og organiseringen av tjenestetilbudet.

Lokalt psykisk helse- og rusarbeid

- viktige faktorer

Mange mennesker opplever psykiske vansker eller rusmiddelproblemer i en kortere eller lengre periode i livet. Noen trenger bistand fra tjenesteapparatet, andre kommer seg ut av problemet ved egen hjelp eller med støtte fra familie og venner. 70 prosent av dem som på et tidspunkt i livet får et rusmiddelproblem, kommer seg ut av problemene uten bistand fra tjenesteapparatet (42). Noen lever med alvorlige problemer over lang tid, og har behov for omfattende hjelp og støtte fra tjenesteapparatet, familie og venner.

» 2.1 RUSMIDDELPROBLEMER OG PSYKISKE HELSEPROBLEMER

Psykiske vansker og rusmiddelproblemer påvirkes av ulike forhold, og må ses i et samspill mellom biologiske, genetiske, psykologiske, sosiale og kulturelle fenomener. Debutalder og samtidig forekomst av rus- og psykiske problemer påvirker problemutviklingen (43). Som hovedregel vil tidlig debut, særlig av alvorlige symptomer som psykose eller bruk av illegale rusmidler, øke sannsynligheten for et mer langvarig og sammensatt forløp.

2.1.1 TRAUMEFORSTÅELSE

Når mennesker opplever hendelser som er så overveldende, skremmende, intense og uforståelige at det ikke er mulig å ta inntrykkene inn over seg og romme dem på vanlig måte, kan det oppstå et psykisk traume. Ulike typer hendelser som eksempelvis vold, overgrep, omsorgssvikt, utsatthet for krig eller større katastrofer kan bidra til utvikling av psykiske problemer/lidelser. De fleste som er utsatt for større eller mindre kriser vil klare seg godt med støtte fra sin familie og sitt sosiale nettverk og uten bistand fra hjelpeapparatet. Avgjørende for utvikling av mer kroniske plager er forholdet mellom hendelsens art og grad samt personens sårbarhet eller motstandskraft. Risikoen for posttraumatiske plager øker også med hendelsens alvorsgrad, spesielt om den overlevende opplevde hendelsen som livstruende. Også faktorer som tidligere utsatthet og visse personlighetstrekk er forbundet med økt risiko for utvikling av posttraumatiske problemer. Riktig differentialdiagnostikk forutsetter grunnleggende traume-forståelse i møte med mennesker som har psykiske vansker og/eller rusmiddel-

Ulike typer hendelser som eksempelvis vold, overgrep, omsorgssvikt, utsatthet for krig eller større katastrofer kan bidra til utvikling av psykiske problemer/lidelser.

problemer (44). Tidlig identifisering og adekvat behandling er nøkkelfaktorer i forebygging av langvarige traumerelaterte problemer.

2.1.2 RUSMIDDELPROBLEMER

Det er en gradvis og glidende overgang fra «normal» og relativt problemfri bruk av rusmidler til den skadelige og symptompregete. Konsekvensene av problematisk rusmiddelbruk vil i ulik grad påvirke og forstyrre livssituasjon og funksjonsnivå i forhold til mestring, helse, trivsel og relasjon til andre mennesker. Rusmiddelproblemer kan beskrives etter symptomenes art, grad og varighet. Avhengighet er ikke et absolutt begrep. Det kan være uklare grenser mellom skadelig bruk og avhengighetsyndrom. Kjernen i fenomenet rusmiddelavhengighet kan forstås som mer eller mindre fastlåste tanke- og atferdsmønstre som følge av arvelige disposisjoner, hendelser og relasjoner i livet. De påvirker utviklingen av personlighetstrekk og problemer og etablerer atferds- og forståelsesformer som begrenser personens opplevde handlingsalternativer.

Selv om årsakene til at en person utvikler avhengighet vil være av både biologisk, psykologisk og sosial art, har en nevrobiologisk forståelse av avhengighet vært et viktig tilskudd for å forstå dette området de siste årene. Det tenkes at jevnlig tilførsel og lang tids bruk av rusmidler fører til mer langvarig endring i motivasjonsbanene og stressregulering i hjernen som gir kognitive utfall. Til tross for symptomer på avhengighet vil mange kunne klare seg i lengre perioder uten rusmidler, og endringene vil til en viss grad være reversible. Rusmiddelbruk er generelt risikopreget, og en svært stor andel av helseskadene og de sosiale problemene knyttet til alkohol, stammer fra bruk som er mer kritikkløs enn avhengighetspreget. Det nyeste amerikanske diagnosesystemet (45) innfører nå begrepet mild, moderat og alvorlig rusmiddelbrukslidelse.

2.1.3 PSYKISKE HELSEPROBLEMER/LIDELSER

Psykisk helse kan ikke skilles fra generell helse, og reflekterer samspillet mellom individet og omgivelsene. Årsakene til at en person utvikler psykiske lidelser kan være av både biologisk, psykologisk og sosial art. Psykiske helseproblemer kan beskrives ut ifra symptomenes art, grad og varighet. Typen symptomer har stor, men ulik betydning for forløpet. Noen typer symptomer kan oppleves mer plagsomme enn andre, men i hovedtrekk er det i hvilken grad de påvirker sosiale relasjoner og hverdagslivets aktiviteter som har størst betydning for den enkelte. Symptomer som irritabilitet og aggresjon kan virke forstyrrende og skremmende på andre og bidra til stigmatisering. Andre symptomer reduserer brukerens livskvalitet, men påvirker ikke alltid andre mennesker i samme grad. Graden av symptomene har også betydning for forløpet. Mildere symptomer, som lettere angst eller depresjon, nedsetter funksjonsevnen i mindre grad enn når de samme symptomene er til stede i utpreget grad. Langvarige psykiske vansker eller lidelser får som regel større konsekvenser enn kortvarige og forbigående plager. Kortvarige og forbigående psykotiske lidelser går sjelden ut over funksjonsnivået når den aktuelle episoden er over, mens langvarige psykotiske episoder er forbundet med en dårligere prognose.

Kjernen i fenomenet rusmiddelavhengighet kan forstås som mer eller mindre fastlåste tanke- og atferdsmønstre.

Det er i hvilken grad symptomer påvirker sosiale relasjoner og hverdagslivets aktiviteter som har størst betydning for den enkelte.

■ *Posttraumatisk vekst er ikke det samme som resiliens. Mens resiliens innebærer opprettholdelse av en god psykisk helse etter traumatiske hendelser (50), er posttraumatisk vekst en prosess der den traumatiske hendelsen fører til en positiv endring hos personen.*

» 2.2 VIKTIGE FAKTORER OG PERSPEKTIVER

For å fremme psykisk helse og redusere rusmiddelbruk, samt redusere negative konsekvenser, kan det være nyttig å kjenne til faktorer og perspektiver som kan ha betydning for rusmiddelbruk og/eller den psykiske helsetilstanden.

2.2.1 RESILIENS

Resiliens kan forstås som personens psykiske motstandskraft overfor påkjenninger, også referert til som robusthet. Flere individuelle, familiære, situasjons- og samfunnsmessige forhold kan betraktes som risikofaktorer for utvikling av dårlig psykisk helse eller rusmiddelavhengighet. Eksempler på risikofaktorer kan være arvelige faktorer, opplevelse av vold, overgrep eller tap.

Mennesker håndterer risikofaktorene forskjellig. Noen klarer seg bedre enn andre. Personer som utsettes for risikofylte forhold, men som likevel har motstandsdyktighet og god tilpasningsevne, viser resiliens. Enkelte, som tilsynelatende ser ut til å klare seg bra, vil kunne streve med negative psykiske helsekonsekvenser. Andre kan være resiliente overfor visse typer risiko og i visse situasjoner, men være sårbare under andre forhold og situasjoner. Flere faktorer er assosiert med utvikling av resiliens, blant annet sosial støtte og opplevelse av mestring.

2.2.2 POSTTRAUMATISK VEKST

En rekke studier av blant annet barn og foreldre i etterkant av traumatiske hendelser, viser at ikke alle konsekvenser av å ha vært utsatt for en potensielt traumatiserende hendelse nødvendigvis er negative (46;47). Fenomenet kalles for posttraumatisk vekst (eng. PTG - posttraumatic growth) (48). Posttraumatisk vekst blir beskrevet som positivt opplevde personlige endringer knyttet til det å ha opplevd en traumatisk hendelse (49). Endringene kan være økt personlig styrke, bedre relasjoner til andre mennesker, nye prioriteringer i livet, en ny og dypere mening i livet eller en økt åndelig bevissthet. Feltet har blitt mer systematisk utforsket først i løpet av de siste 10-15 årene. Posttraumatisk vekst er ikke det samme som resiliens. Mens resiliens innebærer opprettholdelse av en god psykisk helse etter traumatiske hendelser (50), er posttraumatisk vekst en prosess der den traumatiske hendelsen fører til en positiv endring hos personen.

2.2.3 EMPOWERMENT

Brukeren er den viktigste aktøren i alle bruker- og pasientforløp. Hun eller han har de beste forutsetningene for å definere egne problemer ut i fra sin situasjon og finne løsninger i fellesskap med andre. Empowerment er en prosess som gjør mennesker i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse. Prosessen tar utgangspunkt i menneskets egne ressurser og evne til å kontrollere eget liv, gitt at de gis makt eller autoritet, gjøres i stand til og tillates å delta i sentrale vurderinger og valg. Brukermedvirkning er ett viktig deltakelselement i behandlings- og tjenestetilbudet, mens lokalsamfunnet ansees som den viktigste arenaen for å vinne kontroll over

forhold som påvirker folkehelsen (51). Det er utarbeidet et opplæringsprogram /brukermedvirkningsverktøy i regi av de brukerstyrte kompetansesentrene som bygger på empowerment (52). Det finnes ingen norske ord som dekker dette betydningsinnholdet. «Myndiggjøring» eller «Egenkraftmobilisering» er det som kommer nærmest.

2.2.4 HOLDNINGER I SAMFUNNET

Det er blitt mer åpenhet og forståelse for psykiske problemer i samfunnet. En undersøkelse av engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykiske problemer etter Opptrappingsplanen viser større åpenhet og mindre stigmatiserende holdninger i befolkningen som helhet (53).

Stigmatisering

Det eksisterer fortsatt fordommer om mennesker som har rusmiddelproblemer eller psykiske vansker. Stigmaet synes å være sterkere ved rusmiddelproblemer enn ved psykiske helseproblemer, spesielt ved bruk av illegale rusmidler eller skadelig bruk av alkohol. Noen psykiske lidelser, for eksempel schizofreni, kan være mer stigmatiserende enn andre, som for eksempel depresjon (54).

Stigmatiseringen kan påvirke brukerens selvilde, samfunnets holdninger og tjenesteutøvernes vurderinger av behandling og tjenestebehov. Stigma kan bidra til at pasienter og brukere ikke mottar tjenester på lik linje med andre pasient- og brukergrupper. Det kan også innvirke på relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver og bidra til en uønsket ubalanse i samarbeidet, som kan hindre reell bruker-medvirkning.

Lovgivningen har, i tillegg til å sikre borgerne rettigheter og pålegge myndighetene plikter, en holdningsskapende effekt som kan forebygge og motvirke stigma knyttet til enkeltpersoner eller grupper i samfunnet. Ved eksplisitt å nevne kommunens ansvar overfor personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer i helse- og omsorgstjenesteloven understreker lovgiver personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer som en viktig målgruppe for tjenestene. Presiseringen kan ha betydning for tilgangen på tjenester, og kan også innvirke positivt på tjenesteutøvernes og befolkningens holdninger til personer med rus- eller psykiske helseproblemer. Endringen av pasientrettighetsloven til «pasient- og brukerrettighetsloven» som sikrer alle pasient- og brukergrupper like rettigheter, er et annet eksempel på lovgivningens understrekning av likeverdighet.

2.2.5 BEDRINGSPROSESSER - RECOVERY

Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake (55). Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen. Tiltakene som iverksettes støtter opp under brukerens egen bedringsprosess (bedringsorientert praksis). I nordiske studier er recovery belyst med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid og aktivitet,

Stigma kan bidra til at pasienter og brukere ikke mottar tjenester på lik linje med andre pasient- og brukergrupper.

Recovery handler om å få et godt liv.

FOR MER INFORMASJON

Publikasjoner og lenker til nasjonale og internasjonale ressursmiljøer om recovery på Napha sin kunnskapsbase psykiskhelsearbeid.no: <http://psykiskhelsearbeid.no/content/248/Recovery>

NAPHAs rapport nr 4/ 2013: [Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskaps-sammenstilling \(57\)](#)

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har kortere forventet levealder.

utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie er tillagt stor betydning for bedringsprosessen. «Å komme seg» eller recovery foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av varierende behandlings-idiologier. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere ulike psykiske problemer på, og ikke minst de sosiale konsekvensene av problemene.

Recoveryperspektivet legger til grunn at tjenesteutøveren anser brukeren som ekspert på seg selv og formidler tro på at han eller hun kan utvikle seg og få et bedre liv. Relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver må preges av likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit. Tjenesteutøveren må bistå brukeren i å utvikle ferdigheter, nettverk og støtte, slik at hun eller han kan ta mest mulig ansvar for eget liv (56). Pårørende og andre støttepersoner kan spille en betydningsfull rolle i brukerens bedringsprosess. Recovery kan foregå på ulike vis og med eller uten hjelp fra fagpersoner. Noen miljøer og relasjoner kan være støttende, mens andre kan være barrierer.

I en rekke miljøer og land foregår det nå implementering av recoveryorienterte praksiser. Noen sentrale strategier i denne praksisutviklingen, som ser ut til gå igjen, er:

- 1) Recoveryutdanning, som tilbys både bruker, fagpersoner og pårørende.
- 2) Kulturendring i tjenesten, hvor språk, samvær- og samarbeidsformer er sentralt.
- 3) Brukeransettelser og brukerstyrte tjenester utvikles og tas mer i bruk. Brukeres erfaringskunnskap integreres med fagkunnskap.
- 4) Recoverybaserte kartleggings- og evalueringsverktøy og resultatmål benyttes. Et recoverymål kan være: Å ha arbeid, å ha et hjem, å trene, å ha kontroll på symptomer, å redusere medisiner med bivirkninger og å trives.

Recovery handler om å få et godt liv.

» 2.3 KONSEKVENSER AV PSYKISKE HELSEPROBLEMER OG RUSMIDDELPROBLEMER

Følgene av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer kan ha negative konsekvenser både for brukeren og for nære pårørende, venner og kolleger eller tredjepart.

2.3.1 HELSESKADER

Vedvarende og omfattende rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer kan medføre andre helseskader eller sykdom. Skader og sykdom som brukeren hadde i utgangspunktet kan bli forverret. Mennesker med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, spesielt dem som er avhengige av illegale rusmidler eller har alvorlige lidelser som schizofreni og visse stemningslidelser, har kortere forventet levealder. Dette skyldes i stor grad livsstilsrelaterte og andre somatiske skader og sykdommer, og ikke selve rusmiddelproblemet eller det psykiske helseproblemet. Kronisk hepatitt er velkjent for injiserende rusmiddelavhengige, men det er også økt sykkelighet av KOLS, diabetes type 2 og hjerte- kar sykdommer. Psykiske plager og rusmiddelproblemer relateres oftest til atferds-, følelsesmessige og kognitive forhold, men de innvirker også

sterkt på kroppslig funksjon. Psykisk og somatisk helse henger sammen og bør behandles under ett.

Både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser gir økt risiko for selvmord. Psykiske lidelser øker risikoen for å begå selvmord med mellom 5-15 ganger i forhold til befolkningen generelt (58). Akutt ruspåvirkning er ofte en utløsende eller medvirkende årsak til selvmordsforsøk.

2.3.2 VOLD OG ULYKKER

De fleste akutte, negative konsekvensene relatert til rusmiddelbruk er knyttet til vold, ulykker, akutte psykiske lidelser, forgiftninger og overdoser. Ved alvorlige psykiske lidelser er det større fare for å bli utsatt for vold, enn for selv å utøve vold. Personer med rusmiddelproblemer oppholder seg ofte i miljøer der voldsbruk er vanlig, dette kan øke risikoen for vold. Det store omfanget av vold og ulykker som følge av rusmiddelbruk knytter seg imidlertid til personer med et moderat rusmiddelbruk, særlig alkohol (59).

Olsen-utvalget ble oppnevnt som følge av at det i løpet av kort tid skjedde flere drap der gjerningspersonens psykiske helse eller rusproblem ble framhevet i medieomtalen av sakene. Utvalget leverte sin rapport; NOU 2010:3 «Drap i Norge i perioden 2004-2009» (60), hvor deres hovedkonklusjon bl.a. er: «Det skjer få drap i Norge sammenlignet med andre land», «De fleste undersøkelser av vold eller drap har kommet frem til at ruslidelse er den psykiske helsefaktoren som er viktigst ved siden av dyssosial personlighetsforstyrrelse», «Alkoholbruk er mer vanlig enn bruk av ulovlige rusmidler, og alkohol er derfor relatert til en større andel av alvorlige voldshendelser og drap enn andre rusmidler. Selv om man kontrollerer for mange andre faktorer, er det sannsynlig at misbruket i seg selv er en medvirkende årsaksfaktor til voldshendelsene.», «Flere undersøkelser peker på at det å ha en psykisk lidelse uten ruslidelse, bare er en svak eller ikke-eksisterende prediktor for voldsutøvelse. Imidlertid er kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse eller dyssosial personlighetsforstyrrelse og ruslidelse en sterk prediktor for vold.», «Personer med annet rusmisbruk enn alkohol er også sterkt overrepresentert når det gjelder vold og drap. Det er også vist at bruk av rusmidler som alkohol, benzodiazepiner og sentralstimulerende midler kan gi økt aggressivitet. I utvalgets gjennomgang av saker finner man tilsvarende tendenser.»

En kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse, rusmiddelbruk og tidligere voldshistorie gir økt risiko for alvorlige hendelser. En realistisk oppfatning av voldsrisikoen kan hjelpe tjenesteutøvere i deres arbeid, og vil også bidra til at personer med psykisk lidelse eller rusmiddelproblemer ikke stigmatiseres unødvendig.

Se Kap. 4.3.6 om Voldsrisikovurderinger

2.3.3 LEVEKÅR

Dårlige levekår øker risiko for utvikling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Samtidig kan rusmiddelbruk og/eller psykiske helseproblem bidra til problemer med økonomi, nettverk, arbeid, utdanning og boligsituasjon. Tidlig debut fører med seg spesielt stor risiko for slike konsekvenser.

Se også kapittel 3: Gode levekår og helsefremmende tjenester.

Dårlige levekår øker risiko for utvikling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.

2.3.4 STRAFFBARE FORHOLD

Konsekvensene av problemet øker betydelig når man bruker illegale rusmidler eller begår straffbare handlinger. Noen pådrar seg stor gjeld, bøter eller fengselsstraff.

Undersøkelser viser at en betydelig andel innsatte har rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer (61). Fengselsopphold kan føre den enkelte enda tettere inn i et miljø preget av rus og kriminalitet. Noen benytter fengselsoppholdet til å få behandling og oppfølging for å bedre sin livssituasjon.

» 2.4 ANBEFALINGER

- Psykiske helseproblemer, rusmiddelproblemer og traumeforståelse bør ses i sammenheng.
- Psykisk og somatisk helse henger sammen og bør behandles under ett.
- Sentrale perspektiver som empowerment og recovery bør prege tjenesteytingen.





3

Gode levekår og helsefremmende tjenester

Dette kapitlet omhandler betydningen av utdanning, inntekt, arbeidslivstilknytning, bolig, tilhørighet i lokalsamfunnet og levevaner. Disse faktorene påvirker risiko for utvikling av problemer, og har betydning for håndtering av slike problemer når de først har oppstått.

Gode levekår og helsefremmende tjenester

» 3.1 LEVEKÅRENES BETYDNING FOR HELSE

Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Mange faktorer bidrar til å skape og opprettholde helseforskjeller, samtidig som sammenhengene er komplekse. Alvorlige helseproblemer medfører i mange tilfeller tap av arbeid og inntekt eller problemer med å fullføre utdanning. I hovedsak er det de sosiale betingelsene som påvirker helsen, og ikke omvendt¹.

Risiko for utvikling av psykiske plager, rusmiddelbruk og avhengighet øker med kort utdanning og lav inntekt, og det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse. Helseundersøkelser (64) viser at selv om personer med høy utdanning drikker minst like mye alkohol som de med lav utdanning, er avhengighet mer vanlig blant personer med lav utdanning. Resultater fra Folkehelseinstituttets tvilling-undersøkelse viser at angstlidelser er seks ganger vanligere blant personer med bare grunnskole, enn blant dem med høyest utdanning (64). Internasjonal og nasjonal forskning viser tilsvarende sosiale gradienter for depresjon og for andre psykiske lidelser, blant annet schizofreni (64).

Forhold som utdanning, yrke og økonomi påvirker altså risikoen for å utvikle rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser. Samtidig har disse forholdene også stor betydning for å håndtere vanskene når de først har oppstått.

» 3.2 PÅVIRKNINGSFAKTORER

Psykiske lidelser oppstår i en vekselvirkning mellom arvelige faktorer, personlige egenskaper (f.eks. innadvendthet /evne til å benytte seg av sosial støtte og evne til mestring) og miljømessige risiko- og beskyttelsesfaktorer. Til tross for at de arvelige faktorene kan bety mye for utvikling av enkelte psykiske lidelser, så har antakelig nivået av risiko- og beskyttelsesfaktorer i et samfunn større betydning for nivået av psykiske helseproblemer i befolkningen. Helsefremmende og forebyggende helsearbeid dreier seg om å bedre helsen gjennom å redusere risikofaktorene og øke de beskyttende faktorene.

1 Se for eksempel kunnskapsoversiktene til Johan P. Mackenbach, s. 30 (62) og Jon Ivar Elstad, s. 15-18 (63)

Risikofaktorer er knyttet til bl.a. sosioøkonomisk ulikhet, arbeidsledighet, bomiljø, tilgang på alkohol, fysisk aktivitet, samlivsproblemer, ensomhet, sosial isolasjon og fravær av sosial støtte, røyking og opplevelse av misforhold mellom krav og kontroll i arbeidet. Tiltak for å utjevne sosial ulikhet vil trolig ha en forebyggende effekt på utvikling av enkelte psykiske lidelser. De viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser er sosial støtte og utviklet mestringsevne i ulike situasjoner (65).

«Sosial støtte omfatter i første rekke empati og følelsesmessig støtte fra andre mennesker, men også praktisk hjelp og sosial kontroll. Forskning tyder på at sosial støtte er særlig virksom når individet er utsatt for ulike påkjenninger eller negative livshendelser, og at den sosiale støtten virker som en buffer ved å styrke individets mestringsevne. Andre undersøkelser viser at sosial støtte i seg selv - uavhengig av livsbelastninger - har en positiv effekt på den psykiske helsen» (66).

Påvirkningsfaktorer for rusmiddelproblemer er i stor grad de samme som for psykiske lidelser. I tillegg er tilgjengelighet til alkohol en kjent risikofaktor for alkoholrelaterte skader.

» 3.3 FOLKEHELSEARBEID

Forebygging av psykiske vansker og lidelser og skadelig rusmiddelbruk krever kunnskap om og innsats rettet mot samfunnsforhold som bidrar til dårlige levekår og helseproblemer. Helsehensyn må ivaretas i alle sektorer.

3.3.1 EKSEMPLER PÅ TILTAK FOR Å FOREBYGGE PSYKISKE LIDELSER

Folkehelseinstituttet beskriver i sin rapport «Bedre føre var...: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger» 50 ulike tiltak, og vurderer dokumentasjonen (66). Blant tiltakene som trekkes frem er høy sysselsetting og programmer for forebygging av søvnproblemer.

Basert på kunnskap om hvilken betydning sosial støtte spiller for å fremme psykisk helse og øke individers mestring av hverdagslivets utfordringer, er det viktig å sørge for at mennesker har mulighet for å delta i og få tilknytning til arbeidslivet og lokalsamfunnet. Tiltak som bidrar til å styrke opplevelsen av sosial støtte er helsefremmende, og kan redusere hyppigheten av både psykiske og somatiske lidelser (67).

3.3.2 TILTAK FOR Å BEGRENSE SKADER VED ALKOHOLBRUK

Alkoholoven² skal begrense samfunnsmessige og individuelle skader ved alkohol-bruk, og er et viktig strukturelt forebyggingsvirkemiddel på rusfeltet. Kommunen har gjennom salgs- og skjenkebestemmelser hovedansvaret for forvaltning av alkoholoven. Kommunen bør vektlegge folkehelsehensyn i forvaltningen av alkoholoven. Næringspolitiske hensyn bør balanseres i forhold til dette (68). Det er en sammenheng mellom tilgangen til alkohol og alkohol-konsum. En liberal forvaltning av alkoholoven i kommunene vil kunne føre til økt totalkonsum og påvirke risikoen for utvikling av alkoholrelaterte problemer.

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse og som beskytter mot helsetrusler. Arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen inngår i folkehelsearbeidet.

FOR MER INFORMASJON

Kursmaterieill i programmet «Ansvarlig vertskap», Helse- direktoratet

Veileder i salgs- og skjenke- kontroll, Helsedirektoratet 2012, IS-2038 (69)

Alkoholoven (70)
www.lovdatab.no

² Lov om omsetning av alkoholholdig drikk mv. av 2.6.1989 nr. 27 (alkoholoven)

FOR MER INFORMASJON

Forankring av folkehelse i planer etter plan- og bygningsloven er beskrevet på www.kommunetorget.no

3.3.3 FOLKEHELSELOVEN

Folkehelselovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og trivsel og utjevner sosiale helseforskjeller³. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse⁴. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid⁵.

Med folkehelseloven etableres et nytt fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Det stilles krav til at den enkelte kommune/fylkeskommune skal ha god oversikt over helseutfordringene, som igjen skal danne grunnlag for mål og strategier forankret i plansystemet etter plan- og bygningsloven. Kommunene har plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale folkehelseutfordringer⁶. Det er viktig med et langsiktig folkehelsearbeid fordi beslutningene som tas i dag har betydning for samfunns- og miljøforholdene i lang tid framover, og dermed også helsen til de neste generasjoner.

» 3.4 FOKUS PÅ HVERDAGSLIVET

De faktorene som påvirker risikoen for å utvikle problemer, har også betydning for bedringsprosesser og for livskvalitet.

3.4.1 DELTAKELSE OG SOSIAL INKLUDERING

Norske epidemiologiske studier tyder på at forekomsten av rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer er mindre i stabile samfunn med tette bånd mellom mennesker (71).

Sosial deltakelse på naturlige møteplasser gir personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer mulighet til å etablere nettverk og relasjoner. Kommunen bør legge til rette for at det etableres tilbud og møteplasser hvor alle kan delta ut fra sine forutsetninger, uavhengig av livssituasjon og økonomisk evne. Kommunene kan sammen med organisasjoner og brukere utvikle inkluderende frivillige tilbud.

Noen har behov for møteplasser og aktiviteter hvor de kan møte andre i samme situasjon. Det kan være selvhjelpsgrupper, brukerstyrte tilbud, likemannsarbeid, mentorordninger og andre tiltak i regi av brukerorganisasjoner og andre frivillige aktører. Kommunen skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitets tiltak for barn, funksjonshemmede, eldre og andre som har behov for det, herunder personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer⁷. Kommunen skal tilby nødvendig personlig assistanse, herunder praktisk bistand og støttekontakt, til personer som ønsker og har behov for støtte og oppfølging på fritiden⁸.

3.4.2 BOLIG

Bolig er avgjørende for helse, selvstendighet og deltakelse. Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer er overrepresentert

3 Lov av 24.6.2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) § 1

4 Folkehelseloven § 3 første ledd bokstav b

5 Folkehelseloven § 1

6 Folkehelseloven § 7

7 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 tredje ledd, jf. § 3-1 andre ledd

8 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr 6 b

blant de bostedsløse (72) og vanskeligstilte på boligmarkedet. Kommunen bør sørge for at alle innbyggerne har gode og trygge boforhold. Det bør utarbeides en boligsosial handlingsplan som ses i sammenheng med kommunens generelle boligpolitikk og øvrige planprosesser.

Målet er at alle skal bo trygt og godt, fortrinnsvis i egen bolig. Kommunen bør legge til rette for fleksible og varige botilbud i gode bomiljø, som er tilpasset den enkeltes behov. Med varig bolig menes et sted hvor man kan bo uten tidsbegrensning. Det omfatter tilbud om et bredt spekter av botiltak, fra egen eid eller leid bolig i ordinær boligmasse til bemannede og samlokaliserte boliger eller bofelleskap. Kommunal omsorgsbolig, heldøgns helse- og omsorgsinstitusjon og sykehjem kan også være aktuelle botilbud for noen⁹.

For personer med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser er bolig ofte en forutsetning for å kunne iverksette og lykkes med behandling og oppfølgings-tjenester (73). Bolig kan forebygge risiko for tilbakefall og redusere behovet for opphold i institusjon eller hindre fengselsopphold.

NAV-kontoret og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer, som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet¹⁰. Ved akutt behov har NAV-kontoret plikt til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv¹¹. Opphold i midlertidig bolig skal ikke strekke seg over lang tid, og bør kun benyttes inntil det er mulig å finne en mer permanent løsning¹². Husbanken¹³ skal veilede og stimulere kommunene til å framskaffe boliger til vanskeligstilte. Kommunen ved boligkontor/boligtildelingsteam o.l ivaretar det langsiktige arbeidet med å framskaffe/bygge og tilby et tilstrekkelig antall egnede boliger til målgruppen. Det inkluderer også saksbehandling av ulike søknader om startlån og bostøtte m.m. Koordinert og effektiv bruk av Husbankens og kommunens egne virkemidler er avgjørende for god ressursutnyttelse og helhetlige løsninger for den enkelte bruker.

Bolig bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel. Kommunen, helseforetaket eller kriminalomsorgen må i samarbeid med brukeren starte planlegging på et tidligst mulig tidspunkt. Bolig- og tjenestebehov bør inngå i individuell plan. Samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket bør inneholde rutiner og retningslinjer for ansvars- og oppgave-fordeling ved tilrettelegging av bolig- og tjenestebehov for å sikre trygge rammer etter utskrivelse (74). Samarbeidsavtaler mellom kommuner og fengsler bør også inneholde dette.

Se også kapittel 7 Samhandling for helhetlige og koordinerte tjenestetilbud.

Oppfølgingstjenester i bolig og nærmiljø

Oppfølgingstjenester i bolig og nærmiljø spenner over et bredt spekter av helse-, omsorgs- og velferdstjenester som råd og veiledning, praktisk bistand til dagliglivets gjøremål, ivaretagelse av boligen, deltakelse i arbeid og fritidsaktiviteter eller økonomihåndtering. Tjenestene må ta utgangspunkt i den enkeltes behov, og legge til rette for at brukeren tar aktivt del i prosessen med å skape trivsel og opprettholde sin egen bo- og livssituasjon.

Boligsosialt arbeid omfatter kommunens arbeid med å framskaffe og tildele boliger, tjenester og enkelttiltak som kan bedre brukerens forutsetning for å skape og mestre egen bo- og livssituasjon. Arbeid for å redusere utkastelser og begrense bruken av midlertidige botilbud, inngår i boligsosialt arbeid (75).

FOR MER INFORMASJON

Husbanken har laget en elektronisk veileder og en trinnvis guide til god planlegging for kommunene i utarbeidelsen av boligsosiale handlingsplaner. www.husbanken.no

På Husbankens hjemmeside finnes også informasjon om låne- og tilskuddsordninger, boligsosiale utviklingsprogram, verktøy for boligplanlegging, gode praksiseksempler og annet som kan inspirere til å videreutvikle det boligsosiale arbeidet lokalt.

- 9 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c og tilhørende insitusjonsforskrift
- 10 Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i NAV (lov om sosiale tjenester i NAV) § 15 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7
- 11 Rundskriv til lov om sosiale tjenester, R35-00-F12, lov om sosiale tjenester i NAV § 27
- 12 Rundskriv U-5/2003 Veiledning for kvalitetskrav til midlertidig husvære etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 27
- 13 Lov 29. mai.2009 nr. 30 om husbanken (husbankloven)

FOR MER INFORMASJON

Ny GIV: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/kampanjer/ny-giv.html?id=632025>

Studier med støtte:

<http://www.nav.no/Studier+Med+St%C3%B8tte+%28MS%29.296173.cms>

FOR MER INFORMASJON

På NAV sine hjemmesider www.nav.no finnes informasjon om ulike tilpassede tiltak innen utdanning, arbeid og arbeidsrettede tiltak.

Hefte «Innføring i Individual Placement and Support/IPS – Individuell jobbstøtte» gir en enkelt og praktisk innføring i metoden og dens sentrale prinsipper, www.nav.no

Hefte «Arbeid og psykisk helse - fem gode eksempler» NAPHA (80) <http://www.napha.no/content/6118/Viser-at-det-gar-an>

14 Lov om sosiale tjenester i NAV kapittel 4, herunder §§ 29 flg.

15 Lov om sosiale tjenester i Nav §§ 18 flg.

3.4.3 UTDANNING OG ARBEID

Utdanning og arbeid fremmer god helse, innflytelse og selvstendighet, og har betydning for den enkeltes økonomi. Mange med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer står helt eller delvis utenfor utdanningsforløp og arbeidsliv. Mange av dem vil og kan delta i utdanning og ordinært arbeid, hvis de gis mulighet.

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer kan føre til at unge faller ut av utdanningsforløpet. Personer som ikke har fullført videregående opplæring klarer seg generelt dårligere på arbeidsmarkedet når de er i tyveårene, enn dem som har fullført (76). Psykiske lidelser er den hyppigst forekommende diagnosegruppen blant unge uførepensjonister (77). Det er viktig å forebygge sykefravær så tidlig som mulig og innrette helse-, omsorg- og velferdstjenester som motvirker utstøting av målgruppen og som reduserer antallet unge uførepensjonister i framtiden. For å forebygge og gjøre en tidlig innsats bør fastleger, og de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene, understøtte utdanningsforløp og arbeidslinjen og samarbeide med NAV, arbeidsgivere og utdanningsinstitusjoner.

Ved behov for tilpasningstiltak innenfor ordinære opplæringstilbud, eller spesialundervisning på grunn av sammensatte lærevansker, kan det være behov for samarbeid med pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT), Statlig pedagogisk støttesystem (Statped) og/eller NAV. «Ny GIV» ble etablert for å øke gjennomføringen i videregående opplæring. Satsingen omfatter både nasjonale og lokale tiltak, som intensivopplæring, tett individuell oppfølging, aktiviteter og yrkesretting av fellesfag. Flere av tiltakene baserer seg på samarbeid mellom fylkeskommune, kommune og NAV-kontoret.

Studier med støtte (SMS) er et oppfølgingsprogram for personer med psykiske helseproblemer som har behov for støtte til å gjennomføre høyere utdanning. SMS tilbyr tett individuell oppfølging gjennom hele studiet og i overgangen til arbeid. Tiltaket gjennomføres i samarbeid med studenten, SMS, høgskolen/ universitetet og NAV-kontoret. Tiltaket kan vise til gode resultater, både for studie- og livssituasjon og studentens mestrings- og arbeidsevne (78).

Ordinært arbeid og arbeidsrettede tiltak

NAV-kontoret skal bistå personer som har problemer med å komme i arbeid (68) og legge til rette for at flest mulig kan delta i og opprettholde tilknytning til arbeidslivet¹⁴. Tiltak med sikte på å skaffe ordinært arbeid bør være hovedstrategien. De som ikke kan delta i ordinært lønnet arbeid skal sikres et forsvarlig livsopphold gjennom trygdeytelser eller økonomisk sosialhjelp¹⁵ og meningsfulle, fortrinnsvis arbeidsrettede aktiviteter i hverdagen.

NAV-kontorene tilbyr, utover det ordinære tiltaksapparatet, en rekke tilbud for personer med psykiske helse- og rusmiddelproblemer, som veilednings- og oppfølgingsløser, Jobbmestrende oppfølging, Individuell jobbstøtte, Grønt arbeid og ulike lavterskel arbeids- og aktivitetstiltak. Flere av tilbudene kombinerer behandling med deltakelse i ordinært arbeid eller arbeidsrettede tiltak. Tilbudene varierer i de ulike NAV-kontorene, og flere av tilbudene gis i samarbeid med helse- og omsorgstjenestene.

Tilretteleggingsgaranti er en ordning som skal sikre arbeidstaker og arbeidsgiver trygghet for at personer med redusert funksjonsevne får nødvendige

hjelpebidler, tilrettelegging og oppfølging. Andre tjenester er Tilretteleggingstilskudd, Arbeid med bistand, Oppfølgingstiltak og Lønnstilskudd.

*Kvalifiseringsprogram*¹⁶ er et tilbud til personer som ønsker å komme i arbeid eller aktivitet, som har mottatt sosialhjelp i lengre tid eller står i fare for å komme i en slik situasjon. Programmet skal være individuelt tilpasset, og inneholde arbeidsrettede tiltak og andre aktiviteter som styrker deltakerens muligheter til å skaffe seg jobb.

Individuell jobbstøtte (Individual Placement and Support (IPS)). Metoden forener behandling og arbeid gjennom team som tilbyr behandling og jobbstøtte samtidig. Teamene består av helse- og omsorgspersonell og jobbspesialister med kompetanse på arbeid, psykisk helse og rus. Det er en systematisk og kvalitetssikret måte å jobbe på for å oppnå ordinært arbeid for mennesker med alvorlige psykiske helse- og rusmiddelproblemer. IPS er blant de metodene som på verdensbasis har vist seg å fungere best i å integrere mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer i ordinært arbeid (79). Metoden har også positive effekter på helsesituasjonen i form av færre og kortere innleggelses (66).

Frivillige organisasjoner og brukerstyrte tiltak tilbyr også arbeidsrettede tiltak. «Fontenehus» drives etter en internasjonal modell for rehabilitering av mennesker med psykiske helseproblemer gjennom brukerstyrte klubbhus. Husene tilbyr tett oppfølging, og bidrar til at målgruppen kommer i ordinært arbeid eller utdanning. «Lønn som fortjent», i regi av Kirkens bymisjon og Frelsesarmeens «Jobben», er eksempler på arbeidsrettede tiltak for personer med rusmiddelproblemer.

3.4.4 PERSONLIG ØKONOMI

Mange personer som har levd med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer over tid har økonomiske problemer. Gjeldsbyrden kan være stor, både til formelle og uformelle kreditorer. Rusmiddelbruk, spesielt illegalt forbruk, er kostbart. For å lette tilgang til nødvendig helsehjelp for de dårligste pasientene, som har et kjent underforbruk av helsetjenester grunnet dårlig økonomi, har enkelte kommuner funnet det hensiktsmessig å betale deres egenandel til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) på forhånd, slik at pasienten har frikort.

Personer som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad, uansett årsaken til hjelpebehovet¹⁷. Retten gjelder inntil andre økonomiske muligheter kan gjøres gjeldende.

Økonomisk rådgivning inngår i NAV-kontorets råd- og veiledningsplikt¹⁸. Rådgivningen skal forebygge økonomiske problemer, løse akutte økonomiske kriser og bidra til å finne helhetlige og varige løsninger for den enkelte.

Rådgivningen kan omfatte:

- Å skaffe oversikt over økonomien
- Opplæring i økonomistyring, budsjettering og husholdningsøkonomi
- Etablere nedbetalings- og gjeldssaneringsordninger
- Hindre ny opphopning av gjeld
- Inngå avtale om frivillig inntektsforvaltning eller kreve tvungen forvaltning

FOR MER INFORMASJON

På NAV sine nettsider www.nav.no finnes informasjon om råd og veiledning og ulike økonomiske støtteordninger.

NAVs Økonomirådstelefon 800GJELD (telefonnummer 800 45353) er et lavterskeltilbud som gir hjelp til selvhjelp for personer som er i ferd med å få eller har fått økonomiske problemer.

Det finnes også en egen nettside for tjenesteutøvere om økonomi- og gjeldsspørsmål, www.nav.no

16 Lov om sosiale tjenester i NAV § 29

17 Lov om sosiale tjenester i NAV § 18

18 Lov om sosiale tjenester i NAV § 17

FOR MER INFORMASJON

Helsedirektoratet har utarbeidet «Aktivitetshåndboken» (87) og «Fysisk aktivitet og psykisk helse - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer» (81), www.helsedirektoratet.no/publikasjoner

Helsedirektoratet har utarbeidet «Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten» (88) og «Nasjonalt faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring» (89).

Nettstedet www.fritidforalle gir informasjon om Treningskontaktordningen og om **Fritid med Bistand**

Helsedirektoratets nettside om tobakk: www.helsedirektoratet.no/tobakk

Helsedirektoratets selvhjelps-brosjyre «Sov godt - gode råd for bedre søvn» (IS-0402) som kan lastes ned som pdf på www.helsedirektoratet.no

Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer, www.sovno.no, informasjon om søvn og søvnsykdommer, ulike tester og brosjyrer om søvn.

Mindre inngripende alternativ skal alltid prøves før en setter i gang frivillig eller tvungen inntektsforvaltning.

3.4.5 FYSISK AKTIVITET, ERNÆRING, TOBAKK OG SØVN

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet gir en rekke positive effekter som økt velvære, mestring, redusert stress og uro. Fysisk aktivitet kan i tillegg forebygge og redusere lettere psykiske plager og lidelser som depresjon og angst (66). Personer som er i dårlig fysisk form eller har drevet lite fysisk aktivitet kan ha behov for støtte og motivasjon til å komme i gang. Tjenesteutøvere bør informere, tilrettelegge og fremme fysisk aktivitet tilpasset den enkelte (81). De kommunale frisklivs-sentralene (82) gir tilbud om fysisk aktivitet og kan bidra med råd og veiledning. Treningskontaktordningen kan også være et godt tilbud for de som ønsker støtte til å komme i gang med eller videreføre fysisk aktivitet som er tilpasset deres behov. Fysioterapeuter har også mye kunnskap om hvordan en ond sirkel av inaktivitet, dårlig fysisk og psykisk helse kan brytes. De kan bidra til bevisstgjøring av kroppen som bærer av psykisk belastning, og bistå med komme i gang med tilpasset aktivitet. «Aktiv på Dagtid» er et lavterskeltilbud om fysisk aktivitet for personer mellom 18 og 65 år som mottar en eller annen form for trygd eller sosial stønad, og tilbys flere steder i landet. Tilbudet drives av frivillige organisasjoner innen idrett i samarbeid med kommunen.

Se også kapittel 6 Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Ernæring

Riktig ernæring og et variert kosthold har stor betydning for helse og livskvalitet. Tiltak for å etablere et godt kosthold og å bedre ernæringsstatus bør inngå som en del av både forebygging og behandling for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer.

I tillegg til konsekvenser av et eventuelt mangelfullt kosthold, kan legemidler og rusmidler i seg selv gi symptomer som kvalme, oppkast, nedsatt eller økt matlyst m.m. Det kan føre med seg vekttap, vektøkning, diare og forstoppelser, samt infeksjoner og skader i fordøyelsessystemet. Å vurdere ernæringsstatus, forebygge og behandle bivirkninger og andre følgetilstander av legemiddel- og/eller rusmiddelbruk er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud.

Alvorlige psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer er også ofte forbundet med dårlig tannhelse, som innvirker på ernæring og kosthold. Råd og veiledning om ernæring og tannpleie, og et godt tannhelsetilbud bør prioriteres.

Se også kap. 6.2 Fylkeskommunale tjenester og aktører - tannhelsetjenesten.

Tobakk

Røyking er utbredt blant personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (83), og er en av årsakene til kortere forventet levealder.

Mange ønsker å slutte. Røykeslutt kan gi en mestringsopplevelse som i neste

omgang kan øke sjansen for å redusere eller slutte med rusmidler. Tilbud om hjelp til røykeslutt bør inngå som en del av både forebygging og behandling for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Fastleger og annet helsepersonell, herunder frisklivssentraler, tilbyr hjelp til røykeslutt. Den som skal slutte kan også ringe Røyketelefonen 800 400 85 for individuell veiledning med mulighet for oppfølging over tid. Det finnes også et gratis nettbasert og interaktivt sluttetilbud: www.slutta.no.

Søvn

Søvnvansker er blant de vanligste helseplagene i befolkningen og er et debut-symptom ved de fleste psykiske lidelser. Kroniske søvnvansker øker risikoen for å utvikle psykiske og somatiske plager, samt å falle ut av arbeidslivet.

Legemiddelbasert behandling mot søvnløshet er vanlig, men forskning (84-86) viser at behandling uten medikamenter gir bedre effekt på kort- og lang sikt. Disse analysene konkluderer med at 70-80 prosent av de som er søvnløse vil ha god og varig nytte av kognitiv eller adferdsmodifiserende teknikker. Det omfatter blant annet opplæring i søvnhygiene, søvnrestriksjon, stimuluskontroll og avslapningsteknikker. Dette er relativt enkle teknikker som helse- og omsorgspersonell kan benytte i klinisk arbeid med søvnvansker. Det drives forebyggende tiltak og behandlingstiltak i både kommune og spesialisthelsetjeneste. Det finnes såkalte søvnskoler ulike steder. Ansatte ved Frisklivssentralene gis kompetansehevende kurs om søvn og forebygging av søvnvansker, og vil etter hvert ha tilbud knyttet til dette.

3.5 ANBEFALINGER

- Kommunen bør vektlegge folkehelsehensyn i forvaltningen av alkohol-loven. Næringspolitiske hensyn bør balanseres i forhold til dette.
- Kommunen bør legge til rette for at det etableres tilbud og møteplasser hvor alle kan delta ut fra sine forutsetninger.
- Kommunen bør legge til rette for fleksible og varige botilbud i gode bomiljø, som er tilpasset den enkeltes behov.
- Tjenester i bolig kan være nødvendig for å opprettholde og mestre boforholdet.
- Bolig bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel.
- For å forebygge og gjøre en tidlig innsats, bør fastleger og de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene understøtte utdanningsforløp og arbeidslinjen, og samarbeide med NAV, arbeidsgivere og utdanningsinstitusjoner.
- Ordinært arbeid bør være hovedstrategien. Individuell jobbstøtte (IPS) bør utvikles og benyttes.
- Økonomiske støtteordninger bør være kjent for både bruker og ansatte for å hindre at dårlig personlig økonomi fører til dårlige levekår og manglende benyttelse av tjenestetilbud.
- Tiltak for å etablere et godt kosthold, fremme fysisk aktivitet og å bedre ernæringsstatus bør inngå som en del av forebygging og behandling.
- Det bør tilbys hjelp til røykeslutt og opplæring om søvn og forebygging av søvnvansker for dem som ønsker det.



4

Tilrettelegging av tjenestene

Kapittel 2 redegjorde for noen sentrale strukturelle og individuelle forhold som kan påvirke et bruker- og pasientforløp. Dette kapitlet beskriver hvordan tjenestetilbudet kan tilrettelegges for å fremme eller motvirke disse forholdene.

Kapitlet skisserer tre hovedforløp og omtaler innsatsområder, tilnæringsmåter, tiltak, ansvarsforhold og samarbeidsrelasjoner.

Tilrettelegging av tjenestene

Kapittelet beskriver hvordan tjenestene kan tilrettelegges for personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Omfanget av samtidige problemer, sammenholdt med at rusrelaterte problemer og psykiske helseproblemer står overfor mange av de samme utfordringene, gjør det naturlig å se de to områdene i sammenheng. Helsedirektoratet har valgt å inndele problemene i tre hovedforløp for å lette fremstillingen. Det vil være glidende overganger og overlappinger mellom de ulike forløpene, og den enkeltes problemer og situasjon kan raskt endre seg. Fortløpende vurdering må ligge til grunn for tilretteleggingen slik at hver enkelt får rett tilbud. Lett tilgjengelige, fleksible, individuelt tilpassede tjenester er hovedprinsippet for alle. Tiltakene som iverksettes må tilpasses den situasjon og sammenheng hver enkelt er i, og støtte opp under brukerens egen bedringsprosess.

Relevante tiltak og tilnæringsmåter beskrives her i forhold til hovedforløpene:

- HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer
- HOVEDFORLØP 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

De tre hovedforløpene skiller seg fra hverandre med hensyn til problemets art, alvorlighetsgrad og varighet, relevante mål og tiltak, ansvarsplassering og samarbeidsrelasjoner. Mål, tiltak og tilnæringsmetoder for de tre hovedforløpene beskrives med utgangspunkt i tiltak innen: «Forebygging», «Kartlegging og utredning» og «Behandling og oppfølging».

Tiltakene som iverksettes må tilpasses den situasjon og sammenheng hver enkelt er i, og støtte opp under brukerens egen bedringsprosess.

■ >> 4.1 HOVEDFORLØP 1: MILDE OG KORTVARIGE PROBLEMER

Dette bruker- og pasientforløpet omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige.

Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:

- Nyoppstått angst eller depresjon av mild til moderat grad
- Selvskading uten samtidig personlighetsforstyrrelse
- Bruk av illegale rusmidler uten klar funksjonssvikt
- Høyt alkoholkonsum som skaper problemer uten å oppfylle krav til skadelig bruk

■ 4.1.1 FOREBYGGING

Forebygging som retter seg mot individer som har risikofaktorer eller har utviklet problemer, er en viktig del av det lokale arbeidet. Gjennom tidlig identifikasjon og intervensjon kan det være mulig å forhindre videreutvikling og begrense problemene, forkorte behandlingen og redusere negative konsekvenser.

Fastlegen eller bedriftslegen kan avdekke og sette inn tiltak mot milde/moderate psykiske problemer og risikofylt alkoholkonsum eller alkoholavhengighet.

Personer som oppsøker legen med en problematisk bruk av rusmidler, bør også bli spurt om sin psykiske helse. Likeledes bør personer som oppsøker legen med diffuse symptomer, som angst, depresjon eller søvnløshet, bli spurt om alkoholvaner og annen rusmiddelbruk. Formålet er ikke å avdekke hvor mye personen drikker, men om og i hvilken grad rusmiddelbruken fører til helse- risiko, vansker med å fungere i hverdagen eller har konsekvenser for forholdet til andre mennesker, og å tilby råd og veiledning om endring av alkoholvaner. Det finnes enkle kartleggings- og rådgivningsverktøy på dette feltet, men det er vel så viktig å bidra til at personen reflekterer over egen alkoholbruk og opplevde helseproblemer.

Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (AKAN) tilbyr råd og veiledning om forebygging, og har rutiner og verktøy for tidlig intervensjon i arbeidslivet, for eksempel «Balance» som er en internettbasert alkoholintervensjon hvor en kan få hjelp til å justere alkoholvanene.

Tjenesteapparatets hovedinnsats bør rettes mot dem som antas å utvikle vesentlige plager eller funksjonssvikt. Veilederen «Fra bekymring til handling» (90) gir informasjon om russpesifikke tegn og symptomer, og hvordan en kan identifisere risiko og intervenere.

Samfunnets holdninger til personer med psykiske- eller rusmiddelproblemer påvirker personens selvbilde og opplevelse av helseproblemer på en annen, og ofte mer negativ måte enn ved somatiske sykdommer. Mange ønsker å skjule sine problemer og oppsøker ikke hjelp. Tjenestene bør i langt større grad enn ved somatiske sykdommer, drive aktivt informasjonsarbeid og organisere tjenestene, slik at de er lett tilgjengelige for brukerne.

Helsestasjon, skolehelsetjenesten, utekontakter, barnevernstjenesten, fastlegen og psykologer i kommunens helse- og omsorgstjeneste er viktige

Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (AKAN) tilbyr råd og veiledning om forebygging, og har rutiner og verktøy for tidlig intervensjon i arbeidslivet, for eksempel «Balance» som er en internettbasert alkoholintervensjon hvor en kan få hjelp til å justere alkoholvanene.

Tjenestene bør i langt større grad enn ved somatiske sykdommer, drive aktivt informasjonsarbeid og organisere tjenestene, slik at de er lett tilgjengelige for brukerne.

Eksempler på kartleggingsverktøy:

AUDIT (alkohol) -

tilgjengelig på

www.snakkomrus.no

DUDIT (narkotika og legemidler) -

tilgjengelig på

www.snakkomrus.no

TWEAK (alkoholbruk i svangerskapet) -

tilgjengelig på

www.snakkomrus.no

SPIFA (psykiske lidelser i allmennpraksis) -

tilgjengelig på

www.helsebiblioteket.no

aktører i det individuelle forebyggende arbeidet. Lett tilgjengelig informasjon om psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer og behandlingsmuligheter, herunder undervisningsprogrammer i skolen, kan redusere stigma, senke terskelen for å søke hjelp og øke mulighetene for at nødvendige tiltak kan settes inn tidlig. I tillegg til helse- og omsorgstjenestene er folkehelsekoordinator og SLT (Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak) viktige forebyggingsaktører.

■ 4.1.2 KARTLEGGING OG UTREDNING

Lokale tjenesteutøvere som yter eller tilbyr tjenester til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer har ansvar for å kartlegge og/eller utrede brukerens tilstand. En rekke personellgrupper vil kunne foreta utredning, diagnostisering og behandling, innenfor kravet om faglig forsvarlighet¹. Den eller de som foretar utredningen må ha tilstrekkelig kompetanse og benytte anbefalte verktøy. Samtalen/dialogen er rammen for utredning og kartlegging, og må baseres på en tillitsfull relasjon.

Utredning er ofte en tidkrevende prosess. Utredningen bør omfatte brukerens opplevde problemer, evnen til å mestre dagliglivet og konsekvensene av problemet for brukeren og pårørende. Den bør vurdere om brukerens symptomer eller atferd utfordrer vanlige sosiale normer og gir risiko for isolasjon og utstøtning. Bolig, økonomi, arbeid og familieforhold bør kartlegges. Utredningen bør gi oversikt over brukerens ressurser og eventuell støtte i sosialt nettverk.

Enkle og lett tilgjengelige standardiserte kartleggingsverktøy kan øke mulighetene for å identifisere personer som trenger nærmere oppfølging. Findiagnostikk av lidelsen er bare nødvendig når det har konsekvenser for prognose, behandling og oppfølging.

■ 4.1.3 BEHANDLING OG OPPFØLGING

Kommunen bør ha hovedansvaret for å ivareta personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og kortvarige. Siden slike problemer sjelden har alvorlige konsekvenser eller medfører normbrudd som fører til stigmatisering, vil innsatsen primært rettes mot de psykiske vanskene eller rusproblemene. Spesialisthelsetjenesten bør bare unntaksvis ha en rolle i disse bruker- og pasientforløpene, fortrinnsvis hvis problemene utvikler seg til å bli mer langvarige eller alvorlige. I slike tilfelle er det rimelig å be om en spesialistvurdering. Hovedansvaret for behandlingen bør fremdeles ligge hos de kommunale tjenestene.

Kommunene har flere faglige ressurser å spille på i behandling og oppfølging av personer med milde og kortvarige problemer. Sentrale aktører er fastlege, psykolog, NAV-kontoret, psykisk helse- og rustjeneste og øvrig personell i helse-, og omsorgs-tjenesten. God samhandling mellom instansene sikrer en tverrfaglig og helhetlig tilnærming. Ved lette plager kan frisklivssentral, treningskontakt, tilbud som «Aktiv på dagtid» eller kurs i depresjonsmestring (KID) være egnede tiltak.

Tjenesteapparatet må kunne handle på grunnlag av tidlige symptomer. Tidlig intervensjon må bygge på kunnskap om normal variasjonsbredde, respekt for

¹ Prop. 91 L (2010-2011), s.488. (13)

det enkelte menneskets valg og hindre sykeliggjøring (medikalisering eller psykologisering) av det normale.

Kommunene må kunne tilby rask hjelp med lav terskel. Flere metoder for organisering og gjennomføring av slike tilbud er under etablering, blant annet kognitivt orienterte internettbaserte tilbud, med eller uten terapeutstøtte. Det finnes også selvhjelpstilbud med utgangspunkt i internettprogrammer som www.bluepages.no eller www.moodgym.no.

Ansettelse av psykologer i kommunens helse- og omsorgstjeneste og pilotprosjektet «Rask psykisk helsehjelp» er tiltak for å styrke arbeidet med tidlig intervensjon og retter seg primært mot personer med milde og moderate problemer. **Se Kap.6 Tjenester og aktører.**

Fastleger og psykisk helse- og rusarbeidere er aktører som i økende grad både har kompetanse og benytter anerkjente metoder som for eksempel kognitiv terapi og motiverende intervju. Fastlegen kan ta i bruk kartlegging og korte intervensjoner som har god effekt både på storforbrukere og risikobrukere av alkohol (91). Tidlig identifikasjon avhenger av god kontakt og et tillitsforhold mellom lege og pasient. I mange tilfelle er de plagene som brukeren presenterer diffuse og generelle. I noen tilfelle vil de fysiske endringene gi seg utslag på blodprøver, i andre ikke. Leger bør derfor i langt større utstrekning enn det som hittil er vanlig foreta enkle alkoholanamneser hos alle sine voksne pasienter.



■ » 4.2 HOVEDFORLØP 2: KORTVARIGE ALVORLIGE PROBLEMER/LIDELSER OG LANGVARIGE MILDERE PROBLEMER/LIDELSER

Dette bruker- og pasientforløpet omfatter kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser.

Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:

- Akutte psykoser med god prognose
- Tidsbegrenset skadelig bruk av alkohol
- Illegale rusmidler uten avhengighet
- Langvarige mildere depresjoner eller angstlidelser
- Mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser
- Skadelig bruk av alkohol uten markert funksjonstap og tilbakevendende depressive episoder

■ 4.2.1 FOREBYGGING

Forebyggende arbeid, rettet mot brukere med etablerte problemer, tar sikte på å redusere skadevirkninger som følge av rusmiddelproblemet eller den psykiske lidelsen og konsekvensene av problemene. I de tilfeller hvor det forebyggende arbeidet lykkes, vil problemene kunne begrenses og dette kan bidra til å redusere stigmatisering som følge av blant annet brudd på sosiale normer.

De forebyggende tiltakene sikter mot å lindre plagene, sikre et bedre forløp, forhindre tilbakefall og motvirke komplikasjoner. God behandling kan lindre plagsomme symptomer som angst, depresjon og emosjonell labilitet, og ha stor betydning for funksjonsevne, livskvalitet og forholdet til nærstående.

Jo lengre plagene varer, desto vanskeligere er det å hindre at de blir kroniske eller kommer tilbake. Effektiv symptomlindring forkorter forløpet av problemet/lidelsen og reduserer tilbakefallsfaren. Dette er vist for eksempel for behandlingsresistent depresjon (92), tilbakevendende depresjoner og en rekke andre psykiske lidelser. Vedlikeholdsbehandling kan redusere tilbakefallsfaren og føre til et mer gunstig forløp av problemet. Dette er vist for en rekke problemer, fra tobakkavhengighet til angstlidelser (93) og også her tilbakevendende depresjoner (35).

Ved langvarige problemer øker faren for å utvikle komplikasjoner. Langvarige psykiske lidelser er forbundet med økt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer, og omvendt. Selvmord er vanligere ved langvarige og tilbakevendende problemer.

Alvorlige, men kortvarige problemer/lidelser får sjelden store praktiske konsekvenser for brukeren, med unntak av situasjoner hvor brukeren har opptrådt uheldig i den akutte fasen, for eksempel i ruspåvirket tilstand eller ved mani. Uheldige enkelt-episoder lar seg som regel løse i etterkant, men det kan kreve mot av personen og velvilje fra pårørende, arbeidsgiver eller andre som har blitt skadelidende av personens opptreden. Fagpersonell i kommunen som kjenner brukeren kan bistå i oppklaringen og være meglere mellom partene om det blir nødvendig.

Langvarige problemer er forbundet med mer omfattende negative konsekvenser. Mange greier ikke å være i arbeid og tærer på sitt sosiale nettverk, som kan føre til isolasjon og ensomhet. Andre faller ut av arbeidslivet og får dårlig

økonomi. Noen opplever bostedsløshet som følge av at leieforhold blir sagt opp. Forebygging av slike problemer bør inngå som en del av behandlingen i regi av kommunale instanser som fastlege, psykolog eller psykisk helse- og rusarbeid i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, gjerne med bruk av individuell plan.

■ 4.2.2 KARTLEGGING OG UTREDNING

Kommunen og spesialisthelsetjenesten har begge et ansvar for kartlegging og utredning². Ved kortvarige, alvorlige problemer og når mildere problemer vedvarer over tid, bør spesialisthelsetjenesten kontaktes for å bidra i diagnostikken. Dels for å sikre at en ikke overser problemer/lidelser som krever spesiell behandling, dels for å forhindre unødig omfattende og langvarig behandling, som kan medføre uønskede konsekvenser eller bivirkninger.

Kartleggingen skal danne grunnlag for videre tiltak og bør gjennomføres raskt. Oppgavene kan deles mellom tjenesteutøvere og tjenestenivåene. Ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan foreta kartlegginger på brukerens arena og få informasjon fra pårørende, mens spesialisthelsetjenesten kan ta ansvaret for den spesifikke utredningen av rusmiddelproblemer og psykisk helse. Også spesialisthelsetjenesten bør om nødvendig bruke pasientens arena for å gjennomføre utredningen. Den somatiske helsen bør kartlegges av fastlegen. Kartleggingen bør omfatte funksjonsevne og ressurser, familie og nettverk, økonomi, bosituasjon, utdanning og arbeid og evt. kriminalitet eller andre normbrudd. En god kartlegging forutsetter at det er etablert en tillitsfull relasjon.

■ 4.2.3 BEHANDLING OG OPPFØLGING

Tjenesteutøverne må arbeide med sikte på at brukerne skal mestre sine problemer. Rehabilitering er sjelden aktuelt ved denne typen lidelser, siden konsekvensene som regel er begrensede og funksjonsfallet lite eller kortvarig. Skadereduksjon ut over tilbakefallsforebyggende langtidsbehandling er sjelden nødvendig.

Fastlege, psykolog og annet helse- og omsorgspersonell har en sentral rolle i behandling og oppfølging av brukeren. Kommunen bør gjøre den innledende kartleggingen av personens tilstand og ta stilling til om det er nødvendig med bistand fra spesialisthelsetjenesten. Behandlingen, også den medikamentelle, kan startes og følges opp av kommunale tjenester. Den somatiske helsen kan være en viktig faktor for bedring av rusmiddel- og psykiske problemer, og bør følges opp av fastlegen.

Samtaler hos psykolog, fastlege eller annet kvalifisert helse- og omsorgspersonell kan være nyttig. Motiverende intervju (MI) eller kognitiv atferdsterapi kan være velegnete samtalemetoder (94). Kommunale tjenesteutøvere bør kunne tilby ulike metoder til brukere som trenger systematisk samtalebehandling. Valg av metode er ikke nødvendigvis avgjørende for effekten av psykologisk behandling. Relasjonsfaktorer står for mesteparten av variasjon i outcome (ca 40 prosent) mens metodeforskjeller står for ca 15 prosent. I visse tilfeller/tilstander har visse terapivarianter eller metoder større resultateffektivitet (95;96).

Pårørende bør trekkes med i behandlingen, i den utstrekning brukeren samtykker til det (25). **Se også kapittel 5 Tilnæringsmåter.**

Ved kortvarige, alvorlige problemer og når mildere problemer vedvarer over tid, bør spesialisthelsetjenesten kontaktes for å bidra i diagnostikken.

² Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1

Psykisk helse- og rustjenester har en sentral rolle i det tverrfaglige tilbudet til personer med alvorlige og kortvarige eller milde og langvarige problemer. Oppfølging og koordinering av tjenester kan forankres i psykisk helse- og rus-tjenestene som kan motivere brukerne til å delta i helsefremmende aktiviteter, som i fysisk aktivitet eller sosiale tiltak. Psykisk helse-, rus- og velferdstjenestene har et særlig ansvar for å hindre at problemene medfører alvorlige psykososiale konsekvenser. NAV-kontoret har en viktig oppgave i å bistå brukere med arbeid eller annen meningsfull aktivitet. Tjenesteutøvere innen psykisk helse- og rustjenester eller NAV-kontoret kan være koordinator og motivere brukerne til å benytte individuell plan.

■ » 4.3 HOVEDFORLØP 3: ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER

Dette bruker- og pasientforløpet omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser.

Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:

- Medikament- eller rusmiddelavhengighet
- Alvorlige bipolare lidelser
- Alvorlig depresjon
- Schizofreni
- Alvorlige personlighetsforstyrrelser

■ 4.3.1 FOREBYGGING

Ved alvorlige og langvarige problemer/lidelser vil hovedfokuset være å forhindre tilleggsproblemer og å fremme den enkeltes vei mot bedring og mestring av egen livssituasjon. Forebyggingen kan også bestå i å redusere mulighetene for at den enkelte blir utsatt for stigmatisering og diskriminering, hindre forverring og tilbakefall av problemene, begrense de negative konsekvensene av problemet og arbeide for langsiktig bedring.

Personer med alvorlige og langvarige problemer/lidelser er ofte utsatt for stigmatisering og diskriminering. Noen kan være lett gjenkjennelige på grunn av utseende eller væremåte, og vekke oppsikt på måter som gjør andre usikre eller redde. Saklig informasjon kan avdramatisere og redusere frykt. Befolkningsrettede opplysningskampanjer, undervisningsprogrammer for avgrensede målgrupper eller informasjonsmøter ved oppretting av nye institusjoner, boliger og andre tiltak kan motvirke fordommer og stigmatisering. Legemiddelassistert rehabilitering³ kan redusere normbrudd forbundet med finansiering og omsetning av illegale rusmidler.

Mange personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer står i fare for å miste eller mangler i større eller mindre grad tilgang på levekårsressurser som bolig, arbeid eller sosialt nettverk. Situasjonen kan være en direkte konsekvens av brukerens psykiske lidelse eller rusproblem, som har hindret vanlig utvikling og mulighet til å mestre hverdagslivet. Kommunens helse- og omsorgstjenester og NAV-kontoret yter tjenester som bidrar til å bedre levekårene for den enkelte.

God ivaretagelse av pårørende er vesentlig både av hensyn til pårørende og bruker. Forskning har vist gunstige effekter av tilbud i flerfamiliegrupper for personer med schizofrenidiagnose og deres pårørende (97;98). Pårørende bør få tilbud om samtaler med ansvarlig behandler.

For tidlig å identifisere selvmordsrisiko er det viktig at tjenestene er i stand til å kjenne igjen, behandle, og eventuelt henvise brukeren til spesialisthelsetjenesten, i tråd med nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (99).

Voldsrisikovurderinger bør gjøres på indikasjon, der atferdsmønstre utgjør

*God behandling av grunn-
lidelsen er det beste middelet
for å forebygge selvmord,
overdosedødsfall og vold.*

³ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a nr. 5, jf. § 3-16 og forskrift av 18.12.2009 nr. 1641 om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)

En bør unngå ensidig vektlegging av den individuelle problemforståelsen, og inkludere problemer i familie og nærmiljø.



en risiko for voldelig atferd. Se punkt 4.3.6. om Voldsrisikovurderinger. God behandling av grunnlidelsen er det beste middelet for å forebygge selvmord, overdosedødsfall og vold.

Nasjonale overdosestrategi 2013-2017 igangsettes som oppfølging av målsettingene i St meld 30 (2012) «Se meg». Et sentralt virkemiddel er utarbeidelse av lokale handlingsplaner for forebygging av overdosedødsfall. Tjenestene til lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid får der en sentral og viktig plass. Tiltakene som utarbeides kan være en del av kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan og bør ses i sammenheng med kommunens øvrige planverk, herunder kommunedelplaner om folkehelse og psykisk helse.

4.3.2 KARTLEGGING OG UTREDNING

Helhetlig kartlegging av brukeren danner grunnlaget for lokalt arbeid. Diagnostikk og forståelse kan foretas etter nettverksmodeller som kombinerer ulike tilnærminger. Diagnosen⁴ ses som ett av flere perspektiv på personens problemer. Kartleggings- og utredningsfasen bygger på et mestringerspektiv, slik at personen først og fremst framstår som en aktør, og ikke som tjenestemottaker.

Den flerfaglige kartleggingen, der ulike aktører spiller sammen, tar sikte på å gi en dekkende beskrivelse av hvilke problemer en står overfor og hvilke løsninger som er aktuelle for den enkelte. En bør unngå ensidig vektlegging av den individuelle problemforståelsen, og inkludere problemer i familie og nærmiljø. Det er like viktig å kartlegge ressurser og mestring, som problemer og avvik. Brukerens egen forståelse bør være utgangspunktet for valg av tilnæringsmåter. Utredning og kartlegging bør sikte mot å bistå ham eller henne i å mestre livet, ikke bare redusere symptomene. Kartleggingen bør omfatte somatiske og psykososiale forhold, i tillegg til psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer.

Alvorlige og langvarige problemer/lidelser må kartlegges og utredes nøyaktig og helhetlig. Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å bidra inn i kartlegging og diagnostisering. Alvorlige lidelser som psykoser, alvorlige stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser og alvorlig rusmiddelavhengighet m.fl. bør diagnostiseres av spesialisthelsetjenesten. Anbefalingene i nasjonale faglige retningslinjer for de ulike problemområdene bør følges i kartleggings- og utredningsarbeidet. En nøyaktig diagnostikk vil bidra til å målrette innsats, veilede i valg av behandlingsformer og gi en realistisk prognose. Langvarig behandlingen vil ofte være forbundet med bivirkninger eller uønskede konsekvenser, og ingen må bli utsatt for langvarig og krevende behandling på sviktende grunnlag.

Den fullstendige utredningen kan være tidkrevende. Det kan ta tid å bygge opp en tillitsfull relasjon, særlig når problemene er forbundet med skam eller lovbrudd. Det er ikke nødvendig å fremskynde diagnostikken, hvis det er faglig forsvarlig å vente til personen er klar.

På samme måte som god utredning og diagnostikk er viktig for å sikre at personens problemer og aktuelle livssituasjon blir grundig kartlagt, er systematisk oppfølging underveis i forløpet nødvendig for å følge utviklingen. Omfattende utredning og kartlegging ved oppstart, med påfølgende matching til behandling har vist seg å bety mindre for behandlingsresultatene for rusmiddelavhengighet enn for psykiske lidelser (102). Se også kapittel 5 Tilnæringsmåter.

⁴ ICD-10-diagnose (100) eller diagnosekodeverk ICPC-2 (International Classification of Primary Care) (101)

Gjennom å følge med på utviklingen kan en sikre en god evaluering av tjenestene som gis, og foreta nødvendige justeringer av tilbudet⁵. Arbeidet forutsetter et tett samarbeid mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og kommunale tjenester, både i den innledende kartleggingen og i den påfølgende oppfølgingen⁶.

■ 4.3.3 BEHANDLING, OPPFØLGING OG REHABILITERING

Tidlig, god og tilpasset behandling og systematisk oppfølging kan hindre forverring av problemet/lidelsen og legge til rette for bedringsprosesser. Tidlig intervensjon ved psykiske problemer og rusmiddelavhengighet bør være normen, særlig ved mistanke om alvorlige og langvarige lidelser. Tidlig-intervensjonsprogrammer skal øke befolkningens kunnskap om psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet gjennom informasjonskampanjer som bidrar til at berørte personer søker hjelp tidligere. Samtidig bør helse- og omsorgstjenesten respondere raskt og effektivt ved mistanke om problemer. Sentrale aktører er eksempelvis helsestasjon, skolehelse-tjenesten, fastlegen, medarbeidere i psykisk helse- og rustjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Systematisk oppfølging av brukeren er avgjørende for et godt forløp, og forutsetter et tillitsfullt og forpliktende samarbeid med bruker, pårørende, innad i tjenesten og mellom tjenestenivåene.

Ansatte i psykisk helse- og rusarbeid bør beherske sentrale kunnskapsbaserte metoder, og følge faglige retningslinjer for behandling og oppfølging. Systematikk og langsiktig forpliktelse overfor brukeren og pårørende kan være like viktig som valg av metode, og ansatte i kommunen bør kunne tilby velprøvde metoder som kognitiv terapi og motiverende intervju (MI).

Noen måter å organisere tilbudene på ser ut til å gi gode resultater. Aktivt oppsøkende behandlingsteam, ACT-team, og andre oppsøkende samhandlings-team, hvor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen om å gi samtidige tjenester, har vist seg å være gunstig for personer med sammensatte problemer, og som ikke har tilstrekkelig nytte av tradisjonelle tjenester (103). Spesialisthelsetjenesten bør tilby ambulante og oppsøkende tjenester der det er hensiktsmessig (43). Romslige åpningstider og korte ventetider er også av vesentlig betydning.

Hjelpen kan ikke være avhengig av om personen bruker rusmidler eller ikke. Enten brukeren ruser seg aktivt, er stabil i LAR⁷ eller er blitt rusfri, vil avhengigheten kunne vedvare over tid. Omfattende og langvarig rusmiddelavhengighet bør behandles som en kronisk lidelse. Brukeren må få hjelp og støtte til å holde seg rusfri eller mestre rusmiddelbruken på en bedre måte og nødvendig bistand ved truende eller faktiske tilbakefall.

Rehabilitering⁸ er et systematisk og tidsavgrenset arbeid som kjennetegnes som målrettet, intensiv og tverrfaglig innsats hvor tjenesteyterne skal bidra til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Det kan være et langsiktig arbeid i forhold til personer som er i en rehabiliteringsfase etter langvarig rusmiddelavhengighet eller alvorlige psykisk lidelse, som kan avløses av systematisk oppfølging og støtte. Pasienter og brukere i en rehabiliteringsfase vil i de fleste tilfeller oppfylle kravene til individuell plan og koordinator.

Tidlig intervensjon bør være normen.

Omfattende og langvarig rusmiddelavhengighet bør behandles som en kronisk lidelse.

5 Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2

6 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4

7 Spesialisthelsetjenesteloven § 3-16, jf. FOR 18. des. 2009 nr. 1641 om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)

8 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1

4.3.4 AVRUSNING

Avrusning skal sikre en medisinsk forsvarlig avslutting av rusmiddelbruken og forebygge og lindre abstinensplagene. Det kan foretas poliklinisk eller ved inn-leggelse på institusjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste eller i spesialist-helsetjenesten. Avrusning er sjelden aktuelt som et enkeltstående tiltak, og bør skje i tilslutning til videre oppfølging og behandling⁹. Målsetting, behandlingsinnhold og oppfølging må, så langt som mulig, være utformet ut fra brukerens behov og premisser. Tilbudene må være koordinerte, forutsigbare og preget av trygge relasjoner mellom bruke og tjenesteutøver.

Se også kapittel 5 Tilnæringsmåter.

4.3.5 SKADEREDUKSJON

Skadereduksjon skal redusere de negative sidene og konsekvensene av problemet, og bidra til bedre helse og livskvalitet. Skadereduserende tiltak innen rusfeltet kan være råd og veiledning, tilgang på rene sprøyter, vaksinasjon, helseundersøkelse, LAR-behandling, overdoseberedskap eller ernæringstiltak¹⁰.

Skadereduksjon er ikke begrenset til rusmiddelproblemer. Behandling innen psykisk helsetjenester kan også ha skadereduksjon som mål, for eksempel langvarig tilbakefalls-forebyggende behandling. Stress kan forårsake tilbakefall for mennesker med psykiske problemer. Alkohol og andre rusmiddelproblemer, samt stressfaktorer som dårlig økonomi eller manglende bolig øker faren for tilbakefall. Tiltak med fokus på bolig, trygg økonomi, arbeid, nettverk, familierelasjoner og pårørende-involvering bidrar til stabilitet rundt brukeren, og reduserer eksponeringen for stressfaktorer.

Det er ingen reell motsetning mellom skadereduksjon og målsettinger om redusert rusmiddelbruk og/eller bedret psykisk helse. Utfordringen ligger i å finne den rette balansen mellom tiltak i ulike situasjoner og faser av endringsprosessen. For noen kan skadereduksjon være et realistisk mål i visse stadier av livsforløpet. Det innebærer ikke at en gir opp håpet om at den enkelte kan redusere eller overvinne sine rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer. Skadereduksjon kan gjennomføres parallelt med behandlings- og oppfølgingstiltak.

Flere kommuner har etablert gatenære lavterskel helsetilbud for rusmiddelavhengige. Disse tilbudene gir skadereduserende helse- og omsorgstjenester og smittevernhjelp¹¹, og dette har vist seg å være en virkningsfull måte å gi tjenester til personer med alvorlige og langvarige problemer (104).

4.3.6 VOLDSRISIKOVURDERINGER

God behandling av grunnlidelsen er viktig for å forebygge vold. Se også 2.3.2 om Vold og ulykker.

En kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse, rusmiddelbruk og tidligere voldshistorie gir økt risiko for alvorlige hendelser. Voldsrisikovurdering bør foretas når atferdsmønstre, bekymringsfulle utsagn og/eller eventuell kjent volds- eller trusselhistorikk tilsier det. På grunnlag av henvisning, eller ved akutt innleggelse, blir pasienten utredet i spesialisthelsetjenesten. Dette kan omfatte

9 Helsedirektoratet ferdigstiller nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler i 2014

10 Helsedirektoratet skal i 2013 utarbeide en 5-årig nasjonal handlingsplan for reduksjon i antall overdosedødsfall. Den skal bidra til å stimulere til utarbeidelse av flere lokale strategier for kommuner som har registrert overdosedødsfall.

11 Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)

diagnostisering av blant annet psykose, alvorlige stemningslidelser og personlighetsforstyrrelser. Helsetjenestenes vurdering av risiko for voldelig atferd foretas både ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS), poliklinikker og spesialiserte sykehusenheter (105). Aktivt oppsøkende behandlingsteam som ACT/FACT- og/eller ROP-team utfører også voldsrisikovurderinger.

I vurderingen er det viktig at relevant kunnskap innhentes fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, NAV, politi og/eller andre som har kjennskap til pasienten, innenfor reglene for taushetsplikt¹² og opplysningsplikt¹³. Når informasjon skal innhentes og formidles, er hovedregelen at dette gjøres i henhold til informert samtykke¹⁴. Spesialisthelsetjenesten bør arbeide aktivt oppsøkende inn i det kommunale tiltaket der brukeren mottar tjenester, for å forsøke å opprette en frivillig utrednings- og behandlingsrelasjon. Det er av vesentlig betydning at kartlegging og vurdering foretas i det miljø og i de omgivelser hvor den enkelte oppholder seg til daglig så langt dette er faglig forsvarlig, eller at informasjon fra denne konteksten innhentes. Vurderingene bør skje med utgangspunkt i den enkeltes daglige aktiviteter og personens samhandling med omgivelsene.

Det er viktig å ha rutiner for vurdering av voldsrisiko. Det finnes verktøy for risikovurderinger som kan være aktuelle å bruke, Voldsrisiko sjekklister (VR-10). Disse er primært rettet mot bruk på akuttavdelinger og andre behandlingseinheter. Historical-Clinical-Risk scheme (HCR-20) er et strukturert klinisk hjelpemiddel for å vurdere faren for framtidig voldelighet hos personer med en psykisk lidelse eller et personlighetsavvik (43;106). Det vises for øvrig til nasjonale faglige retningslinjer for nærmere anbefalinger om voldsrisikovurderinger for spesifikke diagnoser/problemområder.

I vurderingene av risiko for vold bør det fokuseres på elementer som øker voldsrisikoen, men også beskyttende faktorer som kan redusere risikoen for vold. Tjenestetilbudet bør ta sikte på å forebygge og å behandle konsekvenser i de tilfellene voldsbruk ikke har kunnet predikeres og forebygges. Spesielt bør man ha fokus på personene rundt den som utøver vold og deres eventuelle behov. Dette gjelder ikke minst familien der det har forekommet vold i nære relasjoner. Helse- og omsorgspersonell skal varsle politi og brannvesen om det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom¹⁵. Hvis det er nødvendig å varsle andre, f.eks. pårørende har man rett til det dersom det er nødvendig for å avverge skade¹⁶.

For å sikre en faglig god oppfølging er det vesentlig at nødvendig informasjon dokumenteres og formidles til relevante aktører¹⁷, innenfor reglene for journalføring¹⁸, taushetsplikt og opplysningsplikt. Faglig tilfredsstillende voldsrisikovurderinger forutsetter gjensidig veiledning både internt i tjenestene og mellom tjenester. Dette bidrar til gode og virksomme tjenestetilbud som kan forebygge alvorlige hendelser. Dette vil også bidra til å sikre større grad av likeverdighet i kunnskapsgrunnlaget, samt samarbeid og samtidighet i tjenesteutøvelsen.

Voldsrisikovurderingene bør skje med utgangspunkt i den enkeltes daglige aktiviteter og personens samhandling med omgivelsene.

12 Helsepersonelloven kapittel 5, se særlig §§ 21, 22 og 25, politiloven § 24, lov om sosiale tjenester i NAV § 44

13 Helsepersonelloven §§ 31, 32, 33, 38, lov om sosiale tjenester i NAV § 45

14 Helsepersonelloven § 21, jf. § 22

15 Jf. helsepersonell loven § 31

16 Helsepersonelloven § 23 første ledd nr. 4 om begrensning i taushetsplikten

17 Helsepersonell loven § 25

18 Helsepersonelloven kapittel 8

FOR MER INFORMASJON

SIFER er et nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. På deres nettsider www.sifer.no finnes beskrivelser av de ulike verktøyene for voldsrisikovurdering og hvilke kvalifikasjoner som trengs for å bruke dem.

www.lovdatab.no



4.3.7 SAMARBEID OM BRUKERE OG PASIENTER MED VOLD- OG UTAGERINGSPROBLEMATIKK

Brukere og pasienter med vold- og utageringsproblematikk er en mindre gruppe, som har behov for særlig tilpassede og samtidige helse- og omsorgstjenester. De er ofte blant de vanskeligstilte på boligmarkedet, både når det gjelder å finne egnet bolig og å opprettholde boforholdet over tid (72). En del kan befinne seg i konflikt med tjenesteapparatet (helse- og omsorgstjenestene, NAV-kontoret, psykisk helsevern og politi) og kan eksempelvis ha episoder med vold og utagering både i form av trusler eller faktisk utøvelse mot fagpersonell, naboer eller andre i nærmiljøet. Materiell rasering kan også forekomme. Et fellestrekk er at de ofte faller ut av oppfølgings- og behandlingstilbud både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. De har generelt et behov for mer fleksible og tilpassede tilbud, kontinuitet og forutsigbarhet, stabile boforhold og samtidige oppfølgings- og behandlingstilbud. Dette kan bidra til å forebygge konflikter i seg selv. Det innebærer også at voldsproblematikk og rusmiddelavhengighet behandles samtidig som en eventuell psykisk grunnlidelse. Tilrettelegging av tjenester og tilnæringsmåter vil kunne være de samme som for alvorlige og langvarige problemer/lidelser. **Se kap 4.3 Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser og kap 5 Tilnæringsmåter.**

Noen vil ha behov for opphold i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon eller heldøgns tjenestetilbud i omsorgsbolig over en avgrenset periode eller varig. For enkelte brukere kan spesielt tilpassede og fleksible botiltak være en god løsning, eksempelvis Flexbo. I mindre kommuner kan det være hensiktsmessig å etablere botiltak gjennom interkommunalt samarbeid. Slike botilbud bør ikke gjøres for store og sammensetningen av beboere bør tillegges stor vekt.

Det vil ofte være behov for en felles og samtidig innsats fra spesialisthelsetjenesten, kommunens helse- og omsorgstjenester, fastlege, NAV-kontoret og i noen sammenhenger også politi.

Aktivt oppsøkende behandlingsteam som ACT/FACT- og/eller ROP-team er en egnet tilnæringsmåte for denne målgruppen. Ansatte i teamet vil i en viss grad kunne forutsi når potensielle situasjoner med vold og utagering kan oppstå, ut fra god kjennskap til brukeren og dennes situasjon. Ved å arbeide med brukere på deres egen arena vil teamet kunne gjøre voldsrisikovurderinger som omfatter faktorer som ikke nødvendigvis er tilstede ved observasjon ved poliklinikk eller i institusjon. Teamene kan gi råd og veiledning til andre deler av tjenesteapparatet som brukeren har kontakt med, samt bistå brukeren inn i disse for å forebygge konfliktsituasjoner.

Kompetanse og kunnskap om vold- og utageringsproblematikk er viktig for både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det vises til spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene, også der bruker ikke er vurdert å ha behov for spesialisthelsetjenester. Rutiner for samarbeid om håndtering av vold- og utageringsproblematikk kan nedfelles i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunen, herunder NAV-kontor og kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Systematisk tverrfaglig innsats, umiddelbare, forutsigbare og tydelige reaksjoner knyttet til vold og trusler er blant faktorer som synes å stabilisere brukere

i målgruppen, og å redusere konfliktnivået. Koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe er også viktige virkemidler.

■ 4.3.8 TVANG

Ved tilfeller av omfattende og vedvarende misbruk av rusmidler¹⁹, skadelig rusmisbruk for foster²⁰, eller alvorlig sinnslidelse²¹, vil det være aktuelt å vurdere tvungent tilbakehold i spesialisthelsetjenesten. Bruk av tvang forutsetter at frivillige alternativer er forsøkt, eller at det åpenbart er formålsløst å forsøke dette.

Tvang overfor personer med rusmiddelproblemer er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Reglene om tvungent tilbakehold i psykisk helsevern er regulert i lov om psykisk helsevern kapittel 3. Regelverkene er ulike, når det gjelder vilkårene for tvang, hvem som kan fatte beslutning om tvang, reglene for saksbehandlingen og innholdet i tvangsoppholdet mv.

Personer med rusmiddelavhengighet

Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 er hovedregelen ved bruk av tvang.

Ofte betegnes bruk av § 10-4 som «avtalt tvang» eller «frivillig tvang». I disse tilfellene stiller institusjonen som vilkår for oppholdet at pasienten samtykker til at han/hun kan holdes tilbake ved tvang dersom motivasjonen skulle svikte underveis i oppholdet. Frivillighetselementet består i at personen søker seg frivillig til institusjonsbehandling for sitt rusmiddelproblem, og avgir et frivillig samtykke til tilbakeholdelse. Pasientens samtykke er basert på en personlig erkjennelse om at egen rusmiddelbruk er så problematisk at institusjonsinnleggelse med adgang til tilbakeholdelse er nødvendig. Det er en forutsetning at personen ikke står i en faktisk tvangssituasjon, i den forstand at vedkommende for i det hele tatt å få en plass innenfor TSB, er pliktig å inngå avtalen. Tvang etter § 10-4 er et avtalebasert forhold mellom institusjonen og pasienten, men regelen forutsetter et tett samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten gjennom hele forløpet.

I tillegg gjelder regler for tvang når noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, eller dersom en gravid kvinnes misbruk er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, se helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. Frivillige hjelpetiltak må anses for ikke å være tilstrekkelige.

Kommunen har en sentral rolle i forvaltningen av tvangslovgivningen rettet mot personer med rusmiddelproblemer, og en plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende²². Tvangshjemlene for rusmiddelavhengige i helse- og omsorgstjenesteloven hjemler kun tilbakeholdelse, ikke tvangsmessig behandling.

Kommunen hvor den rusmiddelavhengige oppholder seg har ansvaret for å reise sak til behandling i fylkesnemnda²³. Tvungent tilbakehold gjennomføres på institusjon utpekt av regionalt helseforetak. Det er en målsetning å bidra til en riktigere og mer enhetlig bruk av bestemmelsene. En veileder om tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven er under utarbeidelse.

FOR MER INFORMASJON

Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helse- tjenester (2012-2015) (107) http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf

Rundskriv IS- 9 / 2012 omhandler psykisk helsevern- loven og psykisk helsevern- forskriften med kommentarer (108) <http://www.helse-direktoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernloven-forskriften/Sider/default.aspx>

NOU 2011: 9 «Økt selv- bestemmelse og rettsikker- het: balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern» (109) <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9.html?id=647625>

19 Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 første ledd

20 Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 første ledd

21 Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 3-3

22 Helse og omsorgstjenesteloven § 10-1

23 Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-8

FOR MER INFORMASJON

Tilskuddsordning til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester
<http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/serlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester-rapportering-av-utgifter-palopt-i-2012.aspx>

24 Psykisk helsevernloven § 3-1 første ledd og § 3-3 første ledd nr. 2

25 Psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3

26 Psykisk helsevernloven | 3-5 tredje ledd

27 Psykisk helsevernloven § 4-4

28 Psykisk helsevernloven § 4-1

29 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og Forskrift av 16.12.2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Personer med psykiske lidelser

Tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon kan ikke etableres uten at pasienten er undersøkt av to uavhengige leger som finner at nærmere bestemte vilkår er oppfylt²⁴. Pasienten må både ha en alvorlig sinnslidelse og et behov for vern, enten på grunn av fare for eget eller andres liv og helse, eller hvis manglende igangsetting av behandling vil medføre at tilstanden vesentlig forverres i meget nær framtid, eller at utsikten til vesentlig bedring i betydelig grad reduseres²⁵. Den ene legen må være uavhengig av institusjonen personen innlegges ved.

Tvungent vern uten døgnopphold (TUD)

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres uten døgnopphold i institusjon, hvis dette vurderes å være et bedre alternativ for pasienten/brukeren²⁶. TUD innebærer kun et pålegg om å møte til undersøkelse eller behandling. Dersom pasienten ikke samtykker til behandlingen må det i tillegg treffes eget vedtak om behandling uten eget samtykke²⁷. I vurderingen av om TUD er en egnet behandlingsform, skal det tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Hva som er best for pasienten avhenger blant annet av i hvilken grad pasienten har et nettverk rundt seg. Forsvarlig gjennomføring av vernet forutsetter ofte bistand fra kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det skal etableres et samarbeid mellom behandlingsansvarlig institusjon og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Samarbeidet skal nedfelles i individuell plan²⁸. Pasienten/brukeren skal ha en kontaktperson på dagtid fra behandlings-personellet i den ansvarlige institusjonen. Opprettelse av kontaktperson bør ses i sammenheng med kravet om utpeking av koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester²⁹. Institusjonen må påse at pasienten og hans eller hennes pårørende vet hvem de kan kontakte utenom institusjonens åpningstid. Dette må ikke være en bestemt person eller personell ved institusjonen, men kan for eksempel være vakthavende lege i kommunen.

Forebygging av tvang

Det er en målsetting å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang innen psykisk helsevern. Bruk av tvang (107) kan forebygges ved å tilrettelegge for gode og tilgjengelige tjenester. Aktivt oppsøkende behandlingsteam som ACT-team og FACT-team, brukerstyrte senger, lavterskeltilbud, tilrettelagte boliger, individuell plan, kriseplan og tilgjengelige akuttilbud er eksempler på tiltak som kan forebygge behov for bruk av tvang.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt helseforetakene og Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide forpliktende handlingsplaner for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene.

» 4.4 SÆRLIG RESSURSKREVENDE HELSE - OG OMSORGSTJENESTER

Alle kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene. Ordningen, som omfatter alle diagnosegrupper, forvaltes av Helsedirektoratet.

» 4.5 ANBEFALINGER

- Kommunen bør påse at bredden av tjenester er tilpasset personer med ulike behov med hensyn til både problemets art, alvorlighetsgrad og varighet.
- Skissen av 3 hovedforløp kan benyttes for vurdering av om egne tjenester fungerer hensiktsmessig ut fra ulike behov.
- Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør samarbeide om å styrke lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.
- Kommunen bør ta et hovedansvar for å ha tilbud til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og kortvarige.
- Behovet for tjenester fra spesialisthelsetjenesten vil variere, og bør være størst for personer med alvorlige lidelser.
- Kommunen og spesialisthelsetjenesten har begge et ansvar for å bidra med kartlegging og utredning, men spesialisthelsetjenesten bør stå for diagnostikken for alvorlige og langvarige lidelser og når mildere problemer vedvarer over tid.
- Kartlegging og utredning av brukeren skal danne grunnlag for videre tiltak og bør bygge på et ressurs- og mestringsperspektiv og foregå i samarbeid mellom tjenestenivåene. Brukeren eller pasientens arena bør benyttes så langt det er mulig.
- Tjenestene bør i langt større grad enn ved somatiske sykdommer, drive aktivt informasjonsarbeid og organisere tjenestene slik at de er lett tilgjengelige for brukerne. Lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet bør inngå i tilbudet.
- For å nå personer med alvorlige og langvarige problemer som ikke har tilstrekkelig nytte av tradisjonelle tjenester, bør det tas i bruk oppsøkende behandlingsteam hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen og yter samtidige tjenester.
- Romslige åpningstider og korte ventetider er også av vesentlig betydning.
- Sentrale aktører i oppfølging og behandling er fastlege, psykolog, NAV-kontoret, psykisk helse- og rustjeneste, øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.
- Kartlegging av voldsrisiko bør foregå i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.
- Etablering av aktivt oppsøkende behandlingsteam som ACT/FACT- og/eller ROP-team er en anbefalt organisering for å møte brukere og pasienter med vold- og utageringsproblematikk.
- Personene rundt den som utøver vold og deres behov bør få spesiell oppmerksomhet. Dette gjelder ikke minst familier der det har forekommet vold i nære relasjoner.
- Helsedirektoratets tilskuddsordning for kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere, bør være kjent for de som planlegger og utmåler tjenester.



5

Tilnæringsmåter

Dette kapitlet tar for seg ulike perspektiv, tilnæringsmåter og virksomme faktorer i behandling og oppfølging av personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer.

Tilnæringsmåter

Brukeren er den viktigste aktøren i all behandling og oppfølging.

» 5.1 BRUKER- OG FAMILIEPERSPEKTIVET

Brukeren er den viktigste aktøren i all behandling og oppfølging. Brukerperspektivet legger til grunn at forebygging, kartlegging og behandling skal ta utgangspunkt i brukerens kunnskap, ønsker og behov, og at alle mål og tiltak skal drøftes og avgjøres i et nært samarbeid med brukeren. Pårørende og brukerens øvrige nettverk er også en ressurs for både bruker og tjenesteapparatet. Pårørende kan inneha viktig informasjon, gi gode råd og være en støtte for brukeren gjennom hele forløpet.

Se også kapittel 1 Brukeren som viktigste aktør.

5.1.1 PÅRØRENDE - OG FAMILIEPERSPEKTIVET

Når en person utvikler psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer vil familie-medlemmer og andre nære pårørende bli involvert i problemutviklingen, og møte ulike utfordringer. Behandling og oppfølging av brukeren bør inneha et familieperspektiv som sikrer god ivaretagelse av hele familien og involvering av pårørende.

Familierettet arbeid bygger på et tillitsfullt og forpliktende samarbeid med pårørende. Pårørende vil inneha ulike roller i forhold til brukeren og til tjenesteapparatet (25). De kan være en kunnskapskilde for tjenesteapparatet, en omsorgsgiver for brukeren, en del av brukerens nærmiljø, pasientens representant og samtidig ha egne behov som må ivaretas på god måte. Pårørende kan ha flere roller samtidig, og hvilke roller den pårørende har, får betydning for hvordan de bør involveres i behandlingen og oppfølgingen av brukeren. De forskjellige rollene gir ulike juridiske rettigheter¹ som stiller krav til helsepersonellens håndtering og møte med familie og andre nære pårørende. Mindreårige barn og søsken må gis tilbud ut fra egne behov. Helsepersonell skal identifisere og ivareta mindreårige barns informasjons- og oppfølgingsbehov som pårørende (26).

Et godt og tillitsfullt samarbeid mellom tjenesteutøvere og pårørende kan redusere belastningen og den psykiske påkjenningen hos pårørende. Gjennom samarbeidet med pårørende skal tjenesteutøverne se etter muligheter til å hjelpe

¹ Se blant annet pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-6, 3-3, 4-6, 4-7, 4-A5, 4A-7, 5-1, 5-2, 7-2, 7-4 og regler i helsepersonelloven

både bruker og pårørende til å få et bedre liv. Det bør tas hensyn til pårørendes tidligere erfaringer og kunnskap om brukerens problem, hvordan familien og enkeltmedlemmene takler utfordringene, og hvilke konsekvenser ulike vedtak og valg knyttet til brukeren har for pårørende.

Det er ofte lettere å tolerere endret eller avvikende atferd når pårørende har kunnskap om psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer. Mange brukere og pårørende har god erfaring med psykoedukative tiltak, som gir innsikt og opplæring om problemet. Helse- og omsorgspersonellet kan benytte mestringsstrategier i arbeidet med å gi pårørende råd og hjelp til å fokusere på mestring og tilpasning. Pårørendeopplæring er en lovpålagt oppgave i spesialisthelsetjenesten (11). Opplæringen foregår i klinikken eller ved Lærings- og mestringssentrene, fortrinnsvis i nærheten av bostedet. Lærings- og mestringstjenester i kommunal regi er i en oppbyggingsfase. De bør også ha tilbud til pårørende.

Arbeidsliv og omsorgsoppgaver

Pårørende med omsorgsoppgaver må ofte ledsage ved møter, legekonsultasjoner og lignende innenfor normalarbeidstid. Kommunen og arbeidsgiver bør tilrettelegge for at pårørende har mulighet til å kombinere arbeidsliv og omsorgsoppgaver. Avlastning² og omsorgslønn³ kan gi pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver bedre forutsetning for å kunne fungere i omsorgsrollen over tid (110).

Nettverk og psykososiale støttetiltak for pårørende

Kommunen bør legge til rette for at pårørende som ønsker det får tilbud om å delta i grupper med andre pårørende i tilsvarende situasjon. Tjenesteapparatet bør ha kjennskap til aktuelle lokale tilbud, ofte i regi av bruker-, pårørende- eller selvhjelpsorganisasjoner, eventuelt medvirke til at det etableres.

Se også kap. 1.2. Pårørende, med henvisning til mer informasjon.

» 5.2 TILNÆRMINGSMÅTER OG FAKTORER I BEHANDLING OG OPPFØLGING

Metoder og tilnæringsmåter som tilbys personer i behandling og oppfølging bør være kunnskapsbaserte. Målsettingen for behandling og oppfølging vil variere fra person til person, og kan endre seg underveis i forløpet. Metodevalget bør vurderes opp mot og tilpasses den enkeltes ønsker, behov og situasjon.

Forskning peker på at også andre faktorer enn spesifikke metoder er virksomme i behandling og oppfølging. Faktorer som påvirker behandlingsresultatet uavhengig av behandlingsmetode, omtales ofte som «fellesfaktorer». Disse inndeles i relasjonelle faktorer og organisatoriske faktorer. De relasjonelle faktorene omfatter behandlingsalliansen mellom bruker og tjenesteutøver, brukerens opplevelse av bedringsmuligheter, viktige hendelser i personens liv og bruken av systematiske tilbakemeldinger fra brukeren (111;112). Organisatoriske faktorer knytter seg til tjenestetilbudets tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning.

Fellesfaktorer må ikke ses som en motsetning til bruk av kunnskapsbaserte

Behandling og oppfølging av brukeren bør inneha et familieperspektiv som sikrer god ivaretagelse av hele familien og involvering av pårørende.

2 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 d

3 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6

En god relasjon hviler på tillit, samhandling, trygghet, troverdighet og likeverd.

FOR MER INFORMASJON

I felleskap for endring
- En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis (116).

metoder. Tjenesteutøvere bør vurdere hvordan fellesfaktorer og behandlingsmetoder kan spille sammen for å oppnå et best mulig resultat for den enkelte. Det vises for øvrig til nasjonale faglige retningslinjer for anbefalinger om behandlingsmetoder for spesifikke problemområder og diagnoser.

» 5.3 FELLESAKTORER

Behandlingsalliansen (113) er blant de sentrale fellesfaktorene og kjenne-tegner relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver, hvor de to har etablert en felles forståelse av hva det skal arbeides med, og hvordan det skal gjøres. En god relasjon hviler på tillit, samhandling, trygghet, troverdighet og likeverd. Behandlingsalliansen er ikke et mål, men er et virkemiddel for å nå et mål.

For å kunne etablere en allianse bør brukeren oppleve at tjenesteutøveren har forståelse, respekt og empati for hans eller hennes problem og livssituasjon. Brukeren bør ha tro på at tjenesteutøveren kan bidra til økt mestring av problemet. Tjenesteutøveren bør på sin side oppleve at brukeren viser respekt for hans eller hennes kompetanse og mulighet til å støtte. Brukeren bør vise interesse for å gå inn i problemet og bidra til bedring.

Tjenesteutøverens evne til å styrke brukerens tro og håp om bedring påvirker personens motivasjon til å delta aktivt i bedringsprosessen (113). Tjenesteutøverens kunnskap om problemet og mulige resultater har, sammen med utøvers interesse for brukerens situasjon og tro på bedringsmuligheter, avgjørende innvirkning på bedringsprosessen. Utdfordringen ligger i å finne den rette balansen mellom å stimulere og avpasse krav og forventninger til brukeren.

Systematiske tilbakemeldinger fra brukeren for å evaluere og videreutvikle behandling og oppfølging er en annen sentral faktor (114). Dette kan gjøres etter hver kontakt og/eller i bestemte tidsintervall. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er den best dokumenterte metoden for systematiske tilbakemeldinger fra brukeren (115).

Viktige hendelser i brukerens liv. Behandlingsalliansen kan styrkes ved at tjeneste-utøver bringer viktige hendelser i brukerens liv inn i kontakten (117), for eksempel ved at tjenesteutøver er tilstede og bistår brukeren i hverdagslivet. Dette er særlig aktuelt i situasjoner hvor hendelser i brukerens liv er selve grunnlaget for å bedre mestrings-ferdighetene. Brukeren vil som regel oppleve tiltaket som en reell interesse for hans eller hennes liv, og som et uttrykk for respekt og evne til empati.

» 5.4 ORGANISATORISKE FAKTORER

Tilgjengelighet

God tjenestetilgjengelighet er avgjørende for rask oppfølging og behandling. Tjenester som ikke holder tilfredsstillende kvalitet, ikke ytes i tide eller i tilstrekkelig omfang, bryter med kravet til faglig forsvarlighet⁴.

Noen har mistillit til tjenesteapparatets evne til å hjelpe, er redd for stigmatisering, benekter eget problem eller har manglende tro på egen evne til endring

⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

(118;119). Offensive informasjonsstrategier, tilgang til tjenester via internett, oppsøkende og ambulante tjenester eller lavterskeltilbud gjør det enklere å finne fram til og benytte seg av tilbudene (120). Opprettelse av første kontakt via pårørende, fastlege, helsestasjon eller andre som personen er i kontakt med kan redusere terskelen for å søke hjelp.

God førstegangs tilgjengelighet gir grunnlag for tidlig identifikasjon og intervensjon, og dermed bedre behandlingsresultater (91;21). Tilgjengeligheten videre i forløpet er også av stor betydning, særlig for personer som det i utgangspunktet er vanskelig å holde kontakt med over tid. Personer med rusmiddelavhengighet eller personer med alvorlige psykiske lidelser har en tendens til å trekke seg tilbake og ikke oppsøke tjenestene ved tilbakefall eller forverring av tilstanden. Oppsøkende virksomhet, kontakt gjennom pårørende, selvhjelpstilbud, arbeidsgivere og andre, eller bruk av telefon, SMS og elektroniske kanaler gjør det enklere for brukerne å oppsøke tjenesteapparatet. Dette er særlig viktig når det er behov for å gjenopprette kontakt med brukere for å forebygge eller redusere konsekvensene av tilbakefall.

Kontinuitet

Personer med moderate problemer, store ressurser eller god støtte i nærmiljøet kan ha best nytte av en avgrenset kontakt med tjenesteapparatet. Noen trenger lett tilgjengelige tjenester, hvis det skulle oppstå et behov senere i forløpet. For personer med alvorlige og langvarige problemer og stor risiko for forverring eller tilbakefall, kan kontinuitet i kontakten med tjenesteapparatet ha stor betydning. Det samme gjelder ved utskrivning fra døgnbehandling eller løslatelse fra fengsel (122).

Kontinuitet kan knyttes til relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver med hovedansvar for oppfølgingen, eksempelvis fastlege, koordinator eller psykisk helse- eller rusmedarbeider. Kvaliteten og kontinuiteten i denne relasjonen har betydning for resultatet av oppfølgingen. Kontinuitet er likevel ikke begrenset til forholdet mellom bruker og en bestemt tjenesteutøver, men har betydning for hele behandlings- og oppfølgingstilbudet. Kontinuiteten i relasjonen mellom brukeren og det samlede tjenestetilbudet har således stor betydning for utfallet (123). Tjenester som klarer å opprettholde kontinuerlig kontakt over tid med brukere med sammensatte og langvarige behov, har bedre effekt enn dem som tilbyr kortere oppfølging (124).

Oppsøkende kontakt, involvering av pårørende, selvhjelpstilbud, bruk av telefon, SMS og andre informasjonsteknologiske kanaler er tiltak som ivaretar kontinuitet.

Individuell tilpasning

God utredning og diagnostikk sikrer at brukerens problemer, ressurser og aktuelle livssituasjon blir kartlagt. Gjennom å følge utviklingen systematisk underveis i forløpet, kan tjenesteutøvere sammen med brukeren sikre en god evaluering av tjenestene, og foreta nødvendige justeringer av tilbudet. Individuell plan og Klient- og resultatstyrt behandling (KOR) er virkemidler som benyttes for å få systematiske tilbakemeldinger fra brukeren.

Fast kontaktperson

Flere studier viser at brukere som mottar tjenester vektlegger individuell

FOR MER INFORMASJON

Hftet «Tillit, tid, tilgjengelighet», Helsedirektoratet (31), viser gode erfaringer med fast kontaktperson.

Brosjyren «Muligheter for deg som har psykiske helseproblemer - Veilednings- og oppfølgingslos» (127). Finnes på www.nav.no

Evalueringen av «Tillitspersonforsøket» (38) viste at brukerne opplevde at faste kontaktpersoner bidro til å gjøre tjenestene mer tilgjengelige, bedre individuelt tilpasset og mer involverende. Brukerne som i utgangspunktet ikke kjente til retten til om individuell plan (IP) eller som av ulike årsaker ikke ønsket å ha IP, fikk positive erfaringer og praktisk nytte av planarbeid gjennom forsøksperioden.

FOR MER INFORMASJON

«ACT-håndbok», KoRus Øst og Helsedirektoratet (2010): ACT-håndbok 1. utgave (129)

Viktige forutsetninger for god behandling og rehabilitering (43):

- Trygg bolig
- Praktisk hjelp og støtte (bolig og økonomi)
- Integreert behandling av rus- og psykiske problemer
- Arbeid med støtte (supported employment (SE)/ individuell jobbstøtte (IPS))
- Psykoedukasjon for å styrke brukerens og pårørendes egne mestringsstrategier
- Samarbeid med brukerens familie og nettverk om brukerens problemer
- Kunnskapsbasert psykoterapi
- Legemiddelbehandling der det er indisert
- God tilgjengelighet, krisehåndtering og fleksibilitet i tjenesten

5 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a

6 helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og

7 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21

8 FOR 9. november 2012 nr. 1045 om virksomhetsovergrepene pasientjournal i formalisert arbeidsfellesskap. Forskriften er gitt i medhold av helseregisterloven § 6b

9 Forskrift om virksomhetsovergrepene pasientjournal § 3

tilpasning, fleksibilitet, kontinuitet, helhetlig tilbud og fast kontaktperson (125). Personer med behov for komplekse⁵, eller langvarige og koordinerte tjenester⁶, skal tilbys en koordinator, uavhengig av om brukeren ønsker en individuell plan eller ikke⁷. En fast kontaktperson er ofte en fasilitator eller los for å gjøre tjenester tilgjengelige.

Personer med mer moderate problemer og som mottar tjenester for en kortere periode kan også ha behov for individuell oppfølging i form av en fast kontaktperson i tjenesteapparatet, selv om de ikke har rett til koordinator.

Flere NAV-kontor tilbyr veilednings- og oppfølgingsloser som er tilbud til personer med psykiske helseproblemer som ønsker å komme i arbeid og har behov for tett individuell oppfølging over tid for å kunne nyttiggjøre seg NAVs tjenestetilbud. Mange brukere har stor nytte av ordningen (126).

» 5.5 OPPSØKENDE VIRKSOMHET PÅ BRUKERENS ARENA

Flere kommuner og spesialisthelsetjenester har etablert oppsøkende og ambulant virksomhet på brukerens arena som en del av tjenestetilbudet. Når tjenestene gis i hjemmet eller i nærmiljøet kan brukeren ivareta daglige aktiviteter og samtidig synliggjøre sine ressurser og tjenestebehov.

Når det er behov for samtidige tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten i hjemmet eller der brukeren oppholder seg, bør tjenestene arbeide sammen om å gi samtidige tjenester. I formalisert arbeidsfellesskap kan det inngås avtale om bruk av virksomhetsovergrepene pasientjournal⁸. Adgangen gjelder der felles journal vil bidra til effektive og forsvarlige tjenester til pasienten eller brukeren⁹. Oppfølging av personer med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) på brukerens arena er et viktig ledd i rehabiliteringsarbeidet.

Studier viser at aktivt oppsøkende behandlingsteam, som for eksempel ACT-team, er en egnet tilnæringsmåte for personer med sammensatte og langvarige behov.

Kommuner og DPS samarbeider i ACT-team for å nå pasienter som har sammensatte og langvarige tjenestebehov, og som ikke har tilstrekkelig nytte av tradisjonelle tjenester. Midtveiseevalueringen av ACT-teamene viser at tilbudet treffer målgruppen, og at brukerne etter 1 års oppfølging hadde færre innleggelser og kortere døgnopphold i psykisk helsevern, sammenlignet med året før inntak i teamet (128).

ACT-modellen er videreutviklet i Nederland i tråd med brukergruppens behov for fleksible tjenester. Den modifiserte modellen kalles fleksibel ACT (FACT). FACT-teamene gir tilbud etter prinsippene i ACT til brukere som har behov for tett oppfølging fra hele teamet. I tillegg har FACT-teamene en koordinerende funksjon ved at faste kontaktpersoner gir individuell oppfølging til brukerne som ikke har behov for tett oppfølging fra det tverrfaglige teamet. Tilnæringsmåten ivaretar brukernes behov for kontinuitet, fleksibilitet, tilgjengelighet og individuelle tilpasninger over tid (103).

Se også kapittel 5 Samhandling og kapittel 6 Tjenester og aktører i lokalt

psykisk helse- og rusarbeid og kapittel 7 Samhandling for helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

» 5.6 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS I OPPSØKENDE BEHANDLINGSTEAM

Tjenesteutøvere i oppsøkende team bør ha gode relasjonelle ferdigheter og være opptatt av å skape dialog og tillitsfulle allianser med brukeren. Oppsøkende arbeid kan være utfordrende, og tjenesteutøverne bør være bevisst hvordan de ivaretar relasjonen på brukerens arena. Teamet bør vurdere ulike tilnærminger i kontaktetableringsfasen, foreta etiske overveielser og drøfte dilemmaer i det oppsøkende arbeidet.

» 5.7 LAVTERSKELTILBUD

Ved å organisere og tilby tjenester som lavterskeltilbud er det lettere å nå personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer. Tilbudene kan omfatte både forebygging, tidlig intervensjon, behandling og skadereduksjon.

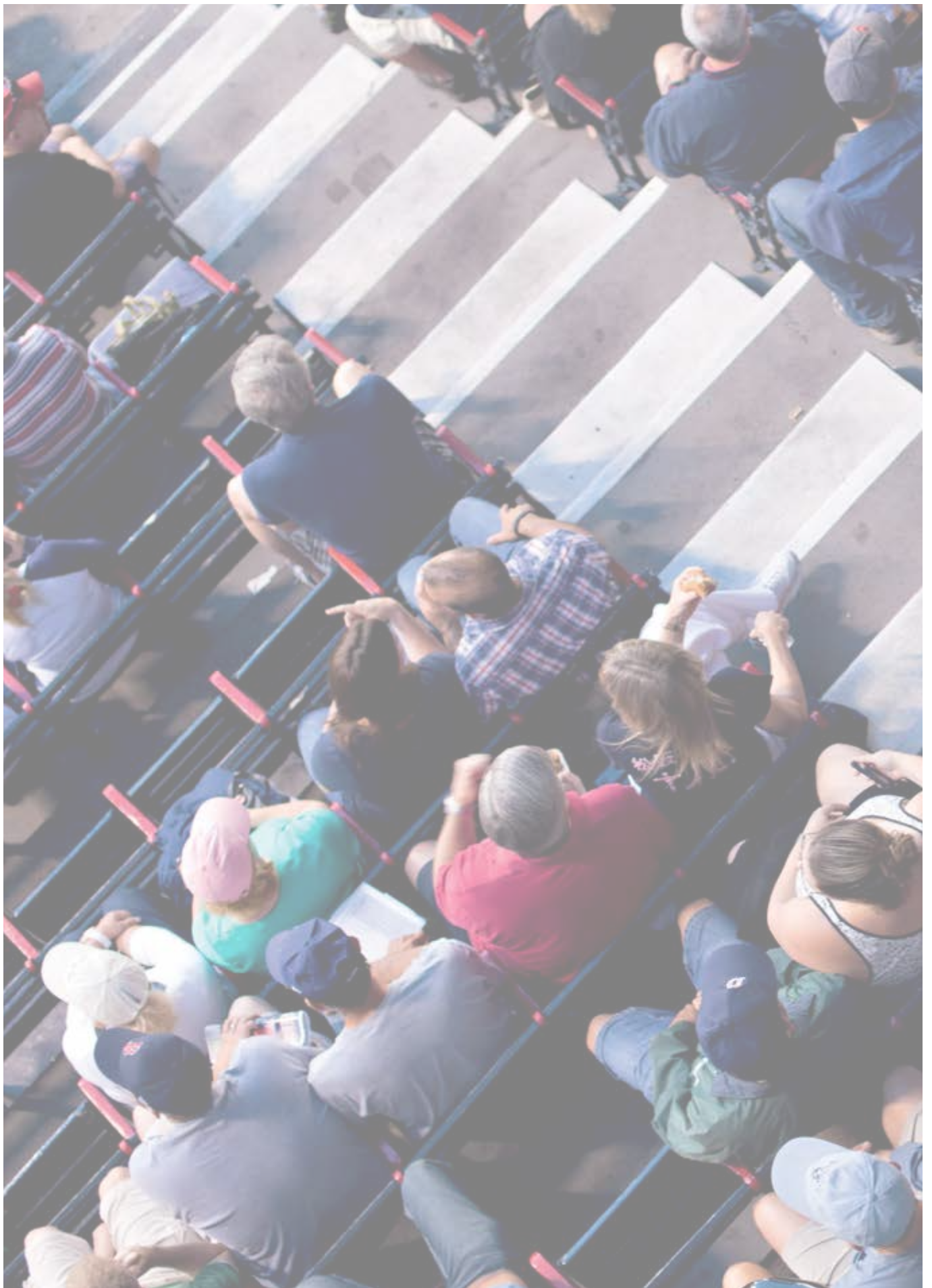
Lavterskeltilbud kan innrettes for ulike brukergrupper og inneholde et spekter av tjenester fra råd og veiledning, helsetilbud, arbeids- og aktivitetstilbud, møteplass for sosialt fellesskap og psykologhjelp (130).

Lavterskeltilbudene kjennetegnes ved at de:

- Gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandlingstid
- Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- Er tilgjengelig for alle
- Kan tilby tidlige og adekvate tiltak
- Kan være «los» videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- Inneholder personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Har åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Har høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov
- Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitvekkende sted for innbyggerne

» 5.8 ANBEFALINGER

- Personens egne ressurser og innsats må understøttes gjennom hele bedringsprosessen, og bidra til myndiggjøring og gjenvinning av kontroll i eget liv.
- Støtte og involvering av pårørende og nettverk er av stor betydning og må inngå i arbeidet. Pårørendes egne behov må ivaretas på en god måte.
- Det bør tilbys psykoedukative tiltak som omfatter innsikt og opplæring om problemet og ulike mestringsstrategier.
- Relasjonelle og organisatoriske fellesfaktorer som virker positivt inn på behandlingsresultatet bør vektlegges, uavhengig av hvilke spesifikke behandlingsmetoder som velges.
- Hvordan fellesfaktorer og behandlingsmetode kan spille sammen, bør vurderes i hvert enkelt tilfelle.
- Tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning må stå sentralt.
- For å bedre tilgjengelighet og kontinuitet bør selvhjelpstilbud, telefon, SMS og andre informasjonsteknologiske kanaler tas i bruk. God tilgjengelighet er viktig for alle brukere og særlig ved første gangs henvendelse til tjenesteapparatet.
- Kontinuitet i kontakten med tjenesteapparatet er viktig for alle brukere, og særlig for personer med alvorlige og langvarige problemer ved utskrivning fra døgnbehandling eller løslatelse fra fengsel.
- Det bør foretas en systematisk oppfølging og evaluering av tjenestetilbudet sammen med brukeren, for å sikre nødvendige justeringer og tilpasninger underveis i forløpet. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er den best dokumenterte metoden for systematiske tilbakemeldinger fra brukeren.
- Fast kontaktperson bør vurderes i forhold til alle, også dem som ikke har rett til koordinator.
- Det bør tas i bruk kunnskapsbaserte modeller for oppsøkende og ambulant virksomhet for personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov, for eksempel ACT-modellen for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og som ikke i tilstrekkelig grad har nytte av det tradisjonelle tilbudet.
- Et variert utvalg av lavterskeltilbud bør utgjøre en del av kommunens helhetlige tjenestetilbud, for lettere å nå personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer.





6

Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid

Kapittelet gir en oversikt over sentrale aktører som yter tjenester til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer. Målet er å synliggjøre tjenestetilbudet, aktørenes ulike oppgaver og hva som kan forventes av dem. Listen er ikke uttømmende. Vedlegg 4 bak i veilederen viser en utvidet tabelloversikt over tjenestene og aktørene.

Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid

» 6.1 HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I KOMMUNEN

Kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, herunder personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer¹. Begrepet nødvendige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med forsvarlighetskravet² og retten til nødvendig hjelp i pasient- og bruker-rettighetsloven³.

Hvilke tjenester kommunen som et minimum plikter å yte, følger av helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 3, hvor § 3-2 er en særlig sentral bestemmelse. Kommunen skal drive forebyggende arbeid, og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tjenestetilbud med utgangspunkt i lokale forhold. Tilbudene skal omfatte diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg⁴.

For å få bedre oversikt over brukeres situasjon og kartlegge deres behov, vil kartleggingsverktøyet BrukerPlan tilbys alle kommuner. Resultatene kan hjelpe kommunen i å videreutvikle og tilpasse tilbudet ut fra lokale forhold.

At kommunene benytter seg av BrukerPlan er også nyttig for spesialisthelse-tjenesten i kvalitetssikringsarbeid og for å dimensjonere tjenestene riktig i samarbeid med kommunen. Alle kommuner skal benytte IPLoS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) som er et sentralt helseregister for vurdering av bistands- og tjenestebehov⁵. Det omfatter informasjon om alle søkere og mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. BrukerPlan gir imidlertid en kartlegging som går mer i dybden innen områder som har stor betydning for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer.

Tjenester og tiltak i kommunen kan inngå i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan, og bør ses i sammenheng med annet relevant kommunalt planverk, eksempelvis kommunedelplaner om folkehelse og psykisk helse.

6.1.1 ENHET FOR PSYKISK HELSEARBEID OG/ELLER RUSARBEID

Tilnærmet to tredjedeler av kommunene har organisert psykisk helsearbeid i en egen enhet, mens tilnærmet en tredjedel av kommunene har organisert

1 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd

2 Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1

3 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a

4 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2

5 Forskrift om IPLoS-registeret av 17.2.2006 nr. 204

kommunalt rusarbeid i en egen enhet. Ca. en fjerdedel av kommunene har organisert psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid i en felles enhet/avdeling, mens resterende andel kommuner har prioritert andre organisasjonsformer for tjenestene⁶.

Stadig flere kommuner velger å organisere det psykiske helsearbeidet sammen med rusarbeidet. Samordning av tjenestetilbudet forutsetter at både psykisk helse- og rusarbeid prioriteres. Noen kommuner har organisert deler av tjenestene i NAV-kontoret⁷.

Enhetene tilbyr ulike typer tiltak som kartlegging og vurdering, behandling, rehabilitering, oppfølging i bolig, dagtilbud og arbeidstiltak. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) utføres i samarbeid med fastlegen og spesialisthelsetjenesten, og må ses i sammenheng med det øvrige tilbudet til pasienten. Noen kommuner har opprettet ulike tverrfaglige enheter eller team, som ambulante booppfølgingsteam, stabiliseringsteam eller rehabiliteringsteam. **Se også kapittel 5 Tilnæringsmåter.**

Hoveddelen av de ansatte innen psykisk helse og/eller rusarbeid har høyere utdanning, og flere har spesial- eller videreutdanning. Kommunene ansetter også stadig flere psykologer, som bidrar til å styrke kommunenes kompetanse og komplementere tilbudene.

6.1.2 FASTLEGEN

Fastlegeordningen er lovpålagt⁸. Kommunen har ansvar for å tilby innbyggerne et forsvarlig allmennlegetilbud, tilrettelegge for samarbeid mellom fastlegen og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegen i det øvrige helse- og omsorgstilbudet. Fastlegen dekker hele befolkningen, og er for mange brukere den mest stabile kontakten i tjenestene.

Sentrale oppgaver

Fastlegens oppgaver overfor sine pasienter omfatter alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus⁹. Dette innebærer at fastlegen har et ansvar for et helhetlig perspektiv, som gjelder utredning, behandling og oppfølging av sine pasienters psykiske vansker og lidelser og/eller rusmiddelproblemer på lik linje med somatisk sykdom, og skal henvise sine pasienter til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester ved behov. Fastlegen er hovedansvarlig for somatisk utredning og oppfølging av pasienten selv om spesialisthelsetjenesten er koblet inn for å bistå med diagnostisering, behandling og oppfølging av pasientens psykiske lidelse eller rusmiddelavhengighet. Fastlegen behandler også selv mange personer med psykiske problemer/lidelser og rusmiddelproblemer. Fastlegen har ansvar for å sykemelde ved behov og skrive legeerklæringer til blant annet NAV for arbeidsavklaringspenger, uføretrygd m.m. Fastlegen spiller en vesentlig rolle i å motivere pasienter til å være i jobb, sammen med arbeidsgiver og NAV. Fastlegens arbeid er en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet og rusarbeidet i kommunen. Samarbeid og støtte til pårørende inngår i arbeidet.

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelmisbruk blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferds-tjenester. Verktøyet kan brukes til kartlegging, kvalitetssikring, utvikling og planlegging av tjenester. BrukerPlan planlegges også å videreutvikles til å kunne kartlegge forekomst av psykiske plager, og kan derfor gi tilsvarende informasjon på psykisk helsefeltet innen kort tid. Les mer om BrukerPlan på nettsiden til Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), som har utviklet verktøyet.

- 6 Sammenstilling av IS-8 og IS-24-rapportering om organiseringen, slik den var i 2012 (131;132)
- 7 NAV-kontoret skal ivareta kommunens oppgaver etter lov om sosiale tjenester i NAV. Arbeids- og velferdsetaten og kommunen kan avtale at også andre av kommunens tjenester skal inngå i kontoret, jf. NAV-loven § 13
- 8 Helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-2 nr 4, jf. FOR 29. aug. 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene
- 9 Forskrift om fastlegeordning i kommunene §10

Informasjon om hvilket telefonnummer brukere eller pårørende skal benytte ved behov for akutt hjelp må være kjent og lett tilgjengelig.

Legemiddelbruk

Fastlegen administrerer mye av den nødvendige legemiddelforskrivning ved behandling av psykiske lidelser, for eksempel ved langtidsoppfølging av psykoser og bipolare lidelser, og er ofte den instansen som starter opp og følger opp antidepressiv medisiner. Pasienter med depresjon og angsttilstander har risiko for å utvikle rusmiddelproblemer, inkludert skadelig bruk av vanedannende legemidler. Fastlegen må ha kunnskap om forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler og alternative tilnærminger ved behandling av depresjon, angst, søvnløshet og smertetilstander. Forskrivning av vanedannende legemidler i reseptgruppe B skal i størst mulig grad gjøres av fastlegen. Standardiserte kartleggingsverktøy kan benyttes i konsultasjonen for å avdekke og følge utviklingen av psykiske problemer og rusmiddelbruk.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er vanligvis organisert som et trepartssamarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten eller NAV-kontoret, allmennlegen/fastlegen og spesialisthelsetjenesten, jf. LAR-retningslinjen (133).

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet, kontinuitet og helhetlig tilnærming er viktige elementer i fastlegens arbeid. Dette gjelder også i forhold til personer med rus- og/eller psykiske problemer. Omlag 16 prosent av befolkningen var i 2011 i kontakt med fastlegen for helseproblemer av psykisk eller av rusmiddelrelatert art (134). Fastlegen møter pasienter som er i belastende livssituasjoner, og har mulighet til å fange opp og forebygge psykiske lidelser og et høyt rusmiddelkonsum. Fastlegen skal søke å ha oversikt over innbyggere som har behov for medisinsk faglig oppfølging og koordinering på sin pasientliste¹⁰. Fastlegen bør kjenne til tilbudene innen kommunens helse- og omsorgstjenester.

Pasienten vurderer selv behovet for time hos fastlegen. Noen brukere har problemer med bestilling av time, møte til rett tid osv. Det er nødvendig med en viss fleksibilitet for at brukere med store, udekkede behov skal få tid og konsultasjon med fastlegen. I en del tilfeller vil det også foreligge plikt for fastlegen til aktivt å tilby konsultasjon eller hjemmebesøk til pasienter som ikke selv søker hjelp, eller som ikke er i stand til å møte på legekontoret¹¹.

Samarbeid

Et godt fungerende samarbeid mellom fastlegen, annet helse- og omsorgspersonell i kommune og i spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale tjenester er viktig for å sikre helhetlige og faglig gode tjenester for brukeren. Når en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å medvirke til utarbeidelse av individuell plan og informere koordinator i kommunen¹². For å ivareta den medisinsk faglige koordineringen for pasienten må fastlegen motta informasjon fra andre behandlere.

De fleste fastlegene er selvstendige næringsdrivende og arbeider under andre rammebetingelser enn kommunalt tilsatte fagpersoner. En må finne fram til gode samarbeidsløsninger som både tar hensyn til fastlegens situasjon og øvrige lokale forhold. Lokalt samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalgene, som finnes i alle kommuner, er viktige fora for å drøfte og å finne fram til praktiske samarbeidsrutiner.

10 Forskrift om fastlegeordning i kommunene fastlegeforskriftens § 17

11 Forskrift om fastlegeordning §§ 18 og 23

12 Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 19

6.1.3 LEGEVAKT - ØYEBLICKELIG HJELP

Legevakten skal til enhver tid sikre innbyggerne øyeblikkelig medisinsk hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og samarbeidende tjenester¹³. Legevakten skal både diagnostisere og stabilisere akutte livstruende tilstander og andre tilstander som krever videre behandling i sykehus samme dag. De skal også diagnostisere og ferdigbehandle akutte tilstander som ikke trenger videre behandling i sykehus. Ansvarer omfatter psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Der situasjonen tilsier at spesialisthelsetjenesten bør bidra i vurderingen, kontaktes lokalt DPS/HF som har akuttansvar.

Legevakten bør være spesielt oppmerksom på endringer i helsetilstanden hos pasienter med alvorlige rusrelaterte problemer. Tegn og symptomer på alvorlig somatisk sykdom må ikke tolkes som en konsekvens av rusmiddelproblemet, slik at alvorlig sykdom overses. Det er i dag stor variasjon i kommunenes organisering av legevakt. Mange kommuner har etablert legevaktordninger der to eller flere kommuner samarbeider, andre har etablert et sentralt legevaktmottak for ettermiddag/kveld og helger. Noen legevakter har eget personell for akutte livskriser. Overgrepsmottakene er ofte organisert som en del av legevakten. Internt samarbeid i kommunen mellom legevakt, psykisk helsearbeid og rusarbeid må tilpasses lokale forhold. Informasjon om hvilket telefonnummer brukere eller pårørende skal benytte ved behov for akutt hjelp må være kjent og lett tilgjengelig.

Politiet har plikt til å hjelpe eller sørge for hjelp til personer som de kommer i kontakt med som ikke er i stand til å ta vare på seg selv og som ikke ivaretas av andre¹⁴. Politiet skal varsle lege dersom personens helsetilstand gir grunn til å anta at legehjelp kan være nødvendig. Det er da fastlege og/ eller legevakt de kontakter. Andre ganger er det helsetjenesten som har behov for bistand fra politi. Se ansvar og oppgavefordeling i Rundskriv 2012/007 (IS-5 2012) fra Helsedirektoratet utgitt i samarbeid med Politidirektoratet (135). Link til Helsedirektoratets nettside:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke/Publikasjoner/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke.pdf>

Se også Kap. 6.3.4 Øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten.

6.1.4 LAVTERSKEL HELSETILBUD TIL PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER

Lavterskel helsetilbud til personer med alvorlige og langvarige rusmiddelproblemer, ofte i kombinasjon med psykiske, somatiske og sosiale problemer, skal bidra til bedret helsetilstand og livssituasjon, og forebygge overdoser og dødsfall uten å kreve at man slutter med bruk av rusmidler. Det tilbys ulike skadereuserende tiltak som råd og veiledning, samtaler, distribusjon av sprøyter, sårstell, ernæringstiltak, tannhelsetilbud, overdoseberedskap, smittevern-tiltak mv.

Flere kommuner har etablert brukernære lavterskel helsetilbud. Evalueringen viser at tilbudene er virkningsfulle, og at brukerne opplever at de gir bedret helse og livssituasjon. Tilbudene når mennesker som har et stort tjeneste-

FOR MER INFORMASJON

Erfaringsheftet «Lav terskel – høy kvalitet: en profesjonell tilnærming til mennesker med rusrelaterte problemer» (IS-1809) (136)
www.helsedirektoratet.no

13 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 3a

14 Lov om politiet 4. aug. 1995 § 12 (politiloven)

behov, og som i liten grad oppsøker eller oppsøkes av tjenesteapparatet. De møter brukerne der de er, og når de er der. Tilbudet utgjør en viktig del av kommunens helhetlige tjenestetilbud, og kan også ses på som et helsefremmende tiltak for å yte akutt helsehjelp, forebygge innleggelses og hindre negativ utvikling av den generelle helsetilstanden (104).

Sprøyteromsloven legger til rette for at kommuner som ønsker det kan etablere ordning med sprøyterom¹⁵. Ordningen skal bidra til økt verdighet for mennesker med langvarig heroinavhengighet, og forebygge overdoser, infeksjoner, smitte og andre helseproblemer. Ordningen skal også øke muligheten for kontakt mellom brukerne og hjelpeapparatet.

Det er straffrihet i lokalet for en brukerdose. Meldeplikten til barnevern og helse- og omsorgstjenesten gjelder også innenfor sprøyteromsordningen¹⁶.

6.1.5 PSYKOLOGER I KOMMUNENS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Formålet med psykologkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å bidra til å styrke det samlede og tverrfaglige kommunale tilbudet innen psykisk helse- og rusfeltet. Det omfatter helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon og behandling av psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer for mennesker alle aldersgrupper.

Med en kombinasjon av kompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid, kartlegging og utredning, diagnostikk og behandling, samt forskning utgjør psykologer en viktig ressurs som er nyttig i kommunenes planlegging og tjenesteutøvelse. Psykologer har en særskilt breddekompetanse på hele spekteret av psykisk helse, fra psykisk velvære til psykiske lidelser. Sentralt i psykologisk arbeid står kunnskap om normal og avvikende fungering, menneskelige samspill og relasjoner, og om sårbarhet og problemer knyttet til det. Kunnskap om psykologiske, sosiale og kognitive prosesser gir et godt grunnlag for utvikling og opprettholdelse av god psykisk helse gjennom et livsløp. Psykologer kan tilby tjenester for enkeltindivider, familier, grupper, lokalmiljø og befolkningen generelt. Det er særlig viktig å fokusere på veiledning til og samarbeid med andre faggrupper i kommunen. Psykologkompetanse bør inngå i kommunens tjenestetilbud til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer.

Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning for å stimulere flere kommuner til å rekruttere psykologer til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. **Se Helsedirektoratets nettside: <http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd>.**

Tilskuddsordningen har i stor grad bidratt til en økning i antall psykologer i kommunen, og erfaringene tyder på at psykologene bidrar til en styrking av det psykiske helsearbeidet i kommunene (137). Generelt synes tilskuddsordningen å ha bidratt til lavere terskel for psykologhjelp og mer kunnskapsbasert og intensivt samarbeid mellom ulike kommunale tjenester og fagpersonell.

De fleste psykologstillingene i kommuner er rettet mot barn og unge, noen er samlokalisert med fastleger, mens det finnes også eksempler på at psykologtilbudet rettes mot enkelte grupper, som for eksempel eldre eller personer med psykisk utviklingshemning. Tilbudet som gis er lavterskel i den forstand at tjenesten gis uten henvisning, er gratis og har ingen eller kort ventetid.

15 Lov av 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven)

16 Helsepersonelloven §§ 32 og 33, jf. sprøyteromsloven § 7



Psykologtilbudet i kommunen bør være lett tilgjengelig og ha fokus på kort-tidsterapier, råd og veiledning.

Psykologens kompetanse og innsats bør benyttes slik at den kommer flest mulig i kommunen til gode, både blant brukere og innad i tjenesteapparatet. Stillingen bør ha en forankring som gir muligheter for tjeneste- og sektorover-skridende arbeid i form av konsultasjons- og veiledningsarbeid, deltakelse i planarbeid og formidling av psykologisk kunnskap.

På systemnivå vil kompetansen kunne brukes i strategisk utvikling av de kommunale tjenestene på psykisk helse- og rus- området. De kan bidra inn i kommunens folkehelsearbeid ved å se på miljøfaktorenes betydning for befolkningens psykiske helse og trivsel. De bør bidra inn i kommunens kart-leggingsarbeid for å holde oversikt over innbyggernes psykiske helse, og delta i utarbeidelsen av kommunens planverk innenfor psykisk helse- og rusfeltet.

6.1.6 OMSORGSTJENESTEN

Kommunen skal tilby helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, og plass i institusjon, herunder sykehjem og avlastningstiltak¹⁷.

Ansatte i hjemmetjenestene, som ikke har spesiell kompetanse om rus og psykiske helseproblemer, bør få tilbud om strukturert veiledning fra øvrig rus- og psykisk helsepersonell for å styrke sin kompetanse i å håndtere vanskelige situasjoner og gjøre tjenestene mer tilgjengelig for personer med psykisk helse- og rusproblemer.

Det må skje en individuell vurdering og tildeling av tjenester, som involverer brukeren og som dekker brukerens totale behov og rett til tjenester¹⁸. Det må fattes enkeltvedtak der dette er et lovkrav¹⁹. Tjenestetilbudet må evalueres og følges opp²⁰.

Hjemmesykepleien yter helsetjenester i hjemmet til hjelpetrequende og alvorlig syke personer. Tjenesten er døgnbasert og godt utbygget i de fleste kommuner. Personer med rusrelaterte helseproblemer og/eller psykiske problemer kan ha behov for denne type tjeneste, gjerne i form av et samarbeid med ansatte innen psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunen. Tjenesten bør påse at eldre får dekket sine behov for psykiske helsetjenester. Hjemmesykepleien bør se alkoholbruk som en faktor i forhold til helseplager for å kunne avdekke og intervensere i forhold til rusmiddelbruk.

Personlig assistanse²¹. Omsorgstjenesten gir praktisk bistand og opplæring til brukerne. Tjenestene skal kunne ivareta behovene til mennesker med psykiske problemer og /eller rusproblemer. I flere kommuner samarbeider hjemmetjenestene og rus- og psykiske helsetjenester om å yte gode og helhetlige tilbud om praktisk bistand og opplæring.

Støttekontakt²². Personlig assistanse i form av støttekontakt kan gis som individuell støtte, eller som bistand til organisert deltakelse i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettelagt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon. Den enkeltes interesser og behov bør så langt som mulig være styrende for valg av fritidsaktiviteter.

17 Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 nr. 6 a - d

18 Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a og 2-1 b

19 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd

20 Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a og 2-1 b, forsvarlighetskravet, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a

21 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3.2 nr. 6 b

22 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, nr. 6 b

FOR MER INFORMASJON

Nettstedet www.fritidforalle.no er en oppfølgings- og veiledningstjeneste for alle som tilrettelegger fritid for andre. Her finnes blant annet informasjon om metoden «Fritid med bistand» og treningskontaktordningen.

Gjennom pilotprosjektet «Rask Psykisk Helsehjelp» tilbyr flere kommuner veiledet selvhjelp og kognitiv terapi til personer med angst og/eller depresjon av lett til moderat grad.

23 FOR 16. des. 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 c

24 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr. 5

25 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 d

«Fritid med bistand» bygger på et bruker- og mestringsperspektiv, hvor deltakeren får støtte av en person i samarbeid med tilrettelegger i den fritids- eller kulturaktiviteten som vedkommende selv har valgt å delta i. Målet er at deltakeren etter en periode med støtte blir inkludert i aktiviteten.

Treningskontaktordning kan være et godt tilbud for de som ønsker støtte til komme i gang med eller videreføre fysisk aktivitet, som er tilpasset deres behov. Tilbudet gis både individuelt og i gruppe. Treningskontakter har gjennomført et kurs i planlegging og tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer og kan inngå i kommunens tilbud om personlig assistanse.

Institusjoner, herunder sykehjem er en viktig del av pleie- og omsorgstjenesten. Forskrift om kommunal helse og omsorgsinstitusjon²³, omfatter institusjoner som tilbyr heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, der tjenestene ikke er å anse som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet etter spesialisthelse-tjenesteloven²⁴. Tilbudet kan omfatte både behandling, omsorg og rehabilitering.

Brukerstyrte trygghetsplasser. Flere kommuner har innført trygghetsplasser, hvor brukeren uten søknadsbehandling og behovsvurdering selv kan legge seg inn på dagen for korttidsopphold. Trygghetsplassene har hovedsakelig vært et tilbud til eldre mennesker, men bør vurderes også for andre brukergreper. Tilbudet gir trygghet til personer som til tider synes det er vanskelig å være i eget hjem. Det kan forebygge kriser og akutte situasjoner og på lengre sikt hindre innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Omsorgslønn og avlastningstiltak er tiltak rettet mot pårørende. Kommunene skal tilby avlastningsordninger til personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid²⁵.

Boligkontor/boligtildelingsteam i kommunen som organiseres på ulike måter, arbeider med det langsiktige arbeidet å fremskaffe og tilby et tilstrekkelig antall egnede boliger til målgruppen. Det inkluderer samarbeid med Husbanken og søknadsbehandling om startlån, bostøtte m.m.

6.1.7 RASK PSYKISK HELSEHJELP

Gjennom pilotprosjektet «Rask Psykisk Helsehjelp» som er utviklet etter mønster av det evidensbaserte britiske programmet «Improving Access to Psychological Therapies», tilbyr flere kommuner veiledet selvhjelp og kognitiv terapi med ulike angstproblemer, og/eller depresjon av lett til moderat grad, evt. med søvnproblemer i tillegg. Tilbudet, som er gratis og lett tilgjengelig for målgruppen, gir direkte hjelp uten henvisning. I tilfeller hvor «Rask psykisk helsehjelp» ikke har effekt, skal brukeren henvises videre til annet forsvarlig behandlingstilbud.

Tjenesten ytes av personell med minimum treårig høgskole/universitetsutdanning og videreutdanning i kognitiv terapi. Faglig ansvarlig for tjenesten skal være utdannet psykolog. Det samarbeides med fastleger, øvrige kommunale psykiske helsetjenester, DPS, øvrig spesialisthelsetjeneste, NAV-kontoret, arbeidsgivere mv.

6.1.8 ERGO- OG FYSIOTERAPITJENESTEN

Ergoterapi og fysioterapi inngår i kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering²⁶.

Ergoterapeuter veileder i ADL (activities of daily life), funksjonstrening og tilrettelegger bolig og utemiljø. Målene er å bidra til deltakelse og inkludering i hverdagslivet. For å nå målene arbeider ergoterapeuter i forhold til utvikling av menneskets mestring, tilrettelegging av aktiviteter og endring av omgivelser. Ergoterapeuter har en lang tradisjon innenfor psykisk helsefeltet, særlig i institusjonene historisk sett. I dag bør de kunne ha en sentral plass i det lokalbaserte psykiske helsearbeidet og rusarbeidet. Fysioterapeuter vurderer behov for fysioterapitiltak, ofte i samarbeid med lege. Fysioterapeuten tilrettelegger for at bruker kan bedre funksjonsevnen, gir behandling og funksjonstrening (smertebehandling, styrke, balanse, utholdenhet og daglige aktiviteter). Psykomotorisk fysioterapi baserer seg på at menneskers psykiske og fysiske helse utgjør et hele og ikke kan holdes atskilt. Kroppen preges av livsopplevelser og følelsesmessige erfaringer. Psykomotorisk undersøkelse kartlegger hvilke ressurser brukeren har og gir innsikt i forholdet mellom tanker, følelser og kroppslige manifestasjoner. Fysioterapeuter møter mange med smerter, søvnvansker, tilbakeholdt pust, endret kroppsholdning osv. som kan være reaksjoner på utfordrende faser i livet. De kan bidra til at belastningene gjennomleveres uten å sette varige spor som kroppslige belastninger. Det kan også bidra til å redusere bruk av sovemedisin, smertestillende medikamenter, alkohol m.m.

6.1.9 REHABILITERING

Sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne får muligheter til deltagelse i samfunnet på egne premisser. Rehabilitering kjennetegnes som målrettet, intensiv og tverrfaglig innsats hvor tjenesteyterne skal bidra til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Definisjonen i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3 vektlegger at habilitering og rehabilitering er en prosess med brukeren/pasienten i sentrum.

Pasienter og brukere i en rehabiliteringsfase vil i de fleste tilfeller oppfylle kravene til individuell plan og koordinator. Dette er sentrale verktøy for å sikre et godt og samordnet rehabiliteringsforløp. Behov for individuell plan og koordinator meldes til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering²⁷. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for at personell i tjenestene skal ha et sted å melde om behov for rehabilitering. Dersom ikke annet er bestemt, er det den koordinerende enheten som skal ha slike meldinger²⁸.

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for at personell i tjenestene skal ha et sted å melde om behov for rehabilitering.

26 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5

27 Helsepersonelloven § 38a og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6

28 Forskriften om rehabilitering § 7 og 12

FOR MER INFORMASJON

Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering og organisering, Helsedirektoratet 2013 (IS-1896) (82)

6.1.10 KOORDINERENDE ENHET I KOMMUNEN

Kommunen har plikt til å opprette en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet²⁹. Enheten har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Målet med koordinerende enhet er å sikre koordinerte tjenester til dem som trenger det, og legge til rette for god samhandling mellom bruker og tjenesteytere og mellom tjenesteytere fra ulike faggrupper, sektorer og nivåer. Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer vil ofte ha behov for koordinerte tjenester, og enhetene må sikre at disse brukergruppens behov for individuell plan og koordinator ivaretas.

6.1.11 FRISKLIVSSENTRAL

Helse- og omsorgstjenesteloven vektlegger kommunens plikt til å yte tjenester som fremmer helse og som søker å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer³⁰.

Frisklivssentraler er et viktig bidrag i dette arbeidet. Frisklivssentralen gir tilbud til personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre levevaner. Frisklivssentralenes viktigste oppgave er å styrke positive helsefaktorer. De skal bidra til å bygge opp individets mestringsfølelse, kapasitet og funksjon, slik at flere kan oppnå bedre helseatferd og takle hverdagens krav. Tilbudet ved frisklivssentralene kan være et viktig bidrag for å etablere og styrke sosiale nettverk.

Frisklivssentralene har tett samarbeid med andre offentlige aktører. De samarbeider også med frivillige organisasjoner og andre private aktører. Frisklivssentralen kan fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen. Utviklingsområder for frisklivssentralene er mestring av psykiske problemer, oppfølging av risikobruk av alkohol og andre rusmidler, samt forebygging av søvnvansker. Mange brukere kan dra nytte av tilbudene ved frisklivssentralen som ledd i en tilbakeføringsprosess til arbeidslivet. Frisklivssentralen gir informasjon om selvhjelp og tilbud om depresjonsmestringskurs (KID-kurs) (82).

6.1.12 MØTEPLASSER OG AKTIVITETSTILTAK

Møteplasser og aktivitetstiltak er en del av mange kommuners lavterskeltilbud. Det kan være en effektiv og god måte å drive helsefremmende arbeid på. Dagsentertilbud, væresteder og ulike gruppetilbud er eksempler på det. Felles for dem alle er at det tilbys aktivitet med meningsfullt innhold. Det er behov for å skille mellom rusfrie møteplasser og andre lavterskeltilbud til personer med et aktivt rusmiddelproblem. Brukerstyrte sentre kan vise til blomstrende aktivitet og styrking av enkeltmennesker som har vært langt nede på grunn av psykiske vansker, rusmiddelproblemer og lignende. Selvvalgt aktivitet bidrar til å styrke enkeltmennesket som viktigste aktør i eget liv. Kultur, aktivitet og kreativitet er for mange en kilde til mestring og vekst, noe som ikke minst er beskrevet av mange med brukererfaring innenfor rus- og psykisk helse.

Se også kap 3.4.1. Deltagelse og sosial inkludering.

²⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3

³⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 1 og 3-3

6.1.13 LÆRINGS- OG MESTRINGSTILBUD I KOMMUNEN

Lærings- og mestringstjenester i kommunal regi er i en oppbyggingsfase. Det etableres egne kommunale sentre, eller det utvikles lærings- og mestringstjenester innen frisklivssentraler, lokalmedisinske sentre, rehabiliteringsavdelinger, helsehus, brukerstyrte sentre og andre. Det kan skje i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, innad i enkeltkommuner og i interkommunalt samarbeid.

Flere kommuner har utviklet et bredt spekter av ulike gruppe- og kurstilbud, som angstmestring, depresjonsmestring (KID kurs), mestring av belastningslidelser, treningstilbud etc. Tilbudene når mange mennesker og kan bidra til å få folk tilbake til jobb og aktiv deltakelse i samfunnet. Å få mer kunnskap og å oppleve effekten av å jobbe sammen med andre i samme situasjon, er viktige og virksomme elementer i slike tilbud. Tilbudene bør etableres ut fra et recovery perspektiv.

Se mer om recovery i Kap. 2.2.5 Bedring - recovery.

Les mer om lærings- og mestringstjenester på nettsiden til Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS) www.mestring.no

6.1.14 KOMMUNALE PSYKOSOSIALE KRISETEAM

Kommunen har ansvar for hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner³¹. Det skal utarbeides en beredskapsplan for helse- og omsorgstjenesten i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap³². Det foreligger plikt til å yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner³³. Mange kommuner har opprettet psykososiale kriseteam for oppfølging av mennesker som har opplevd eller opplever alvorlige kriser. Innbyggere kan ha behov for rask hjelp eksempelvis etter plutselige dødsfall i familien, ved trafikkulykker, katastrofer av ulike slag eller når nære personer blir arrestert for alvorlige lovbrudd. Mange har behov for oppfølging over tid. Teamet kan kontaktes av personer som er i krise eller deres pårørende og av andre aktører som for eksempel politi og legevakt.

Kommunalt psykososialt kriseteam er et tverrfaglig samarbeidstiltak, som ofte er forankret i psykisk helsearbeid i kommunen. Teamet kan sikre at kommunen klarer å yte tilfredsstillende psykososial omsorg og støtte, og bør inngå i kommunens beredskapsplan.

6.1.15 KRISESENTER

Krisesentertilbud er en lovpålagt oppgave³⁴. Krisesentrene skal gi kvinner, menn og barn, som er utsatt for vold eller trusler om vold, trygge rammer i en vanskelig og akutt livssituasjon. De skal tilby brukeren støtte og veiledning, hjelp til å ta kontakt med andre deler av tjenesteapparatet, botilbud og oppfølging i reetableringsfasen.

Kommunene har et ansvar for å tilby innbyggere ett eller flere krisetiltak, tilsvarende et godt utbygd krisesenter. Krisesentre finnes i alle fylker.

FOR MER INFORMASJON

«Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer» (IS -1810) (138): <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Sider/default.aspx>

FOR MER INFORMASJON

www.krisesenter.com og www.krisesenter.no

31 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 3

32 Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 og lov av 23.6.2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)

33 Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3

34 Lov av 19. juni 2009 om kommunale krisesentertilbud (krisesenterlova)

FOR MER INFORMASJON

Overgrepsmottak er nærmere omtalt i Helsedirektoratets veileder [Overgrepsmottak \(IS-1457\)](#) (139)

6.1.16 OVERGREPSMOTTAK

Det er etablert overgrepsmottak i alle fylker. Mottaket er et tilbud om akutt-hjelp³⁵ og oppfølging ved seksuelle overgrep og/eller vold i nære relasjoner. Tjenestetilbudet omfatter medisinsk undersøkelse og behandling, psykososial støtte og behandling og rettsmedisinsk undersøkelse og sporsikring.

Samarbeid og koordinering av oppgaver og ansvar med andre instanser, både i akuttfasen og i det videre oppfølgingsarbeidet med den enkelte bruker, er sentrale elementer i mottakenes arbeid. Uavhengig av organisering av mottakene, må kommunen sørge for at oppgavene er dekket, i samarbeid med andre kommuner og/eller spesialisthelsetjenesten.

6.1.17 BARNEVERN TJENESTEN

Barnevernets³⁶ hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid³⁷. Mange barn og unge som barneverntjenesten kommer i kontakt med, har psykiske vansker, rusmiddelproblemer eller kan være risikoutsatte av ulike årsaker.

Barnevernet skal sørge for å iverksette nødvendige hjelpetiltak som støttekontakt, avlastningstiltak i hjemmet eller foreldrestøttende metoder for ungdommen og familien. Kommunen bør legge vekt på å få til et godt samarbeid mellom psykisk helsetjeneste, rustjenesten og barnevernet om tilbud til utsatte barn, unge og voksne. Ungdom som mottar tiltak fra barnevernet når de fyller 18 år, skal få tilbud om hjelp fra barnevernet inntil de er 23 år.

Barneverntjenesten skal drive generell forebyggende virksomhet³⁸. Dette innebærer at barneverntjenesten må gjøre seg kjent med barns levevilkår i kommunen og fremme forslag til tiltak som kan forebygge problemene.

6.1.18 HELSESTASJON, SKOLEHELSETJENESTE OG HELSESTASJON FOR UNGDOM

Helsestasjonen er en lovpålagt tjeneste³⁹, som tilbyr bl.a. foreldreveiledningsprogram. Programmene, som skal gi foreldre støtte, veiledning og trygghet i foreldrerollen, er godt egnet for foreldre med rusmiddelproblemer og psykiske vansker, med sikte på å etablere et godt samspill med barnet fra første leveår. Kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0–20 år⁴⁰.

Helsestasjon for ungdom⁴¹ tilbyr rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling tilpasset ungdommens behov og premisser. Det er et lavterskeltilbud, som ungdom opp til 20 år kan oppsøke uten å ha bestilt time, og hvor de kan ta opp tema innen fysisk, psykisk og seksuell helse, rusproblematikk og sosiale problemstillinger. Ungdomshelsestasjon er et supplement, og ikke en erstatning for skolehelsetjenesten (140).

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt helsetjeneste i grunnskolen og videregående opplæring⁴². Tjenesten er gratis og skal være lett tilgjengelig. Skolehelsetjenesten skal jobbe helsefremmende og forebyggende, men også bidra til å avdekke risiko-

35 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3

36 Lov av 17. juli 1992 nr 100 om barneverntjenester (barnevernloven)

37 Barnevernloven § 1-1, jf. § 4-4

38 Barnevernloven § 3-1

39 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 1 bokstav b

40 FOR 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-1 første ledd

41 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 1 bokstav b

42 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 1 bokstav a

faktorer og helseproblemer på et tidlig tidspunkt. Undersøkelser viser at der tjenesten er regelmessig til stede over tid, blir den benyttet av 50 prosent av elevene i ungdomsskolene og videregående skole (141).

6.1.19 PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE (PPT)

Pedagogisk-psykologisk tjeneste⁴³ (ofte forkortet PPT eller PP-tjenesten) er en kommunal eller fylkeskommunal rådgivende tjeneste som fungerer som sakkyndig instans i spørsmål om barn, ungdom og voksnes opplæringsituasjon og behov for spesialundervisning. Læringer og lærekandidater har samme tilgang på pedagogisk-psykologisk tjeneste som elever i de videregående skolene. Elever som ikke får tilstrekkelig utbytte av tilpasninger av det ordinære opplæringstilbudet har rett til spesialundervisning. Vanlige henvisningsgrunner kan være konsentrasjonsvansker, vansker med oppmerksomhet, lese- og skrivevansker, lærevansker, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (asperger og autisme), emosjonelle og sosiale vansker, språkvansker og atferdsvansker. Det er elevens funksjonsnivå og individuelle forutsetninger, og ikke en eventuell diagnose, som er avgjørende for behovsvurderingen. PPT er også sakkyndig i spørsmål om opptak til videregående opplæring på særskilt grunnlag, samt behov for tiltak i voksenopplæring.

6.1.20 SVANGERSKAP OG BARSELOMSORG I KOMMUNEN

Svangerskap og barselomsorg er en lovpålagt tjeneste i kommunene⁴⁴. Jordmødre og fastleger som jobber med gravide i kommunen må være oppmerksomme på tilstander hos mor og hennes familie som kan være til fare for fosteret eller mor selv. Tidlig livsstilsamtale med mor i svangerskapet er under utprøving i flere kommuner. Det er viktig at mor får informasjon om aktivitet som kan være skadelig for fosteret tidlig i svangerskapet. Det foreligger plikt til å være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten⁴⁵, herunder opplysningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten når en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at barnet med overveiende sannsynlighet vil bli født med skade⁴⁶. Kommunen må tilby nødvendige og tilstrekkelige, frivillige hjelpetiltak. Tvang kan være aktuelt der frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige⁴⁷.

Kvinner med en psykisk lidelse vil være utsatt for større utfordringer enn andre mødre både i svangerskapet og etter fødselen. Mors psykiske lidelse utgjør en risikofaktor for barnets utvikling. Hvor stor risikoen er, avhenger av flere faktorer, for eksempel lidelsens alvorlighetsgrad og foreldrenes evne til å beskytte barnet. Psykisk lidelse hos en forelder oppleves som en betydelig belastning for barnet, uten at det trenger å utvikle seg til varige problemer. De fleste barn viser stor tilpasningsdyktighet og klarer seg bra på sikt, selv om det er vansker i familien (142).

Individuell oppfølging av mor og barn, eventuelt øvrig familie, og samspillet mellom foreldre og barn krever samarbeid mellom helsestasjon, øvrige kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og pårørende. Helse- og omsorgspersonell har meldeplikt⁴⁸ til barnevernstjenesten om forhold som er skadelig for barnet; for eksempel psykisk uhelse, rusmiddelproblemer eller vold. Opplæringsprogrammet Tidlig Inn implementeres i en rekke kommuner over hele landet for at jordmødre, helsesøstre og fastleger i møte med gravide og småbarnsforeldre



FOR MER INFORMASJON

<http://tidligintervensjon.no/Tema/Gravide/Helse/Hva-gjør-jeg/Opplæringsprogrammet/>

43 Lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova) kap. 5, se særlig § 5-6

44 Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, første ledd nr. 2

45 Helsepersonelloven § 32 første ledd

46 Helsepersonelloven § 32 andre ledd

47 Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 og 10-3

48 Helsepersonelloven § 33

FOR MER INFORMASJON

Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familie-gjenforente, Helsedirektoratet (IS-1022) (144)

NAV- kontoret tilbyr en rekke tjenester, herunder:

- **Arbeidsrettet brukeroppfølging** (sikre unge og vanskeligstilte innpass på arbeidsmarkedet)
- **Markedsarbeid** - (bistå arbeidssøkere, arbeidstakere og arbeidsgivere)
- **Inntektssikring** - sykepenger, dagpenger, arbeidsavklaringspenger, kvalifiseringsstønad, uførepensjon og økonomisk sosialhjelp
- **Helhetlig sosialfaglig arbeid** - vurdere og ivareta tjenestebehov
- **Hjelpemiddelsentral - formidling** og tilrettelegging av hjelpemidler m.m.

49 Utlendingsdirektoratet er ansvarlig for organisering av et fleksibelt mottaksapparat, som kan håndtere et varierende antall asylsøkere og flyktninger

50 Lov 18. des. 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (Lov om sosiale tjenester i NAV)

51 Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen av 16.6.2006 nr. 20 (NAV-loven) § 13 andre ledd

skal bli tryggere i arbeidet med å avdekke et begynnende problem og tilby adekvat hjelp innen psykisk helse, rus og/eller vold i nære relasjoner.

6.1.21 ASYLMOTTAK - HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL FLYKTNINGER OG ASYLSØKERE

Etablering av asylmottak er et statlig ansvar⁴⁹. Kommunene har ansvar for at beboere i asylmottak får innfridd sine rettigheter til helse- og omsorgstjenester, herunder tolketjenester, på lik linje med andre innbyggere i kommunen (143).

Psykiske vansker og lidelser blant asylsøkere, flyktninger og familie-gjenforente kan ha sammenheng med påkjenninger i eksilsituasjonen og forhold i opprinnelsesland. Noen kan ha vært utsatt for tortur, seksualisert vold, menneskehandel eller andre traumatiske opplevelser. Mangel på sosialt nettverk og usikkerhet om fremtiden kan bidra til dårligere psykisk helse. Barns psykiske helse og psykososiale helseplager bør vies særskilt oppmerksomhet, og følges opp med egnete tiltak.

De hyppigst forekommende psykiske lidelsene er posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon, angst og somatoforme lidelser (kroppslige plager og uforklarlige smerter). Det er også vanlig med symptomer på engstelse, uten at dette behøver å ha sammenheng med en psykisk lidelse. Barn kan vise tegn på angst, tilbaketrekning, hyperaktivitet eller mareritt. Det er også en risiko for rusmiddelmissbruk blant beboere i mottak og enslige mindreårige flyktninger, særlig gutter.

6.1.22 NAV-KONTORENE

Brukerens møtepunkt med NAV er det lokale NAV-kontoret, som skal ivareta kommunens oppgaver etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen⁵⁰. Dette omfatter opplysning, råd og veiledning, herunder økonomisk rådgiving, økonomisk stønad, midlertidig botilbud, individuell plan og kvalifiseringsprogram. Lokale samarbeidsavtaler beskriver hvilke tjenester arbeids- og velferdsetaten og den enkelte kommune for øvrig har valgt å legge til NAV-kontoret⁵¹.

Det er en økende erkjennelse av nødvendigheten av å satse mer systematisk på ungdom og unge voksne som er falt ut, eller står i fare for å falle ut, av skole og arbeidsliv. Det er etablert et oppfølgingsprosjekt i «Ny GIV» hvor fylkeskommunen, NAV og helse-tjenestene samarbeider om ungdom som over tid har vært ute av utdanning og arbeidsliv.

NAV-kontoret har, i samarbeid med helsemyndighetene, fokus på arbeid og psykisk helse og rus. Ett av målene er å gi personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer som ønsker det, anledning til å gjennomføre utdanning eller delta i arbeidslivet. Det er utviklet en rekke tilbud, både arbeidsrettede skjermede tiltak og tilbud i det ordinære arbeidslivet. Flere NAV-kontor har ansatt veilednings- og oppfølgingsloser.

Se også kapittel 3.2.4 Utdanning og arbeid og 5.4 Tilnæringsmåter, fast kontaktperson.

» 6.2 FYLKESKOMMUNALE TJENESTER OG AKTØRER - TANNHELSETJENESTEN

Tannhelsetjenesten i Norge består av den offentlige tannhelsetjenesten, som er forankret i fylkeskommunen, og en privat sektor. Den offentlige tannhelsetjenestens virksomhet reguleres av tannhelsetjenesteloven⁵². Fylkeskommunen skal⁵³ sørge for at personer som mottar behandling på institusjon og har et opphold på tre måneder eller mer, får offentlig tannhelsehjelp. Det samme gjelder personer som mottar hjemmesykepleie. Fylkeskommunen skal gi tannhelsetilbud til personer som er under kommunal rusmiddelomsorg og under legemiddelassistert rehabilitering (145-147). Tannhelsetjenesteloven er under revisjon, og vilkår for hvem som har rett til offentlig tannhelsehjelp kan bli endret.

Mange med alvorlige rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser har behov for særlig tilrettelagt tannhelsetilbud. Noen benytter legemidler som påvirker tannhelsen. Selv om personer med varig redusert evne til egenomsorg kan få full refusjon fra folketrygden⁵⁴ vil brukeren likevel kunne kreves for egenandel som følge av fri prisfastsetting i tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunen kan bistå kommunene med opplæring og veiledning av helsepersonellet i kommunen og med informasjon om reglene for betaling og gratis behandling. NAV-kontoret vil på visse vilkår kunne innvilge stønad til undersøkelse og behandling etter lov om sosiale tjenester i NAV⁵⁵.

» 6.3 STATLIGE TJENESTER OG AKTØRER - SPESIALISTHELSETJENESTEN

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med rus- eller psykiske helseproblemer som har fast bopel eller oppholdssted i helseregionen, tilbys faglig forsvarlig⁵⁶ spesialisthelsetjeneste⁵⁷. Tilbudet kan gis i egne helseforetak eller gjennom private avtaleparter. Noen helseforetak har integrert tjenestene for rus og psykisk helse, andre har organisert dem hver for seg. Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten følger av pasient- og brukerrettighetsloven⁵⁸ og tilhørende prioriteringsforskrift⁵⁹.

Regjeringens krav og forventninger til de regionale helseforetakene er forankret i de årlige oppdragsbrevene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er i de seinere årene blitt lagt vekt på å øke kompetansen, kvaliteten og samordningen av tjenestestrukturere med sikte på å tilpasse tilbudet bedre til pasienter med et sammensatt sykdomsbilde.

Behandling i spesialisthelsetjenesten er normalt en kortere del av et lengre behandlingsforløp. Et godt samarbeid mellom de ulike tjenestenivåene er avgjørende for pasientens mulighet til å oppnå god effekt av behandlingen. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal støtte opp under faglige riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene.

Se kapittel 7 Samhandling for helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

-
- 52 Lov 3. juni 1983 nr. 54 om om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)
 - 53 Tannhelsetjenesteloven § 1- 3, c
 - 54 Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2013. Rundskriv I-3/2012 fra HOD
 - 55 Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2013. Rundskriv I-3/2012 fra HOD
 - 54 Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2013. Rundskriv I-3/2012 fra HOD
 - 55 Se Lov om sosiale tjenester i Nav §§ 18 og 19 og Rundskriv (Hovednr) 35: 4.18.2.46
 - 56 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2
 - 57 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1
 - 58 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b1
 - 59 FOR 1. des. 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

Tverrfaglig spesialisert behandling for personer med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler inkluderer medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse og skal kunne:

- Kartlegge pasientens rusrelaterte problematikk, sosiale situasjon og psykiske og fysiske forhold
- Vurdere pasientens motivasjon og relasjonelle situasjon (familie og nettverk)
- Vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder bruk av resultater fra relevante screening- og testverktøy
- Foreta medisinske vurderinger av pasientens fysiske allmenntilstand og eventuelle somatiske tilleggslidelser, herunder kompetanse om bruk av laboratorieanalyser og andre spesialistutredninger
- Stille diagnoser, iverksette og følge opp med adekvat medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling
- Forebygge overdose-dødsfall etter utskrivningstjenestebehov

60 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 5

61 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd, jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10

62 Regler for døgninstitusjonene er hjemlet i sosialtjenesteforskriften kapittel 5, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 13-2

63 Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-2 og 2-3

64 Psykisk helsevernloven § 1-2

6.3.1 LÆRINGS- OG MESTRINGSTILBUD

Lærings- og mestringstilbud finnes tilgjengelig i alle helseforetak. Tilbudene er i hovedsak gruppebaserte, og inneholder fagkunnskap formidlet av fagpersoner og erfaringskunnskap formidlet av erfarne pasienter/brukere. Dette er et supplement til medisinsk behandling, og handler om økt kunnskap om egen sykdom, mestring av aktuelle hverdagssituasjoner og utfordringer knyttet til det å leve med langvarige helseutfordringer. Det arbeides etter en verdibasert praksis som er forankret i bestemte helsepedagogiske prinsipper, der brukermedvirkning er et bærende element. Det er etablert et nasjonalt nettverk for læring og mestring innen feltet psykisk helse og rus. Les mer på nettsiden til Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS):

www.mestring.no

6.3.2 TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)

De regionale helseforetakene er ansvarlige for å gi et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud til mennesker med problematisk bruk eller avhengighet av rusmidler, herunder innsatte i fengsler⁶⁰. Ansvaret omfatter akuttbehandling, poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke⁶¹.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) omfatter legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for opioidavhengige, hvor behandling med buprenorfin og metadon og andre behandlings- og oppfølgingstjenester inngår. TSB har et særlig ansvar for å tilby behandlingsopplegg som integrerer psykiske vansker/lidelser, kognitiv svikt, somatiske sykdommer og sosiale problemer. Det er et mål å videreføre et bredt og mangfoldig behandlingstilbud, tilpasset pasientenes behov. Omlag 60 prosent av pasientene behandles poliklinisk, mens 40 prosent mottar døgnbehandling⁶². I døgntilbud inngår tjenester for avrusning, stabilisering og utredning, samt korttids- og langtids døgnbehandling med varighet over ett år.

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få en vurdering av sin helsetilstand innen lovbestemte frister⁶³. Vurderingsinstans for tverrfaglig spesialisert behandling av rusproblemer (TSB) har ansvaret for denne oppgaven (148).

6.3.3 PSYKISK HELSEVERN

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever⁶⁴. Psykisk helsevernloven regulerer tjenester som drives av regionale helseforetak (RHF), helseforetak (HF), private avtalespesialister eller andre som har avtale med regionale helseforetak. Loven regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungent psykisk helsevern, både i institusjon og ved poliklinisk behandling.

RHFene inngår avtaler med privatpraktiserende psykologspesialister og psykiatere. De mottar pasienter etter henvisning fra fastlege og andre innen spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene behandler i hovedsak pasienter med lette til moderate lidelser, enkelte har også tilbud til personer med

alvorlige lidelser. Når kommunale behandlingstilbud blir bedre utbygd bør avtalespesialistene i større grad ta i mot mennesker som trenger lengre tids psykoterapi.

Med Opptrappingsplanen for psykisk helse er det skjedd en desentralisering av tjenestene gjennom en utbygging av distriktpsikiatriske tjenester (DPS) som dekker alle kommunene. DPS er organisert i helseforetakene og samarbeider med kommunene og de spesialiserte sykehusavdelingene. Sentrene gir et allmennpsykiatrisk tilbud på individnivå og i grupper, og tilbyr utredning og behandling i form av poliklinisk-, ambulant-, eller dag- og døgnbehandling. Sentrenes ambulante virksomhet skjer gjennom team, herunder Assertive community treatment team (ACT-team), rehabiliteringsteam, psykoseteam, tidlig intervensjonsteam, alderspsykiatriske team og ambulante akutt-team.

DPS har ansvar for spesialisert utredning og behandling, akutt- og krise-tjenester, samarbeid med kommune og øvrig spesialisthelsetjeneste. De skal bistå kommunene med råd og veiledning⁶⁵. Samarbeid med pårørende er en viktig del av tilbudet. DPSene er fortsatt under faglig oppbygging, og det forutsettes at det etableres døgnberedskap, eventuelt i samarbeid med andre. Alle distriktpsikiatriske sentre skal ha et poliklinisk tilbud til pasienter med rusmiddelavhengighet.

Se også kapittel 5 Tilnæringsmåter.

Brukerstyrte tilbud. DPS gir i dag brukerstyrte tilbud etter individuell vurdering og avtale med bruker. Brukerstyrte plasser har vist seg å bidra til færre antall akutt- og tvangsinnleggelses⁶⁶. Brukerne undertegner vanligvis en avtale som presiserer vilkårene. Vilråene tilpasses lokale forhold og krav til forsvarlig praksis. Avtalen vil ofte være forankret i en individuell plan. De regionale helseforetakene er gjennom oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet bedt om å etablere brukerstyrte plasser i alle helseregioner.

Spesialiserte sykehusfunksjoner omfatter øyeblikkelig hjelp⁶⁷ og tilbud til pasienter som trenger opphold i lukket avdeling, i sikkerhetsavdeling, som har særlig vanskelige og kompliserte spiseforstyrrelser, rusmiddelavhengighet, alvorlig psykisk lidelse, flere sykdommer samtidig (komorbiditet), selvskadning, tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser mv. Det skal også gis tilbud til pasienter med særlig kompliserte alderspsykiatriske tilstander og debuterende sammensatte tilstander for eldre.

De regionale helseforetakene arbeider med å videreutvikle egne spesialiserte team for behandling av sjeldne tilstander, hvor det er behov for mer spesialisert kompetanse. Teamene kan gi veiledning til personale ved sykehusavdelinger, DPS og i kommunen, og bidra til å kvalitetssikre at behandlingen ved sjeldne tilstander er evidensbasert.

6.3.4 ØYEBLICKELIG HJELP

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp⁶⁸. Akuttfunksjonen er ofte knyttet til poliklinikker og ambulante team ved DPS og til spesialiserte sykehusavdelinger (akuttavdelinger).



65 Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3

66 Jæren DPS og Tromsø psykiatriske senter har gode erfaringer med brukerstyrte plasser (149-151)

67 Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1

68 Spesialisthelsetjenestelovens § 2 -1, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b

Kommunal legevakt og psykisk helsearbeid i kommunen bør samarbeide med DPS om å yte rask hjelp, for å hindre unødige innleggelse.

Opgaven kan organiseres i ambulante akutt-team eller ved andre løsninger. Flere steder har åpnet for at pasienter og pårørende kan henvende seg direkte. Uavhengig av organisasjonsform er samhandling med pasient/pårørende, legevakt/kommunale tjenester og andre deler av spesialisthelsetjenesten en viktig del av arbeidet. Kommunal legevakt og psykisk helsearbeid i kommunen bør samarbeide med DPS om å yte rask hjelp, for å hindre unødige innleggelse. Helse- direktoratets rapport om «Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktspsykiatriske sentre (DPS)» (IS- 2156) utgis i 2014 (152).

Institusjonen eller den avdelingen i spesialisthelsetjenesten som er utpekt til å gi øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern etter spesialisthelsetjenesteloven, skal motta pasienter og umiddelbart foreta undersøkelse. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp inntreffer når pasientens tilstand anses å være meget alvorlig, eller om pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til fare for seg selv eller andre.

Tilstander som utløser plikt til øyeblikkelig hjelp omfatter blant annet:

- Psykotiske tilstander preget av stor uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse
- Psykotiske og andre tilstander preget av stor angst eller depresjon, hvor det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre
- Delirøse tilstander, hvor avrusning ikke er en hovedsak
- Psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og hvor hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig

Plikten gjelder både pasienter som mottas til frivillig og tvungent psykisk helsevern.

Se også Kap. 6.1.3 Legevakt - øyeblikkelig hjelp i kommunen.

» 6.4 ANDRE STATLIGE TJENESTER

6.4.1 FAMILIEVERNKONTORET

Familievernet er en lovpålagt spesialtjeneste, som har familierelaterte problemer som sitt fagfelt⁶⁹. Familievernkontoret er et tilbud til mennesker med ulike typer samlivs- og relasjonsproblemer, for eksempel problemer i parforhold, samlivsbrudd, konflikter mellom foreldre og barn eller mellom flere generasjoner. De fleste kommer til familievernkontoret for rådgivning og samtaler om hverdagsproblemer. Familievernkontoret gir også bistand til foreldresamarbeid for ekspartnere, tilbud til foreldre og barn ved vold i familien, sykdom og tap, tvangsekteskap og andre helseskadelige tradisjoner m.m.

Både enkeltpersoner, par og familier kan ta kontakt. Barn og unge kan bruke familievernkontoret. Tilbudet er gratis, og det er ikke nødvendig med henvisning. På kontorene arbeider bl.a. psykologer og sosionomer med videreutdanning i familierapi.

FOR MER INFORMASJON

www.bufdir.no

⁶⁹ Lov 19. juni 1997 nr. 62 om familievernkontorer (familievernkontorloven)

6.4.2 STATLIG SPESIALPEDAGOGISK STØTTESYSTEM (STATPED)

Statped er en spesialpedagogisk støttetjeneste for kommuner og fylkeskommuner. De har særskilt kompetanse på opplæringsmessige konsekvenser av et sammensatt vanskebilde og på spesialpedagogisk tilrettelegging. Statped bistår kommunen/ fylkeskommunen og PP-tjenesten når de som opplæringsansvarlige skal sikre godt læringsutbytte og et forsvarlig opplæringstilbud for de med sammensatte og/ eller de mest omfattende vanskene. Statped gir bistand i de vanskeligste enkeltsakene, gjennom kunnskapsformidling, veiledning-/opplæring, samt deltakelse i lokale-/regionale utviklingsprosjekter.

6.4.3 KRIMINALOMSORG - HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I FENGSEL

I de kommunene hvor det ligger fengsler skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte⁷⁰. De regionale helseforetakene skal sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen får tilbud om nødvendige spesialisthelsetjenester⁷¹.

Kriminalomsorgen har, i samarbeid med kommunen og spesialisthelsetjenesten, plikt til å legge til rette for at innsatte får tilgang til helse- og omsorgstjenester, på linje med den øvrige befolkningen⁷². Gjennom tverretattlig samarbeid kan tjenestene bidra til at soningstiden benyttes til utredning, rehabilitering og behandling (153), og legge til rette for at den enkelte får dekket sine tjenestebehov ved løslatelse.

Kriminalomsorgen skal ta kontakt med andre offentlige myndigheter, organisasjoner eller privatpersoner som kan bistå etter løslatelse med ordnede boligforhold, arbeid, opplæring eller andre tiltak som kan bidra til et liv uten kriminalitet. Kommunen har en sentral rolle i en vellykket tilbakeføring og integrering. Den innsattes hjemkommune før innsettelse eller den kommunen som han eller hun ønsker å bosette seg i etter løslatelsen, bør delta i planleggingen.

» 6.5 FRIVILLIG SEKTOR/BRUKERORGANISASJONENS ROLLE

Frivillig sektor er en betydelig aktør i det lokale psykisk helse- og rusarbeidet. Brukerorganisasjonene og ideelle frivillige organisasjoner har en sentral rolle innen forebyggende rus- og psykisk helsearbeid, som brukerrådgiver og veileder, tjenesteleverandør til rusmiddelavhengige (155) og interessepolitisk aktør for rus- og psykisk helsefeltet. Frivillig sektor representerer bredde og mangfold i tilbudet, og bidrar til nyskaping, utvikling, økt kapasitet og et mer differensiert tjenestetilbud. Tjenester i regi av frivillig sektor skal være et supplement til de lovpålagte oppgavene i kommunen, og bidra til å styrke samfunnets samlede innsats på feltet. Frivilligsentraler, som finnes mange steder i landet, kan bidra til å samordne den frivillige innsatsen som privatpersoner og frivillige organisasjoner ønsker å bidra med i den enkelte kommune.

FOR MER INFORMASJON

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

FOR MER INFORMASJON

Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (IS-1971) (154)

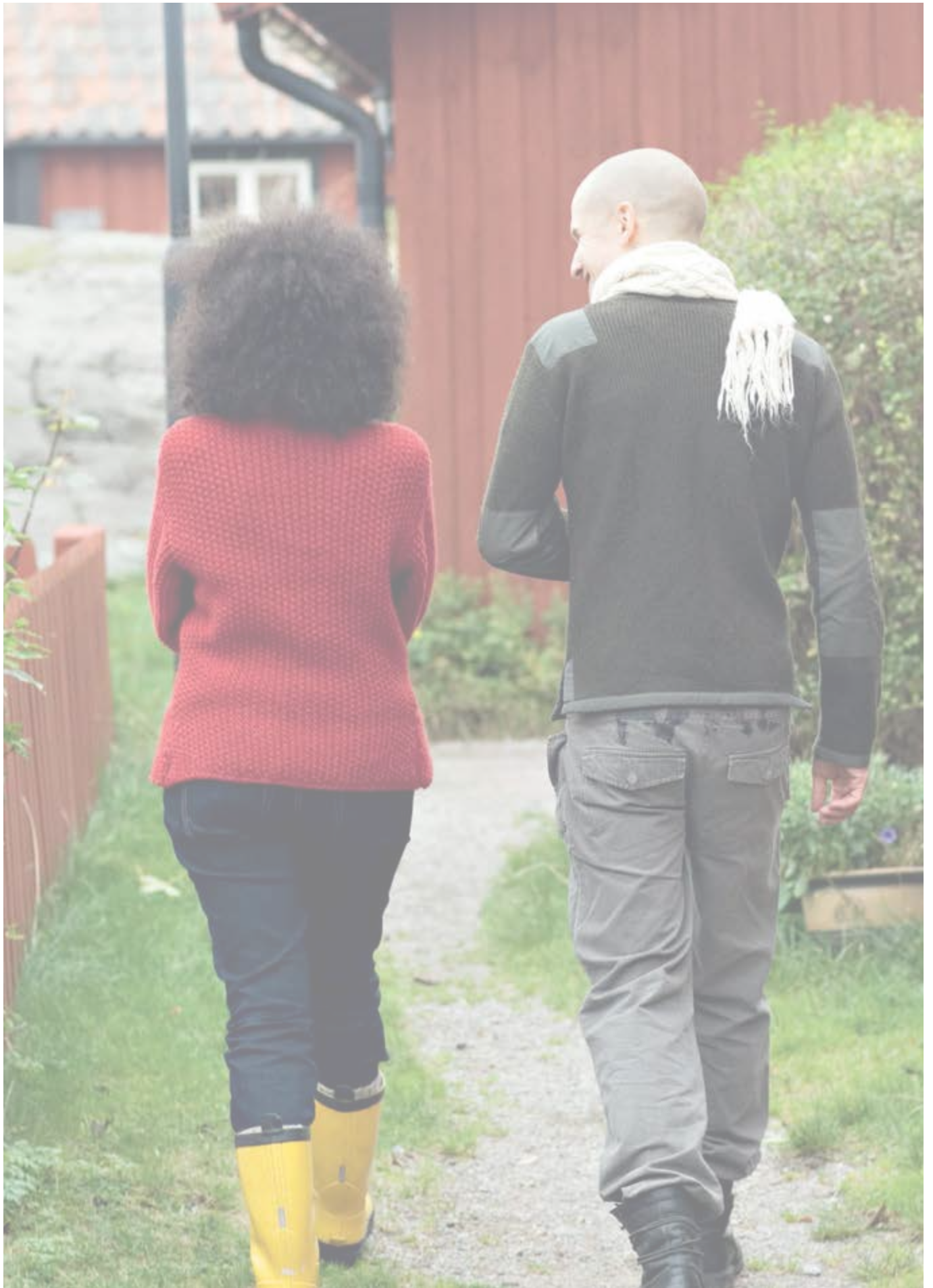
70 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9

71 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a

72 Lov om gjennomføring av straff mv. av 18. mai 2001 nr. 21 (straffegjennomføringsloven) § 21

» 6.6 ANBEFALINGER

- Tjenesteytere må kjenne til andre aktører og tjenester. Sviktende kunnskap om hverandres tjenester kan ha betydning for forsvarligheten i tjenesteytingen overfor den enkelte tjenestemottaker (14).
- Psykisk helse- og rustjenester og behandling ytes fra en rekke tjenester og aktører og bør ses i sammenheng.
- Kommunen bør kartlegge egen kompetanse og vurdere om de har et differensiert og dekkende tjenestetilbud innen egen kommunen eller i samarbeid med andre.
- Kommunen må sørge for at kommunens tjenester er tilgjengelige og tilpasset personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblem og deres behov.
- Tjenestemottakere skal gis likeverdige og individuelt tilpassede tilbud.





7

Samhandling for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Mange brukere har behov for tjenester fra ulike instanser. I dette kapitlet 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.

Samhandling for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

«Samhandling er 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» (156)

Samhandling krever en forflytning fra «mitt bord og ditt bord» til «vårt bord» og at ingen lukker døren bak seg.

Gjennom opptrappingsplanene for psykisk helsefeltet og rusfeltet er det bygget opp et bredt sett av lokalbaserte tjenester og tilbud innen både offentlig og frivillig sektor. Utviklingen har vært positiv med tanke på å møte målgruppenes behov. Mangfoldet av tjenester kan i noen tilfelle medføre at brukere og pårørende opplever tilbudet som fragmentert. Forsvarlighetsplikten¹ krever at tjenestene må tilrettelegges slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Plikten forutsetter at tjenestene samhandler om tilbudet til den enkelte bruker. Nødvendig samhandling må skje mellom tjenestene innen kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten². Samarbeid med frivillig sektor vektlegges også i stadig større grad. Det er tjenestenes ansvar å sørge for helheten, slik at det er lett for bruker og pårørende å få oversikt, og finne fram til rett tjeneste.

Helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter at det etableres tverrfaglige samarbeid om tjenestene, på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivåer. Tjenesteutøverne må samarbeide om løsninger som ivaretar brukers mål og behov. Fagperspektivene bør forenes med utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv. Et godt samarbeid krever at utøverne utvikler felles forståelsesramme og begreps-forståelse. Gjensidig refleksjon rundt problemstillinger kan være en nøkkel i det tverrfaglige arbeidet.

Samarbeid er nødvendig, men også utfordrende. Det kan være krevende å utvikle og opprettholde gode samarbeidsrelasjoner i praksis. Brukeren er viktigste aktør, og skal delta i samarbeidet om egne mål og behov. På samme måte er bruker- og pårørendeorganisasjonene naturlige samarbeidspartnere i planlegging og tjenesteutvikling på systemnivå.

» 7.1 SAMHANDLING INNAD I KOMMUNEN

Det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester og andre tjenester for personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og i hvilken grad de har utviklet interkommunalt samarbeid på feltet. Med innføringen av helse- og omsorgstjenesteloven ble det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester i hovedsak opphevet. Felles regel-

1 Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helsepersonelloven §§ 4 og 16

2 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e, lov om sosiale tjenester i NAV § 13

verk for tjenestene skal danne grunnlag for god samhandling mellom tjenestene i kommunen.

Samarbeidsformer og rolleavklaring tjenestene imellom bør avklares ut i fra lokale forhold. Det er vel så viktig å avklare samarbeidet internt i kommunen, som mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Et forsvarlig helse- og omsorgs-tilbud forutsetter i de fleste sammenhenger at kommunale aktører og tjenester samarbeider om tilbudet. Fastlegen er en sentral aktør for de fleste brukere, og en naturlig del av det kommunale arbeidet.

Se også Kapittel 6: Tjenester og aktører i lokalt psykisk helse- og rusarbeid.

» 7.2 SAMHANDLING MED IDEELLE OG FRIVILLIGE ORGANISASJONER

En rekke ideelle og frivillige organisasjoner tilbyr tjenester innenfor lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Mange av tjenestene drives i relasjon til det offentlige, og bidrar til økt kapasitet innenfor avrusning, kartlegging, behandling og oppfølging³. Andre tiltak forholder seg til brukerne utenfor behandlingsapparatet og de sosiale tjenestene, og dekker forhold som for folk flest ivaretas gjennom sosiale nettverk eller deltakelse på ulike arenaer i det sivile samfunn (159). Tiltakene supplerer de offentlige tjenestene og har fokus på sosiale nettverk, kompetansebygging, empowerment og økt mestring.

De frivillige organisasjonene inntar ulike roller og oppgaver i forhold til pasientforløpet, så samhandlingen med de frivillige og ideelle organisasjonene stiller store krav til kommunenes koordineringsfunksjon. Mange av tiltakene retter seg mot spesifikke målgrupper eller oppgaver, og vil således utgjøre en del av et helhetlig behandlingsforløp. God samhandling krever at kommunen har oversikt over frivillige og ideelle aktører lokalt og regionalt, og at frivillige tiltak inkluderes i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øvrig relevant planverk. Økt samhandling vil utvide kompetansen for alle parter.

» 7.3 SAMHANDLING MELLOM KOMMUNEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

God samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten styrker det lokale arbeidet. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike faglige tradisjoner, virkemidler og kompetanse, og kan sammen tilby et bredt spekter av tjenester og tilnæringsmåter.

God samhandling forutsetter likeverd mellom tjenestenivåene, både i teoretisk og praktisk tilnærming til feltet. Spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt definert hvordan problemene skal forstås, utredes og behandles. Økt samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten krever god dialog mellom tjenestenivåene. Interesse og respekt for hverandres kompetanse og faglige innsikt vil utvide kompetansen, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Brukernes kompetanse må inngå som en del av fagperspektivene, og begge tjenestenivåene må ta utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv.

Suksesskriterier for godt tverrfaglig samarbeid (157;158):

- Felles mål
- Forankring
- Avklare ulike kunnskapsgrunnlag
- Rolleavklaring
- Likeverdig deltakelse
- Jevnlig kontakt og kommunikasjon
- Dedikerte utøvere

³ Helsepersonelloven vil gjelde, jf. § 2

FOR MER INFORMASJON

Se: Helse og omsorgsdepartementets nasjonale veileder: Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Grensen mellom kommunal behandling og spesialisert behandling er ikke alltid skarp og entydig. Det kan være betydelige variasjoner i kompetanse og kapasitet mellom kommuner, og nærmere arbeids- og ansvarsdeling bør avklares lokalt.

4 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e

5 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

6 Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-4

7 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 fjerde ledd

7.3.1 PLIKT TIL Å SAMARBEIDE

Kommunen og regionalt helseforetak har ansvar for å tilrettelegge for samhandling og samarbeide internt i tjenestene, med andre tjenesteytere og med bruker- og pårørendeorganisasjonene⁴.

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket, eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer⁵. Avtalen skal blant annet omfatte enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Partene kan enten inngå en samlet avtale eller flere avtaler på ulike nivåer, eller områder av virksomheten. Samarbeidsavtaler må forankres på alle nivå. De regionale helseforetakene skal sende avtalen til Helse- og omsorgsdepartementet til orientering, slik at staten kan følge med på at alle kommuner og helseforetak inngår samarbeidsavtale⁶.

De lovfestede samarbeidsavtalene bør utformes slik at de ivaretar og sikrer nødvendige avklaringer på rus- og psykisk helsefeltet. Manglende helhetlig ansvarsavklaring kan gi et dårligere tilbud til brukerne. Det kan oppstå tvil om hvem som har ansvar for behandling, siden både kommunen og spesialisthelsetjenesten har et lovfestet ansvar for å sørge for behandling.

Grensen mellom kommunal behandling og spesialisert behandling er ikke alltid skarp og entydig. Det kan være betydelige variasjoner i kompetanse og kapasitet mellom kommuner, og nærmere arbeids- og ansvarsdeling bør avklares lokalt. Behandlingen må alltid være forsvarlig, og avklaringer av ansvar og oppgaver må hensynta dette kravet. Spesialisthelsetjenestene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern er organisert på ulike måter i helseforetakene. Noen foretak har rusbehandling fullt integrert i psykisk helsevern, andre har egne avdelinger for TSB. Det er også forskjell i hvor stor grad de regionale helseforetakene har inngått avtaler med private aktører om tilbudet innen TSB, og i hvor stor grad tilbudet drives av helseforetakene selv. Forskjellene gjør at den praktiske samhandlingen, fordelingen av ansvar og oppgaver og utformingen av tjenestene må tilpasses lokale forhold. Tilbudene må framstå slik at brukerne opplever at de to tjenestenivåene gir koordinerte og tilpassede tjenester. Spesialisthelsetjenesten skal understøtte, ikke erstatte, kommunale tjenester.

Grensene mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester vil følge av hva som til enhver tid defineres som spesialisthelsetjenester⁷. Dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient skal pasienten ikke henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter imidlertid at kommunen har den nødvendige faglige kompetanse og kapasitet slik at helsehjelpen kan utføres forsvarlig. Behandlingsretningslinjer og veiledere på spesifikke områder gir føringer for innholdet i tjenestene, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Gjennom samhandlingsreformen skal kommunene styrkes for å ivareta sitt ansvar for tjenester, diagnostikk og behandling. Kommunene bør, ut fra lokale forhold, vurdere egnede praktiske løsninger for arbeidsdeling og ansvarsforhold. Inter-kommunale løsninger og formalisert samarbeid mellom tjenestenivåene kan være aktuelle alternativer.

» 7.4 SAMHANDLINGSTILTAK PÅ SYSTEMNIVÅ

Tjenesteutvikling

Kommunen og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om tjenesteutviklingen⁸, og ikke utvikle tjenester uavhengig av hverandre. Tjenestetilbudet må organiseres slik at en unngår tjenestetomme rom, det vil si områder hvor det er stor risiko for å oppleve svikt i tilbudet. Tjenestene må ses i sammenheng og utvikles ut i fra en felles forståelse for hva som er behovene. En bør samarbeide og involvere hverandre i endrings- og utviklingsprosesser. Prosesser må være godt forankret, blant annet i samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

Regelmessige møter

God samhandling forutsetter løpende kontakt. Det bør etableres regelmessige møter hvor beslutningstakere fra både kommunene og spesialisthelsetjenesten drøfter strategier, praktisk samhandling og planlegger videreutvikling av tjenestene. Bruker- og pårørendeorganisasjoner bør inviteres med som rådgivere.

Rådgiving, veiledning og kompetanseoverføring

Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten⁹. Se også Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet om veiledningsplikten, som gir en nærmere avklaring av innholdet i denne plikten og eksempler på hvordan plikten kan oppfylles på ulike områder (160). Kommunene har ingen tilsvarende veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten, noe som kan hemme gjensidig og likeverdig kompetanseutvikling og overføring. Gjensidig rådgiving, veiledning og kompetanseoverføring bør være en sentral del av tjenestenes strategi for å møte brukere med rett kompetanse på begge tjenestenivå. Dette kan oppnås ved at kommunene blir invitert til undervisning og opplæring i regi av spesialisthelsetjenesten og omvendt.

Hospitering

Tjenestene bør gjennomføre praktisk samhandling. Godt tilrettelagt hospitering kan gi verdifull praktisk erfaring og forståelse for utfordringer i andre tjenester.

Hospitering kan foretas ved:

- *Konsultasjonsdager*, hvor ansatte i spesialisthelsetjenesten arbeider i kommunen, og påtar seg oppgaver som kommunen selv ber om
- *Felleskonsultasjoner*, hvor fastlegen eller andre ansatte i kommunehelsetjenesten sammen undersøker og behandler pasienter
- Kommunalt personell arbeider i spesialisthelsetjenesten i en periode, gjerne mens pasienten de har kontakt med er innlagt ved samme avdeling

Samhandlingsmetodene gir kommunen praktisk faglig støtte, uten at pasienten sendes mellom tjenestenivåene, mens spesialisthelsetjenesten får et bredere perspektiv på brukerens behov og livssituasjon. Kjennskap til hverandres tjenester som også oppnås gjennom samhandlingsmetodene, vil gi et bedre grunnlag for gode henvisninger.

Felles tjenestenettverk

Tjenestene bør, uavhengig av nivå, definere seg som del av et felles tjenestenettverk. Når tjenester ytes i sekvens, er det avgjørende at overgangene mellom

Eksempler på aktuelle tema og problemstillinger for samarbeid:

- Hvordan skal vi, i vårt lokalsykehusområde, gi gode tilbud til ruspåvirkede personer som trenger akutt hjelp, men ikke medisinsk avrusing?
- Hvordan kan vi sammen sørge for at personer med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser får gode akutt- og krise-tjenester hele døgnet?

8 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

9 Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3

tjenestenivåene er smidige. Ny henvisning og vurdering av rett til spesialisert helsehjelp bør ikke være nødvendig når begge nivåene er godt kjent med personen fra tidligere behandlingskontakt.

Tjenestene må være samstemte når de yter parallell behandling, for eksempel ved polikliniske tjenester og oppfølging i bolig. Brukerstyrte tilbud kan være en måte å løse dette på.

Se også kapittel 1 Brukeren som viktigste aktør og kapittel 6 Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid- og rusarbeid.

Bruker - og pasientforløp

Flere helseforetak har gode erfaringer med å definere standardiserte pasientforløp. Forløpene beskriver samhandling og fleksibilitet, avklarer ansvarsfordeling og forventninger til tjenestene. Bruker- og pasientforløp bør omfatte de kommunale tjenestene.

Arbeidet med bruker- og pasientforløp kan være et virkemiddel for å identifisere tjenestetomme rom. Forløpene må utvikles i nært samarbeid mellom brukernes representanter og ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Bruker- og pasientforløp bør ikke standardisere innholdet i behandlingen, ut over det basale. Tjenestene og innholdet i behandlingen må tilpasses den enkeltes behov. Brukeren, pårørende og samarbeidende personell må involveres aktivt i valg av behandlingsform for den enkelte. Det vil være svært uheldig om standardiserte pasientforløp ensretter tilbud, og hindrer reell brukermedvirkning.

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet er et viktig virkemiddel i samhandlingen mellom nivåene og mellom enheter innenfor samme tjenestenivå. Tilgjengelig personell med beslutningskompetanse i kommunen og reduserte ventetider i spesialisthelsetjenesten bidrar til god tilgjengelighet.

Se også kapittel 5 Tilnæringsmåter.

7.4.1 SAMHANDLINGSTILTAK PÅ INDIVIDNIVÅ

God samhandling og fordeling av oppgaver og ansvar i behandlingen av den enkelte bruker forutsetter at tjenesteutøverne møtes for å avklare hvem som skal gjøre hva. Behovet for koordinering må vurderes og avgjøres i hvert enkelt tilfelle.

Individuell plan (IP)

Brukere som trenger langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Individuell plan skal alltid ta utgangspunkt i brukerens egen oppfatning av problemene og hva han eller hun trenger for å kunne mestre utfordringene bedre.

Se mer om IP, koordinator og koordineringsfunksjoner i kapittel 1 Brukeren som viktigste aktør.

Kriseplan

Brukere som opplever tilbakevendende kriser som krever rask og kompetent intervensjon, bør få utarbeidet en kriseplan. Kriseplanen bør presisere varsel-

symptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes. Den bør være praktisk og konkret, med navngitte tjenesteytere og telefonnummer. Planen kan spesifisere samhandlingsmønsteret for krisesituasjoner ved å presisere når en skal involvere ansatte i henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kriseplan bør inngå i en individuell plan.

Ambulante tjenester

Ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten, hvor en arbeider sammen med brukeren i hjemmet eller der brukeren ønsker, åpner for andre arbeidsformer med mer vekt på praktisk problemløsning, brukerens hverdagsliv og mestring.

Arbeidsformen legger til rette for tett samhandling med kommunale etater og tjenester, og gjør det enkelt å fordele oppgaver og ansvar. Ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten understøtter, men erstatter ikke kommunale tilbud. Kommunale tjenester bør delta i planlegging og gjennomføring av ambulante tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Se mer om ambulante tjenester og samhandlingsteam i kapittel 5.5. Oppsøkende virksomhet på brukerens arena.

7.4.2 ARBEIDSDELING MELLOM KOMMUNALE TJENESTER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

Fordelingen av ansvar og oppgaver mellom kommune og spesialisthelsetjeneste vil variere, og må tilpasses lokale forhold. Arbeidsdelingen må være kjent og akseptert av partene. Uenighet må løses på lavest mulig nivå i forståelse med brukernes representanter, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Privat-praktiserende fastlegers ansvar og oppgaver bør inngå i samarbeidsavtalene. Samarbeidet med fastlegen må avklares før kommunen inngår avtale om fordeling av ansvar og oppgaver med spesialisthelsetjenesten.

Organisering i distriktpsikiatriske sentre (DPS) er en nøkkelstruktur i spesialisthelsetjenestens desentraliserte tjenester, og i samhandlingen med kommunale tjenester. DPS har allmennpsykiatriske oppgaver som hovedansvar, og det bør arbeides for at de også skal være en nøkkelstruktur i desentralisert tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (68).

Bruker - og pasientforløp må være tilpasset den lokale organiseringen av tjenestene. Utforming av forløp er en god anledning til å foreta nødvendige avklaringer av ansvars- og oppgavefordelingen på overordnet nivå.

Analyser av personer som benytter mange tjenester kan være til hjelp i fordelingen av oppgaver og ansvar. Felles undersøkelse av hvor det svikter i tilbudet kan gi tjenestenivåene en lik forståelse av hvordan samhandlingen og oppgavefordelingen bør være.

Bruk av videokonferanse som hjelpemiddel for å redusere avstand og tidsbruk kan være et supplement for å gi likeverdige tjenester, spesielt i de landsdelene hvor avstandene er store.

Kommunale tjenester bør delta i planlegging og gjennomføring av ambulante tilbud i spesialisthelsetjenesten.

e-helse er en samlebetegnelse for bruk av IKT i helsesektoren.

«Min helse» inneholder:

- Mine resepter
- Min fastlege
- Mine egenandeler
- Mine vaksiner
- Bestill helsetrygdkort
- Meld bivirkninger

FOR MER INFORMASJON

Helsedirektoratets nettside om Den nasjonale satsingen på e-helse
<http://www.helsedirektoratet.no/it-helse/Sider/default.aspx>

» 7.5 ELEKTRONISK SAMHANDLING (E-HELSE) SOM VIRKEMIDDEL

Elektronisk samhandling og bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren er et virkemiddel for å nå samhandlingsreformens mål. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) gir helse- og omsorgspersonell tilgang til rett informasjon til rett tid. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren medfører flere og nye kommunikasjonsformer for bruker, pårørende og ansatte i helse og omsorgssektoren.

Personer med psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer har ofte sammensatte behandlingsforløp hvor det er behov for lett tilgang til oppdatert informasjon og kompetanseutveksling mellom aktørene. IKT er et godt virkemiddel for å utveksle informasjon på en sikker og effektiv måte mellom aktører og nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Kravene til personvern og datasikkerhet ivaretas gjennom strategiene innen e-helse, jfr. Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren.

Regjeringens digitaliseringsprogram «På nett med innbyggeren» (2012) gir klare føringer for større satsninger på digitale tjenester i det offentlige.

www.helsenorge.no er en felles inngangsport til helse- og omsorgstjenesten på nett, hvor befolkningen får tilgang til kvalitetssikret informasjon om forebygging, sykdom, behandling, pasientrettigheter og kvalitet. Tilbud om selvbetjeningsløsninger er samlet på området «Min helse». Området kan utvides med flere selvbetjenings-tjenester, og gir blant annet mulighet for dialog med fastlegen og innsyn i egne helseopplysninger. Innbyggere i pilotområder får innsyn i egen kjernejournal via Min helse i 2013.

» 7.6 ANBEFALINGER

- Den praktiske samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, fordelingen av ansvar og oppgaver og utformingen av tjenestene må tilpasses lokale forhold. Lokale variasjoner må hensyntas. Felles utarbeidelse av bruker og pasientforløp og analyse av brukere/pasienter med omfattende tjenestebehov kan gi tjenestenivåene en felles forståelse for hvordan samhandling og oppgavefordeling bør være.
- Anbefalte samhandlingsmetoder bør benyttes for å gi kommunen praktisk faglig støtte og spesialisthelsetjenesten et bredere perspektiv på brukerens behov og livssituasjon, uten at pasienten sendes mellom tjenestenivåene.
- Spesialisthelsetjenesten skal understøtte, ikke erstatte, kommunale tjenester.
- Når den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal brukeren ikke henvises til spesialisthelsetjenesten.
- DPS bør i større grad bli nøkkelstruktur i en desentralisert spesialisthelsetjeneste for behandling av personer med rusproblemer/ rusavhengighet.
- Bedre tilgjengelighet til tjenesten kan oppnås gjennom reduksjon av ventetid til polikliniske konsultasjoner (dag og døgnopphold), og ved å sikre at personell med beslutningskompetanse til å tildele tjenester alltid er tilgjengelig i kommunen.
- Brukerstyrte tilbud og ambulante tjenester, hvor kommune og spesialisthelsetjenesten samhandler, bør videreutvikles.
- Tjenestene bør ta i bruk elektronisk kommunikasjon i videreutvikling av tjenester og arbeidsformer i tråd med de nasjonale e-helse satsningene.
- Ansatte bør informere brukere om mulighetene til å benytte nettbaserte tjenester.
- Sårbarhet ved samhandling, samhandlingsformer og samarbeid må tydeliggjøres i virksomhetens eget styringssystem (internkontrollsystem).





8

Kvalitet, kompetanse og tjenesteutvikling

Kapitlet angir tjenestenes forpliktelser og nasjonale forventninger til kvalitetsarbeidet og beskriver tilnæringsmetoder og tiltak som kan bidra til tjenester av god kvalitet.

Kvalitet, kompetanse og tjenesteutvikling

Kommunen og spesialisthelsetjenesten er pliktig å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet¹. Ansvarer gjelder ledere på alle nivåer i tjenestene. Kravet skal hindre unødig skade på pasient og bruker, og gi økt kvalitet i tjenestene. Tjenestene må arbeide systematisk for å ivareta brukernes og befolkningens behov, gitt økonomiske og personellmessige rammebetingelser i den enkelte kommune eller helseforetak. Den enkelte virksomhet må ha en systematisk tilnærming til egne og andres erfaringer i den jevnlige utviklingen av tjenestene.

» 8.1 KVALITET OG KVALITETSARBEID

Kvalitetsbegrepet er definert og omtalt i nasjonal strategiplan for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) «... og bedre skal det bli!» (161), «Nasjonal helse- og omsorgsplan» (162) og «Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet - trygge tjenester» (163) utdyper og presiserer nasjonale krav og forventninger til kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) trekker opp linjene for kvalitetsforbedringsarbeidet. I følge strategien innebærer god kvalitet at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Målene er konkretisert gjennom anbefalinger fra praksisfeltet (164), hvor følgende fire områder har særlig relevans for kvalitetsarbeidet på psykisk helse- og rusfeltet:

- Forbedre ledelse og organisasjon
- Styrke brukeren
- Styrke utøveren
- Følge med og evaluere tjenestene

Forbedre ledelse og organisasjon

Ledelsen bør iverksette og lede systematisk forbedringsarbeid. De største utfordringene oppstår ofte i overgangene fra en tjeneste til en annen, og forbedringsarbeidet bør gjennomføres på tvers av tjenestene. Gode styrings-

¹ helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a

systemer for samhandling, forbedringsarbeid og kunnskapshåndtering er en forutsetning for å kunne understøtte lokalt kvalitetsarbeid.

Styrke brukeren

Tjenestene skal involvere brukerne aktivt i egen behandling og i forbedring av tjenestene. Bruker- og pårørendeorganisasjonene er naturlige samarbeidspartnere. Det er plikt til å etablere systemer for innhenting av pasient- og bruker-erfaringer². Innhenting av brukererfaringer bør foretas på enkel og gjennomførbar måte, og brukeren bør spørres om forhold hvor det er mulig å gjøre endringer ut i fra tilgjengelige ressurser.

Styrke utøveren

Tjenesteutøvere bør ha god kompetanse på kvalitetsforbedring, og det bør avsettes tid og ressurser til kontinuerlig forbedringsarbeid. Systematisk erfaringsutveksling og refleksjon over praksis og gjennomføring av forbedringsprosjekter som involverer ulike faggrupper og nivåer, anbefales.

Følge med og evaluere tjenestene

Det bør innhentes nasjonale og internasjonale erfaringer med sikte på framtidige veivalg. Omfanget av «Følge med aktiviteter» på lokalt nivå bør vurderes.

Systematisk kvalitetsarbeid er en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenestene, og skal bidra til å gjøre arbeidet mer effektivt. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhetsarbeid skal inngå i virksomhetens internkontroll³. Lederne har ansvaret for å prioritere og lede arbeidet med å videre-utvikle og forbedre tjenestene og kvalitetsarbeid. Kvalitetsstrategiene kan forankres i tjenestene gjennom å utvikle en åpen og anerkjennende kultur som støtter læring, refleksjon og forbedring. God ledelsesforankring er avgjørende for å lykkes med å gjennomføre og vedlikeholde forbedringsarbeid.

» 8.2 METODIKK FOR KVALITETSFORBEDRING

Kvalitetsarbeidet bør gi grunnlag for systematisk, gradvis videreutvikling av tjeneste-tilbudet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten beskriver en konkret metodikk i fem faser for kvalitetsforbedring på systemnivå gjennom å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Beskrivelsen er nyttig i planlegging og gjennomføring av kvalitetsarbeid. De fem fasene er forberedelse, planlegging, utføring, kontroll og evaluering og standardisering og oppfølging av ny praksis.

Forberedelse

Forberedelsesfasen beskriver hvordan brukerne kan delta i prosessen med å erkjenne tjenestens behov for forbedring, klargjøre kunnskapsgrunnlag og verdier som skal styre forbedringsarbeidet og angi hvordan arbeidet bør forankres og organiseres.

Metodikken kan gjennomføres ved å invitere flere brukerrepresentanter inn i arbeidsgrupper eller ved bruk av fokusgrupper og dialogkonferanser hvor en involverer mange brukere. Organiserte prosesser som fanger opp avvik, uhell og bekymringsmeldinger erkjenner behovet for kvalitetsforbedring. Målet er å lære, ikke å straffe enkeltpersoner eller miljøer.

Ledelsen bør iverksette og lede systematisk forbedringsarbeid.

² Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd

³ Forskrift av 20.12.2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten



Planlegging

Planleggingsfasen omfatter å sette mål, utvikle måleverktøy, kartlegge nåværende praksis, planlegge forbedret praksis og finne forbedringstiltak. Allmenne tilsynserfaringer kan også benyttes til å speile egen virksomhet, ved å vurdere egne tjenester i lys av kravene som stilles ved tilsyn (sårbarhetsanalyse) (14). Virksomhetene bør stimulere til sårbarhetstenkning og analyse i egne tjenester. Medarbeiderne bør inkluderes i arbeidet, herunder til å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

God planlegging øker sannsynligheten for å lykkes i utføringsfasen og evalueringsfasen. Målene bør være SMARTE dvs. Spesifikke, Målbare, Ansporende, Realistiske, Tidsbestemte og det bør være Enighet om målene. Effekt er et sentralt kvalitetselement ved en tjeneste, og effektmålet må oppleves som viktig for den enkelte bruker eller for en brukergruppe.

Utføring

I utføringsfasen iverksettes tiltakene. Løsninger som har størst mulighet til å lykkes, bør prioriteres. God informasjon og opplæring av alle involverte bør gis før oppstart. Gjennom bruk av endringslogg og sjekklister kan endring og utvikling følges systematisk.

Kontroll og evaluering

I den fjerde fasen kontrolleres og evalueres måloppnåelse, og hvorvidt det er behov for ytterligere forbedringer. Evaluering av tjenestene bør dokumentere effekt av innsatsen på individ- og systemnivå. Brukerne må involveres, da de kan ha andre kvalitetsvurderinger enn ansatte (165). Fasen er viktig for å få bedre kunnskap om målgruppens erfaring med tilbudet som grunnlag for videreutvikling av tjenestetilbudet.

Metoden «Bruker Spør Bruker» (166) er et godt alternativ til standardiserte bruker-undersøkelser. En «Bruker spør Bruker» undersøkelse gjennomføres i to trinn, hvor prosessleder (intervjuer) har brukererfaring. Det foretas først intervjuer med brukere og ansatte som danner en baseline for det videre arbeidet. Deretter arrangeres en dialogkonferanse eller en workshop, hvor brukere og representanter for tjenesten møtes. Formålet er å finne fram til en felles forståelse av materialet som er fram-kommet under intervjurunden, og vurdere tjenesteutvikling og kvalitetsforbedringsarbeid ved tjenestestedet i lys av dette.

Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) (167), som anvendes i spesialisthelse-tjenesten og i de kommunale tjenestene på individnivå og i gruppetilbud, benytter effektmål i brukerbehandlingen. KOR gir systematiske tilbakemeldinger fra klienten om nytten av behandlingen og av terapiprosessen, og kan benyttes uavhengig av behandlingsmetode. Hvis behandlingen etter en viss tid ikke har effekt, skiftes behandler og/eller metode. Effekten av KOR er dokumentert (168).

Standardisering og oppfølging av ny praksis

I den femte og avsluttende fasen standardiseres og følges ny praksis opp. For å sikre at effektene av kvalitetsforbedringsarbeidet ikke forvitrer over tid, bør det gjennomføres evalueringer 1-2 ganger i året. Det er et lederansvar å sikre at resultatene følges opp og benyttes i videre forbedringsarbeid.

» 8.3 KOMPETANSE OG KOMPETANSEKRAV

Tjenestene skal medvirke til undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning for å sikre god kvalitet i tjenestene⁴. Forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven understreker at tilstrekkelig fagkompetanse skal sikres i tjenestene⁵. Mangelfull og lite planmessig kompetanseutvikling kan ha konsekvenser for både kvalitet og forsvarlighet i tjenestene.

8.3.1 GRUNNLEGGENDE KRAV TIL KOMPETANSE

Sammensatte årsaksforhold og stor variasjon i grad av rusmiddelavhengighet og psykiske problemer stiller store kompetansekrav. Psykisk helsefeltet og rusfeltet krever en flerfaglig tilnærming. Ingen enkelt faggruppe vil kunne utvikle nødvendig dybdekunnskap på alle kunnskapsfeltene.

Tjenesteutøvere som yter allmenne tjenester til personer med rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer bør ha et visst nivå av kompetanse på rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. I tillegg vil det være behov for personell med særskilt kompetanse om rus- og psykiske helseproblemer på flere områder. Det gjelder også grunnleggende kompetanse på vold og traumer, inkludert forebygging av selvmord og selvskading, samt vold i nære relasjoner. Det innbefatter å ha kompetanse på hva en kan selv, og når en bør koble andre på.

Helse- og omsorgstjenesteloven slår fast profesjonsnøytralitet som prinsipp for utøvelse av de fleste helse- og omsorgsoppgavene, samtidig som tjenestene innehar ulike profesjoner og yrkesgrupper. Det bør legges til rette for at faggruppens spesielle kompetanse supplerer og utfyller hverandre i tjenesteutviklingen.

Tjenesteutøvere som arbeider med personer med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet bør ha tilstrekkelig kompetanse til å forstå helheten i problematikken, men bare flerfaglige arbeidsfellesskap kan samlet rå over den dybdekunnskapen som er nødvendig. Flerfaglige arbeidsfellesskap uten enfaglig dominans er den beste garantien for at den enkelte fagpersonen blir trygg på egen spesialkompetanse og er villig til å dele den med andre.

Tjenestene bør ha oversikt over nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, og hvilke kompetansekrav som stilles til tjenestene. For noen kommuner kan det være nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å tilfredsstille kompetansekravene.

8.3.2 KOMPETANSEELEMENTER OG KUNNSKAPSBEHOV

I kapittel 5 Tilnæringsmåter, identifiseres individuelle og organisatoriske felles-faktorer som sentrale kompetanseelementer. Kompetansen bør omfatte:

Etikk, verdier og holdninger

Studier viser at brukerne oppfatter tjenesteutøvere som formidler håp, deler makt, er tilgjengelige og villig til å strekke grensene, som profesjonelle utøvere (169).

Psykisk helsefeltet og rusfeltet krever en flerfaglig tilnærming. Ingen enkelt faggruppe vil kunne utvikle nødvendig dybdekunnskap på alle kunnskapsfeltene.

4 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 8 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-5

5 Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav d), spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

Kompetansebehov i lokalt psykisk helse og rusarbeid

- **Sosialfaglig og samfunnsvitenskapelig kompetanse**
 - er nødvendig for å forstå de sosiale, kulturelle og økonomiske sidene ved avhengighet og psykiske lidelser
 - for å bygge den sosiale, kulturelle og økonomiske kapitalen som er nødvendig for å redusere eller mestre problemer
- **Helsefaglig kompetanse**
 - er nødvendig for å behandle og lindre rusmiddelproblemer og somatiske og psykiske helseproblemer
- **Medisinsk og nevro-psykologisk kompetanse**
 - er nødvendig for å identifisere og behandle de nevrobiologiske og nevrokognitive følgene av rusmiddelmisbruk/avhengighet og psykiske lidelser
- **Medisinsk og psykiatrisk kompetanse**
 - er nødvendig for å identifisere, diagnostisere og behandle psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, samt gjennomføre somatiske undersøkelser og styre medikamentell behandling

Relasjonskompetanse og relasjonsferdigheter

Relasjonskompetanse innebærer blant annet å være seg selv i yrkesrollen og ha et bevisst forhold til hvordan egne personlige særtrekk innvirker på relasjonen. Psykoterapeutisk terapi, læringsteori, nettverksteori og recoverytradisjonen er kunnskapstradisjoner som har bidratt i utviklingen av relasjonsarbeidet innen lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Evne til å identifisere og forstå problemet

Problemidentifikasjon bør skje i samarbeid med brukeren og sammen med familie og nettverk. De lokale tjenestene bør inneha kompetanse til å identifisere og forstå bredden i problemets form og innhold.

Evne til å finne ressursene

Forhold utenfor terapiene har størst betydning for bedringsresultatet (95). Brukerens omgivelser kan både fungere støttende og begrensende i bedringsprosesser (170). Evne og kompetanse i å finne og anvende positive ressurser kan være avgjørende for bedringsutfall.

Metodekompetanse

Det finnes et stort antall metodiske tilnærminger innen psykisk helse og rusfeltet. ROP-retningslinjene angir metodebredden til å omfatte kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju, psykoedukative tiltak og tilbakefallsforebygging, og viser til anbefalte behandlingsmetoder for de ulike psykiske lidelsene. Klinikere bør beherske ulike behandlingsmetoder og tilnærminger. Tilsvarende bør det enkelte fagmiljø tilby eller samarbeide med andre om å tilby et utvalg av forskjellige tilnærminger, som for eksempel nettverksterapi, familierapi, psykoedukasjon, medikamentell terapi, psykodynamisk terapi og kognitive metoder, for å kunne bistå brukere med ulike behov og ønsker.

Ferdigheter når det gjelder samhandling

Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser eller rusproblemer gis fra mange instanser og faggrupper med ulike kulturer og rutiner for saksbehandling, møter, problemforståelse, arbeidsformer mv. Utøverne bør samarbeide om tjenestetilbudet. God systemkompetanse og felles refleksjon rundt problemstillinger kan være en nøkkel i det tverrfaglige av arbeidet.

Minoritetshelsekompetanse og kompetanse på språk og andre kulturer

Både kommuner og spesialisthelsetjeneste bør tilrettelegge for kultursensitiv og språklig tilpasset behandling. Det gjelder for den samiske befolkning og for en økende andel innbyggere med ulik bakgrunn. Behovet for minoritetskompetanse tiltar. Behandlingen av psykiske problemer må unngå «kulturtolking», og å se årsakssammenhenger mellom problem og etnisk bakgrunn. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013 - 2017 « Likeverdige tjenester - God helse for alle» legger til rette for økt kompetanse om innvandrergrupperes spesielle helseutfordringer, og om kulturelle og språklige utfordringer som opptrer i møtet mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og helse- og omsorgstjenesten (171).

Se også kapittel 6 Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Fagkompetanse

Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid bygger på en sosialfaglig, helsefaglig, medisinsk, psykiatrisk, psykologisk og omsorgsfaglig kompetanse og tilnærming.

» 8.4 KOMPETANSEUTVIKLING

Kompetanseutvikling er både et individuelt ansvar og et virksomhetsansvar⁶.

Kommunen kan via kompetansekartlegging identifisere virksomhetens generelle og spesielle kompetanse på rus- og psykisk helseområdet. Kartleggingen vil avdekke eventuelle kunnskapsmangler, og gi grunnlag for å analysere og planlegge framtidig kompetansebehov. Strategisk kompetanseheving er et lederansvar, som må styres ut i fra virksomhetens samlede kunnskapsgrunnlag. Det bør utarbeides kompetanseplaner som angir ansvar, tidsperspektiv, ressursbehov og gjennomføring. Rekruttering, videre- og etterutdanning, kollega-veiledning, faglige nettverk og hospitering er eksempler på tiltak som kan inngå i planen. Bruk av samarbeids-arenaer for å utveksle erfaring, kunnskap og kompetanse, hvor både forskning og praksiseksempler inngår, kan være nyttig (172).

8.4.1 FAG- OG TJENESTEUTVIKLING

Lovverk, nasjonale reformer, retningslinjer og veiledere er virkemidler som skal sikre innbyggere et likeverdig tjenestetilbud. Kravet om likeverdighet krever tilpasninger av tjenestene til lokale behov og forutsetninger basert på kunnskap om lokale problemer og ressurser. Tjenestene bør utnytte lokale ressurser til lokalbasert og innovativ tjenesteutvikling til beste for brukere, til inspirasjon for tjenesteutvikling andre steder og i videreutvikling av nasjonale rammevilkår, retningslinjer og veiledere. Frivillig sektor kan også være en naturlig samarbeidspartner i dette arbeidet.

Kommunen og den lokale spesialisthelsetjenesten bør sammen framstå som aktiv kunnskapsprodusent og vurdere hvordan man som ledd i kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling kan delta i forskning og fagutvikling.

Kompetansebehov i lokalt psykisk helse og rusarbeid (forts)

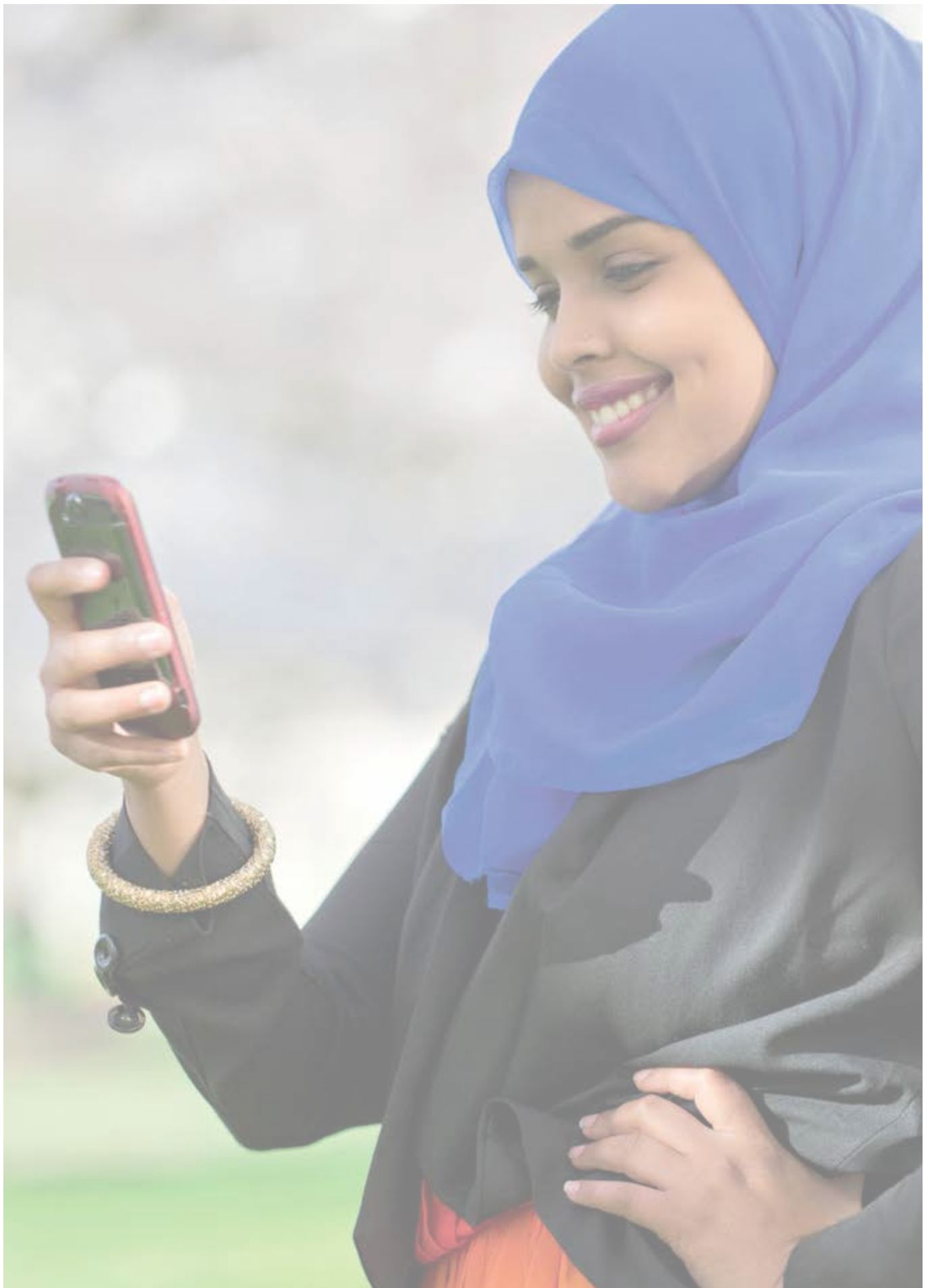
- **Psykologisk kompetanse**
 - er nødvendig for å identifisere, diagnostisere og behandle psykiske vansker og lidelser, samt utvikle motivasjon for endring

⁶ Helsepersonelloven §§ 4 og 16

» 8.5 ANBEFALINGER

- Kvalitetsarbeid må være en viktig og integrert del av et systematisk arbeid med å sikre og forbedre tjenestene.
- Brukeres erfaringer skal anvendes aktivt i kvalitetsarbeidet sammen med tjenesteutøvernes faglige kunnskap og deres erfaringer fra det daglige arbeidet⁷.
- Virksomheten bør stimulere til sårbarhetstenkning og analyse i egne tjenester, og medarbeiderne bør inkluderes i arbeidet.
- Allmenne tilsynserfaringer kan benyttes til å speile egen virksomhet.
- Den enkelte virksomhet må ha en systematisk tilnærming til egne og andres erfaringer i den jevnlige utviklingen av tjenestene.
- Tjenestene bør legge stor vekt på gode prosesser for kvalitetsarbeid og kompetanseutvikling som nøkkelledd i utviklingen av tjenesten, og som bidrag til godt arbeidsmiljø.
- Bemanningsplanlegging må sørge for tilstrekkelig kvalifisert personell sett i forhold til de faglige utfordringene som virksomhetens tjenestemottakere utgjør.

⁷ helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-10





Lovgrunnlaget

Kapittelet redegjør for noen hovedpunkter i lovgrunnlaget for helse- og omsorgstjenestene. Hovedfokus er kommunenes og de regionale helseforetakenes lovpålagte sørge-for-ansvar for tjenester, med særlig vekt på ansvaret for å yte tjenester til personer med psykiske problemer eller lidelser og/eller rusmiddelproblem.

En hovedmålsetning for helse- og omsorgstjenestene er at befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige tjenester, uavhengig av diagnose, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven er sentrale tjenestelover som skal bidra til dette. Andre lover som er relevante for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid er blant annet lov om sosiale tjenester i NAV, lov om psykisk helsevern, folkehelseloven, tannhelse-tjenesteloven, smittevernloven og sprøyteromsloven.

Lovgrunnlaget

» 9.1 HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) trådte i kraft 1.1.2012. Loven følger opp Samhandlingsreformen, og innebærer en harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Tjenester som tidligere var regulert i sosialtjenesteloven eller i kommunehelse- og omsorgstjenesteloven, er nå helse- og omsorgstjenester med felles regler i helse- og omsorgstjenesteloven. Det overordnede formålet med et harmonisert regelverk er å legge til rette for et felles verdigrunnlag, bedre samhandling, større tværfaglig samarbeid og helhetlige løsninger i kommunene og med andre tjenester.

Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester¹. Dette overordnede ansvaret for å «sørge-for» tjenester innebærer at kommunen har et ansvar for å gjøre tjenestene tilgjengelige for dem som har rett til å motta tjenester. Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift².

Oppholdsprinsippet er lagt til grunn både for ansvaret om å yte tjenestene, og ansvaret for å finansiere tjenestene³. For å understreke kommunens ansvar for personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer, er dette ansvaret presisert i loven⁴. Å sørge for tjenester til disse pasient- og brukergruppene er en integrert del av kommunens plikt til å yte helse- og omsorgstjenester.

Loven tydeliggjør kommunens virksomhetsansvar for å tilby forsvarlige tjenester⁵. Kravet fremhever at tjenestene skal være helhetlige og koordinerte, verdige, og at tilstrekkelig fagkompetanse må sikres i tjenestene.

Også ansvaret for det helsefremmende og forebyggende arbeidet er tydeliggjort i helse- og omsorgstjenesteloven⁶. Kommunen har ansvar for å forebygge både somatiske, psykiske og rusrelaterte problemer. Det er ikke tilstrekkelig med en rent helsefaglig eller medisinsk tilnærming. Kommunen må også sikre en sosialfaglig og helhetlig tilnærming. Den må sikre nødvendig samarbeid med andre tjenester⁷, og inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak eller helseforetak⁸.

1 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd

2 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd

3 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 11

4 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd

5 Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1

6 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3

7 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4

8 helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven angir primært rammene for kommunens ansvar⁹. Kommunen kan i stor grad selv organisere sine tjenester på en måte som sikrer den enkelte en helhetlig helse- og omsorgsfaglig vurdering, og en individuell oppfølging og behandling. Hvilke tjenester kommunen plikter å gjøre tilgjengelig for befolkningen vil følge av en tolkning av begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» i § 3-1 første ledd og de øvrige bestemmelsene i kapittel 3. For å definere og tydeliggjøre begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» inneholder særlig § 3-2 en nærmere angivelse av de oppgaver som typisk faller inn under kommunens lovpålagte sørge-for-ansvar¹⁰. Kommunens plikt til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester må også ses i sammenheng med forsvarlighetskravet¹¹ og den individuelle retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester som følger av pasient- og brukerrettighetsloven¹².

Kommunens plikt til å tilby eller yte tjenester til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer, gjelder alle typer tjenester etter loven. Kommunens ansvar for tjenester innebærer et likeverdig ansvar for alle pasient- og brukergrupper. Loven er i all hovedsak profesjonsnøytral. Tjenester til personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer kan ytes av ulike profesjoner, innenfor kravet til faglig forsvarlighet.

» 9.2 SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN

Spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft 1.1.2001. Innføring av helse- og omsorgs-tjenesteloven medførte endringer i spesialisthelsetjenesteloven og en rekke andre lover.

Spesialisthelsetjenesteloven regulerer spesialisthelsetjenestens plikt til å sørge for nødvendig spesialisthelsetjeneste¹³. Ansvaret omfatter alle pasientgrupper, herunder personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer.

De regionale helseforetakenes ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er presisert i spesialisthelsetjenesteloven¹⁴. TSB krever tverrfaglig tilnærming med bidrag fra ulike faggrupper. Psykisk helsevern er regulert i egen lov om psykisk helsevern¹⁵. Tjenestene som ytes må alltid være i samsvar med faglig forsvarlighet¹⁶.

» 9.3 FORHOLDET TIL ANNEN HELSE- OG OMSORGSLOVGIVNING

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven er pliktlover eller såkalte tjenestelover som omhandler det offentliges plikter til å tilby tjenester. Retten til å motta slike tjenester reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven. Loven gir rettigheter til både pasienter¹⁷ og brukere¹⁸.

Andre sentrale lover er helsepersonelloven, helseregisterloven, lov om statlig tilsyn og forvaltningsloven. Felles for lovene er at de gjelder både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Personellets yrkesutøvelse er regulert i helsepersonelloven. Det er presisert i

Kommunens plikt til å tilby eller yte tjenester til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer, gjelder alle typer tjenester etter loven.

9 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

10 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd

11 Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1

12 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a

13 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1

14 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr. 5

15 Lov om psykisk helsevern av 1.1.2001

16 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

17 Se definisjon i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav a

18 Se definisjon i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav f

helse- og omsorgstjenesteloven at helsepersonelloven gjelder for alt personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven¹⁹. Dette innebærer at både helse- og omsorgspersonell (inkludert sosialpersonell) er omfattet av helsepersonellovens bestemmelser, med mindre det er gjort særskilt unntak. Personellet har en rekke plikter i medhold av helsepersonelloven. Blant annet gjelder dette plikt til forsvarlig yrkesutøvelse, veiledningsplikt, opplysningsplikt, meldeplikt, taushetsplikt og journalføringsplikt. Unntak fra journalføringsplikt er gjort for visse grupper²⁰.

» 9.4 KLAGE- OG TILSYNSORDNING

Reglene om klage på helse- og omsorgstjenester er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven²¹. Mottakere av helse- og omsorgstjenester har adgang til å klage over både manglende oppfyllelse av materielle rettigheter og manglende oppfyllelse av prosessuelle rettigheter. Klagen skal sendes til den som har truffet vedtaket eller avgjørelsen.

Fylkesmannen er felles klageinstans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fylkesmannen er også tilsynsmyndighet. Statens helsetilsyn har det overordnede klage- og tilsynsansvaret for tjenestene²².

» 9.5 OFTE STILTE SPØRSMÅL

Har kommunen ansvar for personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer?

Også tidligere kommunehelsetjenestelov ga kommunen ansvar for disse brukergruppene, men i helse- og omsorgstjenesteloven er brukergruppene nevnt eksplisitt²³. Kommunens ansvar for psykisk helsetjeneste og rustjeneste er omhandlet i eget punkt i lovproposisjonen²⁴. Kommunens ansvar når det gjelder disse brukergruppene er dermed helt klargjort.

Har kommunen ansvar for utredning, diagnostisering og behandling av personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer?

Helse- og omsorgstjenesteloven fastslår at kommunen har ansvar for utredning, diagnostisering og behandling²⁵. Sammenholdt med lovens presisering av ansvaret for personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer²⁶, gir loven kommunen et klart ansvar for utredning, diagnostisering og behandling av disse brukergruppene. Dette omfatter personer med ruslidelser og psykiske lidelser. Ved behov skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten. Kommunen har et oppfølgingsansvar både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen må være helhetlig og forsvarlig, og omfatte nødvendig samarbeid med andre tjenester og aktører. For eksempel vil dette gjelde etter utskrivning fra institusjon i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med kommunen om en forsvarlig oppfølging av pasienten. Se også direktoratets sjekklister med anbefalte spørsmål knyttet til pasienten og videre oppfølging før utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern²⁷.

Hvilken plikt har kommunen til sosialfaglig arbeid?

Ansvaret for sosialfaglig arbeid og sosiale tjenester er videreført som plikter

19 Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1

20 FOR-2011-12-16-1393 Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 2

21 Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7

22 Lov 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m (helsetilsynsloven)

23 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd

24 Prop. 91 L punkt 15.5.8, s.187-189

25 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 4

26 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd

27 Sosial- og helsedirektoratet Rundskriv IS-17/2004 Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern

for kommunen, også etter harmoniseringen av helse- og sosiallovgivningen i 2012. Dette er gjort på den måten at de kommunale oppgavene og tjenestene som tidligere fremkom av sosialtjenesteloven er innlemmet i helse- og omsorgstjenesteloven. Ansvarer refererer seg nå til fellesbegrepet helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter både pleie- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Det er understreket i lovens forarbeider at begrepet helse- og omsorgstjenester ikke skal innsnevre forståelsen av det sosialfaglige arbeidet. Det sosialfaglige arbeidet er også fremhevet i formålsbestemmelsen i loven. I tillegg er sosialbegrepet benyttet i flere av bestemmelsene i kapittel 3 om kommunens ansvar for tjenester. Det juridiske begrepet «sosiale tjenester» er imidlertid forbeholdt lov om sosiale tjenester i NAV. Denne loven regulerer ulike sosiale tjenester som ligger til NAVs ansvarsområde, og som ble utskilt fra sosialtjenesteloven i 2010.

Hva ligger i kommunens ansvar for oppfølging i bolig?

Kommunen har plikt til å sørge for nødvendige oppfølgingstjenester i bolig. Aktuelle tjenester er blant annet råd og veiledning, helsetjenester i hjemmet, og personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring²⁸. Disse tjenestene vil for eksempel ytes fra hjemmetjenesten, herunder hjemmehjelp og hjemmesykepleie, eller fra psykisk helsetjeneste, rustjeneste eller øvrige helse- og omsorgstjenester.

Det er den enkeltes individuelle behov som er utgangspunktet for hvilke typer tjenester kommunen skal yte i bolig. Det kan dreie seg om behov for en enkelt type tjeneste, eller behov for en rekke ulike og samtidige tjenester. Det sosialfaglige arbeidet er en sentral del av kommunens ansvar for oppfølging i bolig.

Når gjelder forvaltningslovens regler om enkeltvedtak?

Forvaltningsloven kapittel IV og V om forberedelse, utforming og underretning om enkeltvedtak gjelder som hovedregel ikke for vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2²⁹. For eksempel vil en konsultasjon hos fastlegen og utarbeidelse av IP ikke omfattes av forvaltningslovens regler om enkeltvedtak.

Reglene gjelder imidlertid for vedtak om bestemte tjenester hvis hjelpen forventes å vare lenger enn to uker³⁰. Dette er et sentralt unntak fra lovens hovedregel, og medfører krav om enkeltvedtak for følgende tjenester: helse- tjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon, avlastnings- tiltak, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse. For eksempel vil booppfølgingstjenester kunne omfatte «personlig assistanse» og/eller «helsetjenester» i hjemmet», og derved kreve enkeltvedtak når tjenestene forventes å vare lenger enn to uker.

Hvem har ansvar for å skaffe boliger til vanskeligstilte?

NAV-kontoret har plikt til å skaffe midlertidig botilbud til den enkelte³¹. NAV-kontoret skal også medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet³². Tilsvarende har også helse- og omsorgstjenesten i kommunen et ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte³³.

Hvilken rett har den enkelte til helse- og omsorgstjenester fra kommunen?

Rettighetsbestemmelsene er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Pasient- og brukerrettighetsloven gir rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendige

Booppfølgingstjenester vil kunne omfatte «personlig assistanse» og/eller «helse- tjenester i hjemmet», og derved kreve enkeltvedtak når tjenestene forventes å vare lenger enn to uker.

28 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2

29 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd

30 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd

31 Lov om sosiale tjenester i NAV § 27

32 Lov om sosiale tjenester i NAV § 15

33 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7

helse- og omsorgs-tjenester fra kommunen³⁴. Loven gir også rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten³⁵. Pasient og bruker har krav på nødvendig hjelp av forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller omsorgsfaglig vurdering av behov³⁶. Omfang og nivå på tjenestene beror på en konkret vurdering i det enkelte tilfellet.

Hvilken adgang har kommunen til å vektlegge økonomiske hensyn ved tildeling av tjenester?

Rettskravet på nødvendige helse- og omsorgstjenester er ikke ubegrenset. Hjelpen må være nødvendig, og det må ligge innenfor kommunens muligheter å yte den. Behovet til den enkelte vil måtte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser.

Selv om det foreligger en viss ressursbegrensning i kommunens plikt til å tilby tjenester, vil kommunen aldri kunne gå under den norm som følger av forsvarlighetskravet i det enkelte tilfellet («Fusa-dommen»(173)). Dette er et minstekrav som kommunen ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi.

Det er en forutsetning at behov for nødvendig helsehjelp som krever annen kompetanse enn den kommunen kan eller skal tilby, henvises til spesialisthelsetjenesten.

Vil rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester gi rett på en bestemt type tjeneste fra kommunen?

Selv om en person har rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester³⁷, betyr ikke det at vedkommende har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen. Det er kommunen som må vurdere, og i utgangspunktet beslutte, hva slags hjelp som skal tilbys ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. Slik sett kan en kommune fatte vedtak om tilbud om helsetjenester i hjemmet, fremfor tildeling av plass i institusjon, under forutsetning av at det innebærer et forsvarlig tilbud. Tjenestene må alltid sikre den enkeltes rett til brukermedvirkning³⁸.

Hva vil være et forsvarlig tjenestetilbud?

Om et tilbud kan betegnes som forsvarlig vil bero på en helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering i det enkelte tilfellet. For eksempel: Hvis plass i institusjon er eneste alternativ for at hjelpen er å anse som forsvarlig i det konkrete tilfellet, vil vedkommende pasient eller bruker ha et rettskrav på opphold i institusjon.

Kommunens plikt til å tilby visse tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3, særlig § 3-2 første ledd, vil være veiledende for hva en person med rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester kan forvente av tilbud fra kommunen.

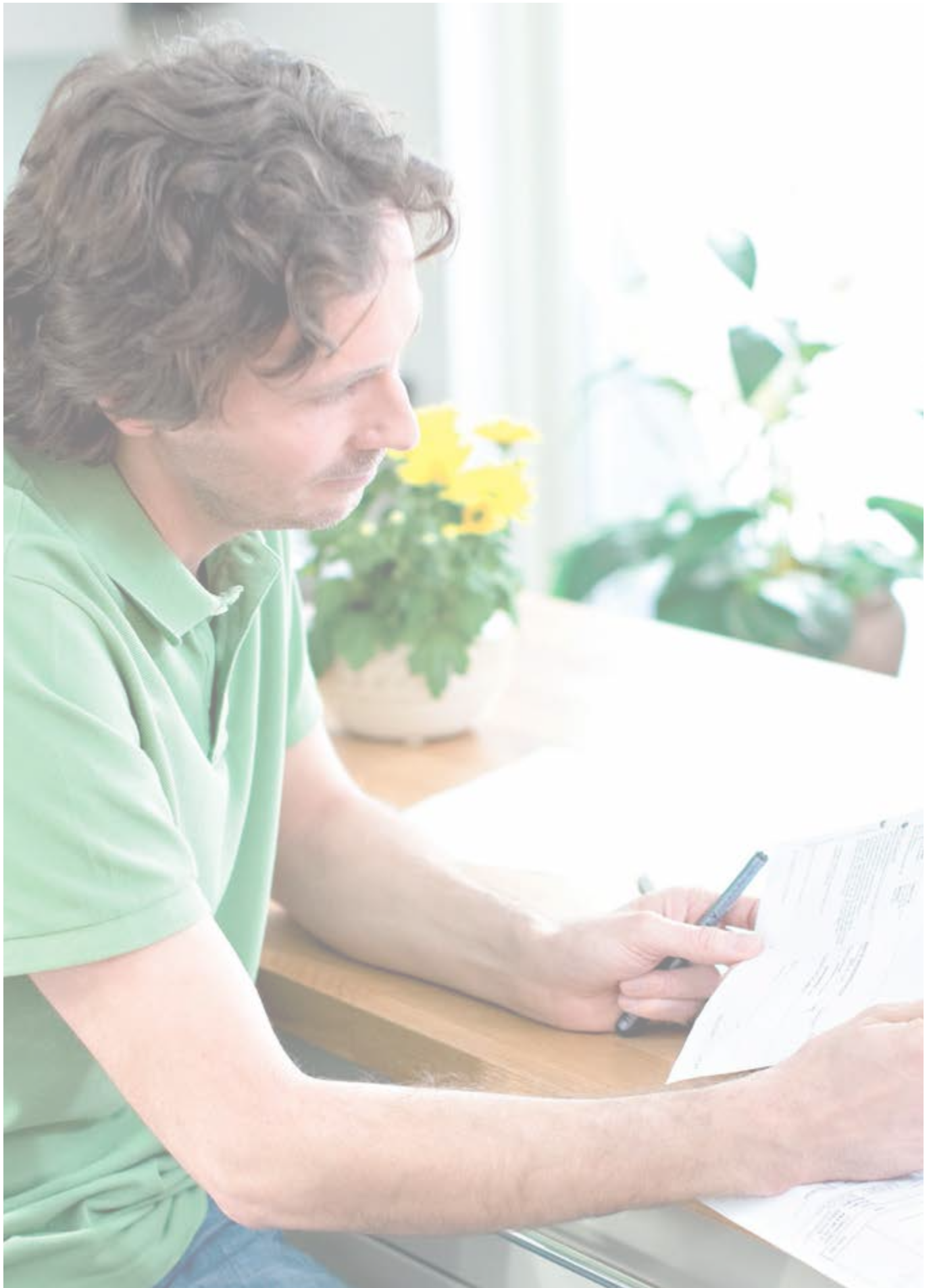
34 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd

35 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b

36 Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2

37 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a

38 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1



... 400
... 2KR. BILLIARDE

...

...
• Papp
• Lask
• Firs
• Ham
• Öl





10

Vedlegg

Kapittelet er ment å lette oversikten over viktige områder, som kan inspirere til kontakt og ny kunnskap.

Vedlegg 10.1

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innen psykisk helse og rus

Vedlegg 10.2

Kunnskaps- og kompetansesentre

Vedlegg 10.3

Bruker- og pårørendeorganisasjoner

Vedlegg 10.4

Oversikt over sentrale aktører og tjenester i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid

Vedlegg

» 10.1 VEDLEGG: NASJONALE FAGLIGE RETNINGSLINJER OG VEILEDERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Nasjonale faglige retningslinjer inneholder anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging av pasient-, bruker eller diagnosegrupper innenfor helse- og omsorgstjenestene. Retningslinjer skal som faglig normerende langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Vesentlig avvik fra anbefalt praksis bør være basert på en konkret og begrunnet vurdering, og nedfelles i journal eller lignende.

Nasjonale faglige veiledere omtaler og beskriver et fagområde på et generelt og overordnet nivå, men kan også inneholde råd og anbefalinger for håndtering av spesifikke tilstander innen dette fagområdet. Formålet er å stimulere til videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet.

Helsedirektoratet er eneste aktør med mandat til å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-5. Alle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere kan lastes ned på www.helsedirektoratet.no/publikasjoner

Retningslinjer

1. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1561.
2. Veiviser i møte med helsepersonell: informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1832.
3. Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1925.
4. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser: sammensatte tjenester - samtidig behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948.
5. 10 viktige anbefalinger du bør kjenne til. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-0352.
6. Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1876.
7. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1701.
8. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1511.
9. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1957.
10. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1580.

Veiledere

1. Fra bekymring til handling: en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1742.
2. Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1362.
3. Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2022.
4. Veileder for registrering i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB): rapportering til Norsk pasientregister. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. rev. utg. IS-1787.
5. Distriktpsikiatriske sentre: med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1388.
6. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1971.
7. Psykisk helsevern for voksne. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1582.
8. Prioriteringsveileder: tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2043.
9. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1810.
10. Etter selvmordet: veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1898.
11. Pårørende - en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1512.
12. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1570.
13. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. IS-1405.
14. Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering og organisering. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1896.
15. Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1972.
16. Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1040.
17. Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.

Retningslinjer og veiledere under arbeid og planlegging:

- Retningslinje ADHD (revisjon fra veileder for diagnostisering og behandling av AD/HD til retningslinje)
- Veileder for tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige, jf. helse- og omsorgsloven §§10-10-10-4
- Retningslinje for avrusing fra rusmidler og vanedannende legemidler
- Retningslinje for tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Retningslinje for utredning og behandling av spiseforstyrrelser
- Retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT)
- Veileder for av opioider i behandling av langvarige ikke-maligne smerter, revisjon (IS-2077)
- Veileder for rusmestringsenheter i fengsel
- Veileder om organsiering og videreutvikling av tjenester for forebygging, utredning og behandling av eldre med psykiske lidelser, Helsedirektoratet, (IS-2099)
- Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner
- Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester (IS 1512) som omfatter rusfeltet.
- Råd for organisering og praksis i ambulante akutteam (IS-1388, supplement til DPS-veileder)
- Vanedannende legemidler - forskrivning og forsvarlighet. IS-2014

Retningslinjer og veiledere revideres når det er behov for oppdatering på bakgrunn av ny kunnskap.

En måte å holde seg oppdatert på er å abonnere på nyheter fra Helsedirektoratet, www.helsedirektoratet.no

Rapporter

- Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Oslo: Helsedirektoratet Under publisering 2014. IS- 2156
- Opptappingsplanen for rusfeltet: resultat og virkemeidler. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1999.
- Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet: mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1315.

- Psykologer i kommunene: barrierer og tiltak for økt rekruttering. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1565.
- Allmennlegetjenesten og psykisk helse. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1655.
- Grønningsæter AB, Nielsen RA. Bolig, helse og sosial ulikhet. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1857.
- Kvalitet og kompetanse: ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1914.

Andre nyttige publikasjoner utgitt av Helsedirektoratet

- Brosjyre «Pårørendes rettigheter» IS-2145 Informasjon til pårørende av pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer, Helsedirektoratet; 2014
- Brosjyre «Pårørendes rettigheter» IS-2146 En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak, Helsedirektoratet; 2014
- Selvhjelpsbrochure «Sov godt - gode råd for bedre søvn» Helsedirektoratet; 2013. IS-0402
- Fysisk aktivitet og psykisk helse: et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
- Bahr, R. red. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1592.
- Tillit, tid, tilgjengelighet: tett individuell oppfølging av mennesker med behov for sammensatte tjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1918.
- Lav terskel - høy kvalitet: en profesjonell tilnærming til mennesker med rusrelaterte problemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1809.
- Aakerholt A. ACT-håndbok. Brumunddal: Kompetansesenter - region øst; 2010. Tilgjengelig fra: www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-h%C3%A5ndbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf
- Enkle råd når livet er vanskelig. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-0250.
- Medarbeider med brukererfaring: en ressurs. Oslo: Nav og Helsedirektoratet; 2011. IS-1927.
- ...og bedre skal det bli! nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS-1162.
- ... og bedre skal det bli! : hvordan kommer vi fra visjoner til handling? : praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. IS-1502.
- Hvordan holde orden i eget hus: internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. rev. utg. IS-1183.

Ved nettsøk og bestilling av publikasjoner kan IS-nummeret benyttes.

» 10.2 VEDLEGG: KUNNSKAPS- OG KOMPETANSESENTRER

Kunnskaps- og kompetansesentre	
NSSF	Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF)
NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
RVTS Nord	Regionsenter ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Nord
RVTS Sør	Regionsenter ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Sør
RVTS Øst	Regionsenter ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Øst
RVTS Vest	Regionsenter ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Vest
RVTS Midt	Regionsenter ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Midt
NAPHA	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (for voksne i kommunene)
Erfaringskompetanse	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Atferdssenteret	Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS
SfK	Senter for Krisepsykologi AS - Bergen
KORUS Oslo	Kompetansesenter rus - region Oslo
KORUS Sør	Kompetansesenter rus - region Sør
KORUS Øst	Kompetansesenter rus - region Øst
KORUS Vest Bergen	Kompetansesenter rus - region Vest Bergen
KORUS Vest Stavanger	Kompetansesenter rus - region Vest Stavanger
KORUS Midt	Kompetansesenter rus - region Midt-Norge
KORUS Nord	Kompetansesenter rus - region Nord
Selvhjelp Norge	Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp
RBUP Øst og Sør	Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør
RKBU Midt-Norge	Regionalt kunnskapssenter for barn og unge helse Midt-Norge
RKBU Nord	Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord
RKBU Vest	Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Vest
NAKMI	Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)
NAKU	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU)
2 av flere nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten:	
ROP	Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser
TSB	Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Kunnskaps- og kompetansesentre er sentrale i myndighetenes satsning på å styrke kompetansen i kommunesektoren på politisk prioriterte områder, og på tvers av tjenesteområder. De er opprettet for å styrke kompetansen i tjenestene på kunnskapssvake områder. Sentrene arbeider med målrettet forskning, kunnskapshåndtering, implementering, undervisning, veiledning og annet kvalitetsfremmende arbeid. De skal også gi kunnskapsstøtte til beslutningstakere.

Det pågår en gjennomgang av alle sentrene utenfor spesialisthelsetjenesten, hvor målet med gjennomgangen er en bedre ressursutnyttelse, mer helhetlig og tettere samhandling mellom aktørene på feltet og at man til enhver tid har de kompetansesentra tjenestene har behov for.

» 10.3 VEDLEGG: BRUKER- OG PÅRØRENDEORGANISASJONER

Oversikten viser mangfoldet av bruker- og pårørendeorganisasjoner innen rusfeltet og psykisk helsefeltet, og er laget ut fra hvilke organisasjoner som mottok tilskudd fra Helsedirektoratet i 2013. Det etableres jevnlig nye organisasjoner innen feltet, så listen er ikke uttømmende.

Navn organisasjoner	Webadresse
ADHD Norge	www.adhdnorge.no
A-LARM	www.a-larm.no
ANANKE Norsk OCD forening	www.ananke.no
Angstringen Norge	www.angstringen.no
Aurora støtteforening	www.aurora-stotteforening.no
Autismeforeningen i Norge	www.autismeforeningen.no
BAR Barn av rusmisbrukere	www.barweb.no
Bipolarforeningen Norge	www.bipolarforeningen.no
Blållys - Landsforeningen for seksuelt misbrukte	www.blalys.no
Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN)	www.fhn.no
Harry Benjamin ressurscenter	www.hbrs.no
Hvite Ørn	www.hviteorn.no
Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser	www.iks.no
Landsforbundet mot stoffmisbruk	www.motstoff.no
Landsforeningen We Shall Overcome (WSO)	www.wso.no
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	www.lpp.no
LAR nett	www.larnett.no
LEVE - landsforeningen for etterlatte ved selvmord	www.leve.no
Marborg	www.marborg.no
Mental Helse	www.mentalhelse.no
Mental Helse Ungdom	www.mhu.no
Norsk Tourette forening	www.touretteforeningen.no
Organisasjonen voksne for barn	www.vfb.no
ProLAR	www.prolar.no
RIO Rusmisbrukernes interesseorganisasjon	www.rio.no
Rådgivning om spiseforstyrrelser	www.nettros.no
Wayback	www.wayback.no

Rådet for psykisk helse og Fagrådet på rusfeltet er frittstående ideelle paraplyorganisasjoner hvor både tjenesteytere og bruker-, pårørende-, fag- og interesseorganisasjoner er medlem.

Rådet for psykisk helse	www.psykiskhelse.no
-------------------------	--------------------------------------------------------------

» 10.4 VEDLEGG: OVERSIKT OVER SENTRALE AKTØRER OG TJENESTER I LOKALT PSYKISK HELSEARBEID OG RUSARBEID

Tjeneste/aktør	Målgruppe	Ansvar og oppgaver
Aktører og tjenester i kommunen		
Enhet/avdeling for psykisk helse- og rusarbeid Enhet/avdeling for rusarbeid Enhet/avdeling for psykisk helsearbeid	<ul style="list-style-type: none"> Personer med rusmiddelproblemer/avhengighet Personer med psykiske vansker/lidelser Personer med samtidige psykiske- og rusmiddelproblemer (ROP-lidelser) 	<ul style="list-style-type: none"> Utredning og vurdering Behandling Rehabilitering Oppfølging i bolig Hjemmetjenester Dagtilbud Arbeidstiltak Støttekontakt IP- koordinator Nettverks- og familiearbeid
Fastlegen	<ul style="list-style-type: none"> Hele befolkningen 	<ul style="list-style-type: none"> Dekke behovet for allmennhelsetjenester; dagtid iht. liste Individrettet forbyggende arbeid, undersøkelse og behandling Foreskrivning av medisiner LAR i samarbeid med sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten Henvise til andre instanser Medvirke i IP, ivareta medisinsk faglig koordinering
Legevakt	<ul style="list-style-type: none"> Hele befolkningen 	<ul style="list-style-type: none"> Øyeblikkelig medisinsk hjelp Diagnostisere, stabilisere og behandle akutte tilstander Vurdere behovet for videre behandling i sykehus
Lavterskel helsetilbud	<ul style="list-style-type: none"> Rusmiddelavhengige og personer med samtidige lidelser og omfattende helseproblemer 	<ul style="list-style-type: none"> Rådgivning og veiledning Samtaler Distribusjon av sprøyter/ kanyler Sårstell Vaksinering Prøvetaking Ernæringstiltak Tannhelsetilbud Prevensjon Overdoseberedskap Smittevern

Psykologer i kommunens helse- og omsorgstjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med lette og moderate psykiske vansker og lidelser • Personer med lettere rusmiddelproblemer • Familier med psykiske vansker eller rusmiddelproblemer 	<ul style="list-style-type: none"> • Helsefremmende og forebyggende arbeid • Systemarbeid • Grupperettede tiltak • Tidlig intervensjon • Utredning og behandling • Veiledning av personellgrupper i kommunen
«Rask psykisk helsehjelp» - piloter	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med ulike angstproblemer, og/eller depresjon av lett til moderat grad, evt. med søvnproblemer i tillegg 	<ul style="list-style-type: none"> • Veiledet selvhjelp og kognitiv terapi
Omsorgstjenester		
Helsetjeneste i hjemmet/ Hjemmesykepleien	<ul style="list-style-type: none"> • Hjelpetrengende og alvorlig syke personer 	<ul style="list-style-type: none"> • Døgnbasert helsetjeneste i hjemmet
Personlig assistanse, praktisk bistand: <ul style="list-style-type: none"> • BPA • Støttekontakter 	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med behov for hjelp eller assistanse 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktisk hjelp og bistand
Omsorgslønn/avlastningstiltak	<ul style="list-style-type: none"> • Pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver • Hjelpetrengende og alvorlig syke personer 	<ul style="list-style-type: none"> • Deltar i fritidsaktiviteter • Ytelse/avlastningstiltak rettet mot pårørende
Heldøgns helse- og omsorgstjeneste <ul style="list-style-type: none"> • Trygghetsplasser 	<ul style="list-style-type: none"> • Personer som opplever det vanskelig å være i eget hjem 	<ul style="list-style-type: none"> • Sykehjem/rusinstusjon • Omsorgsbolig/bofellesskap med heldøgn tilbud • Brukerstyrt heldøgn helse- og omsorgstilbud
Ergo- fysioterapi	<ul style="list-style-type: none"> • Personer som trenger å vedlikeholde og bedre sin funksjons- evne 	<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivning og veiledning • Behandling og tilrettelegging • funksjonstrening • tilrettelegge bolig og utemiljø
Rehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med behov for rehabilitering 	<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig tidsavgrenset samarbeid for å øke den enkeltes livskvalitet fysisk, psykisk og sosialt
Koordinerende enhet i kommunen	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester 	<ul style="list-style-type: none"> • Overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan • koordinere tjenester • legge til rette for god samhandling
Frisklivsentralen	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med behov for støtte til å endre levevaner 	<ul style="list-style-type: none"> • Oversikt over helsefremmende/forebyggende tilbud i kommunen • Hjelp til å endre levevaner (fysisk aktivitet, kosthold og tobakk)
Møteplasser og aktivitetstilbud	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer 	<ul style="list-style-type: none"> • Dagsentertilbud • Rusfrie væresteder • Brukerstyrt senter m.m
Lærings- om mestrings- tjenester i kommunen	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med langvarige helseutfordringer og deres pårørende 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppetilbud, • Formidle kunnskap • Hjelp til å mestre utfordringer knyttet til det å leve med langvarige helseutfordringer

Kommunal psykososialt kriseteam	<ul style="list-style-type: none"> • Mennesker som opplever/ har opplevd alvorlige kriser 	<ul style="list-style-type: none"> • Psykososial støtte og oppfølging
Krisesenter	<ul style="list-style-type: none"> • Voldsutsatte kvinner, barn og menn 	<ul style="list-style-type: none"> • Vern, midlertidig bosted
Overgrepsmottak	<ul style="list-style-type: none"> • Personer utsatt for seksuelle overgrep/vold i nære relasjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • Akutthjelp og oppfølging
Barnevern	<ul style="list-style-type: none"> • Barn og unge og deres foreldre 	<ul style="list-style-type: none"> • Støttekontakt • Avlastningstiltak i hjemmet • Foreldrestøttende metoder • Rådgivning og veiledning
Helsestasjon Helsestasjon for ungdom (lavterskeltilbud)	<ul style="list-style-type: none"> • Foreldre og barn • Ungdom under 20 år 	<ul style="list-style-type: none"> • Foreldreveiledningsprogram • Rådgivning og veiledning • Undersøkelser og behandling tilpasset ungdommens behov
Skolehelsetjenesten (lavterskeltilbud)	<ul style="list-style-type: none"> • Barn og unge 	<ul style="list-style-type: none"> • Helsefremmende og forebyggende arbeid • Avdekke risikofaktorer og helseproblemer på et tidlig tidspunkt
Svangerskap og barselomsorg	<ul style="list-style-type: none"> • Mor og barn 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig livsstilsamtale • Informasjon om skadelig aktivitet • Individuell oppfølging av mor og barn
Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)	<ul style="list-style-type: none"> • Ungdom og voksne med behov for tilpasning i opplæringstilbud eller spesialundervisning 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedagogisk-psykologisk rådgivning • Vurdere rett til spesialundervisning • Gi sakkyndig uttalelse til opptak i videregående skole på særskilt grunnlag og voksenopplæring
Asylmottak - helsetjenester til flykning og asylsøkere	<ul style="list-style-type: none"> • Flykninger og asylsøkere 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på psykiske vansker og lidelser • Risiko for rusmiddelmissbruk
Helse- og omsorgstjenester i fengsel	<ul style="list-style-type: none"> • Innsatte i fengsler 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om helse- og omsorgstjenester
Boligkontor/boligtildelingsteam	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskeligstilte personer 	<ul style="list-style-type: none"> • Framskaffe og tildele egnede boliger • Saksbehandle søknader om startlån, bostøtte m.m.
Lokalt NAV- kontor i kommunen (felleskontor for stat og kommune)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle innbyggere 	<ul style="list-style-type: none"> • Råd og veiledning • Økonomisk rådgivning • Inntektssikring • Medvirke til å skaffe bolig • Midlertidig botilbud • Individuell plan • Kvalifiseringsprogram
Aktører og tjenester i fylkeskommunen		
Offentlig tannhelsetjeneste	<ul style="list-style-type: none"> • Personer som mottar behandling på institusjon (<3 mnd.) • Personer som mottar hjemmesykepleie 	<ul style="list-style-type: none"> • Tannbehandling

Aktører og tjenester i spesialisthelsetjenesten (Staten)

Lærings- og mestringstilbud	<ul style="list-style-type: none">• Personer med langvarige helseutfordringer og deres pårørende	<ul style="list-style-type: none">• Formidle kunnskap• Hjelp til å leve med langvarige helseutfordringer
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	<ul style="list-style-type: none">• Personer med alvorlige rusmiddelproblemer	<ul style="list-style-type: none">• Behandlings- og oppfølgingstjenester (akutt, poliklinisk, dagbehandling, døgnbehandling)• Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
Distriktpsikiatriske sentre (DPS)	<ul style="list-style-type: none">• Personer med alvorlige psykiske lidelser• Personer med rusmiddelproblemer/avhengighet• Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse	<ul style="list-style-type: none">• Allmennpsykiatrisk tilbud• Utredning og behandling• Bruker styrte plasser (DPS)• Akuttfunksjon/Ambulante akutt team
Øyeblikkelig hjelp	<ul style="list-style-type: none">• Personer med behov for akutt hjelp	<ul style="list-style-type: none">• Utredning og behandling

Andre statlige aktører

Familievernkontor (Bufetat)	<ul style="list-style-type: none">• Personer med samlivs- og relasjonsproblemer	<ul style="list-style-type: none">• Samlivsbrudd• Konflikter mellom barn og foreldre• Rådgivning og samtaler om hverdagsproblemer
Kriminalomsorgen	<ul style="list-style-type: none">• Innsatte i fengsel	<ul style="list-style-type: none">• Tilrettelegge for at det ytes likeverdige helse- og omsorgstjenester i fengsel fra kommune og spesialisthelsetjeneste• Forebyggende tiltak mot ny kriminalitet og kontakte de som skal bistå etter løslatelse
Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped)	<ul style="list-style-type: none">• Personer med omfattende lærevansker	<ul style="list-style-type: none">• Kunnskapsformidling• Veiledning-/opplæring• Deltakelse i lokale-/regionale utviklingsprosjekter

Frivillig sektor

Frivillige organisasjoner	<ul style="list-style-type: none">• Personer med psykiske- og/eller rusmiddelproblemer	<ul style="list-style-type: none">• Forebyggende arbeid• Selvhjelp• Rådgivning og veiledning• Behandling• Midlertidig overnatting
Bruker- og pårørende organisasjoner	<ul style="list-style-type: none">• Personer med psykiske- og/eller rusmiddelproblemer	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivning og veiledning• Likemannsarbeid• Hjelpetelefoner• Interessepolitisk virksomhet



Referanseliste

1. **Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2012-2013).** Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2013. s. 187. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38071177/PDFS/PRP-201220130001HODDDDPDFS.pdf>
2. **Samhandlingsstatistikk 2011-12.** Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2040. s. 76. Tilgjengelig fra: <http://helse-direktoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12.pdf>
3. Næss BM, Nesvåg S. **Brukerplan: kartlegging av rusproblematikken i 49 kommuner.** Stavanger: Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest; 2012. KORFOR-rapport 06/2012. Tilgjengelig fra: <http://www.sus.no/omoss/avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Documents/Publiserte%20rapporter/publrapport%20BrukerPlan.pdf>
4. Mordal J. **Recent substance intake and drug influence among patients admitted to acute psychiatric wards: a cross-sectional study of toxicological findings, physician assessment and patient self-report in two Norwegian hospitals** (ph.d). Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2011. Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo no. 1125.
5. Skretting A, Storvoll EE, red. **Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken.** Oslo: SIRUS; 2011. SIRUS-rapport 3/2011. Tilgjengelig fra: http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.3.11.pdf
6. **European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. Tilgjengelig fra: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf
7. **Tall fra RusStat.** Oslo: SIRUS; 2012. Tilgjengelig fra: <http://statistikk.sirus.no/sirus/>
8. Amundsen EJ, Bretteville-Jensen AL, Kraus L. **A method to estimate total entry to hard drug use: the case of intravenous drug use in Norway.** Eur Addict Res 2011;17(3):129-35.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. **Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).** Meld. St. 16 (2010-2011). s. 51. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>
10. **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.** (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV 2011-06-24 nr 30.

11. **Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.** (spesialisthelsetjenesteloven). LOV 1999-07-02 nr 61.
12. **Lov om pasient- og brukerrettigheter** (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.
13. Helse- og omsorgsdepartementet. **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.** (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop 91 L (2010-2011). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16246070/PDFS/PRP201020110091000DDDPDFS.pdf>
14. Hanssen LE, Braut GS. **Sårbarhet i tjenestetilbudet til rusmiddelbrukere: erfaringer fra tilsyn.** I: Bramness JG, red. Følelser og fornuft: festskrift til Helge Waal. Oslo: SERAF; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.helse-tilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/2010/Saarbarhet_tjenestetilbudet_rusmiddelbrukere.pdf
15. Baucom DH, Shoham V, Mueser KT, Daiuto AD, Stickle TR. **Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems.** J Consult Clin Psychol 1998;66(1):53-88.
16. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. **The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta-analysis.** Schizophr Bull 2001;27(1):73-92.
17. Dixon LB, Lehman AF. **Family interventions for schizophrenia.** Schizophr Bull 1995;21(4):631-43.
18. Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, Norell D, Myers M, Patterson T, et al. **Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups.** Psychiatr Serv 2000;51(4):513-9.
19. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. **Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature.** J Marital Fam Ther 2003;29(2):223-45.
20. Zhao B, Shen J, Shi Y, Xu D, Wang Z, Ji J. **Family intervention of chronic schizophrenia in community: a follow up study.** Chinese Mental Health Journal 2000;1484:283-5.
21. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De RC, Maj M. **Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia.** Psychiatr Serv 2006;57(12):1784-91.
22. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, et al. **The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003.** Schizophr Bull 2004;30(2):193-217.
23. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. **Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy.** Psychol Med 2002;32(5):763-82.
24. Cuijpers P. **The effects of family interventions on relatives' burden: A meta-analysis.** Journal of Mental Health 1999;8(3):275-85.
25. **Pårørende - en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester.** Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1512. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/parorende-en-ressurs/Publikasjoner/parorende-en-ressurs-konvertert.pdf>
26. **Barn som pårørende.** Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-5/2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende/Publikasjoner/barn-som-parorende.pdf>

27. Tøssebro J, Kermit P, Wendelborg C, Kittelsaa A. **Som alle andre: søsken til barn og unge med funksjonsnedsettelse**. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning; 2012. Tilgjengelig fra: http://www.nfunorge.org/PageFiles/3490/rapport%20som%20alle%20andre_web.pdf
28. Selbekk AS. **Hvordan sikre barn og pårørendes behov i spesialisert rusbehandling? resultater fra evaluering av prosjekt Barne- og pårørendekontakt** [video]. I: Opplæringsprogrammet pårørende [e-basert opplæringsprogram]. Stavanger: PårørendeSenteret i Stavanger; 2011. Tilgjengelig fra: <http://mediasite01.uis.no/mediasite/Viewer/?peid=e18049eaaf314a64846ed0767fcd9065>
29. Helse- og omsorgsdepartementet. **Morgendagens omsorg**. Meld. St. 29 (2012-2013). Boks 4.1. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.htm?id=723252>
30. Gravrok Ø, Andreassen M, Myller T. **Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige**. Narvik: Nordnorsk kompetansesenter-rus; 2008. Skriftserie 2008:2. Tilgjengelig fra: http://www.kommunetorget.no/Documents/IP_NNK_Rus_Skriftserie_2008.pdf
31. **Tillit, tid, tilgjengelighet: tett individuell oppfølging av mennesker med behov for sammensatte tjenester**. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1918. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tillit-tid-tilgjengelighet-tett-individuell-oppfolging-av-mennesker-med-behov-for-sammensatte-tjenester/Publikasjoner/IS-1918_TillitTidTilgjengelighet.pdf
32. **Inspirasjons- og idehefte for koordinatører**. Kristiansand: HUSK-Agder; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.uia.no/no/content/download/157682/2699719/file/Inspirasjonshefte%2Bkoordinatører.pdf>
33. Vigrestad T, Hellandshølen AM. **Åpne samtaler i nettverksmøter**. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
34. Vederhus J-K. **Addiction professionals and substance abuse patients' attitudes towards and usage of 12-step-based self-help groups** [ph.d]. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2012. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/10852/28012>
35. **Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten**. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1561. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer--og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf>
36. **Informasjon om mulighetene for selvorganisert selvhjelp i møte med rusproblemer**. Oslo: Selvhjelp Norge og Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.selvhjelp.no/filestore/Selvhjelpsorganisasjonerirus-feltetREVIDERTfebruar2011lett.pdf>
37. **Enkle råd når livet er vanskelig**. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-0250. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/enkle-rad-nar-livet-er-vanskelig/Publikasjoner/enkle-rad-nar-livet-er-vanskelig.pdf>
38. **Sluttrapport: evaluering av tillitspersonforsøket**. Oslo: Rambøll Management Consulting; 2011. IS-0353. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sluttrapport-evaluering-av-tillitspersonforsoket/Publikasjoner/sluttrapport-evaluering-av-tillitspersonforsoket.pdf>
39. Ådnøy E. «Planen skal være god for meg» - koordinering av psykososialt arbeid: eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging av på tvers av tjenester. Oslo: Stiftelsen GRUK - Gruppe for kvalitetsutvikling i Sosial- og helsetjenesten; 2005. Rapport 2005:2. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1992.cms>

40. Brofoss KE, Larsen F. **Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009): sluttrapport: syntese og analyse av evalueringens delprosjekter**. Oslo: Norges forskningsråd; 2009. Tilgjengelig fra: www.forskningsradet.no
41. **Om Pasient- og brukerombudet [nettside]**. Pasient- og brukerombudet [oppdatert 2013; lest 21. jul. 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientombudet.no/om/>
42. Heyman GM. **Addiction: a disorder of choice**. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 2009.
43. **Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser: sammensatte tjenester - samtidig behandling**. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser.pdf>
44. Bath H. **The Three Pillars of Trauma-Informed Care**. Journal of safe management of disruptive and assaultive behaviour 2008;3:4-7.
45. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5. utg. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
46. Glad KA, Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM. **Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth**. Child Abuse Negl 2013;37(5):331-42.
47. Sigveland J, Hafstad GS, Tedeschi RG. **Posttraumatic growth in parents after a natural disaster**. Journal of Loss and Trauma 2012;17(6):536-44.
48. Hafstad GS, Sigveland J. **Posttraumatisk vekst: et mer helhetlig syn på posttraumatisk tilpasning**. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 2008;45(12):1507-11.
49. Tedeschi RG, Calhoun RG. **Trauma & transformation: growing in the aftermath of suffering**. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2014.
50. Bonanno GA. **Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events?** Am Psychol 2004;59(1):20-8.
51. Helse- og omsorgsdepartementet. **Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar**. Meld. St. 34 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>
52. **Verktøykasse for brukermedvirkning: lave stemmer skal også høres... [nettside]**. Verktøykasse for Brukermedvirkning [oppdatert 2013; lest 27. aug 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.lavestemmer.no/>
53. Blåka S. **Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: status etter Opptappingsplanen**. Oslo: NIBR; 2012. NIBR-rapport 2012:9. Tilgjengelig fra: <http://www.nibr.no/filer/2012-9.pdf>
54. **Kvalitet og kompetanse: ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre**. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1914. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-og-kompetanse-om-hvordan-tjenestene-til-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-rusproblemer-kan-bli-bedre/Publikasjoner/kvalitet-og-kompetanse-om-hvordan-tjenestene-til-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-rusproblemer-kan-bli-bedre.pdf>

55. **Ni suksesshistorier: samhandling om psykisk helse.** Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; 2012. s. 28. Tilgjengelig fra: <http://www.napha.no/multimedia/3071/NAPHA-Samhandling-WEB.pdf>
56. Borg M, Topor A. **Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlig psykiske lidelser.** Oslo: Kommuneforlaget; 2007.
57. Borg M, Karlsson B, Stenhammer A. **Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapsstilling.** Trondheim: NAPHA; 2013. Rapport nr 4/2013. Tilgjengelig fra: <http://www.napha.no/attachment.ap?id=929>
58. Windfuhr K, Kapur N. **Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide.** Br Med Bull 2011;100:101-21.
59. Storvoll EE, Rossow I, Moan IS, Norström T, Scheffels J, Lauritzen G. **Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk.** Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2010. SIRUS rapport 2010:3. Tilgjengelig fra: http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.3.10.pdf
60. **Drap i Norge i perioden 2004-2009.** Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2010. NOU 2010:3. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/3534350/PDFS/NOU201020100003000DDDPDFS.pdf>
61. Friestad C, Hansen ILS. **Levekår blant innsatte.** Oslo: FAFO; 2004. FAFO-rapport 429.
62. Mackenbach JP. **Health inequalities: Europe in profile.** UK Presidency of the EU; 2006. s. 30. Tilgjengelig fra: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf
63. Elstad JI. **Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer.** Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1282. s. 15-18. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer/Publikasjoner/sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer.pdf>
64. **Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk [nettdokument].** Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt [oppdatert 5. mar. 2013; lest 29. aug. 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
65. **Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle.** (Utviklingstrekkrapport 2010). Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1846. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet--veien-til-god-helse-for-alle/Publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle.pdf>
66. Major EF, Dalgard OS, Skjelderup-Mathisen K, Nord E, Ose S, Rognerud M, et al. **Bedre før var ... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.** Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011. Rapport 2011:1. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf
67. **Fakta om sosial støtte og ensomhet [nettside].** [oppdatert 30. nov 2012; lest 21. aug. 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=69765>
68. Helse- og omsorgsdepartementet. **Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol - narkotika - doping.** Meld. St. 30 (2011-2012). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/37924944/PDFS/STM201120120030000DDDPDFS.pdf>

69. **Veileder i salgs- og sjenkekontroll.** Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2038. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-salgs-og-skjenkekontroll/Publikasjoner/IS-2038%20Veilder%20i%20salgs-%20og%20skjenkekontroll%20-%20Webversjon.pdf>
70. **Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven).** LOV 1989-06-02 nr 27.
71. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. **Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41(9):713-9.
72. Dyb E, Johannessen K. **Bostedsløse i Norge 2012: en kartlegging.** Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2013. NIBR-rapport 2013:5. Tilgjengelig fra: <http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/BostedsloseNorge2012.pdf>
73. Barlindhaug R, Dyb E, Johannessen K. **Kommunal og samfunnsøkonomiske effekter av boligsosialpolitikk: beregninger basert på konstruerte klienthistorier.** Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2011. NIBR-rapport 2011:8. Tilgjengelig fra: <http://www.nibr.no/filer/2011-8.pdf>
74. **Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak.** Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
75. Kommunal- og regionaldepartementet. **Byggje - bu - leve: ein bustadpolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar.** 2013. Meld. St. 17 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38254403/PDFS/STM201220130017000DDDPDFS.pdf>
76. Falch T, Nuhus OH. **Frafall fra videregående opplæring og arbeidsmarkedstilknytning for unge voksne.** Trondheim: Senter for økonomisk forskning AS; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/Grunnskole/Frafall/Frafall%20og%20arbeidsmarkedstilknytning_5%C3%98F.pdf
77. **Gjennomføringsbarometeret 2013:1.** Oslo: Utdanningsdirektoratet; 2013. Tilgjengelig fra: http://www.udir.no/Upload/Statistikk/Gjennomforing/Gjennomforingsbarometeret_2013_1.pdf?epslanguage=no
78. Haugland S, Ravneberg B, Ludvigsen K, Lie ST. **Studier med støtte: en evaluering på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet.** Bergen: Uni helse og Uni Rokkansenteret; 2012.
79. **Innføring i Individual placement and support / IPS: individuell jobbstøtte.** Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: http://www.nav.no/Helse/Arbeid+og+psykisk+helse/_attachment/310714?_ts=13774780df0&download=true
80. **Arbeid og psykisk helse: fem gode eksempler.** Trondheim: NAPHA; 2013. Rapport 2/2013. Tilgjengelig fra: <http://www.napha.no/multimedia/3744/Arbeidshfte.pdf>
81. **Fysisk aktivitet og psykisk helse: et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer.** Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1670. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-.pdf>
82. **Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering og organisering.** Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1896. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering/Publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering.pdf>

83. McNeill A. **Smoking and mental health: a review of the literature**. London: SmokeFree London Programme; 2001. Tilgjengelig fra: http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_202.pdf
84. Irwin MR, Cole JC, Nicassio PM. **Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age**. *Health Psychology* 2006;25(1):3-14.
85. Murtagh DRR, Greenwood KM. **Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63(1):79-89.
86. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. **Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy**. *American Journal of Psychiatry* 1994;151(8):1172-80.
87. Bahr R, red. **Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling**. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1592. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf>
88. **Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten**. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1972. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/Kosth%c3%a5ndboken_3.pdf
89. **Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring**. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1580. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering.PDF>
90. **Fra bekymring til handling: en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet**. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1742. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fra-bekymring-til-handling-en-veileder-om-tidlig-intervensjon-pa-rusområdet/Publikasjoner/fra-bekymring-til-handling.pdf>
91. Nesvåg S, Backer-Grøndahl B, Duckert F, Enger Ø, Huseby G, Kraft P. **Tidlig intervensjon på rusfeltet: en kunnskapsoppsummering**. Stavanger: International Research Institute of Stavanger; 2007. Rapport IRIS 2007:021.
92. Fekadu A, Wooderson SC, Rane LJ, Markopoulou K, Poon L, Cleare AJ. **Long-term impact of residual symptoms in treatment-resistant depression**. *Can J Psychiatry* 2011;56(9):549-57.
93. Thuile J, Even C, Rouillon F. **Long-term outcome of anxiety disorders: a review of double-blind studies**. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22(1):84-9.
94. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. **Motivational interviewing for substance abuse**. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(5):CD008063.
95. Wampold BE. **The great psychotherapy debate: models, methods and findings**. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
96. Duncan BL. **The Heart & soul of change : delivering what works in therapy**. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2010.
97. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. **Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities**. *Psychiatr Serv* 2001;52(7):903-10.
98. Lam DH. **Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies**. *Psychol Med* 1991;21(2):423-41.

99. **Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.** Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1511. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf>
100. **ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer.** 10. revisjon, norsk utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://finnkode.kith.no/2012/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>
101. **ICPC-2 : den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten.** 2. norsk utg. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. Tilgjengelig fra: <http://finnkode.kith.no/#|icpc|ICPCSysDel|-1|flow>
102. **Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes.** J Stud Alcohol 1997;58(1):7-29.
103. van Veldhuizen JR. **FACT: a Dutch version of ACT.** Community Ment Health J 2007;43(4):421-33.
104. Ådnanes M, Kaspersen SL, Hjort H, Ose SO. **Lavterskel helsetiltak for rusmiddel-avhengige: skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat.** Trondheim: SINTEF Helse; 2008. SINTEF A4638. Tilgjengelig fra: http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/SINTEF_Rapport_%20A4638_Lavterskel_helsetiltak_for_rusmiddelavhengige.pdf
105. **Vurdering av risiko for voldelig atferd: bruk av strykturerte kliniske verktøy.** Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Rundskriv IS-9/2007. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/vurdering-av-risiko-for-voldelig-atferd/Publikasjoner/vurdering-av-risiko-for-voldelig-atferd.pdf>
106. **Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.** Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1957. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser.pdf>
107. **Bedre kvalitet - økt frivillighet: nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015).** Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt-frivillighet.pdf>
108. **Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer.** Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-9/2012. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften/Publikasjoner/Psykisk%20helsevernloven%20og%20psykisk%20helsevernforskriften.pdf>
109. **Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet: balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.** Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011. NOU 2011:9. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16658899/PDFS/NOU201120110009000DDDPDFS.pdf>
110. **Når sant skal sies om pårørendeomsorg: fra usynlig til verdsatt og inkludert.** Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011. NOU 2011:17. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/35241925/PDFS/NOU201120110017000DDDPDFS.pdf>
111. Imel ZE, Wampold BE, Miller SD, Fleming RR. **Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders.** Psychol Addict Behav 2008;22(4):533-43.
112. Tuseth AG. **Med 40 års klinisk forskning som veiviser.** I: Ulvestad AK, Henriksen AK, Tuseth A-G, Fjeldstad T, red. Klienten - den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007. s. 40-63.

113. Norcross JC, Lambert MJ. **Psychotherapy relationships that work II**. *Psychotherapy (Chic)* 2011;48(1):4-8.
114. McKay JR. **Lessons learned from psychotherapy research**. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31(10 Suppl):48s-54s.
115. **Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): International Center for Clinical Excellence**. SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=249>
116. Duncan B, Sparks J. **I fellesskap for endring: en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis**. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
117. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. **Maturing out of alcohol dependence: the impact of transitional life events**. *J Stud Alcohol* 2006;67(2):195-203.
118. Grant BF. **Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample**. *J Stud Alcohol* 1997;58(4):365-71.
119. Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. **A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons**. *J Subst Abuse Treat* 2004;26(3):237-42.
120. Anderson JE, Lowen CA. **Connecting youth with health services: Systematic review**. *Can Fam Physician* 2010;56(8):778-84.
121. Johannessen JO, Friis S, Joa I, Haahr U, Larsen TK, Melle I, et al. **First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways: course, outcome and health service use during first 2 years**. *Early Interv Psychiatry* 2007;1(1):40-8.
122. McKay JR. **Treating substance use disorders with adaptive continuing care**. Washington: American Psychological Association; 2009.
123. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. **Continuity of care: a multidisciplinary review**. *BMJ* 2003;327(7425):1219-21.
124. Hser YI, Evans E, Huang D, Anglin DM. **Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes**. *Psychiatr Serv* 2004;55(7):767-74.
125. Ytrehus S, Hansen ILS, Langsether Å, Sandlie HC, Skårberg A. **Tjenester til bostedsløse i ti kommuner: devaluering 2**. Oslo: Fafo; 2007. Fafo-rapport 2007:23. Tilgjengelig fra: <http://www.fafo.no/pub/rapp/20023/20023.pdf>
126. **Evaluering av NAVs veilednings- og oppfølgingsloser**. Oslo: Proba samfunnsanalyse; 2012. Rapport 2012:2. Tilgjengelig fra: <http://www.proba.no/files/2013/04/Rapport-2012-02-Evaluering-av-NAVs-veilednings-og-oppfoelgingsloser.pdf>
127. **Veilednings- og oppfølgingslos [brosjyre]**. [s.l.]: Nav; 2013. Tilgjengelig fra: http://www.nav.no/Helse/Arbeid+og+psykisk+helse/_attachment/314711?_ts=1382dba3b80&download=true
128. **Evaluering av 12 ACT-team: midtveisrapport**. Oslo: KoRus-Øst og Akershus universitetssykehus; 2012. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/Documents/Evaluering%20av%2012%20ACT-team%20-%20midtveisrapport.pdf>

129. Aakerholt A. **ACT-håndbok**. Brumunddal: Kompetansesenter - region øst; 2010. Tilgjengelig fra: www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-h%C3%A5nbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf
130. **Psykologer i kommunene: barrierer og tiltak for økt rekruttering**. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1565. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering-/Publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering-.pdf>
131. **Rapportering på kommunalt rusarbeid 2012**. Oslo: Rambøll; 2013.
132. Ose SO, Slettebak RT. **Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012: årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon**. Trondheim: SINTEF teknologi og samfunn; 2014. SINTEF A25834. Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/upload/Helse/Arbeid%20og%20helse/Rapport%20A25834.pdf>
133. **Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet**. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1701. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>
134. **Samhandlingsstatistikk 2011-12**. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2040. s. 74, tabell 5.2. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12.pdf>
135. **Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke: oppgaver og samarbeid**. Oslo: Politidirektoratet og Helsedirektoratet; 2012. Rundskriv 2012/007 IS-5/2012. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke/Publikasjoner/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke.pdf>
136. **Lav terskel - høy kvalitet: en profesjonell tilnærming til mennesker med rusrelaterte problemer**. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1809. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/lav-ter-skel-hoy-kvalitet/Publikasjoner/lav-ter-skel-hoy-kvalitet.pdf>
137. Fossestøl K, Skarpaas I. **Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten: en evaluering**. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2013. AFI-rapport 8/2013. Tilgjengelig fra: http://www.afi.no/stream_file.asp?iEntityId=6546
138. **Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer**. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1810. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer.pdf>
139. **Overgrepsmottak: veileder for helsetjenesten**. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. IS-1457. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/overgrepsmottak-veileder-for-helsetjenesten/Publis-hingImages/overgrepsmottak-veileder-for-helsetjenesten-.pdf>
140. **Definisjonskatalog for helsestasjon- og skolehelsetjenesten**. Trondheim: helsevesenet Kfli; 2002. KITH-rapport 2002:15. Tilgjengelig fra: http://www.kith.no/upload/2432/R15-02Def-kat_helsestasjons-og_skolehelsetjenesten.pdf
141. Sitter M. **Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007: evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse**. Oslo; Trondheim: SINTEF; 2008. Sintef rapport A5204. Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Revidert%20sluttrapport%20Brukerbasert%20evaluering%20av%20kommunale%20tjenester%20-%20201042008.pdf>

142. Torvik FA, Rognmo K. **Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser**. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2013. Rapport 2011:4. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/Od04decc0b.pdf>
143. **Hva innebærer det å være vertskommune [nettside]**. Oslo: Utlendingdirektoratet [oppdatert 25. jul. 2013; lest 22. aug. 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.udi.no/Sentrale-tema/Asylmottak/Asylmottak-i-lokalsamfunnet/Hva-innebarer-det-a-vare-vertskommune/>
144. **Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente**. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1022. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/Publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger.pdf>
145. **Økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere**. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005. Rundskriv I-12/2005. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2005/-i-122005.html?id=445638>
146. **Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006**. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. Rundskriv I-2/2006. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rus/2006/0003/ddd/pdfv/272988-rundskriv_i-2_2006.pdf
147. **Vederlagsfrie tannhelsetjenester for personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 2008 - økning av rammebevilgningen til fylkeskommunene for 2008**. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008. Rundskriv I-4/2008. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer_KTA/Dokumenter/Rundskriv_I_4_2008.pdf
148. **Prioriteringsveileder: tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2043. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Publikasjoner/IS-2043.pdf>
149. Heskestad S, Tytlandsvik M. **Brakerstyrte kriseinnleggelsener ved alvorlig psykisk lidelse**. Tidsskr Nor Legeforen 2008;128(1):32-5.
150. Waksvik G. **Brakerstyrt plass gir trygghet**. Psykisk helse 2008;(3):12-3.
151. **Brakerstyrte innleggelsener - makten skifter eier: veien til mestring av eget liv?** Tromsø: Døgnenheten Tromsø, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, Universitetssykehuset Nord-Norge; 2010. Rapport fra kvalitetsutviklingsprosjektet. Tilgjengelig fra: <http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Internett/Enhet/PSTK/Sluttrapport%20brakerstyrte%20innleggelsener%281%29.pdf>
152. **Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)**. Oslo: Helsedirektoratet; Under publisering 2014. IS-2056.
153. **Justis- og politidepartementet. Straff som virker - mindre kriminalitet - tryggere samfunn**. 2013. St.meld.nr. 37(2007-2008). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2109450/PDFS/STM200720080037000DDDPDFS.pdf>
154. **Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel**. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1971. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel/Publikasjoner/IS-1971Rev.pdf>

155. Bergsgard NA, Fjær S, Nødland SI, Thygesen J. **Kartlegging av mottakerne av den statlige tilskuddsordningen til frivillige rustiltak: delrapport.** Stavanger: International research institute of Stavanger; 2009. Rapport IRIS 2009:132. Tilgjengelig fra: www.iris.no/publications/414551636/2009-132
156. Helse- og omsorgsdepartementet. **Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid.** St.meld. nr. 47 (2008-2009). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
157. Haug HK, Englund H, Aarheim KA. Samarbeidspartnere og samarbeid. I: Solheim M, Aarheim KA, red. **Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie.** Oslo: Gyldendal akademisk; 2004. s. 248-57.
158. **Samhandling som veien til bedre boligsosialt arbeid. Et erfaringshefte fra kommuner og Husbankens regionkontorer.** Oslo: Husbanken; Rambøll Management Consulting; 2012. Tilgjengelig fra: http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/FOU/Samhandling_erfaringshefte.pdf
159. Bergsgard NA, Fjær S, Nødland SI, Ravneberg B. **Sivilt rusarbeid: mellom statlig styring og økende mangfold.** Stavanger: IRIS International Research Institute of Stavanger; 2010. Rapport IRIS 2010/063. Tilgjengelig fra: [http://www2.iris.no/internet/student.nsf/090b0673bdaba07ac12565fc00532538/857fab-531d1600c8c1257b280051ae68/\\$FILE/Rapport%202010-063%201.pdf](http://www2.iris.no/internet/student.nsf/090b0673bdaba07ac12565fc00532538/857fab-531d1600c8c1257b280051ae68/$FILE/Rapport%202010-063%201.pdf)
160. **Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.** Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Rundskriv I-3/2013. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer_KTA/Dokumenter/rundskriv_I-3_2013.pdf
161. **...og bedre skal det bli! nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder og utøver.** Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS-1162. Tilgjengelig fra: http://www.ogbedreskal-detbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf
162. Helse- og omsorgsdepartementet. **Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).** Meld. St. 16 (2010-2011). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>
163. Helse- og omsorgsdepartementet. **God kvalitet - trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.** Meld. St. 10 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>
164. **... og bedre skal det bli! : hvordan kommer vi fra visjoner til handling? : praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten.** Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. IS-1502. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-/Publikasjoner/hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-.pdf>
165. Bjorngaard JH, Ruud T, Garratt A, Hatling T. **Patients' experiences and clinicians' ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway.** *Psychiatr Serv* 2007;58(8):1102-7.
166. Steinsbekk A, Westerlund H, Bjørgen D, Rise MB. **Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjeneste tilbud?** *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2013;50(1):2-5.
167. Ulvestad AK, Henriksen AK, Tuseth A-G, Fjeldstad T, red **Klienten - den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid.** Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.

168. Valla B. **Brukers medvirkning i psykoterapi: behov for kompetanseutvikling.** Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 2013;47(4):308-14.
169. Borg M. **The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems** (ph.d.). Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science; 2007. Tilgjengelig fra: <http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:122395/FULLTEXT01.pdf>
170. Borg M. **Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser.** Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 2009;46(5):452-9.
171. **Likeverdige helse- og omsorgstjenester - gode tjenester for alle: nasjonal strategi om innvandrerhelse 2013-2017.** Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/38431748/Likeverdige_tjenester.pdf
172. Skaftun J-E, Nesvåg S, Olsen TB. **Kompetanseheving i et lukket fagfelt? Sluttrapport i evalueringen av Kunnskap og bruygging.** Stavanger: Rogalandsforskning; 2002. Rapport RF 2002:097.
173. **Dom 25. september 1990 i l.nr. 106/1990 (Fusa-dommen).** Norsk retstidende 1990;155(14):874-89.



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

www.helsenorge.no