



RAPPORT

Lokale helsetjenester – psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal

Følgforskning delrapport 1

Heidi Haug Fjone
Oddbjørn Johansen

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 104

Steinkjer 2015



HINT

Lokale helsetjenester – psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal

Følgforskning delrapport 1

Heidi Haug Fjone
Oddbjørn Johansen



Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 104
ISBN 978-82-7456-742-9
ISSN 1504-7172
Steinkjer 2015



Høgskolen i Nord-Trøndelag utgir følgende publikasjonsserier: Rapport, Utredning, Arbeidsnotat og Kompendium

HiNT-Rapport forbeholdes publisering av forskningsarbeider som utgår fra HiNTs fagmiljøer. Rapportene skal fagfellevurderes på faglig og formelt grunnlag før publisering.

Se: http://www.hint.no/forskning/publisering/hint_publicasjoner

Høgskolen i Nord-Trøndelag

Tilgjengelighet
Åpen

Publiseringstype Rapport
Digitalt dokument (pdf)

Redaksjon
Bibliotekleder

Kvalitetssikret av:

Faglig rådgiver/førstelektor Arve Almvik Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA og HiNT (intern)

Førsteamanuensis Torill Elstad, Høgskolen i Sør Trøndelag (ekstern)

Nøkkelord: tverrfaglig samarbeid, tverretattlig samarbeid, følgeforskning
Key words: cooperation, action research

Opplysninger om publikasjonsserien fås ved henvendelse HiNT:
Biblioteket Steinkjer, Postboks 2501, 7729 Steinkjer, tlf. 74 11 20 65 eller epost:
bibsteinkjer@hint.no eller bibliotekleder@hint.no

Forord

Prosjektet «Lokale helsetjenester psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal» leverte sin sluttrapport i januar 2015. Målsetting i prosjektet har vært å etablere et koordinert tilbud til befolkningen når det gjelder psykiatri og rus, sammensatte helseproblemer og somatikk i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Prosjektgruppen har bedt om følgeforskning av prosjektets 18 ulike tiltak i perioden 2015-2018. Dette er delrapport 1 i følgeforskningen. I denne delen av følgeforskningen har vi hatt to fokusområder:

- Kunnskap, erfaringer og utfordringer i forbindelse med samhandling og samarbeid
- Kjennskap til prosjektets målsetting og tiltak

Det er gjennomført i alt 10 fokusgruppeintervju, med fra 3-7 deltagere i hver gruppe, i perioden september – oktober 2015. Rekruttering til undersøkelsen har skjedd gjennom helse og omsorgsleder i de respektive kommunene. Det er gjennomført seks fokusgruppeintervju med ansatte i oppvekst, helse og omsorgssektoren fra de fire kommunene, et intervju med en gruppe ansatte i interkommunalt organisert barnevernstjeneste, samt et intervju med ledergruppen for prosjektet i Bindal og Ytre Namdal. Det er gjennomført to intervju med ansatte fra Helse Nord Trøndelag. Her er det benyttet et strategisk utvalg for å rekruttere deltagere. Det er benyttet samme temaguide som utgangspunkt for alle fokusgruppeintervjuene.

Rapporten synliggjør deltageres generelle kunnskap om og erfaring med samhandling og samordning av tjenestene. Det beskrives godt samarbeid innad i de enkelte tjenestene, mens samarbeidet har noe varierende kvalitet mellom tjenestenivå og mellom ulike tjenester. Videre beskrives kompetanse, kompetansebehov og hvordan man utvikler robuste fagmiljø i små lokalsamfunn. Kunnskapen om de 18 ulike tiltakene som er iverksatt, eller skal iverksettes varierer mye. Ansatte som har deltatt i arbeidsgrupper eller i prosjekt har noe mer kunnskap om eget prosjekt enn de som ikke har deltatt. Det er likevel forholdsvis omfattende mangel på kunnskap om prosjektets tiltak i de ulike organisasjonene. Avslutningsvis presenteres utfordringsbilder innenfor følgende fire områder: Implementering og kunnskap om prosjektet, forebygging og tidlig innsats, krise og øyeblikkelig hjelp og robuste fagmiljø.

Rapporten er lest og faglig innhold er vurdert av faglig førsteamanuensis Toril Elstad ved fakultet for helse og sosialfag ved HiST og faglig rådgiver/førstelektor Arve Almvik ved Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid/HiNT. Vi vil takke for gode faglige innspill. Videre vil vi takke informantene for de de stilte opp og delte sine erfaringer med oss. Til sist en takk til ledergruppen i BYN prosjektet for deres oppdrag

Innhold

Del 1.....	5
1 Innledning.....	5
1.1 Beskrivelse og fortolkning av oppdraget.....	7
2. Forskningsmetoder.....	8
Del 2.....	11
3. Kort beskrivelse og vurdering av BYN-prosjektet.....	11
3.1. Kort gjennomgang av de 18 tiltakene	12
3.1.1 Tiltak under delmål 1 Forebygging og tidlig innsats.....	12
3.1.2 Tiltak under delmål 2 Krise/øyeblikkelig hjelp	14
3.1.3 Tiltak under delmål 3 Samordnet behandling for mennesker med alvorlig og sammensatte lidelser	15
3.1.4 Tiltak under delmål 4 Robuste fagmiljø.....	15
3.2 Kommentarer vedrørende de 18 tiltakene	16
3.3 Forankring av prosjektet i deltakende organisasjoner og deltagelse i prosjektet fra ansatte i de samarbeidende tjenestene.	17
3.4 Kommentar til arbeidsprosessene i prosjektet	18
Del 3.....	20
4 Et forsøk på å avklare sentrale begreper	20
4.1 Koordinering og samhandlingsreformens intensjoner.....	20
4.2 Samarbeid/samhandling	21
4.3 Forebygging/tidlig intervensjon	22
4.4 Kompetanse – robuste fagmiljø	22
5 Hvordan beskriver de ansatte sine erfaringer og utfordringer rundt begrepet samarbeid og samordning.....	24
5.1 Samarbeid og samhandling internt i etaten.....	24
5.2 Tverretattlig og tverrfaglig samhandling internt i kommunene og mellom kommunene og eksterne samarbeidspartnere	25
5.3 Samhandling mellom etater rundt enkeltbrukere	26
5.3.1 Samarbeid med andre ut fra et skole/barnehageperspektiv.	27
5.3.2 Samarbeid mellom den kommunale helsetjenesten og helseforetak.	28
5.3.3 Samarbeid ut fra barneverntjenestens perspektiv.....	30
5.3.4 Samarbeid ut fra helseforetaket perspektiv.....	31
5.3.5 Samarbeid ut fra NAV og PPT sitt perspektiv.	32
6 Hvordan vurderer de ansatte i kommunene og halvannenlinjetjenesten sin kompetanse, hvordan utvikles den og hvilke behov har ansatte for å utvikle kompetanse?	33
6.1 Om å utvikle kompetanse.....	33

6.2	Om å få kompetanse	35
7	Hvor godt implementert er prosjektet?.....	37
7.1	Delmål 1 Forebygging og tidlig innsats.....	37
7.1.1	Tiltak 1: Helsefremmende barnehager og skoler	37
7.1.2	Tiltak 2: Utdanning av treningskontakter	37
7.1.3	Tiltak 3: Lokale selvhjelpsgrupper for voksne med overvektsproblemtikk.....	37
7.1.4	Tiltak 4: Sunne steg	37
7.1.5	Tiltak 5: Kommunevise drøftingsteam for barn og unge.....	38
7.1.6	Tiltak 6: Interkommunalt psykolog.....	39
7.1.7	Tiltak 7: Interkommunalt ressurstenkning for barn og unge.	40
7.2	Delmål 2 Kriser og øyeblikkelig hjelp.....	40
7.2.1	Tiltak 8: øyeblikkelig hjelp - døgnopphold- somatikk.....	40
7.2.2	Tiltak 9: Interkommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold - Krise, rus og psykiatri	40
7.2.3	Tiltak 10: Interkommunalt POSOM- team i BYN	41
7.2.4	Tiltak 11: Krisetelefon mandag- fredag 24/7.....	41
7.3	Delmål 3 samordnet behandling	41
7.3.1	Tiltak 12: Etablering av samhandlingsteam i BYN- (SiBYN)	41
7.3.2	Tiltak 13: Interkommunalt bofellesskap med forsterket bemanning	41
7.3.3	Tiltak 14: Ansettelse av interkommunal ruskoordinator.	41
7.4	Delmål 4 Robuste fagmiljø	42
7.4.1	Tiltak 15: Lederforum i BYN.....	42
7.4.2	Tiltak 16: Samhandlingskoordinator	42
7.4.3	Tiltak 17: Kompetansehevende tiltak.....	42
7.4.4	Tiltak 18: Følgeforskning	43
Del 4	44
8	Utfordringsbilde	44
8.1	Implementering og kunnskap om prosjektet	44
8.2	Delmål 1: Forebygging og tidlig innsats.....	44
8.3	Delmål 2: Krise og øyeblikkelig hjelp	47
8.4	Delmål 3: Samordnet behandling.....	48
8.5	Delmål 4: Robuste fagmiljø	49

Del 1

1 Innledning

Fra oktober 2014 til mai 2015 hadde representanter fra Høgskolen i Nord-Trøndelag (HINT) og representanter fra kommunene i Ytre Namdal og Bindal samtaler i forbindelse med et oppdrag om følgeforskning knyttet til implementering av tiltak i prosjektet «Lokale helsetjenester, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal». Prosjektet er et felles prosjekt mellom kommunene Bindal, Leka, Nærøy og Vikna, samt Helse Nord Trøndelag (HNT).

På bakgrunn av disse møtene ble partene i mai 2015 enige om å inngå en samarbeidsavtale om et følgeforskningsprosjekt. Denne avtalen er forankret i den generelle samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunene i Namdalen og HINT. Fra HINT sin side er det høgskolelektor/studieleder Heidi Haug Fjone og dosent Oddbjørn Johansen som står ansvarlig for følgeforskningen.

Følgeforskningen skal pågå over en tidsperiode på tre år. Dette er første delrapport. Delrapport 1 har som mål å beskrive hvordan aktørene innenfor helsesektoren, skole og barnehage, HNT, samt ansatte innen tiltak rettet mot barn og unge vurderer de ulike samhandlingsformene som finnes i kommunen. Hvor kjent de er med BYN prosjektet¹.

I neste del av følgeforskningen vil vi gå nærmere inn på et utvalg av tiltakene. Målsettingen med del to av følgeforskningen er å se hvordan de tiltak som er kommet i gang fungerer ut fra BYN prosjektets målsetting om å tilby helhetlig tjenester som bidrar til å gi befolkningen et godt helsetilbud. Hvordan dette skal gjøres og hvilke tiltak vi skal se nærmere på vil være avhengig av de prioriteringer ledergruppen i BYN gjør.

Rapporten er bygd opp på følgende vis:

Rapporten starter med beskrivelse og fortolkning av oppdraget. I del 2 følger en kort presentasjon av de 18 tiltakene som er grunnlaget for følgeforskningen. Deretter gjøres det i del 3, kapittel 4, en begrepsmessig avklaring av følgende: koordinering og samhandlingsreformens intensjoner, samarbeid/samhandling, forebygging/tidlig intervensjon og kompetanse/robuste fagmiljø. I kapittel 5 presenteres ansattes erfaringer og utfordringer knyttet til begrepene samarbeid og samordning, fra eget organisasjonsmessige ståsted. Kapittel 6 har hovedfokus på kompetanse: hvordan kompetanse utvikles og ansattes behov for å utvikle kompetanse. I kapittel 7 beskrives i hvilken grad prosjektet «Lokale helsetjenester – Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal» er forankret. Her gjøres en vurdering av

¹ BYN Prosjektet står for «Lokale helsetjenester – Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal»

alle 18 prosjekt. Del 4 beskriver det utfordringsbildet forskerne ser for seg at man i Bindal og Ytre Namdal står overfor i det videre arbeidet.

1.1 Beskrivelse og fortolkning av oppdraget.

Oppdragsgiver ønsket å knytte følgeforskning til implementeringen av de tiltak BYN-prosjektet hadde foreslått. Hensikten med følgeforskningen er å sikre evaluering av prosjektet. Spesielt har ønsket vært fokus rettet inn mot å dokumentere om veivalg og tiltak har vært treffsikre med utgangspunkt i effekt og resultatmål i vedtatt prosjektplan².

Når det gjelder effekt og resultatmål vil dette være vanskelig måle. En kan finne ut om tiltak har kommet i gang eller ikke. Men det vil ikke være indikatorer som sier noe om effekt. To av fokusene til prosjektet handler om forebygging og kompetanseheving. Disse delene av tiltakene vil være vanskelig å måle effekt og resultatmål ut fra. Særlig dersom en tenker på økt effektivitet og bedre tjeneste.

Vårt metodeperspektivet har vært eksplorerende. Det vil si at vi ikke har gått ut fra en bestemt type organisering av tjenestene eller en bestemt form for samhandling og samarbeid. I stedet vil funn i datamaterialet danne grunnlag for å si noe om hvilke forhold som må være til stede for at ansatte opplever at de har godt samarbeid og samordning av tjenestene. Det samme gjelder ansattes opplevelse av kjennskap til prosjektets målsetting og kjennskap til de ulike tiltakene som har blitt foreslått igangsatt.

I første fase av dette følgeforskningsprosjektet er fokuset implementering av BYN – prosjektets 18 virkemidler. Styringsgruppen³ har plukket ut 5 av de 18 tiltakene som de ønsker et spesielt fokus på under følgeforskningen.

Tiltak 1 Helsefremmende barnehager og skoler
Tiltak 5 Kommunevise drøftingsteam for barn og unge
Tiltak 7 Interkommunalt ressursteam for barn og unge
Tiltak 12 Etablering av Samhandlingsteam i BYN
Tiltak 15 Lederforum i BYN

Ved siden av disse 5 punktene ønsker styringsgruppen en vurdering av hvordan ansatte i organisasjonenes ulike ledd vurderer forholdet rundt samhandling og samarbeid og samordning av tjenestene i kommunen og mellom kommuner samt mellom kommuner og helseforetak.

² Jamfør «Sluttrapport med forslag til vedtak Prosjekt «Lokale helsetjenester – Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal» Styringsgruppa 12. januar 2015»

³ Styringsgruppen består av de fire helse og omsorgslederne i kommunene samt en representant fra helseforetaket i Nord- Trøndelag.

2. Forskningsmetoder

Våre oppdragsgivere har hatt et ønske om følgeforskning i forbindelse med implementeringen og igangsetting av de ulike tiltakene som ble foreslått av styringsgruppa til BYN-prosjektet. Vi har valgt et design som innebærer at styringsgruppa og vi som forskere sammen velger ut både fokus og innhold i informasjonsinnhenting. Resultatet fra informasjonsinnhenting skal danne grunnlag for styringsgruppa til å foreta justeringer av de tiltakene som er igangsatt på bakgrunn av forprosjektet⁴.

Hva er så følgeforskning? Følgeforskning tilhører det en kan kalle prosess-tilnærming eller normativ tilnærming innenfor forskning. Felles for disse tilnærmingene er at en forsker sammen med de det forskes på. Hovedformålet med en slik tilnærming er å sikre bruk og nytte av forskningsresultatene. Svakheten med en slik tilnærming blir at det vil være vanskelig å trekke noen almene og generelle forskningsresultater ut av forskningen. Styrken ligger i at resultatene og nytten ligger nært opp til det praksisfeltet en forsker sammen med.

Det er praksisfeltet som i stor grad er med på å bestemme hva det skal forskes på og hvordan det skal forskes i et følgeforskningsdesign. Målet er å skape en prosess hvor læring og forbedring av forhold i forskningsområdet er i fokus. Målet er med andre ord å komme fram med bidrag til kunnskap om og søke oppmerksomhet rundt ulike sider av forskningsobjektet mens tiltaket pågår. Hovedhensikten er å bidra til en utvikling av tiltaket innenfor de strukturelle, organisatoriske og faglige forutsetninger det påvirkes av⁵. Målet med følgeforskning er å skape en prosess hvor en får fram deltakernes erfaringer og synspunkter på egen virksomhet eller hvordan deltagerne oppfatter tiltak, samt erfaringer fra deltakerne slik at tiltak kan justeres, eller endres, med sikte på å få så gode tiltak som mulig.

Det har vært sentralt å få en oversikt over hvem som er aktuelle sentrale aktører for BYN-prosjektet generelt og for de ulike tiltakene spesielt. Hvilke posisjoner aktørene har i systemet, hvilke roller de utøver, hvilke erfaringer de har og ikke minst hvordan de handler og samhandler rundt de ulike tiltakene.

BYN-prosjektet er bredt anlagt og det har vært naturlig å velge en relativt bred tilnærming i første fase av følgeforskningen. Dette er bakgrunnen for at vi valgte å avholde i alt 10 fokusgruppeintervju i første fase. 6 av gruppene har bestått av ansatte i de fire kommunene. Dette har vært ansatte fra oppvekst, helse og omsorgssektoren. Ansatte på ulike nivå i barnehage og skole, helsesøstre, leger, ansatte i psykisk helsevern, åpen omsorg og sykehjem/sykestue, har deltatt i fokusgruppene. I alt representerte dette ca. 30 kommunalt

⁴ «Sluttrapport med forslag til vedtak Prosjekt «Lokale helsetjenester – Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal» Styringsgruppa 12. Januar 2015»

⁵ Sissel Sverdrup (2014) Evaluering Tilnærming, modeller og eksempler Gyldendal akademiske Oslo

ansatte. Vi har i tillegg hatt et fokusgruppeintervju med ansatte i Interkommunal barneverntjeneste (2 medarbeidere samt leder). Vi har også hatt fokusgruppeintervju med ledergruppen i BYN (alle fire helse og omsorgssjefene i de fire kommunene), samt to intervju med representanter fra helseforetaket. I de to sistnevnte intervjuene har deltagerne vært ledere fra helseforetak (3 personer) og ansatte ved DPS Kolvereid (4 personer)

Det var kommunene, ved helse- og omsorgsetaten, som selv gjorde utvalget av informanter i kommunal sektor. Fokusgruppene skulle velges ut fra noen gitte kriterier. Det skulle være frivillig å delta og informantene skulle være i en posisjon der det kunne tenkes at de selv i deres arbeid blei berørt eller var målgruppe for tiltakene i BYN-prosjektet. Det er vertskommunen som har bistått i forhold til fokusgruppeintervjuet fra de interkommunale tjenestene. Når det gjelder intervjuene med ansatte fra helseforetaket er informantene der kontaktet direkte ut fra et strategisk utvalg slik at både ledelse og direkte pasientkontaktnivå ble representert. Vi utformet en informasjonskriv som vi ba om ble gitt til deltakerne før intervjuet.⁶

Hvorfor fokusgruppe intervju? Hensikten med denne delen av undersøkelsen å få fatt på informantenes erfaringer og kunnskaper om BYN prosjektet og de tiltak som er foreslått. Videre har det vært ønskelig fra oppdragsgiverne at man utdypet forståelsen av begrepene kompetanse, samhandling og samarbeid internt i kommunene og eksternt mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten. En av hensiktene⁷ med fokusgruppeintervju er å få informantene til bidra med sine erfaringer og kunnskaper om et gitt område gjennom en grundig åpen samtale hvor deltakerne gjennom å dele sine erfaringer og synspunkter foretar en utforskning av gitte tema. Temaene er felles for alle deltakergruppene og målet er å få deltakerne, igjennom samtalen, til foreta en utforskning av temaene. Utforskningen bidrar til å gi forskerne en forståelse av hvordan temaene bli oppfattet og håndtert i den konteksten de befinner seg i.

Deltagerne vi har intervjuet er kjent med hverandre og har en historie sammen. Dette kan gjøre selve møtet lettere, men det kan også være en ulempe. Ulempen kan være at deltakerne allerede har etablerte roller overfor hverandre og har utviklet en kultur seg imellom, som ordstyrer/forskeren ikke klarer å tolke. Likeledes kan deltakerne ha diskutert emnene før. Dette kan innebærer at de har en uttalt felles forståelse eller uenighet som de alle er klar over, og som ikke kommer til uttrykk i diskusjonen, men som i stor grad er med på og forme den.

⁶ Se vedlegg 1

⁷ Kamberelis, G og Dimintiadis, G. (2005) Focus Groups. Strategic Articulation og Pedagogy, Politics and Inquiry I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln Handbook of Qualitative Research Thousand Oaks, London, Sage Publication

Det sentrale med et fokusgruppeintervju er at det er ordstyrer/forsker som setter dagsorden. Slik sett kan en ikke snakke om en helt åpen gruppesamtale der det ikke blir gitt noe tema. Å bruke fokusgruppe handler om å samle en gruppe mennesker som i løpet av en begrenset tid diskuterer et gitt emne eller tema seg imellom. Ordstyreren/forskeren er ikke en tradisjonell intervjuer, målet er å få deltakerne til fritt å diskutere seg imellom og reflektere rundt de temaene ordstyreren/forskeren bringer frem. Samtalen mellom informantene ble styrt ut fra fire bolker.

Bolk 1:

Grunnleggende begrep

Samarbeid- forståelse av hva er samarbeid, tverrfaglig samarbeid, samhandling, samordning.

Ansvar:

Ansvarsforhold i samarbeidsprosjekt

Bolk 2:

Kompetanse:

Kompetanse – hva er kompetanse - hvordan kommer kompetanse til uttrykk?

Hjelpstikkord: utvikling av kompetanse

Kan dere beskrive når og hvordan dere evt innhenter kompetanse fra andre.

Hvilken kompetanse etterspør dere evt fra andre?

Hvilken kompetanse savner dere?

Bolk 3:

BYN prosjektet:

Hva er deres kunnskap om prosjektet?

Hjelpstikkord: mål, drivere, samarbeidspartnere, opplæring, hensikt forankring og implementering.

Bolk 4:

Kjennskap til noen konkrete prosjekt i BYN:

Hvilken kjennskap har dere til de ulike tiltakene og hvordan arbeider dere?

Intervjuene ble tatt opp på «bånd», men ikke transkribert. Samlet sett kan en si at materialet ble analysert etter ut fra en hermeneutisk innholdsanalyse i fire trinn⁸:

1. Å få et helhetsinntrykk
2. Å identifisere meningsdannende enheter
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter
4. Å sammenfatte betydningen av dette

Konkret ble dette gjort på følgende måte:

1. Å få et helhetsinntrykk; Etter det enkelte intervju hadde vi som forskere en kort samtale hvor vi drøftet hovedpoeng som hadde kommet fram i det enkelte intervju. Disse hovedpoengene ble skrevet ned.

⁸ Lerdal Anners og Karlsson Bengt (2008) Fokusgruppeintervju brukes i økende grad i klinisk forskningsstudier innen helsefag Sykepleien forskning, januar 2008

2. Å identifisere meningsdannende enheter; Etter at alle intervjuene var gjennomført samlet vi våre skriftlige refleksjoner og delte de opp i tema ut fra hvordan vi mente de kunne henge sammen.

3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene; Etter å ha strukturert temaene hørte vi igjennom intervjuene, plasserte utsagn under de ulike temaene og til dels lagde vi noen flere undertemaer.

4. Å sammenfatte betydningen av dette; Det materialet vi så satt igjen med ble vurdert opp mot BYN prosjektets intensjoner og de ulike tiltakene og ikke minst ut fra de områder som var ønsket belyst fra oppdragsgiver.

Målsettingen med vår analyse har ikke vært å finne hvordan temaer kan forstås, men i større grad hvordan temaene oppfattes, og hvordan BYN prosjektet kan utvikles for å komme prosjektets intensjoner i møte. Hensikten har hele tiden vært å gi oppdragsgiverne informasjon for å kunne gjøre endringer i prosjektet slik at tiltakene fremstår som mer robuste og effektive og virker fremmende i forhold til prosjektet mål og tiltak.

Foruten intervjuene er vårt arbeidet bygd på gjennomgang av de skriftlige materiale som vi har fått vedrørende BYN-prosjektet⁹ og andre offentlige dokumenter der vi har funnet det nødvendig.

Del 2

3. Kort beskrivelse og vurdering av BYN-prosjektet

BYN prosjektet handler i utgangspunktet om fire kommuner og et helseforetaks helsetilbud til befolkningen i de fire kommunene. Kommunene representerer ca. 11.500 innbyggere og tilsvarer i geografisk omfang et område som er litt større en Vestfold fylke. Kommunestørrelsen varierer mellom 560 til i overkant av 5000 innbyggere. To av kommunene er øysamfunn hvor av det ene er uten fast veiforbindelse. Samlet sett representerer innbyggerne ca. ¼ av Sykehuset Namsos sitt nedslagsfelt.

BYN-prosjektet har sin forankring i to forhold. For det første handler det om samhandlingsreformen med påfølgende nye krav om oppgaveløsning på kommunalt nivå. Dette spesielt innenfor områdene helsetjenester og feltet som dekkes i den nye Folkehelseloven¹⁰. For det andre handler det om i større grad å utnytte kommunenes samlede ressurser på en bedre og mer effektiv måte i forhold til det tilbudet den enkelte kommune kan gi alene.

⁹ I hovedsak referater fra møter i styringsgrupper og arbeidsgrupper.

¹⁰ Melding til Storting 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» og Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (Lov 2011-06-24-30)

Prosjektets målsetting har vært:

Etablere et koordinert tilbud til befolkningen når det gjelder psykiatri og rus, sammensatte helseproblemer og somatikk i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

Dette skal omhandle:

Forebygging – Tidlig innsats – Krise-/øyeblikkelig hjelp – Samordnet behandling – Ambulante tjenester – Robuste fagmiljø

Prosjektets mandat har vært:

Prosjektet skal videreutvikle tjenestetilbudet i Bindal og Ytre Namdal ved å utarbeide en plan med forslag til igangsetting og utprøving av konkrete tiltak som vil gi et mer helhetlig, koordinert og helsefremmende behandlingstilbud innen psykiatri og rus, sammensatte helseproblemer og somatikk¹¹.

Prosjektet er et samarbeid mellom de fire kommunene og Helse Nord- Trøndelag. Ut fra sluttrapporten kan det synes som at kommunene har hatt fokus på i hovedsak to områder. For det første har det vært et fokus på at de fire kommunene er små, og en har tenkt at med økt samarbeid mellom kommuner får en bedre utnyttelse av fagpersonene, og på den måte bedre utnyttelse av kommunenes samlede ressurser og kompetanse på tvers. For det andre har man et fokus på samhandling og kompetansebygging i egen organisasjon. Dette kommer også til syne i de fire delmålene prosjektet arbeidet etter:

1. Forebygging og tidlig innsats
2. Krise/øyeblikkelig hjelp
3. Samordnet behandling for mennesker med alvorlige og sammensatte lidelser
4. Robuste fagmiljø

At hovedvekten er lagt på sammenhengene tilbud til innbyggerne, kommer også til syne i det prosjektet kaller viktige veivalg. Her fremheves tre sentrale føringer for arbeidet:

1. Styrke og bygge på de grunntjenestene og de ressursene vi allerede har – både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten
2. Tiltakene skal henge sammen i en tiltakskjede
3. Nye tiltak skal tette hullene i dagens tjenestetilbud

3.1. Kort gjennomgang av de 18 tiltakene

Prosjektet har endte opp med 18 tiltak organisert ut fra de fire delmålene i prosjektet. Vi har valgt å gjengi de 18 tiltakene i kortform for å vise bredden i prosjektet. Videre er det disse tiltakene følgeforskningen vil kommentere i forhold til effekt og implementering.

3.1.1 Tiltak under delmål 1 Forebygging og tidlig innsats

Tiltak 1 Helsefremmende barnehager og skoler

Målet med helsefremmende barnehager og skoler er å skape gode og trygge oppvekstvilkår for barn og unge ved implementering av retningslinjer på følgende 4 innsatsområder: Sunt kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse og rusforebygging

- Retningslinjene med handlingsplan skulle innføres i barnehagene fra 01.04 2014

¹¹ Fra «Prosjekt «lokale helsetjenester – Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal» Sluttrapport med forslag til iverksetting av tiltak Styringsgruppa 12. januar 2015.»

- Retningslinjene med handlingsplan skulle innføres i skolene fra skolestart høsten 2015

Tiltak 2 Utdanning av treningskontakter

Ut fra at ideen om at fysisk aktivitet gjør noe med folks helse og at fysisk aktivitet også er et egnet virkemiddel som supplement til støttekontakt, ønsket prosjektet å igangsette kurs for utdanning av treningskontakter.

- Treningskontakter skal inngå som en av kommunenes virkemidler for støtte til mennesker med ulike former for helseplager fra 01.04 2015

Tiltak 3 Lokale selvhjelpsgrupper for voksne med overvektproblematikk

Etablering av selvhjelpsgrupper i grender og lokalmiljø i samarbeid med frisklivssentraler og/ eller frivillige organisasjoner. Eksempelvis gå-grupper/ styrketrening mm i lokale treningsentre/ grendehus. Dette skal være et lavterskeltilbud.

- Tiltaket har ingen frist for gjennomføring, men gjennomføringen skal skje i den enkelte kommune

Tiltak 4 «Sunne steg»

”Sunne steg” er et interkommunalt familie- og atferds orientert behandlingstilbud til familier som ønsker å forandre levevaner på grunn av overvekt og fedme.

- Tiltaket gjennomføres som et interkommunalt tilbud med representanter fra alle kommuner og en som utpekes som interkommunal koordinator. Gjennomføres første gang høst 2015.

Tiltak 5 Kommunevise drøftingsteam for barn og unge

Det etableres kommunevise tverrfaglige drøftingsteam for barn og unge hvor bekymringer kan meldes anonymt eller etter samtykke. Teamene består av representant fra helsestasjon, kommunal rus- og psykiatritjeneste, pedagogisk psykologisk tjeneste, barnevern, evt. kommunepsykolog og/ eller barne – og ungdomspsykiatrien i Helse Nord-Trøndelag.

- Kommunevise drøftingsteam skal være etablert i alle kommuner innen 01.01 2015

Tiltak 6 Interkommunal psykolog

Formålet med psykologkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å bidra til å styrke det samlede og tverrfaglige kommunale tilbudet innen rus- og psykisk helsefeltet i BYN. Dette omfatter helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig innsats, rask psykisk helsehjelp og behandling av psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer.

- Detaljplanlegging, utlysning og ansettelse skjer høsten 2014, med oppstart 01.01. 2015.

Tiltak 7 Interkommunalt ressursteam for barn og unge

Det interkommunale ressursteamet for barn og unge skal ha særlig kompetanse i forhold til barn og unge som har en psykiatrisk diagnose og/ eller har omfattende problemer med å fungere tilfredsstillende i hverdagen. Teamet består av kommunepsykolog, og 3 – 4 veiledere

både fra kommunene og BUP med ulik helse- og sosialfaglig kompetanse på psykisk helsearbeid for barn/ unge og familiararbeid

- Etableres og iverksettes høsten 2015

3.1.2 Tiltak under delmål 2 Krise/øyeblikkelig hjelp

Tiltak 8 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold - somatikk

Arbeidsgruppen skal utrede, vurdere og beskrive innhold og organisering av løsninger, jamfør krav om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, inkludert utarbeiding av forslag til samarbeidsavtaler mellom kommunene i BYN og helseforetaket i Nord-Trøndelag, med utgangspunkt i «Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler» av 04.10.11 og revidert veiledningsrapport «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold» 01/2013.

- Forsetter dagens praksis. Ingen forslag til konkretisering av tiltaket.

Kommunene har innført «like» tiltak og hver kommune har opprettet en «seng» plassert på de respektive kommunale sykehjemmene. Den enkelte kommune har inngått separate avtaler med helseforetaket.

Tiltak 9 Interkommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold – Krise, rus og psykiatri

Kommunene i BYN ønsker å styrke tilbudet til nettopp denne målgruppen ved å etablere et øyeblikkelig hjelp tilbud for mennesker som er i ulike krisepregede livssituasjoner eller har sårbare perioder på grunn av rus- og / eller psykiske problemer. Tiltaket skal bidra til å hindre brudd i pasientforløpet, og pasienten skal sikres oppfølging uansett valg av tiltak.

- Styringsgruppen anbefaler at det utarbeides og inngås en avtale mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag om etablering av et interkommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud innen krise, rus og psykiatri med til sammen 2 plasser fortrinnsvis ved DPS Kolvereid. Arbeidsgruppens forslag skal foreligge senest 01.06. 2015.

Tiltak 10 Interkommunalt POSOM – team i BYN

Hensikten med etablering av et interkommunalt POSOM- team, (psykisk og sosial omsorg ved alvorlige hendelser, ulykker og katastrofer) er å sikre økt tilgjengelig kompetanse ved ulykker/ kriser, og gi større mulighet for en beredskapsvakt satt i system

- Styringsgruppen anbefaler at helse- og sosialsjefene inviterer dagens POSOM-team i de 4 kommunene for å diskutere om det er ønske/behov for annen organisering og evt. tettere samarbeid med hensyn til beredskap. Frist for vurdering av endret organisering settes til 31.12. 2015.

Tiltak 11 Krisetelefon mandag – fredag, eller 24/7

I forprosjektene til dette prosjektet var det forslag om å etablere et telefonnummer hvor alle som har behov kan ta kontakt for å få generell informasjon om rus- og psykiske problemer. Dette innebærer også spørsmål om hvordan enkeltsituasjoner kan løses på beste måte. Tjenesten skulle betjenes av ansatte fra kommuner og DPS Kolvereid etter en turnusordning.

- Styringsgruppen anbefaler at det ikke etableres en krisetelefon på nåværende tidspunkt.

3.1.3 Tiltak under delmål 3 Samordnet behandling for mennesker med alvorlig og sammensatte lidelser

Tiltak 12 Etablering av Samhandlingsteam i BYN (SiBYN)

Målsettingen er at mennesker med alvorlig rus- og/eller psykisk lidelse, evt. tilleggslidelser (utviklingshemming/ somatikk) og sammensatte sosiale problemer, - eksempelvis i tilknytning til bolig, økonomi, mangel på aktivitet/ arbeid, utslitte pårørende og konfliktfylte familieforhold, skal få et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud. SiBYN skal være et ressursteam i helsetilbudet til mennesker innenfor ovennevnte målgruppe ved å koordinere tilrettelagte og tilpassede hjelpetiltak fra NAV, kommunen og spesialisthelsetjenesten.

- Styringsgruppen har anbefalt etablering av SiBYN innen 15.okt. 2014. Helse- og sosialsjefene eller tilsvarende i de 4 kommunene og leder ved DPS Kolvereid er ansvarlig for valg av ansatte og inngåelse av avtaler. Organisering og konsekvens av etablering må være behandlet og avklart i lederforum i BYN innen 01.04. 2015

Tiltak 13 Interkommunalt bofellesskap med forsterket bemanning

Brukerne i BYN med alvorlige og sammensatte lidelser vil få et forsterket botilbud med stabil og høy fagkompetanse. Ansatte i bofellesskapet og DPS Kolvereid vil få felles kompetanseheving og mulighet for gjensidig hospitering. To aktuelle målgrupper: Pasienter med behov for langvarig og flerfaglig oppfølging på grunn av alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med flere lidelser, og svikt i sosial fungering og pasienter innen alderspsykiatri med utagerende atferd og svikt i sosial fungering.

- Styringsgruppen anbefaler at prosjektledelsen arbeider videre med å finne gode faglige, lovmessige og økonomiske forsvarlige løsninger med hensyn til å etablere en enhetlig tjeneste for mennesker med alvorlige sammensatte lidelser i BYN på tvers av kommunegrensene og 1. og 2. linjetjenesten. Frist for arbeidet settes til 01.06. 2016.

Tiltak 14 Ansettelse av interkommunal rus – koordinator

I tråd med opptrappingsplanen for kommunalt rusarbeid, er det søkt om tilskudd til ansettelse av 2 interkommunale rus – koordinatører. Tilskuddet skal bidra til kapasitetsvekst i det samlede kommunale rusarbeidet i BYN og sikre «et mer tilgjengelig, helhetlig og sammenhengende tjeneste- og behandlingstilbud til mennesker med rusrelaterte problemer».

- Styringsgruppen anbefaler at tilskuddsmidler tilsvarende ett årsverk, benyttes til å styrke tilbudet til mennesker med rusproblemer i BYN. Stillingen lyses ut for en forsøksperiode på 3 år.

3.1.4 Tiltak under delmål 4 Robuste fagmiljø

Tiltak 15 Lederforum i BYN

Helse- og sosialsjefene eller tilsvarende, og leder ved DPS Kolvereid utgjør et felles lederforum i BYN med ansvar for gjennomføring og videreføring av tiltakene i prosjektet.

Målet er å utvikle en felles strategi for å rekruttere og beholde ønsket og nødvendig fagkompetanse – både i forhold til eksisterende og nye tjenester i dette geografiske området.

- For å sikre oppfølging av alle tiltakene etableres lederforum i BYN.

Lederforumet består av de 4 helse- og sosialsjefene eller tilsvarende, og leder for DPS Kolvereid.

Tiltak 16 Samhandlingskoordinator i BYN

Etablering av en fast stilling som samhandlingskoordinator i BYN fra 01.01. 2015 med ansvar for oppfølging av de kompetansehevende tiltak som er foreslått i prosjektet, samt sikre gjennomføring av tiltak og videreføring av prosjektet. Utvikle en felles strategi for å rekruttere og beholde ønsket og nødvendig fagkompetanse – både i forhold til eksisterende og nye tjenester i dette geografiske området.

- Styringsgruppen anbefaler at det opprettes en stilling som prosjektleder og at den videreføres som samhandlingskoordinator i BYN for en forsøksperiode på 3 år - med Nærøy som vertskommune. I 2015 dekkes utgiftene ved bruk av allerede innvilgede tilskudd. En videreføring i 2016 og 2017 forutsetter ekstern finansiering.

Tiltak 17 Kompetansehevende tiltak

Dette innebar tiltak som var planlagt gjennomført i 2014 og 2015.

Tiltak 18 Følgeforskning

Målet er å sikre evaluering av prosjektet for å dokumentere om veivalg og tiltak har vært treffsikre med utgangspunkt i effekt- og resultatmål i vedtatt prosjektplan. Oppstart våren 2015

3.2 Kommentarer vedrørende de 18 tiltakene

I alt har prosjektet foreslått 18 tiltak som er forankret i de fire satsningsområdene til prosjektet. I løpet av prosjektperioden og ikke minst første del av implementeringsfasen har det skjedd forandringer som gjør at ikke alle tiltakene er aktuelle. Dette bygger på primært på to forhold. For det første at konklusjonen i styringsgruppen har vært at tiltakene ikke anbefales iverksatt. For det andre at det har skjedd dramatiske endringer i driften av DPS slik at tiltakene ikke lenger kan iverksettes slik som planene foreligger i sluttrapporten.

Styringsgruppen har i sine vedtak avvist følgende tiltak:

- Tiltak 8 – Øyeblikkelig hjelp døgnopphold – somatikk
- Tiltak 11 – Krisetelefon mandag – fredag, eller 24/7

Årsaken til at disse tiltakene ble avvist iverksatt var at styringsgruppen mente at en hadde tilfredsstillende ordninger på disse feltene i de ulike kommunene i dag.

På grunn av nedleggingen av sengeposten ved DPS Kolvereid må tiltak 9 Interkommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold – Krise, rus og psykiatri finne en annen organisasjonsform.

Følgende tiltak er fremdeles under utredning eller ikke iverksatt:

- Tiltak 6 – Interkommunal psykolog. Denne stillingen er ikke besatt

- Tiltak 7 – Interkommunalt ressursteam for barn og unge. Dette var tenkt oppstartet høsten 2015.
- Tiltak 10 – Interkommunalt POSOM-team i BYN
- Tiltak 13 – Interkommunalt bofellesskap med forsterket bemanning

Dette innebærer at ved følgeforskningens oppstart er 11 av 18 tiltak iverksatt eller skal være implementert. I forhold til føringene som er gjort for arbeidet er de fleste tiltakene bygd på ressurser kommunene allerede har med unntak av tiltak 6 og 14. Tiltak 6 omhandler nyansettelse av kommunepsykolog og tiltak 14 omhandleransettelse av interkommunal ruskoordinator.

Når det gjelder at tiltakene skal henge i sammen i en tiltakskjede gjelder dette i hovedsak de 3 tiltakene som er foreslått under delmål 3 Samordnet behandling og tiltakene 7 Interkommunalt ressursteam for barn og unge og til dels tiltak 6 ansettelse av kommunepsykolog i og med at denne er tiltenkt en behandlingsrolle for enkelte brukere.

Når det gjelder målsettingen om at tiltakene skal tette hullene i dagens tjenestetilbud er de fleste tiltakene rettet inn mot dette punktet men på noe ulikt grunnlag. Enkelte tiltak er av ren forebyggende karakter mens andre har et tydeligere klinisk innhold.

3.3 Forankring av prosjektet i deltakende organisasjoner og deltagelse i prosjektet fra ansatte i de samarbeidende tjenestene.

Ut fra de dokumenter som vi er kjent med har prosjektet vært godt forankret i de fire kommunene. Rådmennene har sammen med helse og omsorgssjefene (eller tilsvarende funksjon) sittet i styringsgruppen for prosjektet. Både prosjektet som sådan og enkelte av tiltakene har vært oppe til behandling i politiske organer i de fire kommunene.

Samhandling og samarbeid mellom HNT og kommunene er forankret i tjenesteavtalene som er inngått mellom partene. Det er utarbeidet i alt 12 tjenesteavtaler som bidrar til å beskrive og regulere både ansvarsforhold og gjensidig forpliktelser. I dette prosjektet vil tjenesteavtale 1, som omhandler partenes ansvar for helse og omsorgsoppgaver og beskrivelse av oppgaver partene skal utføre, tjenesteavtale 2, som er retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse og utskrivning, samt helse- og omsorgstjenester for pasienter med behov for sammensatte og komplekse tjenester, tjenesteavtale 6, som omhandler kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, samt tjenesteavtale 10 som omhandler samarbeid om forebygging, være sentrale dokumenter. Tjenesteavtalene er ikke i vesentlig grad beskrevet

eller forankret i prosjektet, noe som nok er en svakhet. En tydeligere forankring av tjenesteavtalene kunne bidratt til sterkere forankring av helseforetakets rolle og bidrag.

Helseforetaket sin inngang til prosjektet var forankret i et styrevedtak i 2012. «Styret ber direktøren fortsette intensiteten i arbeidet våren 2013 for at Helse Nord - Trøndelag og kommunene i Ytre Namdal skal få til et samarbeid for å bevare sengeposten ved DPS Kolvereid».¹² Det går frem av sluttrapporten av det var tre hovedgrunner til at helseforetaket ønsket et nytt fokus på DPS Kolvereid: Det hadde i lengere tid vært vanskelig å få til stabil bemanning med tilstrekkelig fagkompetanse, spørsmål om hvor mange sengeplasser det var behov for, samt utfordringer knyttet til helseforetakets generelle økonomiske situasjon. Slik en kan tolke helseforetakets vedtak var det her spørsmål om å utrede alternativ drift ved DPS, arbeid med å få tak i kvalifisert personale, samt reduksjon av kostnadene ved driften av DPS som i hovedsak var HNTs motivasjon for å delta i BYN-prosjektet. Ved siden av dette har det vært oppe til vurdering at DPS kunne fungert som et DMS i kombinasjon med de kommunale somatiske akutt-sengeplassene kommunen må ha for å innfri samhandlingsreformens intensjoner. De fire kommunene valgte en annen løsning for disse sengeplassene. Dette gjorde det vanskelig for sykehuset å utarbeide et forslag til alternativ drift ved sengeposten.

Prosjektet har vært drevet på en inkluderende måte gjennom at både helseforetaket DPS – Kolvereid og kommunene har vært aktive deltagere i selve utformingen av forslag til tiltak/ arbeidsmodeller.

Det har vært nedsatt i alt 6 arbeidsgrupper som har jobbet med sine områder. Arbeidsgruppene har arbeidet med delmål eller deler av delmål. I tillegg kan det se ut til at lederforum har fungert som en overordnet arbeidsgruppe der de ulike arbeidsgruppenes forslag til tiltak har blitt videre drøftet og konkretisert. Lederforum har skrevet sluttrapporten som er forelagt styringsgruppa for diskusjon og beslutning.

3.4 Kommentar til arbeidsprosessene i prosjektet

Slik vi vurderer kan det se ut som om motivasjonen og hensikten med å gå inn i prosjektet har vært noe forskjellig fra de to hovedaktørene; kommuner og helseforetak. Hovedhensikten til kommunene har vært å bygge på eksisterende ressurser og å ha fokus på tilbudet til befolkningen. Hovedfokuset fra helseforetaket side, slik vi tolker det, har i større grad hatt fokus på å finne alternative driftsformer og nye tiltak for DPS – Kolvereid. Hensikten synes å være for å få en bedre utnyttelse av de ressursene som en brukte for å opprettholde virksomheten der.

¹² Fra «Prosjekt «lokale helsetjenester – Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal» Sluttrapport med forslag til iverksetting av tiltak Styringsgruppa 12. januar 2015.»

Etter vår vurdering er en svakhet i prosjektet at oppvekstsektoren i vesentlig mindre grad enn de øvrige interessentene har vært involvert i selve hovedprosjektet. På operativt nivå har oppvekst vært representert i arbeidsgruppe 1.2 Tidlig innsats.

I og med at en i prosjektrapporten til dels har forankret prosjektet i folkehelsemeldingen og peker på kommunens ansvar i forhold til folkehelsearbeid, kunne det ha vært nyttig å trekke med seg deler av frivillig sektor inn i arbeidet med forebygging og tidlig innsats både for å kartlegge og undersøke frivillig sektors vilje og ønske om å delta i arbeidet.

Prosjektledelsen har gjennomgående vært representert i de ulike arbeidsgruppene og har således både vært kontaktledd mellom arbeidsgruppene og arbeidsgruppenes styringsgruppe. Lederforumet har både vært en arbeidsgruppe og en gruppe hvor prosjektlederne har diskutert fremdrift og de konkrete forslag som ble lagt fram.

Det har vært kort vei mellom prosjektet og beslutningstagerne på kommunalt nivå, som følge av at rådmennene har sittet i styringsgruppen for prosjektet. Dette er godt synlig gjennom at saker relatert til prosjektet er forelagt til politisk orientering eller som forslag til vedtak.

Det har vært representanter fra HNT (DPS eller Sykehuset Namsos) i alle arbeidsgrupper, men det er vanskelig å se om disse har hatt nødvendig mandat til å forplikte helseforetaket i forhold til de ulike forslagene som er utarbeidet.

I punkt 1, føringer for arbeidet, står det att som et førende prinsipp skal tiltakene styrke og bygge på de ressursene en allerede har – både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Det kan virke som arbeidsgruppene i for liten grad har foretatt en kartlegging av allerede eksisterende tiltak i kommunene, og vurdert endringspotensiale for disse. Flere av tiltakene omhandler samordning av tjenester rettet mot spesielle brukergrupper som allerede andre deler av organisasjonen har ansvar for. Et overordnet spørsmål vil være om de nye tiltakene vil rette på/ gi et godt tilbud til brukergruppen eller om de vil bidra til økt usikkerhet om hvem som har det formelle ansvaret for brukeren. Dette er i liten grad problematisert i selve sluttrapporten eller i referat fra arbeidsgruppene.

Del 3

4 Et forsøk på å avklare sentrale begreper

I mandatet som foreligger er det noen begrep det er nødvendig å avklare. Ofte blir begrep brukt ut fra en forståelse av at vi har en felles erkjennelse av hva det ligger i dem. Intervjuene har vist at dette nødvendigvis ikke behøver å stemme. Ulike profesjoner eller ulike medarbeideres plassering i organisasjonen kan føre til at det legges ulike forståelser til grunn for samme begrep.

I målsettingen for prosjektet vektlegges at det skal gis koordinert tilbud i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Det skal fokuseres på forebygging/tidlig innsats, samordnet behandling og robuste fagmiljø. Begrepene synes å ha ulik betydning både innad i organisasjonen, mellom nivåer og etater og til dels ut fra hvilken fagbakgrunn den enkelte informant har. Vi vil presentere vår forståelse av begrepene/områdene:

4.1 Koordinering og samhandlingsreformens intensjoner

Samhandlingsreformen¹³ peker innledningsvis på tre sentrale utfordringer. For det første at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, tjenestene blir beskrevet som fragmenterte. For det andre at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom og til sist at demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne.

Samhandlingsreformen legger opp til en omfattende oppgavefordeling hvor to av hovedgrepene er endret ansvarsforhold med vekt på at kommunene skal spille en mer sentral rolle, og at spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. Med andre ord må de ulike deler av helse og omsorgstjenesten bedre sin evne til å svare på befolkningens behov for koordinerte tjenester, også når disse går på tvers av forvaltningsansvar eller organisatoriske grenser.

I melding til stortinget om primærhelsetjenesten¹⁴ slår en fast at en ikke fullt ut har klart å leve opp til samhandlingsreformens intensjoner og at en trenger å sette søkelyset på primærhelsetjenesten. Meldingen beskriver utfordringsbildet i den kommunale helse og omsorgstjenesten som sammensatt. Tjenestene preges av å være siloorganiserte og har i liten grad vært sett i sammenheng som en nødvendig helhet. Utviklingen stiller økt krav til kompetanse og kapasitet, og behovet for flere og samtidige tjenester øker. Dette utfordrer det etablerte skillet mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunene og mellom ulike nivå av tjenesten. I meldingen pekes det på at helse og omsorgstjenesten i større grad enn tidligere

¹³ Stortingsmelding nr 47 Samhandlingsreformen 2008-2009

¹⁴ Melding til Storting nr 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet 2014-2015

må tenke ut over egen organisering når det gjelder samarbeid og samordning. Skole og barnehage trekkes fram som sentrale samarbeidspartnere, både i forhold til forebygging og tidlig innsats. Videre legges det opp til at frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner skal få større betydning gjennom økt fokus på mestring og livskvalitet.

Meld. St. 34, Folkehelsemeldingen¹⁵ fastslår at det er nødvendig med en videreutvikling av helse og omsorgstjenestene knyttet til livsstilssykdommer, et økende antall eldre, flere som lever med kroniske lidelser og utfordringer knyttet til psykisk helse og rusproblemer. Dette innebærer at forebyggende tjenester får en tydeligere rolle i tjenesten framover.

Oppsummert kan en si at utfordringene i de siste meldingene til helse og omsorgstjenestene i kommune er:

- Økt fokus på forebygging og tidlig innsats
- Tilbudet til brukere skal preges av forløpstenkning hvor intensjonen er klar ansvarsfordeling og gode samhandling rutiner.
- Økt satsing på frivillig sektor

Felles for disse tre utfordringene er at de vil kreve økt samarbeid, samhandling og samordning og at helse og omsorgstjenesten hør økt fokus på fagutvikling og innovasjon i tjenesten.

4.2 Samarbeid/samhandling

Tverrfaglig samarbeid¹⁶ som begrep benyttes i ulike sammenhenger og har ulike betydning. I denne sammenhengen benyttes tverrfaglig samarbeid om ansatte med ulik yrkesbakgrunn som jobber sammen.

«Ved tverrfaglighet vil man oppnå engasjement om et felles prosjekt. Deltagerne må ta stilling til prosjektet i fellesskap, og vil forsøke å fatte beslutning ved konsensus. Medlemmene har oversikt over helheten og representerer den tverrfaglige gruppens synspunkter. Det er høy grad av faglighet innen hver faggruppe og faggruppene har kunnskap om hverandre som de integrerer i egen fag. Det oppstår nye holdninger og ny viten, som skaper en felles *merviten*»¹⁷.

Dette står i motsetning til flerfaglig samarbeid, der ansatte fra ulike fag er ansatt for å ivareta bestemte funksjoner, og der hvert fag bidrar side om side med sin fagkompetanse, og der den enkeltes kompetanse står for seg selv.

Samordning kan defineres som en formalisert, forpliktende, tverrfaglig organisering av tjenestene og kan forstås som å formalisere det tverrfaglige samarbeidet. En avtale om samordning av tjenester på tvers av kommunale grenser, slik vi ser forslag på i tiltak i dette

¹⁵ Melding til Storting 34 Folkehelsemeldingen 2012-2013

¹⁶ Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi, Lauvås og Lauvås, 2004, og Tverrfaglig samarbeid – pynt eller praksis, Jørgensen, G, 2010

¹⁷ Tverrfaglig samarbeid i praksis, Glavin og Erdal, 2000, s.29

prosjektet viser eksempler på samordning av tjenester (Interkommunalt drøftingsteam, SiBYN, Sunne steg).

4.3 Forebygging/tidlig intervensjon

Meldingen om fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet¹⁸ utfordrer den etablerte helse og omsorgstjenesten og viser til bærekraftutfordringer både med hensyn til personellressurser og prioritering. Det poengteres at tjenestene må ivareta hele befolkningen. Brukere med lav risiko så vel som brukere med komplekse og sammensatte lidelser skal få hjelp. Helse og omsorgstjenesten skal derfor ikke bare yte helsetjenester i tradisjonell forstand, men skal bidra til å fremme sosial trygghet, bedre levekår for de som har det vanskeligst og forebygge sosial og helsemessige problemer og utfordringer, for å nevne noe.

Med forebygging og tidlig intervensjon forstås arbeidet med å identifisere og håndtere en utfordring eller et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats. Mer konkret kan man si at Forebyggende- universelle tiltak- handler om å forebygge problemer eller forhold som kan medføre helsesvikt, uten å skille mellom grupper og individer (tidligere ofte kalt primærforebyggende tiltak).

Selektiv og indikativ forebygging handler om tidlig intervensjon der selektive strategier er rettet mot risikogrupper/ risikosituasjoner der noen er mer utsatt enn andre. Forebyggingen er rettet mot hele målgrupper, uavhengig av hvilken risiko den enkelte i gruppen er utsatt for.

Indikative tiltak settes inn der problemer eller risikofaktorer allerede er observert eller opplevd¹⁹.

Det forebyggende arbeidet (universell forebygging) skal altså i hovedsak skje andre steder enn i helse og sosialtjenesten. Dette innebærer at man må tenke med utgangspunkt i den samla kommunale virksomheten, og ikke isolert innen helse- og sosialsektoren. I de ulike meldingene er økonomisk bærekraft sentralt, og det erkjennes at tiltak må skje tidligere og på andre arena enn det man tradisjonelt har tenkt.

4.4 Kompetanse – robuste fagmiljø

Samhandlingsreformen medfører at kommunene får overført og skal løse flere oppgaver på lokalt nivå. I denne sammenhengen vil det være naturlig å tenke seg at man må utvikle ny kompetanse, og at denne kompetansen ikke kan overføres fra et system til et annet. For

¹⁸ Melding til Stortinget 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet 2014-2015

¹⁹ Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. Helsedirektoratet 2010

eksempel vil det være vanskelig å overføre kompetansen direkte fra et sykehus til en kommune. Det må utvikles en ny kompetanse for det arbeidet som skal gjøres i kommunen.

Kunnskapen utvikles delvis gjennom kunnskapsoverføring, men det må i tillegg utvikles nye sett med handlinger. Med andre ord må man FÅ OG UTVIKLE ny kunnskap.

Robuste fagmiljø kjennetegnes ved at man har tilstrekkelig fagkompetanse til å dekke opp de tjenester det er behov for i samfunnet. Man har ett sett av medarbeidere som innehar en samlet kompetanse til å utføre de tjenester det er behov for. Utnyttelse av fagfolk på tvers skaper robusthet. I tillegg kjennetegnes robuste fagmiljø av evnen til å løse de ny oppgavene som kommer som følge av ulike endringer.

En viss grad av stabilitet i fagstaben styrker robustheten. Stabiliteten er en styrke når fagpersoner samtidig har en innovativ innstilling. Stabiliteten blir en svakhet dersom den medfører stagnasjon i utvikling av kunnskap og handlingsalternativer.

Kjennskap til kunnskap, hvem som innehar hvilken kunnskap og hvor den kan skaffes er sentralt for robustheten. Dette gjelder både innad i virksomheten og mellom samarbeidende instanser.

5 Hvordan beskriver de ansatte sine erfaringer og utfordringer rundt begrepet samarbeid og samordning

I dette kapitlet vil først presentere informantenes erfaringer og syn på samarbeid og samhandling ut fra generelle betraktninger. Derneft vil vi beskrive konkrete samarbeids og samhandlingsfaringer ut fra informantenes organisatoriske tilknytting.

5.1 Samarbeid og samhandling internt i etaten

Det kan virke som at begrepene samarbeid, samhandling, tverrfaglig samarbeid osv. benyttes som en del av dagligtalen, uten at man tar inn over seg at det kan være ulik forståelse av begrepene. Grovt sett kan en si at informantene skilte på begrepene samarbeid og samhandling. Samarbeid ble sett på den enkeltes person og etatens vilje til å samarbeide, men samhandling i større grad dreide seg om organisering av tjenesten og konkret arbeid rundt den enkelte bruker.

Det var helt klart en sammenheng mellom størrelse på kommunen og hvor tett samarbeidet er, der det i de minste kommunene var tettere samarbeid internt, enn det som ble rapportert i større kommuner.

De aller fleste rapporterte om et godt samarbeid internt i etaten. Dette vil si at skolene og barnehagene samarbeidet godt. Helse samarbeidet godt i egen etat selv om flere av informantene beskrev at «de hadde en del å gå på» eller «vi har et forbedringspotensial når det gjelder samhandling og samarbeid internt i helsesektoren».

Det var tydelig at etatene hadde etablert interne organiserte møtepunkter hvor samhandlingen fungerte. Men flere av informantene trakk også fram viktigheten av de mer uformelle møtene som fant sted. De uformelle møtene var da basert på at en satt i samme korridor eller i samme hus. Dette var særlig utbredt på helsesiden. «Vi treffes jo i gangen og det er lett å stikke over på den andre siden av korridoren når det er noe vi lurer på eller for å drøfte en sak» er et typisk utsagn fra helseområdet. De fleste av våre informanter satt i en eller annen form for ledelsesfunksjon og dette var nok med på å prege hvordan beskrev samarbeid og samordning.

Skole og barnehage i alle kommunene fortalte om gode og organiserte samhandlingsarenaer. Det gjaldt områder som overføring mellom skole og barnehage, og interne møtepunkter for å diskutere enkeltsaker. Det kan se ut som om skolen i sin strukturelle form har gode rutiner når det gjelder samhandling rundt enkelt elever og gode rutiner for samhandling med helsesøstertjenesten. De beskrev også i stor grad et system som var godt fungerende og kjent i organisasjonen, og med mulighet for de ansatte for å ta opp problemer rundt enkelt elever.

Samarbeidet innad i helsetjenestene i kommunene ble beskrevet som noe mer fragmentert enn i skolesektoren. Her skilte man mellom helsetjenester i «institusjon», helsetjenester i åpen omsorg, et skille mellom psykiatri/psykisk helsetjeneste og somatikk, helsesøstertjeneste og legetjeneste. Her var samhandlingsmøtene i større grad preg av arbeidsfordeling og ansvarsavklaring.

At møtene innen helseområdet i større grad var basert på arbeids- ansvars- avklaring, kunne være noe av forklaringen på at helsetjenesten var tydeligere enn de andre på at de hadde forbedringspotensial. En informant sa det slik «fra min posisjon som er på et brukerkontor er det stort behov for samarbeid i alle deler av organisasjonen også internt innen helse, men det er enda mer å hente på økt samarbeid på tvers av etater».

Tre av kommunene beskrev et nært og godt samarbeid mellom helse og legetjenesten. Det kan virke som at måten legetjenesten er organisert på i kommunen kan ha betydning for hvor godt samarbeidet er mellom legetjenesten og øvrig helse og omsorgstjeneste. I de tre kommunene som hadde kommunalt ansatte leger ble det beskrevet at det var enklere å få legene til å delta på samhandlingsarenaer enn når legene ikke var kommunalt ansatt. Det kan videre se ut til at fysisk plassering av de ulike tjenestene innen helsefeltet i kommunen kan ha betydning for samarbeidet.

5.2 Tverretatlig og tverrfaglig samhandling internt i kommunene og mellom kommunene og eksterne samarbeidspartnere

Når informantene snakket om samhandling og samarbeid mellom etater i kommunen og eksterne samarbeidspartnere var temaet i hovedsak knyttet til samarbeid og samhandling rundt enkelt- brukere. Det er verd å merke seg at de interkommunale tjenester som barnevern og PPT i større grad ble sett på som eksterne samarbeidspartnere enn andre deler av førstelinjetjenesten. Dette kan ha to årsaker. Disse tjenestene er i liten grad representert i de uformelle samarbeidsfora som er etablert som resultat av fysisk plassering av kontor. Videre at samhandlingen utløses som følge av en mer formell handling i form av skriftlig henvisning eller melding til aktuell samhandlingsaktør.

Skolens viktigste samarbeidspartner innen helsefeltet er som tidligere nevnt helsestasjons-tjenesten. Skolen hadde et godt samarbeid med PPT og barnevern i enkeltsaker som var under behandling, men de hadde et klart ønske om et økt samarbeid med PPT og barnevernstjenesten. Ofte hadde skolen problemstillinger oppe til diskusjon i sine «lokale» drøftingsteam hvor de hadde et ønske om at andre fagområder kunne komme inn med sin kompetanse. Flere pekte i tillegg på nødvendigheten av større samarbeid fra tjenester innen psykiatri og forebygging.

Innen helsefeltet pekte flere på at de tidligere hadde et godt samarbeid med BUPP på DPS Kolvereid. Men at de, etter endringene på DPS Kolvereid ikke hadde det klart for seg hvilket

tilbud som ville bli gitt derfra. BUPP på DPS hadde før blitt opplevd som en faglig ressurs knyttet til kompliserte saker. Men slik som dette hadde utviklet seg den senere tiden så det ut som om dette tilbudet ville forsvinne fra DPS Kolvereid.

Et punkt som var gjennomgående i alle intervju var nødvendigheten av å ha et ansikt eller en relasjon til de en skulle samarbeide med. Det opplevdes som usikkert og lite tilfredsstillende å skulle drøfte saker med representanter fra andre etater som de ikke hadde et «bilde» av hvem var. Mangel på relasjon og kjennskap om den andre ble beskrevet som et hinder i å ta kontakt med andre deler av tjenesteapparatet. Det opplevdes videre usikkert og lite tilfredsstillende å snakke om sensitive opplysninger med «fremmede» mennesker i telefon. Det kan virke som om relasjon og kjennskap til andre på mange måter var en grunnleggende faktor som måtte være tilstede, både for å ta kontakt og for å stole på de råd/kommentarer en fikk knyttet en potensielle problemstillinger som skulle løses.

5.3 Samhandling mellom etater rundt enkeltbrukere

I det kommende vil oppsummeringen ta utgangspunkt i samarbeid og samordning rundt enkeltbrukere, når det gjelder samarbeid og samhandling mellom etater i kommunen og eksterne samarbeidspartnere.

Vi har utformet en firefeltstabel som visualiserer ulike samarbeidsformer for hvordan førstelinjetjenesten beskriver samarbeidet og samhandlingen med interkommunale og eksterne samarbeidspartnere (spesialisthelsetjenesten, barnevern og PPT).



Det første feltet representerer et brukerforløp der samarbeidspartneren kommer sent inn i saken (SI) og at man avslutter/trekker seg raskt ut (RU). Under i felt to kommer samarbeidspartneren sent inn (SI) men oppleves samtidig som at man avslutter/trekker seg sent ut (SU). I felt tre kommer samarbeidspartneren raskt inn (RI) men sent ut (SU) og i den siste oppleves samarbeidspartneren raskt inn (RI) og raskt ut (RU)

5.3.1 Samarbeid med andre ut fra et skole/barnehageperspektiv.

Skolene hadde etter eget utsagn et godt system som ivaretok samarbeidet internt i skolen. Alle representantene fra skolesektoren beskrev også et tett og nært samarbeid med helsestasjonstjenesten. De aller fleste skoler hadde faste møter og beskrev et nært samarbeid med helsesøster.

Ansatte i skolen beskrev også samarbeid på tvers av kommunene på skolesjef/ oppvekst-sjefsnivå og på rektornivå. I tillegg hadde de samarbeid om kompetanseheving av pedagogisk personale.

Barnehagene rapporterte også et tett samarbeid med helsestasjon og helsesøster. Det samme var tilfelle mellom styrerne i de enkelte barnehagene internt i kommunen.

Når det gjelder samarbeid med andre etater ble dette i større grad beskrevet som samordning. Ansatte i skolen var samstemte om at samarbeidet med andre instanser var knyttet opp mot enkeltelever. Når samarbeidet var etablert var etablert vurderte de fleste at samarbeidet var bra. Men det framkom at man ofte opplevde at samarbeid ble etablert for seint. Dette medførte at man opplevde at det ble stopp i behandlings-/tiltaksforløpet. Kontakten var også i stor grad oppfattet som enveiskontakt. Det var sjelden at helseforetaket eller deler av den kommunale helsetjenesten eller barneverntjenesten tok kontakt for å drøfte forhold rundt barna. Det ble også reist bekymring for om BUP tjenesten på DPS Kolvereid ville bestå eller om den også var nedlagt.



Selv om de beskrev samarbeidet som godt når andre etater kom inn i samarbeidet, beskrev de også samarbeidet som fragmentert. En lærer beskrev det slik «Det er viktig å huske på at barnet er større enn seg selv». I dette la han at eksterne samarbeidspartnere alt for ofte «bare» så barnet og ikke barnet i den sammenhengen barnet fungerte. Det vil si at eksterne for ofte utredet barnet og igangsatte tiltak basert kun på barnets utfordringer. Det kunne være lese og skriveproblemer, atferdsproblemer uten at dette ble sett i en større sammenheng.

De opplevde at en som "eier" av problemet i for stor grad " levere fra seg" en konkret problemstillingen. Som igjen resulterte i at en enten fikk tilbake veldig generelle råd og tilbakemeldinger. «Det virker som vi får tilbake de samme generelle råd og veiledningstip», sa en lærer. «Det er som de ikke skiller på Per og Truls». Skolen hadde også en opplevelse av at

andre etater, slik som barnevern og BUPP, jobbet med barnet «vekk» fra barnets naturlige miljø og tilbakemeldingen om hva som skjedde og hvilke tanker den andre instansen hadde uteble. Skole og barnehage hadde gjennom slike erfaringer en opplevelse av at samarbeidspartnere i hovedsak kom Seint Inn i saken og trakk seg Seint Ut.

Seint ut av saken kan handle om to ting: at samarbeidspartnere ikke informerte om hva de holdt på med, slik at de tiltak de satte i gang ikke ble vurdert, eller var kjent for de som sto saken «nærmest» i andre deler av tjenesten. En annen forklaring, som ble ytret fra skolehold, var at de opplevde at behandlingen/tiltakene ble videreført selv om «problemet» ikke var så fremtredende lengre. I hovedsak tror vi dette handler om kjennskap til og kommunikasjon rundt samhandling.

Skole og barnehage opplevde det som et hinder for godt tverrfaglig arbeid at både PPT og barnevern sin arbeidsmodell krevde at saker i all hovedsak måtte meldes før de kunne starte arbeidet med en sak. Det var få arenaer der skole var representert i samhandling og der aktuelle problemstillinger kunne belyses og drøftes i et tverrfaglig perspektiv. Skolen ønsket tverrfaglige arenaer, ikke for at andre skulle inn å ta over ansvaret, men at andre kunne bidra/hjelpe skolen med å utvikle sin kompetanse. Da kunne de bli i bedre stand til å bistå barnet med de utfordringene det hadde i det miljøet det levde sitt liv.

5.3.2 Samarbeid mellom den kommunale helsetjenesten og helseforetak.

Innad i den kommunale tjenesten hadde de utviklet rutiner for samarbeid og samordning, mens det var utfordringer knyttet til samhandling med helseforetaket. Behov for samarbeid fra kommunal helsetjeneste ble møtt ulikt i somatisk og psykisk klinikk i helseforetaket.

Samhandling rundt personer med hovedsak somatiske utfordringer



I all hovedsak opplevde helsetjenesten og legetjenesten i kommunen at helseforetaket var rask til å ta imot pasienter eller svare på forespørsler. Utfordringen var at pasientene også kom raskt ut og at for enkelte grupper pasienter var ikke førstelinjen budd på å ta imot pasientene og gjennomføre de forslag som andrelinjen foreslo. Det opplevdes også at avstanden fra sykehuset til kommunene var større enn avstanden fra kommunene til sykehuset. Utsagn om dette kom fra kommunalt hold. Dette kan tolkes som at samhandlingen i stor grad ble styrt av andrelinjen/ helseforetaket. Kommunene opplevde at helsepersonell

fra den somatiske delen av sykehuset i liten grad drev oppsøkende virksomhet. På den annen side opplevde de at sykehuset var positive når de tok kontakt for å få råd og veiledning.

Når det gjeldt kommunale akuttsenger, som kommunene har fått ansvar for å ha, anga kommunene at på grunn av sin geografiske beliggenhet hadde lang erfaring i å håndtere pasientsituasjoner med bruk av akuttsenger. De så ingen umiddelbare problemer med å sikre innbyggerne gode helsetilbud i så måte. Men de hadde utfordringer i forbindelse med å sikre godt kvalifisert helsepersonell. Legetjenesten ble beskrevet som stabil i tre av kommunene.

Utfordringen i samhandlingen mellom første og andrelinjen, knyttet til mennesker med somatiske lidelser, kan deles opp i fem punkter.

1: Pasienter som ble utskrevet kom tilbake til kommunen med forslag til oppfølging som kommunen ikke hadde kompetanse til eller hadde hatt tid og organisere.

2: Helseforetaket hadde for liten kunnskap om den enkelte kommunes geografiske forhold. Oppfølging av pasienter var derfor ikke gjennomførbare slik som helseforetaket anbefalte. Dette omhandlet særlig hjemmeboende pasienter.

3. Helseforetaket hadde for lite kunnskap om kommunens organisering. Konsekvensen var at beskjeder om behov for oppfølging og beskjeder vedrørende utskriving kom ikke frem til riktig adresse i kommunen

4. Det hente at pasienter kom ut fra sykehuset med forslag til behandlingstiltak som var faktisk feil, fordi sykehuset ikke hadde oversikt over hele sykdomsbildet til pasienten.

5. Strukturelle endringer innad i HNT medførte utrygghet og usikkerhet knyttet til hvem man skulle forholde seg til når det gjaldt ulike problemstillinger man hadde behov for å drøfte. Utfordringene har økt i seinere tid, og dette får konsekvenser for de som skulle hjelpes.

Samhandling rundt pasienter med psykiske lidelser



Kommunenes erfaring med psykiatrisk klinikk var av en annen karakter enn i forhold til somatisk klinikk. På ett punkt var likevel opplevelsen lik. Kommunene ofte opplevde at pasienten ble raskt utskrevet fra både somatisk og psykiatrisk avdeling. Men i motsetning til

somatikken opplevde kommunene vansker med å få pasientene innlagt i psykiatrisk klinikk på sykehuset. Flere av informantene opplevde at andrelinjetjenesten mistenkeliggjør førstelinjetjenestens kompetanse knyttet til å vurdere behov for hjelp i psykiatrisk klinikk.

Intervjuene ble foretatt like etter at sengeposten ved DPS Kolvereid ble lagt ned. Dette kan ha vært en medvirkende årsak til at de ansatte i kommunen var usikre på hvordan denne tjenesten ville bli ivaretatt fra helseforetaket i framtida. Det var tydelig usikkerhet om hvilken kompetanse og hvilke tilbud poliklinikken på DRS Kolvereid ville gi og hvordan samarbeidet med helseforetaket og spesielt psykiatrisk klinikk ville bli i fortsettelsen.

Helsetjenesten var positiv til den oppfølgingen og det samarbeidet de hadde med poliklinikken på DPS Kolvereid. DPS Kolvereid hadde stilt de opp både med utredning og oppfølging av pasienter. Deler av eller enkeltpersoner i poliklinikken drev utstrakt grad av oppsøkende virksomhet, men de understreket at oppsøkende virksomhet i stor grad av personavhengig. I flere av intervjuene ble det fremsatt bekymringer om at tjenestetilbudet til psykiatriske pasienter ville bli dårligere som en konsekvens av at sengeplassene på DPS Kolvereid blei nedlagt. Flere var også bekymret for at en på sikt ville merke en nedbemanning eller at det ble vanskelig å få fagpersoner til poliklinikken på DPS Kolvereid.

Utfordringene i samhandling mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket, knyttet til mennesker med psykiske lidelser, kan oppsummeres i tre punkter.

1. Ansatte i kommunenes helsetjeneste opplevde det som vanskelig å få lagt inn pasienter i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som var lagt inn kom raskt ut uten at de hadde blitt så stabile at de klarte seg med den tilretteleggingen kommunen kunne stille opp med.
2. Det ble opplevd som usikkert hvilke rutiner som nå var gjeldene vedrørende samarbeid og henvendelse til psykiatrisk klinikk i helseforetaket
3. Helseforetakets rutiner vedrørende utskriving var ikke i samsvar med de rutiner kommunen hadde etablert for kontakt mellom helseforetaket og kommunen.

5.3.3 Samarbeid ut fra barneverntjenestens perspektiv

Representantene fra barneverntjenesten beskrev at samarbeidet var godt i enkeltsaker. Utfordringen fra barneverntjenestens side var å ha tid og anledning til å prioritere arbeid med andre instanser.

De hadde et stort arbeidspress knyttet til både undersøkelse og tiltaksarbeid. Mye arbeidstid hadde også gått med til å lukke avvik som tilsynsmyndighetene hadde avdekket. Lov om barneverntjenester stiller tydelig krav til tjenesten om tidsfrister i forhold til undersøkelser. Men økt saksmengde måtte tjenesten prioritere denne type arbeid.

Tjenesten hadde hatt en del utfordringer i forhold til stabilitet blant de ansatte og hadde nylig også hatt skifte av leder. I utgangspunktet var ikke tjenesten dimensjonert for å ta unna de oppgaver som de hadde knyttet til enkeltsaker. Dette gjorde at muligheten til å prioritere tverrfaglig samarbeid og samhandling utover arbeid med enkelt saker opplevdes som vanskelig. De hadde ikke ressurser til å gå inn i slikt arbeid på generell basis. De jobbet for tiden med omorganisering av tjenesten og håpet at omorganiseringen ville bidra til økt tilgjengelighet og mindre sårbarhet. Barnevernstjenesten hadde en intensjon om å kunne stille opp i uformelle drøftingsmøter, og ville gjøre sitt beste for å få til dette, dersom de fikk invitasjon fra kommunene. Barnevernet erkjente at tilbud om uformelle drøftingsmøter til kommunene pr i dag var noe ulikt, og at fysisk nærhet gjorde det enklere å delta på uformelle arena.

5.3.4 Samarbeid ut fra helseforetaket perspektiv

I det store og hele mente representantene fra Helseforetaket (HF, tidligere benevnt HNT) at det meste av samarbeidet mellom kommunenes primærhelsetjeneste og HF gikk greit og at det var unntaksvis at samhandlingsproblemer dukket opp. Samhandlingsproblemene var knyttet til utfordringer rundt enkeltpasienter, og ikke på systemnivå.

Fra HF side var de opptatt at de to nivåene hadde ulike lovverk å forholde seg til. Samtidig trakk de fram at oppdrag eller styringsdokumentene de to nivåene fikk ikke var avstemt. Dette kunne være med å bidra til at det fra førstelinjen stilles for høye forventninger til hva HF skal ha for funksjon når det gjelder samarbeid. Styringsdokumentene fastslår at spesialisthelsetjenesten skal bli mer og mer spesialisert. Omfanget av det som defineres som basistilbud i kommunesektoren, øker.

De pasienter man opplevde samarbeidsproblemer knyttet til, var det en kunne kalle gråsonepasienter som skapte utfordringer for små kommuner som hverken hadde kompetanse eller ressurser til å gi denne «lille» gruppen pasienter et godt og forsvarlig faglig behandlings- og omsorgstilbud. HF mente at kommunene i større grad enn før måtte se på andre måter å jobbe på og ikke minst bygge opp nye tjenester på tvers av kommunegrensene for disse pasientene.

På systemnivå mente representantene fra HF at mye av samarbeidet og samordning var satt i system med avtaleverket, men problemet var etterlevelsen og kunnskapen og til dels viljen til å forholde seg til dette rammeverket.

Ulik organisering i de 16 kommunene HF betjente ga store utfordringer i samarbeidet.. Samtidig var det en utfordrende oppgave for HF å klare å gi likt tilbud om oppfølging til alle kommuner. Det være seg samarbeid rundt den enkelte pasient eller samordnet behandlingstilbud.

Det var viktig for helseforetaket at kommunene ble presis i sine bestillinger, slik at helseforetaket kunne bli i stand til å vurdere form og ikke minst på hvilket nivå samhandlingen skulle foregå.

5.3.5 Samarbeid ut fra NAV og PPT sitt perspektiv.

Nav og PPT er sentrale samhandlingsaktører i dette prosjektet. Vi hadde et ønske om at de også kunne stille opp på intervju. Men de deltok ikke på noen av intervjuene og vi har heller ikke fått beskrevet noen grunn til at de ikke deltok. PPT ringte etter siste intervjuet med barneverntjenesten i Ytre Namdal, vi ba dem ta kontakt med Helse og omsorgssjefen i Vikna for å avklare hvorfor de ikke var invitert. Siden har vi ikke hørt noe. Fra NAV har vi ikke hørt noe.

6 Hvordan vurderer de ansatte i kommunene og halvannenlinjetjenesten sin kompetanse, hvordan utvikles den og hvilke behov har ansatte for å utvikle kompetanse?

I dette kapitlet ser vi på hvordan ansatte som deltok i undersøkelsen vurderer sin kompetanse og sitt kompetansebehov. Under intervjuet snakket informantene relativt fritt om kompetanse. Informantenes refleksjoner rundt begrepet kompetanse kan grovt deles inn i to. For det ene handlet det om å utvikle kompetanse. Her beskrev informantene den kompetansen en utvikler mens en arbeider. Her var samhandling og samarbeid med kollegaer og andre yrkesgrupper viktig. I tillegg ga samarbeidsarenaen mulighet for faglig refleksjon. For det andre handlet det om å få kompetanse. Å få kompetanse ble konkretisert som å delta på kurs og seminar, og å ta etter- og videreutdanning. Informantene var tydelig på at begge deler er nødvendige for å skape en robust kompetanse. Spesielt mange pekte på at utdanning og deltagelse på kurs og faglige seminarer i seg selv ikke bidro til kompetanseøkning, med mindre en fikk anledning til å bruke kunnskapen i praktisk handling.

6.1 Om å utvikle kompetanse

Å skulle utvikle kompetanse handler tre forhold. At kompetansen utvikles i et faglig fellesskap, i møte med andre fag i samhandling rundt en problemstilling og ved hjelp av refleksjon og veiledning rundt konkrete arbeidsoppgaver/problemstillinger

Kompetanse – utvikles i fellesskap

Informantene var opptatt av at kompetanse kommer til syne i samhandlingssituasjoner, og utvikling av kompetanse handler om det som skjer i samhandling med andre. Utvikling av egen kompetanse skjer mellom annet gjennom at man får tilgang til kunnskap og erfaring man ikke har selv. For å få til dette er det viktig at arbeidsplassen og ledelsen er opptatt av fagutvikling og bidrar til at de ansatte har et kritisk blikk og diskusjoner rundt egen virksomhet. Flere nevnte at det kan være en fare for å miste det kritiske blikket hvis et arbeidsmiljø blir for stabilt. Nyansatte eller en rullering blant ansatte i organisasjonen kan bidra til å «holde liv i faglige diskusjoner og refleksjoner på den enkelte arbeidsplass».

Tverrfaglig samarbeid versus flerfaglig arbeid – konsekvens for kompetanseutviklingen

Når ansatte snakker om kompetanseutvikling, snakker de om kompetanseutvikling for å utvikle sitt eget handlingsrepertoar. Alt for ofte opplevde informantene at det i saker ble flerfaglig arbeid istedenfor tverrfaglig arbeid. Det flerfaglige arbeidet var preget av at når samhandlingspartnerne var inne i en sak tok samhandlingspartnerne over behandlingen, og ansatte som «eide» saken fikk således ikke utviklet sin egen kompetanse.

Informantene beskrev tverrfaglig arbeid som en god arena for å utvikle sin kompetanse. Tverrfaglig arbeid er en resurskrevende arbeidsform i den enkelte sak, men muliggjør at den enkelte medarbeider blir mer «rustet» til å klare andre situasjoner på egenhånd. Med andre ord utvide sitt eget faglige repertoar. Det kreves møteplasser, struktur på arbeidet og en genuin vilje i organisasjonen for å få til godt tverrfaglig samarbeid.

Veiledning – konsultasjon- hospitering

Informantene i kommunene sier de har behov for veiledning. Veiledning har mange fasetter. I denne undersøkelsen ser det ut til at snakkes om veiledning ut fra 3 ulike perspektiv; veiledning, konsultasjon og hospitering. Informantene mente at disse tre formene for veiledning ville være nyttig for at en kunne utvikle sin fagkunnskap eller at det er nødvendig for å utført arbeidsoppgaver knyttet til enkeltsaker.

Veiledning

Mange av informantene beskrev ulike former for veiledning som en god arena for kompetanseutvikling. Innenfor noen tjenesteområder var dette satt i system. Fremfor alt dreide dette seg om den psykiske helsetjenesten i de to største kommunene. Jevnt over kan en si at behovet for veiledning oppfattes som et reelt behov i alle ledd i kommunene. Her er det med andre ord snakk om veiledning i den form at en mottar veiledning av en veileder og at det er en systematikk rundt veiledningsforholdet knyttet til tid, sted, omfang og innhold. Det kan både handle om veiledning for en gruppe ansatte innenfor et miljø eller individuell veiledning.

Konsultasjon

Veiledning i form av konsultasjon der en enkel problemstilling knyttet til en bestemt pasient/ bruker opplevdes nyttig. Dette fungerte tilfredsstillende i den somatiske delen av helsetjenesten. Flere av informantene beskrev også god former for konsultasjon innenfor psykiatrien, men understreket at dette var mer personavhengig enn systemavhengig. En utfordring som kom opp var at slike former for konsultasjon som oftest skjedde via telefon uten at du visste hvem som svarte. Dette var nevnt knyttet til somatisk klinikk. Mange følte seg ubekvem med slik form for veiledning. De savnet at spesialisthelsetjenesten i større grad reiste ut og ga veiledning eller informerte om nye behandlingsmetoder innen ulike sykdomskategorier. Dette kunne for eksempel være relatert til diabetes, alderspsykiatri, kreftbehandling osv. Slikt oppsøkende arbeid fra spesialisthelsetjenesten ville føre til at det ble enklere for medarbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved senere anledninger å ta kontakt. Omfanget av slik oppsøkende virksomhet behøvde ikke være stort i omfang.

Hospitering

Veiledningen kan også ha form av hospitering. Dette kan f.eks. være i forhold til nye behandlingsprosedyrer som man ikke er kjent med i kommunen, i forhold til enkeltpasienter. Hospitering anses å være en hensiktsmessig måte å skaffe seg kunnskap på, relatert til behandling av enkeltpasienter. Når det gjelder kompetanseoverføring i praksis opplevdes helseforetaket å være åpne for å ta imot hospitanter, og at ansatte i kommunene kunne komme til sykehuset for, for eksempel, å lære prosedyrer. De prosedyrene man lærte kunne dog være vanskelig å overføre til kommunene på grunn av andre rammefaktorer. Prosedyrene var laget for å gjennomføres i et behandlingsmiljø med kompetanse tett på 24/7, mens det kunne bli problemer å gi den samme behandlingen til en pasient hjemme, når det er få ansatte i hjemmebasert omsorg og pasienten i verste fall bor veiløst og kun kan nås gjennom å reise med båttransport.

6.2 Om å få kompetanse

Når informantene snakket om å få kompetanse handlet det i hovedsak om tre ulike former for kompetansetilførsel. For det første i form av å få ansatte fra «nye» yrkesgrupper i kollegiet, eller at ansatte kommer tilbake til kollegiet etter å ha tatt etter- eller videreutdanning.

Rekruttering av ny kompetanse

Deler av organisasjonen vurderte at de hadde god kompetanse, med stabilitet i miljøene. Men de så samtidig utfordringer knyttet til å få tilgang til ny kompetanse. Det var utfordringer relatert til å få etablert ny og spisskompetanse i kommunene, for eksempel å rekruttere ansatte med relevante videreutdanninger. Dette var en felles utfordring både for spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten i BYN. Det var utfordringer knyttet til å ha stabil legedekning i Nærøy og på Leka. Flere av informantene hadde i tillegg gledet seg til å få på plass en kommunepsykolog. Denne hadde det så langt ikke vært mulig å få rekruttert, tross utlysninger.

Kurs og kurspakker

Mange informanter hadde hørt om eller deltatt på ulike kurs i dette prosjektet, og de syntes det var positivt at kursene ble arrangert i nærmiljøet, slik at både en og to eller mange kunne delta. Dersom kurset omhandlet nye tiltak/ prosedyrer/ arbeidsformer som skulle innføres i organisasjonen var det ikke tilstrekkelig med slike kurs/kurspakker der noen få deltok. Da burde alle medarbeidere ha deltatt. Det var også flere som var tydelige på at kunnskapen man fikk fra slike kurs/kurspakker var forholdsvis begrenset, dersom man ikke fulgte opp i etterkant. Oppfølgingen måtte ha et element av erfaringer med bruk av kunnskapen i seg.

Videreutdanning

Flere informanter var opptatt av at det var viktig med videreutdanning. Utfordringen var at videreutdanningstilbudene ikke var tilgjengelig i geografisk nærhet. Dette gjorde at det for mange medarbeidere var problematisk og ta videreutdanning da det ville kreve at de måtte reise bort i lengere perioder. Flere av informantene mente at en i større grad måtte utvikle nye utdanninger som gjorde at medarbeidere kunne få ta videre og etterutdanning hvor hovedvekten av utdanningsløpet gjorde det mulig å ta det fra distriktet. Distriktene er avhengig av å utdanne egne medarbeidere som har tilknytning til distriktet. Erfaringsmessig er det slike som blir stabile arbeidstakere.

7 Hvor godt implementert er prosjektet?

I neste fase av følgeforskningsprosjektet (gjennomføres i 2016), er målsettingen å gå inn og beskrive hvordan de ulike tiltakene fungerer etter intensjonen i prosjektbeskrivelsen. I denne første fasen har vi lagt vekt på informantenes kjennskap til prosjektet og deres vurdering av de tiltak som er forslått.

Vi har ikke har spurt om ansattes kjennskap til de ulike prosjektene ved å gå igjennom alle prosjektene enkeltvis i intervjusituasjonen. Spørsmålet vedrørende implementering var formet som et åpent spørsmål om de hadde kjennskap eller erfaring med noen av tiltakene. I vår presentasjon av funnene har vi valgt og samle kommentarene under de tiltak vi mener de hører hjemme.

7.1 Delmål 1 Forebygging og tidlig innsats

7.1.1 Tiltak 1: Helsefremmende barnehager og skoler

Helsefremmende barnehager og skoler var kjent for alle deltagende kommuner. Det kom dels av at man hadde hatt en kompetansepakke knyttet til satsingen, og at tiltaket også var en del av det man likevel skulle gjøre jamfør handlingsplan for barnehager og skoler.

Helsefremmende barnehager var allerede startet opp. Her hadde de arbeidet tiltakene inn i årsplanen for den enkelte barnehage. Kompetansen og bevissheten rundt tema hos de ansatte ble beskrevet som stor. Informantene mente at helsefremmende barnehager egentlig ikke var et nytt tiltak men allerede var en del av barnehagens virksomhet. Men det at det nå var satt i system økte bevissheten blant de ansatte og tiltakene ble mer målrettet. Både barn og foreldre ble nå mer tydelig inkludert, etter at tiltaket ble satt i gang.

Det var ulik kunnskap om helsefremmende skoler og tiltaket var ikke i verksatt i noen av kommunene. Flere av informantene lurte på hva som skulle skje og hvilken form tiltaket skulle ha.

7.1.2 Tiltak 2: Utdanning av treningskontakter

Tiltaket ble ikke kommentert.

7.1.3 Tiltak 3: Lokale selvhjelpsgrupper for voksne med overvekts problematikk

Tiltaket ble ikke kommentert.

7.1.4 Tiltak 4: Sunne steg

Tiltaket var kjent for helsesøstre i alle fire kommunene, mens det var lite kjent for andre deler av helsetjenesten og skolen.

Informantene fortalte at det var rekruttert familier fra alle kommuner til å delta i opplæringsprogrammet. Helsesøstrene sa at det var relativt omfattende arbeid som var forslått i tiltaket Sunne steg, og at det var tidskrevende å gjennomføre. De var skeptiske til dette, da arbeidet kom i tillegg til det en allerede skulle gjøre. Det var knyttet uklarhet til om de hadde ressurser til å innføre tiltaket som fast tilbud til befolkningen. En av informantene var særlig opptatt av dette. Hun hadde selv sittet i arbeidsgruppa som hadde kommet med forslag til tiltak og erkjente i ettertid at hun ble sittende med jobben etterpå selv, uten tilføring av ekstra ressurser eller at mengden arbeidsoppgaver for øvrig ble redusert. Ved etablering av nye tiltak vurderes det helt nødvendig at man følger opp med økonomiske midler til gjennomføring.

Noen informanter er redd for at nye tiltak skal gå på bekostning av allerede eksisterende og nødvendige tilbud og oppfølging. Behov for økt ressursramme vektlegges.

7.1.5 Tiltak 5: Kommunevise drøftingsteam for barn og unge

Det var etablert en eller annet form for drøftingsteam i alle kommunene. Det var bare Nærøy som hadde opprett drøftingsteamet slik som det er beskrevet i prosjektbeskrivelsen. De andre kommunene hadde valgt å videreføre allerede eksisterende møter som i hovedsak var organisert ut fra skolen.

Bindal hadde skoleteamet som har fungert i 3 år, og barnehageteam som har vært operativt i 6 år. Skoleteamet har i hovedsak bestått av PPT, representanter fra skolen, helsesøster og psykiatrisk sykepleier. Bindal kommune har vakans i psykiatrisk sykepleierstilling. Skoleteamet drøfter saker av generell karakter. Ved siden av skoleteamet har skolen også et ressursteam som tar opp enkeltsaker. Ressursteamet består av rektor, PPT, lærere.

Lignende organisering hadde man også på Leka og Vikna. Dette med unntak av barnevern og PPT som ikke deltok i like stor grad. De kommunene som hadde videreført eksisterende team hadde drøftingsteam som var tett knyttet opp til skolesystemet. Det var etablert møter på skolen der primært helsesøster representerte helsetjenesten. Møtene var av uformell karakter.

I Nærøy kommune hadde man revitalisert det kommunale drøftingsteamet. Her deltok ansatt fra helsestasjon, PPT, barnevern. Man hadde møter 4 ganger i året. Alle kunne melde inn saker til teamet. Teamet er lite kjent i skolene. Teamet er ment å være et rådgivende organ for de som melder saker. Ulikheten mellom møtene i Nærøy og de andre kommunene var at man i Nærøy kunne melde sak til koordinator, altså en form for formalisering av tilbudet, mens dette foregikk mer uformelt eller i allerede etablerte fora i de andre kommunene.

Det kan se ut at teamene har en annen sammensetning enn det som er skissert i prosjektet. Her står det at de kommunale drøftingsteamene... "består av en representant fra helsestasjon, kommunal rus- og psykiatritjeneste, pedagogisk psykologisk tjeneste, barnevern, evt. Kommunepsykolog og/ eller barn- og ungdomspsykiatrien i Helse Nord-Trøndelag."

Bindal er underlagt Nordland fylkes barnevernstjeneste, og barne- og ungdomspsykiatri. Bindal beskriver de samme utfordringene, barnevern og PPT deltar i liten grad i etablerte møtearena. Barnevern og PPT deltar på møtene når saker er meldt enten til barnevernet som mulig bekymrings sak av formaliseringen er at det blir lite rom for de uformelle drøftingene det er behov for. Mangel på rom for uformelle drøftinger kan medføre at man ikke får etablert hjelp fra andre der det er nødvendig. Følgen av det kan være at det oppstår stillstand i arbeidet med å løse de utfordringer /bekymringer som er løftet fram.

Idealsituasjonen er at drøftingsteamet bidrar til tidlig innsats, og forebygging av eventuelle problemer for barnet/ungdommen. Det er viktig å ta hensyn til at barnet alltid vil være større enn seg selv. Med dette kan man forstå at barnet alltid er en del av et større hele, en familie, en skoleklasse, et fotballag, et lokalsamfunn, og at eventuelle forebyggende tiltak må ses i lys av dette. Drøftingsteamet vil her være i en idealsituasjon ettersom man møtes fra ulike fagfelt og etater. På samme tid oppleves det da smertelig, dersom f.eks. lærer ikke får være med i oppfølgingen av en elev som hun/han kjenner svært godt og som vil være en del av klassen også i fortsettelsen. Det er ikke greit å få en opplevelse av at man må sende fra seg barnet, noe som kan medføre at man ikke melder til et team man selv ikke er en del av. Kjennskap til de andre er derfor uhyre viktig. Kjennskap innad i teamet medføre at man kan komme til å drøfte en sak før den blir en sak. Det kritiske elementet er nettopp kjennskap, sier informantene. De ønsker å være trygg på at de andre, samarbeidspartnerne gjør det riktige for barnet. Tryggheten for det får man gjennom å delta i gruppen selv.

Ut i fra intervjuene kan det se ut til å være noen utfordringer knyttet til kommunale drøftingsteam. Det er viktig med møtepunkter der en kan løfte opp aktuelle problemstillinger, og det oppleves nødvendig at PPT og barnevernstjenesten er tilstede, før det er opprettet en sak. Man skal være sikker på at det er en sak, før man melder opp til andre tjenester. Dersom PPT og barnevernstjenesten deltar i de kommunale drøftingsteamene i større grad enn det de gjør i dag, vil kjennskapet til de interkommunale tjenestene øke og tryggheten for at barnet/ungdommen ivaretas på rett måte, øker. I intervjuene framkom det en kritikk mot barnevernstjenesten og PPT. Båndene til disse tjenestene har blitt endret som følge av interkommunal organisering. Det har nok blitt økt kompetanse i barnevernet på bakgrunn av endret organisering, men på samme tid oppleves det at avstanden til barnevernet har blitt større og formalisering av saksgang har økt.

7.1.6 Tiltak 6: Interkommunalt psykolog

Ikke iverksatt. Forsøkt utlyst, mangel på kvalifiserte søkere. Ingen er tilsatt i stillingen.

I intervjuene kom det fram at flere av informantene hadde store forventninger til en slik stilling i operativ tjeneste. Slik som tiltaket er beskrevet er en deling mellom klinisk virksomhet og veiledning inn mot kommunalt ansatte en hensiktsmessig bruk av en slik ressurs. Ansatte poengterte at en deling mellom klinisk arbeid og veiledning ville være gunstig.

7.1.7 Tiltak 7: Interkommunalt ressurstenkning for barn og unge.

Ikke iverksatt.

Informantene stilte spørsmål ved hvorfor man skulle etablere et interkommunalt drøftingsteam, da allerede etablerte kommunale drøftingsteam kunne ivareta de behov som måtte oppstå.

7.2 Delmål 2 Kriser og øyeblikkelig hjelp

7.2.1 Tiltak 8: øyeblikkelig hjelp - døgnopphold- somatikk

Eget interkommunalt tiltak er ikke iverksatt.

Dette tiltaket er utredet og ivaretas av den enkelte kommune med en seng i hver av de ulike kommunene. Sengen er øremerket øyeblikkelig hjelp, døgntilbud, for definerte pasienter.

Informantene sa at dette var videreføring av tidligere langvarig tradisjon og vurderte at det var et godt tjenestetilbud. Leka kommune sa at nå får vi endelig betalt for det vi alltid har gjort. I intervjuene kom det ikke fram synspunkter som tydet på at denne løsningen ikke tilfredsstillte de krav som settes til en slik tjeneste.

Med det var utfordringer knyttet til at pasienter ble skrevet raskt ut fra sykehuset og at dette økte presset på den kommunale helse og omsorgstjenesten.

7.2.2 Tiltak 9: Interkommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold - Krise, rus og psykiatri

Tiltak ikke iverksatt.

Ingen av gruppene nevnte dette tiltaket spesielt. Men mange av representantene beskrev bekymring knyttet til hvor man skulle få lagt inn pasienter etter nedleggelse av sengeposten ved DPS, dersom kommunale tiltak ikke var tilstrekkelig? I noen kommuner hersket det usikkerhet til hvor pasienten kunne få innleggelse, i Namsos eller Levanger? Det ble opplevd krevende å få pasienter innlagt og at erfaringen var at innleggelse på sykehus resulterte i rask utskrivelse, uten at kommunen har fått tilegnet seg kompetanse til å ivareta pasienten, eller at pasientens tilstand hadde bedret seg.

Informantene fra HF bekreftet at det nok kunne være knyttet usikkerhet knyttet til dette, og at det derfor var berammet informasjonsmøter med kommunene i november 2015 for å redegjøre for hvordan man nå skulle forholde seg og hvor innleggelser skulle skje.

Selv om ingen i intervjuene nevnte dette tiltaket spesielt, er det et uttalt behov for en avklaring i forhold til brukere som er for dårlig fungerende i forhold til å bo i egen bolig eller knyttet til bemannet omsorgsbolig samtidig som sykehuset mente at disse ikke behøvde sykehusinnleggelse. Etablering og drift av et interkommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud anses som et godt tiltak for å tette igjen «hullet» i tiltakskjeden.

7.2.3 Tiltak 10: Interkommunalt POSOM- team i BYN

Under utredning

Det var bare på intervjuet på Leka denne polemikken ble berørt. Her beskrev de utfordringer i forhold til å ivareta beredskapen på fastlandet.

7.2.4 Tiltak 11: Krisetelefon mandag- fredag 24/7

Tiltak ikke iverksatt. Ansees oppfylt ved opprettelse av kommunale brukerkontor. Tiltaket ble ikke nevnt av noen av informantene

7.3 Delmål 3 samordnet behandling

7.3.1 Tiltak 12: Etablering av samhandlingsteam i BYN- (SiBYN)

Tiltaket var i hovedsak kjent av de informantene som satt i samhandlingsteamet, men var lite kjent ut over dette. Noen var kjent med at det var laget en informasjonsfolder om SiBYN. Andre hadde sett at det var et sted man kunne ringe, men hvordan man skulle bruke teamet var relativt uklart. Uklarheten ble eksplisitt uttalt både fra legetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i de fire kommunene.

Informantene hadde betenkeligheter knyttet til hvordan man skulle forholde seg til taushetsplikt i teamet. Det var uklarhet knyttet til hva man skulle gjøre i teamet, og hvilke saker som kan behandles der. En informant pekte på utfordringer med organisasjonsformen i SiBYN. Hvilket myndighetsområde SiBYN har, og hvorfor ikke saker går direkte til brukerkontoret? SiBYN blir beskrevet som et lavterskel tilbud, men det var uklart om dette teamet først og fremst skulle fungere som et team der de henviste brukere til rette instans, eller ga et omsorg/behandlingstilbud til brukerne. Det ble reist spørsmål om hvem som sto ansvarlig for behandlingen.

I HF hadde de stor tro på SiBYN-tiltaket og mente at det representerte en annen måte å jobbe og tenke på når i forhold til behandlingstiltak ovenfor pasienter med psykiatri og rusproblematikk. Men samtidig påpekte også de problemer rundt denne nyvinningen i forhold til ansvarsforhold, organisatorisk tilknytning osv.

7.3.2 Tiltak 13: Interkommunalt bofellesskap med forsterket bemanning

Under utredning. Ble ikke nevnt av noen av informantene, men kan sees i sammenheng med kommentarene under tiltak 9.

7.3.3 Tiltak 14: Ansettelse av interkommunal ruskoordinator.

I flere av intervjuene nevnte de den interkommunale ruskoordinatoren. Ansatte fra skoleområdet ønsket en koordinator innen rusfeltet som i større grad hadde et forebyggende perspektiv på arbeidet sitt. De savnet hjelp og bistand i utformingen av gode opplegg på rusforebyggende arbeid i regi av skolen.

I en av intervjuene problematiserte de at ruskoordinatoren jobber uten vedtak i enkeltsaker og således kommer på siden av hva den etablerte helse og omsorgstjenesten gjør. I tillegg var det uklarerhet knyttet til om man jobbet ulikt i forskjellige kommuner. I Leka kommune savnet man noen som kunne gå inn i denne typen problematikk. Flere var usikre på prosedyrer for hvordan man gjorde henvendelse til tjenesten.

7.4 Delmål 4 Robuste fagmiljø

7.4.1 Tiltak 15: Lederforum i BYN

Det var kun lederforumet selv som nevnte tiltaket. De hadde god kunnskap om, og så stor nytte av forumet. Lederforumet gjorde det lettere å samarbeide om kompetanseutviklende strategier.

Informantene trakk fram fordelene ved å kunne utvikle og dra nytte av hverandres felles kunnskap. De opplevde at de hadde en del felles målsettinger innen helsetjenesten og at de opplevde noe rasjonaliseringsgevinst ved gjenbruk. De opplevde at forumet fungerte som en arena der de hadde støtte i hverandre. Særlig framhevet informantene muligheten til å drøfte felles problemstillinger, og at de kunne utvikle en felles strategi fra de fire kommunene ut mot eksterne parter.

7.4.2 Tiltak 16: Samhandlingskoordinator

Tiltaket ble ikke nevnt.

7.4.3 Tiltak 17: Kompetansehevende tiltak

Mange av informantene hadde vært med på de kompetansehevende tiltakene som var iverksatt, men utfordringen var å implementere kunnskapen på arbeidsplassen, samt drøfting og refleksjon/ veiledning sett i forhold til konkret bruk av kunnskapen.

Det var mange kurstilbud, så det var vanskelig å få deltatt på alle kurs, samt å få tid til å nyttiggjøre seg kunnskapen når man kom hjem på egen arbeidsplass. Informantene var likevel positive til at man kunne få delta på gode kurs og få ny kunnskap, og de så fordel av lokal forankring og at flere fra samme arbeidsplass kunne delta på samme kurs. Men kurs har kommet tett, slik at må ha takket nei til deltagelse på grunn av kapasitetsproblemer. Det hadde gått for fort.

Flere av informantene pekte på at robusthet skapes ved å få andre til å stille spørsmål til det vi gjør og ved å få veiledning fra andre. Behovet for organisert veiledning, almen veiledning eller i forhold til enkeltsaker er påtrengende i alle kommuner. Informantene sier det er en klar sammenheng mellom det å motta veiledning og å ha robuste fagmiljø. Et eksempel på veiledning satt i system og som får gode tilbakemeldinger er veiledningstilbudet som gis fra psykologspesialist tilknyttet DPS Kolvereid. Dette beskrives av leger og ansatte som er

tilknyttet psykisk helsetjeneste i kommunen. Veiledningen beskrives som systematisk, og foregår nær der omsorgen og behandlingen gis. Likevel beskrives denne veiledningen som svært sårbar da informantene hevder at dette er knyttet til og utøves av en enkelt person. Det er verdt å merke seg at veiledning som tiltak ikke er beskrevet i prosjektet selv om alle gruppene i en eller annen form beskrev at dette var et savn, samtidig som de beskrev veiledning som et sentralt element for å utvikle robuste fagmiljø.

Sårbarheten knyttet til at kommunene har små fagmiljø er tydelig i mange deler av tjenestene. Dersom en fagperson i en tjeneste med en eller få ansatte slutter, medfører dette en fare for at tjenesten forsvinner eller at den tar en ny form. Og dersom noen får nye oppgaver og definerer at de må gjøre mindre av noe, er det ingen garanti for at andre tar over oppgaven. I en del tilfeller forteller informanter om at det er opp til den enkeltes velvilje hvordan tjenesten blir ivaretatt ved reduksjon av stillingsressurs.

7.4.4 Tiltak 18: Følgeforskning

Følgeforskning ble ikke nevnt av informantene. Men i flere av intervjuene sa de at det var viktig at tiltakene ble evaluert og at de ble fulgt opp for å vurdere om de hadde den hensikten de var tiltenkt å ha.

Del 4

8 Utfordringsbilde

Vi har gjennomført fokusgruppeintervju, lest igjennom sluttrapporten, samt gått gjennom møtereferater fra arbeidsgruppene som har utarbeidet forslag til tiltak innenfor sine respektive områder. Vi har i delrapporten valgt å rette fokus på de fire områder BYN prosjektet har satt på dagsorden. I det følgende vil vi løftes utfordringer vi mener ledergruppen i BYN bør se nærmere på. Det er gjort med utgangspunkt i de fire hovedområde i prosjektet, forebygging og tidlig innsats, krise/øyeblikkelig hjelp, samordnet behandling for mennesker med alvorlige og sammensatte behov samt robuste fagmiljø. I tillegg har vi først knyttet noen kommentarer til implementering av prosjektet som sådann. I neste fase, fase 2 av prosjektet, vil vi gå inn og se nærmere på effekten og driften av et utvalg av de tiltakene som er foreslått.

8.1 Implementering og kunnskap om prosjektet

De aller fleste hadde hørt om prosjektet, men beskrev at innholdet i prosjektet hadde de lite kunnskap om. De som hadde vært med i prosjekter hadde god kunnskap om det PROSJEKTET de hadde deltatt i. Men de hadde liten kunnskap om de prosjektene de selv ikke hadde deltatt i. Som en informant sa så kan vi ikke si at prosjektet har vært vellykket, fordi vi ikke har noe kjennskap til effektene eller tiltakene i prosjektene.

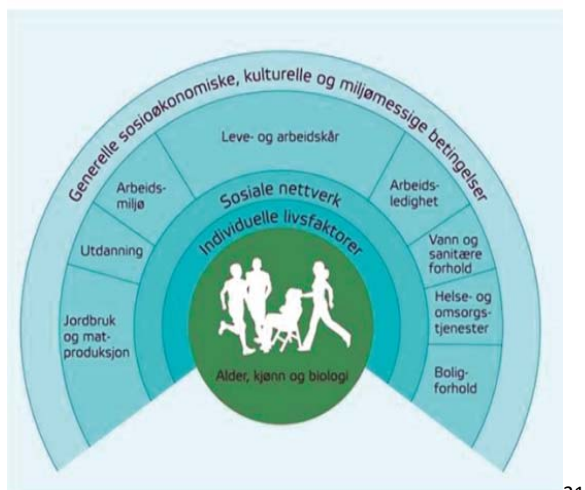
Det som også fremstår som en sentralt utfordring er at informantene beskrev stor grad av usikkerhet knyttet til hvordan de skulle forholde seg til eller ta i bruk de nye tiltakene. Dette gjelder spesielt SIBYN og de kommunale drøftingsteam. Usikkerheten gikk både på hvem som skulle henvise, hvordan prosedyren var og forskjellen på tiltakene i prosjektet og egen organisasjons måte å forholde seg til tiltaket på. En informant sa det på følgende måte: "Det er et paradoks at dette prosjektet er etablert på siden av det etablerte tilbudet som gis. Dette er jo egentlig en del av koordinerende enhet i den enkelte kommune."

Det kan virke som om det må arbeides mer både med hensyn til å gjøre de ulike tiltakene kjent og også tydeliggjøre hvordan de skal benyttes. Videre er det viktig å avklare hvilken rolle de ulike tiltakene i prosjektet skal ha sett opp mot eksisterende kommunale tiltak og opp mot spesialisthelsetjenesten.

8.2 Delmål 1: Forebygging og tidlig innsats

I forhold til delmål 1 er det foreslått 7 tiltak. Det er i rapporten ikke gjort noe klar kobling til hvordan det interkommunale arbeidet skal sees i sammenheng med resten av folkehelse og

forebyggingsarbeidet kommunen driver. I Folkehelsemeldingen²⁰ slås det fast at ansvaret for folkehelsearbeidet går på tvers av sektorer og samfunnsområder. Figuren nedenfor viser at folkehelsearbeidet primært foregår på andre arenaer enn i helse- og omsorgssektoren, i alle fall hvis en tenker på generelt folkehelsearbeid.



21

Det er, med unntak av tiltak 1, ikke gjort noe poeng av betydningen av sammenheng i folkehelsearbeid mellom ulike sektorer og samfunnsområder i prosjektet. I sluttrapporten fra prosjektet²² er det gjort en klar kobling til prosjektet og kommunens ansvar for folkehelsearbeidet. I og med at forebygging og tidlig innsats også skjer på andre arenaer enn i helse- og omsorgssektoren er det en svakhet at ikke flere etater i kommunen ble involvert i prosessen.

Det tiltaket som var kjent og igangsatt var helsefremmende barnehager. Dette har resultert i at barnehagene ut fra egen vurdering har et godt fokus på forebyggende arbeid, og tiltaket beskrives som godt integrert i barnehagens drift og har solid lokal forankring i alle barnehagene.

Flere av informantene fra skolesystemet var ukjent med at det skulle settes i verk et tiltak rundt helsefremmende skoler. Tiltaket hadde tydeligvis ikke blitt iverksatt. Skolene var opptatt av rusforebyggende arbeid og det som ble beskrevet som uheldig ungdomskultur, og det ble det etterlyst mer tverrfaglig arbeid. Begge disse områdene samt området psykisk helse kan ivaretas innenfor konseptet helsefremmende skoler. Videre etterlyste skolene et tettere

²⁰ Melding til Stortinget 34 Folkehelsemeldingen God helse- felles ansvar 2012-13

²¹ Melding til Stortinget 34 Folkehelsemeldingen God helse-felles ansvar 2012-13, s 51

²² Prosjekt Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal. Sluttrapport med iverksetting av tiltak 2015

samarbeid med den interkommunale ruskoordinatoren. Ut fra beskrivelsen av tiltaket interkommunal ruskoordinator, er ikke denne tiltenkt en slik rolle.

Alle kommunene hadde fora som kunne sammenlignes med det kommunale drøftingsteamet for barn og unge. Men ingen hadde lyktes helt med å sette det sammen slik at det ble et godt tverrfaglig og tverretatlig drøftingsteam. Organisering med utgangspunkt i skolen ser ut til å fungere godt, men bidrar samtidig til at barnehagene ikke er så godt representert. Ledergruppen må ta stilling til om man ønsker å opprettholde organiseringen slik den er i dag, bygd på eksisterende møtepunkter, eller om man skal omorganisere temaene. Skolene mente at de var en sentral arena for slike kommunale drøftingsteam. Alle barn går på skolen og skolen er den etaten som treffer barna hver dag.

Det er en utfordring for de interkommunale tjenestene å prioritere dette arbeidet. Barnevern var tydelig på knapphet i ressursene, og at de hadde stor saksmengde med meldte saker som måtte prioriteres. I intervjuet beskriver de at de ønsker å jobbe mer sammen med samarbeidspartnere, men pr i dag ikke har ressurser til å prioritere dette arbeidet. Samarbeid blir da først etablert når en sak faktisk er meldt, undersøkt og vurdert i forhold til tiltak fra tjenestens side.

Ledergruppen må ta et valg om en skal bruke ressurser på å få etablert tiltak 5, kommunale drøftingsteam for barn og unge, på en tilfredsstillende måte. Ved å sikre deltakelse fra de interkommunale tjenestene og forankre drøftingsteamene både hos helsesøstre og i skole/barnehage vil kanskje det ikke være nødvendig å iverksette tiltak 7, interkommunalt ressursteam for barn og unge.

Sunne steg er igangsatt, men de som drev tiltaket vurderte at det var et relativt omfattende prosjekt. Det ble tilført penger til prosjektet til førstegangs gjennomføring. Hvordan et slik tilbud på sikt skulle inngå i ordinær drift innenfor dagens rammer klarte de ikke å se. Ofte når en igangsetter slike tiltak eller innfører nye arbeidsmodeller eller oppgaver blir det viktig å prioritere bort andre oppgaver. Og det blir derfor sentralt å vurdere hva som prioriteres og at dette uttrykkes eksplisitt, når alle tiltakene etter hvert skal igangsettes.

8.3 Delmål 2: Krise og øyeblikkelig hjelp

Når det gjelder krise og øyeblikkelig hjelp var det i alt 4 tiltak som var utredet eller foreslått utredet. Ingen av disse tiltakene er satt i gang eller er ferdig utredet. I Tiltak øyeblikkelighjelp døgnopphold somatikk skulle ordningen med at hver kommune selv tok ansvar for dette evalueres i løpet av 2015. Kommunene ønsket ikke et interkommunalt tiltak rundt tiltaket.

I melding til Stortinget «Fremtidens primærhelsetjeneste» beskrives det behov for nye arbeidsmåter, ny kompetanse og ny organisering av tjenestetilbudet i kommunene:

«Et viktig eksempel på dette er at brukere av hjemmetjenester i dag har mer krevende tilstander enn tidligere. De har derfor behov for mer helsetjenester og mer avanserte helsetjenester enn før. Det er ikke lenger tilstrekkelig med hjemmesykepleie for mange av brukerne. De har behov for mer legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie. Dette utfordrer det etablerte skillet mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene. Disse tjenestene må arbeide annerledes, de må samarbeide bedre, og det er behov for nye organisatoriske løsninger som bedre reflekterer dagens utfordringer».²³

Vi vil anbefale at kommunene gjennomfører en ny vurdering av tiltaket i lys av de føringene den nye meldingen til stortinget gir. I meldingen går det tydelig fram at det vil kreve en viss størrelse på kommunen for å få til et forsvarlig tilbud. Når samarbeidsavtale 1 og 2, (mellom kommunene og HF) skal evalueres bør dette være et gunstig tidspunkt å vurdere om dagens ordning tilfredsstillende morgensdagen krav.

Innenfor kommunal psykisk helsetjeneste står en ovenfor utfordringer med å gi et tilfredsstillende tilbud til en liten men krevende pasientgruppe. Vi vil anbefale at det arbeides videre tiltak 9 og konkretisering av tiltaket. Etter vår mening kan dette sees i sammenheng med tiltak 13 selv om pasientgruppene er noe forskjellige.

²³ Melding til Stortinget 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet 2014-2015 s. 15

8.4 Delmål 3: Samordnet behandling

I intervjuene hadde vi et fokus på samarbeid og samhandling, og ut fra informantenes utsagn er det fremdeles mye å hente i forhold til samarbeid og samhandling, både innad i kommunen, mellom kommunene og interkommunale tiltak (barnevern og PPT) og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. I den nye meldingen til Stortinget nr 26 om primærhelsetjenesten går det tydelig fram at intensjonen i samhandlingsreformen ikke er nådd. Videre står det i meldingen:

«Ansvarsdelingen mellom de kommunale helse og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for avgrensningen av kommunenes samfunnsoppdrag. På flere områder, fremfor alt innenfor psykisk helse, rus, pasientopplæring og rehabilitering er det i dag for uklart hva som forventes av kommunene. Større og mer kompetente kommuner vil ha mulighet til å gjøre mer enn dagens kommuner. Hvilke oppgaver det forventes at kommunene skal ivareta og ev. overta, er beskrevet i Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen Nye oppgaver til større kommuner»²⁴.

Ut fra intervjuene ble det ikke avdekket at noen pasientgruppe hadde et manglende tilbud. Utfordringen lå i større grad i å få etablert gode rutiner og samhandling rundt brukergrupper som krevde god samhandling mellom første og andrelinjetjenesten.

Tjenesteavtale nr. 2, Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester, kan aktivt brukes for å konkretisere arbeidsmetoder for samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak.

Organisering i team, som den nye meldingen til Stortinget om primærhelsetjenesten fokuserer på, bør prøves ut i disse kommunene.

Det skissere ulike samarbeidskonstellasjoner der interkommunale ressurser skal benyttes. Samarbeid er en ressurskrevende arbeidsform og må forankres i alle ledd i organisasjonene. Derfor anbefales lederforumet å ta opp til drøfting om det er mulig å gjennomføre alle tiltakene som krever deltagelse fra de interkommunale tjenestene?

²⁴ Melding til Stortinget nr 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet 2014-2015 s. 12

8.5 Delmål 4: Robuste fagmiljø

Lokale kurs ansees som viktig, men informantene så i stor grad på samordning og tverrfaglig samhandling som kompetansebyggende i seg selv. Informantene ser med andre ord ikke på eget fag som holistisk, men at ved å jobbe i team og utfylle hverandre kan man gå i dybden og sammen skape et helhetssyn. Dette igjen medfører robusthet og gir trygghet for å se og løse framtidige utfordringer.

Tjenesteavtale 6 mellom kommunene og helseforetaket er retningslinje for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglig nettverk og hospitering. Når det gjelder samhandling og samarbeid slik som informantene beskrev det, bør ledergruppen ta stilling til hvordan tjenesteavtale nr 6 skal konkretiseres og hvordan veiledningsansvaret fra 2. linjen skal ivaretas.

Å utforme tverrfaglige og tverretatlige kompetansetiltak som prosjektet har gjort, ser ut til å være en god ide. For det første danner slike kurs og kompetansepakker et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av yrkesgrupper og etater. Men det er en svakhet i tanken bak robuste fagmiljøer at veiledning som tiltak og arbeidsredskap ikke har fått mere oppmerksomhet. Ledergruppen beskrev at for dem var det nyttig å møtes og samarbeide rundt spørsmål og gi hverandre råd og tips eller utvikle felles strategier. Under intervjuet beskrev de at deres samhandling var nyttig og utviklende. Dette kan forsås dit hen at de ved samhandling var blitt mer robuste i forhold til å utføre sine oppgaver. Vi vil anbefale at ledergruppen ser på mulighet for å sette veiledning mer i system i flere deler av organisasjonen. Dette kan være ovenfor enkeltpersoner, og overfor ansatte- grupper.

Slik vi ser det er det tre sentrale områder som vil være med på å gi robusthet i fagmiljøet.

1. Planmessig kompetanseheving i form av kurs og etter/videreutdanning på utvalgte områder. Premissen for at det skal gi økt robusthet er at deltakerne holder kompetansen ved like og får utviklet den i forhold til praktisk arbeid.
2. Tverrfaglige og tverretatlige møtepunkter hvor en får mulighet til å drøfte problemstillinger en står i til daglig. Disse møtepunktene bør utvikles så nært operativt nivå som mulig.
3. En planmessig bruk av veiledning som metode for fagutvikling. Dette kan gjøres enten i forhold til ansatte grupper eller individuelt helt avhengig av problemstillingen. Veiledningen bør være kontraktfestet, ha et tydelig mål og være tidsavgrenset.

FØLGESKRIV TIL INFORMANTER

VED FØLGEFORSKNINGSPROSJEKTET TIL LOKALE HELSETJENSTER BYN.

HiNT har inngått samarbeid med de fire kommunene Bindal, Leka, Nærøy og Vikna til å gjennomføre følgeforskning av prosjektet Lokale helsetjenester. Psykiatri, rus og somatikk i BYN.

Prosjektet har hatt en omfattende målsetting og mandat. Målsettingen har vært å etablere et koordinert tilbud til befolkningen når det gjelder psykiatri og rus, sammensatte helseproblemer og somatikk, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Dette skal omhandle både: Forebygging – Tidlig innsats – Krise-/øyeblikkelig hjelp – Samordnet behandling – Ambulante tjenester – Robuste fagmiljø.

Følgeforskningsprosjektet skal ha et spesielt fokus inn mot de tiltak som er rettet mot barn og unge og et spesifikt tiltak rettet mot samordnet behandling "Etablering av samhandlingsteam i BYN". Ved siden av dette skal det rettes oppmerksomhet rundt hvordan de ulike aktørene så på begrepene samhandling og samordning og deres rolle i dette. Dette omhandler samhandling og samordning innad i kommuner, mellom kommunene og ikke minst mellom kommuner og helseforetak.

Vi ønsker å gjennomføre fokusgruppeintervju med representanter fra de 5 samarbeidende partene.

I fokusgruppene vil følgende fire hovedområder berøres i samtalen:

- Syn, erfaring og oppfattelse av utfordringer i forbindelse med begrepene samordning og samarbeid.
- Hvordan tiltakene styrker og bygger på de grunntjenestene og ressursene som finnes i organisasjonene
- Hvordan tiltakene henger sammen i en tiltakskjede
- Hvordan tiltakene tetter huller i dagens tjenestetilbud

Vi regner med at samtalen (fokusgruppeintervjuet) tar ca. 1,5 time. Samtalen tas opp på bånd. Det er kun forskerne som har tilgang på data fra intervjuene, og forskerne har taushetsplikt om enkeltdeltageres uttalelser. Deltagelse i fokusgruppen er basert på frivillighet.

Representantene i arbeidsgruppa har i samråd med prosjektgruppa valgt ut informanter.

Arbeidsgruppa består av:

Reidun Korssjøen, Geir Arvid Thy, Pål Sæther Elden, Gudrun Fossem, Tove Kvaløy, Marit Elise Pedersen, samt Oddbjørn Johansen og Heidi H. Fjone fra HiNT.

De lokale lederne innen helse og omsorg står ansvarlig for praktisk planlegging. Fokusgruppeintervjuet blir gjennomført av Oddbjørn Johansen og Heidi H. Fjone.

Spørsmål av praktisk art rettes til helse og omsorgsleder i din kommune, eller til Reidun Korssjøen, Geir Arvid Thy (helseforetaket). Andre spørsmål rettes til Oddbjørn Johansen (oddbjorn.johansen@hint.no- tlf. 48158791, eller heidi.h.fjone@hint.no- tlf.91616785).

TEMAGUIDE

-INTRODUKSJON AV PROSJEKTET (bare kort ettersom de senere blir spurt om kunnskap om prosjektet)

I første fase ønsker vi å ha fokus på forankring og implementering. Med dette forstås i hvor stor grad ideen om større samhandling er forankret i organisasjonen og om de foreslåtte tiltakene er kjent og hva organisasjonene mener må være til stede for å implementere tiltakene som en naturlig del av organisasjonens arbeidsmåter

Bolk 1:

Grunnleggende begrep

Samarbeid- forståelse av hva er samarbeid, tverrfaglig samarbeid, samhandling, samordning.

I hvilken type saker oppfatter/ erfarer dere at det nødvendig med samhandling og samordning på?
(Hjelpestikkord: gi evt. eksempel)

Ansvar:

Ansvarsforhold i samarbeidsprosjekt

(hvilke erfaringer har dere med hvordan ansvarsfordeling skjer i samarbeidsprosjekt- eks klientoppfølging-)

Bolk 2:

Kompetanse:

Kompetanse –hva er kompetanse- hvordan kommer kompetanse til uttrykk?

(hjelpestikkord: beskrive hva generalistkompetanse er?)

Kan dere beskrive når og hvordan dere evt innhenter kompetanse fra andre. Hvilken kompetanse etterspør dere evt fra andre?

Bolk 3:

BYN prosjektet:

Hva er deres kunnskap om prosjektet?

(hjelpstikkord: På hvilken måte har evt. samarbeidet endret seg som følge av prosjektene?)

I hvor stor grad kjenner alle på din arbeidsplass til de ulike prosjektene?)