|  |  |
| --- | --- |
| -  IS-2076 |  |
|  | «Sammen om mestring»  **Veilederutkast 30.august 2013**  Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne |

Heftets tittel: «Sammen om mestring» Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne

Utgitt: måned/år, eks. xx/xxxx

Bestillingsnummer: IS-2076  
  
ISBN-nr.: 978-82-8081-289-6

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling psykisk helse og rus

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo  
  
Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: trykksak@helsedir.no  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2076

Forfattere: Fornavn Etternavn (linjeskift mellom flere)

Illustrasjon: Fornavn Etternavn (linjeskift mellom flere)

Utgitt i samarbeid med:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firmanavn eller logo | Firmanavn eller logo | Firmanavn eller logo |

Forord

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

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

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

Det legges særlig vekt på at:

* Tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv
* Tjenestene og tjenestenivåene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester
* Rus- og psykisk helsefeltene ses i sammenheng

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

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

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

Lykke til med arbeidet!

*Oslo, august 2013*

Bjørn Guldvog

direktør

Innhold

Forord 1

1 Brukeren som viktigste aktør 8

1.1 Brukeren 8

1.2 Pårørende 8

1.3 Barn som pårørende 9

1.4 Brukermedvirkning 10

1.4.1 Ofte stilte spørsmål: 12

1.5 Brukerfokusert organisering 12

1.6 Arbeidsmetoder som ivaretar brukermedvirkning 14

1.6.1 Ofte stilte spørsmål 16

1.7 Erfaringsbasert kvalitetssikring 17

1.7.1 Ofte stilte spørsmål: 17

2 Lokalt psykisk helse- og rusarbeid – sentrale påvirkningsfaktorer 19

2.1 Rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer 19

2.1.1 Rusmiddelproblemer 19

2.1.2 Psykiske helseproblemer 20

2.2 Sentrale påvirkningsfaktorer 20

2.2.1 Resiliens 20

2.2.2 Sosial støtte 20

2.2.3 Empowerment 21

2.2.4 Holdninger i samfunnet 21

2.2.5 Bedring 21

2.3 Konsekvenser av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer 22

2.3.1 Helseskader 22

2.3.2 Posttraumatisk vekst 22

2.3.3 Vold og ulykker 22

2.3.4 Dårlige levekår 23

2.3.5 Straffbare forhold 23

3 Gode levekår i helsefremmende lokalsamfunn 24

3.1 Levekårenes betydning for helse 24

3.2 Helsefremmende lokalsamfunn 25

3.2.1 Tilgang til alkohol 25

3.2.2 Deltakelse og sosial inkludering 26

3.2.3 Bolig 26

3.2.4 Utdanning og arbeid 27

3.2.5 Personlig økonomi 29

3.2.6 Helse 30

4 Tilrettelegging av tjenestene 31

4.1 Milde og kortvarige problemer 31

4.1.1 Forebygging 31

4.1.2 Kartlegging og utredning 32

4.1.3 Behandling og oppfølging 33

4.2 Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser 33

4.2.1 Forebygging 34

4.2.2 Kartlegging og utredning 35

4.2.3 Behandling og oppfølging 35

4.3 Alvorlige og langvarige problemer/lidelser 36

4.3.1 Forebygging 36

4.3.2 Kartlegging og utredning 37

4.3.3 Behandling og oppfølging 38

4.3.4 Avrusning 39

4.3.5 Skadereduksjon 39

4.3.6 Tvang 40

5 Tilnærmingsmåter 42

5.1 Bruker- og familieperspektivet 42

5.1.1 Pårørende – og familieperspektivet 42

5.2 Tilnærmingsmåter og faktorer i behandling og oppfølging 43

5.3 Fellesfaktorer 43

5.4 Organisatoriske faktorer 44

5.5 Oppsøkende virksomhet på brukerens arena 46

5.6 Kunnskapsbasert praksis i oppsøkende behandlingsteam 47

5.7 Lavterskeltilbud 47

5.8 Anbefalinger 48

6 Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid 49

6.1 Helse- og omsorgstjenesten i kommunen 49

6.1.1 Enhet for psykisk helsearbeid og/eller rusarbeid 49

6.1.2 Fastlegen 49

6.1.3 Legevakt 51

6.1.4 Lavterskel helsetilbud til personer med rusmiddelproblemer 51

6.1.5 Psykologer i kommunen 52

6.1.6 Omsorgstjenesten 52

6.1.7 Rask psykisk helsehjelp 53

6.1.8 Ergo- og fysioterapitjenesten 53

6.1.9 Frisklivssentral 54

6.1.10 Kommunale psykososiale kriseteam 54

6.1.11 Krisesenter 55

6.1.12 Overgrepsmottak 55

6.1.13 Barnevern 55

6.1.14 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom 55

6.1.15 Svangerskap og barselomsorg i kommunen 56

6.1.16 Asylmottak – helsetjenester til flyktninger og asylsøkere 56

6.1.17 NAV – kontorene 57

6.2 Fylkeskommunale tjenester og aktører - tannhelsetjenesten 57

6.3 Statlige tjenester og aktører - spesialisthelsetjenesten 58

6.3.1 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 58

6.3.2 Psykisk helsevern 59

6.3.3 Øyeblikkelig hjelp 60

6.4 Andre statlige tjenester 61

6.4.1 Familievernkontoret 61

6.4.2 Kriminalomsorg – helse- og omsorgstjenester i fengsel 61

6.5 Frivillig sektor / brukerorganisasjonenes rolle 62

7 Samhandling for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud 63

7.1 Samhandling innad i kommunen 64

7.2 Samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten 64

7.2.1 Plikt til å samarbeide 64

7.3 Samhandlingstiltak på systemnivå 65

7.3.1 Samhandlingstiltak på individnivå 67

7.3.2 Arbeidsdeling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten 68

7.4 Elektronisk samhandling (e-helse) som virkemiddel 68

7.5 Anbefalinger 69

8 Kvalitet, kompetanse og tjenesteutvikling 70

8.1 Kvalitet og kvalitetsarbeid 70

8.2 Metodikk for kvalitetsforbedring 71

8.3 Kompetanse og kompetansekrav 72

8.3.1 Grunnleggende krav til kompetanse 73

8.3.2 Kompetanseelementer og kunnskapsbehov 73

8.4 Kompetanseutvikling 75

8.4.1 Fag- og tjenesteutvikling 75

8.5 Anbefalinger 75

9 Lovgrunnlaget 76

9.1 Helse- og omsorgstjenesteloven 76

9.2 Spesialisthelsetjenesteloven 77

9.3 Forholdet til annen helse- og omsorgslovgivning 78

9.4 Klage- og tilsynsordning 78

9.5 Ofte stilte spørsmål 79

10 Vedlegg 82

10.1 Vedlegg 1. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innen psykisk helse og rus. 82

10.2 Vedlegg 2. Kunnskaps- og kompetansesentre 86

10.3 Vedlegg 3. Bruker og pårørendeorganisasjoner 87

10.4 Vedlegg 4. Oversikt over sentrale aktører og tjenester i lokalt rus- og psykiske helsearbeid 88

11 Referanseliste 92

Innledning

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

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

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

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

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

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

**Lokalt rus- og psykisk helsearbeid**

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

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) (10) presiserer kommunens ansvar for alle pasient- og brukergrupper. Loven tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester og plikten til å tilby forsvarlige tjenester. Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid fremheves både i helse- og omsorgstjenesteloven og i folkehelseloven. Innføring av helse- og omsorgstjenesteloven medførte endringer i en rekke andre lover, blant annet spesialisthelsetjenesteloven (11) og helsepersonelloven (12). Pasient- og brukerrettighetsloven (13) inneholder nå felles regler, inkludert rettighetsbestemmelser, for både pasienter og brukere.

Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid innebefatter kommunenes, de distrikts-psykiatriske sentrenes (DPS) og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingens (TSB) innsats på feltet. Det kommunale arbeidet omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling og oppfølging og skadereduksjon. Kommunalt rusarbeid omfatter alle typer rusmiddelproblemer; alkohol, medikamenter og narkotiske stoffer (14). Psykisk helsearbeid og rusarbeid utføres i helse- og omsorgstjenesten og i andre sektorer og tjenester i kommunen (2). Det lokalbaserte psykiske helsearbeidet for voksne i spesialisthelsetjenesten utføres først og fremst ved, og ut fra, de distriktspsykiatriske sentrene (DPS). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tilbys i ruspoliklinikker og ulike døgnenheter. Veilederen vektlegger arbeid som skal gjøres lokalt i kommunen og i samhandlingssonen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Lokalt psykisk helse- og rusarbeid står overfor mange av de samme utfordringene, og benytter metoder og tilnærmingsmåter som bygger på en del like prinsipper. Flere av brukere har samtidige psykiske helse- og rusproblemer. Likhetene i utfordringer og tilnærmingsmetoder gjør det hensiktsmessig å se psykisk helse og rus i sammenheng.

**Veilederens formål og innhold**

Det skjer en betydelig fagutvikling på feltet. Økt brukerinnflytelse fordrer at alle kommuner har en systematisk tilnærming til hvordan pasienter og brukere involveres i utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsreformen og innføringen av nytt lovverk stiller krav til samhandling og arbeidsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Med Veilederen «Sammen om mestring» ønsker Helsedirektoratet å peke på utfordringer og muligheter i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid og vise hvordan ulike forhold kan imøtekommes gjennom kunnskapsbaserte tilnærminger og tiltak. Målet er å klargjøre nasjonale forventninger og understøtte det lokale psykiske helsearbeidet og rusarbeidet gjennom opplysning, råd og veiledning.

Veilederen omtaler allmenne utfordringer i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Den behandler ikke enkeltdiagnoser, ulike typer rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer eller utsatte gruppers særskilte behov. Her vises til nasjonale faglige retningslinjer og veiledere på det spesifikke området. Publikasjonene finnes på [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner). Se vedlegg 1: Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere i lokalt rus- og psykisk helsearbeid

**Målgrupper**

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

Veilederen er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med en arbeidsgruppe og en ressursgruppe bestående av representanter for bruker- og pårørende-organisasjoner, kommuner, spesialisthelsetjenesten, fylkesmannen og nasjonale kompetansemiljøer.

Gruppene har vært vurdert med hensyn til habilitet og mulige interessekonflikter.

Arbeidsgruppen har bestått av:

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

Ressursgruppen har bestått av:

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

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

# Brukeren som viktigste aktør

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

## Brukeren

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

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

Det er lederens oppgave å sikre at virksomheten yter likeverdige og helhetlige tjenester til brukerne og praktiserer reell brukermedvirkning[[1]](#footnote-1). Tjenesteutøveren har likevel et selvstendig ansvar[[2]](#footnote-2) for at brukeren gis et likeverdig, frivillig[[3]](#footnote-3) og kvalitativt godt tilbud og får anledning til å medvirke[[4]](#footnote-4).

## Pårørende

Bekymringer knyttet til hvordan familien opplever og berøres av ens problemer preger mange. Pårørende, det være seg familien, en venn eller en annen nærstående person[[5]](#footnote-5), vil også påvirkes og merkes av situasjonen og trenger oppmerksomhet og omtanke fra tjenesteapparatet. Noen pårørende har behov for konkret oppfølging eller egne tjenester.

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

**For mer informasjon:**

* PårørendeSenteret i Stavanger har utviklet et tjenesteuavhengig e-læringsprogram om pårørendeinvolvering. <http://www.pårørendeprogrammet.no/>
* Helsedirektoratet har utgitt «Pårørende en ressurs» (25) en veileder om hvordan tjenestene skal forholde seg til pårørende. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/parorende-en-ressurs/Sider/default.aspx>
* Helsedirektoratet har utviklet en nettside med oversikt over pårørendesentre og pårørendeorganisasjoner <http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/parorende.aspx>

## Barn som pårørende

Barn som lever sammen med en foresatt som har en alvorlig psykisk lidelse eller et omfattende rusmiddelproblem, er risikoutsatt. Helse- og omsorgspersonell skal innhente informasjon om hvorvidt brukeren har mindreårige barn og få oversikt over omsorgssituasjonen[[6]](#footnote-6). Når det er grunn til å tro at barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, skal helse- og omsorgspersonell uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste[[7]](#footnote-7). Barnets situasjon skal vurderes fortløpende, og personellet skal konferere med andre aktører når de er i tvil. Det er mulig å diskutere en sak anonymt med barnevernet eller helsestasjonen. I små kommuner bør en i mange tilfeller rådføre seg med nabokommunene for å forhindre brudd på taushetsplikten.

Hvis brukeren er i behandling i spesialisthelsetjenesten bør kommunen kontakte ansvarlig behandler og barneansvarlig for å ta rede på hvilke vurderinger som er gjort, og om det er truffet tiltak for å ivareta barna. Helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.[[8]](#footnote-8)

**For mer informasjon:**

* Barn som pårørende, Helsedirektoratet 05/ 2010 (26)
* Som alle andre? Søsken til barn og unge med funksjonsnedsettelser, NTNU Samfunnsforskning (27)
* Hvordan sikre barn og pårørendes behov i spesialisert rusbehandling? Stavanger/Rogaland A-senter (28) <http://mediasite01.uis.no/mediasite/Viewer/?peid=e18049eaaf314a64846ed0767fcd9065>
* Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende; Barns beste <http://www.sshf.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/Sider/side.aspx>

|  |
| --- |
| Brukermedvirkning**[[9]](#footnote-9)** |
| Brukermedvirkning gir innflytelse |
| Pasienter og brukere har rett til å medvirke og tjenestene har plikt til å involvere pasient og bruker i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud[[10]](#footnote-10).  Reell brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, deltar i beslutningsprosesser på like vilkår, slik at brukerens ulike oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud. |
| Brukermedvirkning skaper likestilling |
| Kommunen har et likestilt ansvar for å yte tjenester ved somatiske-, psykiske- eller rusmiddelproblemer.[[11]](#footnote-11) Ingen skal oppleve diskriminering, forskjellsbehandling eller mangel på likestilling på grunn av rusmiddelproblemer eller psykisk sykdom.  Brukermedvirkning er et egnet virkemiddel til å sikre at brukere likebehandles. Målet er ikke å yte like tilbud, men et likeverdig og forsvarlig tilbud tilpasset brukerens behov og ønsker. Et likeverdig tilbud forutsetter at tjenesteapparatet har kjennskap til, verdsetter og anvender brukerens kunnskap i utformingen av tjenestetilbudet.  Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår han eller hennes problem. |
| Brukermedvirkning opphever begrensinger |
| Brukermedvirkning krever at tjenesteutøverne ikke er forutinntatte, har fordommer eller fastlåste syn på personer eller grupper som får betydning for valg av tilbud.  Gjennom brukermedvirkning får tjenestene økt kunnskap om brukerens situasjon, ønsker og behov som kan motarbeide fordommer og stereotypier og bidra til at enkeltpersoner og grupper får større innflytelse og handlingsrom. |
| Brukermedvirkning gir mestring |
| Aktiv brukerdeltakelse i utformingen av tjenestetilbudet bidrar til et bedre tilpasset tjenestetilbud, men har også en egenverdi. For mange vil brukermedvirkningen ha en terapeutisk effekt.  Å involvere og anvende brukerens kompetanse er avgjørende for at brukerens ressurser og mestringsevne skal bevares og styrkes, og for at brukeren skal beholde eller gjenvinne kontroll over eget liv. Gjennom å legge til rette for at enkeltindivider gis makt og innflytelse i eget liv, øker evnen og mulighetene for deltakelse og innflytelse i samfunnet. |
| Brukermedvirkning gir bedre tjenester |
| Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som har som mål å utvikle og forbedre tjenestene[[12]](#footnote-12). I dette arbeidet spiller brukerne en sentral rolle. Kun brukeren kan bedømme om tjenesten eller behandlingen fungerer tilfredsstillende.    Brukermedvirkning bidrar til bedre og mer målrettede tjenester fordi erfaringskunnskap og fagkunnskap ses i sammenheng. Erfaringskunnskapens styrke ligger i de jevnlige tilbakemeldingene fra dem som benytter tjenestene. Brukerne tilfører nye perspektiver og ideer til kvalitetsforbedring. |
| Brukermedvirkning skaper legitimitet |
| Jo flere som deltar i en beslutningsprosess, jo større legitimitet får beslutningen. Brukermedvirkning er en prosess eller metode som forutsetter at det innhentes synspunkter fra dem som berøres av de ulike tiltakene.  Brukermedvirkning og implementering av erfaringsbasert kunnskap i beslutningene er et viktig demokratisk prinsipp. |
| Brukermedvirkning er et fellesprosjekt |
| Brukermedvirkning gir fordeler til alle. Det er et viktig demokratisk prinsipp, har en individuell terapeutisk verdi og er et sentralt virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.  Brukermedvirkning forutsetter at tjenestene arbeider aktivt med å utvikle samarbeidet med brukerne, slik at brukerens mestringsevne og engasjement i behandlingen blir forsterket. Brukerens involvering blir større når behandlingen rettes mot endringsprosesser og mål som tar utgangspunkt i brukerens forståelse av egne utfordringer og syn på egenutvikling og mestring. |
| Pårørende er en ressurs |
| Pårørende[[13]](#footnote-13) har ofte inngående kjennskap til brukerens bakgrunn, ressurser og problemer. De kan bidra med forslag til løsninger og formidle kunnskap om forhold som er lite synlige for tjenesteutøver.  Hvis forholdet mellom brukeren og pårørende er vanskelig, bør helsepersonell vurdere om de kan bedre situasjonen. Samtykke til å involvere pårørende bør drøftes jevnlig med brukeren. Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.[[14]](#footnote-14) |

### Ofte stilte spørsmål:

***Hvis brukeren ikke ønsker å medvirke?***

*Tjenestene har plikt til å legge til rette for brukermedvirkning og bør oppfordre brukerne til å medvirke. Informasjonen må tilpasses brukerens forutsetninger, slik at han eller hun forstår og kan nyttiggjøre seg opplysningene[[15]](#footnote-15). Tjenestenes plikt til å gi tilpasset informasjon og til å yte faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester er uavhengig av om brukeren kan eller ønsker å medvirke i prosessen.*

*Brukeren har en rett, men ingen plikt til å delta i utformingen av tjenestetilbudet, og tjenesteutøver skal respektere brukerens ønsker. Brukere som i første omgang avslår å delta i prosessen, bør inviteres inn på nytt ved en senere anledning. Brukeren kan også oppfordres til å ta kontakt med familie, venner eller bruker-organisasjoner, og hvis ønskelig invitere dem inn i prosessen som en støtte.*

***Hvem avgjør ved uenighet, bruker eller utøver?***

*Brukermedvirkningens utgangspunkt er at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient og bruker[[16]](#footnote-16). Brukerens behov, ønsker og vurderinger bør legges til grunn ved valg av behandling og tjenestetilbud. Tjenesteutøver skal gi faglig baserte råd og nødvendig og tilstrekkelig informasjon om tjenestetilbudet, slik at bruker er kjent med eventuelle konsekvenser av valgene. Tjenesteutøver må være lydhør overfor brukeres ønsker, mål og oppfatning av situasjonen. Målet er at bruker og tjenesteutøver enes om hva som er et egnet tjenestetilbud. Tjenestene har plikt til å yte faglig forsvarlige tjenester, og ved uenighet har forsvarlighetskravet forrang.*

**Har brukeren rett til at pårørende er tilstede når tjenestene ytes?**

*Brukerens medvirkningsrett innebærer ikke bare rett til selv å medvirke, men også rett til å be om at andre får være til stede når helse- og omsorgstjenester ytes. Det skal mye til for at brukerens ønske ikke skal imøtekommes. Medvirkningen fra pårørende eller andre er basert på samtykke fra brukeren. Når brukeren mangler samtykkekompetanse vil pårørende kunne ha selvstendig rett til medvirkning.*

***Har pasienter under tvunget psykisk helsevern rett til å medvirke?***

*Retten til medvirkning gjelder ikke i sin helhet for brukere som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Reglene om tvang søker imidlertid å sikre brukerne, og eventuelt andre som handler på deres vegne, så langt som mulig innflytelse over behandlingssituasjonen. Forhold som ikke er regulert av psykisk helsevernloven vil på en tilpasset måte kunne omfattes av pasient- og brukerrettighetslovens medvirkningsregler. Brukeren kan la seg bistå av andre, for eksempel pårørende eller advokat. Utarbeidelse av en kriseplan for å sikre medvirkning, kan være et godt tiltak i en slik situasjon. Planen kan inneholde informasjon om hvordan brukeren ønsker å bli møtt, hvilke personer som skal kontaktes samt brukerens behandlingsønsker ved en akutt krise.*

## Brukerfokusert organisering

Målsettingen om å sette brukeren i sentrum forutsetter et bevisst og systematisk arbeid, og vil i mange tilfeller kreve en kulturendring i virksomheten. Brukerfokuset kan medføre nye arbeidsmetoder, i form av større vekt på oppsøkende virksomhet eller innføring av nye samtaleverktøy. Det kan også innebære at tjenestene bør omorganiseres for å kunne imøtekomme brukernes ønsker og behov på en bedre måte.

Organisering av tjenester med utgangspunkt i brukerens ønsker og behovs-vurderinger er et uttrykk for, og en anerkjennelse av, brukerkompetanse og verdien av å tilpasse tjenestene til behovene. Tjenestene bør utformes og tilrettelegges slik at det foreligger ulike tilbud og reelle valgmuligheter for brukeren. Et nært samarbeid med brukerne og deres organisasjoner i utvikling og organisering av tjenestene er en forutsetning for å etablere gode brukertilpassede tjenester. Det foreligger plikt til å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter[[17]](#footnote-17). Jevnlige brukerundersøkelser, i samarbeid med brukerorganisasjon-ene, for å sikre at virksomhetens organisering og praksis ivaretar brukerperspektivet, vil på en god og hensiktsmessig måte bidra til å oppfylle plikten.

**Lett tilgjengelig informasjon om tjenestetilbudet**

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

**Varierte og lett tilgjengelige tjenester**

Et tjenestetilbud som tar utgangspunkt i brukerens ønsker og behovsvurderinger forutsetter på den ene siden at myndighetene har god oversikt over tjenestebehovet på nasjonalt og lokalt nivå, og på den annen side at det finnes et bredt og variert tjenestetilbud tilpasset brukerens behov. Myndighetene har ansvar for å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne, også til personer som trenger tjenester, men ikke selv oppsøker hjelp[[18]](#footnote-18).

**Brukerstyrte tilbud**

Brukerstyrte tilbud er tilbud som enten er drevet av brukerorganisasjoner, for eksempel brukerstyrte sentre, væresteder eller arbeidstiltak, eller tilbud hvor brukeren selv vurderer sitt innleggelsesbehov og tar kontakt med tjenesteapparatet Det finnes ordninger med brukerstyrte plasser både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene (trygghetsplasser (29)). Se også Kapittel 6 Tjeneste og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.

**Brukerstyrt personlig assistent (BPA)**

Brukerstyrt personlig assistanse er en måte å organisere praktisk bistand på[[19]](#footnote-19). Ordningen, som er beregnet for personer med omfattende funksjonsnedsettelser, har som målsetting at brukeren skal ha et aktivt og mest mulig uavhengig liv. Det er brukeren selv, eventuelt med noe hjelp, som er arbeidsleder for sine personlige assistenter og avgjør assistentens oppgaver og arbeidstid innenfor rammen av vedtaket. Kommunene har plikt til å tilby ordningen, men står relativt fritt til å bestemme hvem som skal få BPA, og i hvilket omfang.[[20]](#footnote-20) Kommunene skal i vurderingen legge stor vekt på brukerens behov og ønsker. BPA omfatter også brukere med et omfattende rus- eller psykiske helseproblem. Det anbefales å vurdere hvorvidt BPA kan være en aktuell tjeneste for personer med rusmiddel-problemer eller psykiske vansker. Ordningen gir brukeren større innflytelse og kontroll på egen hverdag. Tjenesten omfatter hjelp både i og utenfor hjemmet.

## Arbeidsmetoder som ivaretar brukermedvirkning

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

**Brukerens egen plan**

Individuell plan (IP) er brukerens egen plan. IP skal utarbeides sammen med bruker og gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål[[21]](#footnote-21). Planen utløser ingen rettskrav på bestemte tjenester og gir ikke brukeren rettigheter ut over det som følger av regel-verket for helse- og omsorgstjenester[[22]](#footnote-22). Planen skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og er en viktig premiss når det fattes vedtak om tjenester.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til, og bør oppfordres til, å få utarbeidet en individuell plan,[[23]](#footnote-23) og til å delta aktivt i å beskrive sine ønsker, mål og behov for tjenester. Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra brukeren eller den som kan samtykke på vegne av brukeren. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning brukeren og pårørende selv ønsker det.

**For mer informasjon:**

* Helsedirektoratets nettside om individuell plan <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>
* «Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige» Kompetansesenter Rus Nord-Norge (30) [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no) (relevant også for psykisk helsearbeid)
* «Tillit, tid, tilgjengelighet», Helsedirektoratet(IS-1918) (31) [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no/)

**Nettverksmøter og åpne samtaler**

Nettverksmøter har fokus på brukerens ressurser, styrker og muligheter. Metoden, som krever god kompetanse hos utøver, innebærer at brukerens nettverk involveres og motiveres til å delta i brukerens bedringsprosess. Brukeren bestemmer hvem som skal inviteres, og hvor møtet skal holdes. Likeverdig kompetanse, som innebærer at brukerens og nettverkets kompetanse anerkjennes på linje med fagfolkenes, er et viktig prinsipp. Ved å dele kunnskap, tanker og erfaringer i en åpen samtale, kan man komme fram til tiltak som alle støtter opp om (32).

**Erfaringskonsulenter**

Erfaringskonsulenter er ansatte med brukererfaring, enten egenerfaring eller som pårørende til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer. Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene. Erfaringskonsulentene er ikke brukerrepresentanter, og kan ikke erstatte brukerrepresentantens rolle og funksjon.

**Frivillige organisasjoner / brukerorganisasjoner**

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

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

**For mer informasjon:**

* Vedlegg 3: Bruker- og pårørendeorganisasjoner
* Nasjonalt senter for erfaringskompetanse samler, systematiserer og gyldiggjør bruker- og pårørendeerfaringer innen psykisk helsefeltet. Siden retter seg også mot rusfeltet og ser rus og psykisk helse i sammenheng. <http://www.erfaringskompetanse.no/moeteplasser/bruker-og-paaroerendeorganisasjoner>

**Selvhjelp**

Mange brukere har god nytte av selvhjelpsgrupper. Selvhjelpsgrupper er bruker-baserte støttende fellesskap som kan bidra til mestring i hverdagen og være et positivt supplement til behandling. Helse- og omsorgspersonell bør opplyse brukerne om selvhjelpgrupper og oppmuntre dem til å delta i gruppene. Undersøkelser blant personer med rusmiddelproblemer viser at brukerne ser på selvhjelpsgrupper som en mulig ressurs i behandlingen, mens tjenesteutøverne i liten grad informerer om selvhjelp (33).

Veiledet selvhjelp eller assistert selvhjelp bygger på prinsipper fra kognitiv atferds-terapi og er en metode for systematisk samarbeid mellom pasient og helsepersonell. Studier viser (34) at veiledet selvhjelp gir gode resultater ved lettere former for depresjon. Selvorganisert selvhjelp skiller seg fra veiledende eller assistert selvhjelp ved at selvhjelpsgruppene er lederløse, og at de drives på initiativ fra menneskene det gjelder.

**For mer informasjon:**

* Selvhjelp Norge – kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp <http://www.selvhjelp.no/>
* «Informasjon om mulighetene for selvorganisert selvhjelp i møtet med rusproblemer», Helsedirektoratet i samarbeid med Selvhjelp (35) <http://www.selvhjelp.no/>
* ”Enkle råd når livet er vanskelig” Helsedirektoratet IS-0250 (36) <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/enkle-rad-nar-livet-er-vanskelig/Sider/default.aspx>

### Ofte stilte spørsmål

***Hvilken rolle har koordinerende enhet?***

*Kommunen har plikt til å opprette en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet[[24]](#footnote-24). Enheten har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan. Målet med koordinerende enhet er å sikre koordinerte tjenester til dem som trenger det, og legge til rette for god samhandling mellom bruker og tjenesteytere og mellom tjenesteytere fra ulike faggrupper, sektorer og nivåer. Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer vil ofte ha behov for koordinerte tjenester, og enhetene må sikre at disse brukergruppene ivaretas.*

***Hvem har ansvar for at det utarbeides en individuell plan?***

*Det er kommunen som har ansvaret for at det utarbeides en individuell plan (IP). Det overordnede ansvaret for IP skal forankres hos virksom­hetsledelsen, som skal sørge for at koordinatoren har gode rammebetingel­ser for å kunne ivareta rollen (14). Koordinerende enhet i kommunen har ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorer. Det bør legges til rette for felles opplæring og kompetanseutviklingstiltak for brukere, koordinatorer og andre fagpersoner som er involvert i planarbeidet.*

*Når personer har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og/ eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for utarbeidelse og koordinering av IP[[25]](#footnote-25). Spesialisthelsetjenesten skal så snart som mulig varsle kommunen når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen[[26]](#footnote-26). Når det kun ytes tjenester fra spesialisthelsetjenestens side, er denne ansvarlig for IP og koordinering av tjenestene.*

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

***Hvilke oppgaver ligger til koordinatorrollen?***

*Koordinatoren[[27]](#footnote-27) skal sørge for framdrift, nødvendig oppfølging og bidra til at brukeren får et «sømløst» tilbud. Hun eller han skal sikre nødvending samarbeid med spesialisthelsetjenestene eller andre tjenesteutøvere i utarbeidelse og oppfølgingen av planen.*

***Hvem bør være koordinator?***

*Tjenesteutøvere innen psykisk helse og rus-tjenester eller ansatte på NAV-kontoret kan være koordinator. Koordinatoren skal oppnevnes i samråd og med samtykke fra brukeren eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende. En fast kontaktperson som har hovedansvaret for oppfølging og samordning av tjenestetilbudet, synes å bidra til bedre kontinuitet, stabilitet og trygghet for brukeren og pårørende (37;38). Erfaringskunnskap viser at en god relasjon mellom bruker og koordinator i planarbeidet har stor betydning for brukeren.*

***Hvilke oppgaver ligger til ansvarsgruppen?***

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

***Må det opprettes ansvarsgruppe?***

*Etablering av ansvarsgruppe er ikke lovpålagt, men det anbefales som en god arbeidsform. Forskning viser at å etablere ansvarsgruppe er en hensiktsmessig måte å organisere arbeidet med individuell plan på for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer (30;39). Ansvarsgrupper gir gode muligheter for samhandling, målretting og brukermedvirkning*.

## Erfaringsbasert kvalitetssikring

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

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

**Råd og brukerutvalg**

Kommunene har en lovpålagt plikt til å etablere kommunale råd for personer med nedsatt funksjonsevne[[28]](#footnote-28). Helseforetakene er pålagt å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter[[29]](#footnote-29). Det anbefales at tjenestene benytter utvalgene aktivt for å få råd og tilbakemeldinger fra brukerne.

### Ofte stilte spørsmål:

***Hva og hvor mye kan brukerorganisasjonene bestemme?***

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

***Hvilken rolle har bruker- og pasientombudet?***

*Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste og for å bedre kvaliteten i tjenestene.  
  
Pasienter og brukere som har hatt opplevelser i helse- og omsorgstjenesten som de ønsker å ta opp, kan ta kontakt med pasient- og brukerombudet i fylket der de bor. Ombudet kan gi råd, veiledning og informasjon om deres rettigheter som pasient, bruker eller pårørende. Pasient- og brukerombudet kan bistå med å formulere og videreformidle spørsmål eller klage til rette instans (40).*

# Lokalt psykisk helse- og rusarbeid – sentrale påvirkningsfaktorer

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

Mange mennesker opplever psykiske vansker eller rusmiddelproblemer i en kortere eller lengre periode i livet. Noen trenger bistand fra tjenesteapparatet, andre kommer seg ut av problemet ved egen hjelp eller med støtte fra familie og venner. 70 prosent av dem som på et tidspunkt i livet får et rusmiddelproblem, kommer seg ut av problemene uten bistand fra tjenesteapparatet (41). De fleste som opplever et psykisk helseproblem vil med noe bistand fra tjenesteapparatet kunne leve et godt liv. Noen lever med alvorlige problemer over lang tid, og har behov for omfattende hjelp og støtte fra tjenesteapparatet, familie og venner.

## Rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer

Psykiske vansker og rusmiddelproblemer påvirkes av ulike forhold, og må ses i et samspill mellom biologiske, genetiske, psykologiske, sosiale og kulturelle fenomener. Debutalder og samtidig forekomst av rus- og psykiske problemer påvirker problemutviklingen (42). Som hovedregel vil tidlig debut, særlig av alvorlige symptomer som psykose eller bruk av illegale rusmidler, øke sannsynligheten for et mer langvarig og sammensatt forløp.

### Rusmiddelproblemer

Kjernen i fenomenet rusmiddelavhengighet kan forstås som mer eller mindre fastlåste tanke- og atferdsmønstre som følge av arvelige disposisjoner, hendelser og relasjoner i livet. De påvirker utviklingen av personlighetstrekk og problemer og etablerer atferds- og forståelsesformer som begrenser personens opplevde handlingsalternativer. Selv om årsakene til at en person utvikler avhengighet vil være av både biologisk, psykologisk og sosial art, har en nevrobiologisk forståelse av avhengighet vært et viktig tilskudd for å forstå dette området de siste årene. Det tenkes at jevnlig tilførsel og lang tids bruk av rusmidler fører til mer langvarig endring i motivasjonsbanene og stressregulering i hjernen. Til tross for symptomer på avhengighet vil mange kunne klare seg i lengre perioder uten rusmidler og endringene vil til en viss grad være reversible. En klar definisjon av rusmiddelavhengighet finnes ikke, snarere snakker vi om en samling symptomer der følgende av rusmiddelbruk i perioder påvirker en persons livssituasjon slik at det forstyrrer livsførselen på en uhensiktsmessig og skadelig måte.

### Psykiske helseproblemer

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

## Sentrale påvirkningsfaktorer

For å fremme god psykisk helse og redusere rusmiddelbruk i samfunnet og hos den enkelte, kan det være nødvendig å påvirke faktorer som innvirker på rusmiddelbruk og/eller den psykiske helsetilstanden. Dette kan gjøres ved å identifisere og redusere risikofaktorer og å fremme ulike beskyttende faktorer (resiliens).

### Resiliens

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

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

### Sosial støtte

Sosial støtte, det vil si individets subjektive opplevelse av kjærlighet og omsorg, å bli aktet og verdsatt og tilhøre et sosialt nettverk med gjensidige forpliktelser (43), er en av de viktigste beskyttelsesfaktorene mot å utvikle psykiske lidelser (44).

Tiltak som bidrar til å styrke opplevelsen av sosial støtte, er helsefremmende og kan redusere hyppigheten av både psykiske og somatiske lidelser (45). Sosial støtte kan gis i form av følelsesmessig-, materiell-, informativ-, eller som bekreftende eller vurderende støtte (46).

### Empowerment

Brukeren er den viktigste aktøren i alle bruker- og pasientforløp. Hun eller han har de beste forutsetningene for å definere egne problemer ut i fra sin situasjon og finne løsninger i fellesskap med andre. Empowerment er en prosess som gjør mennesker i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse. Prosessen tar utgangspunkt i menneskets egne ressurser og evne til kontrollere eget liv, gitt at de gis makt eller autoritet, gjøres i stand til og tillates å delta i sentrale vurderinger og valg. Brukermedvirkning er ett viktig deltakelseselement i behandlings- og tjenestetilbudet, mens lokalsamfunnet ansees som den viktigste arenaen for å vinne kontroll over forhold som påvirker folkehelsen (47). Det er utarbeidet et opplæringsprogram /brukermedvirkningsverktøy i regi av de brukerstyrte kompetansesentrene som bygger på empowerment (48). Det finnes ingen norske ord som dekker dette betydningsinnholdet. "Myndiggjøring" er det som kommer nærmest.

### Holdninger i samfunnet

Det er blitt mer åpenhet og forståelse for psykiske problemer i samfunnet. En undersøkelse av engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykiske problemer etter Opptrappingsplanen viser større åpenhet og mindre stigmatiserende holdninger i befolkningen som helhet (49).

**Stigmatisering**

Det eksisterer fortsatt fordommer om mennesker som har rusmiddelproblemer eller psykiske vansker. Stigmaet synes å være sterkere ved rusmiddelproblemer enn ved psykiske helseproblemer, spesielt ved bruk av illegale rusmidler eller skadelig bruk alkohol. Noen psykiske lidelser, for eksempel schizofreni kan være mer stigmatiserende enn andre, som for eksempel depresjon (50).

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

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

### Bedring

Bedring eller «recovery» er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensingene problemet kan forårsake (51). Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen. Tiltakene som iverksettes støtter opp under brukerens egen bedringsprosess (bedringsorientert praksis).

Bedringsperspektivet legger til grunn at tjenesteutøveren anser brukeren som ekspert på seg selv og formidler tro på at han eller hun kan utvikle seg og få et bedre liv. Relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver må preges av likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit. Tjenesteutøveren må bistå brukeren i å utvikle ferdigheter, nettverk og støtte, slik at hun eller han kan ta mest mulig ansvar for eget liv (52). Pårørende og andre støttepersoner kan spille en betydningsfull rolle i brukerens bedringsprosess.

For mer informasjon:

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

## Konsekvenser av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer

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

### Helseskader

Vedvarende og omfattende rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer kan medføre andre helseskader eller sykdom. Skader og sykdom som brukeren hadde i utgangspunktet kan bli forverret. Mennesker med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, spesielt dem som er avhengige av illegale rusmidler eller har alvorlige lidelser som schizofreni og visse stemningslidelser, har kortere forventet levealder. Dette skyldes i stor grad livsstilsrelaterte og andre somatiske skader og sykdommer, og ikke selve rusmiddelproblemet eller det psykiske helseproblemet.

Både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser gir økt risiko for selvmord. Psykiske lidelser øker risikoen for å begå selvmord med mellom 5-15 ganger i forhold til befolkningen generelt (53) Akutt ruspåvirkning er ofte en utløsende eller medvirkende årsak til selvmordsforsøk.

### Posttraumatisk vekst

Flere studier av blant annet barn og foreldre i etterkant av traumatiske hendelser, viser at man også kan oppleve positive personlige endringer etter belastende livshendelser som rokker ved personens tidligere antagelser om verden (54;55). De positive endringene, kalt posttraumatisk vekst, kan være økt personlig styrke, bedre relasjoner til andre mennesker, økt åndelig bevissthet, en ny og dypere mening eller nye prioriteringer i livet (56).

### Vold og ulykker

De fleste akutte, negative konsekvensene relatert til rusmiddelbruk er knyttet til vold, ulykker, akutte psykiske lidelser, forgiftninger og overdoser. Ved alvorlige psykiske lidelser er det større fare for å bli utsatt for vold, enn for selv å utøve vold. Personer med rusmiddelproblemer oppholder seg ofte i miljøer der voldsbruk er vanlig, dette kan øke risikoen for vold. Det store omfanget av vold og ulykker som følge av rusmiddelbruk knytter seg imidlertid til personer med et moderat rusmiddelbruk, særlig alkohol (57).

Olsen-utvalget ble oppnevnt som følge av at det i løpet av kort tid skjedde flere drap der gjerningspersonens psykiske helse eller rusproblem ble framhevet i medieomtalen av sakene. Utvalget leverte sin rapport; NOU 2010:3 « Drap i Norge i perioden 2004-2009» (58), hvor deres hovedkonklusjon bl.a. er: «Det skjer få drap i Norge sammenlignet med andre land» «De fleste undersøkelser av vold eller drap har kommet frem til at ruslidelse er den psykiske helsefaktoren som er viktigst ved siden av dyssosial personlighetsforstyrrelse.» «Alkoholbruk er mer vanlig enn bruk av ulovlige rusmidler, og alkohol er derfor relatert til en større andel av alvorlige voldshendelser og drap enn andre rusmidler. Selv om man kontrollerer for mange andre faktorer, er det sannsynlig at misbruket i seg selv er en medvirkende årsaksfaktor til voldshendelsene.» Flere undersøkelser peker på at det å ha en psykisk lidelse uten ruslidelse, bare er en svak eller ikke-eksisterende prediktor for voldsutøvelse. Imidlertid er kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse eller dyssosial personlighetsforstyrrelse og ruslidelse en sterk prediktor for vold.» «Personer med annet rusmisbruk enn alkohol er også sterkt overrepresentert når det gjelder vold og drap. Det er også vist at bruk av rusmidler som alkohol, benzodiazepiner og sentralstimulerende midler kan gi økt aggressivitet. I utvalgets gjennomgang av saker finner man tilsvarende tendenser.»

En realistisk oppfatning av risikoen kan hjelpe tjenesteutøvere i deres arbeid, og vil også bidra til at personer med psykisk lidelse eller rusmiddelproblemer ikke stigmatiseres unødvendig.

Voldsrisikovurderinger bør gjøres på indikasjon, der atferdsmønstre utgjør en risiko for voldelig atferd. God behandling av grunnlidelsen er det beste middelet for å forebygge vold.

### Dårlige levekår

De negative konsekvensene av en persons rusmiddelbruk og/eller psykiske helseproblem kan i større eller mindre grad forårsake problemer knyttet til økonomi, arbeid, utdanning, boligsituasjon og relasjoner til familie og andre nærstående. Problemene kan føre til sosial tilbaketrekning eller til utfordrende atferd og vansker med å tilpasse seg omgivelsenes forventninger og krav. Se også kapittel 3: Gode levekår i helsefremmede lokalsamfunn.

### Straffbare forhold

Konsekvensene av problemet øker betydelig når man bruker illegale rusmidler eller begår straffbare handlinger. Noen pådrar seg stor gjeld, bøter eller fengselsstraff. Fengselsopphold fører i mange tilfeller personen enda tettere inn i et miljø preget av rus og kriminalitet. Andre kan oppleve fengselsoppholdet som en anledning til å endre sine rusmiddelvaner.

# Gode levekår i helsefremmende lokalsamfunn

*Dette kapittelet omhandler hvordan myndighetene gjennom et systematisk folkehelse- og levekårsarbeid kan fremme god psykisk helse og bidra til å redusere rusmiddelproblemer i befolkningen.*

## Levekårenes betydning for helse

Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Mange faktorer bidrar til å skape og opprettholde helseforskjeller, samtidig som sammenhengene er komplekse. Alvorlige helseproblemer medfører i mange tilfeller tap av arbeid og inntekt eller problemer med å fullføre utdanning. I hovedsak er det de sosiale betingelsene som påvirker helsen, og ikke omvendt.[[30]](#footnote-30)

Risiko for utvikling av psykiske plager og rusmiddelbruk og avhengighet øker med lav utdannelse og inntekt, og det er en klar sammenheng mellom sosial status og psykisk helse. Helseundersøkelser (61) viser at selv om personer med høy utdanning drikker minst like mye alkohol som de med lav utdanning, er avhengighet mer vanlig blant personer med lav utdanning. Resultater fra Folkehelseinstituttets tvilling-undersøkelse viser at angstlidelser er seks ganger vanligere blant personer med bare grunnskole, enn blant dem med høyest utdannelse (61). Internasjonal og nasjonal forskning viser tilsvarende sosiale gradienter for depresjon og for andre psykiske lidelser, blant annet schizofreni (61).

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

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

Folkehelselovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og trivsel og utjevner sosiale helseforskjeller[[31]](#footnote-31). Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse[[32]](#footnote-32). Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid [[33]](#footnote-33).

Med folkehelseloven etableres et nytt fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Det stilles krav til at den enkelte kommune/fylkeskommune skal ha god oversikt over helseutfordringene. Helseutfordringene skal danne grunnlag for mål og strategier forankret i plansystemet etter plan- og bygningsloven. Kommunene har plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer[[34]](#footnote-34). Det er viktig med et langsiktig folkehelsearbeid fordi beslutningene som tas i dag har betydning for samfunns- og miljøforholdene i lang tid framover, og dermed også helsen til de neste generasjoner.

For mer informasjon:

* Forankring av folkehelse i planer etter plan- og bygningsloven er beskrevet på [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no)

## Helsefremmende lokalsamfunn

Folkehelseinstituttet peker på fem viktige årsaker til psykiske helseproblemer som kan påvirkes; tilgangen til alkohol, mobbing og sosial isolasjon, utestenging fra arbeids-livet, depresjon hos mødre og økonomiske forskjeller (62).

### Tilgang til alkohol

*Alkoholloven* skal begrense samfunnsmessige og individuelle skader ved alkohol-bruk, og er et viktig strukturelt forebyggingsvirkemiddel på rusfeltet. Kommunen har gjennom salgs- og skjenkebestemmelser hovedansvaret for forvaltning av alkohol-loven. Kommunen bør vektlegge folkehelsehensyn i forvaltningen av alkoholloven. Næringspolitiske hensyn må balanseres i forhold til dette (63).

Alkoholbruk og narkotikabruk blant gravide kan ha en negativ virkning på fosterets utvikling. Det anbefales totalavhold i svangerskapet. Helsestasjonen og fastlegen bør ha særlig oppmerksomhet på narkotikabruk og alkoholforbruk i svangerskapet. Eldre er blant gruppene som har økt sitt alkoholforbruk. Risikofylt alkoholkonsum kan forsterke ensomhet, demens og andre helseproblemer. Kommunens rusarbeid og psykiske helsearbeid bør nå eldre mennesker via møteplasser, kulturtiltak, organisasjoner, frivillig arbeid, pensjonistforeninger og eldresentre. Oppmerksomhet om risikofylt alkoholkonsum bør være en integrert del av arbeidet til fastlegen og de allmenne helse- og omsorgstjenestene.

Bedriftshelsetjenesten og AKAN har rutiner for å fange opp og tiltak for å bistå arbeidstakere med rusmiddelproblemer. Personer med svak tilknytning til arbeidslivet sliter ofte med rusmiddelproblemer eller psykiske vansker. Personer med psykiske vansker vil i mange tilfeller ha et risikofylt uoppdaget alkoholkonsum, som kan bidra til å forsterke eller opprettholde øvrige problemer.

**For mer informasjon:**

* Kursmateriell i programmet «Ansvarlig vertskap», Helsedirektoratet
* Veileder i salgs- og skjenkekontroll, Helsedirektoratet 2012, IS-2038 (64)
* Alkoholloven (65) [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

### Deltakelse og sosial inkludering

Norske epidemiologiske studier tyder på at forekomsten av rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer er mindre i stabile samfunn med tette bånd mellom mennesker (66).

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

Noen har behov for møteplasser og aktiviteter hvor de kan møte andre i samme situasjon. Det kan være selvhjelpsgrupper, brukerstyrte tilbud, likemannsarbeid, mentorordninger og andre tiltak i regi av brukerorganisasjoner og andre frivillige aktører. Kommunen skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, funksjonshemmede, eldre og andre som har behov for det, herunder personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer.[[35]](#footnote-35) Kommunen skal tilby personlig assistanse, herunder praktisk bistand og støttekontakt, til personer som ønsker og har behov for støtte og oppfølging på fritiden[[36]](#footnote-36).

### Bolig

Bolig er avgjørende for helse, selvstendighet og deltakelse. Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer er overrepresentert blant de bostedsløse (67) og vanskeligstilte på boligmarkedet. Kommunen må sørge for at alle innbyggerne har gode og trygge boforhold. Det bør utarbeides en boligsosial handlingsplan som ses i sammenheng med kommunens generelle boligpolitikk og øvrige planprosesser.

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

For personer med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser er bolig ofte en forutsetning for å kunne iverksette og lykkes med behandling og oppfølgings-tjenester (68). Bolig kan forebygge risiko for tilbakefall og redusere behovet for opphold i institusjon eller fengsel.

NAV-kontoret og helse- og omsorgstjenesten skal medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer, som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. [[37]](#footnote-37) NAV-kontoret har også en plikt til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv.[[38]](#footnote-38) Husbanken skal veilede og stimulere kommunene til å framskaffe boliger til vanskeligstilte. Koordinert og effektiv bruk av Husbankens og kommunens egne virkemidler er avgjørende for god ressursutnyttelse og helhetlige løsninger for den enkelte bruker.

Bolig bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel. Kommunen, helseforetaket eller kriminalomsorgen må i samarbeid med brukeren starte planlegging på et tidligst mulig tidspunkt. Bolig- og tjenestebehov bør inngå i individuell plan. Samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket bør inneholde rutiner og retningslinjer for ansvars– og oppgave-fordeling ved tilrettelegging av bolig- og tjenestebehov for å sikre trygge rammer etter utskrivelse (69). Se også kapittel 7 Samhandling for helhetlige og koordinerte tjenestetilbud.

**Oppfølgingstjenester i bolig og nærmiljø**

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

|  |
| --- |
| *Boligsosialt arbeid* omfatter kommunens arbeid med å framskaffe og tildele boliger, tjenester og enkelttiltak som kan bedre brukerens forutsetning for å skape og mestre egen bo- og livssituasjon. Arbeid for å redusere utkastelser og begrense bruken av midlertidige botilbud, inngår i boligsosialt arbeid (70). |

**For mer informasjon:**

* Husbanken har laget en elektronisk veileder og en trinnvis guide til god planlegging for kommunene i utarbeidelsen av boligsosiale handlingsplaner. [www.husbanken.no](http://www.husbanken.no)
* På Husbankens hjemmesidefinnes også informasjon om låne- og tilskuddsordninger, boligsosiale utviklingsprogram, verktøy for boligplanlegging, gode praksiseksempler og annet som kan inspirere til å videreutvikle det boligsosiale arbeidet lokalt.

### Utdanning og arbeid

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

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer kan føre til at unge faller ut av utdanningsforløpet. Personer som ikke har fullført videregående opplæring klarer seg generelt dårligere på arbeidsmarkedet når de er i tyveårene, enn dem som har fullført (71). Psykiske lidelser er den hyppigst forekommende diagnosegruppen blant unge uførepensjonister (72).

*«Ny GIV»* ble etablert for å øke gjennomføringen i videregående opplæring. Satsingen omfatter både nasjonale og lokale tiltak, som intensivopplæring, tett individuell oppfølging, aktiviteter og yrkesretting av fellesfag. Flere av tiltakene baserer seg på samarbeid mellom fylkeskommune, kommune og NAV-kontoret.

*Studier med støtte* (SMS) er et oppfølgingsprogram for personer med psykiske helseproblemer som har behov for støtte til å gjennomføre høyere utdanning. SMS tilbyr tett individuell oppfølging gjennom hele studiet og i overgangen til arbeid. Tiltaket gjennomføres i samarbeid med studenten, SMS, høgskolen/ universitetet og NAV-kontoret. Tiltaket kan vise til gode resultater, både for studie- og livssituasjon og studentens mestrings- og arbeidsevne (73).

**For mer informasjon:**

* Ny GIV: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/kampanjer/ny-giv.html?id=632025>
* Studier med støtte: <http://www.nav.no/Studier+Med+St%C3%B8tte+%28SMS%29.296173.cms>

***Arbeid og arbeidsrettede tiltak***

NAV-kontoret skal bistå personer som har problemer med å komme i arbeid (63) og legge til rette for at flest mulig kan delta og opprettholde tilknytning i arbeidslivet. Tiltak med sikte på å skaffe ordinært arbeid bør være hovedstrategien. De som ikke kan delta i ordinært lønnet arbeid skal sikres en rimelig inntekt[[39]](#footnote-39) og meningsfulle, fortrinnsvis arbeidsrettede aktiviteter i hverdagen.

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

*Tilretteleggingsgaranti* er en ordning som skal sikre arbeidstaker og arbeidsgiver trygghet for at personer med redusert funksjonsevne får nødvendige hjelpemidler, tilrettelegging og oppfølging. Andre tjenester er Tilretteleggingstilskudd, Arbeid med bistand, Oppfølgingstiltak og Lønnstilskudd.

*Kvalifiseringsprogram[[40]](#footnote-40)* er et tilbud til personer som ønsker å komme i arbeid eller aktivitet, som har mottatt sosialhjelp over lang tid eller står i fare for å komme i en slik situasjon. Programmet tilbyr individuelt tilpasset opplæring, arbeidstrening og oppfølging og avklarer rettigheter til personer som ikke mestrer ordinært arbeid.

*Individuell jobbstøtte* (Individual Placement and Support (IPS)) Metoden forener behandling og arbeid og er en systematisk måte å jobbe på for å oppnå ordinært arbeid for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddel-problemer. Metoden legger til grunn at mennesker med alvorlige problemer og lidelser kan delta i ordinært arbeidsliv, forutsatt at man finner riktig type jobb og arbeidsmiljø. IPS er blant de metodene som på verdensbasis har vist seg å fungere best i å integrere mennesker med psykiske helseproblemer i ordinært arbeid (74). Metoden har også positive effekter på helsesituasjonen i form av færre og kortere innleggelser (44).

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

**For mer informasjon:**

* På NAV sine hjemmesider [www.nav.no](http://www.nav.no) finnes informasjon om ulike tilpassede tiltak innen utdanning, arbeid og arbeidsrettede tiltak
* Heftet «Innføring i Indivdual Placement and Support/IPS – Individuell jobbstøtte» gir en enkelt og praktisk innføring i metoden og dens sentrale prinsipper, [www.nav.no](http://www.nav.no)
* Heftet «Arbeid og psykisk helse- fem gode eksempler» NAPHA (75) <http://www.napha.no/content/6118/Viser-at-det-gar-an>

### Personlig økonomi

Samfunn med små økonomiske forskjeller mellom innbyggerne, har mindre psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (76).

Mange personer som har levd med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer over tid har økonomiske problemer. Gjeldsbyrden kan være stor, både til formelle og uformelle kreditorer. Rusmiddelbruk, spesielt illegalt forbruk, er kostbart.

Personer som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomisk rettigheter, har krav på økonomisk stønad, uansett årsaken til hjelpebehovet.[[41]](#footnote-41) Retten gjelder inntil andre økonomiske muligheter kan gjøres gjeldende. Økonomisk rådgivning inngår i NAV-kontorets råd- og veiledningsplikt[[42]](#footnote-42). Rådgivningen skal forebygge økonomiske problemer, løse akutte økonomiske kriser og bidra til å finne helhetlige og varige løsninger for den enkelte.

Rådgivningen kan omfatte:

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

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

**For mer informasjon:**

* På NAV sine nettsider [www.nav.no](http://www.nav.no) finnes informasjon om råd og veiledning og ulike økonomiske støtteordninger
* NAVs Økonomirådstelefon 800GJELD (telefonnummer 800 45353) er et lavterskeltilbud som gir hjelp til selvhjelp for personer som er i ferd med å få eller har fått økonomiske problemer.
* Det finnes også en egen nettside for tjenesteutøvere om økonomi- og gjeldsspørsmål, [www.nav.no](http://www.nav.no)

### Helse

**Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet gir en rekke positive effekter som økt velvære, mestring, redusert stress og uro, Fysisk aktivitet kan i tillegg forebygge og redusere lettere psykiske plager og lidelser som depresjon og angst (44). Personer som er i dårlig fysisk form eller har drevet lite fysisk aktivitet kan ha behov for støtte og motivasjon til å komme i gang. Tjenesteutøvere bør informere, tilrettelegge og fremme fysisk aktivitet tilpasset den enkelte (77). Frisklivssentralen (78)gir tilbud om fysisk aktivitet og kan bidra med råd og veiledning. Treningskontaktordningen kan være et godt tilbud for de som ønsker støtte til å komme i gang med, eller videreføre fysisk aktivitet som er tilpasset deres behov. Se kapittel 6 Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.

**Ernæring**

Personer i risiko bør få nødvendig bistand til å etablere et godt kosthold.

**For mer informasjon:**

* + Helsedirektoratet har utarbeidet «Aktivitetshåndboken» (79) og «Fysisk aktivitet og psykisk helse - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer» (77), [www.helsedirektoratet.no\publikasjoner](http://www.helsedirektoratet.no\publikasjoner)
  + Helsedirektoratet har utarbeidet «Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten» (80) og «Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring» (81).
  + Nettstedet [www.fritidforalle](http://www.fritidforalle) gir informasjon om Treningskontaktordningen og om Fritid med Bistand

# Tilrettelegging av tjenestene

*I kapittel 2 redegjorde vi for noen sentrale strukturelle og individuelle forhold som kan påvirke et bruker- og pasientforløp. I dette kapittelet beskriver vi hvordan tjenestetilbudet kan tilrettelegges for å fremme eller motvirke disse forholdene. Kapittelet omtaler innsatsområder, tilnærmingsmetoder, tiltak, ansvarsforhold og samarbeidsrelasjoner.*

Kapittelet beskriver hvordan tjenestene kan tilrettelegges for personer med psykiske helseproblemer og/ eller rusproblemer. Omfanget av samtidige rus- og psykiske problemer, sammenholdt med at rusrelaterte problemer og psykiske helseproblemer står overfor mange av de samme utfordringene, gjør det naturlig å se rus- og psykisk helse i sammenheng. Vi har valgt å inndele problemene i tre hovedforløp. Relevante tiltak og tilnærmingsmetoder beskriver i forhold til hovedforløpene:

1. Milde kortvarige problemer
2. Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
3. Alvorlige langvarige problemer/lidelser

De tre hovedforløpene skiller seg fra hverandre med hensyn til problemets art, alvorlighet og varighet, relevante mål og tiltak, ansvarsplassering og samarbeids-relasjoner. Mål, tiltak og tilnærmingsmetoder for de tre hovedforløpene beskrives med utgangspunkt i strategiene: «Forebygging», «Kartlegging og utredning» og «Behandling og oppfølgning».

## Milde og kortvarige problemer

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

Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:

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

### Forebygging

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

Fastlegen eller bedriftslegen kan avdekke og sette inn tiltak mot risikofylt alkoholkonsum eller alkoholavhengighet. Personer som oppsøker legen med diffuse symptomer, som angst, depresjon eller søvnløshet, bør bli spurt om drikkevaner og annen rusmiddel-bruk. Formålet er ikke å avdekke hvor mye personen drikker, men om og i hvilken grad rusmiddelbruken fører til helserisiko, vansker med å fungere i hverdagen eller har konsekvenser for forholdet til andre mennesker, og å tilby råd og veiledning om endring av alkoholvaner. Det finnes enkle kartleggings- og rådgivningsverktøy på dette feltet.

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

Tjenesteapparats hovedinnsats bør rettes mot dem som antas å utvikle vesentlige plager eller funksjonssvikt. Veilederen «Fra bekymring til handling» (82) gir informasjon om russpesifikke tegn og symptomer, og hvordan en kan identifisere risiko og intervenere.

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

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

### Kartlegging og utredning

Fastlege eller psykolog bør ta ansvar for å kartlegge brukerens tilstand. Sykepleier, vernepleier, sosinom, ergoterapeut og fysioterapeut er noen aktuelle samarbeidspartnere i gjennomføringen av kartleggingen. Den eller de som foretar utredningen må ha tilstrekkelig kompetanse og benytte anbefalte verktøy. Samtalen er det viktigste redskapet i utredning og kartlegging, og må baseres på en tillitsfull relasjon.

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

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

|  |
| --- |
| **Eksempler på kartleggingsverktøy:**   * AUDIT (alkohol) – tilgjengelig på [www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no) * DUDIT (narkotika og legemidler) - tilgjengelig på [www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no) * TWEAK (alkoholbruk i svangerskapet) - tilgjengelig på [www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no) * SPIFA (psykiske lidelser i allmennpraksis) - tilgjengelig på [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) |

### Behandling og oppfølging

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

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

Tjenesteapparatet bør kunne handle på grunnlag av tidlige symptomer. Tidlig intervensjon må bygge på kunnskap om normal variasjonsbredde, respekt for det enkelte menneskets valg og hindre sykeliggjøring (medikalisering eller psykologisering) av det normale.

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

Psykologer i kommunen, pilotprosjektet «Rask psykisk helsehjelp», fastleger og psykisk helse- og rusarbeidere er eksempler på tiltak og aktører som i økende grad har kompetanse og benytter metoder som kognitiv terapi og motiverende intervju. Fastlegen kan ta i bruk korte intervensjoner og eventuelt motiverende intervju for rusmiddelproblemer som har god effekt på storforbrukere og risikobrukere av alkohol (83).

## Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser

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

Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:

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

### Forebygging

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

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

Jo lengre plagene varer, desto vanskeligere er det å hindre at de blir kroniske eller kommer tilbake. Effektiv symptomlindring forkorter forløpet av problemet/lidelsen og reduserer tilbakefallsfaren. Dette er vist for eksempel for behandlingsresistent depresjon (84), tilbakevendende depresjoner og en rekke andre psykiske lidelser. Vedlikeholdsbehandling kan redusere tilbakefallsfaren og føre til et mer gunstig forløp av problemet. Dette er vist for en rekke problemer, fra tobakkavhengighet til angstlidelser (85) og tilbakevendende depresjoner (34). Tilbakefall er forbundet med økt fare for utvikling av kroniske problemer og komplikasjoner.

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

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

Langvarige problemer er forbundet med mer omfattende negative konsekvenser. Mange greier ikke å være i arbeid og tærer på sitt sosiale nettverk, som kan føre til isolasjon og ensomhet. Andre faller ut av arbeidslivet og får dårlig økonomi. Noen opplever bostedsløshet som følge av at leieforhold blir sagt opp. Forebygging av slike problemer bør inngå som en del av behandlingen i regi av kommunale instanser som fastlege, psykolog eller psykisk helse- og rusarbeid i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, gjerne med bruk av individuell plan.

### Kartlegging og utredning

Kommunen og spesialisthelsetjenesten har begge et ansvar for kartlegging og utredning[[43]](#footnote-43). Ved kortvarige, alvorlige problemer og når mildere problemer vedvarer over tid, bør spesialisthelsetjenesten foreta diagnostikken. Dels for å sikre at en ikke overser problemer/lidelser som krever spesiell behandling, dels for å forhindre unødig omfattende og langvarig behandling, som kan medføre bivirkninger.

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

### Behandling og oppfølging

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

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

Samtaler hos psykolog, fastlege eller annet kvalifisert helse- og omsorgspersonell kan være nyttig. Motiverende intervju (MI) eller kognitiv atferdsterapi, kan være velegnete samtalemetoder (86). Kommunale tjenesteutøvere bør kunne tilby ulike metoder til brukere som trenger systematisk samtalebehandling. Valg av metode er ikke nødvendigvis avgjørende for effekten av psykologisk behandling. Relasjonsfaktorer står for mesteparten av variasjon i outcome (ca 40%) mens metodeforskjeller står for ca 15%. I visse tilfeller /tilstander har visse terapivarianter eller metoder større resultateffektivitet (87;88).

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

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

## Alvorlige og langvarige problemer/lidelser

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

Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:

* Schizofreni
* Medikament- eller rusmiddelavhengighet
* Alvorlige personlighetsforstyrrelser
* Alvorlige bipolare lidelser

### Forebygging

Ved alvorlige og langvarige problemer/lidelser er det ikke lenger mulig å forhindre at problemet oppstår. Behandlingens mål er bedring (recovery) og mestring av egen livssituasjon. Forebyggingen kan bestå i å redusere mulighetene for at den enkelte blir utsatt for stigmatisering og diskriminering, hindre forverring og tilbakefall av problemene, begrense de negative konsekvensene av problemet og arbeide for langsiktig bedring.

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

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

Tjenestene kan forebygge selvmord ved å kartlegge og vurdere selvmordsrisikoen i tråd med nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og gi behandling eller sørge for at det blir gitt behandling i henhold til disse retningslinjene (89). Voldsrisikovurderinger bør gjøres på indikasjon, der atferdsmønstre utgjør en risiko for voldelig atferd. God behandling av grunnlidelsen er det beste middelet for å forebygge vold.

God ivaretakelse av pårørende er vesentlig både av hensyn til pårørende og bruker. Forskning har vist gunstige effekter av tilbud i flerfamiliegrupper for personer med schizofrenidiagnose og deres pårørende (90;91) Pårørende bør få tilbud om samtaler med ansvarlig behandler.

### Kartlegging og utredning

Helhetlig kartlegging av brukeren danner grunnlaget for lokalt arbeid. Diagnostikk og forståelse kan foretas etter nettverksmodeller som kombinerer ulike tilnærminger. Diagnosen[[44]](#footnote-44) ses som ett av flere perspektiv på personens problemer. Kartleggings- og utredningsfasen bygger på et mestringsperspektiv, slik at personen først og fremst framstår som en aktør, og ikke som tjenestemottaker.

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

Alvorlige og langvarige problemer/lidelser må kartlegges og utredes nøyaktig og helhetlig. Selv om både kommune og spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å bidra inn i kartlegging og diagnostisering, bør spesialisthelsetjenesten stå for diagnostikken av alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. For det første vil nøyaktig diagnostikk bidra til å målrette innsats, veilede i valg av behandlingsformer og gi en realistisk prognose. For det andre vil behandlingen være langvarig og ofte forbundet med bivirkninger. Ingen må bli utsatt for langvarig og krevende behandling på sviktende grunnlag.

Psykoser, alvorlige stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser og alvorlig rusmiddelavhengighet bør diagnostiseres av spesialist. Anbefalingene i nasjonale faglige retningslinjer for de ulike problemområdene, bør følges i kartleggings- og utredningsarbeidet.

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

På samme måte som god utredning og diagnostikk er viktig for å sikre at personens problemer og aktuelle livssituasjon blir grundig kartlagt, er systematisk oppfølging underveis i forløpet nødvendig for å følge utviklingen. Omfattende utredning og kartlegging ved oppstart, med påfølgende matching til behandling har vist seg å bety mindre for behandlingsresultatene for rusmiddelavhengighet enn for psykiske lidelser (94). Se også kapittel 5 Tilnærmingsmåter.

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

### Behandling og oppfølging

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

|  |
| --- |
| **Systematisk oppfølging av brukeren** (listen er ikke uttømmende):   * *Somatisk helse*   + Fastlege, øvrig helse- og omsorgspersonell i kommunen * Medisinering   + Fastlege, evt. spesialisthelsetjenesten i samarbeid med øvrig helse- og omsorgspersonell * *Psykisk helse*   + Fastlege, øvrig helse- og omsorgstjeneste i kommunen, NAV-kontoret og psykisk helsevern * *Rusmiddelbruk*   + Fastlege, øvrig helse- og omsorgstjeneste i kommunen, NAV-kontoret og tverrfaglig spesialisert rusbehandling * *Individuell plan*   + Felles ansvar for tjenestenivåene * *Kriseplan*   + Felles ansvar for tjenestenivåene |

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

**For mer informasjon:**

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

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

Noen måter å organisere tilbudenepå ser ut til å gi gode resultater. Aktivt oppsøkende behandlingsteam, ACT-team, og andre oppsøkende samhandlingsteam, hvor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten samarbeider, har vist seg å være gunstig for brukere og pasienter med sammensatte problemer, og som har vansker med å nyttegjøre seg vanlige tjenester (95). Spesialisthelsetjenesten bør tilby ambulante og oppsøkende tjenester, der det er hensiktsmessig (42). Romslige åpningstider og korte ventetider er også av vesentlig betydning.

Hjelpen kan ikke være avhengig av om brukeren ruser seg eller ikke. Retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester gjelder uavhengig av om brukeren ruser seg. Enten brukeren ruser seg aktivt, er stabil i LAR[[45]](#footnote-45) eller er blitt rusfri, vil avhengigheten kunne vedvare over tid. Omfattende og langvarig rusmiddelavhengighet bør behandles som en kronisk lidelse. Brukeren må få hjelp og støtte til å holde seg rusfri eller mestre rusmiddelbruken på en bedre måte og nødvendig bistand ved truende eller faktiske tilbakefall.

### Avrusning

Avrusning skal sikre en medisinsk forsvarlig avslutting av rusmiddelbruken og forebygge og lindre abstinensplagene. Det kan foretas poliklinisk eller ved inn-leggelse på institusjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste eller i spesialist-helsetjenesten. Avrusning er sjelden aktuelt som et enkeltstående tiltak, og bør fortrinnsvis skje i tilslutning til videre oppfølging og behandling[[46]](#footnote-46). Målsetting, behandlingsinnhold og oppfølging må, så langt som mulig, være utformet ut fra brukerens behov og premisser. Tilbudene bør være koordinerte, forutsigbare og preget av trygge relasjoner mellom bruke og tjenesteutøver. Se også kapittel 5 Tilnærmingsmåter.

### Skadereduksjon

Skadereduksjon skal redusere de negative sidene og konsekvensene av problemet, og bidra til bedre helse og livskvalitet. Skadereduserende tiltak innen rusfeltet kan være råd og veiledning, tilgang på rene sprøyter, vaksinasjon, helseundersøkelse, LAR-behandling, overdoseberedskap eller ernæringstiltak.[[47]](#footnote-47)

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

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

Mange kommuner har etablert gatenære lavterskel helsetilbud for rusmiddel-avhengige. Disse tilbudene gir skadereduserende helse- og omsorgstjenester og smittevernhjelp[[48]](#footnote-48), og dette har vist seg å være en virkningsfull måte å gi tjenester til personer med alvorlige og langvarige problemer (96).

### Tvang

Ved tilfeller av omfattende og vedvarende misbruk av rusmidler[[49]](#footnote-49), skadelig rusmisbruk for foster[[50]](#footnote-50) eller alvorlig sinnslidelse[[51]](#footnote-51), vil det være aktuelt å vurdere tvungent tilbakehold i spesialisthelsetjenesten. Bruk av tvang forutsetter at frivillige alternativer er forsøkt, eller at det åpenbart er formålsløst å forsøke dette.

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

**Personer med rusmiddelavhengighet**

Kommunen har en sentral rolle i forvaltningen av tvangslovgivningen rettet mot personer med rusmiddelproblemer, og en plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende[[52]](#footnote-52). Tvangshjemlene for rusmiddelavhengige i helse- og omsorgstjenesteloven hjemler kun tilbakeholdelse, ikke behandling.

Kommunen, hvor den rusmiddelavhengige oppholder seg, har ansvaret for å reise sak til behandling i fylkesnemnda.Tvungent tilbakehold gjennomføres på institusjon utpekt av regionalt helseforetak. Hvis pasienten allerede oppholder seg på institusjon, kan institusjonen sette vilkår om tilbakeholdelse i tre uker uten eget samtykke, eller etter at samtykke uttrykkelig er trukket tilbake[[53]](#footnote-53).

**Personer med psykiske lidelser**

Tvungent psykisk helsevern eller etablering av tvungen observasjon kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt personen for å avklare om lovens vilkår for vern er oppfylt[[54]](#footnote-54). Personen må både ha en alvorlig sinnslidelse og et behov for vern, enten på grunn av fare for eget eller andres liv og helse eller hvis manglende igangsetting av behandling vil medføre at tilstanden vesentlig forverres i nær framtid, eller at vesentlig bedring i betydelig grad reduseres[[55]](#footnote-55).

**Tvungen omsorg uten døgnopphold**

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres uten døgnopphold i institusjon, hvis dette er et bedre alternativ for pasienten/brukeren[[56]](#footnote-56). I vurderingen skal det tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Hva som er best for pasienten avhenger av i hvilken grad pasienten har et nettverk rundt seg. Forsvarlig gjennomføring av vernet forutsetter ofte bistand fra kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det skal etableres et samarbeid mellom behandlingsansvarlig institusjon og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Samarbeidet skal nedfelles i individuell plan[[57]](#footnote-57). Pasienten/brukeren skal ha en kontaktperson på dagtid fra behandlings-personellet i den ansvarlige institusjonen. Opprettelse av kontaktperson bør ses i sammenheng med kravet om utpeking av koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester[[58]](#footnote-58). Institusjonen må påse at pasienten og hans eller hennes pårørende vet hvem de kan kontakte utenom institusjonens åpningstid. Dette må ikke være en bestemt person eller personell ved institusjonen, men kan for eksempel være vakthavende lege i kommunen.

**Forebygging av tvang**

Det er en målsetting å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang. Bruk av tvang (97) kan forbygges ved å tilrettelegge for gode og tilgjengelige tjenester. ACT-team, FACT- team, brukerstyrte senger, lavterskeltilbud, tilrettelagte boliger, individuell plan, kriseplan og tilgjengelige akuttilbud er eksempler på tiltak som kan forebygge behov for bruk av tvang.

Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt helseforetakene og Helsedirektoratet å utarbeide forpliktende handlingsplaner for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. Helsedirektoratet arbeider med en ny nasjonal veileder i bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven.

**For mer informasjon:**

* Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015) (97) <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf>
* Rundskriv IS- 9 / 2012 omhandler psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer (98) <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften/Sider/default.aspx>
* NOU 2011: 9 «Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet: balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern» (99) <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9.html?id=647625>

# Tilnærmingsmåter

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

## Bruker- og familieperspektivet

Brukeren er den viktigste aktøren i all behandling og oppfølging. Brukerperspektivet legger til grunn at forebygging, kartlegging og behandling skal ta utgangspunkt i brukerens ønsker og behov, og alle at mål og tiltak skal drøftes og avgjøres i et nært samarbeid med brukeren. Pårørende må betraktes som en ressurs som bruker og tjenesteapparatet kan trekke veksler på. Pårørende kan inneha viktig informasjon, gi gode råd og være en støtte for brukeren gjennom hele bruker- og pasientforløpet.

Brukerperspektivet er nærmere beskrevet i kapittel 1 Brukeren som viktigste aktør.

### Pårørende – og familieperspektivet

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

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

Et godt og tillitsfullt samarbeid mellom helsepersonell og pårørende kan redusere den psykiske påkjenningen hos pårørende. Gjennom samarbeidet med pårørende skal tjenesteutøverne se etter muligheter til å hjelpe både bruker og pårørende til å få et bedre liv. Det bør tas hensyn til pårørendes tidligere erfaringer og kunnskap om brukerens problem, hvordan familien og enkeltmedlemmene takler utfordringene og hvilke konsekvenser ulike vedtak og valg knyttet til brukeren, har for pårørende.

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

**Arbeidsliv og omsorgsoppgaver**

Pårørende med omsorgsoppgaver må ofte ledsage ved møter, legekonsultasjoner og lignende innenfor normalarbeidstidstid. Kommunen og arbeidsgiver har ansvar for å tilrettelegge for at pårørende har mulighet til å kombinere arbeidsliv og omsorgs-oppgaver. Avlastning[[59]](#footnote-59) og omsorgslønn[[60]](#footnote-60) kan gi pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver bedre forutsetning for å kunne fungere i omsorgsrollen over tid (100).

**Nettverk og psykososiale støttetiltak for pårørende**

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

## Tilnærmingsmåter og faktorer i behandling og oppfølging

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

Forskning peker på at også andre faktorer enn spesifikke metoder, er virksomme i behandling og oppfølging. Faktorer som påvirker behandlingsresultatet uavhengig av behandlingsmetode, omtales ofte som «fellesfaktorer». Fellesfaktorene inndeles i relasjonelle faktorer og organisatoriske faktorer. De relasjonelle faktorene omfatter behandlingsalliansen mellom bruker og tjenesteutøver, brukerens opplevelse av bedringsmuligheter, viktige hendelser i personens liv og bruken av systematiske tilbakemeldinger fra brukeren (101;102). Organisatoriske faktorer knytter seg til tjeneste-tilbudets tilgjengelighet, kontinuitet og individuelle tilpasning.

Fellesfaktorer må ikke ses som en motsetning til bruk av kunnskapsbaserte metoder i behandling og oppfølging. Tjenesteutøvere bør vurdere hvordan fellesfaktorer og behandlingsmetoder kan spille sammen for å oppnå et best mulig resultat for den enkelte. Det vises for øvrig til nasjonale faglige retningslinjer for anbefalinger om behandlingsmetoder for spesifikke problemområder og diagnoser.

## Fellesfaktorer

**Behandlingsalliansen** (103) er blant de sentrale fellesfaktorene og kjennetegner relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver, hvor de to har etablert en felles forståelse av hva det skal arbeides med, og hvordan det skal gjøres. En god relasjon hviler på tillit, samhandling, trygghet, troverdighet og likeverd. Behandlingsalliansen er ikke et mål, men er et virkemiddel for å nå et mål.

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

**Tjenesteutøverens evne til å styrke brukerens tro og håp om** **bedring** påvirker personens motivasjon til å delta aktivt i bedringsprosessen (103). Tjenesteutøverens kunnskap om problemet og mulige resultater har sammen med utøvers interesse for brukerens situasjon og tro på bedringsmuligheter, avgjørende innvirkning på bedrings-prosessen. Utfordringen ligger i å finne den rette balansen mellom å stimulere og avpasse krav og forventninger til brukeren.

**Systematiske tilbakemeldinger fra brukeren** for å evaluere og videreutvikle behandling og oppfølging er en annen sentral faktor (104). Dette kan gjøres etter hver kontakt og/eller i bestemte tidsintervall. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er den best dokumenterte metoden for systematiske tilbakemeldinger fra brukeren (105).

**For mer informasjon:**

* + I felleskap for endring – En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis (106).

**Viktige hendelser i brukerens liv** Behandlingsalliansen kan styrkes ved at tjeneste-utøver bringer viktige hendelser i brukerens liv inn i kontakten (107), for eksempel ved at tjenesteutøver er tilstede og bistår brukeren i hverdagslivet. Dette er særlig aktuelt i sitasjoner hvor hendelser i brukerens liv er selve grunnlaget for å bedre mestrings-ferdighetene. Brukeren vil som regel oppleve tiltaket som en reell interesse for hans eller hennes liv, og som et uttrykk for respekt og evne til empati.

## Organisatoriske faktorer

God tjenestetilgjengelighet er avgjørende for rask oppfølging og behandling, og en forutsetning for å oppfylle forsvarlighetsplikten. Tjenester som ikke holder tilfreds-stillende kvalitet, ikke ytes i tide eller i tilstrekkelig omfang, bryter med kravet til faglig forsvarlighet.

Noen har mistillit til tjenesteapparatets evne til å hjelpe, er redd for stigmatisering, benekter eget problem eller har manglende tro på egen evne til endring (108;109). Offensive informasjonsstrategier, tilgang til tjenester via internett, oppsøkende og ambulante tjenester eller lavterskeltilbud gjør det enklere å finne fram til og benytte seg av tilbudene (110). Opprettelse av første kontakt via pårørende, fastlege, helsestasjon eller andre som personen er i kontakt med kan redusere terskelen for å søke hjelp.

God førstegangs tilgjengelighet gir grunnlag for tidlig identifikasjon og intervensjon, og dermed bedre behandlingsresultater (83;111). Tilgjengeligheten videre i forløpet er også av stor betydning, særlig for personer som det i utgangspunktet er vanskelig å holde kontakt med over tid. Personer med rusmiddelavhengighet eller personer med alvorlige psykiske lidelser har en tendens til å trekke seg tilbake og ikke oppsøke tjenestene ved tilbakefall eller forverring av tilstanden. Oppsøkende virksomhet, kontakt gjennom pårørende, selvhjelpstilbud, arbeidsgivere og andre eller bruk av telefon, SMS og elektroniske kanaler gjør det enklere for brukerne å oppsøke tjenesteapparatet. Dette er særlig viktig når det er behov for å gjenopprette kontakt med brukere for å forebygge eller redusere konsekvensene av tilbakefall.

***Kontinuitet***

Personer med moderate problemer, store ressurser eller god støtte i nærmiljøet kan ha best nytte av en avgrenset kontakt med tjenesteapparatet. Noen trenger lett tilgjengelige tjenester, hvis det skulle oppstå et behov senere i forløpet. For personer med alvorlige og langvarige problemer og stor risiko for forverring eller tilbakefall, kan kontinuitet i kontakten med tjenesteapparatet ha stor betydning. Det samme gjelder ved utskriving fra døgnbehandling eller løslatelse fra fengsel (112).

Kontinuitet kan knyttes til relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver med hoved-ansvar for oppfølgingen, eksempelvis fastlege, koordinator eller psykisk helse- eller rusmedarbeider. Kvaliteten og kontinuiteten i denne relasjonen har betydning for resultatet av oppfølgingen. Kontinuitet er likevel ikke begrenset til forholdet mellom bruker og en bestemt tjenesteutøver, men har betydning for hele behandlings- og oppfølgings-tilbud. Kontinuiteten i relasjonen mellom brukeren og det samlede tjenestetilbudet har således stor betydning for utfallet (113). Tjenester som klarer å opprettholde kontinuerlig kontakt over tid med brukere med sammensatte og langvarige behov, har bedre effekt enn dem som tilbyr kortere oppfølging (114).

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

***Individuell tilpasning***

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

***Fast kontaktperson***

Flere studier viser at brukere som mottar tjenester vektlegger individuell tilpasning, fleksibilitet, kontinuitet, helhetlig tilbud og fast kontaktperson (115). Personer med behov for komplekse[[61]](#footnote-61) eller langvarige og koordinerte tjenester[[62]](#footnote-62) skal tilbys en koordinator, uavhengig av om brukeren ønsker en individuell plan eller ikke. Personer med mer moderate problemer og som mottar tjenester for en kortere periode eller personer med behov for individuell oppfølging, kan ha nytte av å ha en fast kontaktperson å forholde seg til i tjenesteapparatet.

|  |
| --- |
| Evalueringen av «Tillitspersonforsøket» (37) viste at brukerne opplevede at faste kontaktpersoner bidro til å gjøre tjenestene mer tilgjengelige, bedre behovtilpasset og mer involverende. Brukerne som i utgangspunktet ikke kjente til tilbudet om individuell plan (IP) eller som av ulike årsaker ikke ønsket å ha IP, fikk positive erfaringer og praktisk nytte av planarbeid gjennom forsøksperioden. |

Flere NAV-kontor tilbyr veilednings- og oppfølgingsloser som er tilbud til personer med psykiske helseproblemer som ønsker å komme i arbeid og har behov for tett individuell oppfølging over tid for å kunne nyttiggjøre seg av NAVs tjenestetilbud. Mange brukere har stor nytte av ordningen (116).

**For mer informasjon**:

* Heftet «Tillit, tid, tilgjengelighet», Helsedirektoratet (31), viser gode erfaringene med fast kontaktperson
* Brosjyren «Veilednings- og oppfølgingslos» (117) ommuligheter for deg som har psykiske helseproblemer. Finnes på [www.nav.no](http://www.nav.no)

## Oppsøkende virksomhet på brukerens arena

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

Når det er behov for samtidige tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten i hjemmet eller der brukeren oppholder seg, bør tjenestene samarbeider om organiseringen av tilbudet. Det kan inngås avtale om bruk av virksomhetsovergripende pasientjournal i formalisert arbeidsfellesskap. [[63]](#footnote-63) Adgangen gjelder i tilfeller hvor en felles journal vil bidra til effektive og forsvarlige tjenester til pasienten eller brukeren.[[64]](#footnote-64) Oppfølging av personer med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) på brukerens arena er et viktig ledd i rehabiliteringsarbeidet.

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

Kommuner og DPS samarbeider i ACT-team for å nå pasienter som har sammensatte og langvarige tjenestebehov, og som ikke har tilstrekkelig nytte av tradisjonelle tjenester. Midtveisevalueringen av ACT-teamene viser at tilbudet treffer målgruppen, og at brukerne etter 1 års oppfølging hadde færre innleggelser og kortere døgnopphold i psykisk helsevern, sammenlignet med året før inntak i teamet (118).

**For mer informasjon:**

* «ACT-håndbok», KoRus Øst og Helsedirektoratet (2010): ACT-håndbok 1. utgave (119)

ACT-modellen er videreutviklet i Nederland i tråd med brukergruppens behov for fleksible tjenester. Den modifiserte modellen kalles fleksibel ACT (FACT). FACT-teamene gir tilbud etter prinsippene i ACT til brukere som har behov for tett oppfølging fra hele teamet. I tillegg har FACT-teamene en koordinerende funksjon ved at faste kontaktpersoner gir individuell oppfølging til brukerne som ikke har behov for tett oppfølging fra det tverrfaglige teamet. Tilnærmingsmåten ivaretar brukernes behov for kontinuitet, fleksibilitet, tilgjengelighet og individuelle tilpasninger over tid (95). Se også kapittel 5 Samhandling og kapittel 6 Tjenester og aktører i lokalt psykisk helse- og rusarbeid og kapittel 7 Samhandling for helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

## Kunnskapsbasert praksis i oppsøkende behandlingsteam

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

|  |
| --- |
| Viktige forutsetninger for god behandling og rehabilitering (42):   * Trygg bolig * Praktisk hjelp og støtte (bolig og økonomi) * Integrert behandling av rus- og psykiske problemer * Arbeid med støtte (supported employment (SE) / individuell jobbstøtte (IPS)) * Psykoedukasjon for å styrke brukerens og pårørendes egne mestringsstrategier * Samarbeid med brukerens familie og nettverk om brukerens problemer * Kunnskapsbasert psykoterapi * Legemiddelbehandling der det er indisert * God tilgjengelighet, krisehåndtering og fleksibilitet i tjenesten |

## Lavterskeltilbud

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

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

Lavterskeltilbud kan innrettes for ulike brukergrupper og inneholde et spekter av tjenester fra råd og veiledning, helsetilbud, arbeids- og aktivitetstilbud, møteplass for sosialt fellesskap og psykologhjelp (120).

## Anbefalinger

* Personens egne ressurser og innsats må understøttes under hele bedringsprosessen, slik at det bidrar til myndiggjøring og gjenvinning av kontroll i eget liv. Støtte fra pårørende og nettverk har stor betydning.
* Relasjonelle og organisatoriske fellesfaktorer, som virker positivt inn på behandlingsresultatet bør vektlegges, uavhengig av hvilke spesifikke behandlingsmetoder som velges. Hvordan fellesfaktorer og behandlingsmetode kan spille sammen, bør vurderes i hvert enkelt tilfelle.
* Ved utskriving fra døgnbehandling eller løslatelse fra fengsel, er kontinuitet i kontakten med tjenesteapparatet ekstra viktig.
* Involvering av pårørende og nettverk, selvhjelpstilbud, bruk av telefon, SMS og andre informasjonsteknologiske kanaler bør tas i bruk for å bedre tilgjengelighet og kontinuitet.
* Det bør foretas en systematisk oppfølging og evaluering av tjenestetilbudet sammen med brukeren, for å sikre nødvendige justeringer og individuelle tilpasninger underveis i forløpet.
* Fast kontaktperson bør tilbys flere brukere.

* Det bør tas i bruk kunnskapsbaserte modeller for oppsøkende og ambulant virksomhet for personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov, for eks ACT-modellen for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og som ikke i tilstrekkelig grad har nytte av det tradisjonelle tilbudet.
* Ulike lavterskeltilbud bør utgjøre en del av kommunens helhetlige tjenestetilbud for lettere å nå personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer.

# Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid

*Kapittelet gir en oversikt over sentrale aktører som yter tjenester til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Målet er å synliggjøre tjenestetilbudet, aktørenes ulike oppgaver og hva som kan forventes av dem.*

## Helse- og omsorgstjenesten i kommunen

Kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, herunder personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer.[[65]](#footnote-65) Begrepet nødvendige tjenester må ses i sammenheng med forsvarlighetskravet[[66]](#footnote-66) og retten til nødvendig helsehjelp i pasient- og bruker-rettighetsloven.[[67]](#footnote-67)

Hvilke tjenester kommunen, som et minimum plikter å yte, følger av helse- og omsorgs-lovens kapittel 3. Kommunen skal drive forebyggende arbeid, og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tjenestetilbud med utgangspunkt i lokale forhold. Tilbudene skal omfatte diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg.

### Enhet for psykisk helsearbeid og/eller rusarbeid

Omlag 90 pst. av kommunene har organisert det psykiske helsearbeidet og rusarbeidet som én felles avdeling eller som to enheter i én felles avdeling (121). Stadig flere kommuner velger å organisere det psykiske helsearbeidet sammen med rusarbeidet. Samordning av tjenestetilbudet forutsetter at både psykisk helse- og rusarbeid prioriteres. Noen kommuner har organisert tjenestene til personer med rusmiddelrelaterte problemer i NAV-kontoret.

Enhetene tilbyr ulike typer tiltak som kartlegging og vurdering, behandling, rehabilitering, oppfølging i bolig, dagtilbud og arbeidstiltak. Lege-middelassistert rehabilitering (LAR) utføres i samarbeid med fastlegen og spesialist-helsetjenesten, og bør ses i sammenheng med det øvrige tilbudet. Noen kommuner har opprettet ulike tverrfaglige enheter eller team, som ambulante bo-oppfølgingsteam, stabiliseringsteam eller rehabiliteringsteam. Se også kapittel 5 Tilnærmingsmåter.

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

### Fastlegen

Fastlegeordningen er lovpålagt.[[68]](#footnote-68) Kommunen har ansvar for å tilby innbyggerne et forsvarlig allmennlegetilbud, tilrettelegge for samarbeid mellom fastlegen og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegen i det øvrige helse- og omsorgstilbudet.[[69]](#footnote-69) Fastlegen dekker hele befolkningen, og er for mange brukere den mest stabile kontakten i tjenestene.

***Sentrale oppgaver***

Fastlegen er hovedansvarlig for somatisk utredning og oppfølging av den somatiske helsen hos personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer, og behandler også mange personer med psykiske problemer/lettere psykiske lidelser. Fastlegen er «døråpner» i forhold til andre instanser, som henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten, i forhold til økonomiske ytelser, attføring, arbeidsutprøving, lege-erklæringer m.m. Fastlegens medisinske arbeid er en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet og rusarbeidet i kommunen. Samarbeid og støtte til pårørende inngår i arbeidet.

***Legemiddelbruk***

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

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er vanligvis organisert som et trepartssamarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten eller NAV-kontoret, allmennlegen/fastlegen og spesialisthelsetjenesten, jf. LAR-retningslinjen (122).

***Tilgjengelighet***

Tilgjengelighet, kontinuitet og helhetlig tilnærming er viktige elementer i fastlegens arbeid, spesielt i forhold til personer med rus- og/eller psykiske problemer. Omlag 16 prosent av befolkningen var i 2011 i kontakt med fastlegen for helseproblemer av psykisk eller av rusmiddelrelatert art (123). Fastlegen møter pasienter som er i belastende livssituasjoner, og har mulighet til å fange opp og forebygge psykiske lidelser og et høyt rusmiddelkonsum. Fastlegen skal søke å ha oversikt over innbyggere som har behov for medisinskfaglig oppfølging og koordinering på sin pasientliste.[[70]](#footnote-70)

Pasienten vurderer selv behovet for time hos fastlegen. Noen brukere har problemer med bestilling av time, møte til rett tid osv. Det er nødvendig med en viss fleksibilitet for at brukere med store, udekkede behov skal få tid og konsultasjon med fastlegen. Dersom fastlegen mottar informasjon om at personer på sin liste har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal fastlegen tilby konsultasjon eller hjemmebesøk.[[71]](#footnote-71) Fastlegen skal også gi tilbud om hjemmebesøk til sine listeinnbyggere som på grunn av helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i stand til å møte på legekontoret, eller når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.[[72]](#footnote-72)

***Samarbeid***

Et godt fungerende samarbeid mellom fastlegen, annet helse- og omsorgspersonell og øvrige kommunale tjenester er viktig for å sikre helhetlige og faglig gode tjenester for brukeren. Når en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å medvirke til utarbeiding av individuell plan og informere koordinator i kommunen.[[73]](#footnote-73) For å ivareta den medisinskfaglige koordineringen for pasienten må fastlegen være tilgjengelig for og motta informasjon fra andre behandlere. De fleste fastlegene er selvstendige næringsdrivende og arbeider under andre rammebetingelser enn kommunalt tilsatte fagpersoner. En må finne fram til gode samarbeidsløsninger som både tar til hensyn fastlegens spesielle situasjon og øvrige lokale forhold. Lokalt samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalgene, som finnes i alle kommuner, er viktige fora for å drøfte og å finne fram til praktiske samarbeidsrutiner.

### Legevakt

Legevakten skal til en hver tid sikre innbyggerne øyeblikkelig medisinsk hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og samarbeidende tjenester[[74]](#footnote-74). Legevakten skal både diagnostisere og stabilisere akutte livstruende tilstander og andre tilstander som krever videre behandling i sykehus samme dag. De skal også diagnostisere og ferdigbehandle akutte allmennmedisinske tilstander som ikke trenger videre behandling i sykehus. Ansvaret omfatter psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Legevakten bør være spesielt oppmerksom på endringer i helsetilstanden hos pasienter med alvorlige rusrelaterte problemer. Tegn og symptomer på alvorlig somatisk sykdom må ikke tolkes som en konsekvens av rusmiddelproblemet, slik at alvorlig sykdom overses.

Det er i dag stor variasjon i kommunenes organisering av allmennlegevakt. Mange kommuner har etablert legevaktordninger der to eller flere kommuner samarbeider, andre har etablert et sentralt legevaktmottak for ettermiddag/kveld og helger. Noen legevakter har eget personell for akutte livskriser. Overgrepsmottakene er ofte organisert som en del av legevakten.

### Lavterskel helsetilbud til personer med rusmiddelproblemer

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

Flere kommuner har etablert brukernære lavterskel helsetilbud. Evalueringen viser at tilbudene er virkningsfulle, og at brukerne opplever at de gir bedret helse og livssituasjon. Tilbudene når mennesker som har et stort tjenestebehov, og som i liten grad oppsøker eller oppsøkes av tjenesteapparatet. De møter brukerne der de er, og når de er der. Tilbudet utgjør en viktig del av kommunens helhetlige tjenestetilbud og kan også ses på som et helsefremmende tiltak for å yte akutt helsehjelp, forebygge innleggelser og hindre negativ utvikling av den generelle helsetilstanden (96).

For mer informasjon:

* Erfaringsheftet «Lav terskel – høy kvalitet: en profesjonell tilnærming til mennesker med rusrelaterte problemer» (IS-1809) (124) [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no/)

### Psykologer i kommunen

Psykologer i kommunene har en stor og variert oppgaveportefølje. Flere oppgaver utføres i samarbeid med annet kommunalt personell. Psykologene deltar i helsefremmende og forebyggende arbeid, systemarbeid, grupperettede tiltak, tidlig intervensjon og behandling av familier eller mennesker med psykiske vansker og/eller rusmiddelproblemer. Veiledning av aktuelle personellgrupper i kommunen inngår ofte i psykologens oppgaver.

Psykologer i kommunen er viktig både i arbeidet med lettere og moderate vansker og lidelser på et tidlig stadium og for rusmiddelproblematikk. Tilbudet bør ha god tilgjengelighet og fokus på korttidsterapier, råd og veiledning. Erfaringer tyder på at psykologene bidrar til en styrking av det psykiske helsearbeidet i kommunene (125).

### Omsorgstjenesten

Kommunen skal tilby helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon, herunder sykehjem og avlastningstiltak:[[75]](#footnote-75)

Ansatte i hjemmetjenestene, som ikke har spesiell kompetanse om rus og psykiske helseproblemer, bør få tilbud om strukturert veiledning fra øvrig rus- og psykisk helsepersonell for å styrke sin kompetanse i å håndtere vanskelige situasjoner og

gjøre tjenestene mer tilgjengelig for personer med psykisk helse- og rusproblemer.

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

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

Støttekontakt Kommunen skal tilby personlig assistanse, herunder praktisk bistand og støttekontakt[[76]](#footnote-76). Tjenesten kan gis som individuell støtte, eller som bistand til organisert deltakelse i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettelagt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon. Den enkeltes interesser og behov bør så langt som mulig være styrende for valg av fritidsaktiviteter.

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

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

**For mer informasjon:**

* Nettstedet [www.fritidforalle.no](http://www.fritidforalle.no) er en oppfølgings- og veiledningstjeneste for alle som tilrettelegger fritid for andre. Her finnes blant annet informasjon om metoden «Fritid med bistand» og treningskontaktordningen

*Institusjoner*, herunder sykehjem er en viktig del av pleie- og omsorgstjenesten. Forskrift om kommunal helse og omsorgsinstitusjon[[77]](#footnote-77) omfatter institusjoner som tilbyr heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, der tjenestene ikke er å anse som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet etter spesialisthelse-tjenesteloven[[78]](#footnote-78) . Tilbudet kan omfatte både behandling, omsorg og rehabilitering.

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

Omsorgslønn og avlastningstiltak er tiltak rettet mot pårørende. Kommunene skal tilby avlastningsordninger til personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.[[79]](#footnote-79)

### Rask psykisk helsehjelp

Gjennom pilotprosjekt ”Rask Psykisk Helsehjelp” som er utviklet etter mønster av det evidensbaserte britiske programmet «Improving Access to Psychological Therapies», tilbyr flere kommuner veiledet selvhjelp og kognitiv terapi til personer med lett og moderat angst og depresjon. Tilbudet, som er gratis og lett tilgjengelig for målgruppen, gir direkte hjelp uten henvisning. I tilfeller hvor «Rask psykisk helsehjelp» ikke har effekt, skal brukeren henvises til et annet behandlingstilbud.

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

### Ergo- og fysioterapitjenesten

Alle kan henvende seg direkte til tjenesten for å be om veiledning, råd, behandling og tilrettelegging.

Ergoterapeuter veileder i ADL (activities of daily life), funksjonstrening og tilrettelegger bolig og utemiljø. Fysioterapeuter vurderer behov for fysioterapitiltak, ofte i samarbeid med lege. Fysioterapeuten tilrettelegger for at bruker kan bedre funksjonsevnen, gir behandling og funksjonstrening (smertebehandling, styrke, balanse, utholdenhet og daglige aktiviteter).

Målet er å bedre eller vedlikeholde funksjonsevnen hos brukerne/pasientene. Tiltakene tar utgangspunkt i brukerens egen målsetting og terapeutens helhetlige funksjonsvurdering av brukeren. Re-/habilitering foregår i tverrfaglig samarbeid for å øke den enkeltes livskvalitet fysisk, psykisk og sosialt.

### Frisklivssentral

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

Frisklivssentralene har tett samarbeid med andre offentlige aktører. De samarbeider også med frivillige organisasjoner og andre private aktører. Frisklivssentralen kan fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen. Utviklings-områder for frisklivssentralene er mestring av psykiske problemer, oppfølging av risikobruk av alkohol og andre rusmidler, samt forebygging av søvnvansker. Mange brukere kan dra nytte av tilbudene ved frisklivssentralen som ledd i en tilbakeførings-prosess til arbeidslivet. Frisklivssentralen gir informasjon om selvhjelp og tilbud om depresjonsmestringskurs (KID-kurs) (78).

**For mer informasjon:**

* Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering og organisering, Helsedirektoratet 2013 (IS-1896) (78)

### Kommunale psykososiale kriseteam

Kommunene har opprettet kriseteam for oppfølging av mennesker som har opplevd, eller opplever alvorlige livskriser. De kan ha behov for rask hjelp eksempelvis etter plutselige dødsfall i familien, ved trafikkulykker, katastrofer av ulike slag eller når nære personer blir arrestert for alvorlige lovbrudd. Mange har behov for oppfølging over tid. Teamet kan kontaktes av personer som er i krise eller deres pårørende og andre aktører i akuttkjeden.

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

**For mer informasjon:**

* ”Veileder for psykososiale tiltak ved kriser og katastrofer” (IS -1810) (126): <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Sider/default.aspx>

### Krisesenter

Krisesentertilbud er en lovpålagt oppgave.[[80]](#footnote-80) Krisesentrene skal gi kvinner, menn og barn, som er utsatt for vold eller trusler om vold, trygge rammer i en vanskelig og akutt livssituasjon. De skal tilby brukeren støtte og veiledning, hjelp til å ta kontakt med andre deler av tjenesteapparatet, botilbud og oppfølging i reetableringsfasen.

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

For mer informasjon:

* [www.krisesenter.com](http://www.krisesenter.com), <http://www.norsk>

### Overgrepsmottak

Det er etablert overgrepsmottak i alle fylker. Mottaket er et tilbud om akutthjelp[[81]](#footnote-81) og oppfølging ved seksuelle overgrep og/eller vold i nære relasjoner. Tjenestetilbudet omfatter medisinsk undersøkelse og behandling, psykososial støtte og behandling og rettsmedisinsk undersøkelse og sporsikring.

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

Mer informasjon:

* Overgrepsmottak er nærmere omtalt i Helsedirektoratets veileder Overgrepsmottak (IS-1457) (127)

### ***Barnevern***

Barneverntjenesten er en lovpålagt oppgave.[[82]](#footnote-82) Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid.**[[83]](#footnote-83)** Mange barn og unge som barneverntjenesten kommer i kontakt med, har psykiske vansker eller kan være risikoutsatte av ulike årsaker.

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

### Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

*Helsestasjonen* er en lovpålagt tjeneste[[84]](#footnote-84) som tilbyr bl.a. foreldreveiledningsprogram. Programmene, som skal gi foreldre støtte, veiledning og trygghet i foreldrerollen, er godt egnet for foreldre med rusmiddelproblemer og /psykiske vansker med sikte på å etablere et godt samspill med barnet fra første leveår.

*Skolehelsetjenesten* er en lovpålagt tjeneste i grunnskolen og videregående opplæring.[[85]](#footnote-85) Tjenesten er gratis og skal være lett tilgjengelig. Skolehelsetjenesten skal jobbe helsefremmende og forebyggende, men også bidra til å avdekke risikofaktorer og helseproblemer på et tidlig tidspunkt. Undersøkelser viser at der tjenesten er regelmessig til stede over tid, blir den benyttet av 50 pst. av elevene i ungdomsskolene og videregående skole (128).

*Helsestasjon for ungdom* er en lovpålagt oppgave.[[86]](#footnote-86) Helsestasjonen tilbyr rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling tilpasset ungdommens behov og premisser. Det er et lavterskeltilbud, som ungdom opp til 20 år kan oppsøke uten å ha bestilt time, og hvor de kan ta opp tema innen fysisk, psykisk og seksuell helse,rusproblematikk og sosiale problemstillinger. Ungdomshelsestasjon er et supplement, og ikke en erstatning for skolehelsetjenesten (129).

### Svangerskap og barselomsorg i kommunen

Svangerskap og barselomsorg er en lovpålagt tjeneste i kommunene.[[87]](#footnote-87) Jordmødre og fastleger som jobber med gravide i kommunen må være oppmerksomme på tilstander hos mor og hennes familie som kan være til fare for fostret eller mor selv. Helse- og omsorgspersonell har meldeplikt[[88]](#footnote-88) til barnevernstjenesten om forhold som kan være skadelig for barnet; for eksempel psykisk uhelse, rusmiddelproblemer eller vold. Tidlig livsstilsamtale med mor i svangerskapet er under utprøving i flere kommuner. Det er viktig at mor får informasjon om aktivitet som kan være skadelig for fostret tidlig i svangerskapet.

Kvinner med en psykisk lidelse vil være utsatt for større utfordringer enn andre mødre både i svangerskapet og etter fødselen. Mors psykiske lidelse utgjør en risikofaktor for barnets utvikling. Hvor stor risikoen er, avhenger av flere faktorer, for eksempel lidelsens alvorlighetsgrad og foreldrene evne til å beskytte barnet. En psykisk syk forelder kan oppleves som en belastning for barnet, uten at det utvikler seg til varige problemer. De fleste barn viser stor tilpasningsdyktighet og klarer seg bra på sikt, selv om det er vansker i familien (130).

Individuell oppfølging av mor og barn, eventuelt øvrig familie, og samspillet mellom foreldre og barn krever samarbeid mellom helsestasjon, øvrige kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og pårørende.

### Asylmottak – helsetjenester til flyktninger og asylsøkere

Etablering av asylmottak er et statlig ansvar. Kommunene har ansvar for at beboere i asylmottak får innfridd sine rettigheter til helsetjenester, herunder tolketjenester, på lik linje med andre innbyggere i kommunen (131).

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

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

For mer informasjon:

* Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, Helsedirektoratet (IS-1022) (132)

### NAV – kontorene

De lokale NAV-kontorene skal ivareta kommunens oppgaver etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen[[89]](#footnote-89). Dette omfatter opplysning, råd og veiledning, herunder økonomisk rådgiving, økonomisk stønad, midlertidig botilbud, individuell plan og kvalifiseringsprogrammet. Lokale samarbeidsavtaler beskriver hvilke tjenester den enkelte kommune har valgt å legge til NAV-kontoret. NAV-kontoret har et bredt kontaktnett og god kompetanse på sitt område.

|  |
| --- |
| NAV- kontoret tilbyr en rekke tjenester, herunder:   * Markedsarbeid – sikre unge og vanskeligstilte innpass på arbeidsmarkedet * Inntektssikring – sykepenger, dagpenger, kvalifiseringsprogram, uførepensjon og sosial stønad * Vurdere/ivareta tjenestebehov * Hjelpemiddelsentral - formidling og tilrettelegging av hjelpemidler |

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

NAV- kontoret har, i samarbeid med helsemyndighetene, hatt fokus på arbeid og psykisk helse og rus. Ett av målene er å gi personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer som ønsker det, anledning til å gjennomføre utdanning eller delta i arbeidslivet. Det er utviklet en rekke tilbud, både arbeidsrettede skjermede tiltak og tilbud i det ordinære arbeidslivet. Flere NAV-kontorer har ansatt veilednings- og oppfølgingsloser. Se også kapittel 5 Tilnærmingsmåter.

## Fylkeskommunale tjenester og aktører - tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av den offentlige tannhelsetjenesten, som er forankret i fylkeskommunen og en privat sektor. Den offentlige tannhelsetjenestens virksomhet reguleres av tannhelsetjenesteloven[[90]](#footnote-90). Fylkeskommunen skal[[91]](#footnote-91) sørge for at personer som mottar behandling på institusjon og har et opphold på tre måneder eller mer, får offentlig tannhelsehjelp. Det samme gjelder personer som mottar hjemmesykepleie. Fylkes-kommunen skal gi tannhelsetilbud til personer som er under kommunal rusmiddelomsorg og under legemiddelassistert rehabilitering (133-135). Tannhelsetjenesteloven er under revisjon, og vilkår for hvem som har rett til offentlig tannhelsehjelp kan bli endret.

Mange med alvorlige rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser har behov for særlig tilrettelagt tannhelsetilbud. Noen benytter legemidler som påvirker tannhelsen. Selv om personer med varig redusert evne til egenomsorg kan få full refusjon fra folketrygden[[92]](#footnote-92) vil brukeren likevel kunne kreves for egenandel som følge av fri prisfastsetting i tannhelse-tjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunen kan bistå kommunene med opplæring og veiledning av helsepersonellet i kommunen og med informasjon om reglene for betaling og gratis behandling. NAV-kontoret vil på visse vilkår kunne innvilge stønad til undersøkelse og behandling etter sosialtjenesteloven §§ 18 og 19[[93]](#footnote-93).

## Statlige tjenester og aktører - spesialisthelsetjenesten

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med rus- eller psykiske helse-problemer som har fast bopel eller oppholdssted i helseregionen, tilbys faglig forsvarlig[[94]](#footnote-94) spesialisthelsetjeneste.[[95]](#footnote-95) Tilbudet kan gis i egne helseforetak eller gjennom private avtaleparter. Noen helseforetak har integrert tjenestene, andre har organisert dem hver for seg. Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten følger av pasient- og brukerrettighetsloven[[96]](#footnote-96) og tilhørende prioriteringsforskrift.[[97]](#footnote-97)

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

Behandling i spesialisthelsetjenesten er normalt en kortere del av et lengre behandlings-forløp. Et godt samarbeid mellom de ulike tjenestenivåene er avgjørende for pasientens mulighet til å oppnå god effekt av behandlingen. Se kapittel 7 Samhandling for helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

### Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

De regionale helseforetakene er ansvarlige for å gi et tverrfaglig spesialisert behandlings-tilbud til mennesker med problematisk bruk eller avhengighet av rusmidler, herunder innsatte i fengsler. Ansvaret omfatter akuttbehandling, poliklinisk behandling, dag-behandling, døgnbehandling og tilbakeholdelse i institusjon, uten eget samtykke etter Helse- og omsorgstjenesteloven.

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

|  |
| --- |
| Tverrfaglig spesialisert behandling for personer med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler inkluderer medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse og skal kunne:   * Kartlegge pasientens rusrelaterte problematikk, sosiale situasjon og psykiske og fysiske forhold * Vurdere pasientens motivasjon og relasjonelle situasjon (familie og nettverk) * Vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder bruk av resultater fra relevante screening- og testverktøy * Foreta medisinske vurderinger av pasientens fysiske allmenntilstand og eventuelle somatisk tilleggslidelser, herunder kompetanse om bruk av laboratorieanalyser og andre spesialistutredninger * Stille diagnoser, iverksette og følge opp med adekvat medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling |

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten har etter pasient- og brukerrettighetsloven rett til å få en vurdering av sin helsetilstand. ​​​Vurderingsinstans for tverrfaglig spesialisert behandling av rusproblemer (TSB) har ansvaret for denne oppgaven (136).

### Psykisk helsevern

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever[[98]](#footnote-98). Psykisk helse-vernloven regulerer tjenester som drives av regionale helseforetak (RHF), helseforetak (HF), private avtalespesialister eller andre som har avtale med regionale helseforetak. Loven regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungent psykisk helsevern, både i institusjon og ved poliklinisk behandling.

RHFene inngår avtaler med privatpraktiserende psykologspesialister og psykiatere. De mottar pasienter etter henvisning fra fastlege og andre innen spesialisthelse-tjenesten. Avtalespesialistene behandler i hovedsak pasienter med lette til moderate lidelser, enkelte har også tilbud til personer med alvorlige lidelser. Når kommunale behandlingstilbud blir bedre utbygd bør avtalespesialistene i større grad ta i mot mennesker som trenger lengre tids psykoterapi.

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

DPS har ansvar for spesialisert utredning og behandling, akutt- og krisetjenester, samarbeid med kommune og øvrig spesialisthelsetjeneste. De skal bistå kommunene med råd og veiledning. Samarbeid med pårørende er en viktig del av tilbudet. DPSene er fortsatt under faglig oppbygging, og det forutsettes at det etableres døgnberedskap, eventuelt i samarbeid med andre. Alle distriktpsykiatriske sentre skal ha et poliklinisk tilbud til pasienter med rusmiddelavhengighet. Se også kapittel 5 Tilnærmingsmåter

Brukerstyrte tilbud. DPS gir i dag brukerstyrte tilbud etter individuell vurdering og avtale med bruker. Brukerstyrte plasser har vist seg å bidra til færre antall akutt- og tvangsinnleggelser.[[99]](#footnote-99) Brukerne undertegner vanligvis en avtale som presiserer vilkårene. Vilkårene tilpasses lokale forhold og krav til forsvarlig praksis. Avtalen vil ofte være forankret i en individuell plan. De regionale helseforetakene er gjennom oppdrags-dokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet bedt om å etablere brukerstyrte plasser i alle helseregioner.

Spesialiserte sykehusfunksjoner omfatter øyeblikkelig hjelp[[100]](#footnote-100) og tilbud til pasienter som trenger opphold i lukket avdeling, i sikkerhetsavdeling, som har særlig vanskelig og kompliserte spiseforstyrrelser, rusmiddelavhengighet, alvorlig psykisk lidelse, flere sykdommer samtidig (komorbiditet), selvskading, tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser mv. Det skal også gis tilbud til pasienter med særlig kompliserte alderspsykiatriske tilstander og debuterende sammensatte tilstander for eldre.

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

### Øyeblikkelig hjelp

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.[[101]](#footnote-101) Funksjon er ofte knyttet til poliklinikker og ambulante team ved DPS på dag- og kveldstid og til spesialiserte sykehusavdelinger (akuttavdelinger) ved behov for innleggelse.

Oppgaven kan organiseres i ambulante akutt-team eller ved andre løsninger. Flere steder har åpnet for at pasienter og pårørende kan henvende seg direkte. Uavhengig av organisasjonsform er samhandling med pasient/pårørende, legevakt/kommunale tjenester og andre deler av spesialisthelsetjenesten en viktig del av arbeidet. Kommunal legevakt og psykisk helsearbeid i kommunen bør samarbeide med akutt-teamene om å yte rask hjelp, for å hindre unødige innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

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

Tilstander som utløser plikt til øyeblikkelig hjelp omfatter blant annet:

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

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

## Andre statlige tjenester

### ***Familievernkontoret***

Familievernet er en lovpålagt spesialtjeneste, som har familierelaterte problemer som sitt fagfelt.[[102]](#footnote-102) Familievernkontoret er et tilbud til mennesker med ulike typer samlivs- og relasjonsproblemer, for eksempel problemer i parforhold, samlivsbrudd, konflikter mellom foreldre og barn eller mellom flere generasjoner. De fleste kommer til familievernkontoret for rådgivning og samtaler om hverdagsproblemer. Familievernkontoret gir også bistand til foreldresamarbeid for ekspartnere, tilbud til foreldre og barn ved vold i familien, sykdom og tap, tvangsekteskap og andre helseskadelige tradisjoner m.m.

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

For mer informasjon:

* [www.bufdir.no](http://www.bufdir.no)

### Kriminalomsorg – helse- og omsorgstjenester i fengsel

I de kommunene hvor det ligger fengsler skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte.[[103]](#footnote-103) De regionale helseforetakene skal sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen får tilbud om nødvendige spesialisthelse-tjenester.[[104]](#footnote-104)

Kriminalomsorgen har, i samarbeid med kommunen- og spesialisthelsetjenesten, plikt til å legge til rette for at innsatte får tilgang til helse- og omsorgstjenester, på linje med den øvrige befolkningen. Gjennom tverretatlig samarbeid kan tjenestene bidra til at soningstiden benyttes til utredning, rehabilitering og behandling (140), og legge til rette for at den enkelte får dekket sine tjenestebehov ved løslatelse.

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

For mer informasjon:

* Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (IS-1971) (141).

## Frivillig sektor / brukerorganisasjonenes rolle

Frivillig sektor er en betydelig aktør i det lokale psykisk helse- og rusarbeidet. Brukerorganisasjonene og ideelle frivillige organisasjoner har en sentral rolle innen forebyggende rus- og psykisk helsearbeid, som brukerrådgiver og veileder, tjenesteleverandør til rusmiddelavhengige (142) og interessepolitisk aktør for rus- og psykisk helsefeltet. Frivillig sektor representerer bredde og mangfold i tilbudet og bidrar til nyskapning, utvikling, økt kapasitet og et mer differensiert tjenestetilbud. Tjenester i regi av frivillig sektor skal være et supplement til de lovpålagte oppgavene i kommunen og bidra til å styrke samfunnets samlede innsats på feltet.

# Samhandling for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

*Mange brukere har behov for tjenester fra ulike instanser. I dette kapittelet omtales ordninger og tiltak som kan bidra til et godt samarbeid mellom tjenester og tjeneste-nivåer, og som kan benyttes til å etablere et helhetlig og koordinert tilbud til brukere.*

Gjennom opptrappingsplanene for psykisk helsefeltet og rusfeltet, er det bygget opp et bredt sett av lokalbaserte tjenester og tilbud. Utviklingen har vært positiv med tanke på å møte målgruppenes behov. Mangfoldet av tjenester kan i noen tilfelle medføre at brukere og pårørende opplever tilbudet som fragmentert. Forsvarlighets-plikten[[105]](#footnote-105) innebærer at tjenestene må tilrettelegges slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Plikten forutsetter at tjenestene samhandler om tilbudet til den enkelte bruker. Samhandlingen må skje mellom tjenestene innen kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er tjenestenes ansvar å sørge for helheten, slik at det er lett for bruker og pårørende å få oversikt, og finne fram til rett tjeneste.

|  |
| --- |
| «Samhandlinger et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (143) |

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

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

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

|  |
| --- |
| Suksesskriterier for godt tverrfaglig samarbeid (144;145):   * Felles mål * Forankring * Avklare ulike kunnskapsgrunnlag * Rolleavklaring * Likeverdig deltakelse * Jevnlig kontakt og kommunikasjon * Dedikerte utøvere |

## Samhandling innad i kommunen

Det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert sine helsetjenester og andre tjenester for rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og i hvilken grad de har utviklet interkommunalt samarbeid på feltet. Med den nye helse- og omsorgs-tjenesteloven ble det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester i hovedsak opphevet. Endringen gir grunnlag for god samhandling mellom tjenestene i kommunen.

Samarbeidsformer og rolleavklaring tjenestene imellom, bør avklares ut i fra lokale forhold. Det er vel så viktig å avklare samarbeidet internt i kommunen, som mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Et forsvarlig helse- og omsorgstilbud forutsetter i de fleste sammenhenger, at kommunale aktører og tjenester samarbeider om tilbudet. Fastlegen er en sentral aktør for de fleste brukere, og en naturlig del av det kommunale arbeidet. Se også Kapittel 6: Tjenester og aktører i lokalt psykisk helse- og rusarbeid.

## Samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

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

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

### Plikt til å samarbeide

Kommunen og regionalt helseforetak har ansvar for å tilrettelegge for samhandling og samarbeide internt i tjenestene, med andre tjenesteytere og med bruker- og pårørendeorganisasjonene[[106]](#footnote-106).

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket, eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer.[[107]](#footnote-107) Avtalen skal blant annet avklare hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Partene kan enten inngå en samlet avtale eller flere avtaler på ulike nivåer, eller områder av virksomheten. Samarbeidsavtaler må forankres på alle nivå. De regionale helseforetakene skal sende avtalen til Helsedirektoratet til orientering, slik at staten kan følge med på at alle kommuner og helseforetak inngår avtale-samarbeid.[[108]](#footnote-108)

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

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

Grensene mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester vil, i tillegg til lokal kompetanse og kapasitet, følge av hva som til enhver tid defineres som spesialisthelsetjenester. Behandlingsretningslinjer og veiledere på spesifikke områder gir føringer for innholdet i tjenestene, både i kommunen og spesialisthelse-tjenesten.

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

## Samhandlingstiltak på systemnivå

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

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

|  |
| --- |
| Eksempler på aktuelle tema og problemstillinger for samarbeid:   * Hvordan skal vi, i vårt lokalsykehusområde, gi gode tilbud til ruspåvirkede personer som trenger akutthjelp, men ikke medisinsk avrusing? * Hvordan kan vi sammen sørge for at personer med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser får gode akutt- og krisetjenester hele døgnet? |

*Rådgiving, veiledning og kompetanseoverføring*Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.[[109]](#footnote-109) Se også Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet om veiledningsplikten, som gir en nærmere avklaring av innholdet i veiledningsplikten og eksempler på hvordan veiledningsplikten kan oppfylles på enkelte områder (146). Kommunene har ingen tilsvarende veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten, noe som kan hemme gjensidig og likeverdig kompetanseutvikling og overføring. Gjensidig rådgiving, veiledning og kompetanseoverføring bør være en sentral del av tjenestenes strategi for å møte brukere med rett kompetanse på begge tjenestenivå. Dette kan oppnås ved at kommunene blir invitert til undervisning og opplæring i regi av spesialisthelsetjenesten og omvendt.

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

Hospitering kan foretas ved:

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

Samhandlingsmetodene gir kommunen praktisk faglig støtte, uten at pasienten sendes mellom tjenestenivåene, mens spesialisthelsetjenesten får et bredere perspektiv på brukerens behov.

*Felles tjenestenettverk*   
Tjenestene bør, uavhengig av nivå, definere seg som del av et felles tjeneste-nettverk. Når tjenester ytes i sekvens, er det avgjørende at overgangene mellom tjenestenivåene er smidige. Ny henvisning og vurdering av rett til spesialisert helsehjelp, bør ikke være nødvendig når begge nivåene er godt kjent med personen fra tidligere behandlingskontakt.

Tjenestene må være samstemte når de yter parallell behandling, for eksempel ved polikliniske tjenester og oppfølging i bolig. Brukerstyrte tilbudkan være en måte å løse dette på. Se også kapittel 1 Brukeren som viktigste aktør og kapittel 6 Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid- og rusarbeid.

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

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

*Tilgjengelighet*   
Tilgjengelighet er et viktig virkemiddel i samhandlingen mellom nivåene og mellom enheter innenfor samme tjenestenivå. Tilgjengelig personell med beslutnings-kompetanse i kommunen og reduserte ventetider i spesialisthelsetjenesten bidrar til god tilgjengelighet. Se også kapittel 5 Tilnærmingsmåter.

### Samhandlingstiltak på individnivå

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

*Individuell plan (IP)*Brukere som trenger langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Individuell plan skal alltid ta utgangspunkt i brukerens egen oppfatning av problemene og hva han eller hun trenger for å kunne mestre utfordringene bedre. Se mer om IP, koordinator og koordineringsfunksjoner i kapittel 1 Brukeren som viktigste aktør.

*Kriseplan*  
Brukere som opplever tilbakevendende kriser som krever rask og kompetent intervensjon, bør få utarbeidet en kriseplan. Kriseplanen bør presisere varselsymptomer, hvilke tiltak som skal settes inn og hvem som skal kontaktes. Den bør være praktisk og konkret, med navngitte tjenesteytere og telefonnummer. Planen kan spesifisere samhandlingsmønsteret for krisesituasjoner ved å presisere når en skal involvere ansatte i henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kriseplan bør inngå i en individuell plan.

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

Arbeidsformen legger til rette for tett samhandling med kommunale etater og tjenester, og gjør det enkelt å fordele oppgaver og ansvar. Ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten understøtter, men erstatter ikke kommunale tilbud. Kommunale tjenester bør delta i planlegging og gjennomføring av ambulante tilbud i spesialisthelsetjenesten. Se mer om ambulante tjenester og samhandlingsteam i kapittel 5 Tilnærmingsmåter.

### Arbeidsdeling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten

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

Organisering i distriktspsykiatriske sentre er en nøkkelstruktur i spesialisthelse-tjenestens desentraliserte tjenester, og i samhandlingen med kommunale tjenester. DPS har allmennpsykiatriske oppgaver som hovedansvar, og det bør arbeides for at de også skal være en nøkkelstruktur i desentralisert tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (63).

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

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

## Elektronisk samhandling (e-helse) som virkemiddel

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| «Min helse» inneholder:   * Mine resepter * Min fastlege * Mine egenandeler * Mine vaksiner * Bestill helsetrygdkort * Meld bivirkninger |

**For mer informasjon:**

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

## Anbefalinger

* Den praktiske samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, fordelingen av ansvar og oppgaver og utformingen av tjenestene må tilpasses lokale forhold.
* Bruker – og pasientforløp og analyse av pasienter som bruker mye tjenester kan gi tjenestenivåene en felles forståelse for hvordan samhandling og oppgavefordeling bør være.
* Spesialisthelsetjenesten skal understøtte, ikke erstatte, kommunale tjenester.
* DPS bør i større grad bli nøkkelstruktur i en desentralisert spesialist-helsetjeneste for behandling av personer med rusproblemer/rusavhengighet.
* Bedre tilgjengelighet til tjenesten kan oppnås gjennom reduksjon av ventetid til polikliniske konsultasjoner (dag og døgnopphold), og ved å sikre at personell med beslutningskompetanse til å tildele tjenester alltid er tilgjengelig i kommunen.
* Brukerstyrte tilbud og ambulante tjenester, hvor kommune og spesialist-helsetjenesten samhandler, bør videreutvikles.
* Tjenestene bør ta i bruk elektronisk kommunikasjon i videreutvikling av tjenester og arbeidsformer i tråd med de nasjonale e-helse satsningene.
* Ansatte bør informere brukere om mulighetene til å benytte nettbaserte tjenester.

# Kvalitet, kompetanse og tjenesteutvikling

*Kapittel angir tjenestenes forpliktelser og nasjonale forventninger til kvalitetsarbeidet og beskriver tilnærmingsmetoder og tiltak som kan bidra til tjenester av god kvalitet.*

Kommunen og spesialisthelsetjenesten er pliktig å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet[[110]](#footnote-110). Ansvaret gjelder ledere på alle nivåer i tjenestene. Kravet skal hindre unødig skade på pasient og bruker, og gi økt kvalitet i tjenestene. Tjenestene må arbeide systematisk for å ivareta brukernes og befolkningens behov, gitt økonomiske og personellmessige rammebetingelser i den enkelte kommune eller helseforetak.

## Kvalitet og kvalitetsarbeid

Kvalitetsbegrepet er definert og omtalt i «O*g bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) (147), «Nasjonal helse- og omsorgsplan» (148) og «Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester» (149) utdyper og presiserer nasjonale krav og forventinger kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) trekker opp linjene for kvalitetsforbedringsarbeidet. I følge strategien innebærer god kvalitet at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Målene er konkretisert gjennom anbefalinger fra praksisfeltet (150), hvor følgende fire områder har særlig relevans for kvalitetsarbeidet på psykisk helse- og rusfeltet:

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

*Forbedre ledelse og organisasjon*

Ledelsen bør iverksette og lede systematisk forbedringsarbeid. De største utfordringene oppstår ofte i overgangene fra en tjeneste til en annen og forbedringsarbeidet bør gjennomføres på tvers av tjenestene. Gode styrings-systemer for samhandling, forbedringsarbeid og kunnskapshåndtering er en forutsetning for å kunne understøtte lokalt kvalitetsarbeid.

*Styrke brukeren*

Tjenestene skal involvere brukerne aktivt i egen behandling og i forbedring av tjenestene. Bruker- og pårørendeorganisasjonene er naturlige samarbeidspartnere. Det foreligger en plikt til å etablere systemer for innhenting av pasient- og bruker-erfaringer[[111]](#footnote-111). Innhenting av brukererfaringer bør foretas på enkel og gjennomførbar måte, og brukeren bør spørres om forhold, hvor det er mulig å gjøre endringer ut i fra tilgjengelige ressurser.

*Styrke utøveren*

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

*Følge med og evaluere tjenestene*

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

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

## Metodikk for kvalitetsforbedring

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

*Forberedelse*

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

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

*Planlegging*

Planleggingsfasen omfatter å sette mål, utvikle måleverktøy, kartlegge nåværende praksis, planlegge forbedret praksis og finne forbedringstiltak.

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

*Utføring*

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

*Kontroll og evaluering*

I den fjerde fasen kontrolleres og evalueres måloppnåelse, og hvorvidt det er behov for ytterligere forbedringer. Evaluering av tjenestene bør dokumentere effekt av innsatsen på individ- og systemnivå. Brukerne må involveres, da de kan ha andre kvalitetsvurderinger enn ansatte (151). Fasen er viktig for å få bedre kunnskap om målgruppens erfaring med tilbudet som grunnlag for videreutvikling av tjeneste-tilbudet.

Metoden «Bruker Spør Bruker» (152) er et godt alternativ til standardiserte bruker-undersøkelser. En «Bruker spør brukerundersøkelse» gjennomføres i to trinn, hvor prosessleder (intervjuer) har brukererfaring. Det foretas først intervjuer med brukere og ansatte som danner en baseline for det videre arbeidet. Deretter arrangeres en dialogkonferanse eller en workshop, hvor brukere og representanter for tjenesten møtes. Formålet er å finne fram til en felles forståelse av materialet som er fram-kommet under intervjurunden, og vurdere tjenesteutvikling og kvalitetsforbedrings-arbeid ved tjenestestedet i lys dette.

Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) (153), som anvendes i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale tjenestene på individnivå og i gruppetilbud, benytter effektmål i brukerbehandlingen. KOR gir systematiske tilbakemeldinger fra klienten om nytten av behandlingen og av terapiprosessen og kan benyttes uavhengig av behandlingsmetode. Hvis behandlingen etter en viss tid ikke har effekt, skiftes behandler og/eller metode. Effekten av KOR er dokumentert (154).

*Standardisering og oppfølging av ny praksis*

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

## Kompetanse og kompetansekrav

Tjenestene skal medvirke til undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning for å sikre god kvalitet i tjenestene[[112]](#footnote-112). Forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven understreker at tilstrekkelig fagkompetanse skal sikres i tjenestene.[[113]](#footnote-113)

### Grunnleggende krav til kompetanse

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

Tjenesteutøvere som yter allmenne tjenester til personer med rusproblemer eller psykiske helseproblemer bør ha et visst nivå av kompetanse på rusproblemer og psykiske lidelser. I tillegg vil det være behov for personell med særskilt kompetanse om rus- og psykiske helseproblemer på flere områder.

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

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

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

### Kompetanseelementer og kunnskapsbehov

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

*Etikk, verdier og holdninger*

Studier viser at brukerne oppfatter tjenesteutøvere som formidler håp, deler makt, er tilgjengelige og villig til å strekke grensene, som profesjonelle utøvere (155).

*Relasjonskompetanse og relasjonsferdigheter*

Relasjonskompetanse innebærer blant annet å være seg selv i yrkesrollen og ha et bevisst forhold til hvordan egne personlige særtrekk innvirker på relasjonen. Psyko-terapeutisk terapi, læringsteori, nettverksteori og recovery-tradisjonen er kunnskaps-tradisjoner som har bidratt i utviklingen relasjonsarbeidet innen psykisk helsearbeid og lokalt rusarbeid.

*Evne til å identifisere og forstå problemet*

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

*Evne til å finne ressursene*

Forhold utenfor terapiene har størst betydning for bedringsresultatet (87). Brukerens omgivelser kan både fungere støttende og begrensende i bedringsprosesser (156). Evne og kompetanse i å finne og anvende positive ressurser kan være avgjørende for bedringsutfall.

*Metodekompetanse*

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

*Ferdigheter når det gjelder samhandling*

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

*Minoritetshelsekompetanse og kompetanse om andre kulturer*

Behovet for minoritetskompetanse tiltar med økende andel innbyggere med ulik bakgrunn. Behandlingen av psykiske problemer må unngå ”kulturtolking”, og å se årsakssammenhenger mellom problem og etnisk bakgrunn. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013 – 2017 « Likeverdige tjenester – God helse for alle» legger til rette for økt kompetanse om innvandrergruppers spesielle helseutfordringer, og om kulturelle og språklige utfordringer som opptrer i møtet mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og helse- og omsorgstjenesten (157). ( Se også kapittel 6 Tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.

*Fagkompetanse*

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

|  |
| --- |
| **Kompetansebehov i lokalt psykisk helse og rusarbeid**   * *Sosialfaglig og samfunnsvitenskapelig kompetanse*   + er nødvendig for å forstå de sosiale, kulturelle og økonomiske sidene ved avhengighet og psykiske lidelser   + for å bygge den sosiale, kulturelle og økonomiske kapitalen som er nødvendig for å redusere eller mestre problemer * *Helsefaglig kompetanse*   + er nødvendig for å behandle og lindre rusmiddelproblemer og somatiske og psykiske helseproblemer * M*edisinsk og nevropsykologisk* kompetanse   + er nødvendig for å identifisere og behandle de nevrobiologiske og nevrokognitive sidene av avhengigheten og den psykiske lidelsen * *Medisinsk og psykiatrisk kompetanse*   + Er nødvendig for å identifisere, diagnostisere og behandle psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, samt gjennomføre somatiske undersøkelser og styre medikamentell behandling * *Psykologisk kompetanse*   + er nødvendig for å identifisere, diagnostisere og behandle psykiske vansker og lidelser, samt utvikle motivasjon for endring |

## Kompetanseutvikling

Kompetanseutvikling er både et individuelt ansvar og et virksomhetsansvar[[114]](#footnote-114).

Kommunen kan via kompetansekartlegging identifisere virksomhetens generelle og spesielle kompetanse på rus- og psykisk helseområdet. Kartleggingen vil avdekke eventuelle kunnskapsmangler, og gi grunnlag for å analysere og planlegge framtidig kompetansebehov. Strategisk kompetanseheving er et lederansvar, som må styres ut i fra virksomhetens samlede kunnskapsgrunnlag. Det bør utarbeides kompetanseplaner som angir ansvar, tidsperspektiv, ressursbehov og gjennom-føring. Rekruttering, videre- og etterutdanning, kollegaveiledning, faglige nettverk og hospitering er eksempler på tiltak som kan inngå i planen. Bruk av samarbeids-arenaer for å utveksle erfaring, kunnskap og kompetanse, hvor både forskning og praksiseksempler inngår, kan være nyttig (158).

### Fag- og tjenesteutvikling

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

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

## Anbefalinger

* Tjenestene bør se kvalitetsarbeidet som en viktig og integrert del av arbeidet
* Brukeres erfaringer skal anvendes aktivt i kvalitetsarbeidet sammen med fagfolkenes erfaringer fra det daglige arbeidet[[115]](#footnote-115)
* Tjenestene bør vektlegge gode prosesser for kvalitetsarbeid og kompetanseutvikling som nøkkelledd i utviklingen av tjenesten, og som bidrag til godt arbeidsmiljø

# Lovgrunnlaget

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

*En hovedmålsetning for helse- og omsorgstjenestene er at befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige tjenester, uavhengig av diagnose, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven er sentrale tjenestelover som skal bidra til dette, og redegjørelsen vil fokusere på disse lovene.*

*Andre lover som er relevante for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid er blant annet folkehelseloven, lov om sosiale tjenester i NAV, tannhelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern, smittevernloven og sprøyteromsloven.*

## Helse- og omsorgstjenesteloven

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) trådte i kraft 1.1.2012. Den erstatter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Loven følger opp samhandlingsreformen, og innebærer en harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.

Det overordnede målet med helse- og omsorgstjenesteloven er å legge til rette for bedre samhandling, større tverrfaglig samarbeid og helhetlige løsninger i kommunene. Loven benytter fellesbegrepet «helse- og omsorgstjenester» for å bidra til å nå dette målet. Det vil som hovedregel ikke være nødvendig å skille mellom helsetjenester og andre tjenester. Øvrig helselovgivning kommer som utgangspunkt til anvendelse på alle tjenestene etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Lovens formålsbestemmelse[[116]](#footnote-116) presiserer et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal bidra til å fremme best mulig samhandling med spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og andre relevante tjenester.

***Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester***

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.[[117]](#footnote-117) Begrepet «sørge-for» pålegger kommunen et ansvar for å gjøre tjenestene tilgjengelige for dem som har rett til å motta tjenester. Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift.[[118]](#footnote-118) Oppholdsprinsippet er lagt til grunn både for ansvaret om å yte tjenestene, og ansvaret for å finansiere tjenestene[[119]](#footnote-119). For å understreke kommunens ansvar for personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer, er dette ansvaret presisert i loven.[[120]](#footnote-120) Å sørge for tjenester til disse brukergruppene er en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Loven tydeliggjør kommunens virksomhetsansvar for å tilby forsvarlige tjenester[[121]](#footnote-121). Kravet fremhever at tjenestene skal være helhetlige og koordinerte, verdige, og at tilstrekkelig fagkompetanse må sikres i tjenestene.

Også ansvaret for det helsefremmende og forebyggende arbeidet er tydeliggjort i helse- og omsorgstjenesteloven[[122]](#footnote-122). Kommunen har ansvar for å forebygge både somatiske, psykiske og rusrelaterte problemer. Det er ikke tilstrekkelig med en rent helsefaglig eller medisinsk tilnærming. Kommunen må også sikre en sosialfaglig og helhetlig tilnærming. Den må sikre nødvendig samarbeid med andre tjenester,[[123]](#footnote-123) og inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak eller helseforetak.[[124]](#footnote-124)

***Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester***

Helse- og omsorgstjenesteloven angir primært rammene for kommunens ansvar, og lister i forholdsvis liten grad opp kommunens konkrete tjenester/oppgaver i lov-teksten. [[125]](#footnote-125) Kommunen kan i stor grad selv organisere sine tjenester på en måte som sikrer den enkelte en helhetlig helse- og omsorgsfaglig vurdering, og en individuell oppfølging og behandling. For å definere og tydeliggjøre begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» inneholder loven imidlertid en nærmere angivelse av de oppgaver som typisk faller inn under kommunens lovpålagte sørge-for-ansvar.[[126]](#footnote-126)

Kommunens plikt til å tilby eller yte tjenester til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer, gjelder alle typer tjenester etter loven. Kommunens ansvar for tjenester, innebærer et likeverdig ansvar for alle pasient- og brukergrupper.

Loven er i all hovedsak profesjonsnøytral. Noen tjenestebeskrivelser er likevel lovhjemlet, herunder «legevakt», «helsetjenester i hjemmet», «plass i institusjon, herunder sykehjem» og «personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt». Tjenester til personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer kan ytes av ulike profesjoner, innenfor kravet til faglig forsvarlighet.

## Spesialisthelsetjenesteloven

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

Spesialisthelsetjenesteloven regulerer spesialisthelsetjenestens plikt til å sørge for spesialisthelsetjeneste[[127]](#footnote-127). Ansvaret omfatter alle brukergrupper, herunder personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer.

De regionale helseforetakenes ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er presisert i spesialisthelsetjenesteloven[[128]](#footnote-128). TSB krever tverrfaglig tilnærming med bidrag fra ulike faggrupper. Psykisk helsevern er regulert i egen lov om psykisk helsevern. [[129]](#footnote-129) Tjenestene som ytes må alltid være i samsvar med faglig forsvarlighet.[[130]](#footnote-130)

## Forholdet til annen helse- og omsorgslovgivning

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven er pliktlover eller såkalte tjenestelover som omhandler det offentliges plikter til å tilby tjenester. Hvilken rett hver enkelt pasient eller bruker har til å motta slike tjenester, reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven. Loven gir rettigheter til både brukere[[131]](#footnote-131) og pasienter[[132]](#footnote-132).

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

Personellets yrkesutøvelse er regulert i helsepersonelloven. Det er presisert i helse- og omsorgstjenesteloven at helsepersonelloven gjelder for alt personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven[[133]](#footnote-133). Dette innebærer at både helse- og omsorgspersonell (inkludert sosialpersonell) er omfattet av helsepersonellovens bestemmelser, med mindre det er gjort særskilt unntak. Personellet har en rekke plikter i medhold av helsepersonelloven. Blant annet gjelder dette plikt til forsvarlig yrkesutøvelse, veiledningsplikt, opplysningsplikt, meldeplikt, taushetsplikt og journalføringsplikt. Unntak fra journalføringsplikt er gjort for visse grupper[[134]](#footnote-134).

## Klage- og tilsynsordning

Reglene om klage på helse- og omsorgstjenester er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven.[[135]](#footnote-135) Mottakere av helse- og omsorgstjenester har adgang til å klage over både manglende oppfyllelse av materielle rettigheter og manglende oppfyllelse av prosessuelle rettigheter. Klagen skal sendes til den som har truffet vedtaket eller avgjørelsen.

Fylkesmannen er felles klageinstans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fylkesmannen er også felles regional tilsynsinstans. Statens helsetilsyn har det overordnede klage- og tilsynsansvaret for tjenestene[[136]](#footnote-136).

## Ofte stilte spørsmål

***Har kommunen ansvar for personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer?***

*Også tidligere kommunehelsetjenestelov ga kommunen ansvar for disse brukergruppene, men i helse- og omsorgstjenesteloven er brukergruppene nevnt eksplisitt[[137]](#footnote-137). Kommunens ansvar for psykisk helsetjeneste og rustjeneste er omhandlet i eget punkt i lovproposisjonen[[138]](#footnote-138). Kommunens ansvar når det gjelder disse brukergruppene er dermed helt klargjort.*

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

*Helse- og omsorgstjenesteloven fastslår at kommunen har ansvar for utredning, diagnostisering og behandling[[139]](#footnote-139). Sammenholdt med lovens presisering av ansvaret for personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer[[140]](#footnote-140), gir loven kommunen et klart ansvar for utredning, diagnostisering og behandling av disse brukergruppene. Dette omfatter personer med ruslidelser og psykiske lidelser. Ved behov skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten. Kommunen har et oppfølgingsansvar både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen må være helhetlig og forsvarlig, og omfatte nødvendig samarbeid med andre tjenester og aktører. For eksempel vil dette gjelde etter utskrivning fra institusjon i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med kommunen om en forsvarlig oppfølging av pasienten.*

***Hvilken plikt har kommunen til sosialfaglig arbeid?***

*Ansvaret for sosialfaglig arbeid og sosiale tjenester er videreført som plikter for kommunen. Dette er gjort på den måten at de kommunale oppgavene og tjenestene som tidligere fremkom av sosialtjenesteloven er innlemmet i helse- og omsorgstjenesteloven. Ansvaret refererer seg nå til fellesbegrepet helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter både pleie- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Det er understreket i lovens forarbeider at begrepet helse- og omsorgstjenester ikke skal innsnevre forståelsen av det sosialfaglige arbeidet. Det sosialfaglige arbeidet er også fremhevet i formålsbestemmelsen i loven. I tillegg er sosialbegrepet benyttet i flere av bestemmelsene i kapittel 3 om kommunens ansvar for tjenester. Det juridiske begrepet «sosiale tjenester» er imidlertid forbeholdt lov om sosiale tjenester i NAV.*

***Hva ligger i kommunens ansvar for oppfølging i bolig?***

*Kommunen har plikt til å sørge for oppfølgingstjenester i bolig. Aktuelle tjenester er blant annet råd og veiledning, helsetjenester i hjemmet, og personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring[[141]](#footnote-141). Disse tjenestene vil for eksempel ytes fra hjemmetjenesten, herunder hjemmehjelp og hjemmesykepleie, eller fra psykisk helsetjeneste, rustjeneste eller øvrige helse- og omsorgstjenester.*

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

***Når gjelder forvaltningslovens regler om enkeltvedtak?***

*Forvaltningsloven kapittel IV og V om forberedelse, utforming og underretning om enkeltvedtak gjelder som hovedregel ikke for vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. For eksempel vil en konsultasjon hos fastlegen ikke omfattes av forvaltningslovens regler om enkeltvedtak. Reglene gjelder imidlertid for vedtak om bestemte tjenester hvis hjelpen forventes å vare lenger enn to uker.[[142]](#footnote-142)*

*Dette er et sentralt unntak fra lovens hovedregel, og medfører krav om enkeltvedtak for følgende tjenester: helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon, avlastningstiltak, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse. For eksempel vil booppfølgingstjenester kunne omfatte «personlig assistanse» og/eller «helsetjenester» i hjemmet», og derved kreve enkeltvedtak når tjenestene forventes å vare lenger enn to uker.*

***Hvem har ansvar for å skaffe boliger til vanskeligstilte?***

*Nav-kontoret har plikt til å skaffe midlertidig botilbud til den enkelte[[143]](#footnote-143). Den skal også medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet [[144]](#footnote-144). Tilsvarende har også helse- og omsorgstjenesten i kommunen et ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte.[[145]](#footnote-145)*

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

*Rettighetsbestemmelsene er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Pasient- og brukerrettighetsloven gir rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendige helse- og omsorgs-tjenester fra kommunen.[[146]](#footnote-146) Loven gir også rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.[[147]](#footnote-147) Pasient og bruker har krav på nødvendig hjelp av forsvarlig stan­dard, basert på en individuell helsefaglig og/eller omsorgsfaglig vurdering av behov.[[148]](#footnote-148) Omfang og nivå på tjenestene beror på en konkret vurdering i det enkelte tilfellet.*

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

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

*Selv om det foreligger en viss ressursbegrensning i kommunens plikt til å tilby tjenester, vil kommunen aldri kunne gå under den norm som følger av forsvarlighets-kravet («Fusa-dommen»(159)). Dette er et minstekrav som kommunen ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi.*

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

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

*Selv om en person har rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester[[149]](#footnote-149), betyr ikke det at vedkommende har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen. Det er kommunen som må vurdere, og i utgangspunktet beslutte, hva slags hjelp som skal tilbys ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. Slik sett kan en kommune fatte vedtak om tilbud om helsetjenester i hjemmet, fremfor tildeling av plass i institusjon, under forutsetning at det innebærer et forsvarlig tilbud. Brukermedvirkning er alltid et sentralt krav.*

***Hva vil være et forsvarlig tjenestetilbud?***

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

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

# Vedlegg

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

## Vedlegg 1. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innen psykisk helse og rus.

***Nasjonale faglige retningslinjer*** inneholder råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging av pasient-, bruker eller diagnosegrupper innenfor helse- og omsorgstjenestene. Retningslinjer skal som faglig normerende langt på vei være styrende for de valg som skal tas.

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

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

**Retningslinjer**

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

**Veiledere**

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

**Retningslinjer og veiledere under arbeid og planlegging:**

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

Retningslinjer og veiledere revideres når det er behov for oppdatering på bakgrunn av ny kunnskap. En måte å holde seg oppdatert på er å abonnere på nyheter fra Helsedirektoratet, [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no/).

**Rapporter**

* Opptrappingsplanen for rusfeltet: resultat og virkemeidler. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1999.
* Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet: mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1315.
* Psykologer i kommunene: barrierer og tiltak for økt rekruttering. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1565.
* Allmennlegetjenesten og psykisk helse. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1655.
* Grønningsæter AB, Nielsen RA. Bolig, helse og sosial ulikhet. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1857.
* Kvalitet og kompetanse: ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1914.

**Andre nyttige publikasjoner utgitt av Helsedirektoratet**

* Fysisk aktivitet og psykisk helse: et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
* Bahr, R. red. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1592.
* Tillit, tid, tilgjengelighet: tett individuell oppfølging av mennekser med behov for sammensatte tjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1918.
* Lav terskel - høy kvalitet: en profesjonell tilnærming til mennesker med rusrelaterte problemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1809.
* Aakerholt A. ACT-håndbok. Brumunddal: Kompetansesenter - region øst; 2010. Tilgjengelig fra: www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-h%C3%A5ndbok%202010\_webutgave\_NY\_isbn.pdf
* Enkle råd når livet er vanskelig. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-0250.
* Medarbeider med brukererfaring: en ressurs. Oslo: Nav og Helsedirektoratet; 2011. IS-1927.
* ...og bedre skal det bli! nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS-1162.
* ... og bedre skal det bli! : hvordan kommer vi fra visjoner til handling? : praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. IS-1502.
* Hvordan holde orden i eget hus: internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helsedirektroatet; 2009. rev. utg. IS-1183.

Ved nettsøk og bestilling av publikasjoner kan IS-nummeret benyttes.

## Vedlegg 2. Kunnskaps- og kompetansesentre

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Kunnskaps- og kompetansesentre** |
| NSSF | Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) |
| NKVTS | Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) |
| RVTS Nord | Regionsenter ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Nord |
| RVTS Sør | Regionsenter ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Sør |
| RVTS Øst | Regionsenter ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Øst |
| RVTS Vest | Regionsenter ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Vest |
| RVTS Midt | Regionsenter ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Midt |
| NAPHA | Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (for voksne i kommunene) |
| Erfaringskompetanse | Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse |
| Atferds-senteret | Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS (Atferdssenteret) |
| Sfk | Senter for Krisepsykologi AS (SfK) – Bergen |
| KORUS | Kompetansesenter rus – region Sør |
|  | Kompetansesenter rus - region Oslo |
|  | Kompetansesenter rus – region Øst |
|  | Kompetansesenter rus – region Vest Bergen |
|  | Kompetansesenter rus – region Vest Stavanger |
|  | Kompetansesenter rus – region Midt-Norge |
|  | Kompetansesenter rus – region Nord |
| Selvhjelp Norge | Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp |
| RBUP Øst og Sør | Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) |
| RBUP Midt-Norge | Regionalt kunnskapssenter for barn og unge helse Midt-Norge (RKUP Midt-Norge) |
| RKBU Nord | Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord (RKBU Nord) |
| RKBU Vest | Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Vest (RKBU Vest) |
| RBUP Øst og Sør | Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) |
| NAKMI | Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) |
| NAKU | Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) |

Kunnskaps- og kompetansesentre er sentrale i myndighetenes satsning på å styrke kompetansen i kommunesektoren på politisk prioriterte områder, og på tvers av tjenesteområder. De er opprettet for å styrke kompetansen i tjenestene på kunnskapssvake områder. Sentrene arbeider med målrettet forskning, kunnskapshåndtering, implementering, undervisning, veiledning og annet kvalitetsfremmende arbeid. De skal også gi kunnskapsstøtte til beslutningstakere.

Det pågår en gjennomgang av alle sentrene, hvor målet med gjennomgangen er en bedre ressursutnyttelse, mer helhetlig og tettere samhandling mellom aktørene på feltet og at man til enhver tid har de kompetansesentra tjenestene har behov for.

## Vedlegg 3. Bruker og pårørendeorganisasjoner

Oversikten viser mangfoldet av bruker – og pårørendeorganisasjoner innen rusfeltet og psykisk helsefeltet, og er laget ut fra hvilke organisasjoner som mottok tilskudd fra Helsedirektoratet i 2013. Det etableres jevnlig nye organisasjoner innen feltet, så listen er ikke uttømmende.

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn organisasjoner** | **Webadresse** |
| ADHD Norge | [www.adhdnorge.no](http://www.adhdnorge.no) |
| A-LARM | [www.a-larm.no](http://www.a-larm.no) |
| ANANKE Norsk OCD forening | [www.ananke.no](http://www.ananke.no) |
| Angstringen Norge | [www.angstringen.no](http://www.angstringen.no) |
| Aurora støtteforening | [www.aurora-stotteforening.no](http://www.aurora-stotteforening.no) |
| Autismeforeningen i Norge | [www.autismeforeningen.no](http://www.autismeforeningen.no) |
| BAR Barn av rusmisbrukere | [www.barweb.no](http://www.barweb.no) |
| Bipolarforeningen Norge | [www.bipolarforeningen.no](http://www.bipolarforeningen.no) |
| Blålys – Landsforeningen for seksuelt misbrukte | [www.blalys.no](http://www.blalys.no) |
| Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN) | [www.fhn.no](http://www.fhn.no) |
| Harry Benjamin ressurssenter | [www.hbrs.no](http://www.hbrs.no) |
| Hvite Ørn | [www.hviteorn.no](http://www.hviteorn.no) |
| Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser | [www.iks.no](http://www.iks.no) |
| Landsforbundet mot stoffmisbruk | [www.motstoff.no](http://www.motstoff.no) |
| Landsforeningen We Shall Overcome (WSO) | [www.wso.no](http://www.wso.no) |
| Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse | [www.lpp.no](http://www.lpp.no) |
| LAR nett | [www.larnett.no](http://www.larnett.no) |
| LEVE – landsforeningen for etterlatte ved selvmord | [www.leve.no](http://www.leve.no) |
| Marborg | [www.marborg.no](http://www.marborg.no) |
| Mental Helse | [www.mentalhelse.no](http://www.mentalhelse.no) |
| Mental Helse Ungdom | [www.mhu.no](http://www.mhu.no) |
| Norsk Tourette forening | [www.touretteforeningen.no](http://www.toretteforeningen.no) |
| Organisasjonen voksne for barn | [www.vfb.no](http://www.vfb.no) |
| ProLAR | [www.prolar.no](http://www.prolar.no) |
| RIO Rusmisbrukernes interesseorganisasjon | [www.rio.no](http://www.rio.no) |
| Rådgivning om spiseforstyrrelser | [www.nettros.no](http://www.nettros.no) |
| Wayback | [www.wayback.no](http://www.wayback.no) |

## Vedlegg 4. Oversikt over sentrale aktører og tjenester i lokalt rus- og psykiske helsearbeid

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tjeneste/aktør | Målgruppe | Ansvar og oppgaver |
| Aktører og tjenester i kommunen | | |
| * Enhet/avdeling for psykisk helse- og rusarbeid * Enhet/ avdeling for rusarbeid * Enhet / avdeling for psykisk helsearbeid | * Personer med rusproblemer/ rusmiddelmisbruk * Personer med psykiske vansker/ lidelser * Personer samtidige psykiske- og rusproblemer | * Utredning og vurdering * Behandling * Rehabilitering * Oppfølging i bolig * Hjemmetjenester * Dagtilbud * Arbeidstiltak * Støttekontakt * IP- koordinator * Nettverks- og familiearbeid |
| * Fastlegen | * Hele befolkningen | * Dekke behovet for allmennhelsetjenester; dagtid iht. liste * Individrettet forbyggende arbeid, undersøkelse og behandling * Foreskrivning av medisiner * LAR i samarbeid med sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten * Henvise til andre instanser * Medvirke i IP, ivareta medisinsk faglig koordinering |
| * Psykologer i kommunen | * Personer med lette og moderate psykiske vansker og lidelser * Personer med lettere rusmiddelproblemer * Familier med psykiske vansker eller rusmiddelproblemer | * Helsefremmede og forebyggende arbeid * Systemarbeid * Grupperettede tiltak * Tidlig intervensjon * Behandling * Veiledning av personellgrupper i kommunen |
| *Hjemmesykepleien*  *Personlig assistanse, praktisk bistand*   * + BPA   + Støttekontakter   + Avlastning   *Heldøgns helse- og omsorgstjeneste*   * + Trygghetsplasser * *Omsorgslønn/ avlastningstiltak* | * Hjelpetrengende og alvorlig syke personer * Personer med behov for hjelp eller assistanse * Hjelpetrengende og alvorlig syke personer * Personer som opplever det vanskelig å være i eget hjem * Pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver | * Døgnbasert helsetjeneste i hjemmet * Yter praktisk hjelp * Praktisk hjelp og bistand * Deltar i fritidsaktiviteter * Sykehjem / rusinstitusjon * Brukerstyrt heldøgn helse- og omsorgstilbud * Ytelse /avlastningstiltak rettet mot pårørende |
| «Rask psykisk helsehjelp» - piloter | * Personer med lett og moderat angst og depresjon | * Veiledet selvhjelp og kognitiv terapi |
| Ergo- fysioterapi | * Personer som trenger å vedlikeholde og bedre sin funksjonsevne | * Rådgivning og veiledning * Behandling og tilrettelegging * funksjonstrening * tilrettelegge bolig og utemiljø |
| Frisklivsentralen | * Personer med behov for støtte til å endre levevaner | * Oversikt over helse-fremmende/ forebyggende tilbud i kommunen * Hjelp til å endre levevaner (fysisk aktivitet, kosthold og tobakk) |
| Kommunal psykososialt kriseteam | * Mennesker som opplever/ har opplevd alvorlige kriser | * Psykososial støtte og oppfølging |
| Krisesenter | * Voldsutsatte kvinner, barn og menn | * Vern, midlertidig bosted |
| Overgrepsmottak | * Personer utsatt for seksuelle overgrep/ vold i nære relasjoner | * Akutthjelp og oppfølging |
| Barnevern | * Barn og unge og deres foreldre | * Støttekontakt * Avlastningstiltak i hjemmet * Foreldrestøttende metoder * Rådgivning og veiledning |
| Helsestasjon | * Foreldre | * Foreldreveiledningsprogram * Rådgivning og veiledning |
| Skolehelsetjenesten (lavterskeltilbud) | * Barn og unge | * Helsefremmende og forebyggende arbeid * Avdekke risikofaktorer og helseproblemer på et tidlig tidspunkt |
| Helsestasjon for ungdom (lavterskeltilbud) | * Ungdom under 20 år | * Rådgivning og veiledning * Undersøkelser og behandling tilpasset ungdommens behov |
| Svangerskap og barselomsorg | * Mor og barn | * Tidlig livsstilsamtale * Informasjon om skadelig aktivitet * Individuell oppfølging av mor og barn |
| Asylmottak – helsetjenester til flykning og asylsøkere | * Flykninger og asylsøkere | * Fokus på psykiske vansker og lidelser * Risiko for rusmiddelmisbruk |
| Lavterskel helsetilbud | * Rusmiddelavhengige | * Rådgivning og veiledning * Samtaler * Distribusjon av sprøyter/ kanyler * Sårstell * Vaksinering * Prøvetaking * Ernæringstiltak * Tannhelsetilbud * Prevensjon * Overdoseberedskap * Smittevern |
| Helse- og omsorgstjenester i fengsel | * Innsatte i fengsler | * Tilbud om helse- og omsorgstjenester * Forebyggende tiltak mot ny kriminalitet |
| Lokalt NAV- kontor i kommunen (felleskontor for stat og kommune) | * Alle innbyggere | * Økonomisk rådgivning * Økonomisk stønad * Midlertidig botilbud * Individuell plan * Kvalifiseringsprogrammet |
| Aktører og tjenester i fylkeskommunen | | |
| Offentlig tannhelsetjenesten | * Personer som mottar behandling på institusjon (<3 mnd.) * Personer som mottar hjemmesykepleie | * Tannbehandling |
| Aktører og tjenester i Staten | | |
| Spesialisthelsetjenesten | | |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) | * Personer med alvorlige rusproblemer | * Behandlings- og oppfølgingstjenester (akutt, poliklinisk, dagbehandling, døgnbehandling) * LAR |
| Distriktspsykiatriske sentre (DPS) | * Personer med alvorlige psykiske lidelser * Personer med rusproblemer | * Allmennpsykiatrisk tilbud * Utredning og behandling * Bruker styrte plasser (DPS) * Akuttfunksjon/ Ambulante akutt team |
| Øyeblikkelig hjelp | * Personer med behov for akutt hjelp | * Utredning og behandling |
| Familievernkontor (Bufetat) | * Personer med samlivs- og relasjonsproblemer | * Samlivsbrudd * Konflikter mellom barn og foreldre * Rådgivning og samtaler om hverdagsproblemer |
| Kriminalomsorgen (kommune- og spesialisthelsetjenesten) | * Innsatte i fengsel | * Helse- og omsorgstjenester i fengsel |
| Frivillig sektor | | |
| Frivillige organisasjoner | * Personer med psykiske- og/eller rusproblemer | * Forebyggende arbeid * Selvhjelp * Rådgivning og veiledning * Behandling * Midlertidig overnatting |
| Bruker- og pårørende organisasjoner | * Personer med psykiske- og/eller rusproblemer | * Rådgivning og veiledning * Hjelpetelefoner * Interessepolitisk virksomhet |

# Referanseliste

1. Samhandlingsstatistikk 2011-12. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2040. s. 76. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12.pdf>

2. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2012-2013). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2013. s. 187. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38071177/PDFS/PRP201220130001HODDDDPDFS.pdf>

3. Næss BM, Nesvåg S. Brukerplan: kartlegging av rusproblematikken i 49 kommuner. Stavanger: Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest; 2012. KORFOR-rapport 06/2012. Tilgjengelig fra: <http://www.sus.no/omoss/avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Documents/Publiserte%20rapporter/publrapport%20BrukerPlan.pdf>

4. Mordal J. Recent substance intake and drug influence among patients admitted to acute psychiatric wards: a cross-sectional study of toxicological findings, physician assessment and patient self-report in two Norwegian hospitals (ph.d). Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2011. Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo no. 1125.

5. Skretting A, Storvoll EE, red. Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken. Oslo: SIRUS; 2011. SIRUS-rapport 3/2011. Tilgjengelig fra: <http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.3.11.pdf>

6. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf>.

7. Tall fra RusStat. Oslo: SIRUS; 2012. Tilgjengelig fra: <http://statistikk.sirus.no/sirus/>

8. Amundsen EJ, Bretteville-Jensen AL, Kraus L. A method to estimate total entry to hard drug use: the case of intravenous drug use in Norway. Eur Addict Res 2011;17(3):129-35.

9. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Meld. St. 16 (2010-2011). s. 51. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

10. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV 2011-06-24 nr 30.

11. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV 1999-07-02 nr 61.

12. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV 1999-07-02 nr 64.

13. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.

14. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop 91 L (2010-2011). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16246070/PDFS/PRP201020110091000DDDPDFS.pdf>

15. Baucom DH, Shoham V, Mueser KT, Daiuto AD, Stickle TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. J Consult Clin Psychol 1998;66(1):53-88.

16. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. Schizophr Bull 2001;27(1):73-92.

17. Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. Schizophr Bull 1995;21(4):631-43.

18. Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, Norell D, Myers M, Patterson T, et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. Psychiatr Serv 2000;51(4):513-9.

19. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. J Marital Fam Ther 2003;29(2):223-45.

20. Zhao B, Shen J, Shi Y, Xu D, Wang Z, Ji J. Family intervention of chronic schizophrenia in community: a follow up study. Chinese Mental Health Journal 2000;1484:283-5.

21. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De RC, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. Psychiatr Serv 2006;57(12):1784-91.

22. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. Schizophr Bull 2004;30(2):193-217.

23. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychol Med 2002;32(5):763-82.

24. Cuijpers P. The effects of family interventions on relatives' burden: A meta-analysis. J Ment Health 1999;8(3):275-85.

25. Pårørende – en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1512. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/parorende-en-ressurs/Publikasjoner/parorende-en-ressurs-konvertert.pdf>

26. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektortet; 2010. IS-5/2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende/Publikasjoner/barn-som-parorende.pdf>

27. Tøssebro J, Kermit P, Wendelborg C, Kittelsaa A. Som alle andre: søsken til ban og unge med funksjonsnedsettelser. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.nfunorge.org/PageFiles/3490/rapport%20som%20alle%20andre_web.pdf>.

28. Selbekk AS. Hvordan sikre barn og pårørendes behov i spesialisert rusbehandling? resultater fra evaluering av prosjekt Barne- og pårørendekontakt [video]. I: Opplæringsprogrammet pårørende [e-basert opplæringsprogram]. Stavanger: PårørendeSenteret i Stavanger; 2011. Tilgjengelig fra: <http://mediasite01.uis.no/mediasite/Viewer/?peid=e18049eaaf314a64846ed0767fcd9065>

29. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Meld. St. 29 (2012-2013). Boks 4.1. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>

30. Gravrok Ø, Andreassen M, Myller T. Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige. Narvik: Nordnorsk kompetansesenter-rus; 2008. Skriftserie 2008:2. Tilgjengelig fra: <http://www.kommunetorget.no/Documents/IP_NNK_Rus_Skriftserie_2008.pdf>

31. Tillit, tid, tilgjengelighet: tett individuell oppfølging av mennekser med behov for sammensatte tjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1918. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tillit-tid-tilgjengelighet-tett-individuell-oppfolging-av-mennesker-med-behov-for-sammensatte-tjenester/Publikasjoner/IS-1918_TillitTidTilgjengelighet.pdf>

32. Vigrestad T, Hellandshølen AM. Åpne samtaler i nettverksmøter. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.

33. Vederhus J-K. Addiction professionals and substance abuse patients' attitudes towards and usage of 12-step-based self-help groups [ph.d]. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2012. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/10852/28012>.

34. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1561. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer--og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf>

35. Informasjon om mulighetene for selvorganisert selvhjelp i møte med rusproblemer. Oslo: Selvhjelp Norge og Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.selvhjelp.no/filestore/SelvhjelpsorganisasjonerirusfeltetREVIDERTfebruar2011lett.pdf>.

36. Enkle råd når livet er vanskelig. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-0250. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/enkle-rad-nar-livet-er-vanskelig/Publikasjoner/enkle-rad-nar-livet-er-vanskelig.pdf>

37. Sluttrapport: evaluering av tillitspersonforsøket. Oslo: Rambøll Management Consulting; 2011. IS-0353. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sluttrapport-evaluering-av-tillitspersonforsoket/Publikasjoner/sluttrapport-evaluering-av-tillitspersonforsoket.pdf>

38. Ådnøy E. "Planen skal være god for meg" - koordinering av psykososialt arbeid: eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging av på tvers av tjenester. Oslo: Stiftelsen GRUK - Gruppe for kvalitetsutvikling i Sosial- og helsetjenesten; 2005. Rapport 2005:2. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1992.cms>

39. Brofoss KE, Larsen F. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009): sluttrapport: syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd; 2009. Tilgjengelig fra: [www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no).

40. Om Pasient- og brukerombudet [nettside]. Pasient- og brukerombudet [oppdatert 2013; lest 21 Aug 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientombudet.no/om/>

41. Heyman GM. Addiction: a disorder of choice. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 2009.

42. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser: sammensatte tjenester - samtidig behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser.pdf>

43. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med 1976;38(5):300-14.

44. Major EF, Dalgard OS, Skjelderup-Mathisen K, Nord E, Ose S, Rognerud M, et al. Bedre før var ... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011. Rapport 2011:1. Tilgjengelig fra: [www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf](http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf)

45. Fakta om sosial støtte og ensomhet [nettside]. [oppdatert 30 Nov 2012; lest 21 Aug 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=69765>

46. House JS. Work stress and social support. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1981. Addison-Wesley series on occupational stress; 4.

47. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar. Meld. St. 35 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>

48. Verktøykassa for brukermedvirkning: lave stemmer skal også høres... [nettside]. Verktøykasse for Brukermedvirkning [oppdatert 2013; lest 27 Aug 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.lavestemmer.no/>

49. Blåka S. Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: status etter Opptrappingsplanen. Oslo: NIBR; 2012. NIBR-rapport 2012:9. Tilgjengelig fra: <http://www.nibr.no/filer/2012-9.pdf>

50. Kvalitet og kompetanse: ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1914. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-og-kompetanse-om-hvordan-tjenestene-til-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-rusproblemer-kan-bli-bedre/Publikasjoner/kvalitet-og-kompetanse-om-hvordan-tjenestene-til-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-rusproblemer-kan-bli-bedre.pdf>

51. Ni suksesshistorier: samhandling om psykisk helse. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; 2012. s. 28. Tilgjengelig fra: <http://www.napha.no/multimedia/3071/NAPHA-Samhandling-WEB.pdf>

52. Borg M, Topor A. Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlig psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget; 2007.

53. Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. Br Med Bull 2011;100:101-21.

54. Glad KA, Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM. Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth. Child Abuse Negl 2013;37(5):331-42.

55. Siqveland J, Hafstad GS, Tedeschi RG. Posttraumatic growth in parents after a natural disaster. J Loss Trauma 2012;17(6):536-44.

56. Hafstad GS, Sigveland J. Posttraumatisk vekst: et mer helhetlig syn på posttraumatisk tilpasning. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 2008;45(12):1507-11.

57. Storvoll EE, Rossow I, Moan IS, Norström T, Scheffels J, Lauritzen G. Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2010. SIRUS rapport 2010:3. Tilgjengelig fra: <http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.3.10.pdf>

58. Drap i Norge i perioden 2004-2009. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2010. NOU 2010:3. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/3534350/PDFS/NOU201020100003000DDDPDFS.pdf>

59. Mackenbach JP. Health inequalities: Europe in profile. UK Presidency of the EU; 2006. s. 30. Tilgjengelig fra: <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf>

60. Elstad JI. Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1282. s. 15-18. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer/Publikasjoner/sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer.pdf>

61. Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk [nettdokument]. Oslo: Nasjontalt folkehelseinstitutt [oppdatert 5 Mar 2013; lest 29 Aug 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>

62. Kndusen AK, Skjelderup-Mathisen K, Mykletun A. Hvem får psykiske liderlser og kan de forebygges? Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 2010;47(6):536-8.

63. Helse- og omsorgsdepartementet. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol - narkotika - doping. Meld. St. 30 (2011-2012). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/37924944/PDFS/STM201120120030000DDDPDFS.pdf>

64. Veileder i salgs- og sjenkekontroll. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2038. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-salgs-og-skjenkekontroll/Publikasjoner/IS-2038%20Veilder%20i%20salgs-%20og%20skjenkekontroll%20-%20Webversjon.pdf>

65. Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven). LOV 1989-06-02 nr 27.

66. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41(9):713-9.

67. Dyb E, Johannessen K. Bostedsløse i Norge 2008: en kartlegging. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2009. NIBR-rapport 2009:17. Tilgjengelig fra: <http://www.nibr.no/filer/2009-17.pdf>

68. Barlindhaug R, Dyb E, Johannessen K. Kommunal og samfunnsøkonomiske effekter av boligsosialpolitikk: beregninger basert på konstruerte klienthistorier. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2011. NIBR-rapport 2011:8. Tilgjengelig fra: <http://www.nibr.no/filer/2011-8.pdf>

69. Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

70. Kommunal- og regionaldepartementet. Byggje - bu - leve: ein bustadpolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar. 2013. Meld. St. 17 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38254403/PDFS/STM201220130017000DDDPDFS.pdf>

71. Falch T, Nuhus OH. Frafall fra videregående opplæring og arbeismarkedstilknytning for unge voksne. Trondheim: Senter for økonomisk forskning AS; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/Grunnskole/Frafall/Frafall%20og%20arbeidsmarkedstilknytning_S%C3%98F.pdf>

72. Gjennomføringsbarometeret 2013:1. Oslo: Utdanningsdirektoratet; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.udir.no/Upload/Statistikk/Gjennomforing/Gjennomforingsbarometeret_2013_1.pdf?epslanguage=no>

73. Haugland S, Ravneverg B, Ludvigsen K, Lie ST. Studier med støtte: en evaluering på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Bergen: Uni helse og Uni Rokkansenteret; 2012.

74. Innføring i Individual placement and support / IPS: individuell jobbstøtte. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/Helse/Arbeid+og+psykisk+helse/_attachment/310714?_ts=13774780df0&download=true>

75. Arbeid og psykisk helse: fem gode eksempler. Trondheim: NAPHA; 2013. Rapport 2/2013. Tilgjengelig fra: <http://www.napha.no/multimedia/3744/Arbeidshefte.pdf>

76. Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: why greater equality makes societies stronger. New York: Bloomsbury Press; 2009.

77. Fysisk aktivitet og psykisk helse: et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1670. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-.pdf>

78. Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering og organisering. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1896. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering/Publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering.pdf>

79. Bahr, R. red. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1592. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf>

80. Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1972. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/Kosth%c3%a5ndboken_3.pdf>

81. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1580. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering.PDF>

82. Fra bekymring til handling: en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1742. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fra-bekymring-til-handling-en-veileder-om-tidlig-intervensjon-pa-rusomradet/Publikasjoner/fra-bekymring-til-handling.pdf>

83. Nesvåg S, Backer-Grøndahl B, Duckert F, Enger Ø, Huseby G, Kraft P. Tidlig intervensjon på rusfeltet: en kunnskapsoppsummering. Stavanger: International Research Institute of Stavanger; 2007. Rapport IRIS 2007:021.

84. Fekadu A, Wooderson SC, Rane LJ, Markopoulou K, Poon L, Cleare AJ. Long-term impact of residual symptoms in treatment-resistant depression. Can J Psychiatry 2011;56(9):549-57.

85. Thuile J, Even C, Rouillon F. Long-term outcome of anxiety disorders: a review of double-blind studies. Curr Opin Psychiatry 2009;22(1):84-9.

86. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database Syst Rev 2011;(5):CD008063.

87. Wampold BE. The great psychotherapy debate: models, methods and findings. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.

88. Duncan BL. The Heart & soul of change : delivering what works in therapy. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2010.

89. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1511. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf>

90. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv 2001;52(7):903-10.

91. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. Psychol Med 1991;21(2):423-41.

92. ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon, norsk utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://finnkode.kith.no/2012/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>.

93. ICPC-2 : den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. 2, norsk utg. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. Tilgjengelig fra: <http://finnkode.kith.no/#|icpc|ICPCSysDel|-1|flow>.

94. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol 1997;58(1):7-29.

95. van Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. Community Ment Health J 2007;43(4):421-33.

96. Ådnanes M, Kaspersen SL, Hjort H, Ose SO. Lavterskel helsetiltak for rusmiddel-avhengige: skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat. Trondheim: SINTEF Helse; 2008. SINTEF A4638. Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/SINTEF_Rapport_%20A4638_Lavterskel_helsetiltak_for_rusmiddelavhengige.pdf>

97. Bedre kvalitet - økt frivillighet: nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf>.

98. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-9/2012. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften/Publikasjoner/Psykisk%20helsevernloven%20og%20psykisk%20helsevernforskriften.pdf>

99. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet: balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011. NOU 2011:9. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16658899/PDFS/NOU201120110009000DDDPDFS.pdf>

100. Når sant skal sies om pårørendeomsorg: fra usynlig til verdsatt og inkludert. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011. NOU 2011:17. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/35241925/PDFS/NOU201120110017000DDDPDFS.pdf>

101. Imel ZE, Wampold BE, Miller SD, Fleming RR. Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. Psychol Addict Behav 2008;22(4):533-43.

102. Tuseth AG. Med 40 års klinisk forskning som veiviser. I: Ulvestad AK, Henriksen AK, Tuseth A-G, Fjeldstad T, red. Klienten - den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.

103. Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work II. Psychotherapy (Chic ) 2011;48(1):4-8.

104. McKay JR. Lessons learned from psychotherapy research. Alcohol Clin Exp Res 2007;31(10 Suppl):48s-54s.

105. Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): International Center for Clinical Excellence. SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=249>.

106. Duncan B, Sparks J. I fellesskap for endring: en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.

107. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Maturing out of alcohol dependence: the impact of transitional life events. J Stud Alcohol 2006;67(2):195-203.

108. Grant BF. Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. J Stud Alcohol 1997;58(4):365-71.

109. Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. J Subst Abuse Treat 2004;26(3):237-42.

110. Anderson JE, Lowen CA. Connecting youth with health services: Systematic review. Can Fam Physician 2010;56(8):778-84.

111. Johannessen JO, Friis S, Joa I, Haahr U, Larsen TK, Melle I, et al. First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways: course, outcome and health service use during first 2 years. Early Interv Psychiatry 2007;1(1):40-8.

112. McKay JR. Treating substance use disorders with adaptive continuing care. Washington: American Psychological Association; 2009.

113. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327(7425):1219-21.

114. Hser YI, Evans E, Huang D, Anglin DM. Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. Psychiatr Serv 2004;55(7):767-74.

115. Ytrehus S, Hansen ILS, Langsether Å, Sandlie HC, Skårberg A. Tjenester til bostedsløse i ti kommuner: devaluering 2. Oslo: Fafo; 2007. Fafo-rapport 2007:23. Tilgjengelig fra: <http://www.fafo.no/pub/rapp/20023/20023.pdf>

116. Evaluering av NAVs veilednings- og oppfølgingsloser. Oslo: Proba samfunnsanalyse; 2012. Rapport 2012:2. Tilgjengelig fra: <http://www.proba.no/files/2013/04/Rapport-2012-02-Evaluering-av-NAVs-veilednings-og-oppf%C3%B8lgingsloser.pdf>

117. Veilednings- og oppfølgingslos [brosjyre]. [s.l.]: Nav; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/Helse/Arbeid+og+psykisk+helse/_attachment/314711?_ts=1382dba3b80&download=true>.

118. Evaluering av 12 ACT-team: midtveisrapport. Oslo: KoRus-Øst og Akershus universitetssykehus; 2012. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/Documents/Evaluering%20av%2012%20ACT-team%20-%20midtveisrapport.pdf>.

119. Aakerholt A. ACT-håndbok. Brumunddal: Kompetansesenter - region øst; 2010. Tilgjengelig fra: [www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-h%C3%A5ndbok%202010\_webutgave\_NY\_isbn.pdf](http://www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-h%C3%A5ndbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf)

120. Psykologer i kommunene: barrierer og tiltak for økt rekruttering. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1565. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering-/Publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering-.pdf>

121. Tjerbo T, Zeiner H, Helgesen M. Kommunalt psykisk helsearbeid 2012. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2012. NIBR-rapport 2012:4. Tilgjengelig fra: <http://www.nibr.no//filer/2012-4.pdf>

122. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1701. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>

123. Samhandlingsstatistikk 2011-12. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. s. 74, tabell 5.2. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12.pdf>

124. Lav terskel - høy kvalitet: en profesjonell tilnærming til mennesker med rusrelaterte problemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1809. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/lav-terskel-hoy-kvalitet/Publikasjoner/lav-terskel-hoy-kvalitet.pdf>

125. Fossestøl K, Skarpaas I. Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten: en evaluering. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2013. AFI-rapport 8/2013. Tilgjengelig fra: <http://www.afi.no/stream_file.asp?iEntityId=6546>

126. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1810. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer.pdf>

127. Overgrepsmottak: veileder for helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. IS-1457. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/overgrepsmottak-veileder-for-helsetjenesten/PublishingImages/overgrepsmottak-veileder-for-helsetjenesten-.pdf>

128. Sitter M. Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007: evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse. Oslo; Trondheim: SINTEF; 2008. Sintef rapport A5204. Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Revidert%20sluttrapport%20Brukerbasert%20evaluering%20av%20kommunale%20tjenester%20-%2021042008.pdf>

129. Definisjonskatalog for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet; 2002. KITH-rapport 2002:15. Tilgjengelig fra: <http://www.kith.no/upload/2432/R15-02Def-kat_helsestasjons-og_skolehelsetjenesten.pdf>

130. Torvik FA, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2013. Rapport 2011:4. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf>

131. Hva innebærer det å være vertskommune [nettside]. Oslo: Utlendingdirektoratet [oppdatert 25 Jul 2013; lest 22 Aug 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.udi.no/Sentrale-tema/Asylmottak/Asylmottak-i-lokalsamfunnet/Hva-innebarer-det-a-vare-vertskommune/>

132. Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1022. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/Publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger.pdf>

133. Økte midler til tannbehandling for rusmiddelmisbrukere. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005. Rundskriv I-12/2005. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2005/-i-122005.html?id=445638>

134. Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. Rundskriv I-2/2006. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rus/2006/0003/ddd/pdfv/272988-rundskriv_i-2_2006.pdf>

135. Vederlagsfrie tannhelsetjenester for personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 2008 - økning av rammebevilgningen til fylkeskommunene for 2008. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008. Rundskriv I-4/2008. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer_KTA/Dokumenter/Rundskriv_I_4_2008.pdf>

136. Prioriteringsveileder: tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2043. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Publikasjoner/IS-2043.pdf>

137. Heskestad S, Tytlandsvik M. Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. Tidsskr Nor Legeforen 2008;128(1):32-5.

138. Waksvik G. Brukerstyrt plass gir trygghet. Psykisk helse 2008;(3):12-3.

139. Brukerstyrte innleggelser - makten skifter eier: veien til mestring av eget liv? Tromsø: Døgnenheten Tromsø, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, Universitetssykehuset Nord-Norge; 2010. Rapport fra kvalitetsutviklingsprosjektet. Tilgjengelig fra: <http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Internett/Enhet/PSTK/Sluttrapport%20brukerstyrte%20innleggelser%281%29.pdf>

140. Justis- og politidepartementet. Straff som virker - mindre kriminalitet - tryggere samfunn. 2013. St.meld.nr. 37(2007-2008). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2109450/PDFS/STM200720080037000DDDPDFS.pdf>

141. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1971. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel/Publikasjoner/IS-1971Rev.pdf>

142. Bergsgard NA, Fjær S, Nødland SI, Thygesen J. Kartlegging av mottakerne av den statlige tilskuddsordningen til frivillige rustiltak: delrapport. Stavanger: International research institute of Stavanger; 2009. Rapport IRIS 2009:132. Tilgjengelig fra: [www.iris.no/publications/414551636/2009-132](http://www.iris.no/publications/414551636/2009-132)

143. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

144. Haug HK, Engelund H, Aarheim KA. Samarbeidspartnere og samarbeid. I: Solheim M, Aarheim KA, red. Kan eg komme inn? Verdiar og val i heimesjukepleie. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004. s. 248-57.

145. Samhandling som veien til bedre boligsosialt arbeid. Et erfaringshefte fra kommuner og Husbankens regionkontorer. Oslo: Husbanken; Rambøll Management Consulting; 2012. Tilgjengelig fra: <http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/FOU/Samhandling_erfaringshefte.pdf>

146. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Rundskriv I-3/2013. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer_KTA/Dokumenter/rundskriv_I-3_2013.pdf>

147. ...og bedre skal det bli! nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS-1162. Tilgjengelig fra: <http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf>

148. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Meld. St. 16 (2010-2011). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

149. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet – trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>

150. ... og bedre skal det bli! : hvordan kommer vi fra visjoner til handling? : praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. IS-1502. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-/Publikasjoner/hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-.pdf>

151. Bjorngaard JH, Ruud T, Garratt A, Hatling T. Patients' experiences and clinicians' ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. Psychiatr Serv 2007;58(8):1102-7.

152. Steinsbekk A, Westerlund H, Bjørgen D, Rise MB. Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenster et godt tjeneste tilbud? Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 2013;50(1):2-5.

153. Ulvestad AK, Henriksen AK, Tuseth A-G, Fjeldstad T, red. Klienten - den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.

154. Valla B. Brukers medvirkning i psykoterapi: behov for kompetanseutvikling. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 2013;47(4):308-14.

155. Borg M. The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems (ph.d.). Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science; 2007. Tilgjengelig fra: <http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:122395/FULLTEXT01.pdf>

156. Borg M. Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 2009;46(5):452-9.

157. Likeverdige helse- og omsorgstjenester - gode tjenester for alle: nasjonal strategi om innvandrerhelse 2013-2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38431748/Likeverdige_tjenester.pdf>

158. Skaftun J-E, Nesvåg S, Olsen TB. Kompetanseheving i et lukket fagfelt? Sluttrapport i evalueringen av Kunnskap og brubygging. Stavanger: Rogalandsforskning; 2002. Rapport RF 2002:097.

159. Dom 25. september 1990 i l.nr. 106/1990 (Fusa-dommen). Norsk retstidende 1990;155(14):874-89.

1. helsepersonelloven § 16 [↑](#footnote-ref-1)
2. helsepersonell loven § 4 [↑](#footnote-ref-2)
3. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 [↑](#footnote-ref-3)
4. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 [↑](#footnote-ref-4)
5. Hvem som regnes som pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven følger av lovens § 1-3 bokstav b [↑](#footnote-ref-5)
6. helsepersonelloven § 10a [↑](#footnote-ref-6)
7. helsepersonellovens § 33 [↑](#footnote-ref-7)
8. spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a [↑](#footnote-ref-8)
9. Rett til medvirkning og informasjon er lovfestet i kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven [↑](#footnote-ref-9)
10. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 [↑](#footnote-ref-10)
11. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første og andre ledd [↑](#footnote-ref-11)
12. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 [↑](#footnote-ref-12)
13. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b [↑](#footnote-ref-13)
14. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd [↑](#footnote-ref-14)
15. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 [↑](#footnote-ref-15)
16. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 andre ledd [↑](#footnote-ref-16)
17. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd. [↑](#footnote-ref-17)
18. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 og 4-1 og fastlegeforskriften § kapittel 3 og §§ 18 og 19 [↑](#footnote-ref-18)
19. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8, jf. § 3-2 første ledd nr. 6 b [↑](#footnote-ref-19)
20. Sterkere rettighetsfesting av BPA gjennom endringer i pasient- og brukerrettighetsloven er under utredning, hørings forslag sendt ut fra Helse- og omsorgsdepartmentet i 2013) [↑](#footnote-ref-20)
21. Individuell plan er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 [↑](#footnote-ref-21)
22. Forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 16 [↑](#footnote-ref-22)
23. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 [↑](#footnote-ref-23)
24. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 [↑](#footnote-ref-24)
25. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 andre ledd [↑](#footnote-ref-25)
26. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 andre ledd [↑](#footnote-ref-26)
27. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a [↑](#footnote-ref-27)
28. ”Lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og Fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m, jf. § 2, jf. § 1 [↑](#footnote-ref-28)
29. Lov om helseforetak § 35 [↑](#footnote-ref-29)
30. Se for eksempel kunnskapsoversiktene til Johan P. Mackenbach, s. 30 (59) og Jon Ivar Elstad, s. 15-18 (60). [↑](#footnote-ref-30)
31. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) § 1 [↑](#footnote-ref-31)
32. folkehelseloven § 3 første ledd b) [↑](#footnote-ref-32)
33. folkehelselovens §1 [↑](#footnote-ref-33)
34. folkehelseloven § 7 [↑](#footnote-ref-34)
35. helse- og omsorgstjenesteloven 3-3 tredje ledd [↑](#footnote-ref-35)
36. helse- og omsorgstjenesteloven 3-2, første ledd nr 6 b) [↑](#footnote-ref-36)
37. Lov om sosiale tjenester i NAV § 15 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 [↑](#footnote-ref-37)
38. Rundskriv til lov om sosiale tjenester, R35-00-F12 [↑](#footnote-ref-38)
39. Lov om sosiale tjenester i Nav §§ 18 flg. [↑](#footnote-ref-39)
40. Lov om sosiale tjenester i NAV § 29 [↑](#footnote-ref-40)
41. Lov om sosiale tjenester i NAV § 18. [↑](#footnote-ref-41)
42. Lov om sosiale tjenester i NAV § 17 [↑](#footnote-ref-42)
43. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 [↑](#footnote-ref-43)
44. ICD-10-diagnose (spesialisthelsetjenestens diagnoseregister) (92) eller fastlegens fra diagnosekodeverk ICPC-2 (InternationalClassification of Primary Care) (93) [↑](#footnote-ref-44)
45. spesialisthelsetjenesteloven § 3-16, jf. FOR 18. des. 2009 nr. 1641 om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) [↑](#footnote-ref-45)
46. Helsedirektoratet ferdigstiller nasjonal faglig retningslinje for avrusing fra rusmidler og vanedannende legemidler i 2014. [↑](#footnote-ref-46)
47. Helsedirektoratet skal i 2013 utarbeide en 5-årig nasjonal handlingsplan for reduksjon i antall overdosedødsfall. Den skal bidra til å stimulere til utarbeidelse av flere lokale strategier for kommuner som har registrert overdosedødsfall.» [↑](#footnote-ref-47)
48. Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) [↑](#footnote-ref-48)
49. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 første ledd [↑](#footnote-ref-49)
50. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 første ledd [↑](#footnote-ref-50)
51. psykisk helsevernloven § 3-3 [↑](#footnote-ref-51)
52. helse og omsorgstjenesteloven § 10-1 [↑](#footnote-ref-52)
53. helse- og omsorgstjenesteloven § 10- 4 [↑](#footnote-ref-53)
54. psykisk helsevernloven § 3-1 første ledd [↑](#footnote-ref-54)
55. psykisk helsevernloven § 3-3 [↑](#footnote-ref-55)
56. psykisk helsevernloven | 3-5 [↑](#footnote-ref-56)
57. psykisk helsevernloven § 4-1 [↑](#footnote-ref-57)
58. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og Forskrift av 16.12 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator [↑](#footnote-ref-58)
59. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 d) [↑](#footnote-ref-59)
60. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 [↑](#footnote-ref-60)
61. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a [↑](#footnote-ref-61)
62. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og [↑](#footnote-ref-62)
63. Forskrift om virksomhetsovergripende pasientjournal, 2012-11-09. Forskriften er gitt i medhold av helseregisterloven § 6b [↑](#footnote-ref-63)
64. Forskrift om virksomhetsovergripende pasientjournal § 3 [↑](#footnote-ref-64)
65. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd [↑](#footnote-ref-65)
66. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 [↑](#footnote-ref-66)
67. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a [↑](#footnote-ref-67)
68. helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-2 nr 4. og fastlegeforskriften. [↑](#footnote-ref-68)
69. Fastlegeforskriften [↑](#footnote-ref-69)
70. fastlegeforskriftens § 17 [↑](#footnote-ref-70)
71. fastlegeforskriftens § 18 [↑](#footnote-ref-71)
72. fastlegeforskriften, § 23 [↑](#footnote-ref-72)
73. fastlegeforskriften § 19 [↑](#footnote-ref-73)
74. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 3a) [↑](#footnote-ref-74)
75. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 nr. 6 a – d [↑](#footnote-ref-75)
76. helse- og omsorgstjenesteloven 3-2, 6 b [↑](#footnote-ref-76)
77. FOR 16. des. 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon [↑](#footnote-ref-77)
78. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr. 5 [↑](#footnote-ref-78)
79. helse- og omsorgsloven § 3 – 2, pkt 6d. [↑](#footnote-ref-79)
80. **Lov av 19. juni 2009 nr 44: Lov om kommunale krisesentertilbod (krisesenterlova) Presiseringer knyttet til Lov av 19. juni nr 44: Lov om kommunale krisesentertilbud (krisesenterlova)**  [↑](#footnote-ref-80)
81. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 3 [↑](#footnote-ref-81)
82. Lov av 17,juli 1992 Lov om barneverntjenester [↑](#footnote-ref-82)
83. Lov om barnevernstjenester (barnevernloven) § 1-1, barneverntjenesteloven § 4-4 [↑](#footnote-ref-83)
84. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 1 bokstav b [↑](#footnote-ref-84)
85. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, første ledd nr. 1 bokstav a [↑](#footnote-ref-85)
86. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, første ledd nr. 1 bokstav b [↑](#footnote-ref-86)
87. helse- og omsorgslovens § 3-2, første ledd nr. 2 [↑](#footnote-ref-87)
88. helsepersonelloven § 33 [↑](#footnote-ref-88)
89. Lov 18. des. 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (Lov om sosiale tjenester i NAV) [↑](#footnote-ref-89)
90. Lov 3. juni 1983 nr. 54 om om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) [↑](#footnote-ref-90)
91. Lov om tannhelsetjenesten § 1- 3, c [↑](#footnote-ref-91)
92. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2013. Rundskriv I-3/2012 fra HOD [↑](#footnote-ref-92)
93. Se Lov om sosiale tjenester i Nav: Rundskriv (Hovednr) 35: 4.18.2.46. [↑](#footnote-ref-93)
94. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 [↑](#footnote-ref-94)
95. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 [↑](#footnote-ref-95)
96. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b [↑](#footnote-ref-96)
97. FOR 1. des. 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) [↑](#footnote-ref-97)
98. Psykisk helsevernloven § 1-2 [↑](#footnote-ref-98)
99. Jæren DPS og Tromsø psykiatriske senter har gode erfaringer med brukerstyrte plasser (137-139) [↑](#footnote-ref-99)
100. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 [↑](#footnote-ref-100)
101. spesialisthelsetjenestelovens § 2 -1, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b [↑](#footnote-ref-101)
102. Lov om familievernkontor [↑](#footnote-ref-102)
103. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-9 [↑](#footnote-ref-103)
104. Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1a [↑](#footnote-ref-104)
105. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helsepersonelloven §§ 4 og 16 [↑](#footnote-ref-105)
106. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 [↑](#footnote-ref-106)
107. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6. [↑](#footnote-ref-107)
108. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-4 [↑](#footnote-ref-108)
109. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. [↑](#footnote-ref-109)
110. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a [↑](#footnote-ref-110)
111. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd [↑](#footnote-ref-111)
112. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 8 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-5 [↑](#footnote-ref-112)
113. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav d), spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 [↑](#footnote-ref-113)
114. helsepersonelloven §§ 4 og 16 [↑](#footnote-ref-114)
115. helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-10 [↑](#footnote-ref-115)
116. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 [↑](#footnote-ref-116)
117. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd [↑](#footnote-ref-117)
118. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd [↑](#footnote-ref-118)
119. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 11 [↑](#footnote-ref-119)
120. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd [↑](#footnote-ref-120)
121. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 [↑](#footnote-ref-121)
122. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 [↑](#footnote-ref-122)
123. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 [↑](#footnote-ref-123)
124. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 [↑](#footnote-ref-124)
125. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 [↑](#footnote-ref-125)
126. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd [↑](#footnote-ref-126)
127. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. [↑](#footnote-ref-127)
128. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr. 5 [↑](#footnote-ref-128)
129. Lov om psykisk helsevern av 1.1.2001 [↑](#footnote-ref-129)
130. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 [↑](#footnote-ref-130)
131. Se definisjon i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav f) [↑](#footnote-ref-131)
132. Se definisjon i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav a) [↑](#footnote-ref-132)
133. Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 [↑](#footnote-ref-133)
134. FOR-2011-12-16-1393 Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 2 [↑](#footnote-ref-134)
135. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7 [↑](#footnote-ref-135)
136. Lov 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m (helsetilsynsloven) [↑](#footnote-ref-136)
137. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd [↑](#footnote-ref-137)
138. Prop. 91 L punkt 15.5.8, s.187-189 [↑](#footnote-ref-138)
139. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, pkt 4 [↑](#footnote-ref-139)
140. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd [↑](#footnote-ref-140)
141. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 [↑](#footnote-ref-141)
142. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd [↑](#footnote-ref-142)
143. lov om sosiale tjenester i NAV §27 [↑](#footnote-ref-143)
144. lov om sosiale tjenester i NAV § 15 [↑](#footnote-ref-144)
145. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 [↑](#footnote-ref-145)
146. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd [↑](#footnote-ref-146)
147. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b [↑](#footnote-ref-147)
148. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 [↑](#footnote-ref-148)
149. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a [↑](#footnote-ref-149)