



Foreningen for human narkotikapolitikk

Oslo 14 september 2022

Torggata 9 A

0181 Oslo

[post@fhn.no](mailto:post@fhn.no)

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet

Ved statsråden

**Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan fra Foreningen for human narkotikapolitikk, september 2022.**

Foreningen for human narkotikapolitikk er en medlems- og brukerorganisasjon på rusfeltet. Våre innspill baserer seg på de erfaringer som fremkommer i vår målgruppe og medlemmer, samt de observasjoner og opplevelser vi er vitne til i vårt arbeid med vår målgruppe, og vårt arbeid på tjeneste- og systemnivå.

Samhandling mellom tjenester fungerer etter vår erfaring mindre godt i praksis. Mennesker generelt, og mennesker med behov for hjelp av helsetjenester fra både kommune og stat spesielt, er komplekse, sammensatte og ulike. ulike fra hverandre, men også ulik seg selv fra uke til uke eller dag til dag. Med innføring av pakkeforløp har systemet i noen grad tilpasset seg pasienten, men fortsatt mer i teorien enn i praksis. Vi får imidlertid informasjon om at flere pasienter enn tidligere føler seg mer sett, mer involvert i prosess og opplever bedre brukermedvirkning etter innføring av pakkeforløp. Men, selv om mange pasienter melder om en forbedring, så er det fortsatt mange som ikke merker forandring, eller en gang vet om de er i et pakkeforløp.

Dette forteller at teoretiske modeller ikke alltid er gjennomførbare eller gode nok i praksis. Det forteller også at samhandling mellom ulike instanser er utfordrende, til tross for modeller med frister og krav om gjennomføring i pakkeforløpet. Overganger mellom kommunale og statlige tilbud er fortsatt sårbare, selv om det har blitt mer sømløst enn tidligere.

I kontakt med pasientgrupper, samt kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten, er tilbakemeldingen at at det i praksis ofte ikke er gjennomførbart med en så sømløs overgang som ønskelig. Det synes som at helsevesenet heller ikke helt har klart for seg hva som er ens eget og hverandres ansvarsområde, og dermed overlates ansvaret til noen man tror har det. Flere kommuner kan fortelle at de mener spesialisthelsetjenesten har ansvar for gjennomføring av pakkeforløpet, og at den starter der, hvilket ikke er helt riktig. Spesialisthelsetjenesten melder også at de tror at pakkeforløpet er noe som tilfaller dem, og at nødvendige overganger og kommunikasjon med kommunene dermed ikke vektlegges godt nok.

Kommune- og spesialisthelsetjenesten er to forskjellige organisasjoner med forskjellige systemer, og ikke minst historie. Dette gjør at instansene også har sine grenser for hva som er ens ansvarsområde, og ressurser og økonomi kan føre til at disse grensene voktes, til tross for at målet er glidende grenser og overganger. Instansene kommer i konkurranse med hverandre, samtidig som det kreves at instansene skal gå mer hånd i hånd.

Pakkeforløpskoordinatoren som kanskje kunne bidratt til et forløp, som for pasienten går sin gang uavhengig av hvilken instans man til enhver tid hører til innunder, er i stor grad mangelfull.

Pasientene vet ikke om det er koordinator, eller hvem denne er, eller om man har en koordinator.

Pasienter opplever altfor hyppig og gjentakende mangel på samarbeid, koordinering, informasjon og samhandling i og mellom de ulike delene av hjelpetilbudet. Resultatet blir en opplevelse av et oppstykket og fragmentert hjelpetilbud, både i innhold og tid. I mange tilfeller melder pasienter at det blir en selv som må ta ansvar for å koordinere de ulike delene, men er samtidig for syk til å selv kunne klare det ansvaret. Resultatet ender med at pasienten ikke får forsvarlig hjelp og fortsetter å være en kasteball.

De ansatte i helsetjenesten tilbakemelder også at overganger byr på utfordringer, hvor helhetsperspektivet overfor pasienten mangler. Likeså dårlig informasjonsflyt og kontinuitet mellom samhandlingspartene.

Ordningen med at koordinator ikke nødvendigvis er en person, men funksjon i det kommunale og det statlige apparat gjør at systemet svikter på samme sted som i samhandlingen generelt. Teoretisk sett er tanken om koordinator god, men har ikke i godt nok omfang vært løst godt nok av hverken spesialisthelsetjenesten eller kommunene.

De beste modellene for god samhandling mellom det kommunale tjenestetilbud og spesialisthelsetjenesten, synes å ha klar sammenheng når instansene faktisk og jevnlig møtes, og kan diskutere konkrete saker, og vurdere enkeltpasienters prosess og forløp sammen med hverandre, og i samsvar med hvilke tilbud hver instans har. På den måten kan de samhandlende instanser i fellesskap bestemme hvilke tiltak og tjenester hver pasient skal og bør ha, hvem som har ansvaret, og hvordan man sammen skal gjennomføre planen. Brudd på planene blir veldig raskt synlig ved neste møte, og man unngår store hull og avbrudd. Bydel Søndre Oslo, Nordstrand og Østensjø har slike faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten ved Mortensrud Søndre Oslo DPS. Tilbakemeldinger fra pasienter, bydeler og Søndre Oslo DPS er positive, med en opplevelse av at når fokuset holdes på hva som faktisk er viktigst for pasienten, så blir samhandlingen mer effektiv.

Viktige bekymringer fra brukergruppen er sikring av informasjon fra pasientjournaler (og kanskje særlig kjernejournaler) fra innsyn fra helsepersonell som ikke er Direkte behandler og involvert. I et klima hvor samhandling og deling av informasjon er på dagsorden er det viktig med en påminnelse om å holde pasientsikkerhet og pasientinformasjon og ikke minst fortrolighet høyt i mente. Det kan virke som om terskelen for å se i kjernejournaler er noe mindre når ordet "rus" kommer frem i kontakt med helsevesenet.

I et samhandlingsperspektiv har det tradisjonelt blitt benyttet verktøy for å sikre samhandling. Eksempelvis ansvarsgruppemøter, individuell plan (IP) mm hvor både kommune og stat med flere er involvert. Dette er verktøy som i praksis fungerer sånn passe, eller mindre bra. Det er ikke uvanlig at begrunnelser som at det er for komplisert å få til, at det er for tid- og ressurskrevende, at ansvaret for å etablere samarbeid er noen annens ansvar - eller ber pasienten selv ta ansvaret for å etablere samarbeidsgrupper, eller også at hjelpeapparatet mener pasienten må være mer stabil eller rusfri før man kan igangsette tiltak.

FHN har ofte både IP og koordinator (eller snarere manglende koordinator og manglende fungerende IP) på vår agenda. Vi sitter i flere ulike brukerråd og utvalg, både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten, og dette er tematikk vi stadig løfter opp. Erfaringer fra vår målgruppe er at mange ikke har hverken ansvarsgruppemøter eller IP, og dermed ingen arena eller innvirkning på samhandling og samarbeid mellom statlige og kommunale tjenester. Det kreves innsats og ressurser for at dette skal kunne fungere i praksis og tilpasset det virkelige liv, hvilket ikke synes være noe hverken spesialisthelsetjenesten eller kommunens hjelpetiltak har i godt nok omfang.

Verktøykassen med IP og ansvarsgruppemøter fremmes ofte opp som gode verktøy for samhandling. Men; når det er vanskelig å benytte verktøyene i praksis, så er det egentlig ikke gode verktøy. Både IP og ordningen med koordinator, ansvarsgrupper og basisgruppemøter mm. ser fint og fungerende ut på papiret, men at et system synes fungere i teorien er ikke synonymt med at det fungerer i praksis. Vi vet at det er et betydelig mindretall som faktisk har en IP, og enda færre som har en fungerende IP. Mange har heller ikke fått spørsmål om det er ønskelig med IP, eller fått informasjon om muligheten, eller også vet mange ikke om de har en IP eller ikke eller hva dette egentlig kan være. Dette forteller oss at teori og praksis ikke henger sammen, og sviktene tror vi kan ligge hos både i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Når samhandling ikke fungerer, er det brukeren som er skadelidende. Det er systemet som må endres for at tjenestene skal kunne tilpasses pasienten best. Hvis systemet gjør hjelpetilbudet så vanskelig å gjennomføre at det ikke favner om de pasienter som trenger hjelpen aller mest - så er det feil i systemet. Ofte betegnes disse pasientene som «kasteballer» mellom tilbud og nivåer. Det synes være utfordrende å finne rett tilbud for hver enkelt, og særlig når der er flere aktører inne i bildet, Det være seg i bemannet bolig, NAV, helsetjenesten i kommunen, , fastlege, spesialisthelsetjenesten og øvrige eventuelle behandlere og sosionomer.

I vår kontakt med brukere i vårt oppsøkende arbeid hører vi ofte om historier hvor personer med behov for hjelp ikke får det. Og heller ikke vet hvor man skal henvende seg for å få hjelp. Eller har opplevd at man blir henvist videre, og videre, og gir til slutt opp.

Det er gledelig at regjeringen vil forbedre samhandlingen mellom stat og kommune. Utfordringen er å få planen gjennomførbar i praksis. Noen nøkkelfaktorer vil være å både tenke og handle helhetlig, og med gjennomførbar koordinering av et tverrfaglig behandlingstilbud, med utgangspunkt i brukerens reelle behov. Den hjelpen som gis må ta utgangspunkt i den enkeltes behov og situasjon. Å diskutere reell samhandling og tilpasset tiltak for den enkelte pasient er nødvendig. Når det ene gjøres i kommunens tjenestetilbud, og det andre i spesialisthelsetjenesten, så blir tilbudet fragmentert, slik det fortsatt er i stor grad, og tradisjonelt har vært.

Koordinatorerne som skal sikre mer sømløse overganger er ikke løst på noen god måte mange steder hvilket kan skyldes at dette ikke nødvendigvis er personer som følger pasienten gjennom forløpet men en funksjon i instansene.

Kommunene er ulike, hvor noen har godt utbygde hjelpetjenester, mens andre har et redusert tilbud, og helseregionene er også noe ulik i sin praksis. Regionale forskjeller er svært uheldig. Å være prisgitt hvor man bor hvilket tilbud og hjelp man kan få, er ikke holdbart. Når man skal utforme og organisere tjenester, og særlig helsetjenester, er det avgjørende viktig å involvere alle aktørene i ulike ledd i prosessen.

De aller fleste som mottar hjelp for sine problemer bryr seg ikke så mye om hjelpen kommer fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Å faktisk få hjelp er det som er viktig. For de fleste er systemene systemer, det er når systemet ikke fungerer og samhandling ikke skjer at det blir problematisk.

Dette er ikke pasientens ansvar, slik noen opplever at de tildeles, og forventes at skal ordne i eget forløp.

Svikter i systemet belaster både pasient, kommunen, og sykehusene, hvor pasienten lider mest. Pasienten opplever seg ikke sett eller forstått ut fra sine behov og hva som faktisk kan bidra til et bedre liv. Kommunen og sykehuset strever med manglende informasjon og tilgjengelighet og utfordringer knyttet til hverandres systemer, hvilket fører til at overganger mellom instansene blir kompliserte og komplekse. Det blir i tillegg lettere å ta hensyn til å oppfylle egne systemer enn pasientens behov.

Når planer for opphold og tilfriskning er tilpasset systemet heller enn virkeligheten, får man situasjoner hvor pasienter blir skrevet ut fra institusjoner uten å være friske nok til det tilbud kommunen kan tilby, og sjansen for at man på ny er en kasteball i systemet er til stede med forverret sykdom.

Foreningen for human narkotikapolitikk