

# Sluttrapport

## Barn og unge i risikozonen for å utvikle psykiske problemer

Et samhandlingsprosjekt i Vestfold

## Innhold

Figurer .....	2
Sammendrag .....	3
Bakgrunn og innledning.....	3
Målgruppen .....	4
Overordnet om kunnskapsgrunnlaget .....	4
Dagens tjenestetilbud .....	5
Mandatet.....	5
Overordnede mål .....	6
Prosjektorganisering.....	6
Prosjektgruppe .....	7
Arbeidsform.....	7
Metode for prosjektet .....	7
Overordnede føringer .....	7
Kunnskapsgrunnlaget.....	8
Tall .....	8
Kartlegginger i forprosjektet .....	9
Resultater .....	9
Svar på mandatets spørsmål 1 og 2 .....	10
Oppsummering av kartlegging .....	12
Samhandlingsmodeller.....	13
Oversikt samhandlingsmodeller.....	13
Aktuelle modeller .....	13
Skåring av suksess kriterier, prinsipper og nøkkelegenskaper for samhandlingsmodeller.....	17
Vurdering av Barn og unges helseteneste.....	18
Vurdering av veiledningsteam.....	18
Vurdering av Ung Arena .....	19
Svar på mandatets spørsmål 3 .....	19
Svar på mandatets spørsmål 4-10.....	21
Konklusjon .....	23
Referanser .....	24
Vedlegg.....	25
Vedlegg 1: Innstilling fra arbeidsgruppa nedsatt av Samhandlingsutvalget .....	25
Vedlegg 2: Mandat integrerte helsetjenester .....	35
Vedlegg 3: Kunnskapsoppsummering .....	37
Vedlegg 4: Notat følgeforskning.....	45

## Figurer

<i>Figur 1: Definisjon av barn og unge utenfor og i risikosonen etter grad av psykiske lidelser. ....</i>	<i>4</i>
<i>Figur 2: Antall innbyggere mellom 12 – 25 år i kommunene i Vestfold. ....</i>	<i>8</i>
<i>Figur 3: Antall henvist og avvist ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, i prosent av innbyggertall for målgruppen 2018. ....</i>	<i>9</i>
<i>Figur 4: Alder og kjønnsfordeling Ung Arena Gamle Oslo. ....</i>	<i>15</i>
<i>Figur 5: Ung Arena modellens 3 nivåer. ....</i>	<i>16</i>

## Sammendrag

Denne sluttrapporten beskriver et forprosjekt med mål om å utvikle en modell for samhandling for barn og unge i risikozonen for å utvikle psykiske helseproblemer. Forprosjektet er gjennomført etter oppdrag fra Samhandlingsutvalget i Vestfold. Hensikten med forprosjektet er å utvikle en ny samhandlingsmodell for barn og unge, som skal bidra til mer integrerte og mer helhetlige tjenester, og med et sterkere fokus på tidlig innsats for å hindre forverring.

Målgruppen omfatter barn og unge 12 - 25 år, og i Vestfold er det ca. 42 000 personer i aldersgruppen. Hvert år er det mange barn og unge som henvises og får behandling i spesialisthelsetjenesten, nasjonale tall viser at i aldersgruppen 0-18 år er ca. 5 % i behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien og at mer enn 10 % av alle i løpet av oppveksten er i kontakt med barneverntjenester, i tillegg kommer de mellom 18 – og 25 år som får tjenester / behandling i kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Avgrensning av målgruppen har vært en utfordring, da mange ungdommer i løpet av oppveksten kan tilhøre flere risikogrupper, slik som grønt (lav risiko) og gult (middelsrisiko). Forprosjektgruppen har valgt å ikke gjøre noen begrensninger av målgruppen.

Det er utført kartlegginger av barn og unges behov og ønsker, samt innhentet innspill fra ansatte i kommuner og spesialisthelsetjeneste. Kartleggingen identifiserte flere områder hvor det er behov for forbedringstiltak.

Forprosjektet har søkt i internasjonal og nasjonal forskning for å se hvilke modeller for samhandling som kan være aktuelle for målgruppen. Det finnes lite forskning/evindens på området, men det er gjort noen evalueringer og systematiske oppsummeringer som beskriver suksesskriterier og prinsipper / nøkkelegenskaper ved modeller som barn, unge og samarbeidende aktører vurderer å være velfungerende. Disse er lagt til grunn for forslag til samhandlingsmodell.

Forprosjektets forslag til samhandlingsmodell er et lavterskeltiltak, en arena, for samtaler og aktiviteter for barn og unge mellom 12-25 år. Forslaget er en «utvidet» Ung Arena. Ung Arena er en modell som er veletablert i Oslo og er i ferd med å spres til flere byer og tettsteder. Med «utvidet» mener forprosjektgruppen at spesialisthelsetjenesten skal være aktive deltakere på arenaene.

Forprosjektets mandat er en samhandlingsmodell, i arbeidet med å identifisere konkrete, integrerte modeller for bedre samhandling, ser vi at det er flere tiltak som kan fungere, men som ikke er definert til å omfatte målgruppen spesielt. I tillegg til «utvidet» Ung Arena anbefaler gruppen at det vurderes utvidelse av de eksisterende Veiledningsgrupper for fastleger, til å gjelde saker fra barne- og ungdomspsykiatrien. Det ses også et behov for at pakkeforløpene i rus og psykiatri integreres bedre i kommunen.

## Bakgrunn og innledning

Bakgrunn for prosjektet er arbeidet med utviklingsplanen for Sykehuset i Vestfold, vedtatt i styremøte 08.06.2018. Utviklingsplanen beskriver sykehuset planer mot 2035. Ett av de viktigste innsatsområdene i planen var et sterkere fokus på pasienter med en kompleks og sammensatt helsesituasjon, og med behov for mer integrerte og koordinerte helsetjenester. Dette er ofte pasienter som bruker mye helsetjenester – til dels også sosiale tjenester. Noen av disse pasientgruppene bruker mye tjenester i kommunehelsetjenesten, andre bruker mye tjenester i spesialisthelsetjenesten, og noen bruker mye tjenester både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer – som nevnt ovenfor – ofte et betydelig behov for hjelp og tjenester fra andre aktører enn helsetjenesten (1).

Det ble satt ned en arbeidsgruppe i regi av Samhandlingsutvalget. Arbeidsgruppen besto av representanter for sykehuset og kommunene i Vestfold, i tillegg til en brukerrepresentant. I arbeidet kom man frem til 2 målgrupper som skulle prioriteres videre.

Målgruppe 1: Barn og ungdom i risikozonen for å utvikle psykiske helseproblemer.

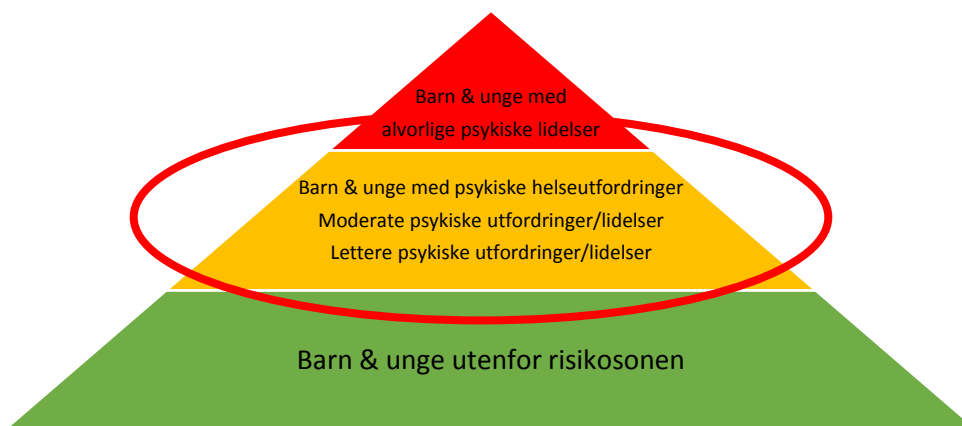
Målgruppe 2: Multisyke pasienter med behov for bedre koordinerte og integrerte helsetjenester.

(Vedlegg 1: Innstilling fra arbeidsgruppa nedsatt av Samhandlingsutvalget)

## Målgruppen

Målgruppe 1 omfatter følgende tilstander og utfordringer:

- Angst
- Depressive tilstander
- Rus- og avhengighetsproblematikk
- Problemer knyttet til skole og/eller arbeid
- Ulike typer av somatiske helseplager (inkludert seksualhelse)



Figur 1: Definisjon av barn og unge utenfor og i risikozonen etter grad av psykiske lidelser.

Basert på ansvarsfordeling har 1. linje ansvar for de med lette og moderate lidelser, og 2. linje har ansvar for de med moderate og alvorlige, samhandling skjer for de brukere/pasienter som har moderate – alvorlige lidelser.

## Overordnet om kunnskapsgrunnlaget

- De fleste psykiske sykdommer utvikler seg i perioden fram mot 25 år. Dette er en kritisk periode for menneskets utvikling – både intellektuelt og sosialt.
- 75 % av voksne med psykiske sykdommer har opplevd en oppstart av symptomene før fylte 25 år.
- Opptil 50 % av rusproblemer i voksen alder kommer i etterkant av psykiske vansker i ungdomsalder.
- Psykiske symptomer fører ofte til sosial isolasjon, med den konsekvens at personens individuelle potensial ikke blir realisert.
- Mange av de som er i denne målgruppen, sliter både med å gjennomføre videregående skole og deretter komme inn i arbeidslivet. Både de personlige og de samfunnsmessige konsekvensene av dette er omfattende.

- Aktuell forskning viser god evidens for tidlige intervensjonsprogrammer for unge mennesker. Med de riktige tilbudene og tidlig støtte kan framtidige helseproblemer reduseres betydelig.

#### UngData undersøkelsen 2018 for Vestfold

- **Psykiske plager:** 25 % økning av depressive plager blant jentene
- **Søvnvansker:** 26 – 32 % opplever slike vansker
- **Fysiske plager:** 17 % er regelmessig plaget av hodepine, magesmerter, ryggmerter
- **Hodepine:** 28 – 32 % har opplevd slike i løpet av siste uke
- **Alkohol:** Nedgangen i alkoholbruk har stoppet opp
- **Cannabis:** Det er en økning i bruk av cannabis blant gutter  
(Vedlegg 1: Innstilling fra arbeidsgruppa nedsatt av Samhandlingsutvalget)

#### UngData undersøkelsen 2019, nasjonale tall (2)

- **Psykiske plager:** 30 % av jentene, oppgir å være plaget siste uke
- **Søvnvansker:** 10 – 13 % siste uke
- **Fysiske plager:** 25 % av jentene, daglige fysiske plager som hodepine, nakkesmerter, magesmerter
- **Alkohol:** nedgang i alkoholbruk har stoppet opp
- **Cannabis:** det er en økning i bruk av cannabis

#### Dagens tjenestetilbud

Målgruppen utfordrer helsetjenestene ved at det organisatorisk er et skille i målgruppen ved 18 år, og den helserettslige myndighetsalder er 16 år. Det er ingen tjenester som gir et samlet tilbud til målgruppen. Tiltak og tjenester er ikke godt nok koordinert, de fleste tiltak mangler evaluering og forskning på effekt av tiltak.

Tilbudet til målgruppen er sammensatt, med mange faggrupper / aktører, nivåer og system. Mange tjenester / tiltak i kommune, fylkeskommune og spesialisthelsetjeneste skal samhandle internt og med hverandre. Det er flere kommunale arenaer og det jobbes etter ulike modeller, eksempelvis Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI), samordning av lokale, forebyggende tiltak mot rus- og kriminalitet (SLT). Kommunene vektlegger at det er viktig å jobbe systematisk med familieperspektivet for den yngste delen av målgruppen.

#### Mandatet

Mandatet er gitt i form av 10 spørsmål som skal besvares:

I arbeidet med å utvikle konkrete, integrerte modeller for bedre samhandling, skal likelydende spørsmål for begge målgruppene besvares:

1. Beskriv noen typiske/kritiske situasjoner hvor aktørene i dag kommer til kort/ikke greier å levere så gode tjenester som ønskelig i forhold til denne pasientgruppen.
  - Hva kjennetegner disse situasjonene?
  - Hva er det aktørene ikke får til/ikke lykkes med?
  - Hva er det som hindrer aktørene i å gjøre en så god jobb som de skulle ønsket?
2. Beskriv hvordan aktørene skulle ønsket at de kunne agert i de situasjonene som er beskrevet i punktet ovenfor.
  - Hvilken informasjon skulle de ønsket at de hadde tilgang til?
  - Hvilken kompetanse skulle de ønsket at de hadde tilgang til?
  - Hvilke arenaer/møteplasser skulle de gjerne sett var etablert?

3. Beskriv en modell/en arbeidsform hvor ønskene/behovene i punktet ovenfor er imøtekommet
  - Hvordan jobber aktørene når en slik modell er etablert?
    - Hvem deltar og på hvilken måte?
    - Hvilken kompetanse er tilgjengelig?
    - Hvilken informasjon er tilgjengelig?
    - Hvordan skjer informasjonsutvekslingen?
4. Hva hindrer aktørene i å realisere den modellen som er beskrevet i punktet ovenfor?
  - Økonomiske begrensninger?
  - Tilgang på kompetanse?
  - Manglende IKT systemer?
  - Har ikke de arenaene/møteplassene som er nødvendige?
  - Kulturelle utfordringer
5. Hva må til for å realisere modellen?
  - Beskriv tiltak så utførlig som mulig.
  - Hvordan samhandler aktørene når modellen fungerer?
6. Beskriv - så langt som arbeidet har gitt grunnlag for det – hvilke kriterier som bør brukes for å inkludere personer i den aktuelle pasientgruppen.
  - Hva kjennetegner de pasientene som i størst grad vil kunne ha nytte av den samhandlingsmodellen som er foreslått?
7. Hva vil være suksesskriterier på at aktørene lykkes med den nye modellen?
  - Hvordan måle suksess/at man lykkes?
  - Hva vil være kjennetegnene på at modellen fungerer?
8. Hva er de viktigste/mest utfordrende risikofaktorene med hensyn til å realisere modellen?
  - Beskriv risikofaktorene
  - Beskrive de viktigste tiltakene som kan/bør iverksettes for å håndtere risikofaktorene
9. Hva trengs av forankring/informasjon/kommunikasjon før modellen kan realiseres?
10. Hvordan kan den foreslåtte modellen implementeres?
  - Beskriv en implementeringsstrategi så konkret som mulig.  
(Vedlegg2: Mandat integrerte helsetjenester)

## Overordnede mål

Forprosjektets mål er å foreslå en fremtidig modell for samhandling mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold. De overordnede mål for arbeidet er beskrevet slik:

- Pasientene skal oppleve helhetlige og samordnede tjenester, som tar utgangspunkt i pasientenes behov
- Helsetjenesten skal sette inn ressursene så tidlig som mulig for å hindre ytterligere sykdomsutvikling og funksjonssvikt
- Helsetjenesten skal sette inn ressursene på laveste effektive omsorgsnivå (når innsatsen gir størst helsegevinst), og på sikt redusere behovet for helsetjenester  
(Vedlegg 1: Innstilling fra arbeidsgruppa nedsatt av Samhandlingsutvalget)

## Prosjektorganisering

Prosjektet utgår fra Samhandlingsutvalget som er forprosjektets styringsgruppe.

Samhandlingsutvalget er satt sammen av kommunaldirektører for helse og sosial, brukerrepresentant, leder for praksiskonsulentene, representant for kommuneoverlegene, ansattes representanter, kliniksjefer i SiV – (for kirurgi, medisin, psykisk helse og rusbehandling, fysisk medisin/rehabilitering, medisinsk diagnostikk og et sekretariat.

## Prosjektgruppe

Forprosjektgruppen har bestått av 9 personer, det har vært en del utskiftninger av medlemmer, men har i hovedsak bestått av:

- Sissel Kruuse-Meyer, koordinator Barn og familietjenesten, Horten kommune
- Hilde R Sørensen, Ungdomskontakt, Enhet for rus og psykisk helse, Horten kommune
- Elisabeth Pettersson, kommunepsykolog, Forebyggende tjenester barn og unge, Færder kommune
- Øystein Pedersen, virksomhetsleder, Fellesfunksjon Barne- og ungdomstjenester, Barne- og ungdomstjenester, Larvik kommune
- Anne Kvale Havig, psykologspesialist, Psykologtjenester og selektive tiltak, Larvik kommune
- Hans Kvalsvik, fastlege i Sandefjord og praksiskonsulent
- Stephanie Schröder, overlege barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon (BUPA)
- Eline Aas, førsteamanuensis, helseøkonom med forskningserfaring innen evaluering av nye tiltak, Universitetet i Oslo
- Elin Katrine Vestly, prosjektleder/spesialrådgiver, HR/Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA)

Gruppens medlemmer er oppnevnt av sine representanter i Samhandlingsutvalget, representant fra BUPA er oppnevnt av klinikkssjef, klinikk psykisk helse og avhengighet(KPA) og prosjektleder er frikjøpt i 50 % stilling fra KPA. Larvik og Horten har utvidet sin representasjon med en deltaker hver i prosjektperioden.

## Arbeidsform

Forprosjektgruppen har hatt 8 møter, i perioden september 2019 – januar 2020. I tillegg er det arrangert workshoper for Ungdomsrådet ved sykehuset, ungdom og ansatte i de tre kommunene. I kommunene er workshopene tilrettelagt av kommunale fasilitatorer. Vi har kartlagt aktører og beskrevet dagens praksis i flere case/pasientforløp. Deler av gruppen har vært på besøk ved Ung Arena, bydel Gamle Oslo i november. Det er gjennomført Skype-møte med prosjektleder og prosjektmedarbeider i samhandlingsforløpet Barn og unges helseteneste, ved Helse Fonna HF.

Det er innhentet data fra spesialisthelsetjenesten på henvisninger, avviste og pasienter i behandling ved KPA for 2017 og 2018. Det har ikke vært mulig å innhente lignende tall fra kommunene.

I arbeidet har vi sett på flere samhandlingsmodeller, blant annet presentert i «Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge», Sintef Rapport 2017:00418, (3) samt internasjonale modeller presentert i «Key attributes of intergrated community-based youth service hubs for mental health; a scoping review», artikkel publisert i International Journal of Mental Health Systems. (4)

Forprosjektet har fokusert på 3 ulike modeller, Ung Arena, Veiledningsteam for fastleger i Sandefjord/Larvik og Barn og unges helseteneste, Samhandlingsforløp ved Helse Fonna HF.

## Metode for prosjektet

Samhandlingsutvalgets oppdrag til forprosjektet har utgangspunkt i Sykehuset i Vestfold sin Utviklingsplan, i tillegg til den er det en rekke nasjonale føringer og retningslinjer som beskriver faglig arbeid og samhandling.

## Overordnede føringer

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Stortingsmelding 7, 2019-2020  
Regional utviklingsplan, 2035, Helse Sør-Øst RHF



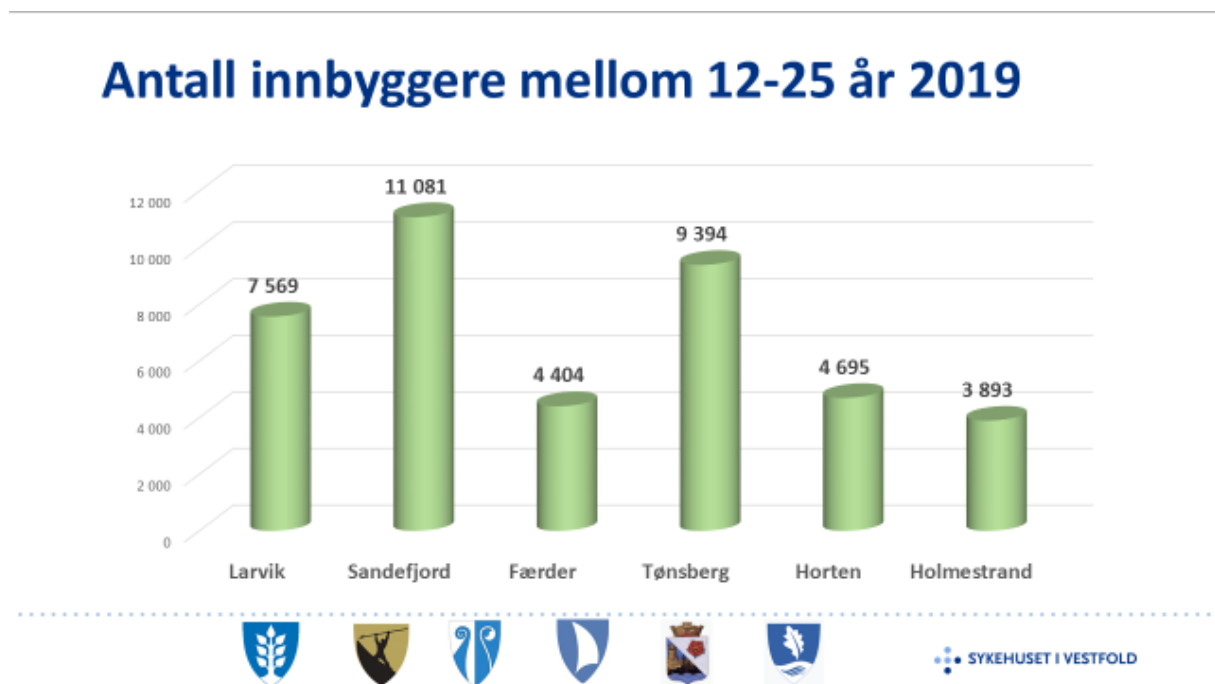
## Kunnskapsgrunnlaget

I tillegg til overordnede føringer har forprosjektgruppen brukt dokumentene nedenfor som en del av kunnskapsgrunnlaget.

- Forprosjektets kartlegginger av ungdommers behov og råd og innspill fra ansatte i tjenestene, «Resultater» i rapporten.
- [Ungdata undersøkelsen 2019](#)
- [Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge](#), Sintef Rapport 2017:00418, «Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlige tjenestetilbud»
- [Key attributes of intergrated community-based youth service hubs for mental health; a scoping review](#). International Journal of Mental Health Systems.
- [Unge utfordringer i jobb og utdanning](#), litteraturgjennomgang 2019, prosjektet Flere unge i fast arbeid og Verdiskaping i Vestfold
- [Ungdomsvennlige velferdstjenester](#), inspirasjonshefte, Fylkesmannen i Oslo og Viken i samarbeid med Ung Arena, S.T.O.L.T., Uteseksjonen Perspektiv, Utviklingscenter for helse- og rusarbeid i Gamle Oslo
- [0-24 samarbeidet](#), satsning og samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

## Tall

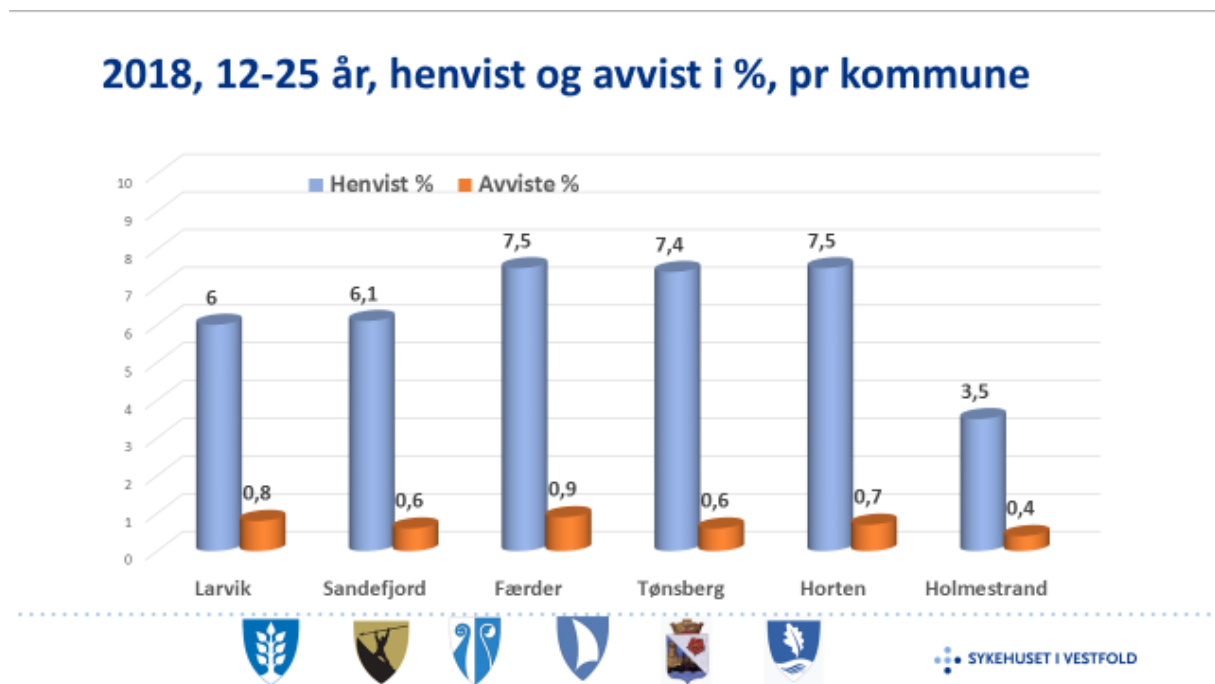
Forprosjektet har sett på hvor mange innbyggere hver kommune har i målgruppen.



Figur 2: Antall innbyggere mellom 12 – 25 år i kommunene i Vestfold.

Tall fra Statisk Sentralbyrå, SSB.

Tall for målgruppen i % av antall innbygger i kommunene, antall henviste og avvist ved Klinikk psykisk helse og avhengighet i 2018.



Figur 3: Antall henvist og avvist ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, i prosent av innbyggertall for målgruppen 2018.

Tall fra Analyseenheten Sykehuset i Vestfold og Statisk Sentralbyrå, SSB.

## Kartlegginger i forprosjektet

Forprosjektet har gjennomført kartlegginger av ungdommers behov og ønsker, og hentet innspill fra ansatte i tjenestene. Innspillene er innhentet fra barn/unge i Færder, Horten, Larvik og Ungdomsrådet ved sykehuset. Det er gjennomført workshoper i kommunene med likelydende spørsmål til alle i målgruppen.

Ansatte i kommunene Færder, Horten og Larvik, og spesialisthelsetjenesten har kommet med innspill til forbedringsområder innen samhandling for å gi målgruppen bedre samordnede og koordinerte tjenester. Innspillene er hentet via korte gruppearbeid, Powerbrainstorming, i kommunene og via Questback til kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Prosjektgruppen vurderer at innspillene fra de 3 kommunene bør være dekkende også for resten av kommunene i denne fasen av prosjektet.

## Resultater

Innspill fra målgruppen

*Hvem snakker du med hvis du har det vanskelig?*

→ Eget nettverk, familie, tilgjengelige fagpersoner, hjelpetelefoner

*Hvor har du lært om psykisk helse?*

→ Eget nettverk, familie, skole, fagpersoner, internett

→ Flere mangler kunnskap

*Hvis du lurer på noe om psykisk helse, hva gjør du da?*

→ Foreldre, nettverk, tilgjengelige fagpersoner, internett

*Hvis du er bekymret for at noen du er glad i ikke har det bra, hvem snakker du med da?*

→ Personen selv, forelder, tilgjengelige fagpersoner, eget nettverk

*Er det noe du savner i din kommune hvis du lurer på noe med psykisk helse?*

→ Kunnskap om psykisk helse, tilgjengelighet på fagpersoner og hjelp – både fysisk og på internett

*Hvis du har det vanskelig, hva hindrer deg i å snakke om det og oppsøke hjelp?*

→ Skam, mangel på tillit, å ikke bli møtt med forståelse

*Råd fra målgruppen til kommuner og sykehuset*

- Gi hjelp på den unges premisser
- Mer tilgjengelig og fleksible tilbud, slippe å gå til fastlegen
- Samarbeid og kommuniser, vær obs på overganger
- Kunnskap / informasjon om hvilke tilbud som finnes
- Behandle den unge med respekt og lydhørhet
- Ønsker psykisk helse som eget fag i skolen

**Forprosjektgruppen konkluderer med at innspill fra ungdom er relevante i forhold til forprosjekts mandat og bør legges til grunn for eventuelt videre prosjekt.**

*Svar på mandatets spørsmål 1 og 2*

«Beskriv noen typiske/kritiske situasjoner hvor aktørene i dag kommer til kort/ikke greier å levere så gode tjenester som ønskelig i forhold til denne pasientgruppen» og «Beskriv hvordan aktørene skulle ønsket at de kunne agert i de situasjonene som er beskrevet i punktet ovenfor?»

*Innspill fra ansatte*

*Kjennetegn ved situasjoner der det er behov for forbedring*

- Komplekse saker med mange aktører og nivåer
- Ved informasjonsoverføring og samhandling
  - Flere aktører har bekymringer, ikke alvorlige hver for seg, men samlet kan det være svært alvorlig
- Der ansvar og tjenester er fordelt på flere
- Ulike økonomiske rammer
- Ved faglig uenighet – herunder om behandlingsnivå
- Ved manglende ressurser og tjenester
- Spesialisthelsetjenesten kjenner ikke kommunenes kompetanse (PRA og DPS)
- Ved manglende kunnskap om eksisterende tiltak
- Ved dårlige rutiner ved overføringer mellom nivåer (Inn-/ utskrivning)
- Når forventninger til hverandre er ikke omforent
- Når pasienter/pårørende som ikke ønsker tilbudet
- Når krav til dokumentasjon og tidsfrister gir manglede muligheter for tilpasninger og fleksibilitet

*Eksempler på situasjoner, ikke utfyllende*

- Skolevegring
- Rus og dropp ut

- Vold og overgrep i hjemmet
- Pasienter avbryter etter omfattende utredning i BUPA, lange utredninger oppleves meningsløse
- Ikke syk nok for poliklinisk/innleggelse spesialisthelsetjeneste, men for syke for det kommunale helsetilbudet og fastlege
- Veiledning og psykoedukasjon til foreldre og barn
- Overgang fra ungdom – voksen = ulike vurderinger og behandlingsmetoder

#### *Hva får vi ikke til godt nok?*

- Sikre gode overganger i alle ledd, både fra barn til voksen og mellom institusjon og kommune.
- Forpliktende samarbeid over tid
- Gir ikke nok intensiv behandling til at den fungerer godt, tar for lang tid
- Har ikke gode nok strukturer for samhandling til å finne gode løsninger.
- Ikke tilstrekkelig fleksibilitet og samtidighet i samarbeid
- Forskjellig lovverk og økonomi problematiseres når ansvar skal plasseres.
- Opplevelse av at fokus i ansvarsgrupper dreies fra barnets beste, til blir hvem som skal gjøre hva
- Kommunikasjon og samarbeid med fastlegene
- Gråsoner, når vi ikke er enige om grad en av alvorlighet
- Ikke godt nok tilbud til lettere og moderate plager i kommunene

#### *Hindringer for god samhandling*

- Manglende myndighet i samhandling
- Mangelfulle ressurser eller handler det om prioritering innenfor de ressursene vi har?
- Mangler definerte personer som **kan** koordinere tjenestene rundt pasient / bruker, kompetanse/myndighet
- Mangelfull samhandling-/erfarings/fagkompetanse
- Mangler «en dør inn»
- Ungdommer kommer ikke frem med sine behov, foreldrene har regien
- Over 18 år = besøk hos fastlege koster penger
- Mangelfull kunnskap om hverandres tjenestetilbud
- Gap mellom skole og helse, manglende rutiner for samarbeid
- Manglende elektronisk kommunikasjonsverktøy
- Oppstart av behandling og krav i pakkeforløp
- Barn og foreldre som ikke møter på BUPA
- Koordinerte tjenester er pålagt, men vi vet at tjenestene ikke alltid er godt koordinert

Hvordan kan vi få til bedre samhandling og koordinerte tjenester innenfor eksisterende ressurser og rammer?

Spørsmålet ble stilt til ansatte i tjenestene, fordi vi mener at «de som har skoa på» kan komme med gode innspill til endringer. Vi har inndelt svarene i 3 tema.

#### *Forebyggende arbeid*

Ansatte i tjenestene har spilt inn en rekke tema og tiltak. Viktige prinsipper i forebyggende arbeid er tidlig innsats og være tett på målgruppen. Aktørene må ha kunnskap om psykososiale faktorer og bygge opp kompetanse på de arenaene de unge er. Det må vektlegges å styrke de unges selvfølelse, at de er mer enn bra nok som de er. Det er viktig å jobbe med inkludering, mestring, gode relasjoner og til unge med migrasjonsbakgrunn (f.eks Flexid).

Undervisning om psykisk helse, livsstilmestring og helsefremmende arbeid bør inn i skolen. Det foreslås flere trygge voksne inn i skolen; miljøterapeut, sosionom, sosiallærer, helsesykepleier.

### *Tilgjengelighet og lavterskel*

Ansatte spiller inn at det er viktig å være tilstede og tilgjengelig på de arenaene ungdommene er på; hjemme, skole, trening, kafè, gå tur, fritidstilbud etc. Det etterlyses lavterskeltilbud i kommunene som har mulighet for å gi rask hjelp, i form av kartlegging av behov og samtaler og gode fritidstilbud med nok voksne tilstede. Mulighet for bedre tilgang til fagpersoner og at tjenestene er tilgjengelig via sms og digitale meldingstjenester, og tilbyr nettbasert rådgivning. Ansatte mener at dette kan bidra til å løse utfordringer på lavest mulig omsorgsnivå.

### *Samarbeid og kommunikasjon*

En modell som legger til grunn samhandling om og med pasienter / brukere forutsetter god og respektfull kommunikasjon mellom aktørene. Kommunikasjon og samhandling skal skje på de arenaene brukerne er, både fysiske og nettbaserte.

Samhandling og kommunikasjon mellom tjenesteyterne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten kan bli bedre ved følgende tiltak:

- Tverrfaglige drøftinger og strukturert samarbeid
- Aktiv bruk av ansatte med koordinatorfunksjon
- Kurs og veiledning fra spesialisthelsetjenesten til skoler og andre relevante samarbeidspartnere
- Kort responstid, enkelt å drøfte før henvisning – «henvendelse før henvisning»

**Forprosjektgruppen konkluderer med at innspill ansatte er relevante i forhold til forprosjekts mandat og bør tas med i et eventuelt videre prosjekt.**

### *Oppsummering av kartlegging*

Oppsummeringen baseres på kartleggingene og arbeid i prosjektgruppen.

Det er utfordringer i samhandlingen mellom i kommuner og spesialisthelsetjeneste, og internt mellom tjenestene. **Utfordringene går blant annet på hvilket nivå bruker / pasient skal behandles og behandlings- og oppfølgingsansvar når barneverntjenesten er med i samarbeidet.**

Samhandlingsutfordringer gjør at målgruppen ikke alltid settes i fokus, får den beste og rette behandlingen til rett tid. Vi lykkes ikke med å få tak i ungdommene tidlig nok til å identifisere utfordringer og hindre negativ utvikling av psykisk helseproblemer.

**Hovedvekt av tiltak og tilbud til målgruppen er i kommunene. Det tilbys en rekke tiltak og prosjekter i kommunene i Vestfold, noe som gjør at det er utfordrende å få full oversikt for brukere/pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Nettsidene i de enkelte kommunene er i varierende grad brukervennlige. For mange av tiltakene, er det ikke gjennomført systematisk evaluering av effekten av tiltakene.**

**Det er manglende koordinering av tiltak og tjenester mellom kommune og fastleger. Fastleger har i liten grad oversikt over kommunale tiltak for målgruppen. Det er ikke uvanlig at fastleger henviser til spesialisthelsetjenesten, uten forutgående kontakt med kommunale tjenester og vise versa.**

**Det er mangel på arenaer som er tilegnet og tilgjengelige for ungdom der kommuner og spesialisthelsetjenesten samhandler. Ungdommene etterlyser tilgjengelige fagpersoner på lett tilgjengelige arenaer, tilpasset dem.**

Brukere har rett til reell mulighet for å påvirke egen behandling/oppfølging. Flere kommuner har ansatt erfaringskonsulenter som rådgivere i tjenester for voksne, men dette er ikke i like stor grad et

tilbud for de under 18 år. I spesialisthelsetjenesten er det erfaringskonsulenter ved DPS. Brukermedvirkning kan ha enda tydeligere fokus i tjenestene både på individ- og systemnivå.

Kommunene savner at spesialisthelsetjenesten er arenafleksibile, og opplever manglede tilrettelegging / individuell tilpassing for pasientene. Spesialisthelsetjenesten henviser pasienter og pårørende til kommunale tiltak, uten at det har vært kontakt med kommune.

Det brukes mye ressurser på mange møter med mange deltakere uten tydelig nok struktur og beslutningspunkter.

Innføring av pakkeforløp i psykisk helse og rus har medført endringer i krav og arbeidsmetoder i spesialisthelsetjenesten, det jobbes med implementering av endringene. Pakkeforløpene stiller også krav til ansvar, oppgaver og koordinering i kommunene. Implementering av pakkeforløpene har foreløpig i liten grad medført endringer i de kommunale tjenestene, slik intensjonen er fra Helsedirektoratet.

## Samhandlingsmodeller

### Oversikt samhandlingsmodeller

Forprosjektet har vurdert en rekke internasjonale og nasjonale modeller.

Internasjonale modeller fra «Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: a scoping review», (4):

- ACCESS Open Minds, Canada
- Forward Thinking Birmingham, England
- Foundry, Canada
- Headspace, Australia
- Jigsaw, Irland
- Orygen Youth health, Australia
- YouthCan IMPACT, Canada
- YouthOneStop shop, New Zealand

For beskrivelse av disse samhandlingsmodellene vises det til norsk oversettelse i vedlegg 3: Kunnskapsoppsummering

Norske modeller, fra Sintef Rapport 2017:00418

- Pasientforløp, Trondheim
- Familiehus og samhandlingsteam, Nøtterøy
- Tverrfaglig lavterskelteam, delvis ambulerende, i Tromsø
- Ungdomshjelpa, Lier

For beskrivelse av de ulike samhandlingsmodellene vises til [«Evaluering av samhandlingstiltak rett mot utsatte barn og unge», Sintef Rapport 2017:00418](#) (3)

### Aktuelle modeller

- [Ung Arena](#), Oslo
- [Barn og unges helseteneste](#), Helse Fonna HF
- Veiledningsgrupper for fastleger, 4 partssamarbeid, fastleger, kommuner koordinatorene, DPS og NAV, i Sandefjord og Larvik

## Prosjektet Barn og unges helseteneste

Helse Fonnas samhandlingsprosjekt ble gjennomført i 2016/2017. Hovedmål med prosjektet var å utarbeide pasientforløp på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste for å sikre sammenhengende helsetjenester. Alle de 18 kommunene i Helse Fonna sitt opptaksområde har vært direkte eller indirekte involvert i arbeidet.

I prosjektet er det utviklet 7 samhandlingsforløp for barn og unge, bekymring for barn 0-3 år, tristhet og depresjon, bekymring og angst, oppmerksomhetsvansker, vold, overgrep og omsorgssvikt, spisevansker og -forstyrrelser, angstlidelser, autismespektervansker og komplekse traumer. Forløpene er utviklet etter modellen *Bedre Tverrfaglig Innsats*.

Samhandlingsforløpene omtaler hvordan kommunale aktører og barne- og ungdomspsykiatrien skal skape barn og unges helsetjeneste, gjennom beskrivelser av aktuelle tiltak fra første bekymring for barnet, tiltak i kommunale tjenester og til gjennomført behandling i spesialisthelsetjenesten. Beskrivelser av barne- og ungdomspsykiatri forløpene ligger på Helse Fonna sine nettsider, mange kommuner har linker til sidene.

Erfaringer fra prosjektet er at samhandlingen er omfattende og tar tid, det er viktig å aktivisere alle aktører på ulike nivå. Fastlegene er utfordrende å få med i implementering. De ser at samhandlingen bedrer seg for aktørene. Helse Fonna ser på mulighet for å videreføre sitt prosjekt til andre helseforetak. Det innebærer et større arbeid med tekster på nettsidene og opprettelse av et redaksjonsråd for forvaltning av tekster i forløpene. Det jobbes med endringer i prosjektet, som handler om å tone ned diagnosefokus og beskrive mer om mestring og hva som er normalt.

## Veiledningsgrupper

Dette 4 partssamarbeidet på fastlegekontor, er en eksisterende modell i Sandefjord, Larvik og Tønsberg. Målet er å utvide ordningen til alle kommuner i Vestfold. Målgruppen er voksne pasienter med psykiske lidelser og rus. Formålet er samarbeid omkring enkelt pasienter for å gi mer sammenhengende forløp i helsetjenesten, samt gjensidig kompetanseheving slik at alle parter oppnår best mulig kompetanse i pasientbehandlingen. Deltaker er fastleger, kommunal psykiatri/rus tjeneste, Tjenestekontor, NAV og DPS.

Veiledningsgruppene holdes på fastlegekontorer etter en oppsatt plan og varer ca. en time. Her drøftes konkrete pasientsaker etter samtykke fra pasienten. Det kan dreie seg om henvisninger man vurderer til en av instansene, eller om pasienter som er i behandling hos en annen instans. Hvis pasienten er i behandling hos en instans, møter som hovedregel behandler fra denne instans. Det er også anledning til å drøfte generelle problemstillinger eller pasientsaker på anonymt grunnlag.

### Erfaringer fra DPS og fastlege representant

- Veiledning gjør at fastleger klarer mer selv, viderehenviser riktige pasienter
- Henvisningspraksis blir bedre, rett pasient, til rett tid, på rett sted = ikke færre henvisninger, men kanskje riktigere pasienter henvist.
- Fanger opp pasienter som ikke ville bli henvist, fastleger har pasienter «som ingen kan hjelpe».
- Tilbud i kommunene bli kjent for alle.
- Tydeligere avklaring av oppgave- og ansvarsfordeling mellom 1. og 2. linje
- Gjensidig tillit og respekt, spesialisthelsetjenesten stoler på at kommunene kan vurdere sine saker og kommunen stoler på spesialisthelsetjenestens vurderinger.
- Bedre samarbeidsklima

## Ung Arena modellen

Ung Arena er laget etter inspirasjon fra Headspace i Australia og er et samtaletilbud for barn og unge mellom 12 - 25 år. Hovedsakelig med fokus på psykisk helse og rus, men ungdom kan komme uansett grunn. Første senter ble etablert i bydel Gamle Oslo i 2016. Ung Arena har kultur for deling av kunnskap, erfaringer og tverrfaglig likeverdig kompetanse.

**«Et sted man kan snakke om det man har på hjertet. Her finner man alltid noen å snakke med. Ingen problemer er for store eller for små»**

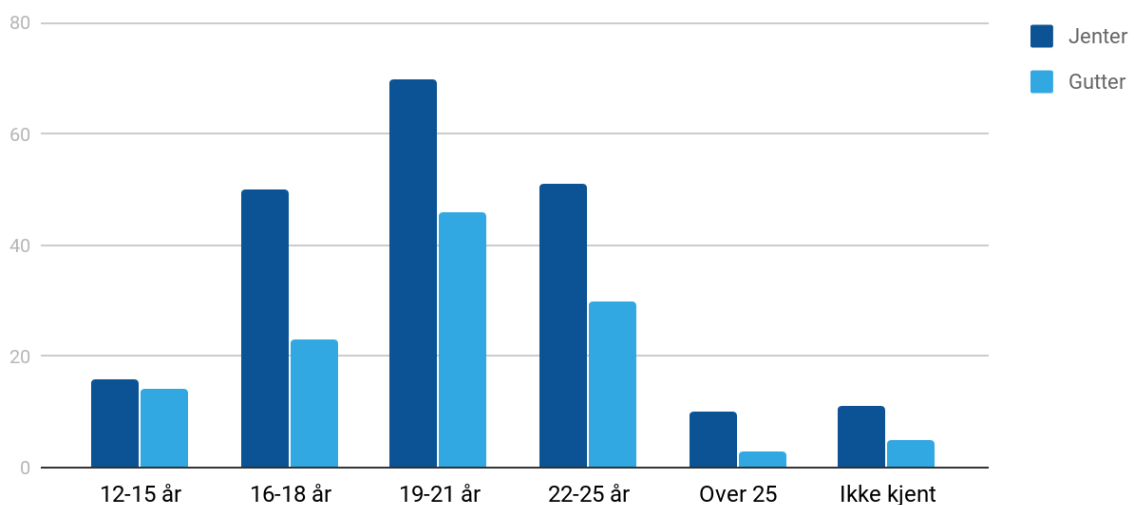
### Ung Arena konseptet drives etter 8 prinsipper

- Brukermedvirkning som bærende prinsipp
- Lavterskel
- Mulighet for anonymitet
- Ung-til-ung metodikk / erfaringskonsulenter
- Frivillige er en del av bemanningen
- Samlokalisering av tjenester
- Fast kontaktperson og mulighet for å holde kontakt så lenge ungdommen ønsker det.
- Sømløs overgang til spesialisthelsetjenesten.

Ung Arena i Gamle Oslo har åpent alle hverdager fra kl. 12:00 – 16:00, tirsdager og torsdager til kl. 18:00, det jobbes med utvidelse av åpningstidene. Ung Arena Gamle Oslo er tilgjengelig på telefon, sms og chat, andre Ung Arenaer bruker telefon og sms. De er aktive på sosiale medier, Facebook, Instagram og Snapchat. Ansatte bistår brukere med å opprette kontakt, gjøre avtaler og eventuelt være med til møter med samarbeidende aktører.

Ung Arena jobber aktivt ut mot ungdoms- og videregående skoler og aktuelle samarbeidspartnere. De har god dialog med fastleger og opplever at fastleger oppfordrer ungdom til å oppsøke stedet. De fleste brukere kommer etter eget initiativ 52 %, henvist fra pårørende 17 % og resterende 31 % fra fagpersoner, eks fastleger. Hovedtyngden av brukere er mellom 16 – 25 år.

### Tall på antall ungdom som har vært i kontakt med UA (Alder + kjønn)



Figur 4: Alder og kjønnsfordeling Ung Arena Gamle Oslo.



### Ansatte

- Erfaringskonsulenter
- Psykologer
- Helseysykepleier
- Sosialfaglig
- Frivillige
- Studenter i praksis

### Ung Arena modellens 3 nivåer

#### Nivå 3:

Unge med komplekse problemer kan få behandling av en profesjonell / kan bli henvist videre til spesialisthelsetjenesten



### TRE NIVÅER

#### Nivå 1:

Ungdom kan komme innom for å snakke med noen / kan være anonym og få informasjon .



#### Nivå 2:

Ungdom med et definert problem får noen og snakke meg og er i oppfølging



Figur 5: Ung Arena modellens 3 nivåer

Hentet fra presentasjon av Ung Arena bydel Gamle Oslo

### Innhold

Det er en mulighet for samtaler, ulike aktiviteter, temakvelder og faste tider for besøk av samarbeidspartnere, eks. NAV, Oppfølgingstjenesten, Barnas Jurist, m.fl.

Tilgjengelighet på erfaringskonsulenter, fagpersoner og frivillige.

- Dropp inn, ingen ventetid
- Ingen tidsbegrensning på hvor mange samtaler
- Brukerne velger selv hvem de ønsker å snakke med innenfor åpningstidene.
- Mulighet for å være anonym

Ung Arena er brukerorientert og har i tillegg til ansatte erfaringskonsulenter, et ungdomspanel som er med på å bestemme utforming av lokaler, drøfter og planlegger innhold og aktiviteter. Ungdomspanelet møtes månedlig.

[Ung Arena i Oslo](#), kan bistå ved oppstart av nye arenaer, etter inngåelse av en intensjonsavtale for videre samarbeid. Intensjonsavtalen er uten kostnad, men det ligger forpliktelser blant annet til å følge Ung Arena Modellens 8 prinsipper, dele dokumenter og informasjon, dele logo og

markedsføringsmateriell, samarbeid og nettverksmøter. Intensjonsavtale inngås mellom Ung Arena og kommune eller interkommunale samarbeid.

### Skåring av suksess kriterier, prinsipper og nøkkelegenskaper for samhandlingsmodeller

Forprosjektet har laget et oppsett på kriteriene er hentet fra mandatets overordnede mål, Sintefrapportens suksesskriterier for samhandlingsmodeller (3), kunnskapsoppsummeringen «Key attributes of intergrated community-based youth service hubs for mental health; a scoping review», (4) og heftet Ungdomsvennlige tjenester (5).

Vi har valgt å skåre to av modellen Ung Arena og Barn og Unges helseteneste, ved Helse Fonna HF.

Kriterier for samhandlingsarenaer for barn og unge, 12-25 år	Ung Arena	Samhandlingsforløp/integrering av pakkeforløpene i kommunene
<b>Overordnede mål for samhandlingsmodell</b>		
Pasientene skal oppleve helhetlige og samordnede tjenester, som tar utgangspunkt i pasientenes behov	Ja	Ja
Helsetjenesten skal sette inn ressursene så tidlig som mulig for å hindre ytterligere sykdomsutvikling og funksjonssvikt	Ja	Ja
Helsetjenesten skal sette inn ressursene på laveste effektive omsorgsnivå (når innsatsen gir størst helsegevinst), og på sikt redusere behovet for helsetjenester	Ja	Ja
<b>Sintef rapportens suksesskriterier for samhandlingsmodeller</b>		
Brukerinvolvering og brukerperspektiv	Ja	Ja
Hva er viktig for deg?	Ja	Ja
Lavterskeltilbud	Ja	-
En dør inn	Ja	Nei
Tverrfaglighet, roller og ansvar	Ja	Ja
Utvikling av felles rutiner	Ja	Ja
Kunnskapsbasert praksis, -erfaringskonsulenter	Ja	-
Fokus på ressurser og mestring	Ja	-
Forankring, - og videre integrasjon i ordinært tilbud	Ja	-
Balansere standardisering og skreddersøm	Ja	(?)
<b>Tillegg fra Sak i Samhandlingsutvalget</b>		
Arenaer for samtidige tjenester	Ja	?
Rask dialog mellom tjenestene	Ja	Ja
Integrert modell, kommune og spesialisthelsetjeneste sammen	Ja	-
Skape digitale plattformer, utveksle informasjon og kommunisere til pasienter og pårørende	Ja	-

Kriterier for samhandlingsarenaer for barn og unge, 12-25 år	Ung Arena	Samhandlingsforløp/integrering av pakkeforløpene i kommunene
<b>Ungdomsvennlige tjenester</b>		
Høy grad av innflytelse på eget liv og på tjenestene	Ja	Delta i utforming
Erfaringskompetanse brukes systematisk som ressurs (Gjerne en erfaringskonsulent)	Ja	Delta i utforming
Fagkompetanse om ungdom (teoretisk og praktisk kunnskap)	Ja	Ja
Kulturell kunnskap om ungdom (hva kjennetegner ungdomstiden i dag)	Ja	Ja
Drop inn og oppfølgingstimer hele døgnet	Delvis, åpningstider	-
Oppfølging på ungdommens egne arenaer	Ja	Ja, delvis, 12 – 18
At det er rom for alle vanskelige forhold i livet	Ja	-
Tjenesten er lett tilgjengelig	Ja	Ja, delvis, 12 – 18
De som jobber i tjenestene er fleksible	Ja	-
Hjelp til praktiske ting	Ja	-
Tjenester bruker sosiale medier til kommunikasjon	Ja	-
Fysisk miljø/lokaler er tilpasset behovet til ungdomsgruppen	Ja	-
Oppmerksomhet i forhold til alle typer overganger	Ja	Ja
Rettigheter i lov og barnekonvensjonen	Ja	-
Samarbeid på tvers av tjenester, i samråd med ungdommen	Ja	Ja
<b>Scoping review artikkel, - prinsipper / nøkkelegenskaper for koordinerte tjenester</b>		
Forbedre tilgjengelighet og tidlig intervensjon	Ja	-
Fysisk samlokalisering av kompetanse	Ja	Delta i utforming
Involvering av både barn og familie	Ja	?
Tilrettelagte tjenester (brukervennlig for barn & unge)	Ja	Ja
Kunnskapsbasert tilnærming	Ja	Ja
Partnere og samarbeid	Ja	Ja

## Vurdering av Barn og unges helseteneste

Barn og unges helseteneste i Helse Fonna HF inneholder mange elementer vi har sett etter i vårt arbeid. Kartlegging og analyse viser mye av de samme utfordringene i samhandling.

Forprosjektgruppens vurdering av modellen er at den gir gode muligheter for forbedringer i samhandling internt/eksternt. Forløpene er laget for barne- og ungdomspsykiatri og kommunene, og er ikke et tilbud tilpasset forprosjektets målgruppe, 12-25 år. Samhandlingsforløp som modell innfrir overordnede mål i mandatet, men ikke de sentrale kriterier og nøkkelegenskaper for samhandlingsmodeller/-arenaer forprosjektet har lagt til grunn for anbefalingene til Samhandlingsutvalget.

## Vurdering av veiledningsteam

Veiledningsteam hos fastleger er en etablert samhandlingsmodell, som aktørene vurderer at fungerer godt og etter hensikten. Det planlegges utvidelse til flere kommuner i regi av DPS Vestfold.

Målgruppen er voksne pasienter fastleger/kommuner og spesialisthelsetjeneste samarbeider om. Veiledningsteam oppfyller overordnede mål i mandatet, men det er liten grad av brukermedvirkning og oppfyller få av suksesskriterier og nøkkelegenskaper for samhandlingsmodeller/-arenaer for barn og unge.

### Vurdering av Ung Arena

Ung Arena er den av modellene vi har sett på i forprosjektet, som innfrir flest suksesskriterier og prinsipper / nøkkelegenskaper for samhandling, fra nasjonale og internasjonale evalueringsrapporter og kan betegnes som en ungdomsvennlig tjeneste. Forprosjektgruppen vurderer at modellen svarer opp ungdommenes behov og ønsker.

Ung Arena sine tall viser at de har lav andel brukere mellom 12 – 15 år. Det stemmer med forprosjektgruppens mening om at Ung Arena vil passe best for de fra 15 år og oppover.

Ung Arena kan legges til eksisterende tjenester, samlokaliseres, det forutsetter en sentral lokalisering.

Sintef publiserer en håndbok for etablering og drift av Ung Arena i februar/mars 2020. Ung Arena er i ferd med å bli en merkevare, som spres til flere steder i landet, Bergen, Bø i Telemark, Hjartdal, Kragerø, og flere steder i Oslo. Etablering av flere Ung Arena sentre i landet, taler for at konseptet gir god merkevarebygging og gjenkjennelse, eksempelvis kan studenter som flytter kjenne igjen logo og senter.

### Svar på mandatets spørsmål 3

Hva ser vi for oss at Ung Arena skal være i Vestfold?

Ung Arena modellen har i utgangspunktet avtaler med spesialisthelsetjenesten. Forprosjektgruppen ser for seg at det i Vestfold skal være en samhandlingsarena mellom kommunale aktører og spesialisthelsetjenesten.

Arenaene må være for alle ungdommer, uavhengig av hvilken kommune de bor i.  
Et tilbud til barn og unge i Vestfold, som det er enkelt å kontakte og oppsøke.

#### Aktører i Vestfold

De samme ansatte som Ung Arena, erfaringskonsulenter, psykologer, helsesykepleier, sosialfaglig, frivillige og studenter i praksis.

#### *Brukerrepresentasjon*

- Erfaringskonsulenter
- Ungdomspanel/-råd

#### *Kommunale tjenester på arenaen*

- Barn, unge familie
- Psykisk helse og rus
- Oppvekst og kultur

#### *Spesialisthelsetjeneste på arenaen*

- BUPA
- DPS
- Avdeling rus og avhengighet

## Tilgjengelighet

For målgruppen er det viktig å kunne enkelt komme i kontakt med ansatte på arenaene. Tilgang bør være via oppmøte på stedet, tilgjengelighet på telefon og sms. Chat via nettsider er ønskelig, kan eventuelt betjenes interkommunalt, samarbeide mellom flere arenaer i Vestfold.

## Innhold og åpningstider

Innspill fra barn og unge sier at de trenger et sted som er åpent etter skole-/arbeidstid og så langt som mulig utover kvelden. De ønsker også at en slik arena skal ha åpent på søndag-/helligdager.

En dør inn med mulighet for oppfølging av den enkelte bruker, være los og formidler, til andre tjenester i kommuner og spesialisthelsetjeneste. Ansatte må kjenne til ulike tiltak og tjenester på flere nivå, arenaen må jobbe med nettverksbygging og informasjonsformidling til brukere og andre tjenester.

«*Tilknyttede tjenester/tiltak*», som kan vurderes å tilknyttes arenaen, i de grad brukere ønsker det.

- Helsestasjon for unge, kjønnsdelt, egne ettermiddager/kvelder for gutter og jenter
- Utekontakt
- NAV, «jobb-intro», CV kurs, rådgivning og tilrettelegging
- Fastlege
- PP-tjenestene
- Oppfølgingstjenesten
- Videregående skole, rådgivningstjenesten
- Alternativ til vold
- Konfliktrådet
- Politi, Kriminalomsorgen
- Frivillighetssentralen
- Legevakt
- Andre

## Aktiviteter

Diverse kurs og temakvelder. De fleste kurs er utformet for de over 18 år, men kan tilpasses yngre brukere, eks.:

- Livsmestringskurs, med mindfulness
- Angst- og depresjonsmestring
- Traumestabilisering
- Sinnemestring
- «Boligskole»
- «Bra mat»
- Søvn
- Konflikthåndtering

Fysisk aktivitet, ulike grupper

Matlaging og servering enkelte ettermiddager/kvelder

## Spesialisthelsetjenestens rolle

Er å være aktiv partner, tilstede på arenaene og tilgjengelig for samtaler, faglige drøftinger og inntaksvurderinger til spesialisthelsetjenesten, eventuelt veiledning av ansatte.

## Fastleger

Ønsker et sted «å sende/henvis» målgruppen for avklarende samtale(r). Et sted fastlegene er trygge på at det finnes noen å snakke med, som også kan vurdere videre tiltak og gir tilbakemeldinger og samarbeider med fastlege. Ung Arena Gamle Oslo har gode erfaringer med dette.

### Utfordringer med å se nye modeller

Utvikling av en samhandlingsmodell vil kreve en del ekstra ressurser i planlegging, oppstart og prosjektperiode. Situasjonen i kommunene i dag, som vi er kjent med i forprosjektgruppen, er at budsjettene har lite rom for mer enn lovpålagte tjenester. En samhandlingsmodell vil kunne søke prosjektmidler fra Fylkesmann og eventuelt Helse Sør-Øst, samtidig er det viktig at det er ligger muligheter for videreføring av modellen etter prosjektperioden. Kravene til modellen vil derfor være at driften må kunne dekkes innen eksisterende rammer på sikt.

Kommunene er ikke organisert likt, det jobbes med utvikling av nye organiseringer og det er pr i dag igangsatt flere prosjekter for deler av målgruppen. Dette gjør at prosjektet med utvikling av en samhandlingsmodell og eventuelle nye arenaer for samhandling til et komplekst og tidkrevende arbeid.

### Svar på mandatets spørsmål 4-10

#### 4. Hva hindrer aktørene i å realisere den modellen som er beskrevet i punktet ovenfor?

- At prioritering av nødvendige økonomiske ressurser ikke kan realiseres
- At nødvendig og relevant kompetanse ikke er tilgjengelig i tilbudet
- At aktørene ikke har nødvendige verktøy for dokumentasjon og utveksling av tilstrekkelig informasjon
- At egnede lokaler ikke finnes
- At aktørene ikke er omforent om faglig plattform og innhold
- At kulturelle utfordringer og forskjeller ikke jobbes med, blant annet gjensidig respekt og tillit, faglig ståsted / tradisjoner og holdninger til samarbeid.

#### 5. Hva må til for å realisere modellen?

- Forankring på administrativt og politisk ledelsesnivå
- Prioritering av nødvendige ressurser fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, herunder midler til drift, egnede lokaler og kompetanse hos ansatte
- Etablering av forpliktende intensjonsavtale med en eller flere kommuner om driftsprinsipper
- Eventuelt etablere intensjonsavtale med Ung Arena Gamle Oslo

#### 6. Hvordan samhandler aktørene når modellen fungerer?

- Brukermedvirkningen er reell – det tas utgangspunkt i hva brukerne selv ønsker hjelp med, og å finne gode løsninger sammen med brukerne
- Kunnskap og erfaringer deles på tvers av profesjoner og tjenesteytere
- Prinsipper for Ung Arena-konseptet legges til grunn fra alle aktørene
- Det praktiseres stor grad av fleksibilitet og «sømløse» overganger mellom nivåene

*Hva kjennetegner de pasientene som i størst grad vil kunne ha nytte av den samhandlingsmodellen som er foreslått?*

- De er i aldersgruppe 12-25 år og er i risikozonen for å utvikle psykiske helseproblemer

- De har utviklet lette eller moderate psykiske lidelser
- Årsaken til pasientens psykiske lidelser / utfordringer er ikke avklart
- De har av ulike årsaker ikke sett seg i stand til eller tjent med å oppsøke de tradisjonelle helsetjenestene

7. Hva vil være suksesskriterier på at aktørene lykkes med den nye modellen?

Hvordan måle suksess/at man lykkes og hva vil være kjennetegnene på at modellen fungerer?

- Brukerne opplever et tilbud som er tilgjengelig ved behov, der de får nødvendig hjelp fra ulike aktører slik at de ikke må henvises videre
- Tilbudet er bedre tilpasset de ulike brukernes behov, og bidrar til å forebygge utvikling av psykiske lidelser
- De ulike tjenesteyterne har gjensidig nytte av samarbeidet
- Tilbudet er kjent, blir brukt og det er stor etterspørsel

Utfallsmål og målbare mål

Det er vanskelig å finne tall/data på de i målgruppen som mottar tjenester i kommunene. Vi vet ikke om vi får tar i de vi bør og om vi glipper på mange ungdommer. Forprosjektgruppen har sett på ønskede utfallsmål, hva man ønsker å oppnå med intervensjonen/ innføring av samhandlingsmodellen, og mulige målbare mål. Utfallsmålene og målbare mål er tenkt å speile effekt av modellen og kan benyttes i eventuell følgeforskning av «utvidet» Ung Arena i Vestfold.

Et klart utfallsmål er økt livskvalitet for målgruppen, videre kan det ses på muligheter for blant annet å monitorere; økt mestring, antall brukere i ulike risikosoner (grønn, gul og rød), tid fra første møte med tjenesten til oppstart behandling i kommunene og økt samhandling med fastleger (HELFO, -bruk av samhandlingstakst i aldersgruppen 18-25 år).

På sikt vurderes det at vi kan måle:

- Positive endringer i Ungdata tall for Vestfold
- Nedgang i NEET gruppen, "Not in Education, Employment, or Training" / "unge på kanten"
  - Flere i utdanning og flere gjennomfører videregående skole
  - Færre i tilrettelagt undervisning
  - Nedgang i antall unge på sosialhjelp
- Riktigere henvisninger til BUPA/DPS/TSB
  - Nedgang i «de som snus i døra», avsluttes etter 1. samtalen / halvdags utredning
  - Økt gjennomføring av utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten
- Monitorering av effekt av behandling i spesialisthelsetjenesten i Kvalitetsregistrene ved Klinikkk psykisk helse og avhengighet

Det er mulig å legge inn spesialmodul i Ungdata undersøkelsene. I forberedelser til eventuelt videre prosjekt og følgeforskning av Universitet i Oslo, bør det vurderes å legge inn egne spørsmål for Vestfold, samt standardisert livskvalitetsskjema fra Universitet i Oslo. Dette kan gi baseline mål og grunnlag for målinger over flere år. (Vedlegg 4: Notat følgeforskning)

8. Hva er de viktigste/mest utfordrende risikofaktorene med hensyn til å realisere modellen?

*Risikofaktorene*

- Modellen løser ikke alle samhandlingsutfordringer.
- Manglende forankring gir manglende gjennomføringskraft og implementering
- Økonomiske utfordringer, omprioritering av ressurser og personer
- At innarbeidede rutiner og holdninger ikke endres, manglende endringer kulturer
- At brukerne ikke får reell innflytelse og brukermedvirkning



- Prosjektet oppleves ikke som «vårt» felles, forvaltningsmessige skiller står i veien
- Konkurransen med alle de prosjekter og føringer som er igangsatt og eventuelt under planlegging

#### *De viktigste tiltakene som kan/bør iverksettes for å håndtere risikofaktorene*

- Forankring på ledelsesnivåene
- Grundig arbeid med verdigrunnlaget, visjoner, reell brukermedvirkning
- Legge til rette for langsiktige arbeid og måloppnåelse
- Team- og nettverksbygging
- Følge Sintef sine håndbok for implementering av Ung Arena
- Tro og lojalitet til konseptet

9. Hva trengs av forankring/informasjon/kommunikasjon før modellen kan realiseres?

10. Hvordan kan den foreslåtte modellen implementeres

Forprosjektgruppen har ikke hatt tid til grundig nok drøfting av spørsmålene, til å forslå strategier for styringsgruppen. Vi mener at det må gjøres grundig forankringsarbeid, fra topp til bunn i kommunene og spesialisthelsetjeneste. Informasjon og kommunikasjon må rettes til målgruppen, pårørende og alle aktører som berøres av prosjektet.

Dette kan eksempelvis gjøres ved å oppsøke barn og unge eks. på ungdoms- og videregående skoler. Gi grundig informasjon til ansatte, politikere, fastleger, spesialisthelsetjeneste og samarbeidspartnere. Bruke kommunale nyhetsbrev, nettsider, lokalaviser og lokal radio/TV, osv.

Vi mener at Sintef sin håndbok for etablering og drift av Ung Arena vil være et godt grunnlag for å planlegge implementering, i tillegg til at vi kan bruke kompetansen fra Ung Arena i Oslo.

## Konklusjon

Forprosjektets svar på oppdraget, en samhandlingsmodell for barn og unge mellom 12 -25 år i risikosonen for å utvikle psykisk helseproblemer, er å foreslå etablering av «utvidet» Ung Arena i flere kommuner, med Sykehuset i Vestfold som aktiv tilstedeværende deltaker. Forslaget baserer seg på de kartlegginger prosjektet har gjennomført, nasjonale og internasjonale rapporter med evalueringer / systematiske gjennomganger av samhandlingsmodeller for barn og ungdom og «Ungdomsvennlige tjenester». Forprosjektgruppen ser for seg at «utvidet» Ung Arena skal være mer enn de etablerte Ung Arenaene, vi mener det er nødvendig at spesialisthelsetjenesten er aktivt tilstede.

Kartlegginger og analyser gjort i forprosjektet viser at det er stort potensiale for forbedring i samhandling mellom tjenestene. Forprosjektgruppen er klar over at dette på langt nær løser alle utfordringer i samhandlingen mellom kommunene, spesialisthelsetjenesten og andre samhandlingsaktører, men «utvidet» Ung Arena kan være et sted for utvikling av bedre samarbeid og samarbeidskulturer.

Det er imidlertid viktig at etablering av «utvidet» Ung Arena ses i sammenheng med etablerte velfungerende arenaer for ungdom. Ung Arena foreslås innført som pilot i en, evt. to kommuner. Dette vil gi grunnlag for evaluering og følgeforskning av effekter (slik at vi sikrer en kontrollgruppe), før en eventuell utvidelse av modellen til flere kommuner. Forprosjektgruppen er ikke omforent i at modellen vil være hensiktsmessig å innføre i alle kommuner.



Avgjørende for videre prosjekt er forankring på rådmanns- og politisk ledelses nivå, samt ledernivåer i sykehuset. Innføring av «utvidet» Ung Arena vil berøre «alle» deler av den kommunale virksomheten; familie, oppvekst, kultur, helse, sosial og teknisk. Spesialisthelsetjenesten, Klinikk psykisk helse og avhengighet, må dedikere personell til å arbeide på «ute-arenaer».

«Utvidet» Ung Arena skal være steder som er lett tilgjengelig for målgruppen, med tilgang til personell med tverrfaglig kompetanse, erfarings- og fagkompetanse, med stor grad av medvirkning, der de kan ha tillit til at de kan få samtaler uten henvisning og ventetid. Ung Arena forventes å bidra til å hjelpe ungdommene å finne frem i tjenestene, ha fokus på tidlig innsats for å hindre forverring, og skape mer integrerte og helhetlige tjenester.

Forprosjektgruppen anbefaler at det vurderes utvidelse av de eksisterende Veiledningsgrupper for fastleger, til å gjelde saker fra Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og til flere kommuner. Det ses også et behov for at pakkeforløpene i rus og psykiatri integreres bedre i kommunen.

## Referanser

1. [Utviklingsplan 2018-2035](#), Sykehuset i Vestfold HF
2. [Ungdata undersøkelsen 2019](#). Velferdsforskningsinstituttet NOVA, ved OsloMet – storbyuniversitetet
3. Line Melby Marian Ådnanes, Jannike Kaasbøll, Frida Kasteng og Solveig Osborg Ose (2017) [Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge](#), Sintef Rapport 2017:00418, «Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlige tjenestetilbud».
4. Cara A. Settapani, Lisa D. Hawke, Kristin Cleverley, Gloria Chaim, Amy Cheung, Kamna Mehra, Maureen Rice, Peter Szatmari and Joanna Henderson, (2019) [Key attributes of intergrated community-based youth service hubs for mental health; a scoping review](#). International Journal of Mental Health Systems.
5. Fylkesmannen i Oslo og Viken i samarbeid med Ung Arena, S.T.O.L.T., Uteseksjonen Perspektiv, Utviklingscenter for helse- og rusarbeid i Gamle Oslo [Ungdomsvennlige velferdstjenester](#), inspirasjonshefte.

Tønsberg, 31.01.2020

På vegne av forprosjektgruppen  
Elin Katrine Vestly  
Prosjektleder

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Innstilling fra arbeidsgruppa nedsatt av Samhandlingsutvalget



## PASIENTER MED BEHOV FOR MER INTEGRERTE HELSETJENESTER – INNSTILLING FRA ARBEIDSGRUPPE

### 1 Kort om rapporten

Styret for Sykehuset i Vestfold vedtok utviklingsplanen for sykehuset på møte den 8. mai i år. Ett av de viktigste innsatsområdene i planen var et sterkere fokus på pasienter med en kompleks og sammensatt helsesituasjon, og med behov for mer integrerte og koordinerte helsetjenester. Dette er ofte pasienter som bruker mye helsetjenester – til dels også sosiale tjenester. Noen av disse pasientgruppene bruker mye tjenester i primærhelsetjenesten, andre bruker mye tjenester i spesialisthelsetjenesten, og noen bruker mye tjenester både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer – som nevnt ovenfor – ofte et betydelig behov for hjelp og tjenester fra andre aktører enn helsetjenesten.

Fram til møtet i Samhandlingsutvalget (SU) den 20. september i år, foregikk det et arbeid i regi av en uformell arbeidsgruppe for å konkretisere dette innsatsområdet. Denne arbeidsgruppen besto av representanter fra kommunene i Vestfold, SiV og en brukerrepresentant. Denne gruppen er nedenfor omtalt som «drodlegruppen».

Etter SU møtet i september, ble det nedsatt en formell arbeidsgruppe med et oppdrag fra SU om å besvare et mandat fram til SU møtet den 22. november 2018. *Det er denne arbeidsgruppen som med dette dokumentet legger fram sin rapport.*

Arbeidsgruppen har sett det som sin primæroppgave å «finne fram til»/identifisere mest mulig konkrete pasientgrupper som har behov for – og vil kunne nyttiggjøre seg – mer koordinerte og integrerte tjenester, og som ofte også har behov for tidlig innsats for å forebygge forverring av sykdom/funksjonsnivå.

De to målgruppene som arbeidsgruppen har identifisert og prioritert, er nærmere beskrevet i punktene 5 og 6 nedenfor. *Dette er altså de to pasientgruppene som arbeidsgruppen foreslår at det iverksettes konkrete prosjekter i forhold til – med siktemål å utvikle mer integrerte og mer helhetlige tjenester, og med et sterkere fokus på tidlig innsats for å hindre forverring.*

For å gi sammenheng og helhet i det arbeidet som er gjort fra styret i SiV gjorde sitt vedtak i mai 2018 og fram til den 22. november, har arbeidsgruppen funnet det hensiktsmessig også å gi en kort beskrivelse av den delen av arbeidet som ble gjort før arbeidsgruppen ble nedsatt. Det er gjort i punktene 2.1. og 2.2. *Selve arbeidsgruppens innstilling er derfor fra og med punkt 2.3.*

## 2 Nærmere om bakgrunnen for arbeidet og den helhetlige prosessen med å identifisere aktuelle pasientgrupper

### 2.1. Kort om utviklingsplanen til Sykehuset i Vestfold

Som nevnt i punktet ovenfor. Var et av de viktigste innsatsområdene i SiVs utviklingsplan et sterkere fokus på pasienter med en kompleks og sammensatt helsesituasjon, og med behov for mer integrerte og koordinerte helsetjenester. Det var flere grunner til at SiV fokuserte så sterkt på disse pasientgruppene i sin utviklingsplan:

- Det er god empirisk dekning for å si at et tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil kunne gi disse pasientene et samlet sett bedre tilbud
- Det er også stor grunn til å anta at mange av disse pasientene vil få et bedre tilbud dersom spesialisthelsetjenesten setter inn mer ressurser på å bremse sykdomsutvikling utenfor sykehus og i større grad følge opp endringer i helsesituasjonen før forverringen av pasientens helsesituasjon blir for stor
- Det antas også å være et betydelig potensiale for å øke pasientenes egenmestringsevne dersom primær- og spesialisthelsetjenesten opptrer mer koordinert og med et sterkere fokus på å styrke denne evnen og til å understøtte pasientenes forutsetninger for selv å kunne koordinere egen behandling og omsorg.

Utviklingsplanen var ikke spesifikk når det gjaldt akkurat hvilke pasientgrupper som burde omfattes av et slikt arbeid, men inviterte kommuner og pasient-/brukerorganisasjoner til et samarbeid for i fellesskap å finne fram til pasienter og pasientgrupper som vil kunne få en forbedret helsesituasjon dersom aktørene opptrer mer samlet, integrert og koordinert, og hvor en større del av innsatsen settes inn i pasientens eget hjem/på arenaer utenfor institusjon. Den understreket også viktigheten av å sette inn innsatsen tidlig i sykdomsforløpet/før forverringen av tilstanden var kommet for langt.

Da SiV styret behandlet utviklingsplanen den 8. mai, fattet styret blant annet følgende vedtak:

- *”Det forutsettes at plan for oppfølging skjer i nær dialog med kommuner, fastleger og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold og med pasient- og brukerorganisasjonene. Det er avgjørende for spesialisthelsetjenesten at det er tilstrekkelige ressurser i primærhelsetjenesten til å ivareta velfungerende oppfølging av felles pasienter og gode og sømløse pasientforløp.*

*Sykehuset inviterer kommunene i Vestfold til et konkret prosjekt der en nærmere definert gruppe av multisyke sikres en samhandlende tjenestekjede. En skisse til prosjekt tilstrebes å foreligge innen november 2018 med sikte på endelig utforming og oppstart i løpet av 2019.”*

Alle kommunene i Vestfold og alle brukerorganisasjonene fikk SiVs utviklingsplan til høring. Kommunene ga klart uttrykk for at de ønsket å samarbeide med SiV for å utvikle bedre og mer sammenhengende tjenester til pasientgrupper med et sammensatt og til dels komplekst sykdomsbilde. De presiserte også at et slikt samarbeid måtte skje på en strukturert måte – med utgangspunkt i de samarbeidsforaene og -strukturene som er etablert i Vestfold.

Også de pasient- og brukerorganisasjonene som avga høringsuttalelse, ga sin tilslutning til en slik satsing. Det samme gjorde flere av de ansattes organisasjoner.

### 2.2. Arbeidet etter at utviklingsplanen ble vedtatt og fram til SU møtet den 20.09.2018

Den 8. juni var det et fellesmøte mellom kommunene og SiV hvor Advisory Board hadde en bred presentasjon av hvordan det internasjonalt arbeides for å gi bedre, lettere tilgjengelige og mer integrerte helse- (og sosiale) tjenester til pasienter med et sammensatt og komplekst sykdomsbilde. Advisory Board er en organisasjon med stor kompetanse på hvordan helsetjenesten utvikler seg internasjonalt, og som formidler erfaringer på tvers av land. De senere årene har Advisory Board hatt mye fokus på utvikling av integrerte helsetjenester. SiV er medlem av Advisory Board.

Møtet den 8. juni ble avsluttet med at det ble nedsatt en "drodlegruppe" bestående av personer fra kommunene og SiV som gjennom sommeren sammen skulle diskutere hvordan et slikt prosjekt/samarbeid kunne legges opp, og ikke minst hva det skulle inneholde (med det menes blant annet hvilke konkrete pasientgrupper et prosjekt skulle omfatte). Etter hvert ble også brukersiden invitert til å delta i gruppen.

«Drodlegruppens» arbeid ble avsluttet med at det ble lagt fram en sak for SU den 20. september i år. SU fattet da følgende vedtak:

1. SU gir sin tilslutning til prinsippene for et mulig samordningsprosjekt.
2. SU gir sin tilslutning til mandat for arbeidet fram til 22/11, og åpner for at det kan søkes råd hos andre aktører ved behov.
3. Arbeidet i forprosjektet organiseres i henhold til alternativ 2, og suppleres med plan- og utviklingsdirektør.
4. Arbeidsgruppen holder tett kontakt med AU/SU.

Den arbeidsgruppen som ble nedsatt av SU, hadde følgende sammensetning:

- Geir Magnussen, Plan- og utviklingsdirektør SiV (leder)
- Sissel Andreassen, Rådgiver Horten kommune (sekretariat)
- Irene Jørgensen, Samhandlingssjef SiV (sekretariat)
- Torgeir Grøtting, Analysesjef SiV
- Geir Dunseth, Leder praksiskonsulentordningen ved SiV
- Tore Haukvik, Brukerrepresentant

Arbeidsgruppen fikk følgende mandat:

1. Identifisere pasientkategorier som har særlig stort behov for - og nytte av – mer integrerte og bedre koordinerte helsetjenester, og som kan egne seg som «pilot» for å utvikle generiske samhandlingsmodeller.
2. Beskrive baseline fakta om pasientreiser for utvalgt pasientkategorier
3. Anslå hvor stor denne pasientgruppen/disse pasientgruppene er i Vestfold.
4. Beskrive styrker og forbedringsområder i dagens pasientforløp for utvalget
5. Gi en kort prosjektbeskrivelse for å utvikle nye modeller for tjenester til aktuelle pasientgrupper, herunder forslag til målinger og følgeevaluering samt organisering av arbeidet.

Som det framgår av beskrivelsen nedenfor, har fokus i arbeidet særlig grad vært rettet inn mot å identifisere pasientgrupper, begrunne hvorfor disse bør velges, og identifisert utfordringer og begrensninger i måten aktørene i dag møter disse pasientgruppens behov på. I de premissene/forutsetningene som er beskrevet i punkt 4, ligger det også viktige erkjennelser av hva som er sentrale forutsetninger for å få til god praksis. Arbeidsgruppen har også gitt innspill til aktuelle problemstillinger for arbeidet i neste fase; jfr. punkt 7 i rapporten. Siden det fortsatt gjenstår en del

arbeid med å konkretisere/spisse pasientgruppene, har det ikke vært mulig å tallfeste hvor store de to gruppene er.

### **2.3. Kort om arbeidsgruppens tilnærming til oppdraget**

Både i regi av «drodlegruppen» og i de innledende fasene av denne gruppens arbeid var det mye fokus på analyser av de pasientgruppene som i størst grad bruker ressurser fra den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Det vil si de 5 % av pasientene som brukte mest somatiske spesialisthelsetjenester. Det viste seg at denne pasientgruppen i liten grad brukte kommunale helsetjenester. I hvert fall brukte de i liten grad spesialisthelsetjenester og kommunale pleie- og helsetjenester noenlunde samtidig.

Arbeidsgruppen valgte derfor etter hvert en litt annen tilnærming når den skulle identifisere pasientgrupper som var egnet til å følge opp SiVs styrevedtak og vedtaket i SU. Fokus ble dreid mer i retning av pasientgrupper som tilfredsstillt ett eller flere av følgende kjennetegn:

- Har mye behov for tjenester, og gjerne fra flere aktører
- Sliter med å ivareta koordineringsbehovet på egen hånd/har lav egenmestringsevne
- Står i fare for å få forverret tilstanden/situasjonen dersom tjenesteleverandørene ikke setter inn innsatsen raskere og mer koordinert
- Kan få bedret situasjonen hvis tjenesteleverandørene opptrer raskere/tidligere, mer koordinert og samtidig
- Kan få bedret sin situasjon hvis tjenesteleverandørene greier å utveksle informasjon raskere og mer presist, og dermed får tilgang til beslutningsstøtte så raskt som mulig når situasjonen krever det.

Når en skal identifisere pasientgrupper som tilfredsstillt ett eller flere av disse kjennetegnene, kan det være snakk om pasienter som «er i kommunen», opplever en forverring/eskalering av sin situasjon, og hvor tidlig og tung innsats fra spesialisthelsetjenesten kan bidra til å hindre forverring. Men det kan også være snakk om sykehuspasienter som trenger bedre oppfølging etter utskrivelse, og hvor sykehuset – naturligvis sammen med kommunen og fastlegen - kan være behjelpelig med å få til dette; eksempelvis i form av ambulante team.

Arbeidsgruppen konkluderte forholdsvis raskt med at det var lite hensiktsmessig å jakte på pasientgrupper basert på særskilte diagnoser. Funksjonsnivå og mestringsevne er viktigere inklusjonskriterier.

Arbeidsgruppen har hatt tre arbeidsmøter. I tillegg har den hatt ett møte (08.11.2018) med relevante fagpersoner fra SiV og kommunene i Vestfold. Den har også hatt ett møte med AU (08.11.2018). På disse møtene ble aktuelle pasientgrupper presentert og diskutert. Dette er de pasientgruppene som er beskrevet i punktene 5 og 6.

*Med dette dokumentet leverer arbeidsgruppen sin innstilling.*

## **3 Mål med et videre arbeid**

Det har i prosessen så langt vært arbeidet mye med å formulere gode mål for hva som skal oppnås med en mer integrert, bedre koordinert og raskere tilgjengelig helsetjeneste. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at helse- og omsorgstjenesten – sett fra et pasient- og brukerperspektiv – er samordnet når alle aktiviteter organiseres som en vel fungerende enhet ut fra hans/hennes perspektiv, og der vedkommende gis mulighet til – ut fra evner og preferanser – å delta som aktiv medskaper.

Hvorfor setter vi dette arbeidet på dagsorden, og hva må vi oppnå for å kunne si at vi har lyktes?



- Selv om ovennevnte legges til grunn, er det viktig i det videre arbeidet å identifisere barrierer som hindrer god oppgaveløsning, og arbeide strukturert og målrettet for å løse disse.
- Det er viktig å kjenne til – og i størst mulig grad bygge videre på - eksisterende strukturer for samarbeid og samhandling i Vestfold, men samtidig må det være stor bevissthet om når disse representerer en hindring for god oppgaveløsning (jfr. punktet ovenfor)
- Utgangspunktet for arbeidet og nye modeller skal være pasientenes behov, og ikke nåværende måte å løse oppgavene på. Spørsmålet skal altså være: Hvordan rigger vi oss/tjenestene for at pasientenes behov skal dekkes/imøtekommes på en best mulig måte? Hva gjør vi når vi får samhandlingen til å fungere mest mulig sømløst?
- Arbeidet må derfor ha et sterkt brukerfokus, et fokus på å styrke pasientens egenmestringsevne og i størst mulig grad ta utgangspunkt i spørsmålet: «Hva er viktig for deg?»
- Det må skapes arenaer hvor tjenesteleverandørene i større grad enn i dag opptre *samtidig* for å løse pasientenes behov. Slike arenaer er ikke et mål i seg selv, men mye erfaring viser at samtidighet i tjenestetilbudet fra primær- og spesialisthelsetjenesten i mange situasjoner er en ”driver for forbedring”.
- Terskelen for dialog mellom aktørene må være lav når behov for kontakt oppstår, og da må kontakt kunne etableres raskt.
- Det vil være et premiss/en forutsetning for utvikling av mer integrerte modeller at spesialisthelsetjenesten i større grad enn i dag må være tilgjengelig også på arenaer utenfor sykehuset (i tillegg til å være lett tilgjengelig for primærhelsetjenesten når de er inne på sykehuset)
- Det er et premiss at det – i hvert fall på sikt – skapes digitale plattformer og kommunikasjonskanaler som gjør at partene kan utveksle informasjon seg i mellom og at de kan kommunisere elektronisk med pasienter og pårørende.
- Det er viktig at de modeller for samarbeid og samhandling som utvikles i det videre arbeidet, i så stor grad som mulig har overføringsverdi til andre pasientgrupper enn de man starter med i første omgang. Men i første omgang foreslås det altså å starte med to konkrete pasientgrupper.

## 5 Målgruppe 1: Barn og ungdom i risikozonen for å utvikle psykiske helseproblemer

### 5.1. Kort om målgruppen

Den første målgruppen som arbeidsgruppen vil anbefale at det settes i gang et arbeid med, er den som er kalt «barn og ungdom i aldersgruppen 12 – 25 år som er i risikozonen for å utvikle psykiske helseproblemer». Det kan være ulike kjennetegn på barn og ungdom i denne målgruppen, slik som:

- Angst
- Depressive tilstander
- Rus- og avhengighetsproblematikk
- Problemer knyttet til skole og/eller arbeid
- Ulike typer av somatiske helseplager (inkludert seksualhelse)

Vi snakker ikke om generelle primærforebyggende tiltak, men om en målgruppe som er i en risikosone for å utvikle mer alvorlige tilstander – dersom de ikke får hjelp i tide.

### 5.2. Faglig begrunnelse for valg av målgruppen

Hva er så de faglige begrunnelsene for å styrke tilbudet til denne målgruppen? Dette er noen av de viktigste:

## Overordnet om kunnskapsgrunnlaget

- De fleste psykiske sykdommer utvikler seg i perioden fram mot 25 år. Dette er en kritisk periode for menneskets utvikling – både intellektuelt og sosialt
- 75 % av voksne med psykiske sykdommer har opplevd en oppstart av symptomene før fylte 25 år
- Opp til 50 % av rusproblemer i voksen alder kommer i etterkant av psykiske vansker i ungdomsalder
- Psykiske symptomer fører ofte til sosial isolasjon, med den konsekvens at personens individuelle potensial ikke blir realisert
- Mange av de som er i denne målgruppen, sliter både med å gjennomføre videregående skole og deretter komme inn i arbeidslivet. Både de personlige og de samfunnsmessige konsekvensene av dette er omfattende
- Aktuell forskning viser god evidens for tidlige intervensjonsprogrammer for unge mennesker. Med de riktige tilbudene og tidlig støtte kan framtidige helseproblemer reduseres betydelig.

### Tall fra UngData undersøkelsen 2018 for Vestfold:

- **Psykiske plager:** Her ser vi en økning av depressive plager på 25 % blant jentene
- **Søvnvansker:** 26 – 32 % opplever slike vansker
- **Fysiske plager:** 17 % er regelmessig plaget av hodepine, magesmerter, ryggmerter
- **Hodepine:** 28 – 32 % har opplevd slike i løpet av siste uke
- **Alkohol:** Nedgangen i alkoholbruk har stoppet opp
- **Cannabis:** Det er en økning i bruk av cannabis blant gutter

## 5.3. Utfordringer i dagens tjenestetilbud

Arbeidet så langt har vist at det både i kommunene og ved SiV er mange gode tilbud og tjenester til denne målgruppen. I kommunene er det også mange tilbud og tiltak utenfor helsetjenesten. Disse tilbudene er det viktig å bygge videre på.

Det er noen utfordringer som et prosjekt for denne målgruppen bør forsøke å løse:

- Aldersgruppen 12 – 25 år utfordrer det aktuelle helsesystemet, som deler pasientene inn i barn (0-18) eller voksne (18-65). Denne inndelingen tar ikke hensyn til de spesielle utfordringene og behovene hos unge mennesker under utvikling.
- Selv om det er mange gode tilbud til denne pasientgruppen i dag, er de ofte litt spredt og ukoordinert. Dermed opplever mange i målgruppen dem som uoversiktlige og vanskelig tilgjengelige.
- Mange av de som har behov for helsetjenester i denne målgruppen, oppsøker i liten grad helsetjenesten. Terskelen for å ta kontakt er for høy, og i mange sammenhenger kjenner de som er i målgruppen for tiltakene heller ikke til de tilbudene som eksisterer.
- Både pasientene selv og kommunale aktører opplever at spesialisthelsetjenesten ofte er vanskelig tilgjengelig. De ønsker en mer utadrettet spesialisthelsetjeneste, og en spesialisthelsetjeneste som kan tilby hjelp raskere når behovet oppstår. Kommunale aktører og pasienter/brukere har ofte også behov for at spesialisthelsetjenesten i større grad er tilgjengelig på kommunale arenaer.
- Det er også en utfordring at spesialisthelsetjenestens tilbud til disse pasientgruppene gis av flere ulike aktører – avhengig av alder og problemstilling (Barn- og ungdomspsykiatrien, Voksenpsykiatrien, Avdeling for rusbehandling). Denne organiseringen sikrer ikke alltid en tilstrekkelig sømløs og helhetlig tjenestekjede.



- Veiledningsplikten som spesialisthelsetjenesten har overfor den kommunale helsetjenesten, er i for liten grad satt i system.
- Både kompetanseutvikling og kompetansedeling skjer for tilfeldig, ad hoc og ukoordinert.

## 6 Målgruppe 2: Multisyke pasienter med behov for bedre koordinerte og integrerte helsetjenester

### 6.1. Kort om målgruppen

Den andre målgruppen er litt mindre skarpt avgrenset, og består muligens av flere undergrupper. På det stadiet vi er i prosessen p.t., er det ikke så avgjørende å avgrense ytterligere, men å enes om noen viktige kjennetegn. Et videre arbeid må bidra til å konkretisere, og kanskje også spisse, målgruppen:

- Mange i denne målgruppen er eldre, men alder er ikke nødvendigvis det viktigste kriteriet for å bli inkludert.
- De er ofte multisyke, og har mange diagnoser og plager
- De går ofte på mange medisiner
- De har mange kontakter med helsetjenesten i løpet av et år:
  - Innleggelser på sykehus
  - Poliklinisk oppfølging
  - Hjelp fra hjemmesykepleien
  - Besøk hos/av fastlegen
- De har ofte liten egenmestringsevne og evne til å koordinere de tjenestene de har behov for
- De har ofte, men ikke alltid, ulike grader av kognitiv svikt og forvirringstilstander
- De står ofte i fare for å få forverret sin tilstand dersom de ikke får adekvat hjelp

Det er ikke diagnose som skal være det definerende kjennetegnet for å bli inkludert i denne målgruppen. Det er mer snakk om funksjonssvikt og manglende egenmestringsevne.

Arbeidsgruppen tenker at det er to innganger til denne målgruppen:

1. Den ene inngangen/den ene gruppen er de som får en forverring av tilstanden mens de er hjemme, og hvor en raskere og mer koordinert innsats fra primær- og spesialisthelsetjenesten sammen og samtidig, vil kunne avklare situasjonen og i mange tilfeller bidra til at pasienten fortsatt kan bli værende hjemme.
2. Den andre inngangen/den andre gruppen er de som skal skrives ut fra sykehuset, men som har stor risiko for raskt å måtte reinnlegges dersom det ikke iverksettes særskilte tiltak. Ved å forberede utskrivningen bedre, og ved å følge opp pasientene bedre etter utskrivning – også fra spesialisthelsetjenesten - er arbeidsgruppens hypotese at det er mulig å stabilisere pasienten bedre i hjemmesituasjonen, og dermed unngå raske og unødvendige reinnleggelser.

### 6.2. Faglig begrunnelse for valg av målgruppen

Det er flere faglige begrunnelser for hvorfor det er riktig å sette denne pasientgruppen i fokus for et videre arbeid:

- Mange av disse pasientene får forverret sin helsetilstand når de har mange og hyppige forflytninger, og når de må oppsøke helsetjenesten mange ganger og flere steder.
- Mange av disse pasientene har i dag mye uoverensstemmelser i sine medisiner. Undersøkelser gjort ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) viste at så mye som 95 % av undersøkte pasienter hadde uoverensstemmelser i sine medisiner.

- Mange av disse pasientene blir ofte vurdert og behandlet for den spesifikke diagnosen som er den direkte årsaken til aktuell forverring, men får ikke en tilstrekkelig bred medisinskfaglig vurdering av «hele helsetilstanden».
- Denne pasientgruppen er relativt stor i antall. En bedre organisert helsetjeneste – som i større grad «treffer» disse pasientenes situasjon og utfordringer – må derfor antas å gi betydelige helsemessige og samfunnsøkonomiske gevinster.
- Mange av disse pasientene har ofte dårlig egenmestringsevne og derfor liten evne til å koordinere innsats fra flere deler av helsetjenesten. En annen «rigging» av tjenestetilbudet vil derfor potensielt kunne gi en kvalitativ bedring i deres helsetilstand og funksjonsnivå, og også deres evne til å nyttiggjøre seg de tjenestene som gis.

### 6.3. Utfordringer i dagens tjenestetilbud

Også for denne pasientgruppen er det naturligvis mange gode tilbud og tjenester både i primærhelsetjenesten (hvor det er inkludert fastlegene) og i spesialisthelsetjenesten. Det er likevel noen utfordringer som gjør at tilbudet ikke blir optimalt – sett fra pasientenes synspunkt og situasjon:

- De kommunale pleie- og omsorgstjenestene får ofte ikke rask nok tilgang til legekompentanse når pasientens situasjon endres/forverres. Det gjør at pasienter som med rask og god dialog kunne blitt håndtert i hjemmesituasjonen, må legges inn på sykehus fordi kompetansen ikke er tilgjengelig ute.
- Spesialisthelsetjenesten er ofte ikke tilgjengelig raskt nok når fastlege eller kommunal pleie- og omsorgstjeneste har behov for konsultasjon.
- Disse pasientgruppene får ofte forverret sin situasjon når de flyttes fra hjemmesituasjonen og legges inn på sykehuset. Hvis flere avklaringer og en større del av behandlingen kunne blitt gjort uten at pasientene måtte legges inn, ville det gitt en stor helsegevinst for pasienten. I dag er spesialisthelsetjenestens kompetanse for lite tilgjengelig på arenaer utenfor sykehuset (for eksempel i pasientens eget hjem). Dette gjelder også for palliative pasienter.
- Særlig spesialisthelsetjenesten er bygget opp med utgangspunkt i medisinske spesialiteter og subspecialiteter. Pasientene i denne målgruppen har ofte flere diagnoser/lidelser. Disse har behov for bredere og mer helhetlige vurderinger når de legges inn på sykehuset enn det de ofte får på spesialavdelingene. En konsekvens av dette er at bare deler av pasientens sykdomsbilde blir vurdert og avklart mens de er innlagt.
- Det er fortsatt for mange pasienter som skrives ut fra sykehuset med stor fare/sannsynlighet for raskt å bli reinnlagt. Det kan forebygges både ved at det blir gjennomført bredere og mer helhetlige vurderinger av pasientens situasjon og behov for oppfølging før de skrives ut (for eksempel en bredere geriatrisk vurdering), men også ved hjelp av mer ambulante tjenester fra sykehuset. Slike ambulante team kan både bidra til å sikre oppfølging av pasientene etter utskrivning, men også til å sikre kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten. Ved flere sykehus har man gode erfaringer med ambulante team som består av personell både fra spesialist- og primærhelsetjenesten.
- Selv om det har skjedd en del forbedringer de senere årene, er fortsatt IKT systemene i spesialist- og primærhelsetjenesten for dårlig integrert. Det gjør at viktig informasjon om pasientene ikke er tilgjengelig når aktørene har behov for det, og informasjonsutvekslingen skjer både tungvint og for langsomt.

## 7 Veien videre

Arbeidsgruppen har i punktene 5 og 6 gitt en kort og overordnet beskrivelse av to pasientgrupper som den mener vil kunne ha god nytte av mer integrerte og bedre koordinerte helsetjenester.

Arbeidsgruppen tror at nye samarbeidsmodeller for disse to pasientgruppene vil kunne ha betydelig overføringsverdi til andre pasientgrupper.

Arbeidsgruppen vil anbefale at partene nå går relativt raskt i gang med å utvikle konkrete forbedringsprosjekter for disse to pasientgruppene. Det er selvsagt viktig med god forankring av den videre prosessen, men arbeidsgruppen er av den oppfatning at det er mange gode grunner til å arbeide videre med akkurat disse to pasientgruppene, og at det er ønskelig med en relativt rask videreføring til neste fase.

Hvis SU er enig i at det er riktig å sette i gang et konkret arbeid rettet mot disse to pasientgruppene, mener arbeidsgruppen det vil være naturlig å organisere det videre arbeidet i to separate prosjekter, men selvsagt med en felles overbygning.

For å sikre god kontinuitet i arbeidet, er det – etter arbeidsgruppens oppfatning – viktig at det er noe «personoverlap» mellom de som har sittet sentralt i arbeidet fram til nå, og de som skal inn i det konkrete forbedringsprosjektet i neste fase.

Det er ikke denne arbeidsgruppens oppgave å gå i detalj med hensyn til hvordan et slikt arbeid bør legges opp, men det er *noen problemstillinger som må avklares* i neste fase – fram mot en konkret prosjektplan:

- Hvordan skal arbeidet legges opp og organiseres? Trenges det for eksempel en form for prosjektledelse av hvert delprosjekt?
- Skal alle kommunene delta i begge prosjektene/arbeidet med begge målgruppene, eller hvordan tenker man seg den videre prosessen for å avklare videre deltakelse?
- Hvilken form for forankring av et slikt arbeid er det behov for i forhold til overordnet administrativ ledelse og politiske ledelse?
- Hvordan involvere praksisfeltet i tilstrekkelig grad?:
  - Kommunal helse- og omsorgstjeneste
  - Andre kommunale aktører enn de som er ansatt i helse- og omsorgstjenestene
  - Fastlegene
  - Sykehusansatte
  - Brukerne og deres organisasjoner
- Hva trengs av faktabeskrivelser av dagens situasjon og 0 – punktmålinger for å ha en felles oppfatning av nåsituasjonen?
  - Organisatorisk og ressursmessig
  - Eksisterende prosesser og rutiner
  - Når det gjelder de aktuelle pasientgruppene
- Er det behov for ytterligere avgrensning av målgruppene, eller vil det være naturlig at det skjer som en del av arbeidet/den videre prosessen?
- Er det behov for ytterligere å forsterke kunnskapsgrunnlaget og ikke minst innhente erfaringer fra andre sykehus og/eller internasjonalt?
- Hvordan sikre løpende dokumentasjon og evaluering av arbeidet underveis, slik at det sikres nødvendig læring og korreksjon?
- Hvordan identifisere faktorer som henholdsvis hemmer og fremmer god praksis?
- Hvordan sikre erfaringsoverføring til andre pasientgrupper og utvikle mest mulig generiske modeller for samhandling?

Hvis SU slutter seg til anbefalingene fra arbeidsgruppen på sitt møte den 22.11.2018, vil det antakeligvis være naturlig at AU får fullmakt til å konkretisere regien og opplegget for et videre arbeid, slik at det opprettholdes tilstrekkelig tempo og framdrift.

Uansett er det arbeidsgruppens oppfatning at det nå foreligger et tilstrekkelig grunnlag til å gå over i den fasen hvor det utformes konkrete forbedringsprosjekter for de to foreslåtte pasientgruppene.

## Vedlegg 2: Mandat integrerte helsetjenester



Sykehuset i Vestfold

HELSE SØR-ØST

### Mandat for arbeidet/spørsmål som skal besvares

I arbeidet med å utvikle konkrete, integrerte modeller for bedre samhandling, skal likelydende spørsmål for begge målgruppene besvares:

1. Beskriv noen typiske/kritiske situasjoner hvor aktørene i dag kommer til kort/ikke greier å levere så gode tjenester som ønskelig i forhold til denne pasientgruppen.
  - Hva kjennetegner disse situasjonene?
  - Hva er det aktørene ikke får til/ikke lykkes med?
  - Hva er det som hindrer aktørene i å gjøre en så god jobb som de skulle ønsket?
2. Beskriv hvordan aktørene skulle ønsket at de kunne agert i de situasjonene som er beskrevet i punktet ovenfor?
  - Hvilken informasjon skulle de ønsket at de hadde tilgang til?
  - Hvilken kompetanse skulle de ønsket at de hadde tilgang til?
  - Hvilke arenaer/møteplasser skulle de gjerne sett var etablert?
3. Beskriv en modell/en arbeidsform hvor ønskene/behovene i punktet ovenfor er imøtekommet
  - Hvordan jobber aktørene når en slik modell er etablert?
    - Hvem deltar og på hvilken måte?
    - Hvilken kompetanse er tilgjengelig?
    - Hvilken informasjon er tilgjengelig?
    - Hvordan skjer informasjonsutvekslingen?
4. Hva hindrer aktørene i å realisere den modellen som er beskrevet i punktet ovenfor?
  - Økonomiske begrensninger?
  - Tilgang på kompetanse?
  - Manglende IKT systemer?
  - Har ikke de arenaene/møteplassene som er nødvendige?
  - Kulturelle utfordringer
5. Hva må til for å realisere modellen?
  - Beskriv tiltak så utførlig som mulig.
  - Hvordan samhandler aktørene når modellen fungerer?
6. Beskriv - så langt som arbeidet har gitt grunnlag for det – hvilke kriterier som bør brukes for å inkludere personer i den aktuelle pasientgruppen.
  - Hva kjennetegner de pasientene som i størst grad vil kunne ha nytte av den samhandlingsmodellen som er foreslått?
7. Hva vil være suksesskriterier på at aktørene lykkes med den nye modellen?

- Hvordan måle suksess/at man lykkes?
  - Hva vil være kjennetegnene på at modellen fungerer?
8. Hva er de viktigste/mest utfordrende risikofaktorene med hensyn til å realisere modellen?
    - Beskriv risikofaktorene
    - Beskrive de viktigste tiltakene som kan/bør iverksettes for å håndtere risikofaktorene
  9. Hva trengs av forankring/informasjon/kommunikasjon før modellen kan realiseres?
  10. Hvordan kan den foreslåtte modellen implementeres?
    - Beskriv en implementeringsstrategi så konkret som mulig.

**Brukere og strategisk nivå inkluderes som respondenter i forprosjektet for beskrivelse av nåsituasjonen/ståstedsanalyse.**

### **Organisering av arbeidet**

Styringsgruppe  
Samhandlingsutvalget i Vestfold

#### Prosjektgruppe «barn og unge»

I hovedsak folk fra praksisfeltet

Det bør være noe personoverlapp fra arbeidet i de tidligere fasene.

Det bør frikjøpes prosjektleder i hvert fall i 50 % stilling fram til SU møtet i september.

Prosjektleder bør – i tillegg til fagkompetanse – ha erfaring med å lede prosjekter

#### Prosjektgruppe «multisyke»

I hovedsak folk fra praksisfeltet

Det bør være noe personoverlapp fra arbeidet i de tidligere fasene.

Det bør frikjøpes prosjektleder i hvert fall i 50 % stilling fram til SU møtet i september.

Prosjektleder bør – i tillegg til fagkompetanse – ha erfaring med å lede prosjekter

### **Innspill til arbeidsform og metode**

For å komme godt i gang med arbeidet, er det viktig at prosjektgruppene får noe starthjelp:

- Orienterer medlemmene om sammenhenger og føringer
- Avklare forventninger
- Sjekke ut motivasjon
- Få hjelp til å lage en prosjekt- og framdriftsplan

### **Kunnskapsgrunnet / erfaringer fra andre**

Gjennom arbeidet i de tidligere fasene av prosjektet er det innhentet mye materiale og eksempler på gode samhandlingsmodeller fra både inn- og utland. Dette bør systematiseres og stilles til prosjektgruppens disposisjon. Det er viktig at prosjektgruppene får tilstrekkelig hjelp til dette.

### **Ressurser**

Den overordnede framdriften i prosjektet – med leveranse i desember 2019 – forutsetter at prosjektdeltakerne kan avsette en del tid til arbeidet i prosjektet. Det forutsetter også at det settes av noe økonomiske midler til disposisjon for de to prosjektgruppene.

Konkret bør det avsettes midler til:

- Frikjøp av to prosjektledere i 50 % stilling fram til september.
- Midler til studiereiser mv for å innhente andres erfaringer.

- Noe midler til å arrangere eventuelle seminarer/workshops mv bredere deltakelse

### **Forslag til tidsplan (foreløpig)**

Arbeidet med å besvare mandatet deles opp i to trinn:

1. Det første trinnet består av perioden fram til SU møtet i mai. Til det møtet skal det gis en "løypemelding"/foreløpig statusrapport på spørsmålene 1 – 3 i mandatet.
2. Det andre trinnet består av perioden fra SU møtet i mai til SU møtet i september. Til det tidspunktet skal det foreligge en rapport som besvarer alle hovedspørsmålene i mandatet. Prosjektgruppene lager en mer detaljert framdrifts-/milepælplan når de er etablert.

### Vedlegg 3: Kunnskapsoppsummering

Denne oversikten er en oversettelse av hovedfunn fra artikkelen «Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: a scoping review»

Settpani CA, Hawke LD, Cleverly K et al (2019). i International Journal of Mental Health Systems. doi.org/10.1186/s13033-019-0306-7

I litteratursøket gjennomført av forfatterne, har de identifisert åtte ulike organiseringer av kommune-baserte tjenester. Under er det en oversettelse av hovedfunnene fra Tabell 2 og Tabell 3 i denne artikkelen.

#### ACCESS Open Minds (CAN)

##### Gruppe

11–25 år

Ungdom med etablerte eller nye psykiske helseproblemer

Enhver type psykisk helseproblem, mild til alvorlig

##### Kjennetegn ved praksis

Ungdomsvennlige fysiske rom fungerer som portaler for hjelpesøk og arenaer for støtte til gruppevis støtte

##### Tilbyder av tjenester

ACCESS-behandlere (spesielt opplært med helsefaglig bakgrunn)

Ungdom og familiearbeidere

##### Tjenester og intervensjoner

Kunnskapsbaserte intervensjoner etter sykdomsfase og omsorgsnivå.

Varierer fra minimal støtte og grunnleggende psykososiale intervensjoner til omsorg for vanlige og alvorlige lidelser, gjennom integrasjon med spesialisert helsetjenesten.

Telemedisin, eksterne spesialkonsultasjoner og elektroniske spesialiserte intervensjoner etter behov

##### Infrastruktur og koordineringsmodeller

ACCESS klinikkene kobler ungdom til passende tjenester ved å henvise videre til spesialisert omsorg om nødvendig, introdusere ungdom til spesialister og ledsage dem og deres familier til innledende avtaler etter behov

##### Forbedre tilgang til behandling og tidlig intervensjon

Tidlig identifisering og tilgang på tjenester

Ansetter klinikere som ett kontakt punkt for umiddelbar og rask vurdering (72 timer)

Anvender telemedisin for vurdering i distriktene

Ikke nødvendig med henvisning eller spesifikke symptomer

##### Barn/ungdom og familie deltagelse og involvering

Involverer ungdom og familier i utviklingen av konseptet, verdier, implementering og forskning  
Inkluderer ungdom som fullstendige omsorgspersoner og oppfordrer til deltagelse ungdom og familier på alle nivåer (støttegrupper, planlegging av tjenester, evaluering og forskning)

#### Brukervennlig (ungdom) setting

Forplikter seg til en ungdomsvennlig (empowering) kultur

Tilbyr ungdomsvennlig fasiliteter, omtalt som Youth Space, som et møtepunkt for veiledning og arenaer for brukerstøttede aktiviteter

#### Kunnskapsbasert tilnærming

Tilgang til kunnskapsbasert behandling innen mental helse

Benytter en behovsbasert modell for kategorisering

Genererer kunnskap om effekten av ulike tester og organisasjonsmodeller

#### Samarbeidsinstitusjoner

Danner koalisjoner mellom partnere for å sikre forskningsbasert omsorg

Inkluderer nettverk av ungdom, familie/omsorgsperson, kommuner, tilbyder, forskere og beslutningstagere

Etablerer samarbeid med legevakt/sykehus/spesialisthelsetjenesten

### Forward Thinking Birmingham (UK)

#### Gruppe

0–25 år

Ungdom med vanlige psykiske helsetilstander

#### Kjennetegn ved praksis

Ikke-stigmatiserende, ungdomsvennlig miljø

#### Tilbyder av tjenester

Konsultasjon med psykiater

Inger flere beskrivelser i modellen

#### Tjenester og intervensjoner

Youthspace inkluderer vurdering og diagnostisk etterfulgt av kort CBT (kognitiv atferdsbehandling) og symptomatisk behandling via medisiner fra fastlege, med konsultasjon fra rådgivningsteam

Samfunnspartnerskap ga aktiviteter for å redusere NEET-status.

Tilgang til online support og informasjon, spesialiserte intensivomsorgsstrømmer ved behov.

#### Infrastruktur og koordinering

Ikke spesifisert i dokumenter som er gjennomgått

#### Forbedre tilgang til behandling og tidlig intervensjon

Rask tilbakemelding og vurdering/diagnostisering av fastlege innen 1 uke

Forbedre tilgang til effektiv oppfølging and tilby en rekke tjenester med utgangspunkt i forebygging og tidlig intervensjon

#### Barn/ungdom og familie deltagelse og involvering

Omfattede bruk av tilbakemeldinger fra ungdom via kvalitativ forskning relatert til erfaringer av eksisterende tjenestetilbud

Utvikle/designe nettsider for råd, utdanning og individuell vurdering basert på innspill fra ungdom.

#### Brukervennlig (ungdom) setting

Legger vekt på ikke-stigmatiserende ungdomsvennlig miljø og tjenester

#### Kunnskapsbasert tilnærming

Anvender CBT (kognitiv atferdsterapi) som kunnskapsbasert behandlingsform

#### Samarbeidsinstitusjoner

Utnytter samarbeid med institusjoner som fokuserer på utdanning, kompetanseheving, entreprenørskap, sosial inklusjon og arbeid.  
Etablerer konsortier bestående av helsetjenesten (barn/voksen), frivillig sektor and private helsetjenester.

Foundry (CAN)

Gruppe

12–24 år

Milde til moderate mentale helse- og rusproblemer

Kjennetegn ved praksis

Ikke-tradisjonelle lokalisering (f.eks. kjøpesentre og ved butikker)

Tilbyder av tjenester

Fastleger, sykepleiere, psykiatere, sosialarbeidere, «peer-support» arbeidere

Tjenester og intervensjoner

Oppfølging av tjenester i primærhelsetjenesten, seksuell helse, mental helse, rådgivning om rusmiddelbruk.

Evidensbasert praksis

Psykososial rehabilitering, boligstøtte, inntektshjelp og «peer-support» partnerskap.

Infrastruktur og koordinering

Tilnærming på alle nivåer, involverer sentralisert infrastruktur og strukturerte prosesser for å koordinere pågående samarbeid, (f.eks. datafangstsystemer på tvers av organisasjoner, slik som behandlingsnivå, forskning og evaluering)

Telemedisin og informasjon om retningslinjer for å øke effektiviteten og koordineringen av teambasert omsorg

Forbedre tilgang til behandling og tidlig intervensjon

Forbedre tilgang til helsetjenester for ungdom innen mental helse, rus og primærhelsetjenester

Tilbyr drop-in

Tilby online tilgang og lokale sentere som er åpne uten behov for henvisning

Forbedre tilbydere og innbyggere kunnskap om kjennskap til tjenesten

Hovedtyngden av tilbudet omfatter forebygging og tidlig intervensjon

Barn/ungdom og familie deltagelse og involvering

Utvikler tjenestetilbudet basert på involvering av ungdom for å reduserer hindre, møte behov og promoterer en ungdomsvennlige tilnærming.

Involvere ungdom i ansettelse ved å etablere rådgivende ungdomsgrupper

Fremme involverende aktiviteter (slik som fokusgrupper), slik at ungdom og pårørende opplever at de er viktige for utvikling av tjenesten.

Brukervennlig (ungdom) setting

Tilby ungdomsvennlige miljøer, ikke-stigmatiserende, brukervennlige åpningstider og god beliggenhet

De ansatte er vennlige

Kunnskapsbasert tilnærming

Tar i bruk kunnskapsbaserte beste praksis

Benytter e-helse for å fremskaffe ny kunnskap

Knytter implementering til evaluering av utfall

Samarbeidsinstitusjoner

Etablerer styrende råd basert på samarbeid med ulike type organisasjoner



Benytter samarbeid mellom brukere, samt støtte til boforhold, inntekt, telefon/chat/e-post/sms støtte og nettbasert terapi.

Etablere samarbeid med skoler og lokalsamfunn for å øke kunnskap om mental helse.

## Headspace (AU)

### Gruppe

12–25 år

Ikke diagnosespesifikk

Flertallet har stor eller veldig stor grad psykologisk engstelse

19–29% med NEET-status.

### Kjennetegn ved praksis

Sentralt beliggende, nær offentlig transport

Ungdomsvennlige, avslappede miljøer: sofaer og stoler, fargerike vegger, kreative kunstverk

Mindre «hvit plass» som er karakteristisk for tradisjonelle helseinnstillinger, åpent venterom, luftige lokaler.

Fritidsaktiviteter

### Tilbyder av tjenester og tjenester og intervensjoner

Allmennleger, psykologer, rådgivere ved alle sentre

Andre spesialister, som psykiatere eller seksualbehandlere, og ved noen sentre ungdomsarbeidere og/eller sosialarbeidere

Psykiatriske sykepleiere, ergoterapeuter, yrkesveiledere, spesialister på urinbyggere (Australia)

### Tjenester og intervensjoner

Fire hovedkategorier av tjenester: mental helse, rus- og alkohol, primærhelsetjenester og yrkesveiledning.

CBT er den vanligste metoden for alle oppfølginger, etterfulgt av rådgivning (ikke ungdom med funksjoner som grenser for personlighetsforstyrrelse), og psykoedukasjon

Enkle intervensjoner (brief intervention) blir også tilbudt ved noen sentre

Kontinuerlig forbedrede headspace-tjenester, bidrar med kunnskapsbasert implementering av intervensjoner for personer med psykose (Headspace Youth Early Psychosis Programs)

### Infrastruktur og koordinering

Alle legger inn informasjon elektronisk i forkant av hver oppfølging (Minimum Data Set-prosess)

Headspace hovedkontor angir retningslinjer for infrastruktur (f.eks. finansiering og vurdering, kontrakter, rapporteringsstruktur og utvikling av resultatindikatorer, policyer, samarbeidsdokumentasjon, styringsretningslinjer, forretningsmodellguide)

Ungdomsbehandlere screener ungdom, blir koordinatører, og tilbyr enkel intervensjoner og støtte

### Forbedre tilgang til behandling og tidlig intervensjon

Høy tilgjengelighet av tjenester

Tilbyr fysiske helsetjenester for å oppnå stigma-fritt tilgjengelighet

Benytter kliniske kategorisering for prioriterte intervensjoner

### Barn/ungdom og familie deltaelse og involvering

Utvikler initiativ fra både nasjonale og lokale ungdommer

Etablere rådgivende ungdomsgrupper (ungdomsvennlig miljø, ansettelse, rekruttering, drift)

Legger til rette for tilbakemelding fra ungdom, familie via spørreundersøkelser, internett, sosial media og fokusgrupper.

Fremmer medbestemmelse for ungdommer vedrørende behandling og «peer-support».

Identifiserer tilfredsstillende faktorer og barrierer

### Brukervennlig (ungdom) setting

Prioriterer deltagelse blant ungdom for å oppnå et ungdomsvennlig miljø

Etablerer en ungdomsvennlig atmosfære: kunst, bygningsmasse, lokalisering, relevant informasjon for ungdom i venterommene.

Fasiliterer deltagelse i psykisk helse ved den fysiske innretningen av klinikkene og ved at de ansatte passer på at ungdommene føler seg velkommen.

#### Kunnskapsbasert tilnærming

Tilbyr kunnskapsbaserte tjenester etter kliniske kategorier.

Benytter kognitiv atferdsterapi for behandling av depresjon, angst og psykose, og motiverende samtaler og «behaviour contingencies» for rusmisbruk.

Benytter kognitiv atferdsterapi til alle primære bekymringer

Leger til rette for å produsere kunnskap til støtte for bruk i kunnskapsbasert praksis.

#### Samarbeidsinstitusjoner

Designer og utvikler modeller med innspill fra en gruppe bestående av forskere og akademiske institusjoner, praktikere og psykologer.

Nært knyttet til spesialister i lokalmiljøet, skoler og andre organisasjoner i lokalmiljøet

Identifiserer nøkkelpersoner/organisasjoner til å lege hvert senter på vegne av samarbeidspartnere (som tilbyr 4 hovedgrupper av tjenester)

### Jigsaw (IE)

#### Gruppe

12–25 år, vanligste alder: 16 år

Ikke diagnosespesifikk

Høye nivåer av psykologisk nød

Mange 21–25 åringer arbeidsledige

Flere kvinner enn menn i korte inngrep

Majoriteten av ungdommene går på skole, bor med familier, har gifte foreldre

#### Kjennetegn ved praksis

Ungdomskafé som ramme for programmet og «en dør» til mental helse og helsetjenester

#### Tilbyder av tjenester

Flere allierte helsepersonell, som psykologer, sykepleiere, sosionomer og sykepleiere

Psykiatere, fastleger, ungdomsarbeidere, familieterapeuter, medikamentrådgivere på noen steder

Grunnleggende fasilitatorer engasjerte seg allerede med ungdom i forskjellige sammenhenger

#### Tjenester og intervensjoner

Individuelle konsultasjoner (indirekte støtte) og korte kontakter

Korte intervensjoner (1–6 økter), CBT-basert og løsningsfokustert

Omfattende engasjementsprosesser som ofte tar for seg emosjonelle, kognitive og atferdslige selvreguleringer, rus, læring og familieproblemer

Beste praksis og kunnskapsbaserte intervensjoner

Peer support

Forebyggingsprogrammer

Sosiale, rekreasjons- og arbeidsrelaterte programmer

#### Infrastruktur og koordinering

Data samles inn via online systemer designet for å registrere viktig klinisk, saksbehandling, levering av tjenester og utfallsrelatert informasjon

Grunnleggende tilrettelegger for å sikre ungdom tilgang til nødvendige tjenester

Psykiatere eller sykepleiere knytter ungdom til tjenester i primærhelsetjenesten eller mer avanserte tjenester innen psykisk helsevern.

Oppsøkende og støtte opprettholder tilknytning og oppfølging av ungdom selv etter at de engasjerer seg med andre tjenester.

#### Forbedre tilgang til behandling og tidlig intervensjon

Tilbyr et mangfold av behandlingslinjer, egen- eller foreldrehenvising

Tilbyr sentral lokalisasjon med umiddelbar respons

Tilbyr tilgjengelige forebyggende og tidlig intervensjon

#### Barn/ungdom og familie deltagelse og involvering

Involverer ungdom i design, implementering, vurdering av program, og gjennomfører utstrakt bruk av konsultasjon av ungdom

Etablerer Ungdomsråd ved hvert senter og en ungdomsrådgiver for design og planlegging av nye initiativ

Involverer ungdom for å sikre sannsynligheten for at tiltakene er relevante, stigma-frie og tilgjengelige

#### Brukervennlig (ungdom) setting

Møter ungdom i et kjent miljø, slik som ungdomskafe

Involverer ungdom for å utforme ungdomsvennlige lokaler (farger, design ++)

Tilbyr ungdomsvennlig drop-inn sentere

#### Kunnskapsbasert tilnærming

Tilbyr kunnskapsbaserte tjenester i en beste praksis tilnærming

Eksponerer senterne for litteratur innen mental helse for ungdom for å sikre implementering av beste praksis.

#### Samarbeidsinstitusjoner

Fostrer samarbeid mellom ulike tjenetser

Engasjerer og knytter til seg alle relevante partnere, slik som lovpålagte myndigheter, lokale og frivillige aktører, og etablerer nye samarbeid.

Etablerer positive samarbeid med myndighetene

### Orygen Youth health (AU)

#### Gruppe

15–25 år

Psykose, humørsykdommer, borderline personlighetsforstyrrelse

#### Kjennetegn ved praksis

Drop-in peer support og ressursrom designet og dekorert av ungdom, samlokalisert med polikliniske tjenester

IMYOS tilbyr tjenester i de mest naturlige omgivelsene, ofte hjemme, skole, offentlige steder

#### Tilbyder av tjenester

Saksbehandler er hovedpunktet i kontakt og er sykepleier, klinisk eller foreløpig psykolog, OT eller sosionom

Psykiatere eller psykiatere, Jevnaldrende støttarbeidere, sykehusprester

#### Tjenester og intervensjoner

Fire spesialiserte klinikker tilbyr 2 års pleie og komplett spekter av intervensjoner, inkludert saksbehandling, individuell støtte og terapi, og konsultasjonsforbindelse; jobbe tett med psykososialt utvinningsprogram

Innebygd rettsmedisinske pilotprogram for bedre å håndtere og redusere risikoen for vold

Kriseinngrep og hjemmebasert behandling ved behov

Ytterligere legetjeneste fokusert på akutt pleie og korte innleggelser

#### Infrastruktur og koordinering

Singel, delt helsejournal

Saksbehandler knytter ungdom til tjenester innen og utenfor Orygen Youth Health  
Pliktarbeidere støtter med presserende saker dersom saksarbeider ikke er tilgjengelig

#### Forbedre tilgang til behandling og tidlig intervensjon

Målrettet behandling, knytter alder med forekomst av mentale lidelser

Tilbyr tidlig intervensjon for psykose, sinnslidelser, og borderline personlighetsforstyrrelser.

Tilbyr heldøgns vurdering og krisevurdering

#### Barn/ungdom og familie deltagelse og involvering

Fasiliterer faste møter mellom nåværende og tidligere brukere for å bedre tjenesten, lage nyhetsbrev, og i vurdering i ansettelse.

Tilbyr mobile tjenester (IMYOS) for høyrisiko ungdom med komplekse behov og en historie med dårlig involvering i klinikk-baserte tjenester.

Tilbyr fleksible intervensjoner og involverer familie, designer behandling i overensstemmelse med ungdommene og familiene.

#### Brukervennlig (ungdom) setting

Anbefaler ungdomsvennlige tilnærminger innen IMYOS

Fostrer en ungdomsvennlig kultur

Tilbyr peer-support i drop-inn rom

#### Kunnskapsbasert tilnærming

Tilbyr kunnskapsbaserte tjenester innen mental helse

Fokuserer på å utvikle og tilby beste praksis innen behandlinger innen IMYOS, ved en helhetlig tilnærming uten en dokumentert kunnskapsbase.

Bruker kognitiv terapi

#### Samarbeidsinstitusjoner

Kobler mental helse institusjoner med andre sentrale institusjoner for å sikre kvaliteten i tilbud av tjenester.

Tilbyr pilotering av rettsmedisinske tjenester ved samarbeid ved å konsultere spesialisthelsetjenesten

### YouthCan IMPACT (CAN)

#### Gruppe

4–18 år (aldersgruppe for studier)

Ikke diagnosespesifikk

Ungdom med MH utfordringer

#### Kjennetegn ved praksis

Nettsteder for mental helse

Ungdomsvennlige friområder

#### Tilbyder av tjenester

Ungdomsarbeidere, sosionomer, omsorgsnavigatører, fagpersoner som støtter arbeidere, leverandører av primæromsorg

Psykiatrisk respons med høy intensitet: psykiatere, NPs

#### Tjenester og intervensjoner

Løsningsfokusert kortterapi (SFBT) og gruppe DBT for ungdom og familiemedlemmer

Primæromsorg, psykiatrisk respons med høy intensitet

#### Infrastruktur og koordinering

Omsorgsnavigasjon, selvsikker oppsøking

Peer support, e-helse support tools, 24/7 krisetekst support

Care navigator samarbeider med spesialister for å koordinere omsorg, sikre kontinuitet og støtte overganger mellom systemer som utdanning og rettferdighet, ungdom og voksen mental helse

#### Forbedre tilgang til behandling og tidlig intervensjon

Tilbyr mental helse- og rustjenester i «walk-in» og «one-stop» klinikker  
Forbedrer tilgjengelighet ved koordinerte tjenester til rett tid ved «community-basert stepped-care modell.

Tilbyr en tidlig, lav intensiv intervensjon via løsningsfokuset kort behandling (solution focused brief therapy)

#### Barn/ungdom og familie deltagelse og involvering

Utvikler modeller med sentrale deltagere bestående av ungdom og familiemedlemmer med erfaringer fra mental helsetjenester.

Involverer ungdom i alle aspekter av tjenesten, fra utforming av forskningsprosjekter til hvilke tjenester som skal tilbys.

#### Brukervennlig (ungdom) setting

Ungdomsvennlige tjenester i lokalsamfunnet

#### Kunnskapsbasert tilnærming

Anvender flere kunnskapsbaserte modeller

Inkluderer kunnskapsinformerte intervensjoner (mange ulike alternativer)

#### Samarbeidsinstitusjoner

Vidt samarbeid med institusjoner i lokalsamfunnet, voksenpsykiatri, akademia og andre relevante partnere.

Partnere med oppsøkende tjenester og målrettede intervensjonsprogrammer

Oppfordrer partnere til å bidra til å forbedre felles kultur og respekt

### YouthOneStop shop (NZL)

#### Gruppe

10–25 år

Ikke diagnosespesifikk

#### Kjennetegn ved praksis

Sentralt plassert

Ikke-spesifikk skilting for å redusere stigma

#### Tilbyder av tjenester

Leger, sykepleiere

Ungdomsarbeidere og mentorer, jevnaldrende støttarbeidere

Rådgivere, sosionomer, psykologer

#### Tjenester og intervensjoner

Primæromsorg, seksuell og reproduktiv helse, mental helse, rus- og alkoholtjenester, rådgivning, røykeslutt, familieplanlegging, helsefremmende og utdanningstjenester

Sosiale tjenester, inkludert yrkes-, utdannings- og opplæringshjelp, boligstøtte

Juridiske tjenester, foreldre og ungdomsovergangstjenester

CBT og motivasjonsarbeid

#### Infrastruktur og koordinering

Ungdomsarbeidere lettere tilgang til alle tjenester, gir en bro mellom ungdommen og nødvendige tjenester, og hjelper til med å koordinere omsorg for å optimalisere resultatene

Tidlig elektronisk flagging av klienter når de fyller 24 år for å få en rask overgangsplanlegging

#### Forbedre tilgang til behandling og tidlig intervensjon

Tilbyr en rekke helse- og sosialtjenester

Forbedre tilgjengelighet via oppsøkende, mobile, satelittenheter, brukervennlige åpningstider og transport ved gitte tidspunkt

Tilbyr tjenester i sentrale lokaler, nær offentlig transport og andre arenaer som ungdom benytter

Anvender ungdomsarbeidere som brobyggere

#### Barn/ungdom og familie deltagelse og involvering

Etablerer tilbud med en ungdomsdrevet innsats (behovsanalyser, tillitt og lobbyvirksomhet for finansiering, ansettelse)

Fasiliterer fokusgrupper for ungdom (utvikling av informasjon)

Involverer ungdom på alle nivåer (evaluering, beslutninger og prosesser)

#### Brukervennlig (ungdom) setting

Ungdomsvennlige åpningstider (tilpasset skole og arbeid)

Fasiliteter som er attraktive for ungdom (sofaer, musikk, aktiviteter)

Ansette personer som har kompetanse i interaksjon med ungdom, og som kan respondere på behov.

#### Kunnskapsbasert tilnærming

Benytter kognitiv atferdsterapi

#### Samarbeidsinstitusjoner

Samarbeid med mange både formelle og uformelle organisasjoner fra helse (også inkludert nedsatt funksjonsevne)

Gjennomføres via samlokalisering av tjenester, samt utvikling av tjenester og opplæring på tvers av sektorer

Fasiliterer bedre overganger mellom tjenester via samarbeid in mental helse.

### Vedlegg 4: Notat følgeforskning

## Notat – følgeforskning

Eline Aas, Universitetet i Oslo

NORCHER – Vestfold

FEBRUAR 2020

### Sammendrag

I dette notatet vil vi beskrive hvorfor endringer i organisering av et tjenestetilbud bør testes ut for å kunne evaluere om det nye tjenestetilbudet oppnår de ønskede effektene og om de står i et rimelig forhold til ressursinnsatsen. Vi vil også si noe om hvordan dette kan gjennomføres i praksis. Evaluering av et nytt tjenestetilbud, omorganisering eller en ny behandling, forutsetter at vi har noe å sammenlikne det nye tjenestetilbudet med, slik at vi med sikkerhet kan konkludere at det er det nye tjenestetilbudet som forårsaker effekten og ikke noe annet. I klinisk forskning, benyttes ofte randomiserte kontrollerte studier, da denne studiedesignen i stor grad sikrer at vi kan konkludere med hensyn til effekt (kausale sammenhenger). Hvis randomisering ikke er mulig, må etablering av en kontrollgruppe likevel etableres.

Vi vil beskrive to ulike tilnærminger, kostnadseffekt-analyser hvor både kostnader og effekter av et ny organisering evalueres, men vil også diskutere hvordan en omorganisering skal evalueres for å kunne observere forbedringer. Mange av prinsippene vil være like, men hva som måles og hvilke resultater som presenteres vil variere.

I rapporten diskuteres videre bruk av metodene og hvordan metodene kan anvendes i prosjektet «Barn og unge i risikozonen».

### 1.Introduksjon

Beslutninger om innføring av ny teknologi har siden Lønning I (1987) og Lønning II (1997) vært basert på eksplisitte prinsipper. I Lønning I var prinsippene alvorlighet og klinisk effekt, mens det i Lønning II inkludert alvorlighet, klinisk effekt og ressursbruk. Det betyr at fokuset på kostnadseffektivitet (kostnadene skal stå i et rimelig forhold til effektene) har vært et bærende prinsipp i flere tiår (1,2). I denne perioden, skulle alvorlighet vurderes først, for deretter å se på helseeffekter og kostnader. Alvorlighet ble også knyttet til maksimal ventetid. I en gjennomgang av prioriteringsprinsippene i 2014 (3-6), ble det

utarbeidet nye prinsipper for prioriteringer. De samme tre prinsippene ble videreført, men rekkefølgen ble endret. Først skal kostnadseffektiviteten vurderes, deretter en vurdering av alvorlighet. Alvorlighet skal defineres ved absolutt prognosetap (3-6), det vil si forskjellen i forventet antall gode leveår uten og med sykdom.

Statens legemiddelverk (SLM) innførte, som første institusjon i Norge i 2007 et krav om at disse alvorlighet, klinisk effekt og kostnader skulle vurderes ved finansiering av nye legemidler over Folketrygden (7-8). Inntil for noen år siden, var SLM den eneste institusjonen som benyttet kriteriene eksplisitt i sine beslutninger av legemidler finansiert over Folketrygden. Det betyr at beslutninger om bruk av legemidler i institusjon (sykehus og sykehjem), medisinsk utstyr, nye kirurgiske prosedyrer eller organisasjonsendringer ikke har fulgt den samme systematiske vurderingen.

I det siste tiåret har fokuset på eksplisitte metoder for innføring av ny teknologi økt i andre deler av helsesektoren. Flere organisatoriske endringer er initiert for å sikre at beslutninger baseres på de samme prinsippene for hele helsesektoren. Kunnskapsplattformen «Nye Metoder» var et viktig virkemiddel for å utvide bruken av systematiske vurderinger (9). Tidligere var også Prioriteringsrådet en viktig organisasjon som jobbet på mandat fra Helse og Omsorgsdepartementet og diskuterer ulike problemstillinger knyttet til prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Disse problemstillingene kan være knyttet til prinsipper for prioritering (i hele tjenesten), ulik tilgang til helsetjenester, samhandlingsutfordringer og befolkningsrettede tiltak som screening og vaksinerings (10). Gjennom «Nye Metoder» opprettet av Helsedirektoratet er fokuset knyttet til beslutninger om å innføre ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Beslutninger kan tas enten lokalt eller nasjonalt, avhengig av omfanget av den nye teknologien. Ved lokale beslutninger må helseforetaket selv utføre en mini-metodevurdering. Ved nasjonale beslutninger kreves det at SLM eller Nasjonalt folkehelseinstitutt (tidligere Kunnskapscenteret) utfører enten en hurtig-metodevurdering eller en fullstendig metodevurdering (9). De to sistnevnte inneholder, i tillegg til en vurdering av effekt og sikkerhet, også en vurdering av kostnader og organisering (som mini-metodevurdering), samt kostnadseffektivitet, budsjettkonsekvenser (hurtig-metodevurdering), etikk og jus (fullstendig metodevurdering) (9). Vurderinger av tiltak i primærhelsetjenesten har ikke vært diskutert eksplisitt før Blankholmvalgøy nylig la frem sin rapport om prioriteringsprinsipper i primærhelsetjenesten (11). Prinsippene fra de tidligere meldingen (klinisk effekt, kostnader og alvorlighet) ble videreført, men med et forslag om å inkludere mestring som et utfallsmål.

## 2. Metoder for følgeevaluering

### 2.1 Generelle prinsipper

For å kunne vurdere om et ny behandlinglinje eller oppfølging medfører ønskede resultater, må det bestemmes hvilket utfallsmål som skal definere forbedring. Typisk kan slike utfallsmål være relatert til bedret helse for en pasient eller bruker og måles ved bedre livskvalitet, redusert dødelighet og unngåtte komplikasjoner.

For å evaluere om den nye behandlingen er bedre enn eksisterende behandling, må det defineres en gruppe med pasienter eller brukere som man kan sammenlikne utfallsmålene med. Dette omtales ofte som en kontrollgruppe. For å etablere en kontrollgruppe, kan det gjennomføres en randomisert kontrollert studie. Hvis dette ikke er mulig, kan det etableres geografiske områder som ikke mottar intervensjonen, det kan gjennomføres sekvensiell utrulling eller man må basere analysene på en observasjonsstudie.

Tradisjonelt i kliniske forskning er at randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) er gullstandarden for å vurdere om en ny behandling har en effekt. RCT som design for studien består av brukere/pasienter med visse kjennetegn (inkludjonskriterier), som ved hjelp av loddtrekning (randomisering) blir behandlet med den nye behandlingen, eller med standard behandling (dagens praksis). I en pragmatisk RCT evaluerer man hvordan den nye behandlingen vil fungere hvis den erstatter standard behandling, og for å sikre at resultatene er generaliserbare ønsker man få eksklusjonskriterier. Hovedendepunktet er som regel et klinisk relevant endepunkt, som komplikasjonsrate, tilbakefall eller et sykdomsspesifikt mål.

Kontrollgruppen kan også etableres ut fra ulike geografiske områder hvor et tiltak er innført i noen, mens de resterende områdene ikke innfører tiltaket. Det er viktig at områdene er sammenliknbare. Videre kan

sekvensiell utrulling av en ny behandling, gi muligheter til å evaluere effekt. Det kan også være mulig med en før etter analyse for å se om det er observert positive effekter på ønskede utfallsmål. Problemer med en før-etter analyse, er at flere faktorer enn den nye intervensjonen kan ha endret seg i perioden.

## 2.2 Økonomiske analyser

### Kostnadsminimeringsanalyser

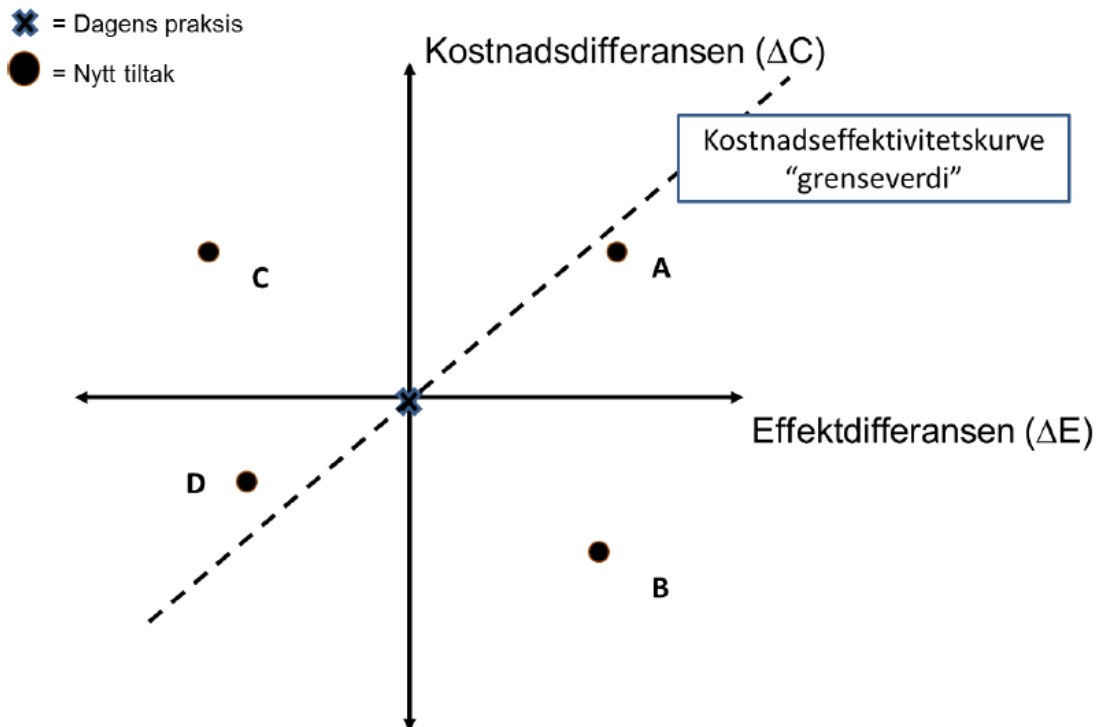
En type analyser omfatter tiltak, hvor det finnes flere behandlinger som vurderes å være like bra med hensyn til helseutfall for pasientene. Da vil man velge tiltaket som minimerer kostnadene.

### Kostnadseffektivitetsanalyse

I en vurdering av tiltak som kan påvirke både kostnader og helseeffekter sammenliknet med dagens tilbud, er kostnadseffektivitetsanalyse være en aktuell analyse (12-16). Her estimeres ressursbruken (kostnader) og helseeffekter (kvalitetsjusterte leveår) av både den nye behandlingen og dagens praksis (12-16). Målet er å estimere en inkrementell kostnad-effekt brøk (ICER) som tolkes som *kostnaden per ekstra effekt*. Det finnes ulike typer evalueringer avhengig av hvilket effektmål man bruker (monetære eller ikke-monetære effektmål). Når både kostnadene og effektene er estimert, kan man beregne ICER representert ved: ICER kan også illustreres i et kostnadseffektivitetsplan, som vist i Figur 1.

$$ICER = \frac{\text{Kostnad nytt tiltak} - \text{Kostnad beste praksis}}{\text{Effekt nytt tiltak} - \text{Effekt beste praksis}}$$

ICER kan også illustreres i et kostnadseffektivitetsplan, som vist i Figur 1.



Figur 1: Kostnadseffektivitetsplan\*

\*Dagens beste praksis er plassert i origo (rødt punkt). Det er 4 områder i dette planet, illustrert ved 4 punkter A til D. Hvis det nye tiltaket koster mer og er mer effektiv, vil den plassere seg i A. For B er det nye tiltaket en dominerende strategi (koster mindre og mer effektiv), i C blir det nye tiltaket dominert av beste praksis (koster mer og er mindre effektiv), mens en situasjon som i D, vil det nye tiltaket være mindre kostbar, men er også mindre effektiv.

Dagens beste praksis er referansebehandlingen og plasseres i skjæringspunktet mellom aksene i Figur1. Alle resultatene (punktene) i kost-effektplanet tolkes som inkrementelle differanser fra beste praksis. Den vertikale linjen representerer kostnadsdifferansen (i forhold til beste praksis) og den horisontale linjen



representerer effektdifferansen. Når kostnadene og effektene medfører at det nye tiltaket tilpasser seg i B, da er det nye tiltaket en dominerende strategi, siden den medfører både lavere kostnader og høyere effekt. Hvis det nye tiltaket er mindre effektivt og kostet mer (lokalisert i C), vil vi si at det nye tiltaket er dominert av beste praksis. Hvis den nye teknologien har høyere kostnader og bedre effekt enn dagens praksis, vil vi ha et resultat gitt ved A. Hvis det nye tiltaket koster mindre og har mindre effekt vil vi ha et resultat gitt ved D. Når et alternativ enten er i A eller D, vil det være en avveining om vi skal innføre tiltaket (11,13). Avveiningen avhenger av betalingsvilligheten for en helsegevinst (QALY eller vunnet leveår). Betalingsvilligheten øker med tilstandens alvorlighet, målt ved absolutt prognosetap.

Punktene, som angitt i Figur 1, er et *gjennomsnittstall*. For å være sikker på hva som skal anbefales, må vi vurdere usikkerheten i punkttestimatene. Usikkerheten rapporteres ofte som sannsynligheten for at konklusjonen er riktig estimert, beregnet ved hjelp av Bootstrapping. Bootstrap er en metode hvor man trekker *nye utvalg* (1000 eller 10 000), med tilbakelegging. For hvert nytt utvalg estimerer man gjennomsnittlige kostnader, helseeffekter og ICER som på det originale utvalget. Resultatene av de nye utvalgene plottes i en tilsvarende figur som Figur 1 (1000 eller 10 000 nye ICERs), og kan i tillegg representeres ved en «*cost-effectiveness acceptability curves*» (CEAC). CEAC tolkes som sannsynligheten for at det nye tiltaket er kostnadseffektivt, gitt ved prosentandelen av de *nye utvalgenes* resultater som ligger under betalingsvilligheten (12,14,16).

## Kostnader

Helseøkonomer og helsepersonell bør i felleskap diskutere hvilke kostnadskomponenter som er relevant å inkludere i analysen. Som basis for diskusjon av hvilke kostnader som skal inkluderes, er det viktig å ha en diskusjon av behandlingsforløp av dagens praksis, fra diagnose, behandling og oppfølging. En visualisering av forløpet ved bruk av en modell/grafisk figur kan være et godt utgangspunkt for en slik diskusjon. Med utgangspunkt i behandlingsforløpet for dagens praksis, kan man diskutere hvordan den nye behandlingen skiller seg fra dagens praksis og hvordan endringen vil kunne påvirke både kostnader og helseeffekter.

Kostnadsestimeringen består av tre deler: *Identifisering*, *kvantifisering* og *verdsetting*. Identifisering omhandler hvilke kostnadskomponenter som skal inkluderes i analysene, kvantifisering omhandler i hvilke enheter ressursene skal telles og hvor man skal finne informasjon om ressursbruk. Verdsetting omhandler hvordan ressursene skal pris-settes.

### *Identifisering*

Ved *identifisering* velger man perspektiv for analysen: sykehus-, kommune-, helsetjeneste- eller samfunnsperspektivet. De anbefalte perspektivene er helsetjenesteperspektiv og samfunnsperspektiv. Perspektivet påvirker hvilke ressurser som inkluderes. Man vil for eksempel i et helsetjenesteperspektiv ikke inkludere informasjon om sykedager, mens dette er viktig å inkludere i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Hvilke kostnader som inkluderes i analysen varierer med hvilket perspektiv som legges til grunn for analysen: I et kommuneperspektiv vil kostnader i kommunen og primærhelsetjenesten inkluderes, og kan enten kun bestå av helsetjenester (slik som helsesykepleier, rusomsorg, psykologer, fastleger, hjemmetjenester, sykehjem), men kan også inkludere kostnader i andre sektorer som skole, sosialomsorg og barnevern. I et helsetjenesteperspektiv vil kostnader for helsetjenesten på alle nivå av tjenesten relatert til et pasientforløp inkluderes, og vil bestå av kostnader relatert til gjennomføring av den nye organiseringen/behandlingen/oppfølgingen, og i tillegg kan kostnadene inkludere diagnostikk og behandling til rehabilitering og oppfølging, og omfatter tjenester tilbudt i spesialist- og primærhelsetjenesten. Resurser i et samfunnsperspektiv kan i tillegg inkludere kostnader for andre sektorer (oppvekst, skole, frivillighet, fengselsvesen, sosialomsorg), private kostnader (reisekostnader) og produksjonstap (sykedager).

### *Kvantifisering*

Kvantifisering handler om hvilke enheter man teller kostnadene i (som antall dager, antall timer og antall besøk), og hvordan man kan finne informasjon om ressursbruk. I en RCT som gjennomføres på et sykehus, vil man kunne få tilgang til behandlingsinformasjon via journalsystemet (antall minutter på operasjonsstua, antall røntgen og antall liggedager). Samtidig kan det være behov for å opprette egne

registreringer i studien. Hvis to operasjonsprosedyrer sammenliknes, kan det tenkes at journalsystemet ikke fanger opp viktige forskjeller i behandlingen, som bruk av utstyr og antall personer på operasjonsstua. Da må dette registreres særskilt. Ønsker man informasjon om bruk av helsetjenester utover den organisasjonen man tilhører, samles dette ofte inn via spørreskjemaer, men kan også hentes ut fra offentlige registre, som Norsk Pasientregister (17). Tidligere har journaler og spørreskjema vært mest vanlig, men i framtiden håper vi at de nasjonale registrene skal bli av en sånn kvalitet og tilgjengelighet at de kan benyttes. Fordelen ved å benytte registre er at man ikke behøver å belaste pasienter med unødvendige spørsmål og informasjonen blir komplett for alle inkluderte pasienter.

#### *Verdsetting*

Verdsetting består av å sette en pris på kostnadene man har identifisert og kvantifisert: hva er prisen på en dag innlagt på medisinsk avdeling eller hva er prisen på 30 minutter fysioterapi? I teorien ønsker vi å benytte oss av alternativkostnadsprinsippet. Alternativkostnaden er gitt ved verdien av en ressurs i beste alternative anvendelse. Det betyr at verdien av en time legekonsultasjon benyttet i en RCT vurderes til lønnen legen ville fått i det arbeidet han hadde utført hvis hun/han ikke hadde deltatt i den relevante studien. I praksis benyttes ofte enklere tilnærminger, slik som gjennomsnittskostnader, finansieringssystemet og utsalgspriser. Eksempler på verdsetting blir bruk av DRG-vekter for behandling på sykehus og apotekenes utsalgspris (AUP) for verdsetting av legemidler (17,18). Verdsetting er krevende da det ikke finnes noen klare retningslinjer for hvordan dette skal gjøres. Det er derfor viktig at man rapporterer både antall enheter og hvilken pris som er lagt til grunn for estimering av kostnader. Dette sikrer transparens i analysene.

### **3. Evaluering av tiltak for barn og unge i risikozonen**

I denne delen vil vi beskrive vi kan evaluere en ny organisering for barn og unge i risikozonen.

#### *Populasjon:*

Barn- og ungdom i aldersgruppen 12-25 år som er i risikozonen for å utvikle psykisk helseproblemer.

#### *Ny behandlingsmodell:*

Utvalget har diskutert ulike modeller, og har kommet frem til UngArena, hvor det skal være «en dør inn» til flere ulike tjenester.

#### *Dagens praksis:*

Vil variere fra kommune til kommune, men tilbudet i dag er mindre koordinert enn det vil være i en UngArena modell. I en evaluering, er det avgjørende at dagens praksis beskrives i detalj.

#### *Tidshorisont:*

To ulike tidsperioder: 1 år og 20 år. Den siste tidshorisonten kan fange opp viktige hendelser som fullføring av grunn- og videregående skole, utdanning og arbeidsmarkedstilknytning.

#### *Utfallsmål:*

Det kan være flere relevante utfallsmål

- Livskvalitet
- Mestring
- Antall brukere i ulike risikozoner (grønn, gul og rød)
- Antall NEET'ere (Not in Employment, Education or Training)
- Tid fra første møte med tjenesten til oppstart behandling
- Andelen gjennomført behandling
- Andelen riktige henvisninger, måles ved andelen avviste henvisninger
- Andelen avbrutte utredninger

#### *Kostnader:*

Det vil være naturlig å inkludere et helsetjenesteperspektiv hvor kostnader relatert til oppfølging i kommunehelsetjenesten, samt spesialisthelsetjenesten (BUPA og DPS) inkluderes. I tillegg bør det

diskuteres om det skal tas hensyn til et samfunnsperspektiv, hvor kostnader for pårørende inkluderes, samt kostnader relatert til arbeid for pasienter og pårørende. I et samfunnsperspektiv, vil det være aktuelt å inkludere kostnader relatert til utenforskap, det vil si kostnader knyttet til konsekvensen av ikke å fullføre utdanning og være i arbeid.

#### *Analysar:*

For å kunne evaluere om den nye organiseringen medfører en bedre oppfølging av barn og unge i risikozonen, er det viktig at det etableres en kontrollgruppe. I en utprøving av for eksempel, UngArena, kan kontrollgruppe etableres på flere ulike måter.

1. Noen kommuner innfører UngArena, mens andre fortsetter som tidligere
2. Det kan planlegges in sekvensiell utrulling av UngArena, dvs at kommuner etablerer UngArena på ulike tidspunkt
3. Kombinasjon av 1 og 2
4. Et siste alternativ, men ikke like ønskelig, er en før-etteranalyse.

#### **Innsamling av data**

For alle modellene, er det viktig at kommunene som inkluderes (enten som kontrollkommuner eller intervensjonskommuner) beskriver tjenestetilbudet slik det er før forsøket starter. Det er viktig at man vet hva dagens praksis består av og hvordan kjennetegn ved brukerne er og omfang av tjenestetilbud.

Det vil bli et viktig arbeid å beskrive hvordan den nye organiseringen vil skille seg fra dagens praksis med hensyn til ressursbruk.

I innsamling av data, bør data fra kommunene, BUPA, DPS og ARA (avdeling for rus og psykiatri) anvendes. Utforske muligheten for kobling av informasjon fra ulike kommunale registre kan være av verdi. Utover data fra kommunene, kan det vurderes å bruke Ungdata som en informasjonskilde. I Ungdata er det mulig å legge inn egne moduler, noe som kan være nyttig for å samle inn informasjon om viktige faktorer i prosjektet, slik som livskvalitet blant barn og unge. Videre er kilder som «regnskap for utenforskap», se <https://www.ks.no/utenforregnskapet>. Informasjon fra politiet vedrørende kriminalitet i relevant aldersgruppe, informasjon om fullført utdanning fra videregående skole, kan også være viktige kilder.

#### **Referanseliste**

1. NOU 1987:23. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Sosialdepartementet, Oslo, Norge.
2. NOU 1997:18. Prioriteringer på ny. Sosial- og helsedepartementet, Oslo, Norge.
3. NOU 2014:12. Åpent og rettferdig – Prioriteringer i helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, Norge.
4. Meld. St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientenes helsetjeneste – Melding om prioritering. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo. Norge
5. Magnussen J, Aaserud M, Granaas T, Magelssen M, Syse A, Celius EG et al (2015). På ramme alvor – Alvorlighet og prioritering. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo. Norge.
6. Meld. St. 10 (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo. Norge
7. Meld. St 28 (2014-2015). Legemiddelmelding – Riktig bruk – bedre helse. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo. Norge
8. Blåreseptforskriften 2007:814. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv (blåreseptforskriften)
9. Helsedirektoratet. Nye Metoder. <https://nyemetoder.no/> (31.1.20)
10. Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Mandat. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/prioritering-i-helsetjenesten/saker-behandlet-av-prioriteringsradet-2007-2017> (lest 31.1.20)
11. NOU 2018:16. Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, Norge.

12. Briggs A, Claxton K og Schulpher MJ. *Decision modelling for health economic evaluation*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
13. Drummond ME, Schulpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ and Stoddart GL. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press. 2005.
14. Glick HA, Doshi JA, Sonnand SS og Polsky DP. *Economic evaluation in clinical trials*, Oxford: Oxford University Press, 2007.
15. Olsen JA. *Helseøkonomi: effektivitet og rettferdighet*. Oslo. Cappelsen Akademisk Forlag, 2006.
16. Fenwick E. A guide to cost-effectiveness acceptability curves. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187 (2): 106-8
17. Helsedirektoratet. Norsk pasientregister (NPR). <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr> (31.1.20)
18. Statens legemiddelverk. <https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/maksimalpris> (31.1.20)