



## RÅDSLAG OM SAMHANDLING INNEN RUS- OG PSYKISK HELSE

---

*«Den vanskelige samhandlingen – vi vil, men får vi det til?»*

---

24. november 2022 Scandic Lerkendal



**Statsforvalteren i Trøndelag**

*Trööndelagen Staatehaaltoje*

## Innhold

<b>Bakgrunnen for og gjennomføring av rådslaget</b> .....	<b>3</b>
<b>Presentasjon av rådene</b> .....	<b>5</b>
Styrke den digitale samhandlingen - felles digital plattform.....	5
Tidlig innsats.....	5
Samhandling med frivilligheten.....	6
Fastlegens rolle i samhandlingen.....	6
Gjensidig kompetansemobilisering.....	7
Brukermedvirkning.....	8
Familieperspektivet - involvering av pårørende.....	9
Gjøre helsefellesskapene mer synlige og konkrete.....	10
Omforent og samhandlingsorientert overgangskultur.....	11
Helsefellesskapene som arena for utvikling av tverrsektorielle tilbud.....	12
<b>Gruppeinndeling rådslaget</b> .....	<b>13</b>
Gruppe 1, Styrke den digitale samhandlingen - felles digital plattform.....	13
Gruppe 2, Gjensidig kompetansemobilisering.....	13
Gruppe 3, Fastlegens rolle i samhandlingen.....	13
Gruppe 4, Brukermedvirkning.....	13
Gruppe 5, Familieperspektivet - involvering av pårørende.....	13
Gruppe 6, Samhandling med frivilligheten.....	14
Gruppe 7, Gjøre helsefellesskapene mer synlige og konkrete.....	14
Gruppe 8, Omforent og samhandlingsorientert overgangskultur.....	14
Gruppe 9, Helsefellesskapene som arena for utvikling av tverrsektorielle tilbud.....	14
Gruppe 10, Tidlig innsats.....	14
Arrangører og andre inviterte:.....	15

## Bakgrunnen for og gjennomføring av rådslaget

Statsforvalteren i Trøndelag legger med dette fram foreliggende rådsdokument, som ble resultatet av "Trøndersk rådslag om samhandling innen rus- og psykisk helse". Rådsdokumentet inneholder 10 råd for bedre samhandling. Statsforvalteren i Trøndelag var initiativtaker til- og sto for den praktiske gjennomføringen av rådslaget.

Statsforvalteren forutsetter at begge helsefelleskapene i Trøndelag tar rådsdokumentet med seg inn i sitt videre arbeid med å utvikle og planlegge bærekraftige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.

Rådslaget ble planlagt og arrangert i samarbeid med Helse Midt-Norge, Helse Nord-Trøndelag, St. Olav hospital, KS, Trondheim kommune, NAPHA, RiO, A-LARM, Mental Helse og KORUS.

Skiftende regjeringer har opp gjennom årene initiert ulike helsepolitiske satsinger for å styrke den tverrsektorielle samhandlingen i helse- og omsorgstjenestene. Intensjonene har åpenbart vært gode, hver gang. Individuell plan, Samhandlingsreform og innføring av pakkeforløp er eksempler på dette. Det nyeste «virkemiddelet» på den helsepolitiske samhandlingsagendaen er opprettelsen av Helsefelleskap.

Evalueringer av- og erfaringer med de ulike satsingene har så langt vist, at sentrale føringer i begrenset grad har oppfylt statens gode intensjoner om bedre samhandling og etablering av såkalte «sømløse» tjenester.

Statsforvalteren erfarer gjennom sin tette dialog med kommunene, brukerorganisasjonene og kompetansesentrene, at de «gode samhandlingsløsningene» ofte skapes ut fra et lokaltilpasset klinisk samarbeid rundt enkeltpasienter og deres pårørende, ofte uavhengig av statlige føringer.

Statsforvalteren inviterte til et trøndersk rådslag, der vi satte fokus på det lokale engasjementet og de gode lokale erfaringene. Derigjennom ønsket vi å bidra til økt kunnskapsutvikling- og formidling av samhandlingsmodeller som er tuftet på brukernes, de pårørendes og fagfolks reelle opplevelser av hva som fungerer.

Rådslagets målsetting:

- Sette tverrsektoriell SAMHANDLING på dagsorden i eget fylke (HF/kommuner)
- Gi innspill til arbeidet med Helsefelleskap i Trøndelag
- Bruker og pårørendestemmen skal fremmes i rådslaget
- Bidra til at gode samhandlingstiltak og kunnskapsbaserte modeller for samhandling løftes fram

Arbeidsutvalget for rådslaget har bestått av følgende medlemmer:

Ragnhild Johansen, assisterende fagdirektør, **Helse Midt-Norge RHF**

Tore Jo Nilsen, seniorrådgiver, **Helse Midt-Norge RHF**

Arve Almvik, faglig rådgiver, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (**NAPHA**)

Marianne Borthen, faglig rådgiver, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (**NAPHA**)

Stein Arve Strand, faglig rådgiver, Kompetansesenter rus Midt-Norge (**KORUS**)

Jens Solem, brukerrepresentant, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (**RIO/A-Larm**)

Anna Opheim, fylkesleder, **Mental Helse Trøndelag**

Lene Stene Salberg, samhandlingsleder, kommunedirektørens fagstab, **Trondheim kommune**

Eirik Roos, rådgiver, kommunedirektørens fagstab, **Trondheim kommune**

Erik Eide, seniorrådgiver, **KS Trøndelag**

Ingunn Flakne Solberg, **Statsforvalteren i Trøndelag**

Kenneth Ledang, **Statsforvalteren i Trøndelag**

Jonas Sjømæling, samhandlingsleder helse, **kommunene i NT**

Runar Asp, **St. Olavs HF**

Framlent As har bidratt med tilrettelegging og gjennomføring rådslaget, samt oppsummering av rådene i etterkant av rådslaget.

## Presentasjon av rådene

### Styrke den digitale samhandlingen - felles digital plattform

Det bør være et mål å sikre bedre kommunikasjon og samhandling mellom bruker/pasient og alle involverte aktører. Alle aktører skal ha tilgang til en felles digital plattform. Brukeren selv gir samtykke til åpenhet og innsyn for alle involverte parter. På denne måten vil brukeren/pasienten ha tilgang til å komme med sin tilbakemelding, som vil nå ut til alle aktørene. Alle aktørene vil dermed ha tilgang til en felles kommunikasjonskanal. Det er allerede lignende verktøy i bruk, men vi foreslår en mer lavterskel digital plattform for å sikre enkel tilgang for alle.

#### HVA KAN FREMME OG HEMME IMPLEMENTERING/GJENNOMFØRING AV DETTE RÅDET?

Fremme	Hemme
<ul style="list-style-type: none"><li>- Brukervennlig verktøy, helst i App-form. God opplæring i bruk av App.</li><li>- Alle involverte inkludert spesialisthelsetjenesten må være deltakere på plattformen, og alle må kjenne sine roller.</li><li>- Slutt på silo tenkning</li><li>- Det anbefales at det er forvaltningskontorene i hver kommune som får ansvar for å sette i gang plattformen i samarbeid med bruker.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manglende samtykke fra bruker kan hindre at alle aktuelle aktører får innsyn.</li></ul>

### Tidlig innsats

Gruppen peker på betydningen av å sikre riktig hjelp til riktig tid. Dette starter i den enkelte kommune ved at en får fanget opp og identifisert utfordringene tidlig nok. Det er behov for å samordne tilbudene som allerede finnes i kommunene – og avklare roller og ansvar. Jakte på de evidensbaserte tilbudene.

Sikre at vi tilpasser oss til digitale plattformer og tar i bruk digitale verktøy.

Sikre hjelp på lavest mulig nivå. (les best mulig nivå).

#### HVA KAN FREMME OG HEMME IMPLEMENTERING/GJENNOMFØRING?

Fremme	Hemme
<ul style="list-style-type: none"><li>- De som er sammen med barn, ungdom, unge voksne og andre grupper i samfunnet som for eksempel foreldre, familie, nettverk, fritidsaktiviteter, barnehage, skole, må informeres om tjenester som finnes. Disse må være lett tilgjengelig på digitale plattformer etc.</li><li>- Gå sammen med ungdomsråd, brukerråd, DigiUng.</li><li>- Mål om at helsefellesskapet utvikler og bruker digitale verktøy. En felles forståelse og beskrivelse av utfordringene.</li><li>- Hva handler den store økningen i henvendelser om?</li><li>- Hva skal vi gjøre med denne utfordringen?</li><li>- Bruke språk som innbyggerne forstår.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Økonomi</li><li>- Mangel på samhandling, "silotenkning"</li></ul>

## Samhandling med frivilligheten

Styrk muligheten for at målgruppen kan delta i ulike aktiviteter, lag og organisasjoner som et ledd i å mestre og ha et meningsfullt liv.

For å styrke samarbeidet med frivilligheten, kan det være hensiktsmessig å lage en oversikt over ulike aktivitetstilbud som finnes i kommunen.

Dette kan gjøres gjennom en interaktiv hjemmeside der de som ønsker det kan logge seg inn og beskrive sin egen aktivitet. Frivillighetsentralen kan være en naturlig aktør i dette arbeidet, og Folkehelsealliansen kan ha en utvidet rolle med utgangspunkt i ABC-modellen.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester bør forplikte seg til å se frivilligheten som en ressurs for brukeren.

### HVA KAN FREMME OG HEMME IMPLEMENTERING/GJENNOMFØRING?

Fremme	Hemme
- Informasjon	- Manglende kunnskap om hvilken ressurs frivilligheten representerer

## Fastlegens rolle i samhandlingen

God kommunikasjon er viktig mellom fastlegen, spesialisthelsetjenesten, kommunen og pasienten.

Fastlegene trenger mer tid pr. pasient, altså færre pasienter på listen sin for å løse oppgavene i helsetjenesten.

Det er behov for å avklare ansvarsforholdet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten i oppfølging og behandling.

Fastlegene bør benytte seg av samhandlingsverktøy, som digitale verktøy, felles journalsystemer og ansvarsgrupper.

### HVA KAN FREMME OG HEMME IMPLEMENTERING/GJENNOMFØRING?

Fremme	Hemme
- Politisk vilje til å gjøre noe med fastlegeordningen. Skal fastlege ha nok tid til dette må vi ha mange flere fastleger.	- Økonomi
- Tydeligere forventninger til fastlegene om deltakelse i samhandling vil kunne medføre mindre ulikt engasjement fra fastlegenes side.	- Fastlegenes mangel på interesse
- Fastlegene trenger støttespillere for å koordinere kompliserte forløp.	
- Pasienter med utfordringer innen psykisk helse og rus har behov for egen koordinator.	
- Tydeligere avklaring ved uklarheter om ansvarsforhold ved behandling og oppfølging (Hvordan avklare ved uenighet?)	

## Gjensidig kompetansemobilisering

Det er flere som har pekt på mangelen på kunnskap om innholdet, ansvaret og effekten av tjenestene, og hvordan en kan få tilgang til og benytte tjenestene på en måte som er best for brukerne. Både spesialisthelsetjenesten og kommunene har et formelt veiledningsansvar ovenfor hverandre. Økt kjennskap og deling av kompetanse vil bidra til å styrke samhandlingen til det beste for felles brukere.

Det er nødvendig å ha oversikt over hele tjenesteapparatet for å bistå den som trenger hjelp. Dette vil bidra til å klargjøre ansvaret for behandling og oppfølging, og legge til rette for felles tjenesteutvikling, for eksempel innen bruk av velferdsteknologi.

Bedre samhandling mellom tjenesteapparatet på ulike nivåer vil også kunne føre til bedre samhandling med andre sektorer, som for eksempel skolen og politiet innen forebyggende arbeid.

Det bør etableres systemer for å innhente og behandle tilbakemeldinger fra brukerne, og sørge for at denne kunnskapen blir en sentral del av grunnlaget for tjenesteutviklingen.

Det bør også etableres tiltak der kommuner og spesialisthelsetjenesten jobber tett sammen for å nå felles mål, "skulder ved skulder".

### HVA KAN FREMME OG HEMME IMPLEMENTERING/GJENNOMFØRING?

Fremme	Hemme
<ul style="list-style-type: none"><li>- Krav til deltakelse i samhandlingsnettverk rus og psykisk helse med representanter fra kommuner, spesialisthelsetjenesten og brukere som møtes jevnlig.</li><li>- Jevnlige korte møter på Teams kombinert med lengre arbeidsøkter innimellom.</li><li>- Gjensidige Trainee-program eller Hospitering.</li><li>- Karrierestiger/løp for personell. Kan være nyttig mellom tjenestenivå og for eksempel mellom kommuner.</li><li>- Sikre at nyansatte orienteres om tilbudene hos samarbeidspartnere, og evt. kan hospitere hos de vi samhandler mest med for å stimulere til at både kommuner og spesialiserte tjenester har månedlig utedag(er) på motsatt tjenestenivå.</li><li>- Utøve veiledningsansvaret, bli mer kjent, senke terskelen for kontakt.</li><li>- Felles utviklingsprosjekter og samarbeid om forskning.</li><li>- Invitere brukerorganisasjoner inn i kommuner og spesialisthelsetjenester med faste møtepunkter med brukerne.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Økonomiske begrensninger/ ulike forutsetninger. Kan det lages bedre incentiver for arena, fleksible tjenester og samhandling?</li><li>- Liten kapasitet til å dekke alle kommuner med utekontor/tjeneste</li></ul>

## Brukermedvirkning

Gruppen foreslår to tiltak:

(1) Det kan være en idé å utvikle et felles brukerutvalg eller brukerpanel for sykehus og kommune. Dette kan bidra til å sikre sammenheng i tjenesteutviklingen og styrke brukerperspektivet.

Et slikt utvalg bør ha tilgang til en "pool" av personer med spesifikke brukererfaringer, for eksempel personer med spiseforstyrrelser, minoritetsbakgrunn, rusproblemer, og pårørende. I Sogn og Fjordane har det allerede blitt opprettet et felles brukerutvalg, og i Helse Bergen er det etablert en pool med brukerrepresentanter.

Dette kan være en god måte å involvere brukerne på i tjenesteutviklingen, og sikre at deres perspektiv blir hørt og tatt hensyn til.

(2) For å styrke brukermedvirkningen i vurdering og behandling av psykiske helseproblemer, kan det være lurt å etablere et felles vurderingsteam der brukerrepresentanten er involvert sammen med kommunen, TSB og psykisk helsevern. I dette teamet bør brukerens stemme tillegges større vekt, og brukeren bør få mulighet til å legge ved en video der vedkommende forklarer hvorfor en bestemt behandling er ønskelig.

Dette kan styrke henvisningen fra fastlegen og understøtte reell brukermedvirkning. Brukeren bør også få bestemme hvem som skal være koordinator i ansvarsgruppemøter. Dersom pasienten ikke nyttiggjør seg den tiltenkte behandlingen, er det ofte at pasienten blir vurdert som umotivert eller behandlingsudyktig. I slike situasjoner bør pasienten få mer hjelp til å finne rett behandling.

Terskelen bør være så lav som mulig for tilgang til behandling, og inngangen til behandling må være kort.

### HVA KAN FREMME OG HEMME IMPLEMENTERING/GJENNOMFØRING?

Fremme	Hemme
<ul style="list-style-type: none"><li>- Brukermedvirkning</li><li>- Gode samhandlingstjenester</li><li>- Styrke øremerking av midler</li><li>- En står sammen om å utvikle tjenester på tvers av kommuner og mellom forvaltningsnivåer</li><li>- Styrke bruken av frivillige/ideelle organisasjoner</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mangel på brukermedvirkning</li><li>- Kommuner står alene i beslutningene rundt om de kan opprettholde tilbudene</li><li>- Trang kommuneøkonomi</li></ul>



## Familieperspektivet - involvering av pårørende

Det er nå lovpålagt å ha en barnekoordinator, mens det for voksne pårørende finnes tydelige føringer i veiledere.

Det er viktig å kartlegge og involvere pårørende i behandlingsforløpene. Det er også viktig å sikre at pårørende får tilstrekkelig informasjon om hva pårørendesamarbeid innebærer og hva de kan forvente.

Det er viktig å være oppmerksom på at pårørendearbeidet kan ha todelt fokus; det kan både være å støtte den som får behandling, og å gi støtte eller behandling til pårørende som selv trenger det.

Det finnes forskning som viser at medvirkning fra pårørende kan være til støtte for behandlingen av pasienten.

### HVA KAN FREMME OG HEMME IMPLEMENTERING/GJENNOMFØRING?

Fremme	Hemme
<ul style="list-style-type: none"><li>- Gjøre viktige begrepsavklaringer. Hvem er pårørende?</li><li>- Hva er lovpålagt? Hvilke retningslinjer har vi for pårørende?</li><li>- Lik praksis i kommunene- og spesialisthelsetjeneste.</li><li>- Kartlegge brukerens pårørende/familie/nettverk. Lage en rutine på dette.</li><li>- Opplæring av helsepersonell når bruker ikke ønsker å involvere pårørende. Kunnskap om lovverk som kan være til hinder for informasjonsutveksling.</li><li>- Formalisering av funksjonen pårørendekoordinator i kommunene</li><li>- Pårørendesenter</li><li>- Ansvarsgruppe som følger bruker mellom nivåene</li><li>- Øremerket økonomi og ressurser til å understøtte familie- og pårørendeperspektivet.</li><li>- Kulturell forståelse/minoritetsgrupper</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manglende kunnskap og opplæring</li><li>- Uklar forståelse av lov og avtaleverk</li><li>- Manglende økonomiske og menneskelige ressurser til gjennomføring</li><li>- Manglende kulturell forståelse og kunnskap om minoritetsgrupper</li></ul>

## Gjøre helsefelleskapene mer synlige og konkrete

Synliggjøring og konkretisering av samhandling kan gjøres gjennom flere ulike tiltak:

- Skaffe oversikt over gode samhandlingsmodeller som fungerer bra
- Finansiering i spesialisthelsetjenesten må gjøres lønnsom (for eksempel gjennom ISF)
- Interkommunalt samarbeid for å sikre god samhandling mellom ulike kommuner
- Sikre at brukere og pårørende blir involvert og delaktige i tiltakene på alle nivå

Det kan også være hensiktsmessig å utrede eksisterende tiltak og videreutvikle disse. Evaluering av tiltakene er viktig for å lære og se om de fungerer som planlagt. Eksempler på tiltak som kan vurderes kan være:

- " LBS ute" (Lade Behandlingscenter), som har kontor i noen kommuner en gang i uken for generell veiledning med kommunalt ansatte eller på sak direkte med brukere
- Bistandsteammodellen, der LBS og St. Olavs HF samarbeider med kommuner for å ha en arena for møte aktuelle samarbeidspartnere

Når det gjelder økonomisk modell, kan det være hensiktsmessig å se på muligheten for å gi samme gevinst ved indirekte brukerarbeid som for eksempel oppfølgingsarbeid før eller etter avtaler, samt å sikre at ressurs- og samhandlingsteam blir like anerkjent når det gjelder gevinstmål og aktivitetskrav.

### HVA KAN FREMME OG HEMME IMPLEMENTERING/GJENNOMFØRING?

Fremme	Hemme
<ul style="list-style-type: none"><li>- Mer konkrete oppdrag knyttet til å i større grad operasjonalisere helsefelleskapene.</li><li>- Økonomiske insentiver, øremerkede midler.</li><li>- I dag er helsefelleskapene lite kjent ned i organisasjoner og på brukernivå. Hva kan helsefelleskapet faktisk gjøre?</li><li>- Ved uenighet, hvordan forplikter samarbeidet?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- For store og generelle oppdrag kan virke hemmende</li><li>- Manglende avklaringer av ansvar, roller og bidrag</li></ul>

## Omforent og samhandlingsorientert overgangskultur

En omforent og samhandlingsorientert overgangskultur betyr at alle behandlere og ansatte har en gjensidig forståelse av hverandres roller, behandlingsformer og virksomheter. Dette innebærer mindre fokus på en tradisjonell "bestiller-utfører" modell for tjenester, og mer reell samhandling mellom involverte parter.

Kultur kan defineres som holdninger og verdier. I en omforent og samhandlingsorientert overgangskultur, har og tar flere felles ansvar i overgangen. Med mindre fokus på spesialister og spesialfelt for å øke kvalitet og samhandling. Tjenester må utvikles ut fra brukerens behov og målrettes. Målet bør være å skape en meningsfull hverdag for pasienten/brukeren og å se helheten og ivareta kontinuitet.

FACT -team kan på en effektiv måte bidra til å utvikle samhandlingen rundt den enkelte brukeren.

Det pekes på nødvendigheten av at fagrådene i helseforetakene legger til rette for felles fagdager der ulike interessenter kan lytte til hverandre, for å understøtte dette ytterligere.

Det foreslås å prøve ut OVERGANGSTEAM i en stor og liten kommune. Her setter en bruker/pasient i sentrum. Det bør jobbes aktivt med å skape en god "overgangskultur". Her vil aktuelle aktører i kommunene (koordinerende enheter i kommunen, forvaltningskontor) og spesialisthelsetjenesten (inntaksteam/vurderingsteam) få betydningsfulle nøkkelroller.

Med brukeren i sentrum vil brukerstemmen bli vektlagt i større grad. Tiltaket vil dermed fremme bruker- og pårørendestemmen.

Det pekes på muligheten for å bruke video fra pasienten i helseplattformen eller en app- løsning. Fokus på hva trenger jeg som pasient/bruker. Tiltaket bør prøves ut over tid for å jakte på langtidseffektene. Det anbefales at tiltaket følges med forskning. Bruke designmetodikk for rask igangsetting, just do it.

Konkret forslag fra gruppen er: Helse Nord-Trøndelag og en kommune, og St. Olav HF og en kommune.

### HVA KAN FREMME OG HEMME IMPLEMENTERING/GJENNOMFØRING?

<b>Fremme</b>	<b>Hemme</b>
- Arenaer å møtes på	- Makt og profesjonskamper
- Faste møtepunkt	- Konserverte og omforente forståelser
- Fagråd helsefellesskap der man	
- jobber med samhandlingskultur, hva skal til, hvordan forstår vi samhandling?	
- Brukerrepresentanter må med.	

## Helsefellesskapene som arena for utvikling av tverrsektorielle tilbud

Det bør etableres FACT-team der dette ikke allerede finnes. Dette må gjøres i tett samarbeid med brukerrepresentanter og fagmiljøer både i kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Det bør vurderes å utvikle botilbud for særlig utfordrende brukere med alvorlige psykiske lidelser, med eller uten rusproblemer, i skjæringspunktet mellom 1. og 2.linjetjeneste.

Det bør også vurderes om det er andre tverrsektorielle samarbeidsarenaer og tilbud som bør planlegges for denne målgruppa (ROP-pasienter).

Etableringen av slike tiltak må forankres i helsefellesskapet. Det bør nedsettes arbeidsgrupper for å utrede og etablere tilbudene i praksis. Her må det være bred representasjon fra både kommune-, sykehus-, fastlege- og brukerrepresentanter med relevant erfaring.

### HVA KAN FREMME OG HEMME IMPLEMENTERING/GJENNOMFØRING?

<b>Fremme</b>	<b>Hemme</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Det er en forutsetning med reell og likeverdig brukermedvirkning i etablering av dette.</li><li>- Dette krever representasjon av brukerrepresentanter innen psykisk helse og rus i helsefellesskapet. Dette kan kreve at en må få inn brukerrepresentanter fra andre kommuner og fylkesnivå.</li><li>- En må vurdere interkommunale "løsninger" rundt etablering av både FACT-TEAM OG BOLIGER.</li><li>- Det må være en gjensidig forpliktelse ressursmessig med formelle samarbeidsavtaler.</li><li>- Det krever ansatte fra begge nivåer i slike tilbud.</li><li>- Det kreves faste og øremerkede midler til tilbudene.</li><li>- Det kreves forutsigbarhet og at tilbudene varer over tid dersom de skal fungere.</li><li>- Vi anbefaler å pilotere dette før fullskala implementering.</li><li>- Det bør behandles i alle nivåer i helsefellesskapet.</li><li>- Vurdere behov for andre og tilpassede grupper, som f. eks ruspasienter (rus fact) og sikkerhetspasienter (sikkerhets-fact).</li><li>- Ha en strategi for å håndtere uenighet mellom partene i samarbeidet (brukere/pårørende, foretak, kommune). Etablere en «oss-kultur».</li></ul>	

## Gruppeinndeling rådslaget

### Gruppe 1, Styrke den digitale samhandlingen - felles digital plattform

1. Arnstein Tilseth – ordstyrer, psykisk helse og rus, Midtre Gauldal kommune
2. Elin Antonsen – sekretær, enhetsleder interkommunal oppfølgingstjeneste rus/ psykisk helse, Hitra og Frøya kommuner
3. Ellen Hage – psykisk helse og rus, Midtre Gauldal kommune
4. Hege Hafstad – brukergruppe psykisk helsevern St. Olavs HF
5. Gratia Boneza – St. Olav, Nidelv DPS, Orkdal
6. Lisbeth Kværnø, Trondheim kommune
7. Renate Greiner, Namsskogan

### Gruppe 2, Gjensidig kompetansemobilisering

1. John Martin Teigen – ordstyrer – leder rus- og psykisk helse, Indre Fosen kommune
2. Åse Prestvik – sekretær – kvalitet og utviklingsleder, Blå Kors Lade Behandlingscenter
3. Anna Elise Opheim – leder Mental Helse Trøndelag
4. Erik Eide, KS
5. Kåre Rønnes, enhetsleder v/enhet for psykisk helse og rus, Trondheim kommune

### Gruppe 3, Fastlegens rolle i samhandlingen

1. Rita Totsås – ordstyrer, familieenheten, Lierne kommune
2. Linn Nygård – sekretær, seksjonsleder, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs HF
3. David Rogne, leder RIO Midt-Norge
4. Gaute H. Nilsen, HNT
5. Lill-Merethe Bye, helse og omsorgstjenesten, Flatanger kommune
6. Trond Høili, enhet for psykisk helse og rus, Trondheim kommune

### Gruppe 4, Brukermedvirkning

1. Arve Almvik – ordstyrer, faglig rådgiver NAPHA
2. Ann Mari Romul – sekretær, leder i brukerutvalget St. Olavs HF
3. Jannicke Ertvåg, erfaringskonsulent Ørland kommune
4. Elin Ulleberg, klinikkjef psykisk helsevern, St. Olavs HF
5. Hege Aar, mestringsenheten for psykisk helse og rus, Namsos kommune
6. Viviann Sandberg Larsen, kommunedirektørens stab, Trondheim kommune

### Gruppe 5, Familieperspektivet - involvering av pårørende

1. Marit Hårstad – ordstyrer, tjenesteleder helse- og omsorgstjenesten, Tydal kommune
2. Marit Uthus – sekretær, rus- og psykisk helsetjeneste, Tydal kommune
3. Mia Franzen, rus- og psykisk helsetjeneste, Tydal kommune
4. Håvar Stokke Hegseth, HNT Klinikk for psykisk helsevern og rus, Stjørdal DPS
5. Jens Solem, brukerrepresentant A-Larm

6. Cheneso Moumakwa, Lierne kommune

## Gruppe 6, Samhandling med frivilligheten

1. Stein Arve Strand – ordstyrer, rådgiver KORUS
2. Janne Paulsby - sekretær, ruskonsulent Selbu kommune
3. Aina Tetlien Sellæg Familiebasen Grong
4. John Melhus, Foreningen for Human Narkotikapolitikk
5. Olav Bremnes, samhandlingssjef HNT
6. Tonje Weronica Sørstø, brukerrepresentant Ørland
7. Kirsten Kilnes, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helsevern, LPP

## Gruppe 7, Gjøre helsefelleskapene mer synlige og konkrete

1. Elise Solheim – ordstyrer, seniorrådgiver HNT
2. Eva Mari Sæther -sekretær, enhet for psykisk helse og rus, Trondheim kommune
3. Åse Grande Dahl Mestringsenheten for psykisk helse og rus, Namsos kommune
4. Kristin Øien Kvam, St. Olav, seksjon for regional analyse og pasientkoordinering TSB
5. Liv Ingeborg Brønstad, Flatanger kommune
6. Emma Persson, leder helse og familie, Lierne kommune
7. Anne Lise Løvås, avdelingsjef klinikk psykisk helsevern St. Olavs HF, Nidelv DPS

## Gruppe 8, Omforent og samhandlingsorientert overgangskultur

1. Turid Eian – ordstyrer, leder Landsforeningen for pårørende innen psykisk helsevern, LPP, Trøndelag
2. Hege Levidatter Hansen- sekretær, virksomhetsleder Blå kors steg for steg
3. Trine Therese Tomren-Dahl, klinikk for rus og avhengighetsmedisin, St Olavs HF,
4. Mona Breiding Lersveen, Brukerutvalg HNT
5. Jonas Sjømåling –sekretær, samhandlingsleder helse, kommunene i nordre

## Gruppe 9, Helsefelleskapene som arena for utvikling av tverrsektorielle tilbud

1. Elin Sivertsen – ordstyrer. Mestringsenheten psykisk helse og rus, Namsos kommune
2. Jostein Lein –sekretær, HNT, psyk. Levanger
3. Marita Haugen, erfaringskonsulent, Lierne
4. Magnus Nordmann, erfaringskonsulent i Rennebu og brukerpanel Fjellregionen
5. Møyfrid Kjøltsdal, faglig rådgiver NAPHA

## Gruppe 10, Tidlig innsats

1. Reidun Korssjøen – ordstyrer, seniorrådgiver SF i Trøndelag
2. Jan Omvik – sekretær, avdelingsleder, enhet for psykisk helse og rus, Trondheim kommune
3. Vegard Vestvik, klinikkssjef psykisk helsevern, - akutt, eldre, barn og unge, St. Olavs HF
4. Ronny Hårstadstrand, Mestringsenheten psykisk helse og rus, Namsos kommune
5. Lene Stene Salberg, samhandlingsleder helse for kommunene i søndre Trøndelag

## Arrangører og andre inviterte:

1. Kenneth Ledang, seniorrådgiver Statsforvalteren i Trøndelag
2. Ingunn Flakne Solberg, seniorrådgiver Statsforvalteren i Trøndelag
3. Jan Vaage, fylkeslege
4. Fredrik A.S.R. Hanssen, HOD
5. Hildegunn Andreassen, prosessveileder FRAMLENT As
6. Kristin Trane, NAPHA
7. Hanne Wilhelmsen Giske – NAPHA, kommunikasjonsrådgiver
8. Marit Helene Hem, NTNU samfunnsforskning