

Lars Danbolt, Kari Kjøsberg,
Lars Lien og Arild Granerud

Hjelp når du trenger det
Bedret tilgjengelighet i psykisk helsevern
Del 1

Høgskolen i Hedmark
Notat nr. 11 – 2008

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra notatet i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatterne er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I notatserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres f.eks. milepældokumentasjon av et forsknings- og/eller utviklingsprosjekt, eller annen dokumentasjon på at et arbeid er i gang eller utført.

Notatet kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark.
(<http://www.hihm.no/>)

Tittel: Hjelp når du trenger det – bedret tilgjengelighet i psykisk helsevern. Del 1			
Forfattere: Lars Danbolt, Kari Kjønnsberg, Lars Lien og Arild Granerud			
Nummer: 11	År: 2008	Sider: 54	ISBN: 978-82-7671-718-1 ISSN: 1501-8555
Oppdragsgivere: Høgskolen i Hedmark og Sykehuset Innlandet			
Emneord: Psykisk helsevern, tjenestesamordning, brukermedvirkning			
Sammendrag: <p><i>Hjelp når du trenger det</i> er et aksjonsrettet forskningsprosjekt som er opprettet i forbindelse med 100-årsjubileet til Sanderud psykiatriske sykehus (Sykehuset Innlandet HF) i 2008. Ønsket er å se på hva som fungerer og ikke fungerer i kontakten mellom psykisk helsevern, avgrenset til akuttpsykiatrien og distriktpsykiatrisk senter (DPS) Hamar, og de åtte kommunene som er DPS-ets opptaksområde.</p> <p>Dette notatet oppsummerer prosjektets del 1, som er en grunnlagsstudie gjennomført i 2008. Prosjektet videreføres i del 2 (2009–2011) gjennom et handlingsorientert forskningssamarbeid. Del 1 gir en kvantitativ og kvalitativ beskrivelse av psykisk helsevern i forskningsområdet.</p> <p>Studien viser at de involverte (ansatte ved DPS Hamar og akuttavdelinger på SI Sanderud, brukere, fastleger og ansatte i kommunenes psykiske helsearbeid) deler <i>en felles opplevelse av situasjonen som frustrerende, og en felles vilje til endring</i>. Selv om mye oppleves som tilfredsstillende og mange brukere får god hjelp, er det også frustrasjon i forhold til administrering, ressurser, samarbeidsrutiner, kompetanse og kvalitet.</p> <p>Det tas til orde for smidigere innleggelsesprosedyrer, erfarne fagfolk i frontlinjen, brukerinnflytelse, nettverkstenkning, tettere samarbeid med fastleger, ambulante tjenester og ett telefonnummer for henvendelser til spesialisthelsetjenesten. Lett tilgjengelige DPS-funksjoner og gode samarbeidsrutiner mellom første- og andrelinje etterspørres i særlig grad.</p>			



Title: Help when needed – improved availability in mental health service. Part 1			
Authors: Lars Danbolt, Kari Kjøsberg, Lars Lien and Arild Granerud			
Number: 11	Year: 2008	Pages: 54	ISBN: 978-82-7671-718-1 ISSN: 1501-8555
Financed by: Hedmark University College and Innlandet Hospital Trust			
Keywords: Psychiatric health care, cooperation, user-involvement			
Summary: <p><i>Help when needed</i> is an action research project which is established in connection with the 100th anniversary of Sanderud psychiatric hospital (Innlandet Hospital Trust) in 2008. The purpose is to investigate interactions between the specialist psychiatric health care, limited to the emergency clinics and the district psychiatric centre (DPS) at Hamar, and the eight municipalities in the function area of this DPS.</p> <p>The following reports from part 1 of the study; a basis investigation accomplished in 2008. The project will be continued in part 2 (2009–2011) by an action oriented research cooperation.</p> <p>Part 1 presents a quantitative and qualitative description of psychiatric health care in the research area.</p> <p>The study shows that the participants (health workers at the DPS and the emergency clinics, municipality health workers, community doctors and users/patients) share a <i>common experience of the situation as frustrating, as well as a common willingness for change</i>. Even though much is experienced as functioning well and many get help when needed, there is a frustration regarding administration, recourses, routines for cooperation, competence, and quality.</p> <p>Proposals are: More adaptive procedures for hospitalizing, experienced professionals in the front line, users' influence, networking, closer cooperation with the community doctors, ambulant services, and one telephone number for contacting the specialist health care. Easily accessible DPS functions and good routines for cooperation between first and second line are especially requested.</p>			

FORORD

På Verdensdagen for psykisk helse i fjor (10.10.07) arrangerte SI Sanderud et fagseminar der det blant annet kom fram forellinger om hvor vanskelig det kunne være for folk å få hjelp når de trenger det i det psykiske helsevernet. På den tida var vi i ferd med å planlegge 100-årsjubileet for Sanderud sykehus i 2008, og ganske snart ble vi enige om at dette jubileet skulle preges av et handlingsrettet perspektiv framover. Derfor satte vi et forskningsmessig fokus på hvilke kvaliteter det er som ligger i visjonen *hjelp når du trenger det*.

Prosjektet ble etablert som et samarbeid mellom Sykehuset Innlandet, Høgskolen i Hedmark og Mental Helse Hedmark. Raskt ble også det interkommunale effektiviseringsnettverket i Midt-Hedmark (K8) en aktiv samarbeidspartner. Samarbeidet har vært preget av klare tanker, vilje til å lykkes og mye entusiasme, og uten dette felles engasjement hadde prosjektet ikke vært mulig å gjennomføre. Stor takk til dere alle!

Vi vil også takke alle dere 55 som har deltatt i fokusgruppeintervjuer. Dere representerte den kommunale psykiske helseomsorgen, fastleger og brukere, samt ansatte i akuttpsykiatrien på Sanderud og DPS Hamar. Takk for at dere stilte opp og deltok i konstruktive samtaler som danner bakgrunnen for dette notatet.

Og takk til alle dere som deltok på seminaret på Verdensdagen 10.10.08 på Sanderud der resultater fra studien ble lagt fram og diskutert. Innspillene dere kom med er tatt med i dette notatet for studiens del 1. Seminaret ble en viktig opplevelse av at vi er mange aktører i spesialisthelsetjenesten, kommunene og brukerorganisasjonene. Vi har ulike funksjoner, men deler en felles vilje til å samhandle slik at folk kan få hjelp når de trenger det.

Bak dette notatet ligger et betydelig forskningsarbeid. Vi vil særlig takke psykiatrisk sykepleier Kari Kjønnsberg som har vært engasjert som forsker i prosjektet og hatt et stort ansvar for datainnsamling og analyser. Stor takk også til førsteamanuensis Arild Granerud i HIH som har bidratt med viktig forskerkompetanse og innsats både i forhold til prosjektplan og sluttnotat. Videre vil vi takke assisterende divisjonsdirektør Jørgen Brabrand, som har utarbeidet det statistiske materialet som ligger bak oversikten over driftstall for Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet.

Til slutt vil vi gi en blomst til ledelsen ved DPS Hamar ved Elmer Sigmund og Liv Jerven, som har bidratt med svært konstruktiv tilretteleggelse i en ellers travel hverdag. DPS-et får også en nøkkelrolle i dette prosjektets neste del, med et handlingsorientert forskningssamarbeid knyttet til DPS- og akuttfunksjoner i Elverum og Trysil.

Nå ser vi fram til å få nye resultater fra den neste delen av prosjektet med en ny rapportering av forskningsbasert kunnskap omkring Verdensdagen i 2011. Og den overordnede målsettingen er at prosjektet som helhet skal bidra et handlingsrettet perspektiv framover slik at folk faktisk skal få hjelp når de trenger det.

Sanderud 28.10.2008

Lars J Danbolt og Lars Lien

Prosjektledere

INNHold

Forord	7
Innledning	11
Samarbeidsavtale.....	13
Organisering.....	14
Del 2 – handlingsorientert design.....	14
Driftstall for Divisjon psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet.....	16
Hensikt.....	22
Forskningsspørsmål.....	22
Forskningsdesign	23
Datainnsamling – fokusgrupper.....	24
Deltakere.....	24
Inklusjonskriterier.....	25
Analyse.....	26
Forskningsetiske overveielser.....	27
Resultater	29
Fokusgrupper – spørsmål 1: Hva er dine erfaringer med / opplevelser av psykisk helsevern?.....	30
Fokusgrupper – spørsmål 2: Hvilke tanker har du om mulige forbedringer?.....	37
Respons på prosjektets del 1 fra fag- og forskningsdag 10.10.08.....	42

Oppsummering	47
Visjoner og verdier.....	49
Det som ikke blir sagt.....	50
Studiens verdi og konklusjon	51
Litteratur	53

INNLEDNING

Psykisk helsevern har vært i utvikling over lang tid. St.meld. nr. 25 (1996–97), *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, påpekte behovet for å utvikle og modernisere psykisk helsevern. Distriktpsikiatriske sentre (DPS) er tiltenkt en sentral rolle innen spesialisthelsetjenesten der tilgjengelighet, differensiering av behandlingstilbud og samarbeid med primærhelsetjenesten står sentralt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Gjennom media og i brukerfortellinger har det blitt satt søkelys på tilgjengeligheten av tjenestetilbudet. En har hørt mange beretninger om både gode og dårlige erfaringer med det psykiske helsevernet (spesialisthelsetjenesten) og de psykiske omsorgstilbudene (kommunene). Det er usikkerhet om hvorvidt psykisk helsevern i tilstrekkelig grad er tilgjengelig for folk når det trengs. Psykisk helsevern sliter med lange ventetider, noe som forverrer situasjonen for brukerne og deres familier. Fagpersonell som arbeider i en situasjon der en føler at en i stor grad er på etterskudd, beskriver dette som lite meningsfylt og frustrerende. Men det finnes også prosjekter som rapporterer om gode erfaringer. Her er et godt eksempel «Stangeprosjektet» i Hedmark. Et bredt spekter av intervensjoner er beskrevet som for eksempel ambulante team, spesielle ambulanser og telefonvaktordninger. Dette kan eksemplifiseres ved for eksempel erfaringer gjort ved Jæren DPS.

I forbindelse med markeringen av 100-årsjubileet ved Sanderud i 2008, har Sykehuset Innlandet, Divisjon psykisk helsevern, satt i gang prosjektet *Hjelp når du trenger det* for å undersøke mulighetene for å forbedre praksis

slik at flest mulig i Hedmark skal få psykisk helsehjelp når de trenger det. Prosjektet har en endringsorientert og fremadrettet profil, og vil tilstrebe å gjøre behandlingstilbudene mer tilgjengelige for brukerne. Når tjenestene i andrelinjetjenesten skal utvikles, behøver virksomhetene den kunnskap og erfaring fra alle som er berørt. Her er brukere av psykisk helsevern, fastleger, ansatte i kommunal helsetjeneste og ansatte ved DPS-er og akuttenheter viktige bidragsyttere.

Forskningsprosjektet gjennomføres av Sykehus Innlandet i samarbeid med Mental Helse Hedmark og Høgskolen i Hedmark, og sikter mot å utvikle kunnskap, praksis og rutiner som bedre svarer til de behovene som finnes i befolkningen for at brukere skal få hjelp når de trenger det innen psykisk helsevern. *Psykisk helsevern* avgrenses vanligvis til den hjelp som gis i andrelinjetjenesten gjennom helseforetakene. Dette prosjektet følger samme avgrensning. *Bruker* begrenses først og fremst til mennesker med psykiske problemer og deres familier, og mange av disse er organisert i brukerorganisasjoner som Mental Helse. Samtidig er også helse- og sosialpersonell i kommunehelsetjenesten brukere av andrelinjetjenestens tjenester.

Hedmark fylke er stort, både befolkningsmessig og geografisk. Prosjektet avgrenses til avdeling for akutt- og korttidspsykiatri, og DPS Hamar. Hamar DPS er i en oppbyggings- og omfordelingsfase. Virksomheten blir tilført ca 20 nye stillinger, og større endringsprosesser skal gjennomføres for å svare på befolkningens behov og kunne gi et bedre tilbud. Det er stor etterspørsel etter divisjonens tjenester, og ventelistene oppleves lange i denne delen av fylke. Derfor er forskningsprosjektets avgrenset til Hamar DPS og de kommunene som sogner til dette DPS (Hamar, Stange, Ringsaker, Løten, Elverum, Trysil, Åmot og Våler). Omstillingsprosessen passer godt til et handlingsorientert forskningssamarbeidsprosjekt. Erfaringer i forskningsprosjektet vil kunne videreutvikles lokalt i andre distrikter og kan dessuten bidra til sentral kunnskap gjennom prosjektets publikasjoner.

Samarbeidsavtale

Dette prosjektet er et samarbeidsprosjekt med flere aktører på like vilkår. Noen av disse samarbeidsaktørene er allerede nevnt. Samarbeidet mellom partene reguleres av en samarbeidsavtale som tydeliggjør rolledelingen. Her er en oversikt over de samarbeidende parter og hvilke roller de enkelte organisasjoner har:

- *Sykehuset Innlandet Helse Foretak (SIHF)*, divisjon psykisk helsevern v/ direktør Solveig Brekke Skard, forskningsrådgiver Lars Danbolt og overlege Lars Lien, samt ledelsen for DPS Hamar er initiativtaker til prosjektet og økonomisk ansvarlige for prosjektet.
- *Mental Helse, Hedmark* v/leder Liv Christophersen, deltar med brukerkompetanse og brukernetverk, og har som primær oppgave å sikre at forskningsprosjektet hele tiden har en brukerprofil.
- *Høgskolen i Hedmark (HH)*, avdeling for helse- og idrettsfag, v/professor Jan Kåre Hummelvoll, førsteamanuensis Arild Granerud og forsker II Gro Beston vil være ansvarlig for vitenskaplig veiledning, gi medarbeidere prosjektet mulighet til deltagelse i «Forum for praksisnær forskning», et forskningsforum i regi av Høgskolen der forskningsprosjekter framlegges og drøftes. Studenter i master i psykisk helsearbeid kan trekkes inn i arbeidet.
- *Andre samarbeidspartnere* er de 8 kommunene i DPS Hamars opptaksområde, organisert gjennom effektiviseringsnettverket K8, organisert gjennom KS. Kontaktpersoner herfra deltar i referansegruppen (Kårhild Husom Løken og Åse Jofrid Sørby), og har bidratt til rekruttering av deltakere i fokusgruppene fra den kommunale helsetjenesten.

Organisering

Følgende organisasjonsnivåer gjelder for prosjektet:

- Styringsgruppen består av representanter for samarbeidspartene. SIHF har et overordnet økonomisk ansvar, men styringsgruppen skal bidra til god økonomisk disponering, og tilse at målene for prosjektet innfris. Denne gruppen møtes når formelle vedtak må fattes. Prosjektledelsen rapporterer til styringsgruppen.
- Prosjekt- og referansegruppe har bidratt til å sikre fremdrift og planlegging, vitenskaplig nivå og kvalitetssikring for prosjektet. Gruppen har bestått av prosjektleder dr.theol. Lars Danbolt og dr.med. Lars Lien tilknyttet Sykehuset Innlandet (SI); seniorrådgiver Gry Vikdal fra Divisjon psykisk helsevern i SI; professor Jan Kåre Hummelvoll, førsteamanuensis Arild Granerud og forsker II Gro Beston fra Høgskolen i Hedmark; leder for Mental Helse Hedmark Liv Christophersen; kontaktpersoner fra «effektiviseringsnettverket» K8 Åse Jofrid Sørby (Hamar), Hege Basmo og Kårhild Husom Løken (Stange); FoU-leder Kjell Nordby fra Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering SI; avdelingssjef Elmer Sigmond fra Hamar DPS, samt prosjektmedarbeider Kari Kjønsgberg fra SI. Også andre har vært trukket inn ved spesielle problemstillinger.

Del 2 – handlingsorientert design

Del 1 har blitt gjennomført i perioden februar – november 2008 og blir beskrevet i denne rapporten.

Del 2 skal arbeide med utprøving og utforsking av tiltak i et avgrenset område: DPS Elverums opptaksområde, med kommunene Elverum og Trysil. De to kommunene er valgt fordi de representerer både by- og landkommuner og dermed har befolkningsmessige sammensetninger som ellers preger Hedmark og Oppland, noe som vil gi studien overføringsverdi til hele divisjonsområdet for psykisk helsevern. I tillegg er DPS Elverum i en omstrukturingsfase og det vil derfor passe godt med et slikt prosjekt knyttet til DPS-et. Området vil dessuten være forskningsmessig håndterlig og det

er gjennomførbart å etablere gode nettverk som kan gi pålitelig og overførbart kunnskapsutvikling.

Funn og konklusjoner fra Del 1 vil ligge til grunn for tiltakene. Fastleger, DPS-ansatte, akuttansatte på Sanderud, kommunale psykiariteteam og brukere vil utgjøre granskingsfellesskap som sammen bidrar til mer behovsrettede tiltak og vurdering av disse gjennom hele aksjonsperioden (2009–2010).

Hensikten med Del 2 er

- a) å prøve ut nye tiltak i samarbeid med fastleger, legevakter, psykiatriske team i kommunene og brukerorganisasjoner,
- b) i samarbeid med Høgskolen i Hedmark, beskrive og utforske verdien og betydningen av ulike former for tiltak med tanke på effektiv og kvalitets-sikret behandling.

Nye strategier vil prøves ut i et nært samarbeid med de involverte partene i de fire kommunene som sokner til DPS Elverum. Dette samarbeidet er allerede etablert gjennom kontakten med det kommunale nettverket K8, et effektiviseringssamarbeid veiledet av KS. Både kommunene, Høgskolen og Mental Helse vil i samarbeid med SI utforme og initiere utprøving av nye strategier for at brukere skal få hjelp når de trenger det av psykisk helsevern i interveneringsdistriktet. Alle involverte utgjør et granskingsfellesskap der den forskningsmessige intersubjektiviteten og dialogen blir avgjørende for ny kunnskapsdannelse. I dialogene skapes muligheter for å løfte medforskernes erfaringer opp på et høyere abstraksjonsnivå. Nye synspunkter vil kunne vokse frem over tid, og gruppens kompetanse og faglige perspektiver utvikles (Hummelvoll & Severinsson, 2005).

Flere metoder for systematisk datainnsamling vil tas i bruk i aksjonsperioden, særlig flerstegs fokusgruppeintervjuer, enkeltintervjuer og spørreundersøkelser. I flerstegs fokusgrupper møtes samme gruppe flere ganger. De blir bedre kjent og tryggere på hverandre, og det blir lettere for deltagerne å dele historier og erfaringer med hverandre. Den opprinnelige gruppesammensetningen kan endres ved de påfølgende samtaler (Granerud & Severinsson, 2007), noe som kan være en fordel fordi gruppeeffekten med mer eller min-

dre press i retning av konsensus kan utfordres av nye medlemmer som har alternative synspunkter eller perspektiver. Slik sett kan dynamikken i gruppen stimuleres og bidra til at granskningen av det fokuserte tema utdypes eller utvides med aspekter som den opprinnelige gruppen ikke så eller var klar over (Hummelvoll, 2007). Data fra fokusgruppene vil utdypes gjennom enkeltintervjuer og spørreundersøkelser der synspunkter og erfaringer fra brukere, leger osv innhentes.

Doktorgradsstipendiaten er tiltenkt en sentral rolle i datainnsamling og analyser, mens prosjektledelsen og en prosjektkoordinator vil ha et overordnet administrativt og tilretteleggende ansvar. Ved å benytte en handlingsorientert forskningsstrategi, vil også personalet på de aktuelle arbeidsstedene bli trukket aktivt med i refleksjon og fordypning av egen praksis, samt utvikling og evaluering av denne. Dette er av betydning for å skape et engasjement som gjør at bevissthet og interesse vedlikeholdes hos personalet. Et slikt engasjement er nødvendig forutsetning for at personalet skal kunne videreføre og videreutvikle praksis også etter prosjektet er avsluttet. Det er aktuelt å tilby studenter ved mastergradsstudiet i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark, å skrive sin mastergradsoppgave med temaer fra prosjektet som en del av rapporteringen. Dette kan være studenter som er ansatt ved Sykehus Innlandet. I sluttrapportering planlegges det utforming av implementeringsstrategier for andre deler av divisjon psykisk helsevern. Sluttrapporter og vitenskapelige artikler skrives våren 2011.

Driftstall for Divisjon psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet

Å ha en oversikt over tilgangen til og bruken av psykisk helsevern på annenlinje nivå vil gi en bedre forståelse for virksomheten. Dette kan være til hjelp for studien, når del 2 starter. Dette underkapitlet gir en kort oversikt over virksomheten for Sykehus Innlandet, Divisjon psykisk helsevern i form av tabeller for de seneste årene.

Første figur viser utvikling i innleggelser, konsultasjoner og kostnader generelt i psykiatrien i Norge fra 1998 og prosentvis utvikling fram til 2006.

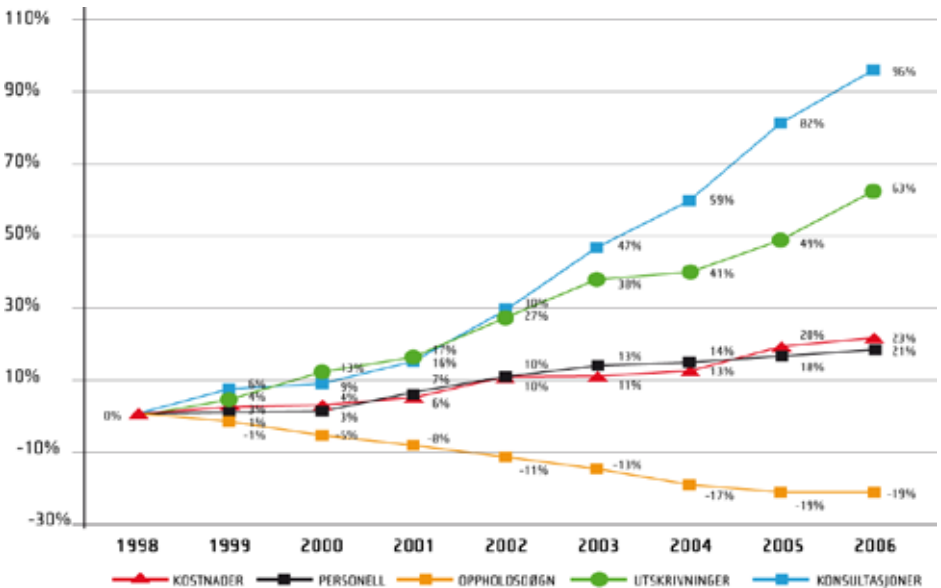


Fig. 1: Oversikt over utvikling av kostnader, personell, oppholdsdøgn, utskrivninger og konsultasjoner innen psykisk helsevern i Norge 1998–2006.

Antall personer behandlet i psykiatriske poliklinikker i Sykehuset Innlandet HF har økt fra ca 9000 i 2003 til 13000 i 2006. Antall innleggelser er omtrent på samme nivå i den perioden. De største prosentvise budsjettveksten i samme periode har skjedd i kommunene som har økt sine budsjetter med 250 mill kr i årlige opptrappingsmidler i SI's opptaksområde. Av disse er 77 mill tilfalt kommunene som tilhører opptaksområdet til DPS Hamar.

Ved å splitte innleggelsestall ned på kommunenivå som vist i neste figur får man fram at den er svært ulikt fordelt mellom kommune. Kommuner med nærhet til akuttavdelinger har høyere innleggelsesfrekvens enn kommuner som ligger lengre unna.

Innleggelser 2006 fordelt på DPS og sentralsykehus

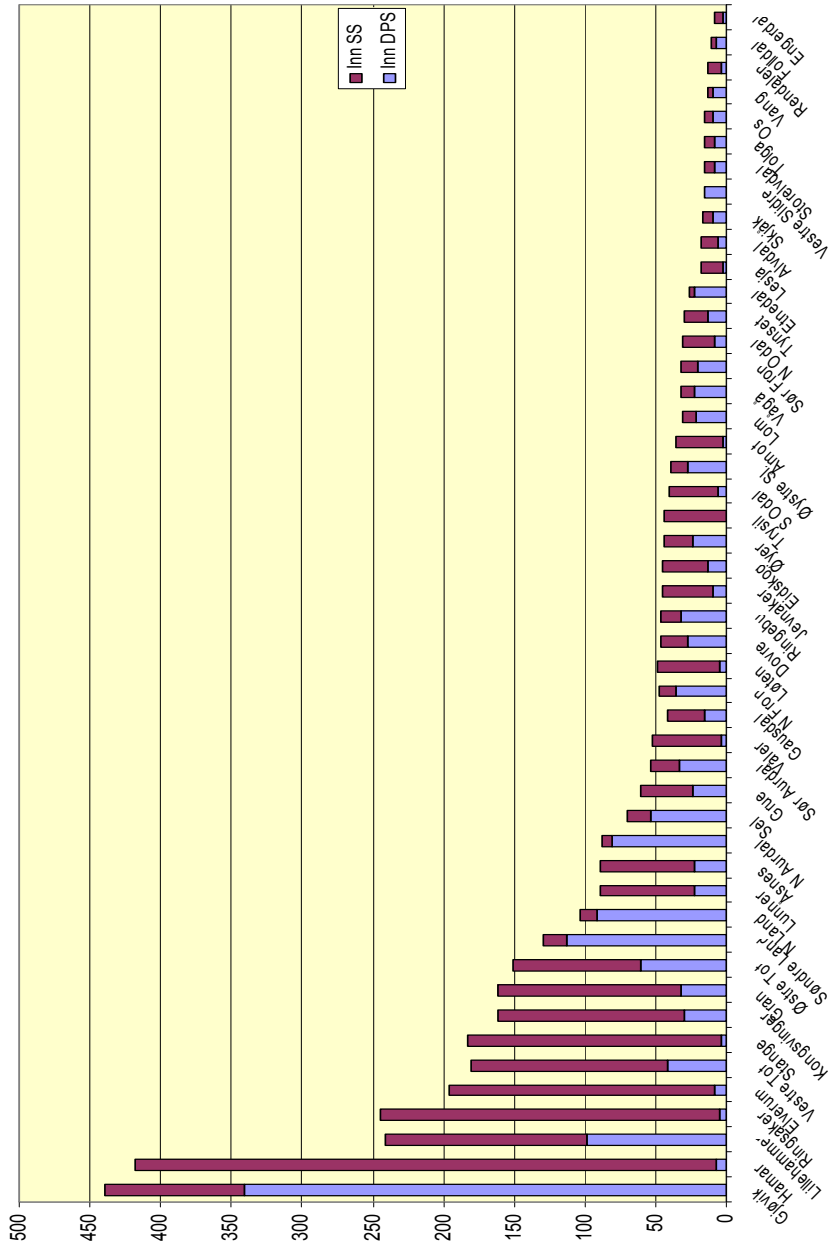


Fig. 2: Antall innleggelser fra hver kommune i Sykehus Innlandet, Divisjon Psykisk helsevern, 2006. Fordelt på DPS og sentralsykehus.

Det er ofte pasienter med flere innleggelser i året som medfører store skjevheter. I den neste figuren er det vist antall personer med 3 eller flere innleggelser innen Sykehus Innlandet, Divisjon psykisk helsevern eksemplifisert med kommunene Hamar og Ringsaker.

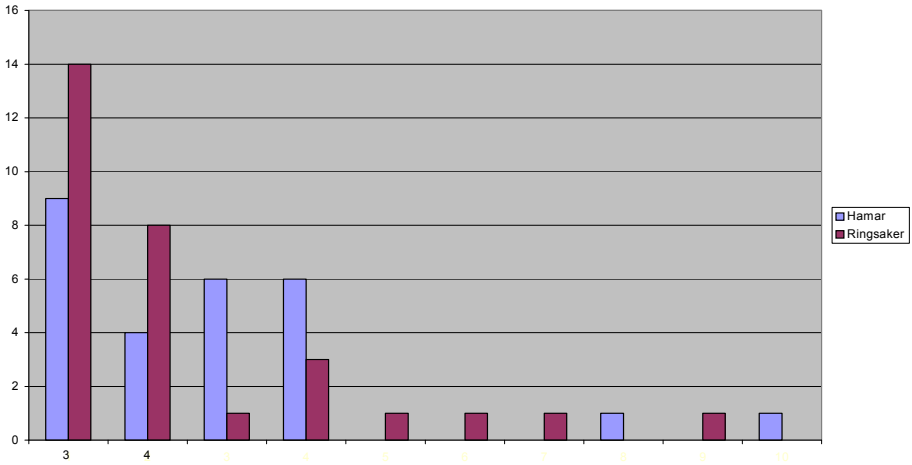


Fig. 3: Antall personer med tre eller flere innleggelser i Sykehus Innlandet, Divisjon Psykisk helsevern, 2006, eksemplifisert ved kommunene Hamar og Ringsaker.

Innleggesrater gir et bedre bilde av situasjonen enn tall. Da ser man at det er små kommuner som utgjør lite i antall, men som om de har en eller flere kroniske pasienter med stort innleggelsesbehov vil komme høyt ut. De siste figurene gir en oversikt over innleggelsene i psykisk helsevern fordelt på de enkelte kommunene i Hedmark- og Oppland fylke

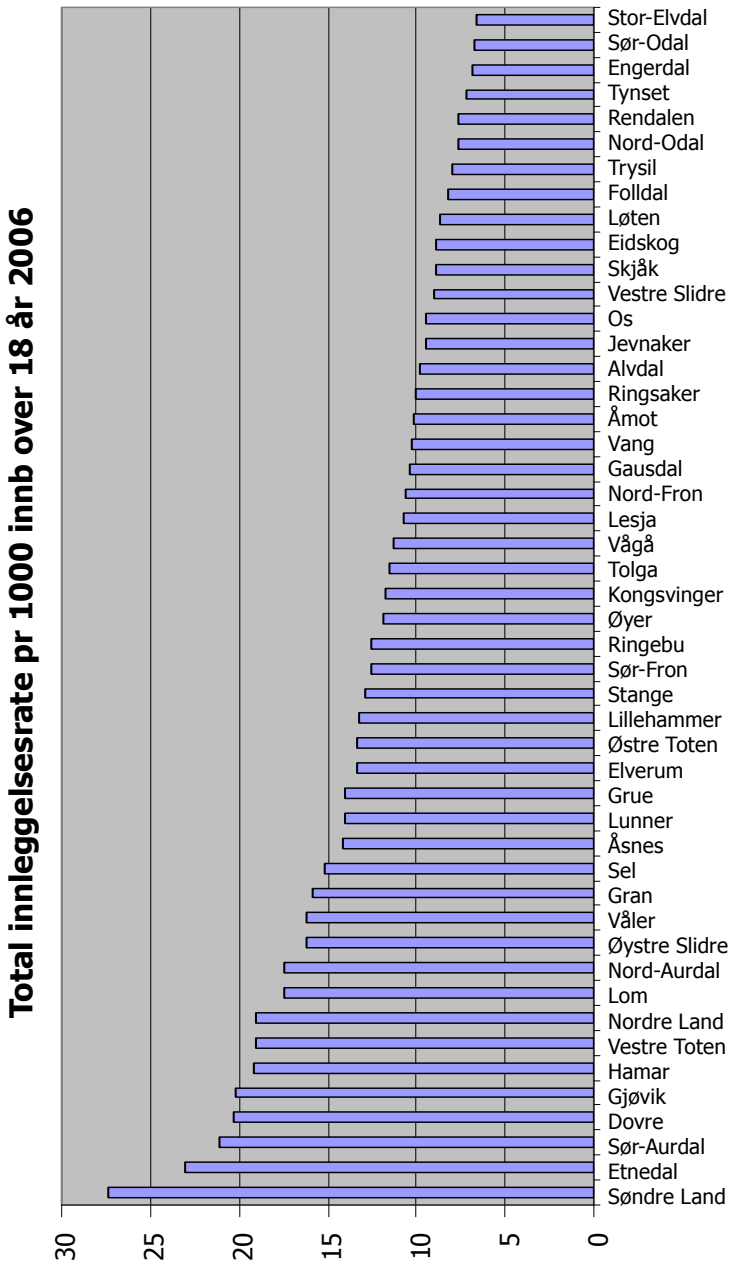


Fig. 4: Antall innleggelser ved Sykehus Innlandet, Divisjon Psykisk helsevern, 2006 for personer over 18 år fordelt på enkeltkommuner pr 1000 innbygger.

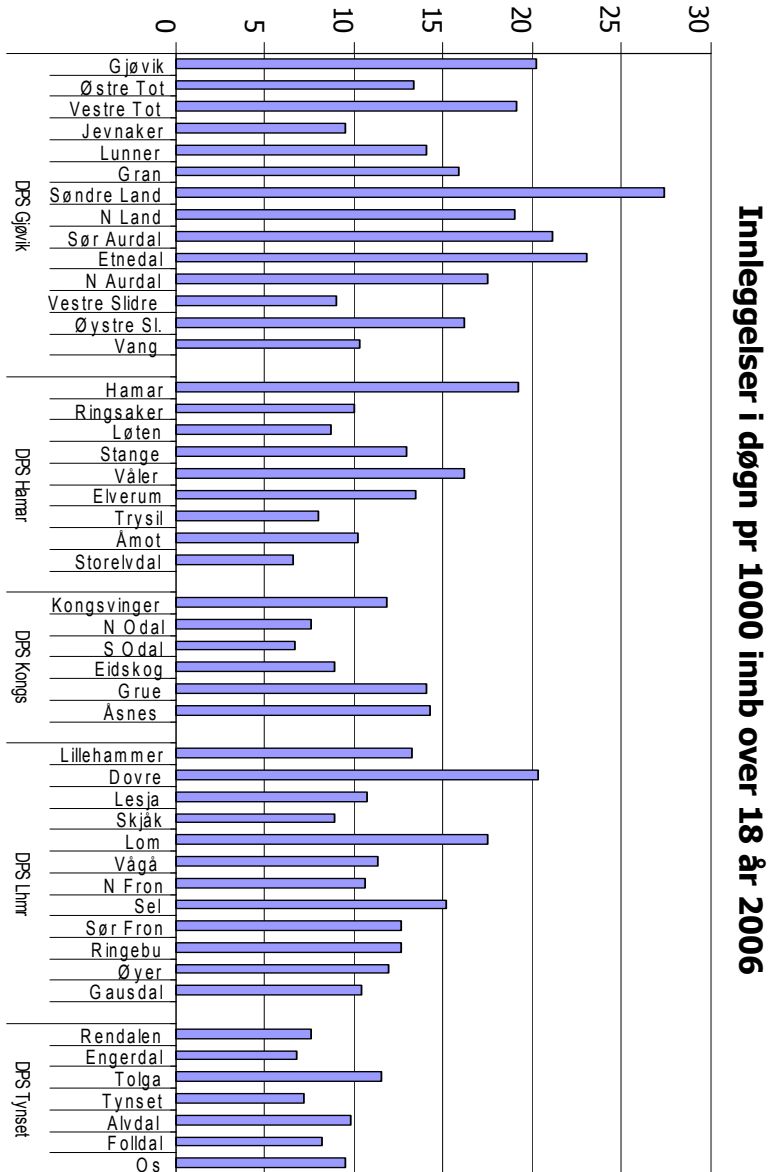


Fig.5: Antall innleggelser i døgn ved Sykehus Innlandet, Divisjon Psykisk helsevern, 2006 for personer over 18 år fordelt på DPS-distrikt og enkeltkommuner pr 1000 innbygger.

Hensikt

Hensikten med forskningsprosjektet er å få fram ny og utdypende kunnskap om hva som fungerer og hva som ikke fungerer i møtet mellom befolkningen og psykisk helsevern med særlig tanke på akutte behov og ventetid på nødvendig psykisk helsehjelp, sett fra både befolknings- og profesjonsperspektiv.

Prosjektet vil initiere utprøving av alternative tiltak fremkommet i prosjektet, og prøve å få til endring av rutiner og tiltak i mer målrettet, behovsorientert, befolkningstilgjengelig retning.

Forskningsspørsmål

Følgende forskningsspørsmål er sentrale for prosjektet:

- Hvordan er rutinene for å få hjelp fra psykisk helsevern i Hedmark fylke, og hvordan er ressursutnyttingen?
- Hvordan oppleves disse rutinene av personellgrupper i første- og andrelinjetjenesten?
- Hvordan oppleves rutinene av befolkningen som har behov for å bruke dem?
- Hvilke alternativer til dagens praksis kan utprøves og hvordan blir disse evaluert?

FORSKNINGSDESIGN

Den overordnede forskningstilnærmingen for prosjektet som helhet er aksjonsforskning, nærmere bestemt handlingsorientert forskningssamarbeid (Hummelvoll, 2006). Forskningen har et beskrivende, utforskende og kvalitativt design for nettopp å kunne belyse sentrale problemstillinger i praksisfeltet. Hensikten er forskning *for* praksis, *i* praksis og *sammen med* praksis. Det legges vekt på at det er kort avstand i tid mellom kunnskapsdannelse og anvendelse ved at kunnskapen samskapes. En slik tilnærming har sitt teoretiske fundament i en humanistisk orientering. Deltagerne er involvert både som medforskere og som medsubjekter. Dette innebærer at refleksjoner som medfører forandringer, skjer parallelt med forskningen. Forskere og medforskere starter der problemet oppleves, og søker primært å forstå disse i den lokale sammenheng. Kjennetegn ved forskningen er at den er refleksiv, fleksibel og prosessuell (Hummelvoll, 2003).

Denne første delen av forskningsprosjektet skal gi en beskrivelse av hvordan brukere, helsepersonell i kommunene samt helsepersonell på DPS Hamar og aktuelle avdelinger på SIHF, Sanderud opplever brukernes muligheter til å få hjelp når de trenger det, og hvilke tanker de har om mulige endringer. Data er innhentet gjennom fokusgruppeintervjuer, utført av Lars Danbolt og Kari Kjøsberg.

Datainnsamling – fokusgrupper

Fokusgruppeintervju er en velegnet form når målet er å få fram erfaringer, opplevelser og meninger fra en avgrenset gruppe mennesker som har en felles erfaringsreferanse. Samtalen styres av en moderator. Det er også en observatør til stede som spesielt konsentrerer seg om gruppedynamikken og bistår moderator under fokusgruppeintervjuet (Maunsbach & Dehlholm-Lambertsen, 1997). Ideen bak metoden fokusgruppeintervju er å få frem bredde i erfaringer, synspunkter og vurderinger. Gruppeprosessen kan bidra til at deltagerne får uttrykt og klargjort sine synspunkter på en måte som hadde vært vanskeligere å få til ved et ordinært en-til-en intervju. Spontane og følelseladete uttalelser om temaet som blir diskutert, kan komme fram (Kvale, 1997). På denne måten kan fokuserte gruppeintervjuer få frem dimensjoner og forståelser som ville vært utilgjengelig med andre metoder (Kizinger, 1995). Det er gjort lydopptak.

Hovedtemaer i fokusgruppene har vært:

1. Hvordan er dine erfaringer med / opplevelser av psykisk helsevern?
2. Hvilke tanker har du om mulige forbedringer?

Deltakere

Fokusgruppene har vært både blandede og homogene etter følgende modell:

a) *4 grupper med brukere, helsearbeidere og leger i kommunene:*

Alle 8 kommuner som tilhører DPS Hamar har deltatt i intervjuene. Det ble organisert med to kommuner sammen i hvert av intervjuene. Hvert intervju hadde med deltagere fra Mental Helse, fastlege (og evt legevakt) og team for psykisk helsearbeid i kommunen. Det har vært mellom 8 og 11 deltagere i hvert intervju.

b) *2 grupper med ansatte ved DPS og akuttavdelinger:*

Det er gjennomført et fokusgruppeintervju sammensatt av ansatte på DPS (9 deltagere) og et med ansatte på avdeling for akutt- og korttidspsykiatri (10

deltagere). Det ble foretatt et strategisk utvalg av fokusgruppedeltagerne, se mer om utvalgsriterier nedenfor.

Totalt ble det 6 fokusgruppeintervjuer (55 personer). Dette ga både et breddeperspektiv og fordypet kunnskap. Opprinnelig var det også lagt inn mulighet for fire oppfølgende intervjuer, men fordi vi syntes at vi hadde nådd tilstrekkelig metning i datainnsamlingen og av kapasitetshensyn, har vi vurdert det som tilstrekkelig analysegrunnlag med seks intervjuer.

Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for deltagelse i fokusgruppeintervju:

a) Brukere og andre med brukererfaring:

- Bo i en av de 8 kommunene som tilhører intervensjonsdistriktet
- Ha hatt erfaring med behandling fra sykehus innlandet, divisjon psykiatri i løpet av de 4 siste årene, enten som bruker eller som pårørende
- Forespørsel om deltagelse går via brukerorganisasjonene.

b) Helse- og sosialpersonell i kommunene:

- Arbeide i en av de 8 kommunene innen helse- og sosialtjenesten
- Ha behandlingskontakt eller annet profesjonelt ansvar for mennesker med psykiske lidelser, eller administrativt ansvar for at mennesker med psykiske lidelser får nødvendig helsehjelp
- Det bør være representanter for fastlege, legevakslelege, psykiatrisk team i kommunene
- Rekruttering skjer gjennom det etablerte effektiviseringsnettverket for helsetjenesten i de 8 berørte kommunene (K8).

c) Ansatte på DPS og akuttavdeling

- Arbeider på en av avdelingene som inngår i forskningsprosjektet
- Minimum 2 års erfaring med arbeidet som en del av behandlingsteamet
- Ulike yrkesgrupper og ansvarsnivåer søkes representert
- Rekruttering i samarbeid med ledelse på DPS og akuttavdelinger.

Figuren under gir er en skjematisk oversikt over forskningsprosessen i studien. Den viser hvilke kommuner som har vært involvert, og når de ulike delen har blitt gjennomført.

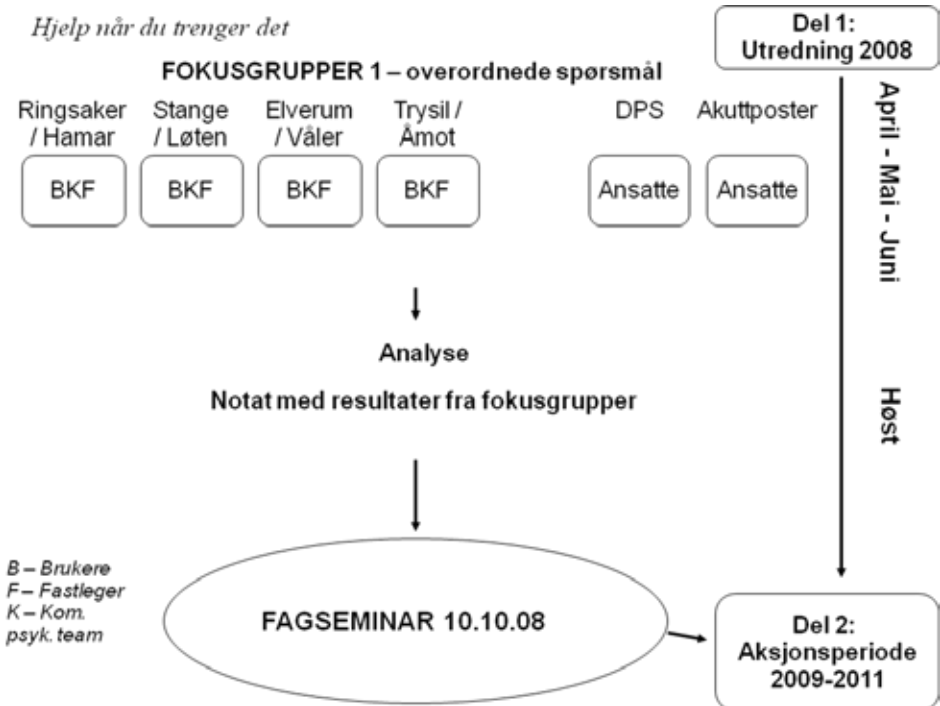


Fig. 6: Oversikt over forskningsprosessen i studien: Hjelp når du trenger det.

Analyse

Analysen av materialet som helhet er gjort med en tilpasset kvalitativ innholdsanalyse (Denzin & Lincoln, 1998). Det er gjort lydopptak av alle fokusgruppeintervjuer, og det ble skrevet omfattende intervjunotater rett etter intervjuene. Dette materialet dannet grunnlag for analyser og notater fra tilbakemeldinger ble gjennomleses flere ganger. Et viktig trinn i analysen er å få forståelse for hvilke områder det er konsensus eller uenighet. Hovedtema, undertemaer og mønstre ble identifisert. Dette ble valide-

rest mot transkribertedet helhetlige intervjumaterialet, og eksemplifiseres gjennom sitater, noe som er med å validerer begrepene som fremkommer (Hummelvoll & Severinsson, 2005, ; Hummelvoll, 2007). Analysen fokuserte på to tolkningsnivåer, både tolkning på åpenbart innhold og på det usagte, underliggende nivå. En tilstrebet at de framkommende temaene skulle ha en intern og ekstern heterogenitet (Graneheim & Lundman, 2004).

På Verdensdagen for psykisk helse 10.120.08. ble det arrangert et fag- og forskningsseminar på Sanderud sykehus med 73 deltagere der resultater fra fokusgruppeintervjuene fra del 1 av prosjektet ble presentert. Seminaret var åpent for alle, men Invitert til dette seminaret var ansatte innenfor Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet HF, ansatte innenfor psykisk helsearbeid i de åtte involverte kommunene samt fastleger i de samme kommunene, medlemmer i Mental Helse Hedmark og referanse- og styringsgruppe for prosjektet var spesielt invitert. Alle deltakere i fokusgruppeintervjuene var dermed inkludert i invitasjonen. Et foreløpig prosjektnotat med presentasjon av prosjektet og resultater var sendt deltagerne i forkant.

Etter resultatpresentasjonen ble det åpnet for umiddelbar respons fra salen, samt at det videre var avsatt tid til drøfting i grupper med temaet: «Hvilke alternativer til dagens praksis kan utprøves?» Gruppediskusjonene ble innledet med forberedte responser fra representanter for brukere, kommunene, Hamar DPS og divisjonsledelsen. Gruppene nedfelteskrev ned de viktigste momentener fra diskusjonen i posterpå plakater som så ble presentert i plenum. Samlet sett fungerte dette som en form for rundbordskonferanse som bidro til å støtte analysen av intervjuene samtidig som gruppediskusjonene også ga forslag til hva som bør fokuseres i videreføringen av prosjektet. Sammendrag fra respons i plenum og gruppediskusjonene er innarbeidet i den endelige rapporten da de er å betrakte som en del av prosjektet.

Forskningsetiske overveielser

Prosjektet er initiert og ønsket av Sykehus Innlandet, divisjon psykisk helsevern. Studiens etiske sider er diskutert i forskningsprosjektets prosjektgruppe. Full konfidensialitet for alle intervjusubjekter er en selvfølge.

Hummelvoll og Røsset (1999) har diskutert noen sentrale etiske problemstillinger innen handlingsorientert forskning som en skal være spesielt oppmerksom på. Disse er; 1) informert samtykke, 2) retten til privatliv, 3) respekt for personlig integritet, 4) skade- og nytteprinsippet og 5) utnytting. Når brukere involveres i forskning stiller dette store krav til forskeren vedrørende forskningsetiske spørsmål. Forskeren vil her ha et særlig ansvar for utsatte og sårbare grupper. Her trekkes spesielt mennesker med psykisk lidelse fram som sårbare på grunn av deres psykiske funksjonsnedsettelse som vanskeliggjør informert samtykke – og at de derfor står i fare for å bli utsatt for utnyttelse. Et annet viktig prinsipp i forskningsetiske retningslinjer er selvbestemmelse (autonomi) hvor det forventes at det gjøres vurderinger av personens samtykkekompetanse. Brukere som deltar i prosjektet og som har en kjent sårbarhet fikk forholdene lagt til rette slik at det ble tatt hensyn til deres særlige behov.

Deltagere til fokusgruppesamtalene er rekruttert gjennom tredjepart. Frivillighet er blitt understreket i skriftlig og muntlig presentasjon av studien. Det er innhentet skriftlig, informert samtykke fra alle deltagere. I presentasjon av materialet kan ingen enkeltmedarbeider eller brukere gjenkjennes. Utskriftene er anonymisert.

Prosjektet er forelagt Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK sør-øst), der det ble svart at studien ikke trengte godkjenning. menteForskningsprosjektet har blitt godkjent av personvernombudet for Helse Sør-øst, Ullevål sykehus. Retningslinjene i Helsinki-deklarasjonen (World Medical Association, 2002) blir fulgt.

RESULTATER

I fokusgruppene var det stor aktivitet. Temaene ble betegnet som viktige for alle som deltok. Det var to hovedtemaer i intervjuene:

1. Hva er dine erfaringer med / opplevelser av psykisk helsevern?
2. Hvilke tanker har du om mulige forbedringer?

Det ble samlet inn et omfattende materiale. I dette kapittelet er en samlet framstilling av funnene fra alle seks fokusgruppeintervjuene.

Hovedtemaer med undertemaer og eksempel på utsagn er satt opp som tabeller med en mer utfyllende beskrivelse under hver tabell. Bokstavkodene i parentes refererer til hvilke grupper utsagnene stammer fra:

- k = ansatte innenfor psykisk helsearbeid i kommunene
- l = fastleger, legevaktsleger
- b = brukere
- a = ansatte på akuttavdelingen, Sanderud
- dps = ansatte på Hamar DPS

Både begrepene «pasient» og «bruker» er benyttet i denne fremstillingen, og de er hovedsakelig gjengitt slik de er brukt av ulike informanter i fokusgruppeintervjuene.

Fokusgrupper – spørsmål 1: Hva er dine erfaringer med / opplevelser av psykisk helsevern?

Ulike verdener	
Manglende kjennskap til hverandre:	Vanskelig å nå fram til hverandre:
<i>Vi kjenner ikke hverandres utfordringer (k)</i>	<i>Hvor skal vi henvende oss i spesialisthelsetjenesten? (k)</i>
<i>Kommunene har kunnskap som ikke etterspørres av spesialisthelsetjenesten (k)</i>	<i>Enkelte kommuner oppleves byråkratiske og vi møter motstand(a)</i>

Manglende kjennskap til hverandre

Oppfatningen av at spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester utgjør ulike verdener kommer fram i flere av intervjuene. I kommunene uttrykkes at manglende kjennskap til hverandre funksjon, oppgaver og kompetanse vanskeliggjør et samarbeid til beste for brukeren. «*Spesialisthelsetjenesten og kommunene er to forskjellige verdener*» (k). De mener at spesialisthelsetjenesten i liten grad etterspør deres kunnskap og en kan da spørre seg om spesialisthelsetjenesten mener det er de som innehar ekspertkunnskapen og dermed er selvforsynte. Kommuneansatte sier at de noen ganger føler seg belært av ansatte på Sanderud. Det oppleves av de kommuneansatte også som manglende respekt når ansatte på Sanderud lover brukere tjenester etter utskrivning som kommunene ikke har mulighet for å innfri.

«*Vi vet ikke hvem som jobber på DPS og det er vanskelig å få kontakt der*», sier kommuneansatte. DPS oppleves ikke som en samarbeidspartner: «*Vi regner ikke med dem*», noe som nyanseres i materialet som helhet ved at det er erfart godt samarbeid i noen enkeltsaker, men samarbeid på systemnivå er fraværende

Vanskelig å nå fram til hverandre

Det som er nevnt over kan være et uttrykk for at det råder ulike kulturer, men det uttrykkes også frustrasjon over uklar organisering som gjør det vanskelig å nå hverandre og å opprette samarbeidsrelasjoner.

Akuttavdelingen nevner kommunenes ulike plassering av ansvar for psykisk helsearbeid som utfordrende. Med enkelte kommuner etableres raskt et samarbeid rundt brukere, mens andre oppleves som byråkratiske å forholde seg til og det er tungt å etablere et samarbeid. De nevner også problemer med å få kontakt med fastleger på telefon. Kommunene ser Sanderud som en organisasjon det er vanskelig å få oversikt over, noe som vanskeliggjør henvendelser dit.

Å nå fram til hjelpen		
Å få kontakt med spesialisthelsetjenesten:	Ventetid:	Innleggelsesprosedyrer:
<i>Vanskelig å få noen til å ta imot henvendelser (k)</i>	<i>Frustrasjon hos brukere over lang ventetid på DPS.</i>	<i>Frustrerende legevaktsystem (b,k)</i>
<i>Tidkrevende å følge opp henvisninger (k)</i>	<i>DPS frustrerte over å ikke kunne gi rask hjelp.</i>	<i>Må gjenta samme historie i flere instanser (b)</i>
	<i>Relativt rask hjelp på akuttavdelingen (k)</i>	

Å få kontakt med spesialisthelsetjenesten

For henvendelser til spesialisthelsetjenesten for råd, veiledning og drøftinger mener de i kommunene at det er vanskelig å få noen til å ta imot henvendelser og de har vansker med å nå fram til rette adressat. De bruker også mye tid på å følge opp hvor henvisninger befinner seg i spesialisthelsetjenesten for å orientere seg og brukeren om hva som skjer i saksgangen.

Ventetid

I kommunene opplever de lang ventetid på tilbud i spesialisthelsetjenesten generelt, med unntak av akuttinnleggelser der de synes det går greit å få brukere inn til rask vurdering på A7. På A1 og A2 kommer brukerne raskt inn, men de mener at de skrives for raskt ut. De er spesielt frustrerte over lange ventelister på DPS. Kommuneansatte bruker mye tid på å holde motivasjonen og håpet oppe hos brukerne mens de venter på vurdering og behandlingstilbud i DPS. Spesielt frustrerende er det når det etter lang ventetid gjøres en vurdering om at DPS ikke har det rette tilbudet for den som er henvist.

DPS er også frustrerte over at de har for lange ventetider, noe de mener skyldes manglende kapasitet, og føler et ansvar for de som ikke får hjelp. Spesielt alvorlig synes de det er overfor unge brukere som da lett kan miste motivasjonen mens de venter på kontakt. Situasjonen gir slitasje og gjør det vanskelig å si at man gjør en god jobb.

Akuttavdelingen påpeker at lange ventetider på DPS gjør at lidelser forverrer seg og gir behov for akuttinnleggelser som kunne vært unngått hvis brukeren raskere hadde fått tilbud på DPS. Dette skaper et press på akuttavdelingen. Også fra kommunene sies det at mange blir dårligere mens de venter.

Innleggelsesprosedyrer

Organiseringen på legevakt oppleves som tung og vanskelig for mange brukere. Noen er preget av forvirring og uro når de kommer dit og kan bli sittende lenge å vente, tett på mange andre mennesker. Også de kommuneansatte tar fram dette som vanskelig, og i noen tilfeller uverdige, situasjoner. De påpeker også at mye av deres arbeidstid kan gå med til venting på legevakta når de følger brukere.

I flere av intervjuene blir det trukket fram at det oppleves som tungt og krevende for brukeren å måtte gjenta samme historie både på legevakt og i innkomstsituasjonen på Sanderud. Det oppleves som særlig meningsløst der det er brukere som fra før er godt kjent av spesialisthelsetjenesten og etterlyser smidigere ordninger ved behov for gjentatte innleggelser.

Fastlegene opplever det frustrerende at deres vurderinger av behov for innleggelse ofte blir overprøvd av assistentleger på Sanderud. Legene mener de kan ha bedre kompetanse til å gjøre slike vurderinger enn en uerfaren assistentlege. Mange allmennleger har opparbeidet mye kunnskap om psykiske lidelser, de ofte er godt kjent med brukerens lidelse og hjemmesituasjon og mener de kan vurdere på et bredere grunnlag.

Akuttavdelingen nevner innleggelsessituasjonen på Sanderud som lite god i mange tilfeller. Vakthavende lege, som skal samtale med brukeren i innkomstsituasjonen, blir ofte avbrutt ved at de må svare på andre henvendelser.

Hjelpens varierende kvalitet		
Kvalitet på tjenestene:	Sammenheng i behandlingstilbudet:	Hvordan kompetansen brukes:
<i>Savner faglige føringer ovenfra: hva er god nok kvalitet? (dps)</i>	<i>Variierende kvalitet på samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (k)</i>	<i>For dårlig kompetanse hos vakthavende lege på Sanderud (l,a)</i>
<i>Brukere som får hjelp er overveiende fornøyd (dps)</i>	<i>Pasienter blir for lenge i akuttavdelingen fordi andre tilbud mangler (a)</i>	<i>Ønsker spesialistenes kompetanse mer ut til kommuner og brukere (k,l)</i>

Kvalitet på tjenestene

DPS mener de brukerne som får hjelp i hovedsak er fornøyd med tilbudet de får. Brukere i intervjuene forteller om ulike erfaringer med spesialisthelsetjenesten: fornøydhet med tilbud på DPS og med hjelp som ble godt samordnet mellom Sanderud, DPS og kommune, men også om behandlingssituasjoner som har vært vanskelige og vonde. «*Innkost på Sanderud bærer preg av avhør*», sier en av brukerne. Som nevnt under foregående tema, nevnes det av ansatte på akuttavdelingen at innkomstsituasjonen er lite ideell med travle leger og stadige avbrudd.

Både akuttavdelingen og i særlig grad DPS tar opp savn av faglig fokus og faglige føringer fra divisjonsledelsen. Akuttavdelingen ønsker at fag og holdninger løftes mer fram og savner fagutviklingssykepleier, veiledning, tid og

ressurser til innføring i nye rutiner, samt opplæring av nytilsatte. DPS opplever de ikke klarer å imøtekomme forventninger til dem om å yte nok hjelp og ser blant annet at det er behov for mer utadrettet jobbing. De kjenner derfor behov for å få definert hva som er god nok hjelp til brukerne med de ressursene de har i et system de mener fokuserer mer på kvantitet enn på kvalitet.

Kommunene opplever å få brukere «i fanget» med bestilling på tjenester etter utskrivning fra Sanderud uten at det er etablert et skikkelig samarbeid. De savner hjelp fra spesialisthelsetjenesten med å gjøre faglige vurderinger slik at brukerne får best mulig hjelp på riktig nivå, og her mener de at fastlegene også bør ha mer sentral rolle.

Sammenheng i behandlingstilbudet

Kommunene har ulike erfaringer med samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De mangler samarbeidsrutiner med DPS og savner tilbud som lett tilgjengelige kriseplasser og lavterskeltilbud for brukere på DPS-nivå. «*Vi har ikke noe DPS å forholde oss til. Vi regner ikke med dem.*» De mener samarbeidet med akuttavdelingen er dårlig ved korte innleggelses, men bedre ved lengre opphold og nevner særlig A7 som bra å samarbeide med. Alderspsykiatrisk avdeling betegnes også som gode å samarbeide med. Psykoseavdelingen mener de har tradisjon på kommunesamarbeid og framhever spesielt postene 9 og 10 Løbakk. Når det gjelder rusmiddelavdelingen opplever kommunene bra samarbeid rundt avrusninger, men dårlig rundt oppfølginger. LAR oppleves utilgjengelige. Akuttavdelingen mener at pasienter ofte skrives ut uten oppfølgingstilbud eller blir lenger enn ønskelig hos dem fordi det mangler tilbud på andre tjenestenivå.

Hvordan kompetansen brukes

For dårlig kompetanse hos vakthavende leger på Sanderud påpekes av flere. Assistentleger med varierende erfaring blir satt til å ta avgjørelser om innleggelse og tar imot brukere som akuttinnlegges. Akuttavdelingen mener det er spesielt bekymringsfullt i ferieperioder med uerfarne og ukjente vikarer. Fra kommunene sies at de har erfart god hjelp fra vakthavende lege til for eksempel suicidalvurderinger, men det uttales også et generelt inntrykk av for dårlig kompetanse på Sanderud både i forhold til diagnostisering og

behandling. DPS mener varierende kompetanse hos fastlegene er problematisk å forholde seg til.

Kommuneansatte og fastleger savner faglig veiledning fra spesialisthelsetjenesten som faste og avtalte ordninger og mener spesialistene kan ha mye å bidra med for å heve deres kompetanse. Mange har opplevd å få god veiledning i enkeltsaker når de har etterspurt det, og de som mottar fast veiledning fra B5 i psyko-sevdelingen er godt fornøyd med denne ordningen.

DPS mener de har god kompetanse på ulike områder, men at den brukes lite målrettet og dermed blir spredt og fragmentert. De er derfor usikre på om kompetansen når godt nok fram til brukerne. Sammensatte problemer hos brukerne oppleves stadig mer utfordrende.

Organisering og ledelse	
Organisering:	Ledelse:
<i>Spesialisering med funksjonsstyrt rigiditet (a)</i>	<i>Divisjonen er byråkratisk og ovenfrastyrt (dps)</i>
<i>Manglende smidighet mellom DPS, akuttavdeling og kommuner (dps)</i>	<i>Mangel på faglig fokus hos ledelsen (a,dps)</i>

Organisering

Akuttavdelingen kaller den sterke spesialiseringen innen spesialisthelsetjenesten en «funksjonsstyrt rigiditet» som vanskeliggjør samarbeid og lager flaskehals i systemet.

De mener at samarbeidet innen egen organisasjon vanskeliggjøres av funksjonsdeling der «småkonger» styrer sine avdelinger, spesielt nevnes psyko-sevdelingen som vanskelig å samarbeide med. Kommunene ser Sanderud som en organisasjon med dårlig internt samarbeid, noe som for dem vanskeliggjør samarbeidet rundt brukere. DPS mener organiseringen av tjenestene bidrar til et gap mellom DPS, sykehus, fastleger og brukere.

Ledelse

DPS savner felles visjon for ansatte og ledelse innen divisjonen og etterlyser en divisjonsledelse med tydelige faglige ambisjoner i styring og prioriteringer. De mener det er for mye fokus på kvantitet og økonomi. Det etterlyses en satsning og overordnet tenkning rundt DPS. De ønsker større grad av lokalt selvstyre samtidig som gis klare føringer ovenfra hva angår helhet og ambisjoner. Også akuttavdelingen etterlyser en ledelse med større faglig fokus.

Divisjon psykisk helsevern som arbeidssted	
Faglig visjon:	Ressurser og kompetanse i samsvar med behov:
<i>Behov for å løfte fram faglig fokus (a)</i>	<i>Ressurser til faglig påfyll og veiledning (a)</i>
<i>Vi trives med pasientkontakten og ønsker en oppvurdering av klinisk arbeid (dps)</i>	<i>Vurdering av kompetanse i forhold til oppgaver som skal løses (dps)</i>

Faglig visjon

Pasientkontakten og det kliniske arbeidet oppleves meningsfullt og gir trivsel, men det råder usikkerhet om hva som er god nok faglig kvalitet. Den overordnede ledelsen blir oppfattet som mer opptatt av kvantitet enn av innhold og faglige føringer. Her sier ansatte ved både DPS og akuttpostene at de savner tydelige faglige ambisjoner for hele organisasjonen og en helhetstenkning i tjenestetilbudet. Særlig DPS-ansatte sier at de blir stående mellom uttrykte forventninger fra brukere og samarbeidspartnere og uklare prioriteringer fra ledelsen. De etterlyser en felles faglig visjon for organisasjonen som tydeliggjøres gjennom faglige prioriteringer. DPS ønsker mer nærhet til en ledelse de i dag opplever fjern. De ønsker en oppvurdering av klinisk arbeid slik at karriere ikke i så stor grad relateres til klatring i organisasjonen.

Ressurser og kompetanse i samsvar med behov

Både DPS og Akuttavdeling mener de trenger flere stillinger for å ivareta de funksjoner de gjerne vil fylle. Akuttavdelingen påpeker at det er for lite tid

for opplæring av nytilsatte eller til å sette seg inn i nye rutiner og pålegg. De ønsker ressurser, f.eks fagutviklingssykepleier og veiledningstilbud til alle sine poster. De mener også at fordelingen av ulike faggrupper i miljøet bør vurderes. Det er i dag dominert av sykepleiere/spesialsykepleiere og det bør vurderes om andre faggrupper bør representeres sterkere. De ønsker flere psykiatere og psykologer i behandlerstillinger.

DPS trenger flere stillinger for å møte de forventningene som stilles til dem, både for å kunne yte rask hjelp til befolkningen og for å fylle de funksjoner som forventes. De mener de har mye god kompetanse, men at det bør ses på om de har den riktige kompetansen til alle de oppgaver som bør løses. Kompetansen oppleves i dag som spredt og fragmentert. Det foreligger tilbud for faglig utvikling av personalet, men savnes en strukturering av arbeidstid der det også er skjermet egentid for kontorarbeid og fagutvikling. Noen pekte på at sentraliseringen av servisefunksjoner innen organisasjonen har gjort kommunikasjon og logistikk mer tungrodd.

Fokusgrupper – spørsmål 2: Hvilke tanker har du om mulige forbedringer?

Desentraliserte tjenester	
Nærhet til brukerne:	DPS-funksjoner:
<i>Ønsker mer ambulant virksomhet i spesialisthelsetjenesten (k)</i>	<i>DPS skal hjelpe brukeren videre til rett tilbud (k)</i>
<i>Hjelp der du trenger det (k)</i>	<i>Et DPS med senger og lavterskeltilbud (k)</i>

Nærhet til brukerne

I alle intervjuene sies at ambulant virksomhet bør styrkes for å gi tilbud nærmere brukerens egen arena og for å bidra til tettere samarbeid mellom tjenestenivåene. «Spesialistene må ut av sine kontorer» sier de i kommunene. De understreker betydningen av å fokusere på hjelpetilbud for brukeren der hjemmesituasjon og tilgjengelige ressurser på de ulike tjenestenivåene ses

mer i sammenheng. Økning i ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten vil kunne fremme et fokus der også brukerens egne ressurser og ressurser i øvrig nettverk blir medregnet.

Akuttavdelingen og DPS uttrykker også ønske om å kunne arbeide mer utadrettet, men mener en sterkere vektlegging av dette hindres av dagens organisering og ressursituasjon.

DPS-funksjoner

Kommunene vil ha et DPS å forholde seg til som kan hjelpe brukere videre til det rette tilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten. De ønsker oppbygging av DPS-funksjoner som døgnplasser, herunder med lett tilgjengelige krise-plasser eller lavterskeltilbud for kjente brukere som trenger kortere opphold. Det er noe ulike synspunkter på ønsket lokalisering av sengeplasser tilknyttet DPS. Fra flere ytres ønske om en langt mer desentralisert modell enn det som er planlagt, mens det i ett av intervjuene ble sagt at et sterkt fagmiljø med god kompetanse bør være mest tungtveiende.

Samhandling		
Kjenne hverandre:	Samhandlingsarenaer og rutiner:	Kompetansedeling:
<i>Treffe noen en kjenner ved henvendelser (k)</i>	<i>Arenaer både for fagutvikling og pasientsaker (dps)</i>	<i>Akseptere hverandres kompetanse og jobbe i team for brukeren (k)</i>
<i>Kunnskap om hverandres funksjoner, gjensidig respekt (k)</i>	<i>Bedre rutiner på kommunesamarbeid, rask kontakt (a)</i>	

Kjenne hverandre

Særlig i kommunene ytres ønske om å vite hvem personene er som arbeider i de etater de retter sine henvendelser til. Det er lettere å ta kontakt og innlede samarbeid når en har truffet personen ansikt til ansikt. Kjennskap til hverandre bør også omfatte funksjoner og kompetanse, noe som bidrar til at en får respekt for hverandres roller. De kommuneansatte ønsker at spesialisthelsetjenesten må få større innsikt i deres muligheter og begrensninger,

og at kompetansen de kommuneansatte innehar blir medregnet og verdsatt i samarbeidsrelasjoner.

Samhandlingsarenaer og rutiner

Akuttavdelingen mener de trenger bedre samarbeidsrutiner med kommunene og at kontakten må opprettes raskt etter pasienten er innlagt. For dem oppleves det som en utfordring at den psykiske helsetjenesten i kommunene til dels er svært ulikt organisert. De mener det er behov for møteplasser der man blir kjent med hverandre på tvers av tjenestenivåer. I alle kommuneintervjuene uttrykkes ønske om at det utformes formelle systemer for å utvikle dialog og samhandling mellom tjenestenivåene. Som eksempler på gode redskaper for samhandling på saksnivå nevnes individuell plan, ansvarsgrupper og kriseplaner.

Kompetansedeling

Opplevelsen av å sitte alene med vanskelige saker ser ut til å gjelde så vel de ansatte på DPS som de som arbeider i kommunene. DPS ønsker et samarbeid over enhetsgrenser for ikke å bli alene med tunge saker. DPS sier at de ønsker større mulighet til å dele hverandres kompetanse internt og mer ressurser til utadrettet samhandling med fastleger og kommuneansatte, som samarbeidsmøter der etater i fellesskap kan gjøre vurderinger og finne gode tiltak. De ser rådgivning, undervisning og veiledning til disse gruppene som en oppgave de ønsker å ivareta i langt større grad, men som de mener ikke er mulig med dagens ressursituasjon.

I kommunene ønsker de «et DPS å lene seg på» som er tilgjengelige for råd og veiledning, og som også på mer forpliktende basis kan bidra til kompetanseheving. Kommunene ser erfaringsutveksling og felles evalueringer av behandlingsløp som nyttige for å utvikle kompetanse.

Tilgjengelighet		
Ett telefonnummer:	Kortere ventetid:	Fleksibilitet rundt innleggelser:
<i>Ett tlf. nr. som brukerne kan henvende seg til (dps)</i>	<i>Raske vurderinger i fellesskap om videre tilbud (k)</i>	<i>Lavterskelordninger for innleggelser (a)</i>

Ett telefonnummer

Det ønskes ett telefonnummer dit alle henvendelser til spesialisthelsetjenesten fra brukerne, fastleger og kommuneansatte kan rettes. og der henvendelsen tas imot og besvares, eller innringer veiledes til rett person. Dette bør lokaliseres til DPS da det vil være i tråd med sentrale føringer om at DPS i hovedsak skal være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten.

Kortere ventetid

Alle etater ønsker kortere ventetid på hjelpetilbud og i den sammenheng nevnes DPS spesielt. DPS mener selv at en samordning av tjenestetilbud mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bidrar til at pasienter blir raskere og mer behovsorientert ivaretatt. Dette svarer til det kommunene etterspør. De ønsker raske vurderinger som gjøres i et fellesskap der også bruker medvirker.

Fleksibilitet rundt innleggelser

Både brukere, kommunene og akuttavdelingen ønsker mer fleksible ordninger rundt innleggelser. Særlig når det gjelder kjente brukere/pasienter kan det synes unødig byråkratisk å gå veien om legevakt hver gang. Større grad av samarbeid mellom nivåene i det daglige vil kunne bidra til at en i fellesskap finner smidigere ordninger. Akuttavdelingen påpeker at overganger mellom institusjonsopphold og hjemmet bør tilrettelegges mer pasientorientert da det i dag styres mer av begrensninger i tjenesteorganisering.

I et par av intervjuene nevnes egen psykiatrisk legevakt som ønskelig for å kunne gi bedre rammer og kvalitativt bedre vurdering enn ved ordinær legevakt.

Akuttavdelingen ønsker bedre innleggelsessituasjoner for pasientene. Et godt første møte bør preges av oppmerksomhet, ordentlig og respekt. Dette innebærer at det er få personer å forholde seg til i innleggelsessituasjonen, at pasienten møter en lege som ikke avbrytes, at pasienten får en utdypende orientering og at det ikke loves mer enn det som kan holdes. Dessuten at pasienten slipper å gjenta samme historie mange ganger.

Brukerinnflytelse og nettverksressurser	
Brukermedvirkning:	Samarbeid med nettverk:
<i>Bedre informerte brukere (b,k)</i>	<i>Mer fokus på nettverkets ressurser (k,b)</i>
<i>Brukerinnflytelse i utforming av DPS (b,k)</i>	<i>Samarbeid med Mental Helse (a)</i>

Brukermedvirkning

I kommuneintervjuene tar brukere og kommunenansatte opp at brukerne trenger mer informasjon fra helsetjenesten om sine rettigheter og muligheter for hjelp. Både brukere og kommuner har sterke meninger om hvilke funksjoner DPS bør ha og ønsker mer innflyteles i utformingen av disse. I denne sammenheng ser vi også kommunene som brukere av DPS-tjenester.

Samarbeid med nettevverk

I kommuneintervjuene påpekes at både brukere og deres nettverk kan ha ressurser som i større grad kan trekkes inn og nyttegjøres i samarbeidet om behandling. Akuttavdelingen mener at det bør være mer fokus på pasientens hjemmesituasjon i behandlingen og ønsker generelt en mer ressursfokusert tenkning. De nevner også Mental Helse som en organisasjon det kan være nyttig å samhandle med.

Fastlegenes rolle
<i>Tettere samarbeidsrelasjoner med fastleger (dps,k)</i>
<i>Nyttegjøre fastlegenes kompetanse (a,k)</i>

Fastlegene bør ha mer sentral rolle i samarbeidsrelasjoner både med DPS og andre tjenesteytere i sin kommune. De kjenner mange av sine pasienter godt og innehar kompetanse som burde benyttes mer i et samarbeid. Akuttavdelingen påpeker at fastlegene på grunn av sitt kjennskap til pasientene generelt gir bedre henvisninger enn det gjøres fra legevakt. Kommuneansatte mener også at fastlegene bør ha en mer sentral rolle rundt henvisninger og innleggelsesvurderinger. Et tettere samarbeid med fastlegene vil kunne bidra til at pasienter/brukere fanges opp og får hjelp før det utvikler seg til et behov for en akuttinnleggelse.

Både DPS og kommuneansatte sier de ønsker tettere samarbeid med fastlegene. DPS ønsker å kunne øke sin kapasitet til veiledning til kommunene, innebefattet fastleger, noe som legen også etterspør. Fastlegene mener de bør kunne utgjøre en ressurs i vurderinger av rett hjelpenivå for sine pasienter. De mener at de *skal* kontaktes ved første gangs innleggelse for en av sine pasienter.

Respons på prosjektets del 1 fra fag- og forskningsdag 10.10.08

På Verdensdagen for psykisk helse ble resultater fra prosjektets del 1, den deskriptive delen, presentert for en forsamling på 73 deltagere på Festsalen, Sanderud sykehus.

Invitasjon til denne fag- og forskningsdagen omfattet ansatte i Sykehuset Innlandet HF, ansatte innenfor psykisk helse-team med ledere i de åtte involverte kommuner samt fastleger i disse kommunene, medlemmer i Mental Helse Hedmark og prosjektets referanse- og styringsgruppe.

Respons fra de tilstedeværende foregikk dels i plenum som umiddelbar reaksjon på de framlagte resultatene og presenteres stikkordsmessig nedenfor. Det var også avsatt tid til drøfting i grupper. Tema for gruppesamtalene var: «**Hvilke alternativer til dagens praksis kan utprøves?**» Gruppene nedfelte de viktigste momentene fra drøftingene på en poster som deretter ble presentert i plenum.

Dette fungerte som en form for rundbordskonferanse i forhold til å få støttet analysen av intervjuene, samt at det ga forslag til hva som er viktig å fokusere i videreføringen av prosjektet. Sammendrag fra framleggene er i etterkant ordnet tematisk.

Umiddelbar respons fra deltagerne i plenum

Bruker:

Politi/ambulansetransport → respekt er viktigst!

Vanskelig å kommunisere med de involverte. Nyttig verktøy er individuell plan. Ansvarsgrupper er bra. Prate med èn stemme.

DPS:

Hvor er fastlegene? De er involvert!

Kommune:

Må tilpasses de gruppene de trenger å snakke med. Ordet «frustrasjon» – hva ligger i ordet? (Et samlet begrep.) Viktig innspill i prosessen.

Divisjonsledelsen:

Diskuteres gjennom en tidslinje. Er vi på det riktige sporet? Fokusgruppe på 55 personer.

Prosjektleder:

Reise de riktige problemstillingene. Der er vi nå. Vi er på rett vei.

K8-gruppa:

Viktig å ta resultatene av denne undersøkelsen på alvor.

Sammendrag fra gruppesamtalene ordnet tematisk

Akuttberedskap:

Opprette ambulante akutteam der DPS og kommuner fungerer sammen, med tilgang på kriseplasser.

Ved akuttbehov: Først samtale på DPS, seng rundt hjørnet om nødvendig, netteværksmøte neste morgen, hjem så sant mulig med oppfølging av ambulante tjenester.

Innleggelser og utskrivninger:

Enklere innleggelsesrutinene (færre ledd) og sterkere vektlegging av fastlegenes vurdering.

Praksis med «åpen retur» for kjente pasienter: Ha etablerte rutiner for slik praksis.

Brukerstyrte sengeplasser på DPS.

«Trygghetsplasser» i kommunene/nær bruker.

Bedre samarbeid rundt utskrivninger.

Et lokalt basert psykisk helsearbeid:

Ambulant virksomhet. Innkjøp av «utesko med pigger» til alle!

Helsestasjonsmodell.

Fokusendring:

Alle har en psykisk helse.

Brukerstyring med helsepersonellmedvirkning.

Folkehelseperspektiv, forebygging.

Sette inn hjelp før det utvikler seg til en alvorlig lidelse.

Samarbeid om vurderinger:

DPS bør samhandle med innsøker (som oftest fastlege) om vurderinger av søknader til DPS. Kommunal psykiatritjeneste kan delta der det er naturlig.

DPS-funksjoner:

En styrking av funksjoner i Hamar DPS som er i tråd med DPS-veilederen.

Tilgjengelighet/henvendelse om hjelp:

a) Enkelt å få kontakt på telefon. b) Kontakt med ambulant team. c) Mottak med innleggelse, eventuelt samtaler/oppfølging.

Ett sted å henvende seg: døgnåpent DPS i akutt situasjoner, ellers i kommunen (eventuelt interkommunale løsninger for små kommuner).

Mulighet for å henvende seg for både bruker, pårørende, samarbeidspartnere, ansatte, lærere.

Raskere hjelp.

Samhandling/samarbeid:

Lavere terskel mellom 1. og 2. linjetjenesten og brukerorganisasjoner.

Flyt i behandlingsskjeden.

Faste samarbeidsmøter mellom kommune/DPS/sykehus.

Involvere pårørende. Nettverksarbeid.

Veiledning til fastleger for å få til løsninger der brukeren bor.

Koordinatorfunksjon:

Må ha kompetanse i forhold til relasjoner og personlig egnethet.

OPPSUMMERING

Denne oppsummeringen gir en samlet fokusert framstilling av funnene der hovedtrekkene blir gjengitt. Den peker på de mest sentrale forhold som denne rapporten viser.

Brukerfokus og brukerinnflytelse

I tjenestene må fokus rettes mer mot brukerens totale situasjon der brukers egne erfaringer, ressurser, nettverk og hjemmesituasjon tas i betraktning. Dette betyr at hjelperne må bevege seg mer ut på brukernes arena og at hjelpen må gis nærmest mulig brukerens hjem. Brukerne trenger bedre informasjon om sine rettigheter og muligheter for hjelp. Samarbeidet må også omfatte systemnivå slik at brukernes stemme høres når tjenester skal utvikles.

DPS-funksjoner

Det trengs en utbygging av DPS-funksjoner slik at de blir i stand til å iverksette oppgaver som forventes av dem. Uoppfylte forventningene fra brukere, kommuner og den øvrige del av spesialisthelsetjenesten oppleves i dag som et vanskelig press for de DPS-ansatte. De ønsker en klar satsing på dette området fra ledelsen i Divisjon psykisk helsevern med en helhetlig tenkning rundt sammenheng i tjenestetilbudet.

Kommunene og brukerne vil ha et DPS som er inngangsporten til hjelpetilbud på spesialisthelsenivå med oversiktighet og tilgjengelighet for henvendelser. De ønsker funksjoner som lett tilgjengelige døgnplasser og mer utadrettet virksomhet. Kommuner og brukere ønsker medinnflytelse i utviklingen av DPS-funksjoner.

Samhandling

Særlig kommunene er opptatt av å styrke samhandlingen mellom nivåene og tegner et bilde av en dårlig utviklet kultur for samarbeid og dialog, noe som resulterer i lite kjennskap til hverandre. Samhandlingen må styrkes gjennom formelle systemer som bidrar til å utvikle samarbeid både på saks- og systemnivå. Kommunene ønsker bistand fra spesialisthelsetjenesten i form av undervisning, veiledning og rådgivning som hjelp i vanskelige saker og for en generell kompetanseheving. Samtidig må deres kompetanse også verdsettes av spesialisthelsetjenesten

Ambulante tjenester

Organiseringen av spesialisthelsetjenesten må tilrettelegges for økt handlingsrom til utadrettet virksomhet. Dette er ønsket av alle. Ved at spesialisthelsetjenesten beveger seg ut og samhandler med bruker og det øvrig tjenesteapparat vil dette ha flere fordeler: brukeren får hjelpen nærmere seg, det styrker kjennskapet til hverandre og alles kompetanse kan bedre nyttegjøres. Gjensidig støtte og felles vurderinger bidrar til bedre hjelp for brukeren.

Fastlegenes rolle

Fastlegene bør ha mer sentral rolle i samarbeidsrelasjoner både med spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere i sin kommune. Med sitt kjennskap til brukeren har de nyttig kompetanse i et samarbeid med og rundt brukeren i forhold til henvisninger og vurderinger av hjelpetilbud. DPS bør ha en funksjon med rådgivning overfor legene. Samarbeidsrutiner må utvikles både i forhold til DPS og spesialisthelsetjenesten på sykehusnivå. Her henviser vi til erfaringer fra Stangeprosjektet med utprøving av samarbeidsmodell mellom et team i Hamar DPS og fastleger i Stange kommune (prosjektrapporten er ikke ferdig når dette skrives).

Visjoner og verdier

I materialet fra fokusgruppeintervjuene går det igjen noe som synes felles for de ulike gruppene, og der en kan se at det ligger visjoner og verdier som må være grunnleggende for mange av ytringene.

Følgende utsagn fra tre ulike grupper av informanter kan illustrere noe av det vi mener er felles holdninger eller verdier:

Vi ønsker et DPS med nærhet til brukere og samarbeidspartnere i kommunene. (k)

Samordning av tjenestetilbud slik at pasientene blir raskere og mer behovsorientert ivaretatt. (dps)

Vi bør arbeide mer orientert mot pasientens hjemmesituasjon. Pasienten vil føle seg mer sett og det vil kunne gi raskere bedring. (a)

Å ville det beste for brukeren

Utsagnene uttrykker ønske om å lykkes med å gi brukeren en god hjelp, at hjelpen kommer raskt og at den ivaretar det brukeren har behov for. Samtidig uttrykkes det at dette er noe som ikke alltid gjøres godt nok i dag, men at det må etterstrebes.

Nærhet til brukeren

Ved å holde fokus på at brukeren lever livet sitt utenfor institusjon tvinger det spesialisthelsetjenesten til å orientere seg mer utover mot brukerens hjemmesituasjon og mot hjelpeapparatet i kommunene. Nærhet til brukeren og brukerens liv settes opp som det ønskelige. De ansatte i kommunene beveger seg nærmere brukeren og brukerens miljø, og har antagelig dette perspektivet lenger framme i det daglige.

Helhetlige tjenester

Tjenestetilbudene må samordnes og de ulike nivåene er avhengige av å samarbeide med hverandre for å gi et godt tilbud til brukeren. Hvor langt framme

i bevisstheten dette er til en hver tid, eller hvilke muligheter som ligger i de organisatoriske forholdene, kan en kanskje undre seg over når en leser dette materialet. Likevel handler mye av materialet fra intervjuene om ønsker om et langt bedre utviklet samarbeid der tjenestene kan ses i sammenheng.

Det som ikke blir sagt

De verdier og visjoner som trekkes fram er alle orientert mot brukeren, men handler ikke så mye om brukerens rolle i eget liv og i behandlings- og hjelpetiltakene. I materialet som helhet synes vi heller ikke det blir sagt så mye rundt dette. I den handlingsorienterte delen av prosjektet som skal følge etter denne første delen, mener vi det bør vektlegges å få brukerne sterkt med i forsknings- og utviklingssamarbeidet, dvs. ikke kun som informanter, men med en aktiv rolle i refleksjoner og strategiske valg for prosjektet.

STUDIENS VERDI OG KONKLUSJON

Dataene i dette materialet har sterk intern konsistens, noe som har gjort det mulig både å konstruere meningsbærende temaer og kategorier på bakgrunn av hele datamaterialet og senere gjenfinne kategoriene i materialet som helhet. Dette styrker gyldigheten av funnene og troverdigheten av materialet. Samtidig er det naturligvis slik at data fra en kvalitativ studie ikke har til hensikt å skulle generere representativitet i statistisk forstand. Vi kan derfor ikke uten videre si at studien har representativitet i forhold til alle fastleger, alle brukere, alle ansatte i DPS osv. Men studien gir et godt øyeblikksbilde av hvordan en del representanter for de berørte gruppene opplever situasjonen og hva de tenker om mulighetene framover.

Det er en klar styrke i denne studien at resultatene stemmer godt over ens med inntrykk fra andre rapporter (brugerundersøkelsene) og fra oppfatningene i K8, noe som bidrar til å styrke troverdigheten av informasjonen i studien. Man kan si at resultatene bekrefter mye av det inntrykket som er skapt i mediene om lange ventelister og misforhold mellom behov og tilgjengelighet. Studiens bidrag er at det gis en metodisk dokumentasjon, samtidig som bildet utdypes og nyanseres. Det har også vært kritiske røster fra legehold (Åmot) om at dette prosjektet ikke vil få fram annet enn tidligere kjent kunnskap, og noen leger har derfor takket nei til å delta på den bakgrunn. Vi mener det er uttrykk for en underkjennelse av betydningen av forskningsbasert systematisk kunnskapsdannelse for å komme videre.

Et viktig overordnet resultat i studien gjelder en felles opplevelse av situasjonen som frustrerende og en felles vilje til endring. For begge områdene er det sterk konsensus i fokusgruppene, noe som gir grunnlag for overførbarhet og ekstern gyldighet. Det er altså enighet om at det er mye i det psykiske helseverntilbudet i Midt-Hedmark som ikke fungerer, men materialet får også fram ulike presiseringer og oppfatninger om situasjonen avhengig av den enkelte deltakerens ståsted og erfaringsreferanse. Samtidig er det en klar felles vilje til endring i mer brukervennlig retning. Tiltakene som det pekes på er godt forenlige med de retningslinjene som er gitt for psykisk helsevern og DPS. Utfordringen nå ligger i å utforme og iverksette lokale modeller som fungerer etter intensjonen.

Alt i alt mener vi at Del 1 i *Hjelp når du trenger det* gir et solid situasjonsbilde og dermed et godt fundament for utformingen og gjennomføringen av det handlingsorienterte forskningssamarbeidet i prosjektets Del 2.

Kjernebegreper for tiltak

- Nært og tilgjengelig DPS
- Erfarne fagfolk i frontlinjen
- Brukerfokus og brukerinnflytelse
- Tettere samarbeid med fastleger
- Formelle systemer for samarbeid
- Smidigere innleggelsesprosedyrer
- Ambulante tjenester
- Ett telefonnummer for henvendelser til spesialisthelsetjenesten
- Nettverkstenkning og fokus på tilgjengelige ressurser

LITTERATUR

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London: Sage Publications Ltd.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in the community – the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 288.
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2007). Knowledge about social networks and integration: a co-operative research project. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 348–357.
- Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis – Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid – teoretisk begrunnelse og praktisk implikasjoner. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning* 8(1), 17–30.

- Hummelvoll, J. K. (2007). Fokusgruppeintervju – en sentral metode i handlingsorientert forskningssamarbeid. In G. Beston, L. Borge, B. Eriksson, J. S. Holte, J. K. Hummelvoll & A. Ottosen (Eds.), *Handlingsorientert forskningssamarbeid* (Rapport 1–2007, pp. 137–159). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K., & Røsset, O. (1999). *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2005). Researchers experience of co-operative inquiry in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 180–188.
- Kizinger, J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299–302.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Maunsbach, M., & Dehlholm-Lambertsen, B. (1997). Det fokuserede gruppeintervju og deltagerobservation. *Nordisk Medicin*, 112, 126–128.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedepartementet. (1996–97). St. meld. nr. 25. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- World Medical Association. (2002). The Declaration of Helsinki (Document 17.C). Retrieved 15.11.04, 2004.