

Samhandling og kvalitet i praksis

En studie av samhandling om brukere med omfattende rus og psykisk lidelse

Aslaug Irene Alendal Skjold

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring
og helseøkonomi



Universitetet i Bergen
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

September 2013

Forord

Masteroppgaven er en del av det erfaringsbaserte masterstudiet ved Senter for etter- og videreutdanning, SEVU, ved Universitetet i Bergen. Studiet omfatter fagenhetene helseøkonomi, helseledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Jeg startet studien helseøkonomi høsten 2008. Utdanningen har skapt nysgjerrighet og interesse for viktige, spennende og kompliserte emner i helsetjenesten. Masteroppgaven startet jeg i mai 2011. Å skrive masteoppgave har vært krevende i tillegg til å arbeide full tid i en hektisk jobb. Det å arbeide med studien har likevel hele tiden vært inspirerende og spennende. Det å gå i dybden omkring et avgrenset tema over lang tid, er unikt i min ordinære arbeidshverdag. Dette har gitt meg ny kunnskap og erfaring og framfor alt vært en svært positiv opplevelse.

Først og fremst vil jeg takke veilederen Simon Neby, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og forsker ved Uni, Rokkansenteret i Bergen, for grundige, ærlige og verdifulle tilbakemeldinger og ikke minst for inspirasjon og oppmuntring underveis.

Jeg vil deretter takke lederne for rus- og psykisk helsetjeneste, samt prosjektledelsen, for velvillighet og nyttig bidrag til studien. Jeg vil få takke informantene for åpent og ærlig å dele sine erfaringer med meg. Jeg vil også takke min arbeidsgiver som har lagt forholdene til rette slik at jeg kunne gjennomføre studiene.

Deretter er jeg stor takk skyldig min familie for forståelse, støtte og motivasjon til å gjøre ferdig oppgaven.

September 2013

Aslaug Irene Alendal Skjold

Innhold

1	INTRODUKSJON	1
1.1	SAMHANDLING OG HELHETLIGE TJENESTER ET AKTUELT TEMA I HELSETJENESTEN	1
1.2	SAMHANDLINGSPROSJEKTET - ET LOKALT IGANGSATT PROSJEKT	2
1.3	VALG AV TEMA, HENSIKT MED STUDIEN OG PROBLEMSTILLING	3
1.4	HVA ER BEDRE SAMHANDLING OG BEDRE KVALITET? FORSKNINGSPØRSMÅL	4
1.5	OPPGAVENS AVGRENSING OG OPPBYGGING	5
2	RUS OG PSYKISK HELSETJENESTE – SAMHANDLING OG KVALITET	7
2.1	SAMHANDLINGSPROSJEKTET MELLOM KOMMUNEN OG HELSEFORETAKET	7
2.1.1	<i>Organisering av prosjektet</i>	8
2.1.2	<i>Nærmere beskrivelse av brukerne, utfordringene og bakgrunn</i>	9
2.1.3	<i>Mandatet for prosjektet</i>	11
2.2	LOKAL ORGANISERING AV RUS – OG PSYKISK HELSETJENESTE	12
2.2.1	<i>Rus- og psykisk helsetjeneste i kommunen:</i>	12
2.2.2	<i>Rus- og psykisk helsetjenester i spesialisthelsetjenesten/helseforetaket</i>	12
2.3	SAMHANDLING SOM PROSJEKT	13
2.4	SAMHANDLING OM TJENESTER TIL PERSONER MED RUS OG PSYKISK LIDELSE	14
2.4.1	<i>Lovkrav om samhandlingsavtaler</i>	17
2.5	UTVIKLING AV RUSBEHANDLING OG SAMMENHENG MED PSYKISK LIDELSE	17
2.6	AKTUELLE BEGREP OG FAGUTTRYKK SOM NYTTES I OPPGAVEN	19
2.6.1	<i>Rus- og psykisk lidelse</i>	19
2.6.2	<i>Tvungent psykisk helsevern</i>	20
2.6.3	<i>Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)</i>	21
2.6.4	<i>Skadereduserende tiltak</i>	21
2.6.5	<i>Koordinator og Individuell plan (IP)</i>	22
2.6.6	<i>Rusutløste psykoser</i>	22
2.6.7	<i>Uønska atferd, akutte situasjoner / krisesituasjoner</i>	22
3	TEORI	24
3.1	SAMHANDLING	24
3.1.1	<i>Samhandling – som begrep og bakgrunn</i>	24
3.1.2	<i>Bakgrunn og behov for samhandling. Pasientforløp og helhetlige tjenester</i>	26
3.1.3	<i>Avgrensinger utad og samhandling mellom organisasjoner</i>	28
3.1.4	<i>Kommunikasjon og menneskelig forhold</i>	29

3.2	KVALITET	31
3.2.1	<i>Kvalitet og kvalitetsforbedring</i>	31
3.2.2	<i>Kvalitetsforbedring for å oppnå varig endring</i>	34
3.3	KVALITETSFORBEDRING OG SAMHANDLING, OPPSUMMERING OG SAMMENHENGER.	35
3.4	SAMMENHENG MELLOM SAMHANDLING, KVALITET OG PROSJEKTET.	37
4	METODE	39
4.1	VALG AV UNDERSØKELSESPLEGG/-DESIGN OG METODE.....	39
4.1.1	<i>Kvalitativ metode</i>	39
4.1.2	<i>Case studie</i>	40
4.2	VALG AV INFORMANTER.....	41
4.3	VALG AV ENHETER OG VARIABLER:	43
4.4	HVORDAN MÅLE SAMHANDLING OG KVALITET?.....	44
4.5	DATAINNSAMLING OG BEHANDLING	45
4.5.1	<i>Intervjuguide</i>	45
4.5.2	<i>Intervju forberedelse og gjennomføring</i>	46
4.5.3	<i>Skriftlig materiale og uformelle samtaler</i>	47
4.5.4	<i>Transkripsjon av data</i>	47
4.5.5	<i>Analyse av data</i>	48
4.6	STUDIENS GYLDIGHET, RELEVANS OG GENERALISERBARHET.....	49
4.6.1	<i>Usikkerhet med metoden</i>	50
4.7	ETISKE ASPEKTER	51
5	DELTAKERNES OPPLEVELSE AV SAMHANDLING OG KVALITET	52
5.1	SAMHANDLINGSPROSJEKTET I PRAKSIS	52
5.1.1	<i>Praktisk arbeid i prosjektet</i>	52
5.1.2	<i>Omfang av kartlegging og arbeid med brukere i prosjektet</i>	54
5.2	OPPLEVELSEN AV SAMHANDLING MELLOM KOMMUNEN OG HELSEFORETAKET.....	55
5.2.1	<i>Kommunikasjon; gjensidig respekt, forståelse og opplevelse av likeverd</i>	55
5.2.2	<i>Avklarte forventninger, tydelig ansvars- og oppgavefordeling</i>	57
5.2.3	<i>Gjennomføring på rasjonell og koordinert måte</i>	62
5.2.4	<i>Prosjektets betydning for samhandlingen på systemnivå</i>	65
5.2.5	<i>Oppsummert opplevelsen av samhandling mellom kommunen og helseforetaket</i>	67
5.3	DELTAKERNES OPPLEVELSE AV KVALITET PÅ TJENESTETILBUDET.....	69
5.3.1	<i>Virkningsfulle tiltak</i>	69
5.3.2	<i>Trygge og sikre tjenester</i>	74
5.3.3	<i>Involvere brukerne og gi dem innflytelse</i> :	76
5.3.4	<i>Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling</i>	77
5.3.5	<i>Oppsummert opplevelsen av prosjektets betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet</i>	79

6	SAMHANDLING OG KVALITET. HVA VISER STUDIEN?.....	81
6.1	BEDRET SAMHANDLING SOM FØLGE AV PROSJEKTET?	81
6.1.1	<i>Kommunikasjon preget av likeverdighet, respekt og forståelse</i>	82
6.1.2	<i>Oppgavefordeling og samordning har betydning for brukere og ansatte.</i>	86
6.1.3	<i>Samhandling på systemnivå - vanskelig å etablere nye rutiner.....</i>	89
6.2	FÅR BRUKERNE ET BEDRE TJENESTETILBUD GJENNOM PROSJEKTET?.....	92
6.2.1	<i>Vurdering av kvalitet.....</i>	92
6.2.2	<i>Tiltak som virker og er realistiske.....</i>	93
6.2.3	<i>Forutsigbarhet og faglig trygghet i møte med brukeren.</i>	96
6.2.4	<i>Begrenset brukermedvirkning.....</i>	96
6.2.5	<i>Tilgjengelige og rettferdige tjenester.....</i>	97
6.3	SAMHANDLING EN STAFETT ELLER ET FELLES ANSVAR FOR BRUKERNE?	97
6.3.1	<i>Prosjekt som metode; et tema som ikke ble studert</i>	101
7	OPPSUMMERING	102
8	LITTERATURLISTE.....	105
9	VEDLEGG	108



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel ”Samhandling og kvalitet i praksis”. Studie av samhandlingen for brukere med omfattende rus og psykisk lidelse.				
Forfatter Aslaug Irene Alendal Skjold				
Forfatterens stilling og arbeidssted Avdelingssjef, Karmøy kommune				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Simon Neby, forsker på UNI, Rokkansenteret, førsteamanuensis på Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen		
Antall sider 104	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag Bakgrunn: Samhandlingsreformen beskriver store utfordringer for pasienter med langvarige og kroniske sykdommer, også rus og psykisk lidelse. Området er preget av brudd i behandlingsforløpet og overgangen mellom tjenestene oppleves problematisk. Utfordringene er også bakgrunn for prosjektet mellom en vestlandskommune og lokalt helseforetak. Målet for prosjektet var en bedre samhandling mellom kommunen og helseforetaket for brukere med alvorlig rus og psykisk lidelse, og at den enkelte bruker skulle oppleve helhetlige og kvalitativt bedre helsetjenester. Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke om deltakerne <i>opplever</i> av prosjektet styrker samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket og gir brukerne et kvalitativt bedre tjenestetilbud. Metode: Studien er en case studie. Data er innhentet kvalitativt ved intervju med deltakere i prosjektet, tre ansatte og fire prosjektmedarbeidere og supplert med opplysninger fra styringsgruppen for prosjektet. Data er analysert kvalitativt. Resultat: Studien viser at det oppleves en økt samhandling og bedret kvalitet for brukerne som deltok i prosjektet. Det oppleves bedring i kommunikasjon og avklaring i forventinger og oppgavefordeling mellom kommunen og helseforetaket i oppfølgingen av brukerne på individnivå. Diagnostisering, bedret oppfølging, utarbeiding av kriseplan er eksempel. Studien viser og utfordringer som ikke ble løst, blant annet avklaring i håndtering av akutte hendelser og utarbeiding av helhetlig pasientforløp. Det ble heller ikke utarbeidet nye rutiner eller oppnådd vesentlig bedring i samhandlingen på systemnivå. Resultatene fra prosjektet ble ikke videreført i drift. Konklusjon: Tettere samarbeid mellom kommunen og helseforetaket ga positiv effekt for kommunikasjon og samhandling om brukerne. Prosjektet viste også utfordringer i samhandlingen, spesielt på systemnivå.				
Nøkkelord samhandling, samordning, samarbeid i helsetjenesten, kvalitet i helsetjenesten, rus og psykisk lidelse,				



Dissertation submitted for the degree of Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The University of Bergen

Title and subtitle of the dissertation				
“Cooperation and quality in practice.”				
A study of a cooperation project for people with serious drug addiction and mental illness.				
Author				
Aslaug Irene Alendal Skjold				
Author’s position and address				
Leader in local authority				
Date of approval		Supervisor		
		Simon Neby, researcher, UNI, Rokkansenteret. associate professor, Institute of global and public health, University of Bergen		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
104	Norwegian	English		
<p>Background: The Cooperation reform describes the major challenges for patients with long-term and chronic illnesses, including drug addiction and mental illness. The special field is characterized by failure in the treatment process and the transition between services is perceived problematic. These challenges are also the basis of the project from a western situated local authority and the local health authorities. The aim of the project was increased cooperation between local authorities and health authorities for people with serious mental illness and drug addiction, and that each user would experience comprehensive and better quality of health services.</p> <p>Purpose: The purpose of this study is to investigate whether participants experience that the project strengthens the interaction between the local authority and health authority and provide users a better quality of services.</p> <p>Method: The study is a case study. The collection of data is done through qualitative interviews with participants of the project, three employees and four employees of project and supplemented information, given by the steering committee for the project. The data is analyzed qualitatively.</p> <p>Results: The study shows that the informants experienced increased cooperation and improved quality for the users who participated. They experienced improvement in communication and clarification of expectations and task distribution between local authorities and health authorities at the individual level. Some examples are better diagnosis and improved treatment. In addition, study shows challenges that not were solved, among other things treatment of crisis and developing patient pathways. New procedures were not worked out, and significant improvement in the interaction at the system level was not achieved. The results of the project were not implemented in ordinary running.</p> <p>Conclusions: Closer cooperation between local authorities and health authorities gave positive effects of communication and interaction for the individual users. The project also revealed challenges in collaboration, especially at the system level.</p>				
Key words				
collaboration, coordination, cooperation in health care, quality of health care, serious drug addiction and mental illness,				

1 Introduksjon

1.1 Samhandling og helhetlige tjenester et aktuelt tema i helsetjenesten

I helsetjenesten har det de senere år vært et stort fokus på å bedre samhandlingen og gi helhetlige tjenester til brukerne. Samhandlingsreformen ble vedtatt 19. juni 2009 og trådte i kraft 1. januar 2012 (St. meld nr 47 (2008-2009)). Reformen har fått stor oppmerksomhet i media og i det daglige arbeidet for de fleste som arbeider i helsetjenesten, også i den kommunen der jeg arbeider. Det hevdes at det stor politisk enighet om utfordringene og målene i Samhandlingsreformen, mens det er uenighet om virkemidlene og tempoet for innføringen av reformen.¹ Samhandlingsreformen gir en beskrivelse av at dagens helsevesen på mange områder svikter og beskriver tre hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenesten;

- Fragmenterte tjenester og manglende koordinering,
- for liten innsats i forhold til å begrense og forebygge sykdom og
- demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet som kan true samfunnets økonomiske bæreevne (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

I forarbeidet til samhandlingsreformen, NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste" beskriver Wisløffutvalget behovet for bedre samhandling i helsetjenesten. Samhandlingen svikter i overgangene mellom de ulike tjenestetilbud og utfordringene er spesielt store for pasienter med langvarig behov for sammensatte tjenester.

Et av hovedmålene i samhandlingsreformen er derfor å få en bedre samhandling innen helsetjenesten, en klarere pasientrolle i form av pasient- og brukermedvirkning, gode og helhetlige pasientforløp og rett til kontaktperson for pasienter med behov for koordinerte tjenester. Samhandlingsreformen understreker at det er store utfordringer når det gjelder pasienter med langvarige og kroniske sykdommer, dette gjelder også innen området rus og psykisk helse. Evaluering av rusbehandling har vist at dette området er preget av brudd i behandlingsforløpet. Samhandlingsreformen beskriver at

¹ Tor Åm, ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet, foredrag på konferanse; "Ny helse- og omsorgslov, samhandling og endring i helsepolitikken", 16.06.11, Oslo.

pasientene med sammensatte problemer oftest ikke klarer å takle det oppdelte tjenestetilbudet og de krav som systemet krever for å motta behandling og oppfølging (St.meld 47 (2008-2009)).

Samhandling og tjenester som jobber sammen både innen kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, helhetlig rusmiddelbehandling og kvalitet på tjenestene er og sentrale ruspolitiske målsettinger formulert i den nye rusmeldingen som regjeringen la fram i juni 2012. Hvordan vi skal oppnå et mer tilgjengelig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud til mennesker med rusproblemer er et av flere sentrale tema som omtales her (St.meld 30 (2011-2012)).

Stortingsmeldinger er politiske dokumenter som gir føringer og politiske signal for tjenestene framover. Det representerer ikke faktakunnskap, men politiske valg som blir gjort ut fra erfaringer og kunnskap som ligger til grunn for meldingene.

1.2 Samhandlingsprosjektet - et lokalt igangsatt prosjekt

En rekke tiltak og prosjekt er iverksatt for å styrke samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene for å få til mer sammenhengende tjenester for brukere med langvarige og sammensatte behov i tråd med samhandlingsreformen. Samhandlingstiltak innen området rus og psykisk helse er eksempel på dette.

Et konkret prosjekt mellom kommunen, der jeg arbeider, og det lokale helseforetaket ble igangsatt for å bedre samhandlingen om tjenestetilbudet til brukere med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet. Fagpersonalet og ledelsen i rushelsetjenesten i kommunen beskrev høsten 2010 store utfordringer ved tjenesteyting og samhandling for brukere med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet. Utfordringene besto i mangelfull kartlegging, utredning, diagnostisering av brukere og mangelfull koordinering av tiltakene mellom helseforetaket og kommunen. Dette resulterte ofte i at brukerne havnet ofte oppi uønska, truende og voldelige situasjoner der bruk av tvang ble nødvendig. Ansatte opplevde ofte utrygghet i møte med bruker og uforutsigbarhet i forhold til behandlingssystemet i spesialisthelsetjenesten. Ledelsen i rustjenesten tok derfor initiativ til et prosjekt.

Spesialisthelsetjenesten så også behovet for bedre samhandling rundt brukerne, ønsket å delta og prosjektet ble igangsatt i februar 2011. I februar 2012 ble prosjektet utvidet til å omfatte pasienter med bosted i hele kommunen og med psykisk helsetjeneste som tjenesteytere. Prosjektet bestod dermed av to delprosjekter, delprosjekt *Rus* og delprosjekt *psykisk helse (Psyk)*. Målgruppen ble brukere med alvorlig psykisk lidelse og / eller rusmiddelavhengighet. Prosjektet arbeidet konkret for å bedre samhandlingen om tjenestetilbudet til disse brukerne. Det overordnede målet for samhandlingsprosjektet var at det skulle oppleves en bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten/helseforetaket. Prosjektet skulle ha nytteverdi for den enkelte bruker ved at han/hun opplevde en mer helhetlig helsetjeneste som ivaretok brukeren på en god måte.

1.3 Valg av tema, hensikt med studien og problemstilling

Hovedbudskapet i samhandlingsreformen er at med bedre samhandling, helhetlige pasientforløp og styrket brukerrolle vil brukeren få et bedre helsetilbud. Et viktig mål i samhandlingsreformen er å sikre en koordinert og sammenhengende helsetjeneste for brukere med omfattende, sammensatte og langvarige behov. Målene i det konkrete samhandlingsprosjektet i kommunen sammenfaller i stor grad med målene i samhandlingsreformen og er et av mange eksempel på tiltak som skal bedre overgangen mellom de ulike tjenestetilbud og dermed gi brukerne et helhetlig tilbud.

Denne oppgaven tar utgangspunkt i dette konkrete igangsatte samhandlingsprosjekt mellom det lokale helseforetak og kommunen. Jeg undersøker om de konkrete tiltak som iverksettes i samhandlingsprosjektet oppleves å styrke samhandlingen og kvaliteten på tjenestetilbudet til brukere med omfattende rus og/eller psykisk lidelse.

I studien vil jeg vurdere prosjektets betydning for samhandling og kvalitet på tjenestetilbudet. Problemstillingen fokuserer på prosjektdeltakernes opplevelse av samhandlingen og er formulert slik: ***Opplever deltakerne i samhandlingsprosjektet mellom kommunen og helseforetaket at prosjektet styrker samhandlingen og gir brukerne et kvalitativt bedre tjenestetilbud?***

Problemstillingen er valgt for å belyse om prosjektet styrker samhandlingen og kvaliteten på tjenesteytingen til brukere som er tatt med i prosjektet. I studien vil jeg vurdere om samhandlingen oppleves bedre som følge av prosjektet og om det gir effekter for brukerne sett fra ansatte, prosjektmedarbeidernes og styringsgruppens ståsted. Fokuset i studien vil være *opplevelsen* av bedring i samhandling og kvalitet på tjenestetilbudet som følge av samhandlingsprosjektet. På individnivå velger jeg å se betydning av samhandlingen for å bedre det helhetlige tjenestetilbudet til brukeren sett fra fagpersonalet sitt ståsted. På systemnivå vil jeg vurdere om prosjektet oppleves å bedre samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket sett fra ledelsesperspektivet.

1.4 Hva er bedre samhandling og bedre kvalitet? Forskningsspørsmål.

Samhandling uttrykt i samhandlingsreformen omfatter *oppgavefordeling, koordinering og rasjonell utføring* av de helhetlige helsetjenestene i helse- og omsorgstjenesten slik at det oppnås et felles, omforent mål for brukeren. Det er spesielt kvaliteten på *overgangene* mellom de ulike tjenestetilbud som skal utvikles og forbedres og dermed gi et bedre og helhetlig tjenestetilbud for brukeren (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Kvalitetsutvikling er summen av de tiltak som iverksettes og systemer som etableres for å sikre og utvikle kvaliteten på tjenesten. Dette er en kontinuerlig prosess som med målrettet og kunnskapsbaserte tiltak skal fremme kvaliteten på helsetjenesten. (Kjærgaard et al. 2001, Øgar og Hovland, 2004). Nødvendig samhandling om brukere mellom kommunen og helseforetaket pågår kontinuerlig uavhengig av et samhandlingsprosjekt.

Samhandlingsprosjektet skal gjennom ekstra og målrettet innsats forbedre samhandlingen ut fra felles forståelse av utfordringer og i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Jeg definerer dette som kvalitetsutvikling av det tjenestetilbudet til målgruppen med fokus på overgangene mellom kommunen og helseforetaket. For å vurdere om *deltakerne i samhandlingsprosjektet mellom kommunen og helseforetaket opplever at prosjektet styrker samhandlingen og gir brukerne et kvalitativt bedre tjenestetilbud* i tråd med overordna mål i prosjektet er følgende forskningsspørsmål valgt:

1. I hvilken grad oppleves det at prosjektet har bidratt til en bedre samhandling mellom kommunen og helseforetaket ved at:
 - det oppleves likeverdighet, respekt og forståelse i kontakt og kommunikasjon.
 - det er avklarte forventinger og tydelig ansvars- og oppgavefordeling,
 - tjenestetilbudet er samordnet, koordinert og gjennomført på en rasjonell måte,
 - samhandlingen er forbedret på systemnivå og det er utviklet og implementert nye rutiner og tiltak.
2. I hvilken grad oppleves det at samhandlingsprosjektet har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet til brukeren ved at:
 - at pasienten/brukeren får et helhetlig tjenestetilbud, blir ivaretatt på en god måte og det er satt realistiske mål for tjenestetilbudet? (Virkningsfulle tiltak)
 - at de ansatte opplever forutsigbarhet og faglig trygghet i møte med brukeren og visshet om at bruker får et adekvat helsetilbud (Trygge og sikre tjenester)
 - at brukeren er involvert og har fått deltatt i utformingen av tjenestetilbudet (involvere brukerne og gi dem innflytelse)
 - at brukerne har fått adekvat behandling og kan nyttiggjøre seg tjenestetilbudene? (tilgjengelig og rettferdig fordelt)

For å få svar på forskningsspørsmålene gjorde jeg en casestudie av samhandlingen i et konkret samhandlingsprosjekt. Gjennom å intervju ansatte som var kontaktpersoner for brukere som var tatt med i prosjektet og prosjektmedarbeidere som arbeidet i prosjektet fikk jeg kunnskap om deres opplevelse av prosjektets effekt for brukeren og for de ansatte. I tillegg ga samtaler, notater og referater fra styringsgruppen indikasjon på om prosjektet var av betydning for det helhetlige tjenestetilbudet til brukergruppen på ledelses-/systemnivå. Som deltaker i styringsgruppen for prosjektet og del av kommunens ledelse med ansvar for rus og psykisk helsetjeneste fikk jeg forståelse for utfordringer og problemområdet fra ulike synsvinkler.

1.5 Oppgavens avgrensning og oppbygging

Oppgaven vil omhandle opplevelsen av bedret samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og betydning for kvalitet på tjenesteutøvelsen for brukere som følge av et konkret samhandlingsprosjekt. Prosjektet ble opprettet som et virkemiddel for å bedre samhandlingen mellom en stor landkommune på Vestlandet og det

tilhørende lokale helseforetak. Samhandlingsprosjektet vil spesielt arbeide med overgangene mellom kommune og helseforetak, og bidra til en bedret oppfølging og tjenesteyting i kommunen som kan bedre det totale tjenestetilbudet til brukerne.

Fastleger, NAV, frivillige organisasjoner, aktivitets- og arbeidsliv er andre sentrale samhandlingsparter innen rus- og psykisk helsearbeidet som ikke omhandles i oppgaven. Oppgaven vil ikke gå i dybden innen fagområdet rus- og psykisk helse eller brukernes diagnoser og behandling. Den vil heller ikke gå i dybden i det pågående arbeid med nye samhandlingsavtaler mellom kommunen og helseforetak.

Opgaven er oppdelt som følger:

Kapittel 2 gir faglig bakgrunn for studien. Samhandlingsprosjektet og relevante hovedtrekk i samhandlingsreformen presenteres. Videre beskrives faglig utvikling, faguttrykk og sentralt lovverk og organisering av tjenestetilbudet.

Kapittel 3 omhandler valgt teori for samhandling og kvalitet og sammenhengen mellom samhandling og kvalitet.

Kapittel 4 beskriver valg av design, metode, utvalg, validitet og relevans samt etiske aspekter ved studien.

I kapittel 5 beskrives resultater fra datainnsamling fra intervjuer med tre ansatte og fire prosjektmedarbeidere, samt supplerende opplysninger.

I kapittel 6 vil jeg analysere og diskutere funn opp mot valgt teori. Validitet og reliabilitet vurderes.

Kapittel 7 inneholder oppsummering og konklusjon. Kan studien belyse om prosjektet har ført til bedret samhandling og kvalitet på tjenestetilbudet til brukernes beste.?

2 Rus og psykisk helsetjeneste – samhandling og kvalitet

Som mange andre samhandlingsprosjekter ble prosjektet som studeres, igangsatt før samhandlingsreformen ble innført. I forbedringsarbeid nyttes prosjekter i stor grad for å bedre tjenestetilbudet til brukerne. For tiden er svært mange prosjekter knyttet til innføring og utvikling av helhetlige tjenestetilbudene som følge av samhandlingsreformen. Jeg vil i det følgende beskrive samhandlingsprosjektet, samhandling om rus og psykisk helse, samhandlingsreformen og utviklingen av rusbehandling nærmere. Deretter defineres sentrale lover, begreper og faguttrykk, samt organiseringen av rus og psykisk helsetjeneste. Dette vil danne den faglige bakgrunnen for studien.

2.1 Samhandlingsprosjektet mellom kommunen og helseforetaket

Bakgrunnen for å starte samhandlingsprosjektet var medarbeiderne i rustjenesten i kommunen sin opplevelse av mangelfull samhandling og koordinering rundt brukergruppen mennesker med samtidig psykisk lidelse og alvorlig rusmiddelavhengighet.

Kommunen der prosjektet ble igangsatt kan beskrives som en stor landkommune på Vestlandet. Kommunen har moderat problematikk innen ruslidelse og psykisk lidelse. En begrenset gruppe brukere har omfattende rus- og psykisk lidelse. Det er gjort en god kartlegging av antall rusmiddelavhengige og antall psykisk syke som kommunen yter tjenester til, samt hvilke dekket og udekket behov brukerne har.

Brukerne som prosjektet omhandlet, ble oppfattet som kompliserte med ulike og omfattende behov, men med et fellestrekk; at det var kaotiske og uavklarte forhold rundt dem. Prosjektet som ble initiert av medarbeiderne i rustjenesten, kan beskrives som et bottom-up prosjekt. Et bottom-up prosjekt er et prosjekt der medarbeiderne tar initiativ, tilrettelegger og engasjerer ledelsen. Fordelen med et bottom-up prosjekt er at medarbeiderne ofte har en større motivasjon for prosjektet og implementering til ordinær drift har større sjanse for å lykkes (Brendskog et al., 2004).

Det ble holdt samarbeidsmøter mellom kommunens rustjeneste og helseforetaket der utfordringene ble drøftet. Representanter fra helseforetaket var enig i at det var utfordringer og bekymring rundt brukergruppen og ønsket å delta i prosjektet. Kommunen og helseforetaket opplevde at de hadde en felles oppfatning om at det var behov for et prosjekt. Det ble nedsatt en styringsgruppe og prosjektet startet opp i februar 2011. Målgruppen var brukere med omfattende rusmiddelavhengighet og alvorlig psykisk lidelse som ikke var diagnostisert /”avklart” og som bodde i kommunal bolig med personalbase. På bakgrunn av henvendelse fra psykisk helsetjeneste i kommunen bestemte styringsgruppen å utvide prosjektet, fra februar 2012, til å gjelde brukere bosatt i hele kommunen med omfattende rus- og/ eller psykisk lidelse over 18 år:

Prosjektet besto dermed av to delprosjekter. For enkelhets skyld gir jeg prosjektene følgende navn:

- *Delprosjekt Rus*. Brukere med rusmiddelavhengighet og samtidig psykisk lidelse som får sitt kommunale tjenestetilbud hovedsakelig fra rustjenesten. Rusmiddelavhengigheten er den primære årsak til at brukerne har et tjenestetilbud. Brukerne bor i tilpassede kommunale boliger med personalbase i nær geografisk tilknytning.
- *Delprosjekt psykisk helse (Psyk)*. Brukere med psykisk lidelse og/eller samtidig rusmiddelavhengighet. Brukerne får sitt kommunale tjenestetilbud via psykisk helsetjeneste. Brukerne bor geografisk spredt i kommunen og ikke i tilknytning til personalbase.

Prosjektet ble slutført våren 2013. Samhandlingsprosjektene ble finansiert av statlige ”samhandlingsmidler”, i form av tilskudd via Fylkesmannen og det regionale helseforetaket.

2.1.1 Organisering av prosjektet

Samhandlingsprosjektet var prosjektorganisert med en styringsgruppe og to prosjektgrupper. Styringsgruppen bestod av ansvarlige ledere, sentrale fagledere og fagpersoner fra kommunen og helseforetaket. Styringsgruppen hadde ansvar for godkjenning av mandat, framdrift, oppfølging og referanse for prosjektgruppen, samt resultat i prosjektet. Styringsgruppen hadde et administrativt mandat til å gjennomføre

et samhandlingsprosjekt fra direktør for klinikk for psykisk helsevern og sjef for helse- og omsorgsetaten i kommunen.

Prosjektgruppene bestod totalt av fem prosjektmedarbeidere i små deltidsstillinger i kommunen og i helseforetaket. Disse utgjorde to prosjektgrupper som samarbeidet. Prosjektgruppe for delprosjekt Rus bestod av en prosjektmedarbeider fra kommunen og en fra helseforetaket. Prosjektmedarbeider fra kommunen fungerte her som prosjektleder. Prosjektgruppen for delprosjekt Psyk bestod av en prosjektmedarbeider fra kommunen og to prosjektmedarbeidere fra helseforetaket. Leder for psykisk helsetjeneste i kommunen var prosjektleder for delprosjekt Psyk.

Styringsgruppen ansatte medarbeidere til prosjektgruppene. Det ble valgt prosjektmedarbeidere som allerede arbeidet i den ordinære drift i kommunen eller i helseforetaket og som dermed hadde sin øvrige stillingsandel i ordinær drift. Det var derfor stor nærhet mellom prosjektarbeid og daglig drift, noe styringsgruppen vurderte som positivt for effekten av prosjektet. Prosjektgruppene hadde ansvar for den praktiske gjennomføring av prosjektet, samt rapportering til styringsgruppen. Styringsgruppen hadde et klart mål om at tiltak utviklet i prosjektet skulle overføres til den ordinære drift ved prosjektslutt.

2.1.2 Nærmere beskrivelse av brukerne, utfordringene og bakgrunn

Brukerne i delprosjekt Rus ble av fagpersonalet og ledelsen beskrevet som en heterogen pasientgruppe med varierende alder, ulik alder for rusdebut, alvorlighetsgrad, varighet av rusmisbruk og psykisk lidelse. Felles kjennetegn var manglende sykdomsinnsikt og motivasjon for behandling, utagerende atferd, dårlig boevne og samtidig bruk av flere rusmidler. Personene hadde utslitte familie- og sosialt nettverk, hyppig skiftende legekontakter, mye kontakt med politi og kriminalomsorg, hyppige akuttinnleggelser i psykiatrisk institusjon, og det var hyppig bruk av tvangsinnleggelse og tvangsbehandling. Brukerne kunne også ha psykisk symptom og atferd som virket truende på nærmiljø. Det var og en opplevelse i fagmiljøet om at kommunen var på god vei til å lykkes med å ivareta nødvendige behov som bolig, fysisk helse og ernæring for mange rusmiddelbrukere. Derimot opplevde de mangelfull utredning, diagnostisering, behandling, koordinering og helhetlig oppfølging av pasientene når det

gjaldt brukerens psykiske lidelse. Dette var utgangspunkt for oppstart av samhandlingsprosjektet med helseforetaket, klinikk for psykisk helsevern.

Brukergruppen i delprosjekt Psyk hadde mange av de samme utfordringene som beskrevet for brukergruppen i delprosjekt Rus. Det var i tillegg en oppfatning blant fagpersonalet i psykisk helsetjeneste om at det var ”veldig mange” brukere i kommunen som de oppfattet som alvorlig psykisk syke, *med manglende* oppfølging fra kommune eller helseforetak. Enkelte av brukerne hadde rusmiddelavhengighet i tillegg til sin psykiske lidelse.

Helseforetaket på sin side opplevde også at brukere med alvorlig rusmiddelavhengighet og / eller alvorlig psykisk lidelse var en krevende gruppe. De var usikker på om det var uavklart/udiagnostisert/ubehandlet psykiske lidelse hos brukerne, og ønsket derfor å bidra til en avklaring ved hjelp av samhandlingsprosjektet.

Før prosjektet startet var det en opplevelse i kommunen, blant tjenesteytere og ledere for tjenesten, av sviktende samhandling med helseforetaket når det gjaldt brukerne, spesielt i krisesituasjoner. Begreper som ”kasteballsituasjoner” og ”svingdørspasienter” ble nyttet i beskrivelsen. Før prosjektoppstart opplevde de ansatte at mange aktører kunne være inne i bildet uten at brukeren fikk helhetlig hjelp og vurdering. Akuttinnleggelse kunne ta lang tid. De opplevde ofte en avventende holdning fra helseforetaket noe som opplevdes nedverdiggende for pasienten og ga økt fare for personalet. Manglende samhandling og forsinkelser opplevdes ofte å forsterke den negative atferden og dermed bidra til økt behov for politi og behov for tvangsinnleggelse. Ansatte opplevde ofte ubehag, utrygghet og uforutsigbarhet i samhandlingen med helseforetaket.

Målgruppen for de to delprosjektene ble felles beskrevet som brukere med omfattende rus og/eller psykisk lidelse over 18 år. Målgruppen hadde i tillegg:

- alvorlig funksjonsnedsettelse som oppleves ikke å være adekvat ivaretatt
- betydelig hjelpebehov for kommunale tjenester
- behov for utredning i spesialisthelsetjenesten

- behov for ansvarsavklaring mellom brukeren, fastlegen, spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Skillet mellom målgruppene i de to ulike delprosjektene var dermed bosted i kommunen og om det var rus eller psykisk lidelse som ble oppfattet som det primære problemet til brukeren. Selv om brukergruppene fikk oppfølging fra to ulike tjenester i kommunen opplevdes problemstillingene til brukerne å ha mange fellestrekk.

2.1.3 Mandatet for prosjektet

Styringsgruppa hadde utarbeidet et mandat med overordna målsetting for delprosjekt Rus før oppstart. I forbindelse med utvidelse av prosjektet februar 2012 ble mandatet revidert og utvidet til å gjelde for hele prosjektet/begge delprosjektene.

Mandatet beskrev at prosjektgruppa skulle

- identifisere brukere ut fra målgruppen og utarbeide en felles plan/arbeidsmåte for kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og bruker slik at tjenestene kan tilnærme seg brukerens problemer på en god måte og tilby adekvat helsehjelp.
- utarbeide og implementere nødvendige rutiner/ prosedyrer/ handlingsplan/ individuell plan/ kriseplan omkring den enkelte bruker som er tilpasset overordnede krav.
- lage prosedyrer for nye brukere; faste kontaktpersoner, hvor skal utredningen foregå, og eventuelt om det skal opprettes team omkring den enkelte bruker.
- ha en praktisk tilnærming og arbeide med enkeltsaker

Styringsgruppen vedtok følgende overordnede mål for prosjektet:

- Prosjektet skulle ha nytteverdi for pasient/bruker i form av at vedkommende opplevde en mer helhetlig helsetjeneste som ivaretok pasient/bruker på en god måte.
- Personell skulle oppleve forutsigbarhet og trygghet i møte med bruker og visshet på at bruker/pas fikk et adekvat helsetilbud.
- Opplevd bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune helsetjenesten.
- Økt kunnskap og bedre faglig tilnærming fra kommunens og spesialisthelsetjenesten sin side. Dette inkluderte en realistisk forventning til hvilke mål som kan oppnås for den enkelte bruker.

Styringsgruppa hadde videre beskrevet hvordan det skulle arbeides konkret i enkeltsaker, men ikke utarbeidet tydelige delmål for prosjektet. Prosjektgruppene fikk ansvar for å utarbeide delmål og framdriftsplan.

2.2 Lokal organisering av rus – og psykisk helsetjeneste

2.2.1 Rus- og psykisk helsetjeneste i kommunen:

Kommunen har organisert oppfølgingen av rusmiddelavhengige i enheter for rustjeneste og psykisk helsetjeneste. Rustjenesten yter tjenester til knappe 300 registrerte rusmiddelavhengige i hele kommunen. De fleste av disse har og en psykisk lidelse eller psykisk vanske i tillegg. Av disse har 11 brukere et forsterket tilbud i kommunal bolig med personalbase. Disse brukerne har en omfattende rusmiddelavhengighet. I tillegg har de en psykisk lidelse/symptom som årsak til, eller som følge av rusmiddelavhengigheten. Psykisk helsetjeneste yter tjenester til omlag 300 brukere med psykisk lidelse. En del av brukerne har en rusmiddelavhengighet ”i tillegg”. Psykisk helsetjeneste samarbeider med rustjenesten der det er utfordrende rusvansker.

2.2.2 Rus- og psykisk helsetjenester i spesialisthelsetjenesten/helseforetaket

Det lokale helseforetaket ved klinikk for psykisk helsevern har ansvar for behandling og oppfølging av personer psykiske lidelser og ruslidelser i området. Dette gjelder også når personen ruser seg eller er i LAR. Psykisk helsevern skal behandle personer med kombinasjon av psykisk lidelse og ruslidelse og gi tilbud om døgn- eller poliklinikkbehandling til personer med moderat til alvorlig psykisk lidelse og pasienter med ruslidelse. Ansvar for ROP - lidelse er delt mellom psykisk helsevern og TSB. Organiseringen av TSB er ulik i de ulike helseforetak. (Helsedirektoratet (03/2012)). I det lokale helseforetaket er TSB organisert under psykiatrisk klinikk. Klinikk for psykisk helsevern er delt i:

- Psykiatrisk avdeling, inneholder spesialiserte funksjoner og ligger på sykehusnivå:
 - Akuttpost og avrusingspost
 - Psykosepost
 - Sikkerhetspost
 - Ruspoliklinikk / Tverrfaglig, spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, TSB inkludert Legemiddelassistert rehabilitering, LAR.

- Distriktpsikiatrisk senter; DPS, er en del av et helhetlig behandlingstilbud på spesialistnivå som skal tilby fullverdige døgnbaserte og polikliniske tjenester inkludert akuttberedskap. DPS har ansvar for oppfølging av pasienter med ROP lidelse når kommunene har hovedansvaret for pasienten. Ved psykose eller krise skal pasienten innlegges i DPS eller ved akuttpost (Helsedirektoratet (03/2012)).
 - Psykosepost og psykosepoliklinikk
 - Rehabiliteringspost rus
 - Ruspoliklinikk / Tverrfaglig, spesialisert behandling av rusproblematikk, TSB
 - Akutt ambulant team, AAT
 -

2.3 Samhandling som prosjekt

Forbedring av tjenestetilbudet og samhandling kan organiseres på ulike måter. Samhandlingstiltaket mellom kommunen og helseforetaket ble organisert som et prosjekt. Jeg vil derfor definere et prosjekt og beskrive kort forutsetninger for å lykkes med et prosjekt.

Med prosjekt menes en tids – og saksavgrenset oppgave. Oppgaven er unik og skiller seg fra det rutinemessige. Det må utarbeides et mandat for arbeidet og det må være klare mål og oppgaver for prosjektet. Når oppgavene er åpne og tverrfaglige er prosjektformen hensiktsmessig. Den krever normalt innsats fra flere avdelinger. Det bygges en midlertidig organisasjon rundt oppgaven og en gruppe som arbeider med oppgaven. Prosjektorganisasjonen avvikles når prosjektperioden er over. Prosjektarbeid er dermed av midlertidig art med oppdrag å utføre et målrettet arbeid innrettet mot den spesifikke oppgaven. En eller flere oppdragsgivere kan stå bak et prosjekt (Nylehn, 2002). Det må angis mål og rammer for oppgaven. Det må være tilstrekkelig ressurser tilstede og prosjektorganisasjonen må prioriteres i forhold til den daglige drift (Ibid.).

Prosjektet er oftest organisert med en styringsgruppe, en prosjektgruppe og eventuelt en eller flere arbeidsgrupper. Prosjekter representerer en annen type virksomhet og organisering enn den tradisjonelle, ordinære drift som tar seg av løpende oppgaver. Det er tunge føringer for den ordinære drift og et prosjekt som er av midlertidig art må derfor ha nødvendig forankring i ledelsen i organisasjonene Det kan være utfordrende å

prioritere den arbeidsmessige belastningen i forhold til basisorganisasjonen da det er vanlig å ha denne type oppgave i tillegg til faste stilling i den ordinære drift (Nylehn, 2002).

Suksessfaktorer for å lykkes med et prosjekt er god prosjektstyring med tydelig og omforent målformulering, god planlegging og oppfølging, Det må være tydelig organisering og god arbeidskultur. I tillegg vil en god ledelse av prosjektet som inkluderer å skape et godt samarbeidsklima, god organisasjonskultur og engasjement for å nå et felles mål være avgjørende for å lykkes med prosjektet (Westhagen et al., 2008).

2.4 Samhandling om tjenester til personer med rus og psykisk lidelse.

Ulike samhandlingsprosjektet har utgangspunkt og er finansiert ut fra statlige tilskudd og prosjektmidler slik det er tilfellet med prosjektet som jeg studerer. Samhandlingsprosjektet er et eksempel på forbedring og gjennomføring av samhandling mellom kommunen og helseforetaket og er derfor relevant for å belyse implementering av samhandlingsreformen.

I forarbeid til St. meld 47, NOU 2005:3 ”Stykkevis og delt” formuleres en målsetting om å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasientene skal få rett behandling, til rett tid, på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Samhandlingsreformen fokuserer på måten helsetjenestene utføres på og på samordningen av tjenestene, og ikke først og fremst på innholdet i tjenestene. Reformen er dermed først og fremst en retningsreform, en forvaltningsreform som skal innføres gradvis. Det betyr at helse og omsorgstjenesten må arbeide sammen mot en bedre samhandling og at tiltakene ikke er på plass fra 2012. Samhandlingsreformen definerer samhandling som et ”uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (St. meld nr 47, (2008-2009)).

Et av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er at helse og omsorgstjenestene bedre skal svare på brukernes behov for koordinerte tjenester. Pasienter og brukere opplever ofte at samhandlingen er dårlig og at dette kanskje er den

største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Samhandlingen svikter i overgangene, og det er store utfordringer når det gjelder pasienter med langvarige og kroniske sykdommer. Evaluering av rusbehandling har vist at dette området er preget av brudd i behandlingsforløpet. Pasientene som oftest har sammensatte problemer klare ikke å takle det oppdelte tjenestetilbudet og de krav som systemet krever for å motta behandling og oppfølging (St. meld nr 47, (2008-2009)). Dette gjelder også innen området rus og psykisk helse og reformen er derfor aktuell for samhandlingsprosjektet jeg studerer.

Det er forventet at omfang av personer med dobbeldiagnosene rus og psykisk lidelse vil øke fram mot 2030. En god modell for samhandling rundt disse pasientene vil derfor være av stor betydning for å kunne gi kvalitativ god tjeneste. Det har vært lite fokus på å utvikle gode system for å ivareta helheten og koordineringen for pasientene. Tjenestene er tvert imot bygd opp for å gi gode tjenester hver for seg. Gode deltjenester vil her ikke være nok, det må fokuseres i større grad på overgangene og det helhetlige pasientforløp. Det må i felleskap utarbeides gode pasientforløp og kartlegges hvor det skjer ”brudd” i forløpene (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). I samhandlingsprosjektet jeg studerer arbeides det med å utvikle bedre overganger, forbedring og koordinering av tjenestetilbudet til brukerne.

Utgangspunktet er en oppfatning av at dårlig koordinerte tjenester også betyr dårlig og lite effektiv ressursbruk. Det oppleves også frustrerende og problematisk for pasienter, pårørende og ansatte i de ulike tjenestene. I tillegg er det ofte ulik forståelse av hva som er målet for tjenestene. Spesialisthelsetjenesten har fokus på medisinsk helbredelse, mens kommunehelsetjenesten i større grad har fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. Dette kan også bidra til samhandlingsproblemer (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

For å møte utfordringene, la regjeringen opp til fem hovedgrep i samhandlingsreformen:

- Klarere pasientrolle i form av pasient og brukermedvirkning, gode og helhetlige pasientforløp og rett til kontaktperson for pasienter med behov for koordinerte tjenester.

- Ny fremtidig kommunerolle med økt satsing på forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging for å oppnå helhetlige pasientforløp på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Bedret tilrettelegging av tjenestetilbudet vil hindre og utsette sykdomsutvikling, og bedre identifisering av behov kan gi tidlig hjelp. Dette kan bedre fungering og mestringsevne for pasientene. I tillegg skal det inngås forpliktende avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Avtalene skal bidra til en god oppgavefordeling.
- Etablere økonomiske insentiver i form av medfinansiering av sykehusopphold for medisinske pasienter og betaling for utskrivningsklare pasienter. Dette gjelder foreløpig ikke tilbud som omfatter psykisk helse og rus.
- Utvikle spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. Dette krever en riktig oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kommunene skal i framtiden dekke tjenester som ikke krever innsats fra spesialisthelsetjenesten og får dermed gradvis overført oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.
- Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer ved eksempelvis å utforme veiledere og retningslinjer for prioritering, behandling og oppfølging.

Meld. St. 16 (2011-2012) legger den politiske kursen framover og konkretiserer målsettingene i samhandlingsreformen. For å nå målene i samhandlingsreformen beskriver planen rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler for å iverksette reformen. Det er her beskrevet sentrale føringer og indikatorer for å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Det er et blant annet mål om å øke antall brukere med IP, redusere antall innleggelses i spesialisthelsetjenesten og øke tilbudene til brukerne i kommunene (Meld. St. 16 (2011-2012)). Disse indikatorene er og sentrale i prosjektet jeg studerer, selv om ikke alle målene anses som realistiske i prosjektperioden.

Samhandlingsreformen innen psykisk helse og rusfeltet og vil ha betydning for brukermedvirkning, forebygging, tidlig diagnostikk og avdekking av problem, utvikling av gode pasientforløp samt betydning for pasientrettigheter og utvikling av samarbeidsavtaler. Filosofien bak samhandlingsreformen passer svært godt for pasienter med rus og psykiske problemer og kan svare på de store utfordringene til gruppen. De økonomiske insitamentene er ikke ennå rettet inn mot rusfeltet, men her er mye å vinne

for kommuner som makter å forhindre unødvendige innlegginger og utvikler tiltak for pasienter med sammensatte lidelser. Det er innen rus og psykisk helse det er kvalitet, folkehelse og helsekroner å spare på å utforme gode tiltak.²

2.4.1 Lovkrav om samhandlingsavtaler

Samhandlingsreformen, i kraft av ny helselovgivning, pålegger fra 1. januar 2012 helseforetakene og kommunene å inngå formelle samhandlingsavtaler (helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven, § 2-1e). Det er inngått formelle samhandlingsavtaler mellom kommunen og helseforetaket når det gjelder pasienter innen somatisk helsetjeneste. Det arbeides med tilsvarende avtaler innen området rus- og psykisk helsetjeneste, og disse er planlagt vedtatt høsten 2013. Det var tidligere inngått frivillige samarbeidsavtaler om pasienter med rus- og psykiske lidelser mellom helseforetaket og kommunen. Disse gjelder inntil de nye avtalene blir vedtatt. Fram til nye samhandlingsavtaler blir vedtatt, er samarbeidet mellom helseforetaket preget av frivillig og gjensidig samarbeid ut fra de forhold som konkret beskrives i retningslinjer, forskrifter, lovverk og tidligere inngåtte avtaler. Inngåelse av forpliktene avtaler mellom partene vil forutsette et engasjement av frivillig og gjensidig samarbeid mellom partene for at avtalene skal implementeres, håndteres og følges opp på en god måte. Avtalene, som skal inngås, definerer ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetak og kommune. I tillegg beskriver og stiller avtalen krav om ulike aktiviteter som fremmer samhandling, eksempelvis god informasjonsoverføring, melding av avvik, hospitering med mer. Helsedirektoratet (03/2012) anbefaler at personer med samtidig rus- og psykisk lidelser bør ha rask hjelp fra helseforetaket ved kriser. Videre anbefales det at samarbeidsavtalene bør omhandle behov for samarbeid ved kriser og behov for utarbeiding av kriseplan for den enkelte bruker.

2.5 *Utvikling av rusbehandling og sammenheng med psykisk lidelse.*

Forebygging og behandling av rusproblemer har vært tema i en rekke handlingsplaner de senere år, senest i Opptappingsplan for rusfeltet for 2007–2012. Opptappingsplanen omhandlet alkohol, narkotika og vanedannende legemidler. Samlet er rusfeltet styrket i

² Fylkesmannen i Rogaland, Pål Iden foredrag på samhandlingskonferanse for rus 05.12.11 Sola.

perioden 2006 til 2012. Målet med planen var å redusere de negative konsekvensene ved rusmiddelbruk for enkeltpersoner og samfunnet. Planen tar utgangspunkt i de sammensatte og komplekse problemstillingene innen rusfeltet, og synliggjør at det er nødvendig med et bredt samarbeid mellom flere sektorer i tillegg til å styrke kvaliteten på tjenestene. Regjeringen vurderer at den brede innsatsen og tiltakene i opptrappingsplanen har bidratt til et kvalitativt bedre og mer tilgjengelig tjenestetilbud til mennesker med rusproblemer. Samtidig gjenstår det store utfordringer når det gjelder koordinering av tjenestetilbudet (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

Fra 1990-tallet ble det startet opp substitusjonsbehandling (med metadon) til personer med omfattende hjelpebehov for å bidra til å redusere overdosedødsfall. Bakgrunnen var den generelle forverring av helsetilstanden blant rusavhengige og økning i narkotikarelaterte dødsfall. Metadonbehandling ble tatt i bruk som et supplement til annen behandling. Slike tiltak ble bygget videre ut til lavterskel helsetilbud i flere kommuner. Behandling for rusavhengighet ble innlemmet i spesialisthelsetjenesten i 2004, og pasientrettigheter ble innført samme år. Helsetjenesten fikk da et tydeligere ansvar for personer med rusproblemer. Samtidig har det vært bred tilslutning til synet på at rusproblemene best kan løses gjennom en tverrfaglig innsats. Enkelte land setter likhetstegn mellom rusproblemer, avhengighet og sykdom. Det er åpenbart at omfattende bruk av rusmidler kan medføre avhengighet og følgelidelser som skal behandles som sykdomstilstander. Samtidig blir et rent sykdomsperspektiv for snevert. Både helsefaglige, samfunnsfaglige og sosialfaglige bidrag og perspektiver er viktige og nødvendige for å forebygge, redusere skade og behandle rusproblemene. Risikoen for sykdom, helseplager, skader og sosiale problemer, øker med økt bruk av rusmidler (Meld. St. 30 (2011-2012)).

Rusmiddelbruk kan isolert sett føre til fysiske og psykiske helseplager, sosiale og økonomiske problemer, vold og kriminalitet (Meld. St. 30 (2011-2012)). Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Noen har problemer med å klare seg selv i samfunnet og mange har marginal økonomi og tilhører de fattigste. Mange har dårlig livskvalitet. Det har vært økt oppmerksomhet på gruppen de siste årene, men likevel er det mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. Psykisk

lidelse eller ruslidelse kan derfor ofte være uopdaget. Studier i Europa og USA viser at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser, og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto høyere er forekomsten av ruslidelser (Helsedirektoratet, 03/2012).

Psykiske helseproblemer i seg selv forsvinner ikke med behandling for ruslidelsen. Enkelte kan få en bedret psykisk helse, andre kan få en forverring ved substitusjonsbehandling. Enkelte har en så omfattende psykiske lidelser at målsettingen primært er å bedre mestring gjennom kontinuerlig helsehjelp. Det utfordrer sterkt deler av hjelpeapparatet som primært er utformet for å hjelpe og behandle pasienter med denne typen problematikk.³

2.6 Aktuelle begrep og faguttrykk som nyttes i oppgaven

2.6.1 Rus- og psykisk lidelse

En rekke internasjonale studier har vist stor grad av sammenheng mellom rus og psykisk lidelse. Dess alvorligere rusproblemet er, jo høyere er forekomsten av psykisk lidelse. Psykiske plager og lidelser er et betydelig folkehelseproblem, og kan føre til redusert funksjonsevne i hjem, skole og arbeid og tap av livskvalitet. Begrepet dobbeltdiagnose benyttes ofte om kombinasjonen samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse. I retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med rus og psykisk lidelse benyttes begrepet samtidig ruslidelse og psykisk lidelse eller ”ROP-lidelse”. Ruslidelsen kan være behandlingstrengende og være en diagnostisert avhengighet. De fleste personene har oftest en somatisk lidelse i tillegg. Rus og psykisk lidelse er ofte forbundet med betydelig funksjonssvikt. Begrepet omfatter også personer med omfattende psykisk lidelse, og eventuelle tilleggs lidelser, uten rusmiddelavhengighet (Helsedirektoratet (03/2012)). I studien benyttes betegnelsen rus og / eller psykisk lidelse ut fra at denne betegnelsen benyttes av personalet i prosjektet og tjenesteyterne i kommunen. Begrepet ”bruker” og ”pasient” benyttes i noen grad om

³ ”Legemiddelassistert rusbehandling ved et veiskille”, Sverre Nesvåg, forskningsleder KORFOR.

Kronikk publisert i Rus & Samfunn 2011/1

hverandre. Begrepet ”pasient” benyttes av spesialisthelsetjenesten, samt ved innleggelse i helseforetaket. Oversikt over forkortelser benyttet i oppgaven er vedlagt.

2.6.2 Tvungent psykisk helsevern.

Det er strenge krav til tvungent helsevern ut fra psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Loven skal sikre gjennomføring av psykisk helsevern på en forsvarlig måte og ivareta viktige prinsipper for rettsikkerhet. Sentrale deler av loven er:

§3-1. Legeundersøkelse.

Tvungen psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege har undersøkt personen og vurdert om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt ut fra loven. Politiet bistår eventuelt helsetjenesten for å få utført legeundersøkelsen. Undersøkende lege kan ifølge §3-2 vedta tvungen observasjon når det etter en helhetsvurdering er det beste for personen, eller at personen utgjør en alvorlig fare for andres liv og helse. Det må vurderes hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil ha for personen (Helsedirektoratet november, 2010).

§3-3. Tvungent psykisk helsevern.

Vedtaket om psykisk helsevern gjøres av faglig ansvarlig ut fra vurdering i legeundersøkelsen og tvungen observasjon. Den faglig ansvarlige er klinisk psykolog/psykiater med relevant spesialistutdanning og utpekes av den enkelte institusjon. Etablering av tvungent psykisk helsevern forutsetter at personen har en alvorlig sinnslidelse. Det forutsettes videre at det er nødvendig for helbredelse, for å unngå forverring, eller at personen utgjør en alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Tvungent psykisk helsevern må framstå som den beste løsningen for personen. Psykoser, inkludert rusutløste psykoser, faller inn under begrepet alvorlig sinnslidelse (Helsedirektoratet, november 2010).

§3-5 Tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern

Tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern kan gis både *med og uten* døgnopphold i institusjon som er godkjent for formålet. Tvungent psykisk helsevern *uten døgnopphold* kan bare skje under ansvaret til en institusjon som er godkjent for dette, og skal gis når dette er det beste alternativet for pasienten. Dette skjer da oftest ved at personen bor i egen bolig eller annen institusjon. Personen kan da være underlagt

tvungen psykisk helsevern fra psykiatrisk institusjon, men ha et frivillig opphold ved annen institusjon eller bo frivillig i kommunal bolig. Vedtak om tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold vil da innebære et pålegg om at personen må møte til undersøkelse og behandling. Det er hjemmel for å hente inn personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern med tvang uten døgnopphold (Helsedirektoratet, november 2010). Flere av brukerne, som deltar i samhandlingsprosjektet, har vedtak om tvungen helsevern uten døgnopphold. De får sin oppfølging i kommunen, mens det er helseforetaket som har behandlingsansvaret for brukerne og myndigheten til utøve tvang.

2.6.3 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Metadon og subutex/suboxone er legemidler som brukes som substitusjonsbehandling av opiatavhengige innenfor behandlings- og rehabiliteringstilbudet LAR. Inklusjon i LAR skal basere seg på helhetlig og tverrfaglig vurdering og er en del av TSB, tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I følge Meld. St. 30 er det dokumentert at LAR har effekt forutsatt at tilbudet gis helhetlig og med oppfølging av den enkelte. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for behandlingen, mens oppfølgingen skjer i kommunene. Siden pasientene er innskrevet i spesialisthelsetjenesten så lenge foreskrivningen av medikamentet foregår, skal pasienten ha lett tilgang til spesialisthelsetjenesten (Meld. St. 30 (2011-2012)).

2.6.4 Skadereduserende tiltak

Hvis en person ikke klarer å slutte med rusmidler, kan behandlingen gis for å hjelpe personen til et mindre skadelig bruksmønster. En viktig målsetting er best mulig opplevd livskvalitet for pasienten. Skadereduserende tiltak kan for eksempel bidra til å minske alvorlig helserisiko og voldsproblematikk. Selv om det optimale målet i rusbehandling er totalavhold fra rusmidler skal det tilstrebes en realistisk målsetting for brukeren. Slik sett blir et svart/hvitt skille mellom skadereduksjon og totalavhold kunstig og unyansert (Helsedirektoratet 3/2012). Psykisk og somatisk helsehjelp, tilrettelagt bolig og sosiale velferdstiltak, i tillegg til LAR behandling, er tiltak som kommunen nytter som skadereduserende tiltak (Helsedirektoratet 08/2010).

2.6.5 Koordinator og Individuell plan (IP)

Pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). IP skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Planen skal styrke samhandlingen mellom brukeren og tjenestene på ulike forvaltningsnivå. Både helseforetak og kommunen har plikt til å samhandle om planen dersom brukeren har behov for oppfølging fra begge forvaltningsnivå. Kommunen skal tilby brukeren en koordinator som skal koordinere oppfølging, samordning og fremdrift i arbeidet med IP. IP er brukerens plan og det er brukerens mål, ressurser og behov for tjenester som skal være utgangspunktet for planen. Brukeren skal samtykke til utarbeidningen og har rett til medvirkning (Helsedirektoratet 01/2010). Dersom pasienten ikke ønsker IP, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester (Helsedirektoratet 03/2012). Brukerne i samhandlingsprosjektet, har med ett unntak, ikke IP ved oppstart. Det ble arbeidet for å øke antall brukere med IP i prosjektet.

2.6.6 Rusutløste psykoser

Psykoser kan opptre når personen ruser seg eller har abstinens. Noen personer er spesielt utsatt for rusmidlenes destabiliserende virkning. Dette gjelder spesielt ved diagnoser som schizofreni, bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelse. Ut fra dagens organisering er det mest vanlig at hovedansvaret for behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser ligger hos psykisk helsevern, både ved mindre alvorlig og alvorlig ruslidelse. Dersom den psykiske lidelsen er stabilisert, kan pasienten imidlertid behandles innen TSB (tverrfaglig, spesialisert rusbehandling). Alle personer med akutte psykoser har samme rett til behandling, uavhengig av om det er en rusutløst psykose eller ikke. Pasienter med ulike psykoselidelser og samtidig ruslidelse representerer ofte en stor utfordring for det kommunale hjelpeapparatet. Kommunen må derfor få god veiledning av spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 03/2012).

2.6.7 Uønska atferd, akutte situasjoner / krisesituasjoner

I studien omtaler ansatte uønska atferd som et begrep som både kan bety rusatferd og rusutløst psykose. Ofte kan rusing som utløser psykoser være bakgrunnen for at atferden

endres hos brukerne. Det er atferd som både ansatte og nærmiljø reagerer på, som oppleves uakseptabel. Brukeren må ofte skjermes fra nærmiljøet. Eksempler på dette er å gå ut uten klær og ha mangelfull påkledning ut fra årstid eller å lage støy ved å synge og rope om natten. Atferden kan også være truende verbalt eller fysisk. Brukerne kan vise psykotiske symptomer, være ruset og ha uforutsigbar, voldelig eller truende atferd. Ansatte beskriver slike akutt, oppståtte situasjoner som krisesituasjoner.

Oppfølgingen av brukere med omfattende rusmiddelmissbruk og psykisk lidelse oppleves som et krevende og utfordrende arbeid. Ved akutt oppståtte situasjoner, som ikke kan håndteres i kommunen, er rutinene i rus og psykisk helsetjeneste at ansatte i kommunen skal be om bistand til brukerne. Vanligvis kontaktes fastlegen eller legevakten når personer blir akutt fysisk eller psykisk syk. Ved truende atferd kontaktes politiet. For pasienter som har vedtak om tvungent psykisk helsevern etter §3-3 i psykisk helsevernloven skal henvendelser ved psykisk forverring gå direkte til akutt ambulant team, AAT. AAT avgjør om brukeren skal innlegges eller ikke. I krisesituasjoner opplever ansatte i kommunen behov for bistand fra helseforetaket og har ofte forventninger om at brukeren skal innlegges når de mener tilstanden tilsier det.

3 Teori

I kapitlet vil jeg trekke fram teoretiske perspektiver som jeg mener er relevant for studien. Kapitlet innleder med å definere og beskrive samhandling som begrep og hvordan ulike begreper benyttes for å beskrive utfordringer og fungering av samhandlingen mellom ulike tjenester og organisasjoner. Artikkelen ”Organisering mellom organisasjoner” av Kajsa Lindberg (2003) sine begrep grenseskridende objekt og grenseskridende aktivitet benyttes. Jeg har i tillegg brukt relevant teori for å definere begrepet kvalitet og teori som belyser sammenhengen mellom kvalitet og samhandling innen helsetjenesten. Til slutt vil jeg beskrive hvorfor teorien er relevant og hvordan teorien benyttes i studien. Sammenhengen mellom samhandling og kvalitetsutvikling av tjenestene vil sees i lys av caset samhandlingsprosjektet i studien.

3.1 Samhandling

Samhandlingsreformen kaster lys over begrepet samhandling. Samhandling kan oppleves som et diffust honnørord, samtidig som få er uenig i at kommunikasjon og god samhandling mellom nivåene internt og eksternt i helse- og omsorgstjenestene er en nødvendighet for å yte kvalitativt gode helsetjenester til brukerne.

3.1.1 Samhandling – som begrep og bakgrunn

Samhandling er ikke et entydig og veldefinert begrep slik jeg vurderer det. Jeg vil i det følgende trekke fram ulike definisjoner av begrepet samhandling. I tillegg vil jeg belyse andre begreper som ofte benyttes som synonymer og med tilnærmet lik betydning i dagligtale og teoretisk bruk. Samarbeid, koordinering, medvirkning, samordning, integrering er eksempler på det.

Samhandlingsreformen definerer samhandling som et ”uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til *oppgavefordeling* seg imellom for å nå et *felles, omforent mål*, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en *koordinert og rasjonell måte*” (kapittel 1 i St. meld. nr. 47). Med ”samhandling i helsetjenesten” mener Wisløffutvalget (samhandlingsutvalget) aktivt *samarbeid og handlinger* mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen. Videre beskriver utvalget at fellesnevneren for de som har særskilt behov for samhandling er at de har et behandlings- og omsorgsbehov *ingen* av tjenesteyterne kan løse alene (NOU 2005: 3).

Orvik (2004) definerer de ulike begrepene samarbeid, samhandling og samordning. *Samarbeid* er en positiv innstilling til å utføre et felles arbeid. Samarbeidet er personavhengig, oftest uforpliktende, men gjerne ut fra en samarbeidsnorm i arbeidsmiljøet. *Samhandling* er mer konkret og forpliktende enn samarbeid og forutsetter at enkeltpersoners handlinger er koordinerte. Hensikten er å sikre flyt og sammenheng i tjenester og tiltak. *Samordning* er tiltak for å fremme samhandling mellom enkeltpersoner/tjenester og er mer varig og formaliserte tiltak som krever beslutninger på systemnivå. Samordning som begrep har dermed et større ledelsesfokus. Samarbeid og samhandling defineres dermed primært som et individuelt ansvar, mens samordning er et systemansvar og et ledelsesansvar (Orvik, 2004).

Samhandlingsreformen omfatter tiltak både på systemnivå og på individnivå, eksempelvis inngåelse av forpliktende samhandlingsavtaler og medvirkning til å utarbeide individuell plan for pasienter med langvarige og sammensatte behov. Slik jeg vurderer det omfatter derfor begrepet samhandling beskrevet i samhandlingsreformen både *samarbeid*, *samhandling* og *samordning*. Jeg vil i studien derfor benytte alle disse tre begrepene i definisjonen av samhandling.

Jacobsen (2004) beskriver forskjellen på begrepene koordinering, samarbeid og samordning som ofte brukes som synonymer i dagligtale. Koordinering er det videste mest generelle begrepet som innebærer at flere forhold settes opp mot hverandre og vurderes i forhold til en helhet. Delene tilpasses slik at helheten blir best mulig. Samarbeid er tiltak der koordineringen skjer ut fra frivillig innsats og enighet mellom de involverte parter. Samordning skjer som pålegg på systemnivå ofte som følge av at behov for regler og rutiner i det frivillige samarbeidet. Jacobsen beskriver ulike koordineringsproblemer og han reiser tilslutt i artikkelen spørsmålet om koordineringstiltak benyttes i for stor grad som løsning på problemer innen tjenesteyting i helsetjenesten og at kostnaden og nytteverdien med koordineringstiltak må vurderes. Det er da et spørsmål om brukerne får et mer helhetlig tjenestetilbud, altså bedre kvalitet på tilbudet som følge av økt samhandling. Det kan også reises spørsmål om de som faktisk skal samhandle opplever nytte av samhandlingsprosjektet i form av bedret

kommunikasjon, tydelig ansvar og oppgavefordeling og god koordinering av tjenestetilbudet til brukeren. Dette er spørsmål jeg forsøker å finne svar på i studien.

3.1.2 Bakgrunn og behov for samhandling. Pasientforløp og helhetlige tjenester.

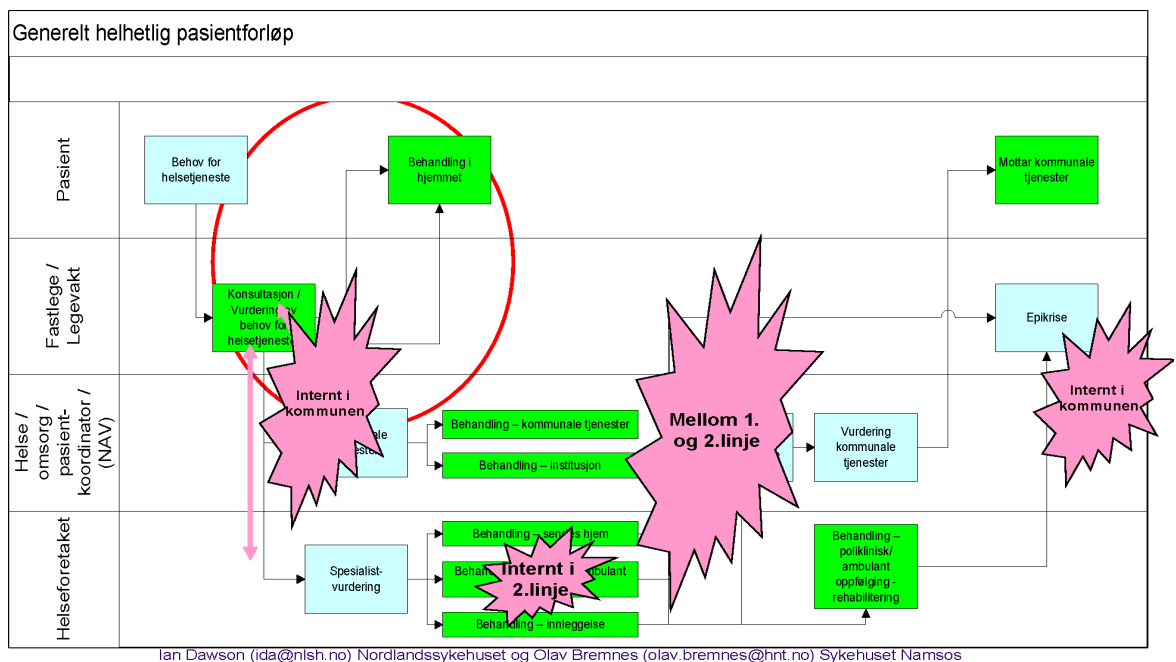
Axelsson og Axelsson (2006) forklarer økt behov for tverrsektorielt samarbeid med den økende differensiering innen offentlig helsetjeneste. Det kreves derfor økende grad av *samordning og samarbeid* i form av blant annet oppretting av tverrfaglig team. Dette er en følge av differensiering av oppgaver mellom avdelinger og økende grad av spesialisering. Axelsson et al. (2006) bruker begrepene ”integration and collaboration” Integration kan oversettes med integrering/samordning, innlemme i en helhet mens begrepet ”collaboration” kan oversettes med samarbeid/medvirkning. ”Integration” defineres som ”the quality of the state of collaboration that exists among departments that are required to achieve unity of effort by the demands of the environment” (Lawrence og Lorsch, 1967, i Axelsson et al., 2006, s 76). Elementer som er viktige for å oppnå samlet effekt for å møte miljøets/omgivelsenes krav er altså kvaliteten eller nivået på samarbeidet/samordningen. Avdelinger med stor grad av differensiering og spesialisering kan hver for seg utføre tjenester av høy faglig standard, men likevel framstå fragmentert og lite samordnet. Dette kan igjen påvirke den totale kvaliteten på tjenestetilbudet til brukeren.

Spesialisering og profesjonalisering medfører en tendens til å ”forsvare” sitt fag eller sektor og miste helhetsperspektivet. Dette skaper behov for å koordinere og samordne tjenestene ut fra brukernes behov. Brukerne er ikke interessert i en enkel god deltjeneste, men det helhetlige tilbud fra hele samfunnet. Samfunnets og organisasjonens effektivitet vil derfor ikke bare avhenge av hvor god den er til å spesialisere tjenestene, men og hvor god den er til å samordne tjenestene (Jacobsen, 2004). Repstad (2004) hevder det er to argumenter for samarbeid. Det ene er effektivitet og økonomi. Gjennom samarbeid kan oppgaveløsning føre til effektivisering. Det andre er brukerperspektivet og behov for helhetlige tjenester. Det blir enklere og bedre for brukeren hvis de offentlige tjenestene er samordnet (Repstad, 2004, s. 11).

Gode deltjenester er ikke nok, det må forutsettes god samhandling mellom tjenestene pasientene/brukerne som trenger tjenester fra flere aktører i helsetjenesten. Manglende samhandling påfører pasienten lidelser som unødige komplikasjoner og unødig ventetid

(St. meld. nr. 47, side 47). Ut fra samhandlingsreformen skal det utvikles standardiserte pasientforløp på systemnivå. *Pasientforløp* er en kronologisk kjede av hendelser som utgjør pasientens møte med de ulike helse- og omsorgstjenestene som skal bidra til at tjenestene er koordinerte og rasjonelt utførte. Pasientforløpene skal understøtte arbeidet på individnivå og være et supplement til bruk av IP/handlingsplan på individnivå. Det må utarbeides individbaserte tiltak for enkeltindivider som ikke passer inn i standardforløpet (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

Svikt i tjenesteytingen vil framstå som et brudd i pasientforløpet. Begrepet *brudd* nyttes når det er dårlig sammenheng mellom de ulike tjenestene som gjør at pasientens behov for koordinerte og rasjonelle tjenester blir dårlig dekket. I tillegg til at dette oppleves problematisk for pasientene, er det og ineffektiv ressursutnyttelse (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Brudd kan oppleves som mangelfull kommunikasjon og informasjon mellom trinnene og nivåene i tjenestene. Figuren under beskriver et helhetlig pasientforløp mellom ulike avdelinger innen helseforetaket, kommunehelsetjenesten, fastlege og NAV. Brudd kan være svikt i tjenesteytingen alle steder i forløpet både internt i kommunen og internt i helseforetaket og mellom helseforetaket og kommunen.



Figur 1. Generelt helhetlig pasientforløp. Kilde: Ian Dawson (ida@nlsh.no) fagkonsulent ved Nordlandssykehuset og Olav Bremnes (olav.bremnes@hnt.no) samhandlingskoordinator ved Sykehuset Namsos, vist på NAPHA sin Samhandlingskonferanse på Gardermoen 10.11.11, napha.no.

3.1.3 Avgrensinger utad og samhandling mellom organisasjoner

Lindberg (2003) beskriver utviklingen av de mange reformer som er inspirert av ideer fra New Public Management med økende tilnærming til markedstankegang innen helsetjenesten. Dette har ført til et økt fokus, utvikling og bevissthet om organisasjonenes inntjening, behandlingseffektivitet og *avgrensning mot omverdenen*. Lindberg sier videre at når offentlig virksomhet framstår som avgrensede enheter fører det til at behovet for samordning/samhandling blir framhevet. *Samordning* sees derfor på som et *virkemiddel* for å løse *komplekse saker* som kan havne i et uavklart område mellom organisasjonene. Pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er en slik brukergruppe som oftest defineres både av kommunen og helseforetaket som en brukergruppe med omfattende og sammensatte tiltak og som det er behov for stor grad av samhandling rundt. Lindberg hevder videre at de to ulike utviklingstendenser foregår parallelt. Utvikling av organisasjoner og deres *avgrensning utad* foregår parallelt med utvikling av *samhandling mellom organisasjoner*. I praksis møtes dermed avgrensende og samhandlende prosesser samtidig og kan oppleves både spenningsfylt, motstridende og kompletterende.

Lindberg (2003) hevder at samhandling ("samvirkan") handler om aktiviteter der noen grenser overskrides. Lindberg beskriver i artikkelen samhandlingen gjennom Høgsboprojektet, Sverige, som eksempel på hvordan et samordningsproblem kan løses. Hun bruker en oversettingsmodell (Czarniawska et al., 1996 i Lindberg, 2003, s 5) for å forklare forandringer som må til for å omsette ide til praksis. Lindberg (2003) legger vekt på at når en prosjektgruppe starter er det mange viktig prosesser som er nødvendige for å lykkes for å endre praksis og oppnå samhandling. For å få framdrift og utføre aktiviteten de er satt til, må personalet fra ulike organisasjoner kobles sammen og etablere en felles faglig forståelse. Like viktig er den sosiale prosess der relasjonene og forbindelsene mellom aktørene blir viktige for å få oversatt ideer om til handling.

Lindberg (2003) bruker betegnelsene grenseoverskridende objekt og aktiviteter for å oppnå samhandling mellom organisasjonene. Alle deltakerne i Høgsboprojektet hadde et fokus på pasienten. Pasienten ble betraktet som et grenseoverskridende objekt og det ble utarbeidet en ideell behandlingsskjede/pasientforløp mellom de ulike organisasjonene. Dette engasjerte dem selv om deres handlinger for pasienten var atskilt

i tid og rom. Grenseoverskridende aktiviteter ble utviklet i form av felles arena/møteplass i hverdagen. Et nettverkstreff, for formidling av fortellingen, skulle øke forståelsen og kunnskap om hverandres arbeidsoppgaver og organisasjonene. Avviksrapporter og hospitering var andre grenseoverskridende aktiviteter som ble utviklet. Det synes som om arbeidsformen som ble benyttet, eierskapet til samhandlingsmodellen og fokus på pasientens vei gjennom ”systemet” bidro til at deltakerne i studien oppnådde en felles mål-, ansvars- og oppgaveforståelse (Lindberg, 2003). Jeg opplever her at samhandlingen kan sees på som noe (pasienten) som overleveres og pasientforløpet beskriver denne leveringen.

3.1.4 Kommunikasjon og menneskelig forhold

Betydningen av personlig kommunikasjon i samhandlingen mellom tjenester og organisasjoner vektlegges av mange forfattere. Samhandling mellom to organisasjoner er mer enn behovet for *informasjonsoverføring* mellom to organisasjoner. Personalet i ulike organisasjoner er *skilt i tid og rom* og ser ikke *konsekvenser* av egne handlinger for samarbeidende instanser sitt arbeid. Like viktig er det derfor å utvikle kunnskap, kommunikasjon, respekt og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområde (Lindberg, 2003). Wisløffutvalget legger vekt på at helsetjenesten må bygge på at aktørene har gjensidig respekt og tillit til hverandre og at likeverdighetstenkningen må være utgangspunkt for samarbeid på alle nivå. Forutsetninger for god samhandling er at alle aktører har faglig kompetanse å bringe inn og at kompetansen blir anerkjent (NOU 2005;3). Videre hevdes det at likeverdighetstenkningen må være utgangspunkt for samarbeid på alle nivå i helsetjenesten.

Kommunikasjon er et gjennomgående og sentralt element i alt samarbeid og samhandling. Faktorer som påvirker kommunikasjon, påvirker derfor også samarbeidet. Dette er faktorer som kjennskap til og respekt for samarbeidspartnerne, tilstrekkelig grad av felles virkelighetsoppfattelse, snakke/forstå samme yrkesspråk, arena for kommunikasjon og samhandling, maktforhold og holdninger, organisering, spesialisering, kontinuitet, lovverk og finansiering (Øgar og Hovland, 2004). Det mellommenneskelige perspektivet er derfor viktig i enhver kommunikasjon og samarbeid og må ikke undervurderes når god samhandlingspraksis skal utvikles. Orvik

(2004) hevder at samhandling *forutsetter* at forholdet mellom enkeltpersoner er basert på tillit, gjensidighet og likeverd. Man kan argumentere for at enhver ny samhandlingsaktivitet baseres på tidligere erfaring og kommunikasjonsklima mellom organisasjonene. Samhandling kan sees på som en tilstand, noe som ”er”, og aktørene opplever at samhandlingen fungerer eller fungerer ikke.

Ogrinic og Headrich (2008) hevder at det å arbeide i team er nødvendig for å forbedre kvaliteten og effektivisere arbeidet i helsetjenesten. Det trengs deltakelse både av tverrfaglige profesjoner og ledelsen for å løse komplekse oppgaver. Team defineres som en gruppe personer som arbeider sammen for å oppnå et felles mål som de er gjensidig ansvarlige for. Team er nyttige for å løse komplekse oppgaver og utvikle innsikt og forståelse inn i organisasjonen. Sentrale verdier som binder alle helseprofesjoner sammen, er fokuset på å forbedre omsorgen og behandlingen for pasientene (Ogrinic og Headrich, 2008). Dette er et viktig utgangspunkt for alt tverrfaglig samarbeid innen og mellom organisasjoner.

Maktforhold er vesentlig i samhandling og spesielt i konfliktsituasjoner. Ut fra lovverk og intensjoner fra sentrale myndigheter skal kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste være likeverdige parter. I realiteten er det spesialisthelsetjenesten som har høyest makt i form av faglig status, myndighet, spesialistkompetanse og størrelse på organisasjonen (Øgar og Hovland, 2004). Det kan være et problem når tjenester fra ulike forvaltningsnivå/organisasjoner skal samhandle at de ikke har direkte styringslinjer. Både kommunen og helseforetaket er selvstyrte, selvstendige, med ulike rammer, ressurser og føringer. Ved uenighet og behov for styring vil makt og maktrelasjoner være aktuelle og føre til opplevelse av at ikke partene er likeverdige i samhandlingen.

Samordning av aktiviteter mellom avdelinger i en organisasjon er vanskelig, men kan koordineres ut fra vanlig hierarkisk lederskap. Samordning mellom organisasjoner er enda mer krevende. Nivået og kvaliteten på samordningen vil da være betydningsfull og helt avhengig av *frivillig og gjensidig samarbeid* (Axelsson og Axelsson, 2006). Dette er tilfellet mellom de ulike nivåene i helsetjenesten slik det er tilfellet i samhandlingsprosjektet som studeres.

3.2 *Kvalitet*

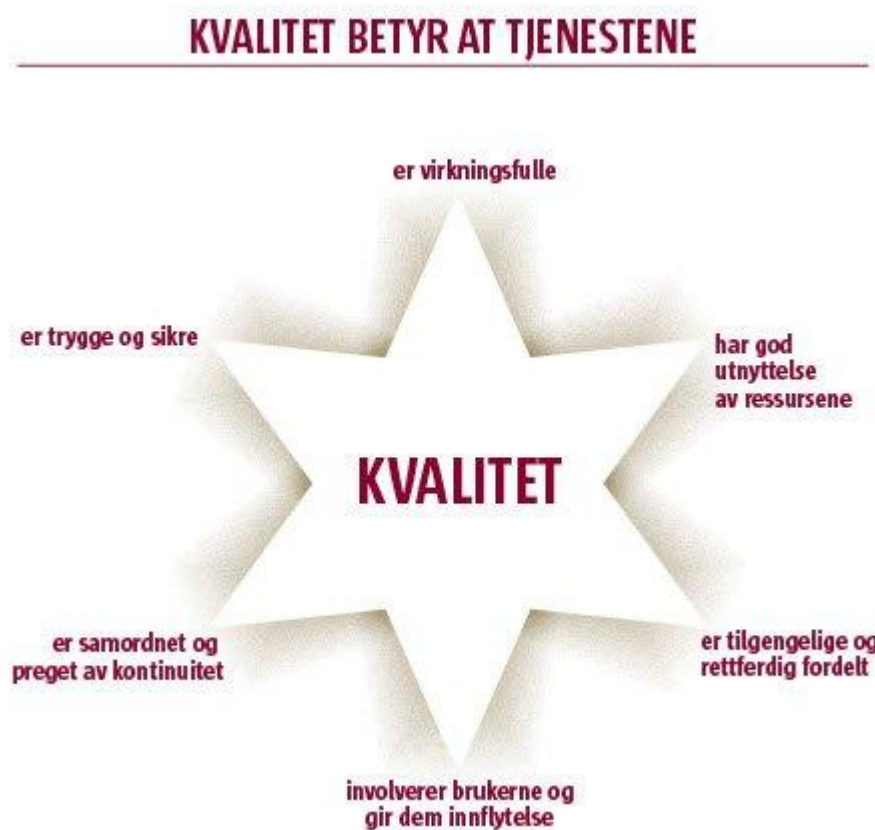
I dette kapitlet vil jeg beskrive hva kvalitet i helsetjenesten og kvalitetsforbedring er. Jeg vil spesielt trekke fram teori som belyser sammenhengen mellom kvalitet og samhandling.

3.2.1 **Kvalitet og kvalitetsforbedring**

Det finnes ulike definisjoner på kvalitet. *"Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav"* slik de er definert i Norsk standard, ISO 9000 (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring..., 2005). Kvalitet i helsetjenesten defineres av Øvretveit (1992) som *å fullstendig kunne møte behovene til de som trenger tjenester mest, til den laveste kostnad for organisasjonen, innen de grenser og rammer som er satt av overordnet myndighet og markedet*". Kvalitet er ikke ensidig å bedre brukernes tilfredshet, bruke profesjonelle målinger/revisjoner, forbedre effektivitet eller redusere kostnader (Øvretveit, 1992). Kvalitet er derimot summen av alle disse enkeltelementene og en erkjennelse av betydningen av forbedring. Han hevder at kvalitet handler like mye om å endre måten folk forholder seg til hverandre på, og om å gjøre arbeidet mer tilfredsstillende, som det handler om kontroll, systemer og å sette standarder for kvalitet. Øvretveit (1992) uttrykker dette slik; *"mennesker og perfekte prosesser utgjør helsetjenester av god kvalitet"*. Øvretveit (1992) legger videre vekt på fordeling av helsetjenester, myndighetsperspektivet, forbedringskultur i tillegg til brukerperspektivet.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten definerer kvalitet ut fra seks områder. Disse områdene er i hovedsak de samme som WHO og en rekke andre land bruker når de definerer hva som kjennetegner helsetjenester av god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). For å operasjonalisere begrepet kvalitet benytter jeg denne definisjonen i oppgaven.

Strategien illustreres gjennom «kvalitetsstjernen»:



Figur 2. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, Helsebiblioteket.no

Det understrekes i strategien at det å bli møtt med respekt og omtanke i kombinasjon med faglig god behandling og god samhandling, vil være et uttrykk for god kvalitet. Den enkelte utøvers kompetanse er av stor betydning, samt evnen til å skape en god relasjon og handle etisk forsvarlig. Brukermedvirkning inngår som en viktig del av strategien. Det legges føringer for samhandling mellom de ulike tjenester, nivåer og organisasjoner. God samhandling skal sikre at alle brukere opplever at tjenestene er til for dem. Målet i strategien er at tjenestene skal være av god kvalitet (ibid). Kjennetegnene på en helsetjeneste av god kvalitet er:

- *Virkningsfulle tiltak:* God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.
- *Trygge og sikre tjenester:* God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum.

- *Involvere brukerne og gi dem innflytelse:* God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.
- *God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet:* God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet.
- *God ressursutnyttelse:* God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.
- *Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling:* God kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Øvretveit (1992) bringer inn ulike perspektiver i kvalitetsbegrepet; brukerkvalitet, profesjonell kvalitet (faglig kvalitet) og ledelseskvalitet. I tillegg er han opptatt av hvem som kan vurdere kvaliteten på tjenestetilbudet, og hvilke deler av kvalitetene de ulike gruppene kan vurdere. Brukere kan vurdere service, tilgjengelighet og sluttresultat. Fagpersoner kan vurdere om tjenesten oppfyller de profesjonelle vurderte behovene til en bruker, samt om tjenesten korrekt velger ut kunnskapsbaserte teknikker og prosedyrer for å møte behovene til brukerne. Profesjonelle vurderer dermed faglig standard, resultat, prosesser og risiko. Ledelsen kan vurdere om ressursene fordeles og utnyttes på en god måte.

Rapporten "Kvalitet og kompetanse" tar utgangspunkt i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet (06/2011)). Rapporten beskriver kvalitetsforbedring av helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. God kvalitet forutsetter fagutvikling på alle aktuelle fagområder og kvalitetsforbedring krever en bred tilnærming, tydelig ledelse og en organisasjon preget av kontinuerlig læring. Relasjonskompetanse, samhandlingskompetanse og forbedringskompetanse nevnes spesielt som viktige deler av en felles kjernekompetanse for å oppnå kvalitet på tjenestetilbudet innen området (ibid.).

Det er i liten grad systematisk kunnskap om kvaliteten og effekten av de helsetjenestene som gis. Det er store kvalitetsvariasjoner innen helsetjenestene. Det er startet opp arbeid med å innføre kliniske retningslinjer innen psykisk helsevern. Helsetjenestenes endelige og egentlige mål er bedring av pasientenes helsetilstand. Resultatmåling er ikke bare viktige for pasientene, de er også viktige for behandlerne og helsetjenestene for å se om

det de gjør fører til resultater, og om det har noen effekt og betydning. Det mest tradisjonelle har vært bruk av mål på symptomer og plager. Men i de seinere tiår er det også blitt gradvis mer vanlig å bruke mål på praktisk og sosial fungering, livskvalitet og eventuelt omfang av udekkede behov. Undersøkelser har vist at pasienter ofte legger mer vekt på andre dimensjoner enn symptomreduksjon, som ofte er det målet behandlerne er mest opptatt av (Helsedirektoratet (06/2011)).

3.2.2 Kvalitetsforbedring for å oppnå varig endring

To viktige mål i et kontinuerlig profesjonelt arbeid; *"å gjøre jobben og å forbedre jobben"* (Batalden i Ogrinic og Headrich, 2008). Kvalitetsforbedring handler om den siste delen. Det er mange måter å oppnå varig kvalitetsforbedring på, men vellykket innsats er preget av to viktige funksjoner. Det er organisasjonenes

- evne til å løse flere utfordringer samtidig og
- ferdighet til å tilpasse løsningene til organisasjonens egenart og kultur (Bate et al., 2008).

En gruppe internasjonale forskere gjennomførte casestudier på ni sykehus og medisinske sentre i Storbritannia og USA med fokus på forståelsen av kvalitetsforbedring og kvalitetsgapet i ytelsen av helsetjenester. Kvalitetsgap kalles gapet mellom det vi vet, (kunnskap og erfaring) og det vi utfører (Bate et al., 2008 og Ogrinic og Headrich, 2008). Bate et al. (2008) påpeker at tidligere studier har fokusert på faktorer som har betydning for endring hver for seg, men ikke sett på samhandlingen og i hvilke organisatoriske kontekster de oppstår. Forskere nyttet i den internasjonale studien moderne organisasjonsteori sammen med erfaringer og studier i kvalitetsforbedring. Studien gir en økt forståelse for sammenhenger og forutsetninger for å oppnå varig endring. De peker på sammenhengen mellom faktorene, at faktorene påvirker hverandre og er avhengig av hverandre. Studien forsøkte å forstå prosessene for å organisere helsetjenesten slik at det oppnås varig kvalitetsforbedring. Forskerne legger stor vekt på sammenhengene mellom prosessene.

Prosesser for å oppnå varig kvalitetsforbedring er

- Strukturelle og kulturelle prosesser; Organisering, planlegging og koordinering av kvalitetsforbedring. Felles forståelse av kvalitet og kvalitetsforbedring i organisasjonen
- Politiske prosesser; forankring av kvalitetsarbeid politisk og administrativt.

- Pedagogiske prosesser; utvikle en lærende og kompetansehevende prosess som støtter forbedring.
- Emosjonelle prosesser; engasjere og motivere medarbeidere ved å appellere til følelser og dypere forståelse.
- Fysiske og teknologiske prosesser - utvikle fysiske infrastruktur og teknologisk systemer som støtter og opprettholder endringsarbeid.

Prosessene er gjensidig forbundet med hverandre og både positive og negative prosesser kan være tilstede samtidig i en organisasjon. Det hevdes at helseorganisasjoner ikke må undervurdere de menneskelige og organisatoriske prosessers (strukturelle og kulturelle, pedagogiske og emosjonelle) betydning til fordel for de tekniske og kliniske prosesser. Større fokus på organisatoriske prosesser og samspillet mellom de ulike prosessene vil medføre større forståelse av hva som må til for å oppnå varig kvalitetsforbedring (Bate et al., 2008).

3.3 Kvalitetsforbedring og samhandling, oppsummering og sammenhenger.

Begrepet samhandling er ikke et entydig og veldefinert begrep og ulike definisjoner er beskrevet. Samhandling kan avgrenses til å innebære en forpliktende koordinering for å få flyt i tjenester på individbasis. Samhandling blir og beskrevet som at den omfatter samhandling av tjenester på systemnivå med det formålet å få god pasientflyt på individnivå slik det forstås ut fra samhandlingsreformen. Teori om samhandling viser at god kommunikasjon preget av respekt og likeverd mellom samarbeidspartnere er sentralt for å beskrive forutsetninger for god samhandling. I tillegg er felles forståelse av utfordringer, forståelse for hverandres arbeidsoppgaver mellom organisasjonene samt konkretisering av ansvars- og oppgavefordeling ved hjelp av fokus på pasienten et annet område jeg vil vektlegge i studien.

Ut fra relevant teori opplever jeg å kunne beskrive to ulike perspektiver på samhandling:

- 1) Samhandling som *"en stafettpinne"* eller *"mitt bord og ditt bord"*. Oppgavefordeling, spesialiserte oppgavene overleveres som tiltak, tilsvarende en stafettpinne. Oppgavefordeling, på samme måte som servitører fordeler bord

mellom seg i en restaurant, gjennomføres koordinert og rasjonelt. God kommunikasjon og tydelighet i hva som er mitt og ditt ansvar er viktig.

- 2) Samhandling som *"lagspill"* som en tilstand av felles ansvar og kontinuitet– en opplevelse vi har om at det er *"vår felles bruker"*. God kommunikasjon er nødvendig for å få til god samhandling. Samhandling består, som en kontinuerlig "tilstand" som er der og som fungerer eller ikke fungerer. Negative erfaringer, enkeltepisoder eller suksesshistorier fungerer som bekrefting på hvordan samhandlingen fungerer.

Begrepet kvalitet er definert og operasjonalisering av begrepet viser sammenhengen mellom kvalitet og samhandling for å oppnå forbedrede tjenester til brukeren. Jeg har i studien benyttet Øvretveit (1992) sammen med WHO sin definisjon på kvalitet. Studien "Organizing for quality" (Bate et al., 2008) peker på viktigheten av å vektlegge menneskelige og organisatorske prosesser og å se sammenhenger mellom de ulike prosesser i en organisasjon for å oppnå varig kvalitetsforbedring. Studien har ikke undersøkt kvalitetsforbedring mellom organisasjoner. Jeg antar at de samme prosessene og forutsetningene vil være avgjørende for å oppnå varig kvalitetsforbedring mellom organisasjoner som skal samhandle til beste for pasienten/ brukeren slik det er tilfellet i prosjektet jeg studerer.

WHO sin beskrivelse av kjennetegn på helsetjenester av god kvalitet beskrevet ovenfor gir oss en operasjonalisering av kvalitetsbegrepet. Dette gjør det lettere å se innholdet i kvalitetsbegrepet og forstå sammenhengen mellom kvalitet og samhandling. Koordinering og samordning av tjenestene som vist i kapittel 3.3.1 er sentralt for å beskrive tjenester av god kvalitet. I kapittel 3.1.1 har jeg vist at ulike definisjoner av samhandling også inneholder de samme begrepene koordinering og samordning. *"God samhandling er ofte en nødvendig forutsetning for god kvalitet"*. Det vises også til at tjenestene i tillegg må være faglig gode og trygge hver for seg (NOU 3:2005). Kvalitet og samhandling vektlegges i teorien for å skape helhetlige tjenester. Teori om samhandling og kvalitet har vist at temaene er gjensidig knyttet til hverandre. En helhetlig og kvalitativ tjeneste for brukere med omfattende behov er avhengig av god samhandling. For brukere med omfattende og komplekse behov vil kvalitet og

samhandling trolig være gjensidig avhengig av hverandre for å kunne gi helhetlige tjenester til brukeren.

3.4 Sammenheng mellom samhandling, kvalitet og prosjektet.

Teori og empiri om samhandlingsarbeid i helsetjenesten, samhandlingsreformen, fokus på kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten og ulike samhandlingsprosjekt har alle et fokus på å forbedre helsetjenesten på ulike måter og nivå og vil derfor være relevant for studien min. Mange sentrale begreper omtales og benyttes både i teori om samhandling og i teori om kvalitet.

Samhandlingsreformen understreker at vi har en god helse- og omsorgstjeneste i dag, denne skal bli enda bedre, og bedre samhandling er et av de viktigste utviklingsområder for å oppnå dette framover (St. meld nr 47 (2008-2009)). Reformen har fokus på helhetlige tjenester, tydelig ansvars- og oppgavefordeling og en klarere pasientrolle. Reformen tar opp i seg mange av elementene i kvalitetsforbedringsarbeidet i helsetjenesten. Kvalitetsforbedring i helsetjenesten har fokus på tjenester som er koordinert og samordnet og som ivaretar brukerne medvirkning og innflytelse og indirekte ivaretar ansattes arbeidshverdag. Sentral ideologi om kvalitet og samhandling og utvikling av tjenestetilbudet er dermed for en stor del sammenfallende. God samhandling og god kvalitet i helsetjenesten er et idealbilde, et mål å strekke seg mot. Jeg vil i studien min benytte teori om samhandling og kvalitet for å gi bakgrunn for analysen av hvordan samhandlingen *oppleves* i praksis i form av et prosjekt. De to ulike perspektivene på samhandling; samhandling som en stafettpinne eller samhandling som et lagspill vil benyttes i analysen.

Samhandlingsprosjektet jeg studerer har som mål å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet til en konkret målgruppen ut fra å styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne i kommunen og helseforetaket. Prosjektet er et eksempel på tiltak der helseforetaket og kommunen samhandler for en bedret helsetjeneste. Det konkrete prosjektarbeidet blir da et case/eksempel på hvordan samhandlingstiltak og kvalitetsforbedring fungerer i praksis.

Sammenhengen mellom samhandling, kvalitet og samhandlingsprosjektet er vist i figuren under. Disse tre elementene er gjensidig knyttet til hverandre.



Figur 3. Sammenheng mellom Samhandling, Kvalitet og Samhandlingsprosjekt i prosjektperioden.

Teori og forutsetninger for god samhandling og kvalitetsforbedring benyttes i studien. Jeg vil sammenholde hvordan informantene opplever samhandlingstiltakene og kvalitetsforbedring i praksis opp mot beskrevet teori og empiri. Dette for å vise sammenheng mellom samhandling og kvalitet på helsetjenestene i praksis og dermed belyse forskningsspørsmålene mine:

1. I hvilken grad opplever prosjektdeltakerne at samhandlingsprosjektet har bidratt til økt samhandling mellom helseforetak og kommune.
2. I hvilken grad opplever prosjektdeltakerne at samhandlingsprosjektet har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet til brukerne?

4 Metode

Jeg vil i kapitlet beskrive valg av design og metode som er benyttet for å belyse problemstilling og forskningsspørsmålene. Kapitlet omfatter også utvalg, forberedelse, gjennomføring og bearbeidelse av innsamlede data i tillegg til å beskrive etiske aspekter, samt validitet og reliabilitet i studien.

4.1 Valg av undersøkelsesopplegg/-design og metode

Riktig valg av undersøkelsesopplegg/-design er viktig for best mulig å kunne arbeide med den spesifikke problemstillingen. Hvordan undersøkelsen legges opp har betydning for om den er egnet til å belyse problemstillingen. Det har og betydning for validitet og reliabilitet. Sosiologen William Aubert beskriver metode som en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel kan nyttes som tjener dette formålet. (Hellevik, 2003)

Undersøkelsesopplegget kan ha som formål å undersøke, forklare årsaker (forklarende) eller beskrive ulike trekk ved enhetene (beskrivende). En intensiv design går i dybden, undersøker få enheter med mange variabler. En ekstensiv design derimot går i bredden og undersøker mange enhet og få variabler i et problemområde. (Hellevik, 2003). Undersøkelsen har som formål å forklare sammenhenger mellom prosjektet og bedret samhandling. Den har en intensiv design med en enkelt enhet, prosjektet, der jeg undersøker ulike sider (variabler) ved samhandlingsprosjektet.

4.1.1 Kvalitativ metode

Jeg har benyttet en kvalitativ undersøkelse for å besvare problemstillingen min. Gjennom samtaleintervju vil jeg få muntlige opplysninger, fortellinger og forståelse for temaet. Det kvalitative forskningsintervju har som mål å innhente kvalitativ kunnskap for å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelse, tanker, forventninger, motiver, holdninger og sosiale fenomen. Det beskriver menneskelig erfaring og fortolkning og kan gi ny kunnskap om dynamiske prosesser. Forskeren er aktivt deltakende. Siktemålet er å beskrive og forstå, ikke forklare (Malterud, 2003). Jeg mener derfor den kvalitative undersøkelsen er egnet til å belyse problemstillingen. Studien er en retrospektiv studie, ble gjennomført i prosjektperioden og delvis etter prosjektslutt.

4.1.2 Case studie

”I oppgaven har jeg benyttet en case studie design for å besvare problemstillingen: *Opplevs det at samhandlingsprosjektet mellom kommunen og helseforetaket styrker samhandlingen og gir brukerne et kvalitativt bedre tjenestetilbud?*

Jeg har studert temaet samhandling og kvalitet i lys av caset “Samhandlingsprosjektet”. Samhandlingsprosjektet er et eksempel/tilfelle/ case av samhandling mellom kommunen og helseforetaket. Ifølge Yin (2003) bør case studie design velges når: (a) fokus for studien er å svare "hvordan" og "hvorfor" spørsmål, (b) du ikke kan manipulere oppførselen til de som er involvert i studien, (c) du ønsker å dekke kontekstuelle forhold fordi du tror de er relevante for fenomenet som studeres, eller (d) grensene ikke er klare mellom fenomen og kontekst. Case-studien gir mulighet for å vurdere utvikling over tid og innsikt i endringer av variabler og påvirkning mellom variabler (Hellevik, 2003). Kunnskapsutviklingen i et case-studie design bygger på en eller flere enkelthistorier. Forskeren overveier den aktuelle enkelthistoriens plass i en større sammenheng. (Malterud 2003). Forskeren ser på et eller flere bestemt case/tilfelle i en sammenheng. Andersen drøfter case studiers mulighet til å generalisere og tar til ordet for en ”kvalifisert generalisering” ved et bevisst forhold til metoderefleksjon, modellering og utvelgning av kilder og informanter (Andersen, 1997).

Samhandlingsprosjektet omhandler selve kjerneområdet i samhandlingsreformen koordinering, ansvars- og oppgavefordeling. Caset (prosjektet) vil være et tilfelle av samhandling som belyses nærmere. Studien vil være en beskrivende case studie der jeg forsøker å beskrive sammenhenger mellom prosjektet (caset) og bedret samhandling. Samhandlingen har igjen betydning for kvaliteten på tjenestene til brukerne. Det er ikke klare skiller mellom prosjektet og samhandlingen i ”ordinær drift” og jeg ønsker å finne ut hvordan samhandlingen oppleves og om prosjektet har påvirket samhandlingen i positiv retning. En undersøkelse av prosjektet som en case studie vil derfor kunne belyse problemstillingen.

Triangulering vil si å se saken fra flere ulike synsvinkler. Ulike forskningsmetoder nyttes samtidig for å trekke inn flere perspektiver, nyanser og dimensjoner i saken. Triangulering kan gjennomføres ved å hente data fra flere ulike kilder og benytte flere

ulike datainnsamlingsteknikker. I studien min nytter jeg triangulering ved å hente inn ulike type data fra intervju, samtaler, møtedeltaking og referater (Malterud, 2003).

4.2 Valg av informanter

Valget av informanter har foregått ved et strategisk utvalg. Det vil si at de er plukket ut fra målsettingen om at informantene kan gi et datamateriale informasjon som har potensial til å belyse problemstillingen min. Valg av datamateriale som kan best gi grunn for tolkninger og funn som gir ny læring og nye perspektiver vil være sentralt her og kalles intern validitet (Malterud, 2003). Valg av tema for intervjuguiden og et godt gjennomført intervju vil her være avgjørende for å få fram data som kan belyse problemstillingen.

Jeg valgte å ta utgangspunkt rundt tjenestene og tjenesteyterne til brukere som ble tatt inn i prosjektet og intervjuet tre ansatte og fire prosjektmedarbeidere som deltok i prosjektet. I tillegg fikk jeg belyst problemstillingen ut fra dokumenter og samtaler med prosjektleder og styringsgruppen for prosjektet.

I studien ønsket jeg også å intervju brukerne om deres opplevelse av å delta i et prosjekt. Jeg ville dermed fått belyst den direkte brukeropplevelsen. Brukerne er mennesker som betraktes som ressursvake og problematiske i samfunnet og som sannsynligvis ikke ofte blir spurt om deres mening. Det ville derfor vært svært spennende å høre dem selv formidle deres erfaringer, ut fra tanken om at de vet best hvor skoen trykker. På grunn av ustabil alvorlig, psykisk sykdom, vrangforestillinger og/eller svak kognitiv utvikling hos flere av brukerne ble jeg frarådet å intervju dem. Det ble og uttrykt bekymring for at dette kunne forverre tilstanden til brukeren og relasjonen mellom helsetjenesten og brukeren. Brukerne ble og vurdert til trolig å ikke ha samtykkekompetanse over tid. Vurderingen ble gitt av fagpersonalet og behandlere i kommunen og ved helseforetaket.

I utgangspunktet ønsket jeg i studien også å måle effekten av prosjektet ved å nytte målinger som blant annet redusert antall akuttinnleggelser, redusert antall uønska hendelser og redusert antall skademeldinger. Dette viste seg å være vanskelig å

gjennomføre. Å måle endringer i antall akuttinnleggelser, antall uønska hendelser og antall skademeldinger ville gi svært tilfeldig resultat da dette er brukere med omfattende problemer og der eventuelle endringer og bedringer ikke kan forventes i et så kort tidsperspektiv. Svært mange variabler virker inn på sykdomsbildet og atferden deres. Målinger ville derfor sannsynligvis gi et svært usikkert og tilfeldig resultat. Av samme grunn var det valgt å ikke benytte målinger i gjennomføringen av prosjektet.

Jeg valgte derfor å konsentrere datainnsamlingen rundt ansatte i kommunen og prosjektmedarbeidere i kommunen og helseforetak. De tre ansatte ble plukket ut fordi de arbeidet i rustjenesten i kommunen og var kontaktpersoner til fem brukere som deltok i delprosjekt Rus. De ansatte ville kunne observere endringer hos brukere og kunne formidle opplevelsen av nytteverdi av prosjektet for brukeren og for seg selv som ansatt. I tillegg ville ansatt være sentral i å vurdere en eventuell bedring av samhandlingen mellom helseforetaket og kommunen som følge av prosjektet. Jeg antok at tre ansatte i kommunen ville kunne gi en objektiv vurdering av prosjektets nytteverdi og gi meg tilstrekkelig datamateriale for å belyse deres perspektiv. Samtidig vurderte jeg at de kunne være preget av fokus på få enkeltbrukere og dermed muligens ikke ha et systemperspektiv på prosjektet.

Jeg valgte av den grunn også ut fire prosjektmedarbeidere, der to og to av dem (en fra helseforetak og en fra kommunen), hadde ansvar for hvert sitt delprosjekt (delprosjekt Rus og delprosjekt Psyk). Prosjektmedarbeiderne kunne belyse hvordan samhandling opplevdes ut fra deres ståsted. De ville også ha et nært kjennskap til prosjektet nytteverdi og utfordringer, samt muligens også ha et perspektiv på utfordringer på systemnivå. Det var en fare for at prosjektmedarbeider kunne være for subjektiv og ønsket å formidle at de selv gjorde en god jobb. Ansatte og prosjektmedarbeidere fra kommunen ville se prosjektet og samhandlingen ut fra kommunens ståsted. Prosjektmedarbeiderne fra helseforetaket ville kunne belyse problemstillingen ut fra helseforetakets perspektiv og utfordringer og dermed kunne gi en utfyllende og annen informasjon til studien.

Informantene (ansatte og prosjektmedarbeidere) har ikke nær relasjon/kjennskap til forsker. Forsker (masterstudent) har tilknytning til prosjektet ved å være nytilsatt,

overordnet leder for enhetslederne for rus- og psykisk helsetjeneste og deltaker i styringsgruppen der prosjektet gjennomføres. Leder for psykisk helsetjeneste fungerte og som prosjektleder og leder styringsgruppen. På grunn av nær relasjon mellom enhetslederne i kommunen og forsker er ikke disse valgt som informanter, dette for å unngå feilkilder og påvirkning på resultatet av studien. Enhetsledere og prosjektleder var positiv til forskning på prosjektet og opplevde ikke problem når det gjaldt forskers rolle i studien Samtaler med prosjektleder, enhetsledere og informasjon og utsagn fra styringsgruppemøter ga tilleggsinformasjon som går inn i fortolkningen i ulike tema. Notater ble her tatt underveis uten at det var formelle intervju. Det er utøvd bevissthet når det gjelder forskers rolle underveis i prosjektet for å unngå sammenblanding av lederrolle og forskerrolle.

Ansatte i kommunen benevnes i oppgaven som K1-3, ansatte/prosjektmedarbeidere i kommunen benevnes som K4-5, ansatte/prosjektmedarbeidere i helseforetaket benevnes som H6-7 (vedlegg 1).

Studien vil først og fremst fokusere på delprosjekt Rus og erfaringene fra det. Erfaringer fra delprosjekt Psyk vil supplere funnene.

4.3 Valg av enheter og variabler:

En kvalitativ undersøkelse består av få enheter og mange variabler. En enhet i en undersøkelse er undersøkelsesobjektet, det vil si det som skal undersøkes. Case-studien er en inngående studie av en eller få enheter (Hellevik, 2003). Enheten kan være en person, en gruppe, en avdeling eller en kommune. Enhetene i studien min er de tjenestene og personene som er involvert i selve samhandlingen via prosjektet.

Variabler beskriver hvilke egenskaper ved undersøkelsenhetene som skal studeres. Variabler er egenskaper/forhold som varierer. Når det ønskes å studere hvordan enheters fordeling på en variabel i forhold til en annen variabel er, kalles den første en avhengig variabel og den andre en uavhengig variabel. Den avhengige variabel påvirkes av andre variabler. Den uavhengige variabelen vil ikke være påvirket av noen av de andre variablene vi studerer (Hellevik, 2003). Den uavhengige variabelen vil være selve samhandlingsprosjektet. Prosjektet setter enhetene i forbindelse med hverandre.

Kvaliteten på tjenestetilbudet og samhandlingen er variabler som vil variere og er dermed avhengige variabler.

Data vil innhentes fra og om enhetene og beskrive kvalitet og samhandling ut fra forventninger om at prosjektet gir en endring her. Indikatorer på samhandling og kvalitet benyttes for å operasjonalisere begrepene.

4.4 Hvordan måle samhandling og kvalitet?

Målet i samhandlingsprosjektet er å bedre samhandlingen og dermed kvaliteten på tjenestetilbudet til brukerne. I kapittel 3.2 er begrepet kvalitet definert og det er vist sammenhengen mellom kvalitet og samhandling for å oppnå forbedrede tjenester til brukeren (Øvretveit, 1992). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten sin oppdeling av kvalitet i seks områder operasjonaliserer kvalitetsbegrepet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). For å vurdere måloppnåelsen kan det være nyttig å definere konkrete indikatorer på samhandling og kvalitet for å vise om målene for prosjektet er oppfylt. En indikator er en målbar variabel som brukes for å belyse i hvilken grad kvalitetsmålene er oppfylt (Kjærgaard, 2001).

Flere av målene i prosjektet var vanskelige å måle og kunne med fordel vært operasjonalisert i oppstarten av prosjektet. Samhandlingsprosjektet hadde ikke utformet klare målbare mål i prosjektet og hadde ikke en felles forståelse av målsettingen som ble tydelig formidlet til prosjektgruppen. Dette var en svakhet i prosjektet som også opplevdes som en svakhet i studien min. På bakgrunn av dette var det vanskelig å ha klare målinger og indikatorer i studien. Indikatorene som er benyttet i studiene er derfor utviklet som hjelpemiddel for å kunne utføre studiene.

Som indikatorer på bedret samhandling og kvalitet velger jeg:

- Antall brukere som i løpet av prosjektperioden har
 - fått kartlagt sin situasjon,
 - utarbeidet eller oppdatert IP/handlingsplan med kriseplan
- Samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket er bedret ved
 - Opplevelse av respekt, likeverdighet i kontakt og kommunikasjon

- Opplevelse av avklarte forventninger og tydelig ansvars- og oppgavefordeling.
 - Opplevelse av at tjenestetilbudet er samordnet, koordinert og gjennomført på rasjonell måte.
 - Det er etablert nye rutiner og nye tiltak er implementert i drift.
 - Erfaringer fra prosjektet er tatt med i nye samhandlingsavtaler.
- Bedret samhandling har styrket kvaliteten på tjenestetilbudet til brukerne ved at.
 - Det oppleves at pasienten/brukeren får et helhetlig tjenestetilbud, blir ivaretatt på en god måte og at det er satt realistiske mål for tjenestetilbudet brukeren? (Virkningsfulle tiltak)
 - De ansatte opplever forutsigbarhet og faglig trygghet i møte med brukeren og visshet om at bruker får et adekvat helsetilbud (Trygge og sikre tjenester)
 - Det oppleves at brukeren er involvert og har fått deltatt i utformingen av tjenestetilbudet (involvere brukerne og gi dem innflytelse)
 - Det oppleves at brukerne har fått adekvat behandling og kan nyttiggjøre seg tjenestetilbudene? (tilgjengelig og rettferdig fordelt)

Indikatorene har jeg valgt ut og konkretisert ut fra målsettingen i mandatet til prosjektet, styringsgruppens korrigerende underveis og forskningsspørsmålene mine. Indikatorene er også valgt ut på bakgrunn av teori, definisjonene av begrepene samhandling og kvalitet og sammenhengen mellom dem.

4.5 Datainnsamling og behandling

4.5.1 Intervjuguide

Som forberedelse til datainnsamling valgte jeg ut bestemte tema ut fra forskningsspørsmålene og indikatorene over. Det var naturlig å velge dybdeintervju /semistrukturert intervju, som er den mest benyttede formen for intervju, for å få utfyllende informasjon om temaene. I et semistrukturert intervju benyttes en intervjuguide. Intervjuguiden må være tilstrekkelig åpen i formen slik at den kan åpne opp for nye spørsmål underveis og den bør tilpasses informantene underveis. Jeg utarbeidet derfor en intervjuguide (vedlegg) med en skisse over tema og spørsmål med

relevans til problemstillingen (Malterud, 2003). Jeg utformet en guide for ansatte og en for prosjektmedarbeidere med tilsvarende tema/spørsmål. Det ble gjennomført et prøveintervju med en av de ansatte. Etter prøveintervjuet reviderte jeg intervjuguiden ved å lage tydeligere spørsmål, færre spørsmål og fordele dem bedre i temaer som tilsvarte forskningsspørsmålene mine. Temaene i intervjuguiden var *opplevd kvalitet på tjenestetilbud for bruker, brukermedvirkning, trygghet og forutsigbarhet for ansatt, samhandling mellom kommunen og helseforetaket på individnivå og systemnivå, og erfaringer fra samhandlingsprosjektet.*

4.5.2 Intervju forberedelse og gjennomføring

Leder for rus – og psykisk helsetjeneste og styringsgruppen ble informert om studien. Det ble gitt tillatelse til at jeg kunne informere ansatte på et personalmøte. Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon, samt spørsmål, om å delta i intervju. Det ble og informert om at det var frivillig å la seg intervju, samt om regler for samtykke. Alle informantene samtykket skriftlig til å delta i studien. Det ble først gjennomført intervjuer med tre ansatte som er kontaktpersoner for fem ulike brukere som ble tatt med i delprosjekt Rus. Deretter ble fire prosjektmedarbeidere intervjuet, to prosjektmedarbeidere tilknyttet delprosjekt Rus og to tilknyttet delprosjekt Psyk. To av prosjektmedarbeiderne var tilsatt i helseforetaket.

Lyddopptak ble benyttet i alle intervju. Under et par av intervjuene ble vi forstyrret blant annet av renholder og telefon, dette opplevdes som uheldig. Jeg gjorde korte notater underveis av nonverbal kommunikasjon og poenger informantene vektla. Jeg gjorde også en kort oppsummering i ettertid av hvert intervju. Intervjuene ble hovedsakelig gjennomført på ansatte og prosjektmedarbeiders egen arbeidsplass. To intervjuer ble i samråd med informant gjennomført på mitt kontor. Varighet på intervjuene var fra 40 min til i underkant av en time. Datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av 2. halvår 2012 med noe supplement våren 2013.

Innhenting av kvalitative data gjennom en samtale vil være både en informasjonsutveksling og en sosial samhandling. Intervjuerens rolle og medvirkning til å opprette kontakt i intervjuet har derfor betydning for utfallet av intervjuet (Malterud, 2003). Underveis i intervjuet prøvde jeg å være åpen, interessert og unngå å stille ledende spørsmål. Samtalene gikk naturlig, intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men

jeg sjekket opp til slutt at jeg hadde fått med alle tema. Jeg opplevde underveis og ser i etterkant av studien at spørsmålene kunne vært enda tydeligere rettet inn mot forskningsspørsmålene. Jeg var opptatt av å ha spørsmålene åpne slik at informant kunne fortelle sin historie. Ulempen var da at jeg ikke fikk fram presise nok svar på alle spørsmål. Dette ble til dels rettet opp i intervjuene med prosjektmedarbeiderne. Jeg prøvde også å følge opp tema som var relevante for studien min. Dette for å få et så riktig bilde av og godt datamateriale som mulig.

Det at forsker var tilknyttet kommunen og kjente mange av samhandlingsutfordringene ut fra kommunens ståsted kunne føre til at forsker kunne ta kommunens perspektiv i for stor grad under intervjuene og i studien. Dette kunne føre til skjevhet i studien. Ved å utvise bevissthet under intervjuene, innhente data fra styringsgruppen og fra prosjektmedarbeidere tilsatt i helseforetaket ble det forsøkt å redusere denne påvirkningen.

4.5.3 Skriftlig materiale og uformelle samtaler

I tillegg til intervjuer har jeg analysert skriftlig materiell, i form av referater fra månedlige styringsgruppemøter, forslag til ny samhandlingsavtale, samt nedtegnelser av samtaler med prosjektleder og andre deltakere i styringsgruppen. En kombinasjon av flere innfallsvinkler kan utfylle hverandre, noe som medfører en bredere innsikt på området jeg studere.

4.5.4 Transkripsjon av data

Dataene ble transkribert, det vil si at lydopptakene ble omformet til tekst. Intervjuene, rådata, representerte den faktiske hendelsen, og ble gjengitt i lydbåndopptakene. Når intervjuene er nedskrevet, er de omformet til tekst og gir dermed et indirekte bilde av virkeligheten. Transkripsjon og analyse av innsamlede kvalitative data vil medføre tolkinger, og det er alltid fare for at mening kan gå tapt eller mistolkes (Malterud, 2003). Lydopptakene var til uvurderlig hjelp under transkripsjonen og reduserte faren for å miste nyanser av samtalen i intervjuet. Likevel kan nonverbal kommunikasjon, intervjuets kontekst og informantens uuttalte mening gå tapt i en transkripsjon. Teksten ble redigert for å tydeliggjøre meningen i muntlige utsagn (Malterud, 2003).

Jeg utførte selv intervju og deretter transkripsjon. På den måten har jeg selv deltatt i samtalen, vært en del av konteksten, hatt mulighet til å observere nonverbal kommunikasjon og fikk en forståelse for sammenhengen i datamaterialet. Selv om arbeidet med transkripsjonen var tidkrevende, ga det mulighet til å oppklare uklarheter i den muntlige tekst, og til å starte arbeidet med analysen umiddelbart. Det ga også en innsikt i hvor mye aktuelle data som fantes i arbeidet og om jeg aktivt fulgte opp interessante tema som kom fram i intervjuet (Malterud, 2003).

4.5.5 Analyse av data

Malterud anbefaler nybegynnere å skrive ut transkripsjonen og gjøre en forpliktende og systematisk gjennomgang. Systematisering av data skal bidra til å gjøre en gjennomarbeidet og veldokument analyse. Analysen skal stille spørsmål til datamaterialet, lese materialet i lys av ulike spørsmål. Det viser seg ofte at problemstillingen blir tydeligere gjennom analysen og får fram hvilke sider det er mulig å besvare i undersøkelsen. Den enkelte informants historie og beskrivelse skal få fram kunnskap som gjelder flere.

Det transkriberte materialet var betydelig og utgjorde totalt 38 sider. Jeg tok stilling til hvilke deler av informasjonen som var aktuell for problemstillingen, filterte og reduserte så materialet. Jeg vurderte også om jeg måtte supplere med tilleggsinformasjon fra informantene (Malterud, 2003). Dette ble ikke aktuelt. Malterud anbefaler å nytte systematisk tekstkondensering som en av flere analysemetoder for å systematisere datamaterialet og trekke kunnskap og mulighet for tolkning ut av materialet. Jeg brukte Giorgis fenomenologiske metode modifisert av Malterud (Giorgi, 1985, referert i Malterud, 2003, s. 99). Giorgi anbefaler å dele analysen inn i fire trinn.

1) Helhetsinntrykk

For å få et helhetsbilde og bli kjent med innholdet leste jeg gjennom hele materialet. Det for å være åpen for inntrykk materialet formidlet og legge bort forforståelse og teoretisk referanseramme. Etter å ha lest alt oppsummerte jeg, og laget en første liste med aktuelle tema. Temaene representerte foreløpige ideer om problemstillingen og var første steg i analyseprosessen (Malterud, 2003). Jeg identifiserte 4 temaer.

2) Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

I andre trinn i analysen organiserte jeg materialet som ble studert og som kunne belyse problemstillingen i oppgaven. De meningsbærende enhetene i teksten ble kodet og klassifisert ut fra sammenheng med temaene funnet i første analysetrinn. Til hjelp i kodingen av teksten benyttet jeg farger, én farge for hvert tema. Deretter samlet jeg de tilhørende temaene i kodegrupper og delte de opp i tilhørende undergrupper. (Malterud, 2003). Dette resulterte i 2 kodegrupper og 9 undergrupper.

3) Kodensering – fra kode til mening.

De enkelte kodegruppene ble deretter gjennomgått og det konkrete innholdet i tekstbiten ble omskrevet til abstrakt mening som betyr å systematisk hente ut mening i de meningsbærende utsagnene. Utsagnene ble så omskrevet til abstrakt mening. Dette ble så utgangspunkt for presentasjonen i resultatdelen. (Malterud, 2003).

4) Sammenfatning – fra kodensering til beskrivelser og begreper.

Funnene i hver kodegruppe ble så sammenfattet til gjenfortellinger som la grunnlaget for nye beskrivelser eller begreper som ga et helhetlig bilde av funnene. For hver kodegruppe/avsnitt og undergrupper/underavsnitt ble det laget en sammenfatning av innholdet som beskriver hva datamaterialet forteller om denne delen av problemstillingen. Til hvert underavsnitt ble så utvalgte sitater nytt for å illustrere innholdet i teksten. Underavsnittene fikk en overskrift som dekket innholdet. To overskrifter/hovedtema, ”samhandling og kvalitet” med hver sine undertema/-avsnitt sammenfattet innholdet. Hovedtemaene speiler problemstillingen. Funnene ble så vurdert opp mot aktuell empiri og teori og vurdert i forhold til relevans og validitet. Kritisk tolkning og analyse av resultatene ble gjort ut mulige svakhet er studien.

4.6 Studiens gyldighet, relevans og generaliserbarhet

Validiteten avhenger av hva som er målt i undersøkelsen og om resultatet gir svar på problemstillingen. Den sier noe om hvor relevante funnene er for problemstillingen og hvor gyldige de er når det gjelder overførbarhet til andre situasjoner og forhold (Hellevik, 2003). Intern validitet handler om det et relevant funn, relevante verktøy nytt for å belyse problemstillingen. Er det brukt relevante begreper og spørsmål for det vi skal finne ut. Ekstern validitet beskriver overførbarhet. Kan resultatene overføres

til andre situasjoner og forhold (Malterud, 2003). Reliabilitet bestemmes av hvordan målingene er foretatt i undersøkelsen og beskriver nøyaktigheten i de ulike operasjonene i undersøkelsen. Dette har med hvordan innsamling og bearbeiding av data har foregått (Hellevik 2003). Forskere er uenig om validitet kan benyttes i kvalitative studier men Malterud (2003) hevder at begrepet er aktuelt og viser til at det må vurderes relevans, anvendelighet, gyldighet og overførbarhet av studier også innen kvalitativ forskning. Jeg bruker begrepene for å vurdere om undersøkelsen min måler det som var formålet med spørsmålene ut fra problemstillingen, relevans og gyldighet (validitet) og om en ny undersøkelse ville gitt samme resultat (reliabilitet).

4.6.1 Usikkerhet med metoden

Det ble gjennomført individuelle intervju av informantene og jeg opplevde her å få svar på spørsmålene som belyste problemstillingen og forskningsspørsmålene relativt godt. Jeg var opptatt av å få fram informantenes egne meninger om nytteverdien av prosjektet. Informantene ga fyldige og gode beskrivelse av prosjektet og det ble interessante samtaler der jeg opplevde å lære mye om temaet. En svakhet i studien kan være at jeg har gjort feiltolkninger ut fra deres fyldige historiefortelling. Om jeg har klart å få fram relevante data, som svarte på problemstillingen min, har betydning for validiteten i undersøkelsen. Manglende forskerkompetanse og erfaring med utarbeiding av spørreskjema medførte for åpne og ikke konsise nok spørsmål i intervjuguiden. Resultatene ble dermed ikke så tydelige og dekkende for forskningsspørsmålene som ønsket. I stedet for individuelle intervju kunne jeg ha benyttet gruppeintervju, der jeg kunne fått fram refleksjon om relasjoner og opplysninger om samhandlingen mellom informantene på en annen måte. Utfordringen var da at det kunne være vanskelig for informantene å belyse oppriktig deres opplevelse av samhandlingen i prosjektet. Ansatte i boligene kunne ha kommet i skyggen av prosjektmedarbeiderne. Det kunne og vært en utfordring med spenninger mellom ansatt i kommunen og i helseforetaket. Som uerfaren intervjuer opplever jeg også at det kunne vært vanskelig å håndtere alle opplysninger i et gruppeintervju.

En svakhet i studien kan være at informantene knyttet mange følelser og opplysninger til enkeltsituasjoner. Den samme enkeltsituasjonen ble også referert av flere informanter og kunne dermed prege informasjonen. Det var en fare for at en god samhandlingsopplevelse kunne bli overskygget og glemt som følge av en dårlig

opplevelse etterpå. Et annet dilemma var og at prosjektmedarbeiderne var personlig involvert i prosjektet og dermed kunne gi for positive opplysninger om prosjektets betydning og deres egen utførelse av arbeidet. Funnene i studien tyder imidlertid heller på det motsatte, da det var tydelig at prosjektmedarbeiderne var de som var mest kritisk til hva som var oppnådd og hadde forventninger og krav til resultatet av prosjektet.

4.7 Etiske aspekter

Under planleggingen av forskningsprosjektet ble det innhentet tillatelse fra overordnet (etatssjef) i kommunen. I tillegg ble prosjektleder/prosjektgruppe, enhetsleder og styringsgruppe for prosjektet informert og spurt om tillatelse. De var svært positivt innstilt til en forskningsoppgave rundt prosjektet. Alle informantene fikk muntlig og/eller skriftlig forespørsel om å stille til intervju, samt informasjon om oppgavens tema og hvordan intervjuet skulle foregå. Informantene signerte et informert samtykke. Før selve intervjuet ble det informert om at informantene at skulle sikres anonymitet og at lydopptakene skulle slettes etter at oppgaven var ferdig. Alle data i forbindelse med studien ble registrert og oppbevart på privat PC. I tillegg brukte jeg lydopptaker til intervjuene. Intervjuene ble transkribert og anonymisert fortløpende. Lydopptakene ble slettet ved avslutning av forskningsprosjektet.

På bakgrunn av at forskningsprosjektet innhentet sensitive pasientopplysninger og usikkerhet om det ble omfattet av helseforskningsloven ble prosjektet framlagt for REK (Regional etisk komité). REK vurderte at oppgaven ikke var framleggingspliktig fordi prosjektet ikke innhentet ny kunnskap om sykdom og helse, men evaluerte et pågående samhandlingsprosjekt. Evalueringsstudier faller utenfor helseforskningsloven og behandles av personvernombudet. Prosjektet ble derfor søkt godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS). Personvernombudet godkjente gjennomføringen av forskningsprosjektet ut fra § 7-27 i personopplysningsforskriften (vedlagt). Ut fra kravene i personvernloven ble studien gjennomført med samtykke fra informantene. Personvernombudet la til grunn at alle informanter skulle være samtykkekompetente og at samtykkekompetansen skulle vurderes av helsepersonell.

5 Deltakernes opplevelse av samhandling og kvalitet

Jeg vil i dette kapitlet gjennomgå resultatene fra datainnsamlingen og forskningsspørsmålene legges til grunn for strukturen i kapitlet. Først vil jeg innlede med å beskrive gjennomføringen og resultat av samhandlingsprosjektet mellom kommunen og helseforetaket. Deretter kommer presentasjon av resultat fra intervjuer med ansatte og prosjektmedarbeidere høsten 2012. I tillegg suppleres data med uformelle samtaler og referater fra styringsgruppen. Intervjuene med informantene supplert med data fra samtaler og referater ga meg et stort empirisk materiale og det er valgt ut sitater som belyser problemstillingen. Sitater er merket med kursiv. Beskrivelse og koding av informanter er vedlagt.

5.1 Samhandlingsprosjektet i praksis

Samhandlingsprosjektet startet som tidligere beskrevet opp i februar 2011, ble utvidet i februar 2012 og bestod av to delprosjekter; delprosjekt Rus og delprosjekt Psyk. Målgruppen var brukere med omfattende rusmiddelavhengighet *og/eller* alvorlig psykisk lidelse.

5.1.1 Praktisk arbeid i prosjektet.

Prosjektgruppene utarbeidet ved oppstart en framdriftsplan for arbeidet og gikk raskt i gang med det praktiske arbeidet i prosjektet ut fra beskrivelsen i mandatet for arbeid i enkeltsaker. Styringsgruppen ga prosjektgruppen for delprosjekt Rus i oppdrag å starte med brukere som ble oppfattet som ”de tyngste og mest kompliserte brukerne”.

Delprosjekt Rus prioriterte hvilke brukere de skulle begynne å jobbe med. Brukerne hadde bosted i kommunal bolig nær personalbase, med oppfølging fra rustjenesten. Den enkelte brukeren samtykket til å delta i prosjektet og deltok i det første møtet. Ut fra planlegging og samarbeid med bruker ble det gjort en kartlegging i samarbeid med bruker, primærkontakt i kommune og helseforetak. Kartleggingen omfattet blant annet gjennomgang av journal i kommune og helseforetak, intervju, observasjon, eventuelt innleggelse i helseforetaket, og samtale med behandler i kommunen (fastlege) eller i helseforetaket. For brukere som ikke samtykket til prosjektet ble det gjort en begrenset

kartlegging ut fra det som forelå av data i kommune og helseforetak, dette for å forsøke å komme fram til riktig tilnærming. Ut fra kartleggingen skulle det konkluderes med en skriftlig utredning, en individuell plan (IP) og eventuell diagnose. For pasienter som ikke ønsket IP, skulle det utarbeides en handlingsplan/kriseplan

Delprosjekt Psyk hadde et noe annet utgangspunkt. De fikk oppmeldt brukere til prosjektet via samarbeidspartnere (som fastlege, bestillerkontor og DPS) og kartlegging i rus- og psykisk helsetjeneste. Prosjektgruppen gjorde en første kartlegging av brukeren og nåværende tjenestetilbud og vurderte om brukeren skulle tas med i prosjektet. Bruker som ikke tilhørte målgruppen ble ekskludert. Dette var brukere som allerede hadde omfattende oppfølging i kommunen/og eller helseforetaket. Det var og enkelte brukere som ble ekskludert fordi avklaringer måtte gjøres internt i kommunen og ikke mellom kommunen og helseforetaket.

Oversikt over de ulike planer som omtales av informantene:

Behandlingsplan: Spesialisthelsetjenesten sin plan for behandlingen.

Individuell plan/IP: Brukerens plan for behandling og oppfølging med brukerens mål, ressurser og behov for tjenester. Brukeren deltar i utarbeiding av planen.

Handlingsplan/kriseplan: En samarbeidsplan mellom ulike aktører i tjenesteapparatet. For brukere som trenger kriseplan beskriver den konkret hva som skal skje i akutt oppståtte situasjoner. Planen inneholder konkrete opplysninger om kontaktpersoner, kontaktnummer, aktuelle tiltak i kommunen og helseforetaket. I tillegg inneholder den kriterier for når spesialisthelsetjenesten skal kontaktes og når brukeren må innlegges. Planen utarbeides i tråd med regler for taushetsplikt.

Delprosjekt Rus hadde to lengre opphold i 2011 og 2012 på grunn av permisjoner for prosjektmedarbeider fra helseforetaket. Det ble i tillegg utskifting av prosjektmedarbeider (som fungerte som prosjektleder) fra kommunen våren 2012 på grunn av oppsigelse. Dette medførte manglende kontinuitet og forsinket framdrift i delprosjekt Rus.

Samtidig med gjennomføringen av prosjektet ble det gjort en omfattende gjennomgang og omorganisering av klinikk for psykisk helsevern i HF. I denne prosessen ble det og

skiftet direktør for klinikken. Dette medførte også en utskifting av ledelse fra HF til styringsgruppen noe som ga en manglende kontinuitet i styringsgruppen. Det var planlagt faste, månedlige møter i styringsgruppen. Flere styringsgruppemøter måtte avlyses på grunn av forfall fra helseforetaket. Dette kan ha hatt betydning for gjennomføring og oppfølging av prosjektet.

5.1.2 Omfang av kartlegging og arbeid med brukere i prosjektet.

I prosjekt Rus ble seks brukere oppmeldt i prosjektet. For tre bruker er det gjort en grundig kartlegging og utarbeidet/oppdatert handlingsplan/kriseplan i perioden. For to av brukerne er det gjort en begrenset kartlegging og gjennomført tiltak for, men ikke utarbeidet handlingsplan/kriseplan. En bruker ble ikke tatt inn i prosjektet på grunn av langsom framdrift i prosjektet og kapasitetsproblemer. Alle brukerne har en koordinator i kommunen. Det lyktes ikke å motivere noen av brukerne til å få utarbeidet IP. Det er utarbeidet handlingsplan/kriseplan for tre av brukerne. Alle brukere samtykket til kartlegging og samtaler med prosjektmedarbeiderne, men samtykket ikke til å utarbeide en IP. Det har vært en faglig uenighet i prosjektgruppen hvor langt en kan gå når det gjelder å lage en handlingsplan for brukerne når brukerne i perioder ikke samtykker til samtaler/undersøkelser. Ut fra utfordringer i framdrift i delprosjektet bestemte styringsgruppen at det skulle gis veiledning til personalet i personalbasen i rustjenesten. Fokuset var da å øke kompetansen hos personalet i håndtering av brukerne i akutte situasjoner. Dette skulle bidra til å forebygge uønska hendelser, vold og trusler. Veiledningen ble gitt i grupper og ut fra konkret håndtering av brukerne og oppfølging av handlingsplaner/kriseplaner i perioden.

Prosjekt Psyk fikk 30 brukere oppmeldt til prosjektet fra samarbeidsparter og psykisk helsetjeneste. Sju brukere ble tatt inn i prosjektet og arbeidet med. Det ble utarbeidet handlingsplaner for alle sju. Alle brukerne har fått en koordinator og utarbeidelsene av handlingsplan/kriseplan ble gjort i forståelse med brukerne. Ingen har fått utarbeidet IP i løpet av prosjektperioden, da de ikke ønsket dette. En bruker hadde IP fra før, men ønsket ikke å videreføre denne. Prosjektet skulle også avklare om mange brukere med store behov ikke var utredet eller fikk oppfølging i helseforetaket (HF) eller kommunen. Det viste seg at kun en av brukerne hadde store behov og ingen oppfølging hverken fra kommunen eller helseforetaket. Dette var en viktig avklaring i prosjektet.

5.2 Opplevelsen av samhandling mellom kommunen og helseforetaket

I denne delen av oppgaven vil jeg først belyse opplevelsen av den menneskelige siden av kommunikasjonen i samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket. Deretter i hvilken grad informantene opplever avklarte forventninger, tydelig ansvars- og oppgavefordeling, samt koordinering av tjenestene. De ulike temaene glir noe over i hverandre.

5.2.1 Kommunikasjon; gjensidig respekt, forståelse og opplevelse av likeverd.

Ansatte i kommunen opplever at det å bli hørt, bli tatt på alvor i deres faglige vurderinger og sett på som likeverdige parter i kontakt med helseforetaket som svært viktig. De vektlegger opplevelsen av respekt og likeverdighet i slike situasjoner og opplever dette som svært viktige forhold. De opplever at dette har bedret seg i prosjektperioden, men fortsatt kan de og vise til eksempler der de opplever at det ikke fungerer godt. Det oppleves at personlig kontakt og tettere samarbeid mellom kommunen og helseforetaket har gitt en positiv effekt for trivsel og den faglige utførelsen av arbeidet.

Alle informantene fra kommunen (K1-K5) forteller om situasjoner der samhandlingen med helseforetaket går noe lettere etter oppstart av prosjektet. Dette gjelder både i akutte situasjoner og ved jevnlig oppfølging og planlagte innleggelse. Den personlige kontakten med de to prosjektmedarbeiderne fra HF tillegges betydning for samhandlingen. Informantene nevner eksempler på at de blir tatt på alvor når de ringer AAT for å få pasientene vurdert i krisesituasjoner. De opplever at dette har betydning for trivselen, tryggheten og den faglige utførelsen av arbeidet.

” Blitt bedre på samarbeidet i det siste. Har mye å si for trivsel. Tar mange tlf i løpet av en dag. Hvis vi ikke blir møtt på tlf – opplever å motarbeide hverandre... Vi klarer ikke å hjelpe brukeren da!” K3

Ved akutt oppståtte situasjoner opplever de at de er avhengig av god kommunikasjon for å kunne hjelpe brukeren i den aktuelle situasjonen. Å bli hørt, forstått og tatt på alvor i slike situasjoner oppleves som viktig for informantene fra kommunen. En av de ansatte i kommunen forklarer dette slik:

”Det ble litt enklere å få henne innlagt når vi føler hun trenger det. Vi slipper å stange hodet i veggen. Prosjektet har gjort det slik at de kommer litt snarere, de vet hvor alvorlig det er når vi ringer.” K1

Informant K4 forteller om utredning av en bruker, der hun opplever at deres faglige observasjoner og vurderinger førte til behandling for brukeren. Det pekes her på viktigheten av å bli hørt og tatt på alvor i deres faglige vurderinger som et positivt element i samhandlingen.

”Våre observasjoner gjennom lang tid i kommunen ble tatt på alvor, og han fikk innvilget LAR behandling.” K4

Informantene K1-K5 har en forventning om at når kriseplanene er fulgt og tiltakene ikke virker, skal brukeren innlegges. De begrunner dette med at det er behov for skjerming av brukeren, skjerming av andre brukere og omgivelsene, behov for avrusing, samt at det kan bidra til å unngå skader på ansatte og brukere. *”Vi ringer ikke uten at det er nødvendig! Vi vil ikke ha innleggelse når han fungerer godt.”* Det er imidlertid AAT ved HF som avgjør når det er behov for en innleggelse. I de tilfeller der brukeren ikke blir innlagt, fører det til frustrasjon, svekket tillit til HF og opplevelse av ikke å bli tatt på alvor.

Informantene fra helseforetaket (H6 og H7) vektlegger ikke kommunikasjonen og det å være likeverdige parter som viktige aspekt i samhandlingen. Prosjektmedarbeiderne fra HF har opplevd at ansatte i kommunen har forventninger som HF ikke kan innfri, og ser at dette medfører frustrasjon hos ansatte. For å unngå unødige akuttinnleggelser opplever informantene fra HF at det er viktig i den konkrete situasjonen å drøfte om det er mulige tiltak som kan utføres i kommunen, om alle mulige tiltak er utprøvd og om innleggelse er det riktige tiltaket. De ansatte i kommunen tolker dette som avvisning i henvendelse om bistand eller at deres faglige vurdering ikke blir tatt på alvor. De ansatte opplever ikke i alle tilfeller at HF har gode faglige begrunnelser for valg av tiltak og at det ofte kun fører til en utsettelse av innleggelse. Flere av informantene har opplevd ytringer fra helseforetaket om at de ikke ønsker rusmiddelmissbrukerne innlagte på grunn av uønsket atferd. Uheldige utsagn fra representanter i helseforetaket har ført til at ansatte i kommunen har tillagt helseforetaket ikke faglige motiv i vurderingen. En ansatt forteller:

”Vi får ikke brukeren innlagt fordi det er rusrelatert og de lager for mye ”styr” på avdelingen. De sier rett ut at brukeren ødelegger avdelingen.” K2

Betydningen av den direkte kommunikasjonen og den personlige kontakt framheves videre som viktig for forståelsen av arbeidsoppgavene og utfordringene i hverdagen mellom ansatte i kommunen og helseforetaket. Det at prosjektmedarbeiderne fra HF har møtt brukerne i sin hjemmesituasjon opplevdes som positivt for forståelsen av brukernes situasjon og de ansattes arbeidssituasjon. Informantene K1-4 peker alle på det forhold at det er lettere å få hjelp og forståelse for brukernes behov og de ansattes utfordringer når prosjektmedarbeiderne selv har vakter i AAT. De opplever det positivt for samarbeidet og responstiden fra AAT når de personlig har vakt. Informantene opplever det og positivt at prosjektmedarbeideren har formidlet kunnskapen videre innen helseforetaket. Prosjektmedarbeiderne i helseforetaket, H6 og H7, er imidlertid usikker på om prosjektet har hatt noen betydning for de ansatte i helseforetaket utover den dialogen og økte forståelsen de selv har fått med ansatte i kommunen.

5.2.2 Avklarte forventninger, tydelig ansvars- og oppgavefordeling.

Ansatte i kommunen opplever at prosjektet på mange områder og situasjoner har medført en avklaring i forventningene og oppgavefordeling mellom kommunen og helseforetaket. Prosjektet har bidratt til en systematisering av oppfølgingen. Derimot gir ulike forventninger og tilnærminger til brukeren i enkelte akutte situasjoner ikke optimal oppfølging av brukeren. Det opplevdes ulik forventning og erfaringer med utarbeiding av kriseplan og handlingsplan mellom kommunen og helseforetaket og mellom de to ulike delprosjektene.

Forventning om oppfølging, innleggelse og akutte situasjoner

Den jevnlig oppfølging av brukere med planlagte innleggelser fungerer oftest veldig bra. Derimot oppleves det uavklarte forventninger, usikkerhet og utfordringer når det gjelder akutt oppståtte situasjoner.

Ansatte (K1-5) i kommunen opplever at når det gjelder oppfølging av brukere og planlagte innleggelser så fungerer det oftest veldig bra og nevner spesielt den samhandlingen de har med DPS vedrørende jevnlig oppfølging for flere brukere. Avtaler om faste samtaler, jevnlig planlagte innleggelser og faste kontaktpersoner i helseforetaket er tiltak de framhever. Om tiltakene er oppstått som følge av prosjektet er

derimot usikkert. Heller kan det sies at prosjektet har bidratt til å forsterke og organisere tiltakene bedre. Informant K5 sier at prosjektet ”forplikter litt”. Akutte innleggelser for pasienter på tvungent psykisk helsevern oppleves også å gå bedre, selv om det fortsatt varierer fra gang til gang. De opplever at brukersens kriseplan oftest følges. Informant K1 og K3 opplever trygghet i å kunne ringe helseforetaket når pasienten er dårlig og opplever å få hjelp derfra. De opplever og at brukeren får den hjelp han trenger. De forteller at det eksisterer kriseplan for brukeren, og at den er oppdatert i løpet av prosjektperioden og benyttes i akutte situasjoner. Ansatte har forventninger til helseforetaket om å få brukeren innlagt når kriteriene for innleggelse er oppfylt. Kriteriene står beskrevet i kriseplanen for brukeren. Ansatte uttaler:

”Samarbeidet fungerer bra. Det er nå et godt opplegg rundt brukeren med DPS`en og me kan ringe og si at han er dårlig og da tar de han som regel inn. For han har en sånn kriseplan når vi ringer.” K1

Informantene beskriver også eksempler der de opplever at samhandlingen ikke fungerer. Dette gjelder spesielt ved rusutløst psykose og spørsmålet om akutt innleggelse på akuttposten for avrusing. Ansatte har da klare forventninger om hva helseforetaket skal bistå med. De opplever ofte at de som ansatte ikke får gehør for at pasienten trenger en lengre innleggelse på akuttposten for avrusing og utredning. De opplever også at årsaken til dette er at pasienter med rusvansker ikke blir tatt på alvor, eller har like rettigheter i spesialisthelsetjenesten. Det synes som det er ulike forventninger mellom kommunen og helseforetaket. Kommunen forventer en lengre innleggelse, mens akuttposten i helseforetaket ofte skriver brukeren ut etter kort tid fordi det ikke er grunnlag for utredning. Akuttposten har ikke deltatt i prosjektet, noe som i ettertid er nevnt som svakhet med prosjektet. Prosjektmedarbeider fra helseforetaket uttaler:

”I mange saker er det en forventning i kommunen om at pasienten trenger en lengre innlegging. Det blir tatt stilling til det på akuttposten, og det er ofte her spenningen ligger. Det fører til frustrasjon når pasienter blir utskrevet ganske raskt. Akuttposten mener da at de ikke kan gjøre mer for pasienten.” H7

Ingen av informantene opplever at prosjektet har redusert antall akutte innleggelser over tid. Det hevdes og at det er vanskelig målbart i og med at det er mange andre forhold som har betydning for behovet for akutte innleggelser. Informantene fra HF er og usikre på om bedret samhandling kan redusere antall akutte innleggelser på sikt.

Handlingsplan og kriseplan

Det er ulike forventninger mellom kommunen og helseforetaket vedrørende utarbeiding og oppfølging av handlingsplan og kriseplan. Det er varierende håndtering og erfaringer med bruk av handlingsplan og kriseplan i de to delprosjektene.

I delprosjekt Rus var det usikkerhet og uenighet i utarbeiding av handlingsplan og kriseplan. Ansatte i kommunen hadde forventinger om at kriseplanene skulle følges og opplevde varierende erfaringer med dette. Prosjektmedarbeider i helseforetaket (H6) var usikker på behovet for handlingsplan/kriseplaner og mente det oftest var tilstrekkelig med spesialisthelsetjenestens behandlingsplaner supplert med samarbeidsmøter ved behov. Han mente og at det bør motiveres til samtykke og utarbeiding av IP, noe prosjektmedarbeider i kommunene mente var urealistisk for mange av brukerne. Informant H6 uttrykte usikkerhet vedrørende hvilke planer tjenesteapparatet kunne lage når brukeren ikke ønsket IP. Han mente likevel at det må samarbeides om de mest ressurskrevende brukerne, selv om de ikke hadde IP, og at det eventuelt måtte utarbeides en kriseplan. Informantene K1-4 mente det trengtes handlingsplaner med kriseplan for å sikre samhandlingen for de sykeste brukerne. De opplevde og at de sykeste brukerne må ivaretas når det gjelder tjenestetilbud og at usikkerhet vedrørende brukervedvirkning ikke må hindre samhandling. Spesielt mente de at det er viktig å ha kriseplaner for de ”tyngste”, mest ressurskrevende brukerne som det er urealistisk å motivere til samtykke for utarbeiding av IP. På grunn av uenighet i prosjektgruppen ble det kun laget planer for tre av brukerne i delprosjekt Rus. Prosjektmedarbeider i kommunen hadde et klart ønske om å utarbeide planer for de øvrige tre brukerne som var meldt opp til prosjektet.

”Ulike forventninger mellom kommunen og oss.... Det å vite hvilket mandat vi har overfor den enkelte pasient, hva vi kan gjøre, hvilke planer vi kan legge og hva vi ikke kan gjøre uten at pas er involvert. Det er begrensinger her i mange saker. Blir devaluerte for pas med å lage planer der pas ikke er involvert og der pasientens målsettinger ikke blir tatt hensyn til.” H6

I delprosjekt Psyk var det enighet om å lage handlingsplaner/kriseplaner for brukerne. Dette var et nytt tiltak som opplevdes positivt og førte til en tydeligere ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunen og HF. Alle brukere fikk startet utarbeiding av handlingsplan/kriseplan i prosjektperioden. Tidligere hadde kommunen og helseforetaket hver sine planer, uten noen felles plan, noe som kunne medføre uenighet i

oppgavefordeling. I kartleggingen av brukerne ble det, i samarbeid med brukerne utarbeidet handlingsplaner for de brukerne det var behov for å samhandle om. Prosjektmedarbeiderne beskriver at det er laget enkle, tydelige handlingsplaner med tydelig målsetting og arbeidsplan i prosjektperioden. I de mest kompliserte sakene ble det utarbeidet kriseplaner til bruk i akutte situasjoner. Prosjektmedarbeiderne presiserer at planen må være tydelig nok slik at den fungerer i praksis.

”Vårt inntrykk at brukere som ble tatt opp, har hatt aktive tiltak både i kommunen og mange også på DPS. Det har vært mer samhandlingen det har gått på, utarbeide tydelige handlingsplaner og avklare forventninger. Hvem gjør hva og ansvaret.” H7

Prosjektmedarbeider i kommunen opplevde at kriseplanene for flere av brukerne ikke ble fulgt opp som planlagt, og at prosjektarbeidet hadde bidratt til at kriseplanen fungerte i ettertid. Prosjektmedarbeideren fra helseforetaket sammen med styringsgruppen, bidro til at kriseplanen ble tydeliggjort, og det ble avklart hvilke tiltak rustjenesten skulle iverksette og når brukeren skulle akuttinnlegges.

Prosjektmedarbeider fra kommunen opplyser at:

”Kriseplanene har ikke fungert som de skal – tatt opp på et ledelsesnivå og fått belyst det som et problem. Har hatt prosjektgruppen og styringsgruppen i ryggen og kunnet presse mer på helseforetaket når det ikke har fungert. Kriseplanen har fungert nå det siste halve året.” K4

Det er imidlertid eksempler i ettertid på at det er ulike forventinger og misnøye når kommunen opplever at kriseplanene ikke fungerer. Informanten K2 opplever at det ikke nytter å ha handlingsplan og kriseplan. Det begrunnes med å ikke bli hørt i konkrete situasjoner og at kriseplanen ikke ble fulgt. Et eksempel var en bruker som var utagerende og hadde synlige tegn på psykose. Hun opplevde at hun visste hva hun skulle gjøre, og kontaktet helseforetaket og ba om innleggelse av brukeren for avrusning og behandling. Representanten fra helseforetaket var uenig og avvendet situasjonen. Tilstanden forverret seg og endte med innleggelse med bruk av politi og tvang neste dag. Den ansatte i kommunen opplevde situasjonen som traumatisk både for brukeren og seg selv og mente episoden kunne vært unngått.

Styringsgruppen ser utfordringer i å få utarbeide handlingsplaner som er detaljerte nok til å fungere, og som kan fungere i alle ledd og for alle aktører i helseforetaket. Styringsgruppen har under hele prosjektperioden vært tydelig på at det skulle prioriteres

å lage handlingsplaner og kriseplaner for alle brukerne i prosjektet. Prosjektmedarbeider for delprosjekt Rus fra helseforetaket har og fått denne informasjonen. Dette er også presisert i referater fra styringsgruppemøtene.

”Det må utarbeides handlingsplan med faste innleggelses og kriseplan med tiltak ved forverring/utagering. Det er viktig at prosjektgruppen bruker resten av prosjektperioden til å utarbeide konkrete handlingsplaner for de mest kompliserte brukerne”(referat styringsgruppen aug og okt 2012)

Ved prosjektslutt er dette likevel ikke gjennomført i delprosjekt Rus. Det kan tolkes som om uenigheten i delprosjekt Rus består i ulik faglig tilnærming og forståelse av brukergruppen. I tillegg opplever jeg at dette har vært vanskelig å håndtere, endre og styre fra ledelse og styringsgruppe.

Behov for informasjon og gjensidig forståelse.

Ulike sider ved kommunikasjonsflyten kan bedres, blant annet behov for gjensidig informasjon om brukerne mellom kommune og helseforetaket.

Gjensidig utveksling av informasjon er viktig for å avklare forventinger og formidle oppgavefordeling. Informantene vektlegger behov for gjensidig bedring i informasjonsflyten mellom nivåene i forbindelse med innleggelses. Informasjon om brukerens opphold og helsetilstand under opphold i helseforetaket bedrer oppfølgingen i boligen. Det nevnes og behov for informasjon og forutsigbarhet hvis det blir endring i de planlagte opphold for brukere. Dette er viktig for å kunne signalisere forutsigbarhet og en felles tilnærming overfor brukeren. Det mangler også gode ”kjøreregler” for samarbeidet når spesialisthelsetjenesten endrer medisineren/behandling og kommunen har ansvar for gjennomføringen og oppfølgingen. Oppfølgingen kan ofte være en svært krevende del av behandlingen.

En ansatt sier:

”Vi i kommunen har terpet en del på informasjonsflyt - for eksempel ikke fått informasjon om nedtrapping på medisiner og resepter noe som skaper problem i utskrivningssituasjonen/oppfølgingen vår. Bedring nå – får tilbakemelding, medisinkort, informasjon” K4

Det framheves og at kommunen bør bli flinkere å informere helseforetaket før innleggelses og ved endring i tilstand. Denne informasjon kan ha betydning for helseforetakets vurdering av behandling for brukeren.

5.2.3 Gjennomføring på rasjonell og koordinert måte

Det oppleves en større fleksibilitet i hvor tiltakene utføres, kommunen opplever at helseforetaket ”kommer ut” til brukerne og følge opp brukerne også når de ikke er innlagt. Prosjektet har bidratt til å systematisere oppfølgingen og koordineringen på individnivå. Det oppleves at prosjektet har bedret samordningen av tjenestetilbudene for flere av brukerne.

Prosjektet har vist at mange aktører som samhandler er utfordrende. Utfordringer i samhandlingen internt i helseforetaket har hatt betydning for prosjektets mulighet til å gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder akuttinnleggelser og bruk av kriseplan.

Koordinering av tjenestetilbudet

Prosjektet har bidratt til koordinering av tjenestetilbudet for brukerne. Prosjektet har og kartlagt brukere med uavklarte forhold i kommunen både i delprosjekt Rus og spesielt i delprosjekt Psyk. Prosjektet skulle vurdere om det var personer som ikke hadde tilstrekkelig tilbud, vært gjennom adekvat utredning og fikk adekvat behandling. Informantene opplever at det er større fleksibilitet til å oppfylle brukeres behov når det gjelder utforming av tiltak og hvor de kan utføres, eksempelvis nevnes at ansatte fra helseforetaket i større grad møter brukerne i deres hjem. Dette gjelder både i delprosjekt Rus og delprosjekt Psyk.

”....Helseforetaket holder litt tak i brukeren når han er hjemme og, oppnår mer flytende overganger. Har møter når brukeren er hjemme. Hatt flere slike møter. Bedre pasientforløp, sikrer overgangene. Opplever ikke det gamle problemet med svingdørspasienter lenger.” K5

For en del brukere har prosjektet hatt en viktig funksjon i å koordinere tjenestetilbudet. Informanten K5 beskriver en bruker ved at han ”nå sitter på en benk i stedet for å falle mellom mange stoler”. Denne brukeren har flere sammensatte problemer og har hatt isolerte innleggelser på en rekke ulike institusjoner og avdelinger.

”Utfordring med koordinering med HF. Prosjektet har koordinert, har samlet informasjon om alle innleggelser i helseforetaket og tiltak i kommunen. Har hatt mange møter, med brukere eller pårørende med samtykke til å samhandle.” K5

Ansatte opplever at avklaringer i pasientforløp og samhandlingen mellom helseforetak og kommunen synes å virke positivt for oppfølgingen av den enkelte bruker. En bruker har fast oppfølging av DPS, med faste planlagte innleggelser. Prosjektet har bidratt til å systematisere denne oppfølgingen. Ansatte forteller at forutsigbarhet og koordinert

oppfølging av brukeren er svært viktig for dem som ansatte og for brukeren. Informant K4 opplever at koordinering stort sett fungerer veldig bra. Det er totalt fem brukere fra delprosjekt rus som har jevnlig kontakt med psykiatrisk klinikk ved helseforetaket. De ansatte vet hvem som er kontaktpersoner/behandlere i helseforetaket og kan kontakte dem om ved spørsmål. Det er og opprettet jevnlig kontakt med behandlerne for brukere som er på tvungen psykisk helsevern.

”Dette oppholdet vi snakket om. Han får rutinemessige innleggelse annenhver uke 2-3 dager om gangen. Får også faste samtaler ukentlig. Vet at brukeren får den hjelp han trenger gjennom systemet rundt han.. Dette er resultat av arbeid i prosjektet.” K3

En av informantene fra HF opplever det positivt at kommunen inviterer til å gjøre en jobb for å kartlegge om det er brukere med store behov som står utenfor hjelpeapparatet. Dette opplevdes positivt i prosjektet.

”I spesialisthelsetjenesten arbeider vi ikke proaktivt, er ikke ute og oppsøker potensielle pasienter. Ikke lett å vite så mye om, fått avklaringer her. Dette er bra i prosjektet.” H7

Utfordringer i intern samhandling

Samhandlingsprosjektet har medført en større tydelighet i at utfordringene i samhandlingen ikke bare er mellom kommunen og helseforetaket, men i stor grad også mellom de ulike avdelinger innen helseforetaket og spesielt mellom psykiatrisk avdeling og DPS. Det kan og være utfordringer i samhandlingen internt i kommunen og med fastlegen. Disse har imidlertid stort sett blitt løst underveis slik at ingen av informantene har vært særlig opptatt av det.

Både informanter fra HF og kommunen har erfaring fra prosjektet om at det først er behov for intern samordning før det skyldes på vansker med ekstern samordning. En av informantene fortalte at psykisk helsetjeneste i kommunen har beskyldt HF for ikke å ta ansvar, mens det viste seg at det var internt i kommunen det var behov for avklaring. Informanten fra HF opplyser:

”De to første brukerne. Mange folk som er knyttet til de to første brukerne i prosjektet, mange aktører – ikke koordinert godt nok mellom kommunen og HF – heller ikke internt i HF. Det er mange aktører i helseforetaket og det er absolutt ikke en felles koordinering i HF.” H6

De ansatte i kommunen har en forventning om at prosjektmedarbeiderne skal kunne koordinere oppfølging og behandling av brukerne i helseforetaket. Dette opplever prosjektmedarbeiderne i helseforetaket som urealistisk. I løpet av prosjektperioden har utfordringer med mange aktører i helseforetaket kommet tydeligere fram. Informantene fra HF var spesielt opptatt av dette og de opplevde at det ikke var en lett oppgave for dem å være prosjektmedarbeidere i samhandlingsprosjektet. De hevder at forventningene i helseforetaket mellom de ulike avdelingene er akkurat like ulike og store som mellom kommunen og helseforetaket. Spesielt er det ulike forventning mellom DPS og akuttposten. Det var ingen representanter fra akuttposten ved helseforetaket med i prosjektet. Dette ble opplevd som en mangel i prosjektet. Informantene opplevde det vanskelig og urealistisk å være den som skulle løse kommunikasjonsproblemer internt i helseforetaket. Prosjektmedarbeider fra HF forteller:

”Samhandling er en utfordring ikke bare mellom kommunen og HF, men og interne kommunikasjonsproblemer i klinikken... Det er stor avstand mellom DPS og akuttposten. Problem med samhandling internt i sykehuset blir tydelig i et slik prosjekt.” H7

H6 opplevde at delprosjekt Rus ikke helt fant sin rolle når det gjaldt avklaring av samhandlingen og at det var urealistiske forventningen til han som prosjektmedarbeider. Han opplevde imidlertid at erfaringer ble tatt med i utvidelsen av prosjektet, til delprosjekt Psyk, der forventningene til prosjektet ble tydeligere i utgangspunktet.

For enkelte av brukerne er det svært mange aktører fra HF i oppfølgingen av dem. Kommunen opplever at samarbeidet og dialogen i disse tilfellene må bli bedre og har en forventning om at informasjonen mellom de aktuelle aktørene må fungere.

”Samhandlingen mellom de ulike avdelingene i HF fungerer ikke som det skal. Vi (ansatte i kommunen, forfatters anm.) har en forventning om at kriseplan skal følges.....Er og overrasket over at ikke alle aktuelle avdelinger kjenner til kriseplanene, det har jeg tatt opp.” K4

Prosjektmedarbeiderne fra HF var begge nyutdannede, hadde ikke spesialistutdanning og dermed begrenset faglig erfaring, ansvar og myndighet. De hadde ingen myndighet til å koordinere spesialistene i helseforetaket. Dette opplevdes som uheldig i prosjektet.

”Det er mange aktører i spesialisthelsetjenesten som er selvstendige, ingen koordinerer disse. Ingen spesialister deltok i prosjektet det var et minus. Sånn faglig kan ikke jeg avklare det som er spesialistenes ansvar.” H6

5.2.4 Prosjektets betydning for samhandlingen på systemnivå.

Det er ikke utarbeidet helhetlige pasientforløp på systemnivå for brukergruppen. Behovet for å utarbeide individuell kriseplan for de ”tyngste” brukerne ble tatt med i forslaget til nye samhandlingsavtaler. Prosjektgruppene har fungert som et faglig forum/samhandlingsteam for å drøfte brukere med de mest omfattende behovene. Informantene uttrykker behov for å videreføre et dette til ordinær drift. Tiltaket er ikke videreført av styringsgruppen.

Prosjektgruppene hadde hovedsakelig et individfokus i det praktiske arbeidet i prosjektet. Det ble ikke utarbeidet helhetlig pasientforløp på systemnivå i prosjektperioden slik det var beskrevet i mandatet. På bakgrunn av erfaringer med ulike forventninger, oppgavefordeling og uheldig håndtering av akutte innleggelses for enkelte av brukerne ser styringsgruppen behov for å utarbeide framtidige pasientforløp på systemnivå med krav om å utarbeide handlingsplaner/kriseplaner for de mest krevende brukerne.

Samtidig med prosjektarbeidet var helseforetaket og kommunene i gang med å utarbeide samhandlingsavtaler for pasienter med rus og psykiske lidelser i tråd med pålegg i nytt lovverk. (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011). Samhandlingsavtalene for pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet var planlagt ferdigstilt i desember 2012, men ble utsatt og blir behandlet av kommunen høsten 2013. Et av medlemmene i styringsgruppen deltok i arbeidet med å utarbeide forslag til samhandlingsavtalene. Erfaringer fra prosjektet ble delvis tatt med her. Dette gjaldt kravet om å utarbeide handlingsplaner og kriseplaner for de mest kompliserte pasientgrupper og utarbeiding av pasientforløp på systemnivå. Dette vil være en utvikling av et forpliktende samarbeid mellom helseforetaket og kommunen for pasientgruppen. Arbeidet med pasientforløp er primært rettet inn mot systemsiden og utgjør således et understøttende supplement til bruken av individuell plan (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Hospitering er ett annet tiltak som er foreslått videreført i avtalene og kan bidra til økt kjennskap til hverandres arbeidsområder.

Prosjektmedarbeiderne har tanker om prosjektets betydning på systemnivå. Systematisk samarbeid og tett kontakt mellom fagpersoner i HF og kommunen oppleves positivt av

alle prosjektmedarbeiderne. Faste treffpunkter har ført til nødvendig avklaring i oppgave- og ansvarsområdet for utredning, behandling og oppfølging for brukeren på individnivå både i daglig oppfølging og akutte situasjoner. Dette ser prosjektmedarbeiderne behov for å videreføre etter prosjektperioden. Informantene framhever at det er viktig å ha faste treffpunkter og at det har vært mest positivt i prosjektet.

”Tenkt at vi må opprettholde et system som er enkelt og greit for alle parter også etter prosjektet. Mal for handlingsplaner utarbeides, Sykehuset og kommunen forplikter seg, skriver under, med navner og kontaktnummer for kontaktpersoner...” K5

Prosjektmedarbeiderne mener at et fast samhandlingsforum/-team kan bidra til å redusere samarbeidsproblemer og redusere frustrasjoner i samarbeidet. Det framholdes også fra kommunen at det må være enkelt å ta kontakt og at faste kontaktpersoner må være tilgjengelige i akutte situasjoner.

”Tenker at det måtte være veldig greit å ha et forum der vi kan ta opp vanskelige saker. Gjøre seg raskt opp en mening om hva vi kan tilby og kommunen kan tilby. Få til avklaringer mellom kommunen og sykehuset. Dette kan understøtte samhandlingen. Har ikke et forum der det kan tas opp.” H7

Det framholdes også at et forum/samhandlingsteam mellom helseforetaket og kommunen bør ha med personer med nødvendig myndighet i helseforetaket. De har opplevd at de som representanter for helseforetaket ikke har kunnet avklare kriterier for innleggelsler eller manglende innleggelsler og dette har ført til spenninger og konflikter. Representanter for akuttposten, psykiater eller psykologspesialist har her vært nevnt som manglende aktører i prosjektet. Det ble ikke enighet i styringsgruppen om å opprette et faglig forum/team for samarbeid om brukergruppen. Det ble henvist til ordinære samarbeidsmøter på individnivå som tiltak.

Flere av informantene i kommunen trekker fram behov for bedret forståelse mellom nivåene samt forbedringstiltak som hospitering og felles seminar i en videreføring av erfaringene fra prosjektet. Det framholdes og at politiet som er en viktig samarbeidspart ved vold, trusler og tvungen psykisk helsevern må trekkes mer aktivt med. Det framheves behov for generell informasjon om arbeidsoppgaver og utfordringer for å oppnå en større forståelse for hverandres forventninger, arbeidsoppgaver, myndighet og

ansvar. Gjensidig kjennskap til hverandres arbeidssituasjon kan også medføre økt forståelse for at manglende utførte tiltak på et nivå kan få konsekvenser for den andre part. Flere informanter fra kommunen opplever at det er urealistiske forventninger til kommunens mulighet til å håndtere brukere med alvorlige psykoser og alvorlig atferdsproblematikk.

”Opplever vi har uklare og overdrevne forventninger til hverandre om at vi kan gjøre mye mer enn vi egentlig kan, de tror vi (kommunen) har så mange sanksjonsmuligheter. Ønsker å ha et seminar i forlengelse av prosjektet. Der de ulike instansene kan legge fram hva de kan gjøre og ikke kan gjøre og avklare forventninger til hverandre.” K4

Det påpekes at partene har overdrevne forventninger om hva den andre part har mulighet til å gjøre. Styringsgruppen vurderer også det som nødvendig og positivt med tettere samarbeid på ledelsesnivå og det planlegges å opprette jevnlig dialogmøter etter prosjektets slutt der politi og akuttposten i HF inviteres med. I tillegg er det foreslått samlinger mellom ansatte i kommune og helseforetaket med fokus på de forventninger og ansvarsområder partene har.

5.2.5. Oppsummert opplevelsen av samhandling mellom kommunen og helseforetaket.

Gjennomføring, resultat av prosjektet

Oppsummert ble 36 brukere meldt opp til prosjektet, 12 har fått kartlagt sin situasjon, derav fem brukere i delprosjekt Rus og sju brukere i delprosjekt Psyk. Det er utarbeidet eller oppdatert handlingsplan med kriseplan for 10 av brukerne med varierende grad av brukermedvirkning. For to av brukerne er det gjort tiltak etter kartleggingen, men ikke utarbeidet handlingsplan med kriseplan. Alle brukere har en koordinator, mens ingen ønsket å utarbeide IP. Det ble avdekket en bruker med store behov og ingen oppfølging verken fra kommunen eller helseforetaket.

Kommunikasjon, gjensidig respekt, forståelse og likeverd.

Studien viser at informantene opplever respekt og likeverdighet i kontakt og kommunikasjon mellom kommunen og helseforetaket i de fleste situasjoner og at dette har bedret seg i løpet av prosjektperioden. Ansatte i kommunen opplever at det å bli hørt, bli tatt på alvor i deres faglige vurderinger og sett på som likeverdige parter er svært viktig. De opplever at dette har betydning for trivselen, trygghet og den faglige

utførelsen av arbeidet. Ved akutt oppståtte situasjoner opplever de ansatte i kommune at de er avhengig av å bli tatt på alvor i helseforetaket for å få hjelp til brukeren i den aktuelle situasjonen. Det oppleves at personlig kontakt og tettere samarbeid har gitt en positiv effekt for samhandling.

Avklarte forventninger, tydelig ansvars- og oppgavefordeling.

Ansatte i kommunen opplever en større forståelse og avklaring i forventningene og oppgavefordeling mellom kommunen og helseforetaket i løpet av prosjektperioden for brukerne. Ansatte er spesielt fornøyd med den samhandlingen de har med DPS, og ved jevnlig oppfølging av brukere og planlagte innleggelse. Derimot oppleves det uavklarte forventninger når det gjelder akutt oppståtte situasjoner, innleggelse ved akuttposten og innføring og bruk av kriseplan. Informantene fra kommunene, samt styringsgruppen opplever behov for innføring av kriseplan, mens informantene fra helseforetaket er usikker på nytten av dette. Ulike sider ved kommunikasjonen kan bedres, blant annet behov for gjensidig informasjon om brukerne.

Gjennomføring på rasjonell og koordinert måte.

Det oppleves en større fleksibilitet i hvor tiltakene utføres, kommunen opplever at helseforetaket "kommer ut" til bruker. Prosjektet har bidratt til å systematisere oppfølgingen og koordinering av tiltakene i prosjektet på individnivå. Mange aktører som samhandler medfører en utfordring. Dette har hatt betydning for prosjektets mulighet til å gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder akuttinnleggelse og bruk av kriseplan.

Betydning for samhandling på systemnivå

Det er ikke utarbeidet helhetlige pasientforløp på systemnivå for brukergruppen. Behovet for å utarbeide individuell kriseplan for de "tyngste" brukerne tas med i nye samhandlingsavtaler. Prosjektgruppene har fungert som et faglig forum/team for å drøfte brukere med de mest omfattende behovene. Det uttrykkes behov for å videreføre et faglig forum / team i ordinær drift. Tiltaket er ikke videreført av styringsgruppen. I tillegg er det behov for generell informasjon om arbeidsoppgaver, ansvar og myndighet for å oppnå en større forståelse for hverandres arbeidsoppgaver.

5.3 Deltakernes opplevelse av kvalitet på tjenestetilbudet.

Informantenes opplevelse av kvaliteten på tjenestetilbudet og opplevelsen av prosjektets betydning for tjenestetilbudet har betydning for kvaliteten på tjenestene til brukerne slik jeg ser det. Kvaliteten på tjenestetilbudet gitt som følge av prosjektet kan ikke tydelig skilles fra tjenestetilbudet som ytes i den ordinære drift. Kapittelet struktureres ut fra Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten sin definisjon på tjenester av god kvalitet (...og bedre skal det bli; Sosial- og helsedirektoratet 2005a). Temaet ”god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet” omtales under samhandling i kapittel 5.2, og ”god ressursutnyttelse” omtales delvis i kapittel 5.3.4, ”tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling”.

5.3.1 Virkningsfulle tiltak.

Informantene gir alle eksempler på bedret behandling og oppfølging for flere av brukerne i løpet av prosjektperioden og er positivt til effekten for den enkelte bruker. Det er usikkert om det er prosjektet eller den daglige drift som har medført bedring. Enkelte brukere har fått utredning og nye tiltak. Andre har fått bedre struktur, koordinering og forutsigbarhet i oppfølgingen. Symptombedring i form av redusert uro og redusert rus sees i mindre grad. For enkelte brukere er det konkludert med at brukeren allerede har optimale tiltak og at det ikke er mer å gjøre. Det ble kun kartlagt en bruker som stod helt utenfor behandlingsapparatet. Det er ikke registrert redusert antall akuttinnleggelser i helseforetaket. Informantene er usikre på om den enkelte bruker har merket effekt av selve prosjektet. Det er gitt faglig veiledning hovedsakelig i delprosjekt Rus. Dette oppleves udelt positivt av alle informanter. Faglig trygghet i tjenesteutøvelsen, tro på at brukerne får optimal oppfølging og trygghet i å håndtere konflikter er resultat som framholdes som positivt av informantene. Informanten fra helseforetaket opplever også en bedring i håndtering av akutte hendelser/kriser i boligene. Avklaring av forventinger oppleves som viktig i prosjektet. Faglig uenighet og ulike forventinger til når brukerne skal innlegges er ikke avklart i prosjektperioden. Det oppleves bedre dialog, et tilgjengelig HF og at prosjektet har lyktes med avklaringer om enkeltbrukere.

Effekt for bruker

Informant K1-K5 har alle tro på prosjektets betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet. De opplever likevel det er vanskelig å se om prosjektet har hjulpet den enkelte bruker, og i så fall om effekten skyldes prosjektet eller er resultat av kontinuerlig arbeid i ordinær drift. Informantene K1-K5 har tidligere erfart at dette er brukere som ikke har fått tilstrekkelig hjelp i systemet, dette opplever de delvis også nå. De hevder at mange rusmisbrukere ikke har fått/får den hjelp, utredning og oppfølging de har rett til i psykisk helsevern på grunn av sitt rusmisbruk og den stigmatiseringen dette medfører. De ansatte opplever at de tidvis ”kjemper” for brukernes rettigheter når det gjelder utredning og behandling i psykisk helsevern. De mener derfor det flott at brukerne får delta i prosjektet.

”Prosjektet er viktig for bruker 3 som har hatt samtale med prosjektmedarbeider HF. Begynte med å kartlegge han - tok et halvt år før han ville ta mot tilbudet igjen, ble utredet og søkt behandling i HF.” K2

Informantene K1-K5 har alle eksempler på at prosjektet har bidratt til bedret behandling for brukerne. En av brukerne var svært alvorlig psykisk syk og ustabil atferdsmessig. Prosjektet bidro til at pasienten kom under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette medfører at spesialisthelsetjenesten har ansvar for oppfølgingen av brukeren, også når han har bosted i kommunen. Tvungent psykisk helsevern ble vurdert som riktig og adekvat og har ført til en mer stabil atferd for brukeren. For en annen bruker oppleves det og at en bedret samhandling og koordinert oppfølging førte til en stabil og rolig atferden og mindre rus. Når de ansatte omtaler stabil og rolig atferd er dette et uttrykk for at det er sjeldnere tilfeller av uønska atferd, skader, trusler og akuttinnleggelse. Dette journalføres på hver enkelt bruker.

”Opplevde bruker 1 som alvorlig syk og det var ille. Da vil jeg si at prosjektet var en pådriver for å få han på tvungent psykisk ettervern. Men det tok sin tid og i den tiden ble han veldig ustabil. Det var ille.” K1

Prosjektmedarbeiderne K4 og H6 beskriver en annen bruker som fikk innvilget LAR behandling som følge av arbeid utført via prosjektet. Dette er nærmere omtalt i kapittel 5.3.4. Informant K5 beskriver en godt voksen bruker som ikke tidligere er utredet for psykisk sykdom, men som nærmiljøet uttrykte bekymring og redsel for på grunn av merkelig atferd. Informanten opplever at prosjektet har bidratt til at brukeren har fått en utredning, behandling og oppfølging som kan hjelpe til forståelse for brukers problemer og på sikt mulig bedret livskvalitet.

”Bruker 8 har glidd gjennom systemet, ikke diagnose, godt voksen, ingen tatt tak i han. Ikke egentlig bruk for diagnoser. Men - viktig når det har betydning for oppfølging og tilnærming. Ryktet går foran han, får ikke komme inn på butikker. Godt å få avklart diagnose; om det er psykose, om han vet hva han gjør, hva han ler av, hvordan han oppfører seg, og hvordan vi skal forholde oss til han.” K5

Informantene opplyser at for flere brukere har prosjektet vært en pådriver for å få innvilget tjenester og bidratt til at brukeren mottar oppfølging som kan bedre helsetilstanden. På den måten har prosjektet vært et supplement til den ordinære driften og bidratt til bedring av tiltakene for brukerne.

Ifølge informantene har ikke brukerne merket så mye til prosjektet. Uten å spørre brukeren har jeg ikke direkte informasjon om brukernes erfaring. Flere av informantene mener at brukerne opplever å bli bedre ivaretatt i det daglige og at dette kan på sikt medføre bedret livskvalitet. De regner med at brukerne ikke lenger vet at de er med i et prosjekt, og at de derfor ikke opplever at dette er resultat av et prosjekt. Bakgrunnen er at daglig drift og prosjekt har glidd over i hverandre, som intensjonen var.

”Blir ivaretatt bedre i det daglige. Ellers tror jeg ikke brukerne har merket så mye til prosjektet. Prosjekt og drift glidd over i hverandre. Dette var og en forutsetning i prosjektet.” K4

Betydning for faglig trygghet hos ansatte.

Målgruppen i prosjektet kjennetegnes av at de har en uforutsigbar atferd, der rusutløst psykose med vold og trusler jevnlig oppstår hos enkelte av brukerne. Faglig trygge ansatte, som håndterer brukernes atferd på en god måte, vil sannsynligvis bidra til å dempe konflikter og redusere tilfeller av vold og trusler. Veiledning fra prosjektmedarbeiderne var et av tiltaka som ble prioritert ut fra vurderte behov hos ansatte og brukerne. Kompetanseheving og refleksjon forventes å være positivt også for samhandlingen. Veiledningen hadde som formål å øke de ansattes kunnskaper, forståelse og handlingsdyktighet i akutte situasjoner og bidra til økt kunnskap og respekt for brukernes atferd.

Det opplevdes nyttig for personalet å ha et forum der de kunne drøfte enkeltbrukere med helseforetaket og få veiledning i håndtering av brukerne. Det ble gitt jevnlig veiledning knyttet til de mest utfordrende brukerne. Prosjektmedarbeiderne fra HF

hadde erfaring med at ansatte enkelt ganger ikke håndterte akutsituasjoner optimalt. Dette merket de når de hadde vakter i AAT. Informant H6 opplevde derfor at veiledningen var viktig for å øke ansattes kunnskap og håndtering av brukerne i akutte situasjoner.

”Uhensiktsmessige måter å kommunisere med pasienten på, med konfrontasjoner og lignende. Viktig å gi tilbakemeldinger her. Ser tydelig forbedring her. Får tilbakemeldinger fra poliklinikk og AAT. Så det også under veiledning – ansatte hadde uhensiktsmessige måter å håndtere dette på.”H6

Informantene K1-K4 ga uttrykk for at et viktig resultat av prosjektet var veiledningen vedrørende håndtering av brukerne. De opplevde at veiledningen styrket dem faglig slik at de ble tryggere i å håndtere brukeren i akutte situasjoner. Det bidro også til økt forståelse av symptomer og til å respektere brukeren på tross av uakseptabel atferd.

”Veiledning jevnlig fra prosjektmedarbeider fra HF har fungert godt. Drøfter hvordan vi jobber. Trygg på at brukeren får den hjelp han trenger gjennom systemet rundt han. Får det litt tryggere på jobb, i tillegg til faglig trygghet”K3

Det er viktig for personalet å være faglig trygg og utvikle handlingsalternativ når brukeren har en uakseptabel oppførsel. Personalet trenger veiledning for å håndtere brukerne på en hensiktsmessig måte, samt håndtere egne reaksjoner på uakseptabel atferd.

”Veiledning vært bra. Føler seg ivaretatt på dette området. Jeg tenker at det er frustrerende for personalet å se at en person ikke skjermes godt nok. Når personen går i nærmiljøet og skjemmer seg ut. Varierer hvor god selvinnsikt brukeren har.” K4

I delprosjekt Psyk ble det ikke iverksatt veiledning som et eget tiltak for øvrige ansatte slik som i delprosjekt Rus. Det opplevdes imidlertid positivt også i delprosjekt Psyk, at ansatte i psykisk helsetjeneste kunne drøfte problemstillinger med prosjektgruppen.

”Men å arbeide i psykisk helsetjeneste ute - du har ansvaret hele døgnet og har ingen å overlate det til. Tror det er godt for mange av sykepleierne å ha et sted(prosjektet) å drøfte med. Får støtte i egne vurderinger og tiltak.” K5

Realisme når det gjelder mulighet til bedring hos brukere

Det er urealistisk å forvente effekter hos denne brukergruppen i løpet av et prosjekt med så kort varighet som ett til to år ifølge informantene fra helseforetaket. Det kan ikke forventes rask symptombedring eller reduserte akuttinnleggelser hos brukere som har gått store deler av livet med en ubehandlet psykisk lidelse. Informant H6 reiste også

spørsmålet om situasjonen for brukerne kan bedres ut fra økt samhandling da dette er brukere med langvarige og komplekse sykdomstilstander. Han var opptatt av realisme når det gjaldt forventet behandlingseffekt for brukerne. Informant H7 mente andre mål, som økt livskvalitet og inkludering i en sosial sammenheng, sannsynligburde er viktigere for brukeren. Informant H6 uttaler:

”Ikke redusert akutte situasjoner hittil - kan heller ikke uten videre sees i sammenheng med samhandlingen. Faste innleggelser og endret behandlingsopplegg kan hjelpe på sikt, samt økt fokus på brukergruppen. Forutsigbarhet for pasienten er bra.” H6

Prosjektet hadde også som mål å vurdere om brukeren har fått adekvat utredning, rett behandling og om det er realistisk å forvente bedring i sykdomsbildet. Ulike forventinger kan skape uheldig samhandling mellom helseforetaket og kommunen. Flere av informantene forteller om en bruker som ble kartlagt i prosjektet. Hun hadde en spesiell atferd som de ansatte opplevde som ubehagelig å observere, og som i perioder var vanskelig å skjerme fra omgivelsene. Ansatte i kommunen hadde forventninger om at brukeren skulle få behandling og få en bedre helse og fungering. Det ble i prosjektet vurdert at hun hadde fått optimal behandling og oppfølging. Brukeren ble behandlet/behandles på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og har fast behandler i DPS. Det er ingen endring i helsetilstand eller atferd.

”Veiledning fra prosjektet på at vi ikke kan redde jenta. Tungt å se at noen har det så fælt. Klarer ikke å ta vare på seg selv, vondt å se. Fått veiledning og snudd vår tankegang. Her kommer omsorgsyrket vårt fram. Har lyst å redde dem, vanskelig å se på.” K2

For de ansatte var det muligens like viktig å få avklaring i prosjektet om at brukeren får den hjelp som er mulig å gi. Veiledning til ansatte ble gitt for å øke den faglige trygghet om at brukerne får optimal behandling og oppfølging.

Bedre dialog, avklaringer, ansvar - og oppgavefordeling.

Informant H7 mener at prosjektet har bidratt til en bedret dialog mellom DPS og kommunen. Ansatte fra DPS har vært tilgjengelige ute i kommunen og for brukeren. Det har lyktes med å få avklaringer rundt en del bruker, fått en tydeligere oppgave- og ansvarsfordeling. Dette er nedskrevet i handlingsplaner for brukerne. Et av målene i prosjektet var å avklare om mange brukere hadde mangelfull oppfølging. Prosjektgruppen gikk gjennom oppmeldte brukere for å se om noen sto utenom hjelpeapparatet og ikke hadde fått adekvat utredning, tilstrekkelig behandling eller

oppfølging. Helsepersonellet meldte opp 30 brukere til delprosjekt psyk. Prosjektet tok inn sju brukere i prosjektet. Som resultat i prosjektet kom det derfor fram at det var egentlig få brukere som sto utenfor behandlingsapparatet. I løpet av prosjektarbeidet ble det kun kartlagt en bruker som stod helt utenfor behandlingsapparatet. Han har nå fått utredning og tiltak i DPS.

”Tror at de har fått en bedret dialog mellom DPS og kommunen. Vært ganske tilgjengelige og får diskutere saker. Bidratt til at brukere i kommunen har fått avklaringer og ansatte veiledning.” H7

5.3.2 Trygge og sikre tjenester

For å sikre god kvalitet er det viktig å redusere sannsynligheten for uheldige hendelser til et minimum. Delprosjekt Rus har hatt fokus på å forebygge uønska hendelser, vold og trusler i form av veiledning og kompetanseheving av ansatte i kommunen. Ansatte opplever større trygghet i møte med bruker og de er blitt flinkere å ivareta sikkerheten i løpet av prosjektperioden. Det er utarbeidet nye rutiner for å håndtere akutte situasjoner. Det er ikke registrert endring i antall tilfeller av vold, trusler, skademeldinger akuttinnleggelses eller krisesituasjoner i prosjektperioden.

Veiledningen ble benyttet i delprosjekt Rus for å øke kompetansen og mestring av truende atferd i arbeidet med brukerne. Veiledningen har hatt fokus på prosessene, kommunikasjonen, tolking av brukerens tilstand signaler samt vurdering av tilbaketrekking fra trusselsituasjoner. Vold og utagering skjer ofte ut fra ruspåvirkning og psykotisk atferd. Erfaring i rustjenesten er at vold og trusler oftest er rettet mot andre brukere eller ansatte. Når det gjelder vold mot ansatte er de gjerne knyttet til utøvelse av makt, for eksempel ved utdeling av medisiner. Brukeren må ofte skjermes og beskyttes for å redusere risikoen for at brukeren skal skade seg selv, ansatte eller andre brukere. Ansatte opplevde at veiledningen var positiv og at det har hjalp dem til å få større forståelse for brukerne. En ansatt uttrykte dette slik:

”Veiledningen har vært viktig. Han (prosjektmedarbeideren) har vært flink å veilede oss når det har vært alvorlige situasjoner. Hvordan opptre for å unngå det neste gang. Han har stilt spørsmål, hva gjorde dere, hva var det som skjedde?” K1

Ansatte fortalte at veiledningen bidro til bevisstgjøring av egen atferd og til å håndtere vanskelige situasjoner på en bedre måte. Vold og trusler kan også være et resultat av

uheldig kommunikasjon og ansatte som viser frykt for brukerens atferd. Ansatte som blir provosert og redd brukerne kan ha en uheldig tilnærming til brukerne og øke konfliktnivået. Informant K1 beskrev en slik situasjon der hun ble provosert og svarte uhøflig tilbake. Brukeren presset henne opp i et hjørne og stengte henne inne.

”De trår over grenser hos deg. Av og til kan det jo glippe da, du svarer igjen..... Du vet det er feil, men du blir forferdelig redd og provosert, det er vanskelige situasjoner å håndtere ... Jo, veiledningen har hjulpet oss på dette området - er blitt flinkere på sikkerheten.”K1

I den påfølgende veiledningen var det fokus på å trygge de ansatte og på sikkerheten. Den ansatte opplevde det som en nødvendig oppfølging og syntes det var en god gjennomgang. Det ble gitt veiledning om forebyggende handlingsmønster og konflikthåndtering. I tillegg ble sikkerhetsrutinene justert på nytt og gjennomgått regelmessig i ettertid. Rutinene innebar også at brukerne skulle ha tilgang til fellesarealet hele åpningstiden og kunne utestenges for kort tid (ofte til neste dag) ved uønsket atferd. Veiledning i prosjektet var viktig i denne prosessen og hadde fokus på at faglig trygge ansatte, med gode relasjoner til brukeren, kan dempe konflikter.

”Sikkerhetsprosedyrene er oppdatert og det er laget prosedyrer for akutte krisesituasjoner. Vi skal trekke oss ut av konflikt. Åpenhet kan virke skummelt for ansatte. Brukere som tas imot med åpne dører kan være mindre provoserende og truende enn når de tas mot med stengte dør.” K4

Prosjektmedarbeider fra helseforetaket som gjennomførte veiledningen opplevde også dette som udelt positivt. Han opplevde at ansatte i enkelte situasjoner viste en økt forståelse og bedre håndtering av brukergruppen. Han viste til at han fikk tilbakemeldinger fra ansatte i helseforetaket om at ansatte i kommunen viste en bedre håndtering av akutte situasjoner.

”Hadde jevnlig og ofte veiledning over flere perioder. Avgjørende å ha en faglig trygghet. Har ikke noe sikkerhetsnett utenom politi. Må kunne ta de riktige avgjørelser, for å unngå å eskalere situasjonene.”H6

I delprosjekt Psyk har det ikke vært tilsvarende stort fokus på å redusere uheldige hendelser. Men psykisk helsetjeneste kan også komme opp i utrygge situasjoner. Det ble derfor gitt noe veiledning fra prosjektgruppen til psykisk helsetjeneste i kommunen.

”Veiledning om bevissthet på å være flere i lag ved utrygghet. Trygghet på riktige faglige vurderinger er viktig for ansatte i psykisk helsetjeneste”. K5

Objektive registreringer viser at det totale antall tilfeller av vold og trusler mellom brukere eller mellom bruker og ansatt, er nokså likt før og under prosjektet. Politihenvendelser varierer i løpet av året, men totalt sett er det ingen endring det siste år. Det kan derfor ikke måles konkrete objektive resultater i form av redusert antall akuttinnleggelser, skademelinger eller politihenvendelser i prosjektperioden.

”Akuttinnleggelser – vanskelig å måle, det er så mange endringer for brukerne; endring av medisiner, somatisk alvorlig sykdom, endring i psykisk sykdom.” K4

5.3.3 Involvere brukerne og gi dem innflytelse:

Brukerne har hatt en begrenset grad av brukermedvirkning i prosjektet. Informantene tror ikke at brukerne vet at de har deltatt i et prosjekt og begrunner det med sykdomsbildet deres, redusert kognitive utvikling og formen på prosjektet. Informantene opplever imidlertid at respekt og verdighet og en begrenset brukermedvirkning er ivaretatt, mens informanten fra helseforetaket opplever brukermedvirkning i forbindelse utarbeiding av kriseplan som en utfordring i prosjektet, beskrevet i kapittel 5.2.2. Prosjektet har ikke gitt en tydelig avklaring i hvordan det kan samarbeides om brukere som ikke ønsker hjelp, og som ikke ønsker en individuell plan. Arbeidet med en åpenhetskultur i boligene og veiledning av de ansatte kan ha betydning for økt respekt, kommunikasjon og brukermedvirkning.

Informantene fra kommunen opplever ikke temaet samtykke og brukermedvirkning som konfliktfylt. De opplever at de daglig står i situasjoner der brukeren ikke ønsker eller ber om hjelp. De observerer at brukeren trenger hjelp, tilbyr aktivt hjelp og en sjelden gang uttrykker brukeren glede over dette. En informant forteller om en bruker som har fått innvilget faste opphold på DPS som en del av tvungent psykisk helsevern. Han ønsker i utgangspunktet ikke disse oppholdene, men uttrykker likevel glede og forventning til oppholdet. En ansatt framholdt at de hadde tillit hos brukerne og opplevde at de ivaretok brukermedvirkning så langt det lot seg gjøre.

”Ja vi har hyppig kontakt med dem. De ble tatt mer med på lag. To-tre spesielt. Har snakket med brukene, fått presentere seg selv, hva de vil. Dette vil jeg, dette vil jeg ha utredet. Noen er ikke så bevisste. Brukeren får være med å bestemme, opplever det som bra. Føler de er viktig brikke, er med å bestemme.” K5

De ansatte opplever at brukerne ikke kan ivareta seg selv, de er vant til å måtte gripe inn og sette grenser for dem på en respektfull måte. De opplever derfor at det er til beste for

brukeren å samhandle om tiltak og utforme en felles handlingsplan/kriseplan som beskriver samhandlingen. En informant uttrykker:

”Brukeren har medvirkning, men kan ikke velge behandlingsopplegg, er under tvang, og kan bli hørt innenfor visse rammer. Han samtykket til å delta i prosjektet. Tror ikke det hadde vært mulig å gjennomføre med større brukervedvirkning. Har ikke IP, ønsker ikke det. Har laget handlingsplan, men ikke deltatt i å utvikle den pga sykdomsbildet.” K3

Brukerne samtykket til å delta i prosjektet ved prosjektstart. Prosjektmedarbeiderne prøvde å involvere dem så langt det gikk underveis ut fra deres forutsetninger. I både delprosjekt Rus og delprosjekt Psyk ble brukerne tatt med på råd når det gjaldt behandling og oppfølging. En bruker hadde konkret ønsker om å starte medisiner. En annen bruker hadde et urealistisk ønske om å starte utdanning, flytte og starte på nytt, samtidig som personen ikke klarte å ivareta seg selv. Brukeren ble tatt på alvor, lyttet til og lagd realistiske mål for den nærmeste framtid. Prosjektmedarbeideren fra kommunen deltar i daglig drift i bomiljøet og prosjektmedarbeider fra helseforetaket utfører også arbeid ute i kommunen i prosjektperioden. For brukerne vil det derfor ikke være et tydelig skille på prosjekt og daglig drift. Informantene framhevet at deres sykdomstilstand og reduserte kognitive funksjon bidro til at de ikke visste at de deltok i et prosjekt.

5.3.4 Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Brukerne karakteriseres blant annet av at de ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinære behandlingstilbud. De klarer av ulike grunner ofte ikke å holde avtaler og møte opp til utredning på HF dersom de er henvist dit. Det oppleves at prosjektet har gjort spesialisthelsetjenestene sine tilbud mer tilgjengelige for målgruppen ved at også HF har møtt brukerne i sitt nærmiljø. Det hevdes at flere brukerne har fått en kartlegging, utredning og oppfølging som følge av prosjektet som hadde vært vanskelig å oppnå uten denne tilnærmingen.

Alle informantene opplever at prosjektet har gjort spesialisthelsetjenestene sine tilbud mer tilgjengelige for målgruppen ved at HF har møtt brukerne i sitt nærmiljø. Dette oppleves positivt både fra informanter fra kommunen og fra helseforetaket. Informantene opplever at prosjektet har ført til kartlegging, utredning og oppfølging for flere brukere som hadde vært vanskelig å oppnå uten denne tilnærmingen. Informantene

fra kommunen begrunner dette med at brukerne har blitt aktivt oppsøkt og kartlagt av prosjektgruppen og fått samtaler med ansatt fra HF, der de bor. De forklarer videre at for å gjøre denne brukergruppen i stand til å nytte ordinære tilbud, må det nyttes alternative tilnærming for å opprette kontakt og gjøre tjenestene tilgjengelige for brukeren.

”De klarer ikke å møte til avtaler, klarer ikke å gå på DPS, gå på møter, eller holde tider - ingen rusmisbrukere holder tiden.” K2

Prosjektet har gitt mulighet til mer oppsøkende virksomhet og til å bruke tid på å skape tillit og kontakt med brukerne. Informantene i kommunen er opptatt av at brukerne må få et tilbud når de er klar for det:

”Brukerne får noen å snakke med, kunne gått til samtaler selv, men klarer ikke det. Prosjektet har gjort det enklere for brukeren å få hjelp. Erfart at de som er med i prosjektet får støttesamtaler, behandling og oppfølging.” K3

Prosjektet har gjort det mulig å arbeide fleksibelt rundt brukerne. Prosjektmedarbeiderne fra HF har fått mulighet til å møte brukeren hjemme og ta tak i problemstillinger til brukeren i eget miljø sammen med ansatte i kommunen. Dette opplever de som positivt og nyttig for brukerne. Noen brukere har fått innvilget fast oppfølging fra DPS. Dette fungerer bra ved at behandlere møter brukeren i egen bolig. Dette er ikke en direkte følge av prosjektet, men prosjektet har bidratt til å systematisere det for flere av brukerne.

”Prosjektet har mer gitt oss mulighet til å arbeide fleksibelt rundt brukeren, ta tak i saker, få til møter, få avklart rettigheter og behov. H7

Informantene fra helseforetaket mener en slik fleksibel tilnærming kan redusere antall henvisning til psykisk helsevern/DPS. De hevder at det kan redusere antall ”ikke møtt” konsultasjoner som er et problem for denne brukergruppen. Når ikke brukeren møter til avtalt tid, sendes henvisningen vanligvis i retur til henviser, og brukeren får ingen utredning eller behandling fra spesialisthelsetjenesten. Rus og psykisk helsetjeneste i kommunen bruker da ressurser på ny henvisning, motiverer til å møte og transporterer gjerne brukeren til konsultasjonen.

”var aktiv i bomiljøet, kartlegge og utrede hjemme hos pasienten, avklare symptomatologi... Kan unngå henvisninger inn – unngå ”ikke møtt” gjentatte ganger.” H6

En av informantene fra kommunen beskriver en person som ikke fått koordinert hjelp tidligere. Han har flere problem som hver for seg er ikke er så alvorlige, men som totalt sett gjør at personen ikke fungerer i samfunnet. Han har tidligere mottatt mange frittstående tiltak, som han har avsluttet etter hvert. Prosjektgruppen har brukt mye tid på kartlegging av alle enkelttiltak. Prosjektmedarbeiderne opplever at tilgjengeligheten av HF i kommunen, i form av et prosjektarbeid, er avgjørende for å ha fått utviklet et koordinert tilbud til brukeren.

”Han detter mellom mange stoler, ikke et alvorlig nok rusproblem, ikke en alvorlig nok psykisk sykdom, angst eller utviklingsforstyrrelse. Må arbeide med motivasjon for å gi han utredning og koordinerte tiltak. Dette er ikke saker som er raske å løse...” K5

Prosjektmedarbeiderne beskriver en annen bruker som ble observert og kartlagt når det gjaldt rusmiddelmissbruk og søkt om LAR behandling via prosjektet. Dette var tidligere avslått, men ble som følge av arbeid i prosjektet innvilget.

”For en av pas endte med å få en rusdiagnose og fikk dermed en LAR behandling. Det hadde han nok ikke klart å gjennomføre uten prosjektet. Ikke klart å møte til poliklinisk utredning gjentatte ganger.” H6

Informantene opplever dermed at et tilgjengelig helseforetak og samhandlingen i prosjektet førte til at flere brukere fikk behandling og oppfølging de ellers ikke ville ha fått.

5.3.5 Oppsummert opplevelsen av prosjektets betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet.

Virkningsfulle tjenester.

Informantene ga alle eksempler på bedret behandling og oppfølging for flere av brukerne i løpet av prosjektperioden og var positive til effekten for den enkelte bruker. Enkelte brukere fikk utredning og nye tiltak. Det synes som om prosjektet bidro til bedre struktur, koordinering og forutsigbarhet i oppfølgingen av den enkelte bruker. Det ble i mindre grad observert symptombedring i form av redusert uro og redusert rus. Det ble ikke registrert redusert antall akuttinnleggelsener eller uønska hendelser. For enkelte brukere ble det konkludert med at brukeren allerede hadde optimale tiltak, og at det ikke var mer å gjøre. Det ble kun kartlagt en bruker som stod helt utenfor behandlingsapparatet. Det er usikkert om den enkelte bruker merket effekt av selve

prosjektet. Det er gitt faglig veiledning hovedsakelig i delprosjekt Rus. Dette opplevdes positivt og bidro til faglig trygghet i tjenesteutøvelsen og realisme når det gjaldt mål for brukerne. Det opplevdes en bedre dialog, et mer ”tilgjengelig helseforetak” og det lyktes med avklaringer om enkeltbrukere. Avklaring av forventinger opplevdes som viktig i prosjektet. Faglig uenighet og ulike forventinger til når brukerne skal akuttinnlegges ble ikke avklart i prosjektperioden.

Trygge og sikre tjenester.

Delprosjektet Rus har hatt fokus på å forebygge uønska hendelser, vold og trusler. Ansatte opplevde i stor grad at veiledning i håndtering av brukere som har en utagerende og truende atferd har vært positiv. Dette har gjort dem tryggere i arbeidet og økt kompetansen på å tolke brukerens signaler, dempe konfliktnivået og nytte relevante sikkerhetstiltak. På lengre sikt kan dette dempe omfang av vold og trusler.

Involvere brukerne og gi dem innflytelse.

Brukerne har hatt begrenset grad av brukermedvirkning i prosjektet. Informantene fra helseforetaket opplevde brukermedvirkningen som en utfordring i prosjektet, mens informantene fra kommunen opplevde trygghet i å ivareta brukermedvirkningen. Prosjektet har ikke gitt en tydelig avklaring i hvordan det kan samarbeides om brukere som ikke ønsker hjelp, og som ikke ønsker en individuell plan.

Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling.

Det opplevdes at prosjektet har gjort spesialisthelsetjenestene sine tilbud mer tilgjengelige for målgruppen, ved at også HF har deltatt i å møte brukerne i sitt nærmiljø. Det hevdes at flere brukerne har fått en kartlegging, utredning og oppfølging som følge av prosjektet som hadde vært vanskelig å oppnå uten denne tilnærmingen.

6 Samhandling og kvalitet. Hva viser studien?

Samhandlingsreformen sin intensjon er å utvikle helhetlige tjenester til alle brukere gjennom økt samhandling mellom helseforetakene og kommunene. På bakgrunn av funnene i studien har jeg valgt ut drøftingstemaer som analyseres ut fra presentert empiri og teori. Drøftingen vil forsøke å gi mulige forklaringer for å besvare problemstillingen; *Opplevs det at samhandlingsprosjektet mellom kommunen og helseforetaket styrker samhandlingen og gir brukerne et kvalitativt bedre tjenestetilbud i tråd med samhandlingsreformens intensjon?*

Oppsummering av resultatene i studien viser at samhandlingsprosjektet på mange områder har lyktes ved at det opplevdes en økt samhandling og en bedret kvalitet på tjenestetilbudet til brukere med omfattende rus og psykisk lidelse. Studien viser at det opplevdes respekt og likeverdighet i kontakt og kommunikasjon mellom kommunen og helseforetaket i de fleste situasjoner og at dette bedret seg i prosjektperioden. Det opplevdes en avklaring i forventninger og oppgavefordeling mellom kommunen og helseforetaket når det gjaldt planlagt oppfølging og innleggelse. Det opplevdes fortsatt utfordringer og ulike forventninger når det gjaldt bruk av kriseplan og håndtering og tilnærming til brukerne i enkelte akutte situasjoner. Dette kan ha betydning for samhandlingen og dermed kvaliteten på tjenestetilbudet for den enkelte bruker. På individnivå opplevdes det en bedret kvalitet på tjenestetilbudet i form av bedre struktur, koordinering og forutsigbarhet i behandlingen og oppfølgingen av brukerne. Opplevelse av økt trygghet og kompetanse hos ansatte i å håndtere akutte situasjoner kan på sikt medføre reduksjon av vold og trusler. Det opplevdes en større fleksibilitet og tilgjengelighet i tjenestetilbudet ved at helseforetaket ”kom ut” i kommunen. Prosjektet er ikke videreført etter prosjektperioden, slik at det er ikke oppnådd varige endringer som vil komme nye brukere til gode. Det er heller ikke oppnådd varige endringer i samhandlingen på systemnivå utover at enkelte av tiltakene er medtatt i forslag til nye samhandlingsavtaler.

6.1 Bedret samhandling som følge av prosjektet?

I dette kapittelet vil jeg drøfte forskningsspørsmål en: *”I hvilken grad opplevs det at prosjektet har bidratt til en bedre samhandling mellom kommunen og helseforetaket ved*

- *at det oppleves likeverdighet, respekt og forståelse i kontakt og kommunikasjon*
- *at det er avklarte forventinger og tydelig ansvars- og oppgavefordeling. Tjenestetilbudet er samordnet, koordinert og gjennomført på en rasjonell måte.*
- *at det er bedre samhandling på systemnivå ved at det er etablert nye rutiner og nye tiltak er implementert i drift?”*

6.1.1 Kommunikasjon preget av likeverdighet, respekt og forståelse

Kommunikasjon, respekt, forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og anerkjennelse av faglig kompetanse mellom samarbeidsparter har avgjørende betydning for god samhandling ifølge Wisløffutvalget (NOU 2005;3, s 13) og Lindberg (2003). Kommunikasjonenes betydning bekreftes som en svært viktig del av prosjektet av alle informantene fra kommunen. Det oppleves at prosjektet har bidratt til forbedring her. Informantene fra kommunen framhever spesielt betydning av å oppleve likeverdighet og å bli tatt på alvor når det gjelder faglige vurderinger. Dette gjelder både ved planlagt oppfølging og ofte i akutte situasjoner. Å bli hørt og forstått av helseforetaket i krisesituasjoner er viktig for ansatte i rustjenesten.

Menneskelig kjennskap, kontakt, respekt og opplevelse av å bli hørt skaper tillit. Slik jeg ser det vil det å ha større kjennskap og tillit til hverandre, skape rom for forståelse og respekt for den andre partens faglige avgjørelser. Informantene i kommunen opplever at de blir positivt møtt i helseforetaket når de to ”kjente” prosjektmedarbeiderne fra helseforetaket har vakt i AAT. Dette viser at personlig kontakt mellom ansatte i helseforetaket og kommunen er viktig i samhandlingen. Informantene opplever at det har vært et likeverdig og respektfullt samarbeid i prosjektgruppene. Prosjektmedarbeiderne hadde felles arbeidsdager ukentlig med felles møter der de la planer, gjennomgikk utført arbeid og praktisk fordelte oppgaver. I delprosjekt Psyk opplevde de å samarbeide tett og oppnådde enighet i tilnærmingen til brukerne. Også i delprosjekt Rus var det et respektfullt og likeverdig samarbeid, selv om det var noe frustrasjon vedrørende periodevis manglende kontinuitet og deltaking fra prosjektmedarbeider i HF. Det var og en usikkerhet om prosjektmedarbeider fra HF sin rolle og faglig uenighet mellom prosjektmedarbeiderne en periode vedrørende tilnærmingen til enkeltbrukere. Usikkerheten og uenigheten var organisatorisk og faglig betinget. Prosjektmedarbeiderne hadde ikke myndighet til å overstyre brukernes behandlingskontakter i HF. I tillegg opplevdes det en usikkerhet om hvor langt tiltakene

kunne gå når det gjaldt ustabil fungerende brukere som tidvis trakk samtykket til kartlegging og samtaler. Uenigheten ble løst ved at prosjektmedarbeider fra HF fikk en tilleggsrolle i prosjektet i form av veiledning til personalet i forebygging og håndtering av vold og trusler.

Det å ha fokus på brukeren, tilnærming og opplevelse av å ha et felles mål å arbeide for blir omtalt i Lindberg (2003). Hun kaller dette grenseoverskridende objekt. Brukeren defineres her som det grenseoverskridende objekt. Prosjektgruppen enes om praktisk utføring av tiltak i prosjektet. Prosjektmedarbeiderne fra helseforetaket har, ved det konkrete arbeidet med brukere i deres nærmiljø, fått en helhetlig kunnskap om brukeren og dens behov. I tillegg har de og fått en førstehåndskunnskap om arbeidsforholdene og realistisk vurdering av muligheter for tiltak i kommunen. Felles engasjement i brukerens beste og forståelse for andres arbeidssituasjoner letter samarbeidet ifølge Lindberg (2003). Orvik (2004) definerer samarbeid som en positiv innstilling til å gjøre felles arbeid og samhandling som forpliktende arbeid for å sikre flyt og sammenheng i tjenester. Det er tydelig at prosjektgruppene gjennom sitt direkte arbeid med brukerne opplever at dette har betydning for arbeidet i det daglige. Som en av prosjektmedarbeiderne sier det; det er *”viktig å ha et forum der vi diskuterer vanskelige saker ... positivt å ha tettere kontakt... en god arbeidsmåte” H7*

Videre formidling av egen personlig kjennskap og erfaring er ofte vanskelig. Prosjektmedarbeiderne fra helseforetaket har i liten grad klart å videreformidle den personlige kjennskapet til brukergruppen og tjenestetilbudet til andre som har vakt i AAT. Dette medførte at ansatte i kommunen opplevde en individuell forskjell i hvordan de ble møtt. Det er tydelig at det trengs et større fokus på det å bli kjent med hverandres fagområde og at det må legges vekt på å spre denne forståelsen hos begge parter. Lindberg (2003) omtaler grenseoverskridende aktiviteter som tiltak for å skape større forståelse mellom organisasjonene. Prosjektmøtene og arbeidet i prosjektgruppene har fungert som et samhandlingsteam og vært grenseoverskridende aktiviteter. Informantene opplever dette som positivt og viktig, og det er derfor uheldig at dette tiltaket ikke videreføres etter prosjektperioden.

Øgar og Hovland (2004) hevder at god kommunikasjon er sentralt i all samhandling, og alt som påvirker kommunikasjonen vil også påvirke samarbeidet. Informantenes

opplevelse kunne være situasjonsbestemt. Flere av informantene hadde tidligere opplevd at deres observasjoner ikke alltid ble tatt på alvor. I prosjektperioden var det svært tydelig at uheldige enkeltepisoder virket forstyrrende på samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket. En av informantene beskrev en slik konkret negativ opplevelse. Intervjuet var preget av denne enkelthendelsen. Informanten beskrev opplevelsen av å bli møtt på en uhøflig måte og med manglende respekt for den faglige vurderingen av brukeren. En liknende hendelse ble beskrevet i styringsgruppen. Slike hendelser opplevdes som ødeleggende for samarbeidsklimaet og medførte frustrasjon og sannsynligvis større avstand samarbeidsmessig.

Øgar og Hovland (2004) beskriver et forskjøvet maktforhold mellom helseforetaket og kommunen når det kommer til konkret faglig uenighet om tilnærming til bruker og aktuelle tiltak for bruker. Selv om helseforetakene er pålagt å sørge for godt samarbeid og samarbeidsrutiner med kommunen er det ofte i konkrete situasjoner samarbeidet blir utfordret. Dette kan slik jeg ser det påvirke samhandlingen og var også tilfellet i prosjektet jeg studerer. Informantene i kommunen opplevde at det er helseforetaket som hadde den største myndigheten både når det gjaldt innleggelse og utskrivninger. I enkelte tilfeller hevdet de at spesialistkompetanse ble brukt som et middel til å få gjennomslag for avgjørelser. De opplevde også å bli møtt med en holdning om at helseforetaket visste best hva brukeren hadde behov for. Ansatte oppfattet at mangel på kapasitet eller et ønske om ikke å få en ”vanskelig” bruker innlagt som det egentlige motiv for ikke å legge brukeren inn. Dette var akutte situasjoner der ansatte var fortvilet, engstelige og opplevde å ha prøvd alle tiltak i kriseplan. Ansatte i kommunen hadde en forståelse av at de kjente brukeren best, ønsket å skjerme bruker, ønsket å unngå bruk av tvangsinnlegging og var opptatt av å tilby en verdig og human behandling av bruker. Å oppleve å ikke bli hørt i situasjoner der de opplever at brukeren ikke får hjelp, og at de selv opplever usikkerhet og redsel, medfører frustrasjon og mistillit. Jacobsen (2004) hevder at profesjonaliseringen og spesialiseringen kan føre til forsvar av eget fag, egen organisasjon og egne avgjørelser. Dette er noe vi muligens ser eksempler på her både fra kommunen og helseforetaket sin side. Utfordringene i kommunikasjonen i slike enkeltsituasjoner medfører manglende tillit og respekt til hverandres faglige vurderinger.

Informantene fra HF legger ikke like stor vekt på kommunikasjonens betydning for samhandlingen. Det er trolig også naturlig da det er kommunen som har den daglige oppfølgingen av pasientene, mens det er helseforetaket, ved AAT, som vurderer og avgjør om brukeren skal innlegges akutt eller ikke og hvor langt oppholdet skal være. Det har vært dialog omkring disse konkrete akutsituasjonene i styringsgruppen og de faglige vurderingene er belyst på god måte fra begge sider. Det er AAT/helseforetaket som har myndighet til og ansvar for å vurdere brukeren for tvangsinnleggelse. I den grad de avslø tvangsinnleggelse og avventet situasjonene, opplevde ansatte i kommunen at de ikke ble hørt og at brukeren ikke fikk hjelp. Mistilliten ble spesielt stor når tvangsinnleggelse ble utført på et senere tidspunkt ved forverring av situasjonen. Helseforetaket på sin side opplevde av det i enkelte situasjoner var best å ha en avventende holdning, at ansatte tok for tidlig kontakt eller at brukers symptomer kunne bedres uten tvangsinnleggelse. HF vurderer tvangsinnleggelse, eventuelt ved bruk av politi, som nedverdiggende for brukeren og vurderer dette opp mot alvorligheten i situasjonen og nytten av innleggelse. Helseforetakets vurdering er derfor komplisert og må basere seg på kunnskap, erfaring og ulike vurderinger veid opp mot hverandre. Det er derfor vanskelig å vurdere ut fra dette caset om det er var et reelt uheldig maktforhold i likeverdighetstenkingen mellom helseforetaket og kommunen, om dette representerer ulikhet i ansvarsforhold mellom helseforetak og kommune eller om det baserer seg på ulik faglig kompetanse og profesjonell forståelse av situasjonene.

Utfordringene i kommunikasjonen i caset er i tråd med Orvik (2004) sin beskrivelse av samarbeid som personavhengig og Øgar og Hovland (2004) som sier at kommunikasjonen påvirker alt samarbeid. Selv om prosjektet hadde et mandat fra styringsgruppen vil all samhandling i prosjektgruppen og daglige drift være avhengig av enkeltindividene som skal samarbeide. Samhandlingen vil dermed slik jeg ser det være avhengig av hver enkel person som skal samarbeide. Samtidig framhever Wisløffutvalget at brukere som har et stort behov for samhandling slik som brukere med rus og psykisk lidelse vil ha et behandlings- og omsorgsbehov som ingen tjenesteytere kan løse alene. Det å få samhandlingen satt i system, slik at det fungerer i praksis, er derfor helt avgjørende for kvaliteten på tjenesten til denne brukergruppen.

6.1.2 Oppgavefordeling og samordning har betydning for brukere og ansatte.

Evaluering av rusreformen har vist at dette området er preget av brudd i behandlingsforløpet (St.meld 47 (2008-2009)). Resultatet fra samhandlingsprosjektet opplevdes som vellykket når det gjaldt koordinering av tjenestene for brukerne det ble arbeidet med. Det ble gjort kartlegging, avklaring og utarbeidet handlingsplan/kriseplan for de fleste brukerne som ble tatt inni prosjektet slik planen var.

Alle informantene opplevde prosjektet som positivt og de opplevde nytteverdi for brukerne og for seg selv som ansatt/ prosjektmedarbeidere. Informantene fra HF opplevde det positivt å komme ut i kommunen og arbeide aktivt oppsøkende med brukerne. Særlig nevnte alle prosjektmedarbeiderne den tette kontakten og det å ha et faglig forum der vanskelige saker kunne drøftes. Nytteverdien av koordineringstiltak som settes i verk må vurderes mener Jacobsen (2004). Det synes som om arbeidet på individnivå i prosjektgruppene opplevdes nyttig for deltakerne. Dette er slik jeg ser det en viktig forutsetning for å kunne gjøre et godt arbeid med brukerne. Representantene i helseforetaket i styringsgruppen påpeker at *”det er ikke alltid mer utredning som er det beste tiltaket, men hvordan en samarbeider om oppfølgingen av brukerne med omfattende hjelpebehov”*. I delprosjekt Rus uttrykte informantene fra kommunen skuffelse over å ikke ha oppnådd større avklaringer når det gjaldt utarbeiding og bruk av kriseplan og håndtering av akutt oppståtte situasjoner. Det var faglig uenighet og ulike forventinger til når brukerne skulle akutt innlegges. Flere forhold kan virke inn og forklare utfordringene selv om det ikke gjør behovet for samhandling og avklaring av akutte situasjoner mindre.

Helseforetaket opplevde, ifølge informantene fra HF, dette som svært krevende brukere. Akutte situasjoner, med atferdsutfordringer, er trolig det mest krevende området. Det er svært mange behandlere inne i bildet for disse brukerne som medfører behov for koordinering også internt i HF. Kombinasjonen rus og psykisk lidelse kompliserer arbeidet i tillegg til at rusmiddelmissbrukerne har en atferd som er uønsket de fleste steder i samfunnet, inkludert i spesialisthelsetjenesten. Personer med samtidig rus og psykisk lidelse er en forholdsvis ny pasientgruppe i helseforetaket både når det gjelder pasientrettigheter og behandling for rusmiddelavhengighet. Behandling for rusmiddelavhengighet ble innlemmet i spesialisthelsetjenesten først i 2004 og de fikk

pasientrettigheter samme år. Kompetanse og tjenester til rusmiddelmissbrukere har tradisjonelt vært fordelt på mange aktører i samfunnet blant annet private institusjoner og sosialtjenestene i kommuner. Det tar tid å bygge opp kompetanse på rusfeltet i helseforetaket og i kommunen. Et annet forhold som og er av betydning er at rusmiddelmissbrukerne ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinære tilbud på en adekvat måte og trenger utradisjonell tilnærming. De følger gjerne ikke opp egen behandling, timeavtaler, møter opp ruset til avtaler og kommer ikke til DPS selv om de er henvist.

Lindberg (2003) benytter begrepene grenseoverskridende objekter og aktiviteter for å bedre samhandling. Brukerne var det grenseoverskridende objektet som medførte felles forståelse i prosjektgruppen. Det ble oppnådd en større forståelse for hverandres arbeid og konsekvenser av tiltak for bruker og samarbeidspart for deltakerne i prosjektgruppen. I tillegg til informasjon om brukerne og deres behandling og oppfølging og behandling var handlingsplanene og kriseplanene konkrete grenseoverskridende aktiviteter som bidro til å avklare forventninger og tydeliggjøre ansvarsforhold. For de ansatte i kommunen var det viktig å vite hvilke tiltak de skulle sette i verk ved aggresjon, hvor lenge de skulle avvente situasjonen, hvem de skulle kontakte for veiledning og når det var indikasjon på å få brukeren vurdert for innleggelse. Kriseplanene bidro til økt trygghet for personalet som arbeidet i kommunen.

Psykisk sykdom og vrangforestillinger gjør og at brukerne periodevis kan være mistenksomme til tjenesteyterne og ikke samtykke til utarbeiding av individuell plan. Dette er bakgrunnen for at rustjenesten i kommunen sterkt ønsker handlingsplan og kriseplan for bruker som ikke samtykker til individuell plan. ROP - retningslinjen viser og til at det må samarbeides om de sykeste brukerne selv om de ikke samtykker til dette (Helsedirektoratet, 03/2012). Den faglige uenigheten, og usikkerheten som oppsto i prosjektgruppen delprosjekt Rus, bidro til at ikke alle brukerne fikk utarbeidet kriseplan i løpet av prosjektperioden. Informanten som var uenig og usikker når det gjaldt utarbeiding av kriseplan ved manglende samtykke sa seg også enig ved prosjektslutt om at det må samarbeides om de sykeste brukerne. Det er mulig kompetanse, veiledning og oppfølging av prosjektmedarbeider underveis i prosjektet ville gitt et annet resultat. Styringsgruppen og ledelsen klarte ikke å håndtere denne uenigheten underveis i prosjektet. Dette var uheldig for resultatet av dette delprosjektet.

Rustjenesten i kommunen opplever at de har en større kompetanse og erfaring på riktig tilnærming til brukerne og opplever at helseforetaket til tider har manglende kompetanse på området. Arbeidsmetodene i kommunen er preget av at ansatte i kommunen oppsøker brukeren hjemme, har gjentatt kontakt over tid, har naturlige møtepunkt og er offensiv når brukeren er motivert. Ulike profesjonsgrupper som medisinskfaglige, psykologiske og sosialfaglige profesjoner kan ha ulik tilnærming til brukere som kan ha betydning for hvilke tiltak som velges og tolkes som riktige. Tiltaksutvikling og ulik forståelse kan også ha sammenheng med at kommunen relaterer sine mål til funksjonsnivå, mens foretakene relaterer sine mål til lindring og reduksjon av sykdomsprosesser (St. meld nr 47, (2008-2009)).

Jacobsen (2004) viser at profesjonalisering og spesialisering gjør samhandlingen vanskelig. Axelsson og Axelsson (2006) hevder at det dermed trengs økende samordning og samarbeid på tvers av avdelinger og organisasjoner. Helseforetaket har benyttet nyutdannede prosjektmedarbeidere på et område som av begge parter oppleves som et krevende fagområde. Det var et godt samarbeidsklima i prosjektgruppene og sammen fikk de utrettet et godt individrettet arbeid. Likevel opplevde prosjektmedarbeiderne i helseforetaket at det var vanskelig for å få gjennomslag for endringene i HF, og at det er en stor grad av spesialisering og et fragmentert tjenestetilbud i HF. Forventningene i kommunen var store når det gjaldt prosjektet og det opplevdes vanskelig for prosjektmedarbeiderne fra helseforetaket å innfri forventningene. Slik jeg ser det var det urealistiske krav og forventinger som ble stilt dem. Via prosjektet har rus- og psykisk helsetjeneste fått innblikk i manglende koordinering mellom psykologer, psykologspesialister, overleger, psykiatere, og ansatte ved LAR post, med avgrenset myndighet innenfor hvert sitt spesialområde. Figur 1 viser at manglende koordinering og brudd i det helhetlige pasientforløpet også kan oppstå internt i en organisasjon som HF eller kommunen slik som her beskrevet. Dette vil slik jeg ser det ha betydning for samhandlingen mellom organisasjonene. Prosjektmedarbeiderne har opplevd dette som frustrerende.

Avgjørelser som blir tatt i helseforetaket og konsekvensene har innvirkning på den oppfølgingen brukeren får i kommunen. Endringer i medisinerer som gjøres når brukeren er innlagt i helseforetaket kan påvirke atferden til brukeren etter utskriving.

Økt aggresjon, fare for truende atferd kan medføre redusert livskvalitet for brukeren, og vanskeliggjøre arbeidsforholdene for de ansatte i kommunen. Lindberg (2003) sier at samarbeidspartene er skilt i tid og rom og ser ikke konsekvensene av egne handlinger for den andre parten. Alle informantene i kommunen hadde ulike eksempler på tiltak som var utført i helseforetaket som de oppfattet som uheldig for brukeren. Dette kom til uttrykk i kommunens behov for å ha oppdatert informasjon om endring av medikasjon for brukerne. For å kunne gi riktig dose eller medikament, var kommunen avhengig av å få informasjon om endringene slik at de kunne anskaffe medikamentene til riktig tid. Forglemmelsene kunne førte til merarbeid, hastverk og risiko for unødig aggresjon hos bruker og unødig trussel for ansatt. Dette viser at brudd i pasientforløpet mellom helseforetaket og kommunene, slik beskrevet i figur 1, har betydning for oppfølging av brukerne og for den ansattes arbeidsforhold (Dawson og Bremnes, 2011).

6.1.3 Samhandling på systemnivå - vanskelig å etablere nye rutiner

Godt samarbeidsklima både på ledelsesnivå og mellom faggruppene og de aktuelle aktørene i helseforetak og kommunen vil være svært viktig for å skape gjensidig forståelse og samhandling på alle nivå. I tillegg trengs det tydelig prosjektstyring (Nylehn, 2002, Westhagen et al., 2008). Ledelsen har et ansvar for å samordne tiltak som fremmer samhandling mellom enkeltpersoner og tjenester ifølge Orvik (2004). Gode erfaringer og relasjoner oppnådd i prosjektet er videreført i den ordinære oppfølgingen og samhandlingen om enkeltbrukere. Men det er ikke oppnådd en videreføring av de konkrete tiltakene som ble opprettet i prosjektet slik som opprettelse av et fast forum/samhandlingsteam og systematisk bruk av kriseplan for de sykeste brukerne.

Prosjektet har vært styrt av en styringsgruppe med medlemmer fra ledelsen i HF og kommunen. Prosjektmedarbeiderne har tilsvarende vært tilsatt i HF og kommunen. Prosjektet har tydelig vist utfordringer ved å ha en felles ledelse av et prosjekt på tvers av organisasjonene. Dette har gitt seg utslag i at faglig uenighet og usikkerhet i prosjektgruppene ikke har fått en avklaring i styringsgruppen selv om det til dels var en enighet under styringsgruppemøtene. Utskifting i styringsgruppen medførte også avlysning av møter og manglende styring en periode som resultat. Det var i utgangspunktet en felles intensjon at samhandlingsprosjektet skulle bedre samhandlingen om de mest kompliserte brukerne.

Prosjektet var initiert av kommunen. Kommunen har det totale ansvaret for brukerne når det gjelder bolig og annen oppfølging. Informanter og ledelse i kommunen opplever at prosjektet hadde stor nytteverdi og var viktig for å utvikle et bedre tjenestetilbud til brukerne. Det er mulig at HF ikke opplevde samme nytteverdi som kommunen av prosjektet og dermed ikke prioriterte det ressursmessig. HF benyttet nyutdannede prosjektmedarbeidere i prosjektgruppene. Det var og praktiske vansker med å gjennomføre prosjektgruppearbeidet i perioder der en av prosjektmedarbeiderne ikke ble fritatt for ordinære arbeidsoppgaver i HF. Dette påvirket kapasiteten og framgangen i prosjektet. Det er vanskelig å vurdere om dette var reelle kapasitetsvansker i HF eller om det totalt sett var et resultat av lav prioritering av prosjektet. Psykiatrisk klinikk har i løpet av prosjektperioden gjennomgått en omfattende intern gjennomgang og en omorganisering. Det er mulig prosjektet ble gjennomført på et vanskelig tidspunkt for HF. Det er mulig dette kan være en årsak til at kommunen opplevde en manglende prioritering og oppfølging av prosjektet fra HF sin side.

Det er ikke oppnådd målet om å få utarbeide helhetlige pasientforløp på systemnivå i prosjektperioden. Det vil være nødvendig å ha fokus på dette i videre samhandling mellom kommunen og helseforetaket. Dette er ikke tatt med i forslag til ny avtale. Det er mulig at utarbeiding av helhetlige pasientforløp ville vært lettere å få gjennomført dersom prosjektet var igangsatt etter at samhandlingsavtalene var inngått. Det er kommet med et punkt i avtalen om at det skal utarbeides kriseplan for brukeren ved behov. Dette kan få positiv betydning for håndtering av akutte situasjoner i framtiden. Helseforetaket og kommunene i regionen innførte for en del år siden gjensidige hospiteringer som tiltak for å oppnå en større forståelse for hverandre arbeidsoppgaver og arbeidsområde. Dette framholdes som positivt av informantene i kommunen. I forslag til nye samhandlingsavtaler blir dette tiltaket videreført. I styringsgruppen ble det foreslått å ha dialogmøter med deltakere fra styringsgruppen og prosjektgruppen som en fortsettelse av prosjektet. Hospitering og dialogmøter kan fungere som grenseoverskridende aktiviteter og ha betydning for ansatte både i kommunen og helseforetak (Lindberg 2003).

Prosjektmedarbeiderne har tanker om prosjektets betydning på systemnivå og muligheter til forbedring. Det nevnes bedring av informasjonsflyten mellom kommunen

og helseforetaket. Både informanter fra kommunen og helseforetaket ønsker og et faglig forum/samhandlingsteam tilsvarende den funksjon prosjektgruppene har hatt. En forutsetning for et samhandlingsteam er at aktører med nødvendig kompetanse og myndighet deltar. Prosjektmedarbeiderne framholder alle at de har opplevd det positivt å ha et team/forum der de kunne drøfte brukerne. For å videreføre tiltaket til ordinær drift kreves det prioritering av ressursbruk fra HF sin side ved å opprette et samhandlingsteam som kan delta i å oppsøke brukerne ute i kommunen.

Kommunikasjon, likeverdighet, respekt og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver opplevdes av informantene som gode i prosjektgruppene. Lindberg (2003) hevder dette er viktig for å oppnå resultater. Det er naturlig å tro at prosjektgruppene fikk et tett samarbeidsforhold og var opptatt av å gi helhetlige tjenester til "vår felles bruker". Det kan tenkes at styringsgruppen var mer opptatt av samhandlingen i prosjektet som grenseavklaring og hva som er "mitt og ditt bord". Slik jeg ser det er dette et perspektiv som ikke har et så stort pasientfokus.

Styringsgruppen opplevde det også som veldig positivt å ha tettere kontakt mellom kommunen og helseforetaket i løpet av prosjektet. I prosjektet fungerte prosjektgruppemøtene og styringsgruppemøtene som grenseoverskridende aktiviteter (Lindberg 2003) som bedret forståelsen av arbeidet som ble gjort underveis.

Lindberg (2003) beskriver at samordning sees på som et virkemiddel for å løse kompliserte saker. Selv om prosjektgruppen hadde fått et mandat til å samordne tjenestene ved å kartlegge brukerne og lage felles handlingsplaner kan det synes som om oppdraget ikke var tydelig nok definert. Det kan og tenkes at prosjektet ikke var tilstrekkelig forankret i ledelsen og aktørene som har myndighet i helseforetaket eller at det var prioritert høyt nok ressursmessig til å få gjennomslag for endringer. Det er mulig at det å opprette et samordningstiltak ikke var det rette tiltak å sette i verk for å løse den felles utfordringen med brukergruppen. Axelsson og Axelsson (2006) sier at samordning og ledelse på tvers av organisasjoner er svært utfordrende og at den er avhengig av frivillighet og samarbeid. At dette er krevende ved uenighet bekreftes, slik jeg ser det, i prosjektet.

6.2 Får brukerne et bedre tjenestetilbud gjennom prosjektet?

Ut fra analyse av datamaterialet vil jeg i kapitlet forsøke å svare på det andre forskningsspørsmålet; *I hvilken grad oppleves det at samhandlingsprosjektet har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet til brukeren ved*

- *at pasienten/brukeren får et helhetlig tjenestetilbud, blir ivaretatt på en god måte og at det er satt realistiske mål for tjenestetilbudet brukeren? (Virkningsfulle tiltak)*
- *at de ansatte opplever forutsigbarhet og faglig trygghet i møte med brukeren og visshet om at bruker får et adekvat helsetilbud (Trygge og sikre tjenester)*
- *at brukeren er involvert og har fått deltatt i utformingen av tjenestetilbudet (involvere brukerne og gi dem innflytelse)*
- *at brukerne har fått adekvat behandling og kan nyttiggjøre seg tjenestetilbudene? (Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling)*

6.2.1 Vurdering av kvalitet

NOU 2005 hevder at god kvalitet i tjenestene forutsetter ofte god samhandling mellom tjenesteutøvere. Det vises også til at tjenestene i tillegg må være faglig gode og trygge hver for seg. Studien viser at det har vært fokus på kvalitetsarbeidet i løpet av prosjektperioden. Det er gjort en rekke tiltak for å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet til brukerne blant annet kartlegging og utredning av brukere og veiledning til ansatte. Det er to viktige mål i et kontinuerlig profesjonelt arbeid; ”å gjøre jobben og å forbedre jobben” (Batalden i Ogrinic og Headrich, 2008). Kvalitetsforbedring handler om den siste delen. Det er mange måter å oppnå varig kvalitetsforbedring på, men vellykket innsats er preget av to viktige funksjoner. Det er organisasjonenes evne til å løse flere utfordringer samtidig og ferdighet til å tilpasse løsningene til organisasjonens egenart og kultur (Bate et al., 2008).

I prosjektet er det arbeidet for å utvikle det helhetlige tjenestetilbudet til brukerne, i kommunen og i overgangen mellom kommunen og helseforetaket. Studien omhandler ikke den faktiske kvaliteten på tjenestetilbudet og forbedringer her, men derimot informantene sin opplevelse av tiltakene sin betydning. Ansatte og prosjektmedarbeidere vurderer kvaliteten på tjenestetilbudet. Dette er hva Øvretveit (1992) kaller profesjonell eller faglig kvalitet. I tillegg er ledelsesperspektivet,

representert ved styringsgruppen, nyttet for å supplere informasjonen. Jeg mangler derved brukerperspektivet som er den tredje dimensjonen for å vurdere om kvaliteten er bedret i form av økt brukertilfredshet. De profesjonelle kan vurdere den faglige standard, resultat, prosesser og risiko i tjenesten, mens ledelsen kan vurdere om ressursene fordeles og utnyttes på en god måte. I den grad jeg beskriver resultater hos brukerne er dette de ansatte sin opplevelse av hva de tror brukerne mener.

6.2.2 Tiltak som virker og er realistiske.

Samhandlingsreformen peker på store utfordringer når det gjelder samhandlingen om pasienter med rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse (St.meld 47 (2008-2009)). Avhengighet av rusmidler medfører store sosiale problemer, redusert levestandard, dårlig helse og ernæring (St. meld 16 (2011-2015)). Dette er brukere som har store behov for sammenhengende helsetjenester av god kvalitet og brudd i tjenesteytingen vil medføre risiko for et dårlig tjenestetilbud til brukergruppen slik jeg ser det. Tjenestene hver for seg må også være av god kvalitet (NOU, 2005).

Kvalitet er summen av brukertilfredshet, profesjonelle målinger, effektivitet eller reduserte kostnader og en erkjennelse av betydningen av forbedring (Øvretveit, 1992). Ut fra mandatet til samhandlingsprosjektet har det vært fokus på mange av disse områdene, uten at de har vært fulgt opp med konkrete målinger. Studien viser at det er mange eksempler på bedre utredning, behandling og oppfølging for flere av brukerne som ble tatt med i prosjektet. Det er vanskelig å vurdere den reelle effekten av prosjektet for brukeren siden prosjektet var så integrert i den daglige drift. Det ble imidlertid hevdet at flere av tiltakene ville vært vanskelig å få gjennomført uten prosjektet og at prosjektet var en viktig pådriver for å få tiltak på plass. Undersøkelser har vist at pasienter ofte legger mer vekt på andre dimensjoner, blant annet livskvalitet enn symptomreduksjon, som ofte er det mål behandlerne er mest opptatt av (Helsedirektoratet, 06/2011). Det er usikkert om den enkelte bruker har merket effekt av selve prosjektet. Flere av informantene tror at brukerne opplever å bli bedre ivaretatt.

Prosjektet har imidlertid vært nyttig for ansatte og prosjektmedarbeidere i kommunen. Informant K1 uttaler at *”Prosjektet har vel hjulpet mer oss ansatte - ja det hjelper jo selvfølgelig dem (brukeren, forfatter anm.) også når vi får hjelp.”* Dersom prosjektet

har bidratt til å gi ansatte en faglig trygghet, er dette indirekte med å gi kvalitet på tjenestetilbudet til brukerne, slik jeg ser det.

Resultatmåling er ikke bare viktig for pasientene, det er også viktig for tjenesteyterne og helsetjenestene for å se om tiltak fører til resultater. Det mest tradisjonelle har vært bruk av mål på symptomer og plager, mens det i senere tid også brukes mål på praktisk og sosial fungering, livskvalitet og eventuelt omfang av udekkede behov (Helsedirektoratet, 06/2011). Det ble ikke gjort målinger i prosjektet og begrunnet med at prosjektet var av for kort varighet til å se endring hos denne type brukere. Kvalitet er summen av enkeltelementene i følge Øvretveit (1992). En rekke av enkelttiltak i prosjektet opplevdes nyttig for alle informantene. Prosjektmedarbeiderne kartla sammen hvilke undersøkelser, behandling og oppfølging brukeren hadde fått tidligere og hvilke tjenester som var aktive både i kommunen og i helseforetaket. Samlet vurdering av opplysninger om brukerne og samordning av brukernes tiltak opplevdes som verdifull av informantene. Avklaring av forventinger oppleves som viktig i prosjektet. Det oppleves en bedre dialog, et mer ”tilgjengelig helseforetak” og det har lyktes med avklaringer og tiltaksforbedring for enkeltbrukere i prosjektet.

Ogrinic og Headrich (2008) trekker fram det å arbeide i team som nødvendig for å forbedre kvaliteten og effektivisere arbeidet i helsetjenesten. Sentrale verdiene som binder alle helseprofesjoner sammen, er fokuset på å forbedre omsorgen og behandlingen for pasientene. Dette er et viktig utgangspunkt for alt tverrfaglig samarbeid. Det å bli møtt med respekt og omtanke i kombinasjon med faglig god behandling, vil være et uttrykk for god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Bate et al. (2008) beskriver at emosjonelle prosesser; engasjerte og motiverte medarbeidere er en viktig forutsetning for å lykkes med kvalitetsforbedring. Studien viser at informantene er svært positiv til prosjektet og engasjert i å utvikle og forbedre det helhetlige tjenestetilbudet til brukergruppen.

Det er informantene fra kommunen som viser mest engasjement til prosjektet og forbedring av samhandlingen med helseforetaket. Det at de selv eller kollegaer har bidratt til å få prosjektet i gang (”bottom up” prosjekt), gjør og sannsynligvis sitt til at de opplever seg betydningsfulle i tjenesten, er engasjerte og har tro på prosjektet.

Øvretveit (1992) sier at kvalitet handler like mye om å endre måten folk forholder seg til hverandre på, og om å gjøre arbeidet mer tilfredsstillende, som det handler om kontroll, systemer og å sette standarder for kvalitet. Prosjektmedarbeiderne fra helseforetaket var nyansatte og hadde i større grad fått tildelt en oppgave og en rolle som de opplevde som vanskelig å oppfylle. Dette gjaldt spesielt delprosjekt Rus og kan ha skapt usikkerhet og ulikhet i engasjement mellom kommunen og helseforetaket. Team defineres som en gruppe personer som arbeider sammen for å oppnå et felles mål som de er gjensidig ansvarlige for (Ogrinic og Headrich, 2008). Delprosjekt Psyk arbeidet godt i lag som et team, det var stor kontinuitet i teamet og engasjement for å løse mandatet i prosjektet. De hadde stort fokus på de enkelte brukerne som trengte avklaringer. Alle informantene opplevde og at dette delprosjektet oppnådde et bedre resultat på tross av kortvarig prosjekttid. Dette var overraskende resultat i prosjektet. Det gode teamarbeidet, tydelig prosjektleder og de avklarte rollene i prosjektet kan være mulige forklaringer.

Det ble kun kartlagt en bruker som stod helt utenfor behandlingsapparatet. *”Det er godt å få avklart diagnose for å få vite hvordan vi skal forholde oss til han”*. Dette var nyttige opplysninger for både helseforetaket og kommunen. Ut fra informantens utsagn fikk brukeren et bedret tjenestetilbud som følge av prosjektet, og det var tilfredsstillende for informantene å få avklaringer her.

I studien kom det fram at det å få kartlagt og vurdert brukere og konkludert med at brukeren får optimal oppfølging bidrar til realisme i forventning til effekt av behandling. *”...vi må godta at sånn har hun det”*. Ansatte som arbeider tett på brukeren kan ha urealistiske forventninger til hva helseforetaket og ytterligere behandling kan gjøre for brukeren. Avklaringer her kan bidra til å gi realistiske forventninger mellom kommunen og helseforetaket.. *”...det var ikke mer å gjøre brukeren”*. Ut fra analysen er det vanskelig å vurdere om prosjektet har ført til varig kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet. Brukere som er oppmeldt i prosjektet har fått kartlegging, avklaring og behandling / oppfølging og det oppleves et bedre tjenestetilbud til flere av brukerne. Det er satt realistiske mål for behandlingen for flere av brukerne. Forventningene er dermed redusert, og ansatte opplever trygghet i at brukeren får tilfredsstillende oppfølging.

6.2.3 Forutsigbarhet og faglig trygghet i møte med brukeren.

For å sikre god kvalitet er det viktig å redusere sannsynligheten for uheldige hendelser til et minimum. Delprosjekt Rus har hatt fokus på å forebygge uønska hendelser, vold og trusler. Studien viser at veiledning i håndtering av brukere som har en utagerende og truende atferd opplevdes positivt av alle ansatte. Veiledning var et sentralt tiltak i delprosjekt Rus. Ansatte opplevde større trygghet på å tolke brukerens signaler og dempe konfliktnivået og fikk større kompetanse når det gjaldt relevante sikkerhetstiltak. Studien viste at ansatte hadde gjort gode refleksjoner og hadde fått økt forståelse for viktigheten av god håndtering av akutte situasjoner. Dette ble og bekreftet av prosjektmedarbeider fra helseforetaket som opplevde en bedre håndtering av akutt oppståtte situasjoner som følge av prosjektet. Veiledning av ansatte hadde hatt som mål å skape trygge ansatte med en større faglig innsikt i fagområdet. Veiledning som har ført til god kunnskap om observasjon og kommunikasjon med brukerne kan, slik jeg ser det, på sikt redusere vold og trusler. Den enkelte utøvers kompetanse er av stor betydning, samt evnen til å skape en god relasjon og handle etisk forsvarlig. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

6.2.4 Begrenset brukervedvirkning

Det uttales i samhandlingsreformen at alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Dette medfører en plikt til å se utover egne faglige rammer (St. meld nr 47, (2008-2009)). Studien viser at det er usikkert hvor stor grad av medvirkning brukerne har hatt i prosjektet. Informantene i kommunen opplever at de tar brukerne og deres interesser på alvor, at de handler på vegne av brukerne og lar dem medvirke så langt de opplever det lar seg gjøre. De tror imidlertid ikke at brukerne vet at de har deltatt i prosjektet og begrunner det med sykdomsbildet deres, redusert kognitive utvikling og formen på prosjektet. Informantene fra kommunen opplever imidlertid at respekt og verdighet og en begrenset brukervedvirkning er ivaretatt i prosjektet, mens informantene fra helseforetaket opplever brukervedvirkningen som en utfordring i prosjektet.

God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Brukerne er involvert ved å delta i oppstartsamtalene i prosjektet, og de har samtykket til kartlegging og samtaler med representanter fra helseforetaket ute i kommunen. Brukerne har dermed til en viss grad

påvirket tjenestetilbudet. Prosjektet har ikke gitt en tydelig avklaring i hvordan det kan samarbeides om brukere som ikke ønsker hjelp, og som ikke ønsker en individuell plan. Veileder om individuell plan (Helsedirektoratet, 1/2010) eller ROP retningslinjen (Helsedirektoratet, 03/2012) gir ingen konkrete svar på hvordan samhandle om brukere som ikke ønsker individuell plan. Men ROP - retningslinjen presiserer at dersom enkelte pasienter ikke ønsker individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester (Helsedirektoratet, 03/2012). Dette er derfor tema det må arbeides videre med gjennom samhandlingsavtalene.

6.2.5 Tilgjengelige og rettfærdige tjenester

Samhandlingsreformen beskriver at pasientene med sammensatte problemer klarer oftest ikke å takle det oppdelte tjenestetilbudet og de krav som systemet krever for å motta behandling og oppfølging (St.meld 47 (2008-2009)). Studien viser at det oppleves at tjenestene er mer tilgjengelige for brukerne i tråd med Øvretveit (1992) sin definisjon på kvalitet å *fullstendig kunne møte behovene til de som trenger tjenester mest*. I begge delprosjekt opplevdes det nyttig at prosjektmedarbeider fra helseforetaket møtte brukeren ute i kommunen eller i egen bolig. De ble oppnådd en kartlegging og observasjon av bruker på "hjemmebane" Informant K5 forteller at *"det blir enklere for brukeren å få hjelp"*. Informantene var samstemte i at dette var positivt og viktig for brukerne.

Vanligvis sendes henvisning til spesialisthelsetjenesten i retur til henviser når brukeren gjentatte ganger ikke møter til avtalene. Brukeren mottar ingen utredning fra spesialisthelsetjenesten noe som medfører at brukeren ikke får den hjelp han trenger. Studien viste at ressursvake brukergrupper som vanligvis har vansker med å oppsøke spesialisthelsetjenesten, fikk et tilbud gjennom prosjektet. Dette ga, slik jeg ser det, en mer rettfærdig fordeling av helsetjenester.

6.3 Samhandling en stafett eller et felles ansvar for brukerne?

Funnene i studien tyder på at prosjektet bidrar til en bedre samhandling og en bedre kvalitet på tjenesteytingen for brukerne slik intensjonen i samhandlingsreformen og nytt lovverk er. Studien viser imidlertid også at det er utfordringer i samhandlingen, og at

det er vanskelig å få implementere resultatene inn i ordinær drift og få til endringer på systemnivå. Hva er det så med samhandlingen og prosjektformen som gir utfordringer? Fungerer samhandlingen på en annen måte i den daglige drift enn i et prosjekt? Opplevs samhandlingen som en ekstra oppgave for kommunen og helseforetaket eller glir det av seg selv i det daglige? Hva er det som gjør at daglig samhandling fungerer relativt godt, mens når det kommer til akutte situasjoner så oppstår det utfordringer og krisestemning (nesten) hver gang? Dette er noen aktuelle spørsmål i studien.

Samhandling ble i teoridelen beskrevet ut fra to ulike perspektiver.

- 1) Samhandling som oppgavefordeling ”en stafett/mitt bord og ditt bord”:
- 2) Samhandling om ”vår felles bruker” en tilstand av felles ansvar og kontinuitet.

For å oppnå en god samhandling, slik brukerne trolig ønsker det, mener jeg at det må være en tydelig vektlegging av ”vår felles bruker” modellen. I et praktisk samarbeid mellom to store organisasjoner er det og nødvendig å ha en ryddig arbeidsfordeling i form av ”mitt bord og ditt bord” modellen. Faren blir dersom dette perspektivet vektlegges for mye slik at grenseregulering blir det viktigste i samhandlingen.

I studien opplever jeg at det er elementer av begge modeller representert. Det er eksempler på at det ble arbeidet tett om ”vår felles bruker”, modellen. Det å oppnå kartlegging og oppfølging var eksempelvis viktigere for prosjektgruppen enn hvor og av hvem tiltaket ble utført. God dialog og oppgavefordeling i prosjektgruppen var viktig for å oppnå dette. Informantenes opplevelse av kommunikasjonens betydning for samhandlingen og historiefortellingene om enkeltepisoder representerer en forventning om at samhandling er noe som eksisterer til beste for brukeren. Erfaringer fra tidligere vil prege deres oppfatning av hvordan samhandlingen fungerer.

Når det gjelder arbeidet med å kartlegge bruker, avklare ansvar og oppgaver, utarbeiding av kriseplan for den enkelte bruker i prosjektet, minner dette mest om ”mitt og ditt bord” tankegangen. Prosjektmedarbeiderne fordeler oppgavene mellom seg i prosjektperioden og lager avtaler slik at dette skal fungerer også etter prosjektperioden. Gode avtaler forenkler samarbeidet og samhandlingen omkring brukeren. Slike avtaler må følges opp og etterleves av avtalepartene. Eksempelvis fører kriseplaner som ikke

følges opp av helseforetaket, til frustrasjon i kommunen. Når det gjaldt utfordringene i prosjektet om avklaring og forutsigbarhet om akuttinnleggelser, opplever jeg at det her kan være elementer av for sterk grenseregulering som er uheldig. Denne type brukere blir ofte beskrevet som ”stabilt ustabile”. Det må derfor forventes akutte episoder som skal løses fortløpende. Gode planer omkring håndtering av akutte situasjoner kan bidra til trygghet og forutsigbarhet for ansatte. Dette er av stor betydning for samhandlingen, og var særlig viktig for kommunen å få løst, noe som ikke lyktes i prosjektet. Det kan imidlertid forventes at arbeid utført i prosjektet bør følges opp i den ordinære drift, og at erfaringene blir ledd i en framtidig endringsprosess mellom kommunen og helseforetaket.

Det er en sammenheng og gjensidighet mellom samhandling og kvalitet. NOU 2005: 3 beskriver sammenhengen mellom samhandling og kvalitet, og det hevdes at god kvalitet i tjenestene forutsetter ofte god samhandling mellom tjenesteutøverne. I tillegg må tjenestene være faglig gode og trygge hver for seg. Studien beskriver bedring i samhandling og kvalitet på tjenestetilbudet på en rekke områder for brukerne som deltok i prosjektet. Det ble oppnådd utredning, behandling, oppfølging og bedret struktur og koordinering av tjenestene for mange av brukerne.. Likevel ble det ikke oppnådd å implementere resultatene til ordinær drift eller gjør endringer på systemnivå.

Bate et al. (2008) hevder at det er organisasjonenes evne til å løse flere utfordringer samtidig og ferdighet til å tilpasse løsningene til organisasjonens egenart og kultur som er avgjørende for å oppnå varig kvalitetsforbedring. Det pekes på faktorer og prosesser som må være tilstede for å oppnå varig forbedring og spesielt på de menneskelige og organisatoriske prosessenes betydning og at det må være sammenheng i prosessene (Bate et al., 2008). I prosjektet er det kommet fram flere utfordringer som det ikke lyktes å løse i prosjektperioden. I studien er det avdekket mange forhold som forklarer resultatene i prosjektet. Slik jeg ser det var det mange av de organisatoriske prosessene som ikke var godt nok ivaretatt, og som dermed ikke bidro til en varig kvalitetsforbedring hittil. Men fokuset på avtaleinngåelse, omorganisering innen klinikk for psykisk helsevern, og det faktum at samhandlingsreformen påpeker at flere oppgaver skal løses i kommunen, kan muligens ha vanskeliggjort samhandlingen i

prosjektet. Det er mulig at helseforetaket var skeptisk til å forplikte seg til nye tiltak ute i kommunen innenfor eksisterende rammer.

Repstad (2004) viser to argumenter for samarbeid. Det ene er effektivisering og økonomi og det andre er brukerperspektivet og behov for helhetlige tjenester. Samhandlingsreformen beskriver begge perspektivene og benytter både økonomiske, faglig, juridiske og organisatoriske virkemidler for å iverksette reformen og påvirke samhandlingen. Det er foreløpig ikke økonomiske eller juridiske incitamenter i samhandlingsreform som gir motivasjon til samhandling når det gjelder personer med rus og psykisk lidelse. Rus og psykisk helsetjeneste er rammefinansiert, det er ikke forpliktelse når det gjelder aktivitetsnivå, pålagte pasientforløp eller forpliktende samhandling mellom kommune og helseforetaket. Om disse forhold har betydning for motivasjonen til å ville delta i kvalitetsforbedringsarbeid når det gjelder samhandling mellom kommunen og helseforetaket er usikkert, men kan være momenter av betydning. Foreslåtte endringer i om økonomiske incitamenter samhandlingsreformen kan muligens bidra til en større helhet i tjenestetilbudet til brukerne.

Samhandlingsreformen uttrykker at det skal legges opp til et ”forpliktende avtalesystem mellom kommuner og helseforetak” om blant annet oppgavefordeling og samarbeid. Samhandlingsavtalene skal avklare ansvar og oppgavefordeling mellom kommunen og helseforetaket. Dette vil da innebære både grenseavklaring og samordning for helseforetaket og kommunen. Utvikling av organisasjonen og dens avgrensing utad foregår parallelt med samordningen mellom organisasjoner ifølge Lindberg (2003). Det kan stilles spørsmål om grenseavklaring blir mest framtrødende når nye avtaler framforhandles, og om et avtalebasert samarbeid bidrar til å forsterke eller svekke samhandlingen. Samhandlingsavtalene kan dermed etablere faste rammer og avgrensing utad, noe som kan være en motsetning til utvikling av helhetlige pasientforløp.

Samhandlingen mellom helseforetaket og kommunen fortsetter etter avslutningen av samhandlingsprosjektet. Inngåelse av forpliktende samhandlingsavtaler skal gjøres høsten 2013 for brukere med rus og psykisk lidelse. Videreføring av samarbeidet etter prosjektperioden vil være et viktig og kontinuerlig arbeid for å bedre samhandlingen. Opprettelse av samhandlingsteam kan være et tiltak for å få mer tilgjengelige og

samordnet tjenestetilbud og bedre samhandling mellom tjenestene. Fokus på samhandling om ”*vår felles bruker*” vil være et perspektiv å ta med i forhandlingene av avtalene og i den videre samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket.

6.3.1 Prosjekt som metode; et tema som ikke ble studert

Jeg opplevde i løpene av studien at betydning av prosjektformen, og hvordan delprosjektene fungerte, har stor betydning for resultatet av prosjektet og for studien min. Hva er det så med prosjektformen som påvirker samhandlingen og kvaliteten?

Datamaterialet inneholdt mange opplysninger, som var aktuelle for informantene, som ikke ble belyst i studien. Opplysningene er ikke en del av studien, men fungerer som nyttig bakgrunnskunnskap. Prosjektmedarbeiderne var opptatt av prosjektet som metode og arbeidsform i tillegg til resultatet av prosjektet. Mange momenter kan nevnes som kan ha hatt betydning for samhandlingen. Det var frustrasjoner omkring framdrift, mandat og prosjektmedarbeiders rolle i prosjektet, og det var ulik forståelse og forventning til prosjektet. Det kan og reises spørsmål om kommune og helseforetaket opplevde like stor og gjensidig nytte av prosjektet. Faglig uenighet på enkelte områder, mellom kommune og helseforetaket samt internt i helseforetaket, preget samhandlingen og dermed også prosjektet. Mange aktører som samhandlet om brukerne i akutte situasjoner gjorde koordineringen vanskelig. Det har og vært en svakhet at viktige aktører ikke deltok i prosjektet. Utskifting i prosjektgruppen og personavhengighet påvirket teamarbeidet i prosjektgruppene. Det kan videre nevnes utskifting i styringsgruppen, sviktende oppfølging, uklart mandat og manglende felles forpliktelser i styringsgruppen. Det opplevdes og vansker med styring på tvers av to organisasjoner. Alle disse forhold hadde betydning for resultatet av prosjektet uten at studien har gått i dybden på disse faktorene. Slik jeg ser det, var mangel på objektive målinger og indikatorer for å måle samhandling og kvalitet før, underveis og etter prosjektgjennomføring en svakhet. Dette ble også påpekt av styringsgruppen.

Utfordringer i utførelsen av prosjektet har underveis kommet tydelig fram. En del årsaker til at prosjektet ikke ble vellykket på alle områder sees. Det ville vært spennende i en ny studie å vurdere prosjektarbeid som arbeidsform og kriterier som må til for å lykkes med et prosjekt. Det ville vært spennende å undersøke om prosjektarbeid er en egnet arbeidsform for å styrke samhandlingen mellom helseforetak og kommunen?

7 Oppsummering

Brukere med omfattende og sammensatte behandlings- og omsorgsbehov slik som personer med rus og psykiske lidelser, trenger tjenester som henger sammen uavhengig av hvor og når de mottar tjenestene. Videre utvikling av en god samhandling mellom kommunen og helseforetaket er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, i ny helselovgivning og i de nye pålagte samhandlingsavtalene. For å få dette til må tjenesteytere og ledelse samarbeide, samhandle og samordne tjenestene til beste for brukeren. Helseforetakene og tildels også helsetjenesten i kommunen er etter hvert store, komplekse, spesialiserte og profesjonaliserte organisasjoner med mange selvstendige aktører. Dette gir utfordringer for brukerne og for samhandlingen mellom tjenestene. Studien av caset samhandlingsprosjektet viser gode erfaringer, samt utfordringer med samhandlingen i praksis. Formålet med studien var å gi svar på problemstillingen; ”Opplever deltakerne i samhandlingsprosjektet mellom kommunen og helseforetaket at prosjektet styrker samhandlingen og gir brukerne et kvalitativt bedre tjenestetilbud?”

De viktigste konklusjonene fra studien viser at erfaringen med samhandlingen om brukerne i all hovedsak var positiv. Det synes som et tettere samarbeid mellom representanter fra kommunen og helseforetaket i prosjektgruppene har gitt en positiv effekt for kommunikasjon og opplevelsen av respekt og likeverdighet og for opplevelse av forutsigbarhet og faglig trygghet i tjenesten. Det opplevdes en bedre kvalitet på tjenestetilbudet i form av at mange av brukerne oppnådde ny utredning, bedre oppfølging, bedre struktur og koordinering av tiltakene. Det opplevdes en større grad av fleksibilitet og et mer helhetlig tjenestetilbud til brukeren ved at helseforetaket var tilgjengelig for samarbeidsparter og brukere ute i kommunen. Det oppleves fortsatt manglende koordinering i enkelte situasjoner mellom aktørene og uavklart ansvarsområder ved håndtering av akutt oppståtte situasjoner. Det ble ikke oppnådd en bedret samhandling på systemnivå, og tiltakene ble ikke implementert over i ordinær drift. Prosedyrer og rutiner for nye brukere ble ikke utviklet, og det ble ikke oppnådd felles avklaring når det gjaldt håndtering av akutte hendelser eller innføring av kriseplan for de tyngste brukerne. Jevnlig dialog på ledernivå har imidlertid styrket muligheten

for å videreutvikle samhandlingen som en videreføring av samhandlingsprosjektet og ved implementering av nye samhandlingsavtaler.

Studien har avdekket interessante spørsmål om prosjektformen og vurdering av prosjekters effekt som kunne gitt grunnlag for en ny undersøkelse. Det er grunn til å tro at i den store mengden prosjekter som nå gjennomføres i helsetjenesten i samhandlingens ”ånd” er det ofte spørsmål om hvordan prosjektenes effekt kan evalueres. Dette kan gi viktige bidrag til utviklingen i helsetjenesten. Hvilke tiltak fungerer og hvilke forutsetninger må til for å lykkes med et prosjekt? Informantene i studien var svært opptatt av å beskrive hvordan dette prosjektet kunne ha lyktes bedre og dermed gitt mulighet til å implementere gode erfaringer i drift. Prosjektledelse og -styring, manglende objektive målinger og manglende deltaking av sentrale aktører var momenter som ble nevnt. For å studere forutsetninger for å lykkes med et prosjekt kunne det vært aktuelt å studere og sammenlikne flere prosjekter, en såkalt multippel case.

En svakhet i studien er at brukerperspektivet kun er vurdert av ansatte og prosjektmedarbeidere. Brukerne selv er de som best kunne gitt uttrykk for kvaliteten på tjenestetilbudet. Samhandlingsprosjektet hadde ikke utformet klare, målbare mål i prosjektet. Dette var en svakhet i prosjektet som også opplevdes som en svakhet i studien min. Det var en svakhet å ikke ha objektive målinger for å måle samhandling og kvalitet før, underveis og etter prosjektgjennomføring. Dette reduserte muligheten for å evaluere prosjektet. En utfordring og innvending mot prosjektet var at det ble gjennomført for de ”tyngste” brukerne. Et prosjekt overfor en ”lettere” brukergruppe ville gitt mulighet til større brukervedvirkning og trolig større mulighet til bruk av målinger underveis i prosjektet. Studien hadde et lavt antall informanter og jeg har kun vurdert et case som belyser samhandlingstiltak. Dette gir en begrenset generaliserbarhet i studien. Det kan stilles spørsmål om caset var et godt eksempel på samhandling mellom kommune og helseforetaket. Slik jeg ser det var et reelt samhandlingsprosjekt som belyste mange av de utfordringene kommunen og helseforetaket står overfor. Dermed belyses også problemstillingen i studien på en reell måte. Det kan være en skjevhet i studien at forsker er tilknyttet kommunen, kjenner mange av samhandlingsutfordringene ut fra kommunens ståsted, og dermed har tatt kommunens perspektiv i for stor grad i vurdering av prosjektets resultat.

Studien viser likevel at samhandling er et kontinuerlig arbeid som det nytter å arbeide med både i daglig drift, i prosjektform og i form av nye samhandlingsavtaler. Det er viktig å ha både ansatte og ledelse med, og tiltak på individnivå må følges opp av tiltak på systemnivå. Studien viser positiv vilje og interesse til å samhandle, det oppleves at dette nytter, og at det bidrar til å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet til brukerne. Tjenesteyting til de tyngste og mest krevende brukerne er en utfordrende oppgave både for kommunen og helseforetaket. Ved i større grad å betrakte brukerne som et felles ansvar vil muligens god samhandling oppleves gjensidig, nyttig og nødvendig. Det kan dermed oppnås at samhandlingen ikke sees på som en ekstra oppgave, men som en nødvendighet for å kunne gi riktig hjelp, på riktig sted, til riktig tid for *våre felles brukere*.

8 Litteraturliste

Andersen, Svein S. (1997) *Case-studier og generalisering: forskningsstrategi og design*. Bergen, Fagbokforlaget.

Axelsson, Runo and Axelsson, Susanna B (2006) *Integration and collaboration in public health – a conceptual framework*. International journal of health planning and management, 2006; nr 21:

Bate, Paul, Mendel, Peter and Robert Glenn (2008) *Organizing for quality. The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States* Oxford/New York, Radcliffe (ISBN 9781846191510)

Brendskog, Kari Anita, Breines, Else M og Holm, Finn (2004) ”*Pasientfokuset redesign en metode for forbedringsarbeid ved Ringerrike sykehus*”. Hønefoss, Ringerike sykehus.

Dawson, I, Bremnes, O (2011) *Generelt helhetlig pasientforløp*. Forelesning på NAPHA sin samhandlingskonferanse 10.11.11 <http://www.napha.no/content/2845/Alleforedragene-fra-Samhandlingskonferansen---> (hentet ut 020513)

Hellevik, Ottar. (2003). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 7. Utg. Oslo, Universitetsforlaget

Iden, Pål (2011): *Samhandlingsreforma – relevant for rusfeltet?* Fylkeslege i Rogaland Pål Iden, foredrag på Fylkesmannens samhandlingskonferanse i Rogaland 05.12.11. <http://www.rogaland-asenter.no/show.asp?page=goxpage00000043.html> (hentet ut 020513)

Jacobsen, Dag Ingvar (2004): *Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv*. Repstad, Pål (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. 2. Utg. Bergen: Universtietsforlaget

Kjærgaard, J., Mainz, J., Jørgensen, T., Willaing, I.(2001). *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. Munksgaard Danmark, København.

Lawrence PA, Lorsch JW. 1967. *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Harvard University Press: Boston MA.

Lindberg, Kaisa. (2003) *Organisering mellan organisationer*. GRI-rapport 2003:5, Göteborg University. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3008/1/2003-5_lindberg.pdf (hentet ut 020513)

Malterud, Kirsti. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Nesvåg, Sverre (2011) *Legemiddelassistert rusbehandling ved et veiskille*”, Sverre Nesvåg, forskningsleder KORFOR. Kronikk publisert i *Rus & Samfunn* 2011/1 <http://www.idunn.no/ts/rusos/2011/01/art07> (hentet ut 020513)

Nylehn, Børre (2002). *Prosjektorganisering*. Bergen, Fagbokforlaget

Ogrinic, Gregory S. og Headrick, Linda (2008). *Fundamentals of Health Care Improvement*. Foreword by Paul Batalden. USA, The Joint Commission Resources.

Orvik, Arne (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo, Cappelen Forlag.

Repstad, Pål (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Yin, R.K (2003). *Case study research; Design and Methods*, 3rd ed, Sage, Thousand Oaks.

Øgar, Petter og Hovland, Tove (2004): *Mellom kaos og kontroll*. Oslo, Gyldendal norsk forlag.

Øvretveit, John (1992): *Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services*. Oxford. Blackwell Scientific Publications Editorial Offices.

Offentlige dokumenter

Helsedirektoratet (06/2011): *Kvalitet og kompetanse ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. Rapport IS-1914. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (1/2010): *Individuell plan 2010, veileder til forskrift om individuell plan*, basert på forskrift for individuell plan vedtatt i 2005, med endringer i 2010. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (08/2010): *Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering av opiatavhengige*, IS-1701. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (03/2012): *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse. ”ROP retningslinjen”*. IS-1948. Oslo, Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (november 2012) *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer.*, Rundskriv IS-9/2012. Oslo, Helsedirektoratet

LOV 1999.07.02 nr 062: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven-phlsvl).

LOV 1999.07.02 nr 061: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven- sphtjl)

LOV 2011.06.24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. *Helse- og omsorgsdepartementet*

Ot. prp. nr. 3 (2002-2003). Lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (Rusreform I)

Ot. prp. nr. 54 (2002-2003). Lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II)

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Veileder 15-1162. Oslo 2005.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. *Helse- og omsorgsdepartementet*

Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015) *Helse- og omsorgsdepartementet*

Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk; alkohol – narkotika-doping. *Helse- og omsorgsdepartementet*.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten; ”Kvalitetsstjernen” <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring> (hentet ut den 020513)

Diverse dokumenter

Møtereferat fra styringsgruppen for prosjektet

Forslag til avtaler mellom helseforetaket i en middels stor region og en kommune.

9 Vedlegg

Forkortelser nyttet i oppgaven

AAT	Akutt ambulant team
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
HF	Helseforetak
IP	Individuell plan
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
NAV	Arbeids- og velferdsforvaltningen
NSD	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, Personvernombudet
REK	Regional Etisk Komité
ROP – lidelse	Rus og psykisk lidelse
TSB	Tverrfaglig, spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk
WHO	World Health Organisation, Verdens helseorganisasjon

Oversikt over informanter og tilknytning til delprosjekt:

Delprosjekt Rus:

Informant 1, (K1), ansatt i kommunen med lang erfaring, utfører helse- og miljøarbeid for brukere som deltar i delprosjekt Rus.

Informant 2 (K2), ansatt i kommunen med lang erfaring, utfører helse- og miljøarbeid for brukere som deltar i delprosjekt Rus.

Informant 3 (K3) ansatt i kommunen med lang erfaring, utfører helse- og miljøarbeid for brukere som deltar i delprosjekt Rus.

Informant 4 (K4) ansatt i kommunen lang erfaring, utfører helse- og miljøarbeid for brukere som deltar i delprosjekt Rus. Prosjektmedarbeider i delprosjekt Rus sammen med prosjektmedarbeider fra helseforetaket (H6).

Informant 6 (H6); ansatt i helseforetaket, nyutdannet med kort erfaring. Prosjektmedarbeider i delprosjekt Rus.

Delprosjekt Psykisk helse (Psyk):

Informant 5 (K5) ansatt i kommunen med lang erfaring, utfører helse og miljøarbeid for brukere som bor i hele kommunen og mottar tjenester fra psykisk helsetjeneste. Prosjektmedarbeider i delprosjekt Psyk sammen med prosjektmedarbeider fra helseforetaket (H7).

Informant 7 (H7) ansatt i helseforetaket, nyutdannet med kort erfaring. Prosjektmedarbeider i delprosjekt Psyk.

Ansatte i kommunen benevnes i oppgaven som K1-3, ansatte/prosjektmedarbeidere i kommunen benevnes som K4 og K5, ansatte/prosjektmedarbeidere i helseforetaket benevnes som H6 og H7.

Informasjon og samtykkeskjema ansatte/prosjektmedarbeidere

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie i forbindelse med en oppgave jeg skriver. Du blir spurt om å delta fordi du er ansatt/prosjektmedarbeider i samhandlingsprosjektet (delprosjekt Rus og delprosjekt Psyk) mellom kommunen og helseforetaket.

Overordna mål i samhandlingsprosjektet er:

- *Prosjektet skal ha nytteverdi for pasient/bruker i form av at denne opplever en mer helhetlig helsetjeneste som ivaretar pasient/bruker på en god måte.*
- *Personell skal oppleve forutsigbarhet og trygghet i møte med bruker og visshet på at bruker/pas får et adekvat helsetilbud.*
- *Opplevd bedre samhandling mellom fastlege, spesialisthelsetjeneste og kommune helsetjeneste.*
- *Økt kunnskap og bedre faglig tilnærming fra kommunens og spesialisthelsetjenesten sin side. Dette inkluderer en realistisk forventning til hvilke mål en kan oppnå for den enkelte bruker.*

Hva skal jeg gjøre i oppgaven/studiet:

- Intervju med ansatte som arbeider med brukere i prosjektet.
- Intervju med prosjektmedarbeidere i prosjektet
- Data fra referater i styringsgruppen

Jeg ønsker å spørre deg som ansatt/prosjektmedarbeider om hvordan du opplever prosjektet og nytten av det for å bedre samhandlingen om og dermed tjenestetilbudet til brukerne. Intervjuet vil ta ca ½-1 time. Jeg ønsker å ta intervjuet opp på lydbånd for å forenkle og forbedre datainnsamlingen.

Hva skal informasjonen brukes til

Informasjonen skal jeg bruke til å skrive en oppgave om opplevelse av nytteverdien av samhandlingsprosjektet. Oppgaven er en del av et masterstudie ved Universitet i Bergen. Planlagt innlevering mai 2013. Du kan være med å bidra til å finne ut om prosjektet gjør samhandlingen og dermed kvaliteten på tjenestetilbudet til brukerne bedre. Deltaking i studien skal ikke være en ulempe for deg.

Alle opplysninger som du gir skal anonymiseres (personopplysninger skal ikke benyttes) og det vil ikke være mulig å kjenne deg eller prosjektet igjen i oppgaven. All informasjon vil slettes når oppgaven blir godkjent. Opplysningene blir behandlet ut fra kravene til Personvernombudet.

Det er frivillig å delta, og du kan når som helst trekke ditt samtykke.

Med hilsen
(navn, mailadresse og telefonnummer)

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien: -----

(Sign, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: -----

(Sign, dato)

Intervjuguide til ansatt/kontaktperson til brukere i rustjenesten.

1. Kjenner du til at brukerne deltar i prosjektet?
2. Hvilken informasjon fikk før oppstart? Var informasjonen tilfredsstillende?
3. Hva er din oppfatning av et slik prosjekt?
4. Hvilke forventninger hadde du til prosjektet før oppstart
5. Hvordan opplever du samhandlingen generelt mellom helseforetaket og rustjenesten/psykisk helsetjeneste. Er det tydelighet i forventninger og klare rutiner for samhandlingen og pasientoverføringen.
6. Hvordan er samhandlingen som følge av prosjektet?
7. Hvilke konkrete tiltak er endret eller startet opp som følge av prosjektet?
8. Hvilken betydning har det for deg som ansatt at kommunen og helseforetaket samhandler om tjenestene til brukerne.
 - a. Forventning / forståelse /respekt
 - b. Avklarte forventninger
 - c. Koordinering
9. Har samhandlingsprosjektet med helseforetaket noen betydning for rus- eller psykisk helsetjeneste tror du?
 - a. Hvilken? Kan du fortelle mer?
 - b. Betydning for kunnskap? (undervisning/veiledning)
 - c. Betydning for trygghet i oppfølging av beboerne?
 - d. Betydning for respekt for bruker?
 - e. Forståelse for brukeren sin situasjon?
10. Brukermedvirkning i prosjektet:
 - a. Hvordan opplever du at brukeren har fått medvirke i prosjektet mht behandling – oppfølging.
 - b. Hvordan mener du brukermedvirkningen skal fungere?
 - c. Har brukeren deltatt i å lage IP /handlingsplan?
11. Har prosjektet medført endring i bruker situasjon? På hvilken måte?
 - a. Helsetilstand? Psykisk fungering? Uro, psykose. Endring i rusing?
 - b. Uønska hendelser/uønska atferd/ Trusler mot ansatte/akutt innleggelse
 - c. Planlagte innleggelse, forutsigbarhet i behandling?
 - d. Er det laget rutiner prosedyrer - handlingsplan /IP for brukeren
12. Hvordan tror du en bedret samhandling med helseforetaket kan bedre brukers situasjon?
13. Andre forhold av betydning? Er det noe du synes er viktig innenfor dette temaet som vi ikke har snakket om? Kan jeg kontakte deg per telefon ved uklarhet?

Intervjuguide til prosjektmedarbeider i delprosjekt Rus og Psyk.

1. Startet som prosjektmedarbeider for kommune/helseforetak når?
2. Erfaring med samhandling mellom kommunen og helseforetaket tidligere?
3. Hva er din oppfatning av et samhandlingsprosjekt?
4. Hvilke forventninger hadde du til prosjektet før oppstart. Hva var din rolle i prosjektet?
5. Hvordan er samhandlingen som følge av prosjektet? Konkretiser
 - a. Tydelighet i forventninger, respekt og forståelse
 - b. Oppgavefordeling
 - c. koordinering
6. Hvilke konkrete tiltak er endret eller startet opp som følge av prosjektet?
7. Betydning for ansatte, kvalitet på tjenestetilbudet
 - a. Faglig trygghet / mestring av arbeidet?
 - b. Trygghet/sikkerhet?
 - c. Avklarte roller? Respekt og forståelse?
 - d. Respekt for bruken
 - e. Håndterer akutte situasjoner
8. Betydning for brukerne, kvalitet på tjenestetilbudet
 - a. Helsetilstand? Psykisk fungering? Uro, psykose. Rus
 - b. Uønska hendelser/uønska atferd/ Trusler, akuttinnleggelse
 - c. Planlagte innleggelse, forutsigbarhet i behandling, helhetlige tjenester?
 - d. Brukermedvirkning
 - e. Er det laget rutiner – prosedyre- handlingsplan /IP for brukeren i prosjektperioden?
9. Betydning på systemnivå.
 - a. Hvilken? Kan du fortelle mer?
 - b. Nye brukere avklaring – gjennomgang av uklare brukere?
 - c. Koordinering
 - d. Avklarte pasientforløp
 - e. Handlingsplaner for den enkelte følges opp.
 - f. Oppgave og ansvarsfordeling
 - g. Med i samhandlingsavtalene
10. Hva kan vi lære av prosjektet? Erfaringer?
11. Hvordan tror du en bedret samhandling med helseforetaket kan bedre brukers situasjon?
12. Andre forhold av betydning? Er det noe du synes er viktig innenfor dette temaet som vi ikke har snakket om? Kan jeg kontakte deg per telefon ved uklarhet?



Simon Neby
Uni Rokkansenteret
Uni Research AS
Nygårdsgaten 5
5015 BERGEN

Vår dato: 09.12.2011

Vår ref: 28333 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.10.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 28.11.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28333

Fører bedret samhandling mellom kommune og helseforetak til bedret kvalitet på behandlingen for brukere med dobbeltdiagnose (rus og psykiatri)?

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Universitetet i Bergen, ved institusjonens overste leder
Simon Neby
Aslaug Irene Alendal Skjold

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Aslaug Irene Alendal Skjold, Alvanutvegen 38, 5570 AKSDAL

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarvat@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no