

RAPPORT

Evaluering av SMB-team

Strukturert multiprofesjonell behandling - en behandlingsmodell eller en modell for organisering av behandling?

Oddbjørn Johansen
Kristin Berre Ørjasæter

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 90

Steinkjer 2013



Evaluering av SMB-team

**Strukturert multiprofesjonell behandling -
en behandlingsmodell eller en modell
for organisering av behandling?**

**Oddbjørn Johansen
Kristin Berre Ørjasæter**

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 90
ISBN 978-82-7456-688-0
ISSN 1504-7172
Steinkjer 2013



Høgskolen i Nord-Trøndelag utgir følgende publikasjonsserier: Rapport, Utredning, Arbeidsnotat og Kompendium

HiNT-Rapport forbeholdes publisering av forskningsarbeider som utgår fra HiNTs fagmiljøer. Rapportene skal fagfellevalueres på faglig og formelt grunnlag før publisering.

Se: http://www.hint.no/hint/fagportal/bibliotek/hint_publicasjoner

Rettighetshaver
Høgskolen i Nord-Trøndelag

Tilgjengelighet
Åpen

Publiseringstype
Digitalt dokument (pdf)

Redaksjon
Bibliotekleder

Kvalitetssikret av:
Ove Hellzén, professor ved Mittuniversitetet
Arve Almvik, førstelektor og faglig rådgiver ved NAPHA (ekstern)

Nøkkelord: alvorlige psykiske lidelser, samhandling, SMB, ACT, FACT

Key words:

Opplysninger om publikasjonsserien fås ved henvendelse HiNT:
Biblioteket Steinkjer, Postboks 2501, 7729 Steinkjer, tlf. 74 11 20 65 eller post:
bibsteinkjer@hint.no eller hovedbibliotekar@hint.no

Sammendrag

Bakgrunn:

Helse Nord-Trøndelag ved psykiatrisk klinikk i Namsos har utviklet en behandlingsmodell kalt SMB (Strukturelle Multiprofesjonelle Team) for å ivareta behandling for mennesker alvorlige psykiske lidelser som har behov for langvarig og tverrfaglig behandling. HINT ble bedt om å kartlegge erfaringer fra de involverte som har erfaring med modellen, såvel brukere som ansatte i første – og andrelinjetjenesten. Særlig fokus har vært å beskrive modellen sett i forhold til praksiserfaringer, og vurdere tiltak som kan være sentrale for en eventuell videreutvikling av modellen.

Metode:

Studien har benyttet dokumentanalyse, fokusgrupper og intervju for å kartlegge de involvertes erfaringer og hvordan modellen fungerer i forhold til praksiserfaringer.

Resultat:

Målgruppen for SMB er pasienter med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. SMB team blir presentert som en behandlingsmodell. Ut fra våre vurderinger fremstår den i dag mer som en måte å organisere behandlingen på, men har potensiale til å utvikles til en behandlingsmodell.

SMB fremhever brukermedvirkning, kontinuitet og fokuserer på pasientens/ brukernes ressurser og mestring som vurderes viktig for å oppnå et godt behandlingsutbytte. Dette fokuset blir bekreftet av våre informanter.

SMB blir også beskrevet som en god måte å bidra til tverrfaglig og tverretattlig samhandling på. Ut fra vår undersøkelse var det delte erfaringer om modellen og de forsøk som har vært igangsatt, har lyktes fullt ut med dette.

I en videreutvikling av SMB til reelle samhandlingsteam bør det arbeides med hvordan verdiene skal ivaretas, tydeliggjøring av målgruppen, behandlingstilnærminger / verktøy og navn

Nøkkelord; Alvorlige psykiske lidelser, samhandling, SMB, ACT, FACT

Forord

Psykiatrisk avdeling ved sykehuset Namsos har innført en behandlingsmodell som er beregnet på pasienter med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Behandlingen består av at hver enkelt pasient får opprettet sitt eget behandlingsteam som har det totale ansvaret for behandlingstilbudet. Modellen blir benevnt som Strukturerte Multiprofesjonelle Behandlingsteam.

Psykiatrisk klinikk har ønsket en evaluering av denne behandlingsmodellen. Målsettingen fra helseforetakets side er at evalueringen skal være et grunnlag for klinikken om de skal videreutvikle modellen.

HiNT, avdeling helsefag har fått i oppdrag og gjennomføre denne evalueringsundersøkelsen. Vi vil takke for tilliten. Samtidig vil vi takke våre informanter for at de har avsatt tid til å dele sine erfaringer med oss.

Undersøkelsen er foretatt av høgskolelektor og klinisk sosionom, Kristin Berre Ørjasæter og førstelektor, Oddbjørn Johansen. Disse står ansvarlig for rapportens innhold og konklusjoner.

Rapporten er kvalitetssikret ved gjennomlesning og kommentarer av professor Ove Hellzèn, ved Mittuniversitetet og førstelektor og faglig rådgiver ved NAPHA, Arve Almvik. Vi takker dem for nyttige innspill.

Namsos, 17.06 2013

Oddbjørn Johansen og Kristin Berre Ørjasæter

Innhold

1.	Innledning	1
1.1	Beskrivelse av oppdraget og fortolkning av hovedspørsmålene	2
2.	Forskningsmetoder	3
2.1	Evalueringsforskning	3
2.2	Dokumentgjennomgang.....	4
2.3	Fokusgruppe	5
2.4	Utvalg	6
2.5	Gjennomføring av intervjuene	6
2.6	Analysearbeidet.....	7
2.5	Metodekritikk	7
3.	Beskrivelse av SMB team.	11
3.1	Grunnholdninger og verdier	11
3.2	Målgruppe for SMB-team.....	12
3.3	SMB- team som behandlingsmodell - et helhetlig tjenestetilbud.....	13
3.4	Organisering	14
3.5	Ledelse.....	15
4	Teoretiske og faglige beskrivelse av elementene i SMB teamarbeidet	17
4.1	Verdier	17
4.2	Målgruppe	18
4.3	Behandlingsformer	20
4.4	Organisering	25
4.5	Ledelse.....	26
5	SMB, ACT og FACT.....	29
5.1	Beskrivelse av likheter og ulikheter mellom SMB - team og ACT	29
5.2	FACT.....	33
6	Evaluering av SMB Team.....	35
6.1	Verdier	36
6.2	Målgruppe	37
6.3	Behandlingsmodell	39
6.3	Organisering	44
6.4	Ledelse.....	45
7	Forslag til endringer	49

1. Innledning

I desember 2012 henvendte Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Namsos, psykiatrisk klinikk (heretter kalt psykiatrisk klinikk) seg til Høgskolen i Nord-Trøndelag i forbindelse med et evalueringsoppdrag av ordningen med Strukturerte multiprofesjonelle behandlingsteam¹. I følge sykehuset er strukturerte multiprofesjonelle behandlingsteam (SMB) en metode for å sikre relasjon, kontinuitet og samordning av tjenester for personer med alvorlige og langvarige psykiske problemer.

Vi starter denne rapporten med å beskrive oppdraget og vår fortolkning av dette. Så beskriver vi hvilken metode denne evalueringsundersøkelsen bygger på.

I kapittel tre presenterer vi SMB modellen. I det neste kapitlet gjør vi vurderinger av innholdet i modellen opp mot teori og helse- og sosialpolitiske føringer. Dette følges opp i kapittel 5 der vi beskriver likheter og ulikheter mellom SMB - team og ACT, basert på skriftlig materiale.

I kapittel 6 følger en evaluering av SMB med fokus på verdier, behandling, organisering og ledelse, basert på informantenes erfaringer. I det siste kapittel kommer våre anbefalinger / konkrete forslag til endringer.

¹ Se vedlegg 1; Forespørsel om evalueringsoppdrag.

1.1 Beskrivelse av oppdraget og fortolkning av hovedspørsmålene

I henvendelsen² fra psykiatrisk klinikk til Høgskolen i Nord-Trøndelag var det ønske om at evalueringsstudien skulle belyse 4 områder:

- a) Kartlegge erfaringer fra de involverte som har erfaring med modellen, brukere og ansatte i kommuner og helseforetak
- b) Beskrive hvordan modellen fungerer i forhold til praksiserfaringer
- c) Vurdere tiltak som bør vurderes for videre utvikling av modellen
- d) Eventuelt vurdere modellen opp mot ACT og FACT modellene

Dette er et firedelt oppdrag. I punkt a er en tydelig bestilling hvor psykiatrisk klinikk ønsker å kartlegge erfaringer fra bruken av SMB team både fra brukere, ansatte i kommunehelsetjenesten og ansatte i psykiatrisk klinikk. I beskrivelsen er SMB team en modell som brukes internt i psykiatrisk klinikk. Det er også beskrevet andre former for sammensetning av SMB team³. I vår undersøkelse har vi intervjuet både behandlere, miljøpersonalet fra avdelingen, kommunalt ansatte samt brukere.

I bestillingen fra psykiatrisk klinikk spesifiseres ønske om fokus på praksiserfaringene. I praksiserfaringer legger vi; hvordan modellen fungerer sett opp mot intensjonen, sikrer reell brukermedvirkning, langvarige relasjoner og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene. I tillegg ønsker vi å se om SMB teamet klarer å tilby en tjeneste i form av skreddersøm⁴.

Å komme med forslag vedrørende videreutvikling av modellen vil utgangspunktet for forbedring basere seg på områder som informantene trekker frem basert på deres erfaringer. Her vil vi spesielt ha fokus på områder der praksis avviker fra intensjonene i SMB modellen.

Når det gjelder vurderingen av SMB team opp mot andre modeller som er utprøvd har vi foretatt en dokumentanalyse av psykiatrisk klinikkens egen beskrivelse av SMB team og sett på likheter og ulikheter i forhold til Amund Aakerholt sin nettutgave av ACT håndbok⁵. Vi har i hovedsak hatt fokus på skriftlig dokumenter i denne vurderingen. Vår sammenlikning vil derfor ikke omhandle effekt av, eller vurdering av de ulike modellenes styrke og svakheter når det gjelder klinisk arbeid. Vi har valgt å peke på områder der modellene klart skiller seg fra hverandre.

² Viser til brev fra sykehuset Namsos vedrørende bestilling av evalueringsoppdrag, datert 13.12.2012.

³ I heftet Strukturert Multiprofesjonell Behandling, Helse Nord-Trøndelag, Else Marie Juul (2013), er det på side 19 listet opp 4 ulike former for SMB Team. Det er uklart om kommunen er representert i modell 2 eller om dette er beskrevet som arbeidsmodell internt i avdelingen. I modell fire presenteres SMB som en ren kommunal modell.

⁴ Skreddersøm er et samlebegrep ut fra intensjonene som fremgår. Opplevd behov hos brukeren og at Individuell plan skal være styrende for behandlingsforløpet (Juul 2013: 3). I Juul 2013:7, forsterkes dette med å understreke at en av oppgavene til SMB timene er å «sy» sammen ulike tiltak til en helhetlig behandlingsskjede

⁵ http://rus-ost.no/docs/00000795/ACT-håndbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf

2. Forskningsmetoder

Psykiatrisk klinikk har i sin bestilling bedt om en evalueringsundersøkelse. Det har ikke vært mulig og gjøre dette til en ren evalueringsundersøkelse der målet er å se om innføringen av SMB har ført til bedre behandlingsforløp. Bakgrunnen for dette er at vi ikke har materiale som viser hvordan pasienter og kommunen opplevde samarbeidet før. Likeledes vil områder som samarbeid og opplevelse av behandlingsforløp være en subjektiv opplevelse og variere mye fra individ til individ, og også i forhold til hvilken situasjon det enkelte individ befinner seg i.

Metodeperspektivet i denne evalueringsstudien har vært eksplorerende. Det vil si at vi har hatt fokus på hvordan informantene har opplevd samhandlingen og behandlingen i SMB teamene. Hvordan de selv beskriver viktige elementer i behandlingsmodellen og hvilke arbeidsredskaper de benytter i behandlingsmodellen. Vi har ikke foretatt observasjoner av SMB team i arbeid, men har valgt og se på om de beskrivelser som informantene gir kan gjenkjennes i SMB modellen slik som den fremkommer av psykiatrisk klinikk presentasjon av modellen. Metodiske tilnærminger i denne studien baserer seg på dokumentgjennomgang, fokusgruppeintervju⁶ og individuelle intervju med aktuelle målgrupper.

2.1 Evalueringsforskning

Å evaluere er en form for verdifastsettelse av en eller annen form for virksomhet.⁷ Det finnes en rekke ulike retninger innenfor evalueringsforskning. Denne studien er en evalueringsforskning som ligger i grenselandet mellom brukerorientert retning og en prosessorientert retning. I den brukerorienterte⁸ er målgruppens mål, forventninger og behov som ligger til grunn for evalueringssoppgaven. Ofte er målet at selve prosessen skal ha en kunnskapsproduserende funksjon. Kunnskapen som frembringes skal brukes for å endre innholdet i den metoden som blir evaluert, primært for å bedre situasjonen for brukeren. Den prosessorienterte evalueringsformen er opptatt av hvordan en kan forbedre innsatsen underveis i en prosess. Evalueringens mål er å se å se hvordan SMB modellen kan forbedres før psykiatrisk klinikk eventuelt setter arbeidsmodellen ut som en helt naturlig del av arbeidet opp mot pasienter med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Det vil også være sentralt å belyse hvilke endringer som må gjøres for at modellen skal bli et reelt samhandlingsverktøy i forbindelse med samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten.

Denne evalueringsstudien er med andre ord ikke en summativ evaluering der vi har hatt som mål og vurdere om SMB- team har hatt den ønskede virkning. Hensikten slik vi har forstått det, er å skaffe et grunnlag for å forbedre SMB som behandlingsmodell og teamenes funksjon. Dette innebærer at evalueringssstudien er et bidrag til det arbeidet psykiatrisk klinikk gjør for å nå intensjonene om å gi best mulig behandling til sine pasienter, samtidig som en arbeider med å utvikle gode

⁶ Wibeck, Viktoria (2000) *Fokusgrupper* Lund: Studentlitteratur

⁷ Sverdrup, Sissel (2009) *Evaluering Faser, design og gjennomføring*. Fagbokforlaget. Bergen

⁸ Med bruker mener vi samtlige brukere av SMB team både pasienten, behandlingsansvarlig, miljøpersonale, kommunale helse og omsorgsarbeidere.

samhandlingsmodeller mellom første- og andrelinjetjenesten for å gi pasientene med sammensatt problematikk et godt behandlingsopplegg.

2.2 Dokumentgjennomgang

I denne evalueringsstudien har vi ut fra vår forståelse forsøkt å skape et utgangspunkt for det vi ble bedt om å evaluere. Vi valgte derfor å foreta en gjennomlesning av de dokumentene som beskriver SMB team. Vi har i hovedsak forholdt oss til to dokumenter. Disse dokumentene er psykiatrisk klinikk sin egen beskrivelse av behandlingsmodellen⁹. I lesningen av dokumentene har vi forsøkt å «finne» konkrete beskrivelser av modellen som sådan, men også intensjoner og begrunnelser man eventuelt måtte ha hatt for de valg man har tatt. Vi har også lest med det formålet å identifisere eventuelle sprik i fremstillingsmåten, fordi det gjennom denne typen sprikende fremstilling kan avleses hvor utfordringer eventuelt måtte ligge¹⁰.

Dokumentanalysen har foregått på følgende måte:

- Lest dokumentene og fortolket dokumentene.
- Identifisert fem hovedområder som ligger som basis i dokumentene: Verdier, målgruppe, organisering, behandlingsmodell og ledelsesforankring.
- Beskrevet intensjonene for behandling av denne pasientgruppen, slik de fremstår i offentlige dokumenter.

De fem hovedområdene som vi identifiserte etter gjennomlesningen har dannet grunnlag for utvikling av intervjuguiden og dannet grunnlaget for analysen/drøftingen. I dokumentanalyse er det viktig å ha i mente at tekst skapes i det øyeblikket den leses. Når vi leser en tekst, vil vi forstå og tolke den på ulike måter. En tekst kan anvendes på mange ulike måter og bli gjenstand for manipulasjon¹¹. Dokumentene som vi har sett på kan forstås på ulike måter, vår måte er ikke den eneste. Vi har gjort valg som har vært hensiktsmessige ut fra vårt formål.

⁹ Verpe, Tom (2008) *Strukturert multiprofesjonell behandling (SMB)*. Spesialistoppgåve i klinisk voksenpsykologi. Namsos.

Juul, Else Marie (2013) *Strukturert Multiprofesjonell behandling (SMB –team)*. En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling. Sykehuset Namsos.

¹⁰ Fairclough, Norman (2003) *Analysing discourse. Textual analysis for social research*. London. Routledge

¹¹ Hodder, Ian (2000) *“The interpretation of documents and material culture”* I: Denzin, Norman K. og Lincoln Yvonna, S. (2000) *Handbook of Qualitative research*. Sage Publications

2.3 Fokusgruppe

Når det gjelder tema som omhandler hvordan SMB team oppleves i praksis, har vi valgt å benytte fokusgruppe intervju. SMB team er en modell som er tydelig beskrevet i de skriftlige dokumentene, derfor blir den muntlige beskrivelsen fra de ansatte og brukere av teamene viktig.

Wibeck¹² hevder at et sentralt spørsmål en bør stille seg er hvorvidt fokusgruppe er den beste metoden for å gjennomføre den tenkte studien. Vi ønsker å få tak i informantenes beskrivelse av en arbeidsmetode. Hvilke fordeler har så fokusgrupper i dette arbeidet? Wibeck trekker fram at det gjennom et gruppeintervju vil komme fram en bredere skala av ideer enn i et individuelt intervju.

Gjennom å velge fokusgruppe vil vi få en bredere fremstilling av hvordan SMB team arbeidet fremstår i en tverrfaglig kontekst, fordi informantene får mulighet til å konsentrere seg om felles opplevelser og beskrivelser av sine arbeidsoppgaver. De felles begrepene har vært; verdier, målgruppe, behandlingsmodell, organisering og ledelsesforankring i et tverrfaglig perspektiv. Informantene får anledning til å reflektere rundt sin egen rolle i SMB. Teamene gis også muligheten til å presisere nyansene i de ulike opplevelsene. Disse nyansene vil først og fremst komme frem fordi de danner en alternativ historie til en allerede fortalt historie. Dette vil representere en bredde, men samtidig en dybde i materialet som en ikke uten videre får tak i ved individuelle intervju. Et mål med fokusgruppene er at informantene aktivt starter en prosess under intervjuet der målet blir at de sammen utveksler informasjon.

Sentralt i fokusgruppeintervju er at ordstyrer/forsker setter dagsorden. Informantene kan ikke ha en helt åpen gruppesamtale der det ikke blir gitt noe tema. Å bruke fokusgruppe handler om å samle en gruppe mennesker som i løpet av en begrenset tid diskuterer et gitt emne eller tema seg i mellom. Ordstyreren/forskeren er ikke en tradisjonell intervjuer, målet er å få deltakerne til fritt å diskutere seg imellom og reflektere rundt de temaene ordstyreren/forskeren bringer frem.

Flere av våre deltakere kjenner hverandre og har en historie sammen. Dette kan gjøre selve møtet lettere, men det kan også være en ulempe. Ulempen kan være at deltakerne allerede har etablerte roller overfor hverandre og har utviklet en kultur seg i mellom som ordstyrer/forskeren ikke klarer å tolke. Likeledes kan deltakerne ha diskutert emnene før. Dette kan innebære at de har en uuttalt felles forståelse eller uenighet som de alle er klar over, og som ikke kommer til uttrykk i diskusjonen, men i stor grad er med på å forme den.

Vi utformet en intervjuguide¹³, laget ut fra ideen om et halvstrukturert intervju¹⁴. Målet var at vi som forskere/ordstyrere skulle være så lite deltakende i diskusjonen som mulig, men at informantene skulle drøfte tema seg imellom. Ut fra tema valgte vi en guide med temaer som vi ønsket at fokusgruppene skulle diskutere/reflektere rundt. Vi brukte de samme temaene på samtlige

¹² Wibeck, Victoria (2000) *Fokusgrupper –om fokuserade gruppintervjuer som undersøkingsmetod*. Lund:studentlitteratur.

¹³ Intervjuguiden ligger som vedlegg nr 4.

¹⁴ Bjørndal (2011) *Det vurderende øyet. Observasjon, vurdering og utvikling i undervisning og veiledning*. Oslo: Gyldendal Akademiske

fokusgrupper, men med litt tilpasning til de to gruppene som besto av to informanter og det individuelle intervjuet.

2.4 Utvalg

I følge psykiatrisk klinikk er det pr d.d 35 aktive SMB team. Vårt utvalg er ikke satt sammen av samme team, men av mennesker som har erfaring fra dette arbeidet. Det var psykiatrisk klinikk, som selv gjorde utvalget av informanter ut fra noen gitte kriterier. For det første skulle det være frivillig å delta. For det andre skulle utvalget utgjøre en bredde i forhold til erfaring med bruk av denne behandlingsmodellen. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv¹⁵ til deltakerne.

Det er avholdt 3 fokusgruppeintervju.

Fokusgruppe 1 besto av 5 deltakere, alle med behandlingsansvar og erfaring fra SMB jobbing. Gruppen besto av en mann og fire kvinner. Fire av informantene var sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid og en psykiater.

Fokusgruppe 2 besto av miljøpersonale ved psykoseavdelingen. Dette var hjelpepleiere og sykepleiere med videreutdanning i psykiatri. I denne gruppen var det en mann og fire kvinner.

Fokusgruppe 3 besto av ansatte i to ulike kommunale helse- og omsorgstjenester. Informantene var kvinnelige sykepleiere med videreutdanning.

Det ble også foretatt et intervju med to ansatte fra en annen kommunal helse og omsorgstjeneste. Dette var 2 kvinnelige hjelpepleiere med lang fartstid i kommunen.

I utgangspunktet hadde vi ønske om en fokusgruppe med pasienter. Dette lot seg ikke gjennomføre på grunn av at flere av de forspurte pasientene ikke ønsket å la seg intervju i gruppe. Til sammen 3 pasienter var med på undersøkelsen, der to ble intervjuet samtidig og en for seg selv. Det var to menn og en dame. En av pasientene var innlagt. De to andre var utskrevet og det var over 2 år siden noen av dem hadde vært innlagt.

Når det gjelder pasientgruppen er den dessverre ganske liten. 3 pasienter representerer under 10 % av antallet aktive SMB team. For evalueringsundersøkelsen hadde det vært ønskelig med flere pasienter. På grunn av praktiske årsaker og tidsperspektivet har det ikke vært mulig for psykiatrisk klinikk og få til flere pasienter som kunne delt sine erfaringer med SMB team.

2.5 Gjennomføring av intervjuene.

Intervjuene skjedde på psykiatrisk klinikk når det gjelder fokusgruppene fra behandlere, miljøpersonalet og pasientene. I en av kommunene ble intervjuet avholdt på deres arbeidsplass. I det

¹⁵ Se vedlegg 3, Informasjonsskriv til deltakere av fokusgruppeintervju, datert 05.03.2013.

siste fokusgruppeintervjuet av kommunalt ansatte fra ytre Namdal ble dette avholdt på DPS i nærheten.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og varte fra 1,5 til 2 timer med unntak av det individuelle pasientintervjuet som varte ca i 45 min.

2.6 Analysearbeidet

Utgangspunktet for vårt analysearbeid har vært de fem områdene vi trakk frem i dokumentgjennomgangen; Verdier, målgruppe, organisering, behandlingsmodell og ledelsesforankring. Med dette som utgangspunkt lagde vi temaer for fokusgruppeintervjuene. Vi gjennomførte intervjuene sammen. I etterkant har vi vekselvis sammen og hver for oss hørt igjennom intervjuene flere ganger, skrevet ned utdrag av intervjuene som vi vurderte kunne belyse modellens svakheter og styrker, basert på informantenes erfaringer. Sammen har vi så gått igjennom de utdragene vi har plukket ut, diskutert og sett på hvordan disse kan forstås.

Vi står inne for denne måten og gjennomføre analysen på. Målet for evalueringsforskningen har vært å identifisere både suksesskriteriene og svakheter i modellen. De områder som vi har plukket ut må forstås og settes inn i den kliniske hverdagen der de skal brukes. I dette bildet vil det være avveielser som ansatte og organisasjonen må gjøre som ikke har kommet frem under intervjuene. Intervjuene har tatt utgangspunkt i informantenes opplevelse og i liten grad sett på omliggende faktorer.

2.5 Metodekritikk

Alle metoder har sine svakheter. I slike evalueringsundersøkelser som dette der det er snakk om å undersøke en modell som representerer en liten del av en helhet. Evalueringen må forstås ut fra de begrensingene som ligger i en slik undersøkelse. Vi vil her peke på noen av de metodologiske svakheter denne undersøkelsen har.

Utvalg

Forskningsmessig har ikke utvalget vært tilfeldig. Vi har ikke hatt kontroll på utvelgelsen, noe som kan være med på å stille spørsmål om utvalget er representativt i forhold til den evalueringen vi er bedt om å gjennomføre. Det er først og fremst psykiatrisk klinikk som har bestilt undersøkelsen og undersøkelsens primære mål er å bedre innholdet i SMB modellen. Derfor har vi lagt som en forutsetning at det er i bestillers interesse at utvalget representerer en bredde og erfaring i bruk av SMB team som arbeids- og behandlingsmodell.

Når vi ser hvilke yrkesgrupper som er representert tilfredsstiller disse ikke kravene om tverrprofesjonalitet. Informantene i undersøkelsen representerer tre grunnutdanninger; medisin,

sykepleie og hjelpepleie. Erfaringsmessig er dette de yrkesgruppene som hyppigst er representert innen psykisk helsevern.

Fokusgrupper

Vi mener at fokusgrupper som sådan er spesielt godt egnet for brukerrettet og prosessrettet evalueringsundersøkelser. Poenget her er jo at informantene skal dele av sine erfaringer og arbeide seg frem til en større og bredere forståelse for det som danner grunnlaget for evalueringsundersøkelsen.

Utfordringen hos oss er at bare tre av intervjuene tilfredsstillende krav som må settes til fokusgruppeintervju.

Vi har tre intervjuer der de samme temaene er blitt berørt men hvor vi ikke har fått til den frie ordvekslingen mellom informantene, hvor informanten i større grad har hatt en diskusjon med oss som intervjuere. Her kan vi stå i fare for å styre innholdet og lede informanten i en gitt retning.

Selv om ikke informasjonsinnhenting foregikk likt mellom de ulike gruppene er vår erfaring at mange av de samme erfaringer, temaene og utfordringene som kom frem, er uavhengig av metode. Det er en viss fare for at våre erfaringer fra fokusgruppeintervjuene kan ha styrt retningen for hva vi la vekt på i de individuelle samtale.

Validitet og reliabilitet

Et sentralt spørsmål i slike evalueringsundersøkelser er i hvor stor grad materialet er pålitelig. Vi er bedt om å evaluere en arbeidsmodell som psykiatrisk klinikk har utviklet, som de har stor tro på kan være en behandlingsform som kan være en god innfallsport til å nå intensjonen med samhandlingsreformen. Videre mener de at behandlingsformen vil gi brukerne større rettigheter, mestringsevne og den vil lette samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Vår opplevelse er at materialet er pålitelig. De som har gitt oss informasjon har erfaringer med SMB team. Flere er imidlertid kritisk til de uheldige sidene ved modellen og gir klart uttrykk for at det er avstand mellom intensjonene og det konkrete praktiske arbeidet.

Når det gjelder validitet er dette mye vanskeligere. Er resultatet av denne studien gyldig? Problemet med evalueringsstudier slik vi har gjennomført, er at informasjonen er innhentet fra informantenes erfaringer, slik at informasjonen er gitt på et bestemt tidspunkt. Dette tidspunktet vil være påvirket av andre utenforliggende faktorer noe som innebærer at det som fremsto som sannheter og erfaringer da undersøkelsen ble foretatt ikke nødvendigvis vil fremstå slik i dag. En modell og bruken av den er ikke statisk, men i kontinuerlig utvikling. Således vil en kunne få andre svar i dag.

I tillegg er det klart at vår erfaring som forskere vil kunne påvirke resultatet av denne undersøkelsen. Vi går ikke inn i undersøkelsen uten erfaring og forforståelse. De valg vi har gjort vil påvirke resultatet. I en evalueringsundersøkelse av en slik art som vi har foretatt vil en kanskje komme frem med flere spørsmål enn svar. I forhold til bestillingen er jo dette også hovedhensikten med studien,

altså å få frem elementer ved SMB team som det er verdt og dvele ved, i tillegg stille spørsmål slik at modellen som sådan kan få hjelp til å utvikles.

Et sentralt punkt i slike evalueringsundersøkelser er bestillers tro på prosjektet. Er det slik at psykiatrisk klinikk har stor tro på denne modellen og arbeide etter kan man stille spørsmål om de svar vi har fått av informantene representerer «virkeligheten». Det kan være lett å pynte på virkeligheten når forskere fra et annet «system» foretar en undersøkelse som omhandler kvaliteten av det arbeidet som utføres. Vår opplevelse er at de svarene vi fikk fra informantene både pekte på svakheter og styrker med modellen. Når det gjelder brukerrepresentantene var de mest positive og hadde minst og utsette på modellen. Dette kan tyde på at utvalget av brukere ikke er representativt, men at de brukerne som stilte opp var de som opplevde at de hadde stor nytte av denne modellen.

Et sentralt spørsmål vedrørende undersøkelsen er forskernes rolle. Vi har begge to på ulik måte kjennskap til psykiatrisk avdeling både gjennom ansettelsesforhold og som pårørende. At vår erfaringsbakgrunn kan ha påvirket undersøkelsen enten i form av at informantene har tatt det for gitt at vi har forstått deres budskap ut fra at vi har kunnskap og erfaring fra feltet, eller at vi som forskere har latt vår forforståelse og kunnskap styre vår analyse. For å motvirke dette har vi latt eksterne forskere¹⁶ gjennomgå rapporten og brukt deres tilbakemelding for å sikre kvaliteten på evalueringsundersøkelsen.

¹⁶ De eksterne leserne er professor Ove Helzèn fra Midtuniversitetet i Sundsvall og fagkonsulent/førstelektor Arve Almvik fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

3. Beskrivelse av SMB team.

Strukturert multiprofesjonell behandling er en metode som er utviklet ved psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos. Psykologspesialist Tom Verpe har beskrevet modellen i sin spesialistoppgave i klinisk voksenpsykologi¹⁷ og er ansvarlig for utviklingen av modellen. Målsettingen ved modellen er å sikre reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene. Modellen beskrives som en arbeidsform på tre ulike plan; en behandlingsmodell, en ledelsesmodell og en organisatorisk modell. Den er ikke knyttet til en bestemt diagnosegruppe og målgruppen for modellen er personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Modellen kan forstås som en trebeint krakk (se figur 1), der det finnes et fundament med noen overordnede verdier og holdninger. De tre beina representerer de ulike arbeidsområdene som blir presentert i modellen.



Fig 1

Det å foreta en slik oppdeling yter ikke behandlingsmodellen full rettferdighet, da det er flere elementer som vil kunne plasseres i flere av delene i modellen.

3.1 Grunnholdninger og verdier

Ut fra det som står beskrevet i modellen er det noen generelle grunnverdier og holdninger som ikke kan anses å være spesielle for denne modellen. Det er holdninger og verdier som bør ligge til grunn for all helsehjelp og behandling. *Verdien av å være vennlig, empatisk og ha respekt for pasienten er*

¹⁷ Verpe, Tom (2008) *Strukturert multiprofesjonell behandling (SMB)*. Spesialistoppgave i klinisk voksenpsykologi. Namsos.

*selvsagt og trenger ikke vitenskapelig støtte*¹⁸. I modellen blir relasjon, allianse og kontinuitet beskrevet som viktig. På mange måter skulle dette være unødvendig å beskrive som sentralt i behandling av alvorlige psykisk syke, likevel er det gjort til et sentralt poeng i beskrivelsen av behandlingsmodellen. Dette kan si noe om hvor ofte denne pasientgruppen faktisk må forholde seg til nye mennesker ut fra hvor de befinner seg i behandlingssystemet. Slik det er beskrevet i modellen skal et SMB team være representert av sentrale behandlere/støttepersonene til pasienten, uavhengig om pasienten befinner seg på sykehuset, i egen bolig eller i et kommunalt botilbud. SMB teamet skal bestå av personer som innehar et ansvar for pasienten. I tillegg skal fagpersonene ha mulighet til å forplikte den organisasjonen de representerer, i forhold til å lage et behandlingsopplegg rundt pasienten.

To andre områder som kan knyttets til verdier og holdninger blir også trukket fram; medbestemmelse og meningsfullhet. Når det gjelder medbestemmelse er dette fastsatt i lov om pasient- og brukerrettigheter. Det er også knyttet et krav til medbestemmelse innen lov om psykisk helsevern¹⁹. Meningsfullhet kan sees i sammenheng med den plikten som ligger på helsearbeideren med hensyn til å tilpasse informasjon til mottakeren. Det påhviler helsearbeideren et stort ansvar å gi pasienten nok opplysninger til at de forstår meningen og innholdet i behandlingen.²⁰ Lovgivers intensjon med å sikre at pasienter får informasjon er i all hovedsak bygd på prinsippet om at pasienter bestemmer over eget liv. Videre at inngripen fra andre må oppleves som meningsfull, hvis inngripen skal oppleves som nyttig og konstruktiv i forhold til opplevd helse.

Begge disse områdene kan sees på som selvfølgheter, men det er viktig at de presenteres i modellen og etterleves. Makt og avmakt er sentrale begreper innen psykisk helsevern. Pasienter kan fort komme i en situasjon der de føler seg maktesløse, og har lite kontroll over egen situasjon. Det kan i perioder kan det være nødvendig at noen andre overtar styringen når innsikten i egen situasjon ikke er til stede. Like viktig er det å overlate styringen til pasienten så fort dette er mulig og på de områder det er forsvarlig. Derfor er det viktig at verdier som medbestemmelse og meningsfullhet blir tatt frem som sentrale i modellen.

3.2 Målgruppe for SMB-team

I dokumentene går det frem at behandlingsmodellen er rettet mot personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. I dokumentet blir det spesifikt nevnt psykoseproblematikk, alvorlige personlighetsforstyrrelser og dobbeltdiagnoser som psykisk lidelse og rus eller utviklingshemming. Samtidig blir det i dokumentet beskrevet at pasientens funksjon er mer sentralt en selve diagnosen. Slik sett kan en si at målgruppen for bruk av SMB Team er personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser med lavt funksjonsnivå som har behov for helse- og sosialtjenester på tvers av profesjoner og etater.

¹⁸ Aarre Trond F, Bugge Petter og Juklestad Siv Iren (2009:19) *Psykiatri for helsefag*. Fagbokforlaget

¹⁹ Viser til Lov om pasient- og brukerrettigheter 2. juli nr. 63 1999. Kapittel 3: Rett til medvirkning og informasjon og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 2. juli nr 62 1999. Kapittel 4.

²⁰ I lov om pasient- og brukerrettigheter 2. juli nr 63 1999 står følgende i § 3-2; Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

3.3 SMB- team som behandlingsmodell - et helhetlig tjenestetilbud

SMB team er tenkt å være en modell som ivaretar behandling for mennesker med behov for langvarig og tverrfaglig behandling. SMB-modellens forståelsesmåte bygger i følge Verpe²¹ på psykodynamisk teori med særlig fokus på tydelige rammer, strukturer og kontinuitet, hvor særlig begrepene overføring, motoverføring og projektiv identifikasjon nevnes som sentrale²². Selve behandlingstilnærmingen/ teknikker i SMB- temaet er mer fundert på kognitiv terapi, eksempelvis redusere stress i forbindelse med positive symptom²³, bruk av ulike behandlingsverktøy som personlig profil, kriseplaner, selvhjelpskort .

Verpe (2008)²⁴ skriver at innholdet og strukturen rundt møtene i SMB teamet er faglig fundert, basert på prinsipper fra psykodynamisk psykoterapi ved bruk av fast dag og fast tid. Dette skaper i følge Verpe en struktur som er viktig for å skape forutsigbarhet og er nødvendig ovenfor denne pasientgruppen. Verpe hevder videre at en slik stringent behandlingsstruktur kan gi rom for å gjennomføre systematiske overføring og motoverføringsanalyser²⁵, hvor personalet kan ha mulighet til å analysere og diskutere måten pasienten forholder seg på disse rammene på. Dette kan være sentralt for å redusere konflikter og høg grad av Expressed Emotions i behandlingsteam / sengepost knyttet til pasienten.

Både Juul (2013) og Verpe(2008) viser viktigheten av å ha fokus på expressed Emotions (EE)²⁶ både i familien rundt pasienten, postmiljøet og det enkelte SMB-team. I følge Verpe kan karakteren av det følelsesmessige klima i pasientens omgivelser settes i sammenheng med risiko for psykotiske tilbakefall. I familier/omgivelser preget av høy grad av kritikk eller emosjonell overinvolvering, kan tilbakefallsrisikoen altså være tre ganger så stor²⁷. Fagpersoner kan i enkelte situasjoner bli utålmodig i sin forståelse av pasientens oppfatninger, bli nedlatende eller ha overbeskyttende holdninger, men dette vil være uheldig for overnevnte pasientgruppe. Å ha et team rundt seg som har fokus på expressed Emotions, kan forhindre at slike situasjoner oppstår. Det er derfor viktig at dokumentene fra psykiatrisk klinikk poengterer fokus på engasjement, viktigheten av et passende rolig tempo, en ikke-konfronterende tilnærming, nøyaktig og konsistent språkbruk i sitt arbeid med å skape gode behandlingsrelasjoner/miljø rundt pasienten for å sikre trygghet, bygge allianse og

²¹ Verpe Tom (2008) *Strukturert multiprofesjonell behandlingsteam (SMB)*. Spesialistoppgave i klinisk voksenpsykologi, Namsos.

²² Verpe (2008) nevner Klein (1957) og Belin (2002).

²³ jfr Lecomte & Kerec, 2007 i Verpe (2008)

²⁴ Verpe, Tom (2008:4) *Strukturell multiprofesjonell behandling (SMB)*. Spesialistoppgåve i klinisk psykologi, Namsos.

²⁵ Verpe (2008) viser til Searles (1963), Sandler et al, Belin (2002)

²⁶ Verpe (2008:4) beskriver at høy emosjonalitet og høyt konfliktnivå er en velkjent fare i behandlingsmiljø som arbeider med psykotiske pasienter. Mange pasienter tilbringer mye tid med postpersonale, og blir derfor et viktig psykososialt miljø for pasienten. Moore et al (1992) i Jordahl og Repål(2009;57) bekrefter at 40 % av personalet skårer høyt på EE, særlig ifht kritiske kommentarer. Heinssen et al (1992) har funnet en sammenheng mellom personale som skårer høyt på EE og pasienter med lav samarbeidsevne og vanskelig, impulsiv atferd.

²⁷ Brown G.W et al (1958) og Bentsen (2007) i Verpe (2008) *Strukturert multiprofesjonell behandling (SMB)* Spesialistoppgave i klinisk voksenpsykologi, Namsos, som bekrefter at følelsesmessige uttrykk i pasientens familie preget av høy grad av kritikk, emosjonell overinvolvering, økte risikoen tre ganger for tilbakefall.

forhindre tilbakefall. Relasjonen er altså sentral i SMB modellen, hvor teamet arbeider med behandlingsallianse over tid, og har forståelse for at det tar tid å bygge opp en slik relasjon hos personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Dette burde kanskje tas som en selvfølge i behandling av psykisk syke mennesker, men det er en kjensgjerning at det kan være krevende å arbeide med alvorlige psykiske mennesker over tid. Hjelper bør føle en personlig motivasjon, engasjement og forpliktelse, slik at vedkommende kan være en bidragsyter til å bygge opp pasientens selvrespekt og håp, ved at pasienten blir sett, hørt og forstått i et miljø som er preget av trygghet og respekt.

I følge dokumentet²⁸ fra psykiatrisk klinikk skal behandlingen ha fokus på brukernes egen evne til mestring, være individuelt tilpasset og være deltakende med medbestemmelse i egen behandling. Ved at pasientene er aktive parter, hvor det er uttrykt ønske om brukermedvirkning/styring vil dette være relasjonsfremmende.

3.4 Organisering

Målsettingen med SMB team er å organisere tjenestetilbudet rundt pasientgruppen slik at den ivaretar behovet for kontinuitet med vekt på å etablere langvarige relasjoner mellom pasienten og behandlerne. Organiseringen skal være etablert slik at pasienten opplever et tilnærmet sømløst system mellom første- og andrelinjen. Målet med organiseringen er å stabilisere omgivelsene rundt pasienten.

Organisering av tjenesten skal være lagt opp slik at SMB Teamet er organisert slik at de sentrale aktørene er representert i teamet. Dette innebærer et tett samarbeid mellom de ulike etater. Videre at teamet er det samme, uansett hvor pasienten befinner seg i behandlingsopplegget. Enten pasienten er inneliggende, i egen leilighet eller i en kommunal heldøgns omsorgstjeneste. I situasjoner hvor pasienten har behov for tjenester eller annen kompetanse enn hva SMB teamet kan tilby, blir disse invitert på møtene, eller SMB teamet følger pasient til instansene for å motta samme informasjon slik at informasjonen blir gjentatt og bearbeidet i etterkant med teammedlemmene

De fleste pasienter som tilbys SMB team forventes å ha behov for oppfølging over flere år i forhold til flere områder (samtaler, bolig, arbeid/utdanning, nettverk m.m). SMB Teamene legger vekt på den terapeutiske effekten²⁹ av faste møtepunkter, uansett om pasienten bor hjemme eller er innlagt ved sengepost. Antall treffpunkter i SMB teamet avklares ut fra pasientens behov, flere ganger i uken,

²⁸ Juul, Else Marie (2013:8-9) *Strukturert Multiprofesjonell Behandling (SMB). En behandlingsmodell som sikrer brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling, Sykehuset Namsos.

²⁹ Dette er nærmere beskrevet under behandlingsmodellen i Juul (2013) *Strukturert Multiprofesjonell Behandling (SMB) – en behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling, Sykehuset Namsos.

ukentlig eller sjeldnere³⁰. SMB møtene kan avholdes så vel i sengepost som i pasientens hjem alt etter pasientens behov. Dette innebærer i stor grad oppfølging fra sykehuset side i pasientens hjemmearena.

SMB-teamet har stort fokus på pasientens behov, som igjen medfører stor tilgjengelighet og fleksibilitet i tjenestetilbudet, hvor medlemmene i teamene i perioder opprettholder teammøtene til tross for at pasienten er innlagt, eller arbeider mer oppsøkende i form av hjemmebesøk hvis pasienten har behov for dette. Teamet kan også endre mengde teammøter i faser hvor pasienten er i dårligere psykiske faser. Dette gir en unik mulighet for teammedlemmene og pasienten å vedlikeholde relasjoner også i faser hvor pasienten trenger institusjonsbehandling, som igjen skaper forutsigbarhet og trygghet i behandlingsløpet hos den enkelte pasient.

3.5 Ledelse

I dokumentene³¹ fra psykiatrisk klinikk vektlegges det at denne måten å tenke behandling på er forankret og godkjent av ledelsen i de ulike organisasjonene. Det understrekes at sammensetningen av SMB teamet er et lederansvar, men det blir ikke beskrevet hvilket ledelsesnivå en her sikter til. Det understrekes også at forankringen må finne sted innenfor det kommunale systemet.

Det er vanskelig å se ut av dokumentene³² om hvilket ledelsesnivå en sikter til når det gjelder forankring og godkjenning av en slik behandlingsmodell. Vi tolker det dit at bruken av SMB team må forankres både i det kommunale systemet og i sykehuset, og at det inngås en eller annen form for konsensus når det gjelder måten dette skal organiseres på og hvem som skal ha det formelle ansvaret for behandlingsopplegget i det enkelte SMB Team.

³⁰ Verpe, Tom (2008) *Strukturell multiprofesjonell behandling (SMB)*. Spesialistoppgave i klinisk psykologi, Namsos.

³¹ Juul, Else Marie (2013) *Strukturert Multiprofesjonell Behandling (SMB) – en behandlingsmodell som sikrer reell brukervedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling, Sykehuset Namsos.

³² Viser til Juul, Else Marie (2013: 11) *Strukturert Multiprofesjonell Behandling (SMB) – en behandlingsmodell som sikrer reell brukervedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling, Sykehuset Namsos.

4 Teoretiske og faglige beskrivelse av elementene i SMB teamarbeidet

Vi har tatt utgangspunkt i områdene som vi har opplevd sentrale i forhold til SMB modellen og sett på teori, forskning, faglig og politiske føringer som omhandler disse områdene.

4.1 Verdier

Hvilke verdier og hvilket menneskesyn en har henger nøye sammen. Hvilke verdier og menneskesyn den enkelte helsearbeider har, vil påvirke måten han/hun møter sine pasienter på. I vår evalueringsundersøkelse har vi tatt utgangspunkt i tre sentrale begrep; relasjon, brukermedvirkning og normalisering. Begreper som er sentrale i forhold til å gi et godt behandlingstilbud.

I en studie av Vatne³³ konkluderer hun at hjelpere som har et anerkjennende perspektiv ser ut til å ha en bedre faglig forankring og er mer styrt av sitt menneskesyn, og egne verdier og holdninger i samhandlingen med brukeren. I et aksjonsforskningsprosjekt ved Sykehuset Innlandet i 2008³⁴ kom en frem til at verdier som helhetlig tilnærming med utgangspunkt i brukermedvirkning samt fokus på relasjoner er viktig i forhold til pasientenes opplevelse av tilbudet. I denne undersøkelsen ble det pekt på at sentrale elementer for å bygge en god relasjon var at den var preget av; respekt og likeverd, ansvar/ansvarlighet, håp, utholdenhet, deltagelse, samarbeid, åpenhet, ærlighet og rettferdighet.

Både i offentlige dokumenter³⁵ og i pasient- og brukerrettighetsloven³⁶ understrekes brukermedvirkning som sentralt. Dette handler om menneskets autonomi og selvbestemmelse. Historisk sett har kanskje ikke brukermedvirkning kjennetegnet norsk psykiatri. Både politiske føringer og lovverket er meget tydelig på at brukermedvirkning skal være et sentralt område innenfor norsk helsehjelp. Tradisjonelt har hjelpeapparatet hatt definisjonsmakt til både å definere problemet og løsninger. Det er fortsatt nødvendig å ha stort fokus på brukermedvirkning og dette fordrer at de ansatte har evne til å endre maktstrukturen og gi pasienten reell medinnflytelse. Dette handler om både endringer på den enkeltes tjenestemottakerens nivå så vel som på organisatorisk nivå. Å gi reell brukermedvirkning handler i stor grad om å skape arenaer for tilrettelegging.

³³ Vatne S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

³⁴ Nysveen K., Hagen E. K, Granerud A. og Nordby K. (2008). *Miljøterapiprosjektet. Mål og verdigrunnlag 2*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Notat nr. 3

³⁵ Sosial og helsedepartementet(2001) Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmedes barrierer. NOU 2001:22. St.prp. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. <http://www.dep.no/hd/norsk/publ/stmeld/030005-040008/dok-bn.html>, St.meld.nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086.

³⁶ Viser til Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2. juli nr. 63 1999. Kapittel 3: Rett til medvirkning og informasjon.

I St. meld nr 25 (1996-97)³⁷ blir normalisering trukket frem som et sentralt område:

Behandling må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former(...) Ingen skal være innlagt i institusjon hvis det ikke er nødvendig. Når tilbudene kan gis som en kombinasjon av poliklinisk spesialistbehandling eller dagtilbud og ulike kommunale hjelpe- og støttetilbud, vil dette svært ofte både være det beste faglig og det pasienten og familien foretrekker (...) Innleggelse bør bare skje når andre muligheter er nøye vurdert og funnet utilstrekkelige, og enhver innleggelse må ha en særskilt begrunnelse og målsetning. Behov for pleie og omsorg er ikke god nok grunn, og ingen skal ha spesialistinstitusjon som varig bolig.

Allerede i 1996 var en tydelig normaliseringstankegang av behandlingstilbudet for psykiatriske pasienter satt på dagsorden. Senere har det normalisering blitt fulgt opp i opptrappingsplanen for psykisk helse og sist i samhandlingsreformen.

4.2 Målgruppe

I følge dokumentet³⁸ fra psykiatrisk klinikk, er målgruppen for SMB- team; pasienter med betydelig funksjonssvikt som følge av psykiske lidelser. Dette er i seg selv ingen diagnosegruppe. Det som dog synes å være felles for målgruppen er at de har langvarige og alvorlige psykiske lidelser med vedvarende negativ effekt på personens psykososiale fungering, det vil si jobb, skolegang og mellommenneskelige relasjoner³⁹. Psykiske lidelser som ofte blir nevnt i denne sammenhengen er schizofreni, bipolare lidelser (mani og depresjon), alvorlig depresjon med psykotiske symptomer og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Modellen beskrives spesielt egnet for mennesker med psykoseproblematikk og alvorlig personlighetsforstyrrelser.

Aktuelle diagnosegrupper som kan være aktuell for SMB-team hvis de i tillegg har lavt funksjonsnivå:

Schizofreni (F 20 – ICD 10)⁴⁰ er en psykisk lidelse preget av psykose (vrangforestillinger, hallusinasjoner), uorganisert tale og negative tanker. Lidelsen kommer til uttrykk gjennom positive symptomer: auditative hallusinasjoner (pasienten hører stemmer), paranoide eller bisarre vrangforestillinger. Negative symptomer kan være disorganisert tale og tenkning (eks.springende språk, uberegnelig atferd, upassende affekter hvor pasienten eksempelvis ler når man er lei seg). De positive og / eller negative symptomene ledsages av betydelig sosial eller yrkesmessig dysfunksjon.

Alvorlige personlighetsforstyrrelser (F60 kapitlet i ICD-10, cluster A og B jamfør DSM-IV).

Personlighetsforstyrrelse vil si rigide og vedvarende mønster som er relatert til indre opplevelser og

³⁷ St. meld nr 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet Helse og omsorgsdepartementet

³⁸ Juul, Else Marie (2013) *Strukturert multiprofesjonell behandling (SMB). En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling. Sykehuset Namsos.

³⁹ Gråwe, Rolf (2004): *Alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk – hvordan forstå og behandle de med dobbeldiagnose?* Norsk farmaceutisk tidskriftet 12/2004.

⁴⁰ Statens helsetilsyn (2006) *ICD – 10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo; Gyldendal akademisk.

atferd som representerer markerte avvik fra det som forventes i personens kultur. Personlighetstrekk som på forskjellige måter fører til ubehag eller vansker for personen det gjelder eller omgivelsene. Personlighetstrekene er ikke-fleksible, maladaptive og forårsaker nedsatt funksjonsevne og subjektivt stress⁴¹. Det er altså all karakteristikk av en persons atferd og tenkning. Altså vil trekkene ha innvirkning på nesten hvilken som helst situasjon, inkludert arbeid / skole, mellommenneskelige forhold og hvordan vedkommende lever. Eksempler på alvorlige personlighetsforstyrrelser kan være emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, dyssosial /antisosial, narsissistisk, schizoid og paranoid personlighetsforstyrrelse.

Hvis pasienten har komorbide tilstander (flere diagnoser på en gang) slik som rusdiagnoser og ulike former for kognitiv svikt / utviklingsforstyrrelser kompliserer det behandlingsoppfølgingen.

Rusdiagnoser (F10- F19 kapitlet i ICD-10) Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer⁴², hvor pasientene har trang, svekket evne til å styre, stanse eller sette ned forbruket, får abstinenser eller inntar ny mengde for å unngå abstinens, økt toleranseutvikling, fortsetter bruken til tross for erkjent skadevirkning og hvor rusen får en dominerende rolle mht prioritering og tidsforbruk⁴³.

Psykisk utviklingshemming (F70) og **utviklingsforstyrrelser** (autismespekteret F84) som i større eller mindre grad innebærer svekkelse eller forsinkelse i utviklingen av funksjoner nært forbundet med den biologiske modningen av sentralsystemet som har betydning for generell utvikling, kommunikasjon, språk, sosiale vansker, motoriske vansker, oppmerksomhet, aktivitet, humør og søvn.

Hvis en tar utgangspunkt i sekkebetegnelsen personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser kan en slå fast at målgruppen består av mennesker med svært ulike utfordringer og behov, hvor det blir sentralt å få et bilde av de symptomer, utfordringer og ressurser den enkelte pasient har, slik at oppfølging og behandlingsformer kan bli valgt ut ved å skreddersy tilbudet for den enkelte. Dette er mennesker som har lidelser som karakteriseres som alvorlige og ekstra utfordrende å gi tilfredsstillende tjenestetilbud, altså pasienter som trenger mer enn den vanlige oppfølgingen som gis av en tjeneste. Denne pasientgruppen vil ha behov for tjenester både innenfor første- og andrelinjetjenesten.

⁴¹ Barlow, David, Durand, Mark (2012) *Abnormal psychology- an Integrative Approach*. Wadsworth Cengage Learning.

⁴² Statens helsetilsyn (2006) *ICD – 10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal akademisk

⁴³ Gråwe (2004) viser til en stor tverrsnittundersøkelse « The Epidemiologic catchment Area (ECA) study fra USA, livstidsprevalens for alkohol og narkotikalidelser for mennesker med psykiske lidelser og den høyeste forekomsten fant sted hos personer med schizofreni (33.7% for alkohollidelser, 27,5 % for narkotikalidelser) eller bipolar lidelse (43,6% for alkohollidelser og 33,6 % for narkotikamisbruk.

4.3 Behandlingsformer

Når en skal vurdere hvilke behandlingsformer som virker spesielt gunstig vil vi presentere eksempler på behandlingsformer som er prøvd ut eller anbefalt overfor denne pasientgruppen. Vi har søkt litteratur som har gjort vurdering av ulike behandlingsformer og effekt for denne gruppen. Vi har kort beskrevet ulike behandlingsmodeller som er brukt, ved hjelp av bøker og litteratursøk.

I denne rapporten benytter vi sekkebetegnelsen «alvorlige psykiske lidelser» om målgruppen. Dette skaper noen utfordringer når ulike behandlingsformer skal beskrives med fokus på publisert litteratur om effekt av de ulike behandlingsmetodene. En god del publiserte artikler har gjerne et utvalg med eksklusjon av komorbide tilstander, da dette kompliserer behandlingsutbytte. Dette medfører at en del publikasjoner tar utgangspunkt i en «rendyrket» psykisk lidelse og knytter denne opp til en eller flere behandlingstilnærminger som man sammenlikner effekt av. Når søk gjøres på «alvorlige psykiske lidelser» kommer gjerne tilstander innen schizofreni og bipolar lidelse, men alvorlige psykiske lidelser kan være andre tilstander og kombinasjoner av tilstander, men som tilsammen gjør alvorlighetsgraden stor.

Miljøterapi:

På en forenklet måte kan vi si at miljøterapi er et terapeutisk miljø som under visse betingelser kan virke behandlende på sykdom⁴⁴. Godt miljø er viktig for pasientens psykiske helse, hvor miljøet kan fremme pasientenes mulighet for mestring, læring og ansvarliggjøring. Et miljø er derimot ikke automatisk terapeutisk. Ulike terapeutiske elementer må skapes gjennom etablering av utviklingsfremmende systemer og relasjoner⁴⁵. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser profiterer best på å ha faste hjelpere for å oppnå allianse, trygghet og tillit i behandlingsrelasjonen.

Miljøterapi består av to deler⁴⁶: miljødelen, som handler om å legge til rette og organisere, og terapidelen, som dreier seg om å utvikle og forandre. Miljøterapiens primære oppgave er å skape muligheter for at pasienten kan jobbe med egen utvikling og endring. Miljøterapi blir da en måte å organisere en virksomhet eller prosess på, enten i eller utenfor sengepost⁴⁷. I forbindelse med alvorlige psykiske lidelser, særlig schizofreni er det viktig at miljøet har fokus på et lavest mulig nivå av sinne og aggresjon, samt at man unngår overinvolvering⁴⁸.

⁴⁴ Stensrud, Bjørn (2007) *Miljøterapi. Virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*. Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, avdelingen for helse og idrettsfag. Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 7 – 2007be

⁴⁵ Vatne, Solfrid (2006) *Korrigerer og anerkjenner. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

⁴⁶ Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut* I Simonsen, Inge -Ernald (2007) *Psykologer og miljøterapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, nummer 11*, side 1338-1339

⁴⁷ Alicia Olkowska & Berit Landmark. *Hva gjør miljøterapi til terapi? Fontene 9/2009*.

⁴⁸ Friis, s (1986) *Characteristics of a Good Ward Atmosphere. Acta Psychiatrica Scandinavica 74*; 469-473 i Jordahl, H og Repål A (2009) *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen; Fagbokforlaget.

Gundersons miljøterapeutiske modell

Det finnes betydelig litteratur om miljøterapi, men lite forskningsbasert litteratur⁴⁹. Gunderson miljøterapeutiske modell⁵⁰ er en ledende metode i mange institusjoner innen psykiatri, til tross for lite forskning knyttet til metoden. De miljøterapeutiske tiltakene i en døgnavdeling tar ofte utgangspunkt i Gunderson-modellen, hvor pasientens symptom og funksjonsfase blir vurdert, Gaf score – Global Assessment of Functioning⁵¹, og hjelper til med å kartlegge hvilken fase i sykdomsforløpet pasienten befinner seg.

GAF skår og Symptomfaser	Miljøterapeutiske prinsipper
1 - 30 Akutfase	Beskyttelse - hvor hensikten er å trygge, skjerme og ta hånd om pasienten, støtte gjennom å hjelpe pasienten til å utføre gjøremål han mestrer
11 - 45 Subakutt	Støtte - gjennom å hjelpe pasienten til å utføre gjøremål han mestrer
25 - 55 Tertiærfase	Struktur - legge vekt på forutsigbarhet over tid og gjør miljøet mindre flytende.eks lage døgnplaner / ukeplaner
40 - 65 Postpsykotisk fase	Engasjement - hjelpe pasienten med å knytte seg aktivt til sitt sosiale miljø innenfor og utenfor sengepost
55 – (90) Post psykotisk fase	Gyldiggjøring - Gyldiggjøring blir gjerne utelatt i en sengepost, da de fleste pasienter i denne fasen ikke er i behandling i en døgnenhet, men bor hjemme eller blir fulgt opp av kommunehelsetjenesten ⁵² .

Individualterapi:

Individual terapi kan beskrives som regelmessig kontakt med pasienter til avtalte samtaler hos lege, psykolog eller annet kvalifisert personale. Behandlingskontakten vedvarer over tid.

Individualterapi skreddersys for hver enkelt pasient. Noen trenger å dele tanker, følelser og bekymringer med en tredjeperson, hvor man sammen kan finne en dypere innsikt og forståelse av

⁴⁹ Andersen 1997 og Vatne, Solfrid (2006) *Korrigerer og anerkjenner. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

⁵⁰ Henriksen, Anne Thorsvik et al (2011) *Miljøterapi: en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger; Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

⁵¹ Karterud, sigmund, Pedersen, Geir, Løvdahl, Hans & Friis, Svein (1998) *Global funksjonsskåring - Splittet versjon. Bakgrunn og skåringsveiledning*. Klinikk for Psykiatri, Ullevål sykehus.
Nettadresse: <http://personlighetsprosjekt.com/gaf/gafveil.pdf>

⁵² <http://www.akuttnettverket.no/~media/Files/Arrangementer/2012%2005%20innlegg%20fra%20samling/GAF%20og%20miljøterapi%20i%20døgnenhet.ashx>

seg selv og eventuelt andre i sitt nærmiljø. Andre ganger er fokuset knyttet til konkrete problemstillinger eller symptomer. Tilnærmingene som benyttes i individualterapi kan være mange; psykodynamisk terapi, kognitiv terapi, interpersonell terapi, mentaliseringsbasert terapi osv. Valg av tilnærming skjer ofte etter pasientens psykiske lidelse (jfr behandlingsveiledere), pasientenes ønske og terapeutens foretrukne metode.

Kognitiv terapi

Kognitiv terapi har fokus på pasientenes uønskede følelser og symptomer gjennom å endre personens måte å tenke eller oppleve verden på. Pasient og hjelper setter mål for behandlingen hvor de sammen finner måter å løse problemene på. Det benyttes gjerne en sokratisk spørremåte hvor målet er at pasienten selv finner svar. Pasienten blir da aktivt deltakende i egen behandling, og får et større innblikk i den terapeutiske prosessen.

Den kognitive modellen fremstilles vanligvis som en ABC modell hvor

A er en hendelse

B er en antakelse eller tenkning rundt A

C er en følelse eller handling

Ved kognitiv terapi tar man ikke utgangspunkt i at det er hendelsen i seg selv som er årsaken til våre følelser, men at våre tanker eller antakelser knyttet til hendelsene er det. Vi tar ut deler av informasjonen vi får, og tolker denne informasjonen. Noen ganger tolker vi feil som medfører at vi blir urolige, engstelige eller triste. Hvis vi tenker at andre mennesker vil oss vondt, vil all informasjon som mottas/bearbeides være knyttet til dette verdensbildet, selv om tolkningen er feil. Før hjelper starter for noen former for intervensjoner i forhold til de psykotiske opplevelsene, er det svært viktig at pasienten har forstått rasjonale bak den kognitive modellen. Hjelper skal ikke overbevise pasienten om at hans tolkninger er feil, men skal hjelpe pasienten til å finne alternative måter å forstå og tolke hendelsene på.

Kognitiv terapi skjer gjennom samtaler med pasienten om symptomene og deres livssituasjon, samtidig som hjelperen forsøker å hjelpe pasienten til å se denne type problemer ved en kognitiv formulering av sine uønskede følelser eller symptomer. Et sentralt mål vil være å engasjere til et samarbeid og diskusjoner, som igjen medfører mindre belastende og mer konstruktive måter å forstå atferden og psykosene på, slik at bedring kan skje⁵³. Ved alvorlige psykiske lidelser, som eksempelvis schizofreni vil behandlingen inneha samme elementer som tradisjonell kognitiv atferdsterapi, men tidsaspektet er lengre og tilnærmingen mer tilpasset pasienter med psykoser. Selvfølgelig er det ønskelige målet å bli kvitt psykotiske symptomer, men hos de fleste er det kanskje mer realistisk å ha som målsetning at pasienten skal leve med de psykotiske symptomene på en bedre måte⁵⁴.

Kognitiv terapi har dokumentert effekt i behandling av schizofreni og andre alvorlige psykiske lidelser. Hovedsakelig er behandlingen knyttet til å redusere stress i forbindelse med positive

⁵³ Fowler, D. Garety, P. & Kuipers, E. (1998). Cognitive behaviour therapy for psychosis: Formulation, treatment, effects and service implications. *Journal of Mental Health*, 7, 123–134.

⁵⁴ Jordahl & Repål (2009) *Mestring av psykoser – psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen; Fagbokforlaget

symptomer og / eller reduksjon av disse. Turkington⁵⁵ har konkludert i en oversiktsartikkel at det er rimelig godt dokumentert at kognitiv terapi har effekt, og at den beste effekten kan synes å være for pasienter med vedvarende medikamentresistente psykotiske symptomer. Kuipers⁵⁶ gjorde en studie med en gruppe på 30 pasienter som hadde mottatt kognitiv terapi, hvor det ble målt en signifikant bedring på Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) sammenliknet med en kontrollgruppe. Effekten var vedvarende 9. måneder etter avsluttet intervensjon.

Psykoedukativ familiebehandling

Psykoedukativ familiebehandling består vanligvis av tre behandlingselementer. Pasient og familiemedlemmer får tilbud om undervisning, stressmestring ved hjelp av problemløsning, kommunikasjonstrening og bygging av nettverk som integreres på en helhetlig og individuell måte overfor hver enkelt pasientens familie. Målet er å redusere tilbakefall, ivareta eller bedre pasientens funksjonsnivå og senke opplevd byrde for familie. Mange familier som har familiemedlemmer med alvorlige psykiske lidelser kan bli overbelastet og oppleve at de kommer til kort, da er det helt sentralt innen familiebehandlingen å vise at familien er en viktig ressurs for pasienten. Psykoedukativ behandling retter tiltakene mot pasientens familie. I følge veileder⁵⁷ ved Helse Nord Trøndelag vil systematisk psykoedukativt familiearbeid mot pasienter med schizofreni redusere tilbakefallsraten, opp mot 20 %. Behandlingen synes også å gi bedre etterlevelse (Compliance) av behandling, bedre livskvalitet, reduksjon av familiens byrder og reduserte samfunnsmessige kostnader⁵⁸.

Støttesamtaler

Støttesamtaler er samtaler hvor hjelper er aktivt tilstede for å lytte til pasienten og uttrykke forståelse for den enkeltes situasjon / reaksjoner. Samtalene har ofte et praktisk fokus hvor mestring eller støtte til å foreta konkrete valg er sentralt.

KOR (Klient- og resultatstyrt praksis)

KOR er utviklet av Scott Miller, Barry Duncan og deres kollegaer ved Institute for the Study of Therapeutic Change (I.S.T.C) i USA. KOR er et enkelt hjelpemiddel for å gi pasienten mer innflytelse på egen behandling, hvor pasientens perspektiv settes i fokus, samtidig som hjelperen kan evaluere effekten av eget arbeid. Pasientens opplevde problem og situasjon er vanligvis utgangspunktet for

⁵⁵ Turkington et al (2006) Cognitive-behavioral therapy for schizofrenia: A review. Focus 4;23 I Jordahl, Helge og Repål, Arne (2009) Mestring av psykoser – psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø. Bergen; Fagbokforlaget.

⁵⁶ Kuipers et al (1988) London East Anglia Randomised Controlled Trial of Cognitive-Behavioural Therapy for Psychosis. British Journal of Psychiatry 173:61-68 I Jordahl, Helge og Repål, Arne (2009) Mestring av psykoser – psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø. Bergen; Fagbokforlaget.

⁵⁷ Gjervan, Bjørn, Tanem, Torbjørn, Verpe, Tom. Helse Nord- Trøndelag, psykiatrisk klinikk. *Veileder for utredning og behandling av schizofreni*.

⁵⁸ Pitschel – Waltz et al 2001 og Bentzen 2003 i Bjørn Gjervan, Torbjørn Tanem og Tom Verpe. *Veileder for utredning og behandling av schizofreni*, side 12, Helse Nord Trøndelag, Psykiatrisk klinikk.

tilnærming / tiltak. Det terapeutiske forholdet blir kontinuerlig vurdert. Hjelperen får raskt tilbakemelding om den valgte tilnærmingen fungerer for pasienten. Bruken av metoden tydeliggjør hva pasient og hjelper gjør som medfører endring i pasientens liv. Pasienten er aktiv deltakende i terapiprosessen både gjennom samtaler og gjennom å fylle ut evalueringsskalaer. Skalaene er utarbeidet med utgangspunkt i veletablerte og mer omfattende måleinstrumenter med høy grad av validitet og reliabilitet. Det er lagt stor vekt på anvendbarheten i klinisk praksis, skalaene er enkle å fylle ut og tar liten tid. KOR bygger på oppsummert forskning av hva som er virksomme faktorer i terapi de siste 40 år. I den forbindelse har Duncan og Miller beskrevet følgende faktorer som sentrale⁵⁹; metode/teknikk står for 15 %, placebo, håp og forventninger for 15 %, relasjoner (opplevelsen av å bli forstått, respektert og bekreftet) 30 % og klientrelaterte faktorer, dvs. pasientens egne ressurser og utenforliggende faktorer står for hele 40 % av de virksomme faktorene.

Oppsummering

I en litteraturstudie gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten(2012)⁶⁰ ble det vurdert effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse. Kunnskapssenteret vurderte vitenskapelige artikler som omhandler et bredt spekter av tiltak og behandlingsformer rettet mot denne målgruppen med fokus på oppfølging etter innleggelse. Slik vi oppfatter det, kan dette sammenlignes med noe av det SMB teamene har fokus på i sitt arbeid.

I sammenfatningen av sin gjennomgang av forskningsarbeid konkluderer forskergruppen med følgende⁶¹:

Undervisning i egen diagnose, sykdomsforløp og behandling gir muligens færre tilbakefall og reinnleggelser for pasienter med bipolar lidelse, schizofreni og schizoaffective lidelser (dokumentasjon av henholdsvis middels og lav kvalitet), og muligens mindre frafall fra tiltaket for pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk (dokumentasjon av lav kvalitet).

Pasientene som fikk undervisning (pasienter med schizofreni og schizoaffective lidelser) var mer fornøyde med tiltaket enn de som bare fikk vanlig praksis (dokumentasjon av lav kvalitet).

Helseråd til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, fører muligens til at flere benytter seg av anbefalte forebyggende helsetjenester (dokumentasjon av lav kvalitet).

Yrkesforberedende opplæring i tillegg til vanlig praksis på sykehus sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse fører muligens til at flere kommer i en form for arbeid (dokumentasjon av lav kvalitet).

⁵⁹ Ulvestad, Asbjørn, Henriksen, Arne Kristian, Tuseh, Anne – Grethe og Fjeldstad, Tor (2007) *Klienten den glemte terapeut – Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo; Gyldendal Akademisk.

⁶⁰ Austvoll-Dahlgren, Astrid, Prosjektleder, (2012) *Effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse* Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Nettadresse: <http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/St%C3%B8tte+og+oppf%C3%B8lging+kan+fremme+helsetjenesten+og+hindre+tilbakefall+for+personer+med+alvorlig+psykisk+lidelse.16674.cms>

⁶¹ se side 11, Effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Yrkesforberedende opplæring i tillegg til vanlig praksis i kommunen sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse gir trolig en reduksjon i antall som blir innlagt på sykehus (dokumentasjon av middels kvalitet).

Yrkesforberedende opplæring med lønn for pasienter med schizofreni eller schizofrenilignende lidelse fører muligens til at flere kommer i vanlig arbeid, flere deltar i programmet og færre reinnlegges sammenlignet med ulønnet yrkesforberedende opplæring (dokumentasjon av lav kvalitet).

Støttet sysselsetting sammenlignet med yrkesforberedende opplæring for pasienter med alvorlig psykisk lidelse fører trolig til at flere kommer i vanlig arbeid og at færre faller fra tiltaket (dokumentasjon av middels kvalitet).

Nasjonalt kunnskapssenter kunne ikke konkludere om effekter av bostøtte og hjemmebesøk, oppfølging av fysisk helse og bruk av påminnelser til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, støttende relasjonsbygging for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse. Dette fordi publikasjonene som skulle gi en oversikt over slike studier, enten ikke identifiserte studier eller inkluderte andre typer studier enn det som var relevant for oss.

Å engasjere pasienten i oppfølgingen / terapien kan være en utfordring uavhengig av hvilke problemer som er aktuelle⁶². Alle behandlingstilnærminger er opptatt av å skape et tillitsforhold mellom pasient og hjelper, da dette oppleves sentralt for at behandlingen skal være virksom. Langvarige integrerte, helhetlige og motivasjonsstyrkende tiltak ser ut til å være sentrale i behandlingsoppfølging av alvorlig psykisk syke.

4.4 Organisering

I veilederen for psykisk helsearbeid for voksne⁶³ i kommunene blir begrepet behandlingsnettverk beskrevet: Begrepet behandlingsnettverk kan illustrere hvordan samarbeid kan foregå på tvers av fag-, etats- og nivågrenser. Det er i denne sammenheng viktig at de ulike deltjenestene har nødvendig kompetanse innen psykisk helsearbeid slik at brukere med psykiske lidelser blir møtt på en god måte og får et individuelt tilpasset tilbud. Likeledes beskriver veilederen nødvendighetene av at de ulike instansene innen psykisk helsearbeid inngår forpliktende samarbeid, hvor blant annet rutiner for utskrivning, individuell plan og faglig og økonomisk om særlig resurskrevende brukere blir beskrevet. I veilederen understrekes det kommunens ansvar, men beskriver at brukergrupper med langvarig poliklinisk og/eller ambulant kontakt bør omhandles i en slik samarbeidsavtale ved at kommunen og spesialisthelsetjenesten ansvar er tydelig.

De føringene som ligger i samhandlingsreformen gir også tjenester innenfor psykisk helsevern utfordringer. I st. meld nr 47 2008-2009⁶⁴ samhandlingsreformen står det: «I henhold til SINTEF-rapport 1/09 vil nærmere en tredjedel av pasientene innlagt på døgn i psykisk helsevern være bedre

⁶² Klausen & Hagen (2008) Kognitiv atferds terapi ved psykoser. *Tidsskrift for norsk psykologforening* vol 45. nr 5. side 545- 554

⁶³ Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Veileder for Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*

⁶⁴ St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid»*

tjent med et kommunalt tilbud, ofte i kombinasjon med et poliklinisk eller ambulant tilbud fra spesialisthelsetjenesten». Både spesialisthelsetjenesten og kommunene har noen utfordringer sett i forhold til hvordan en utvikler det fremtidige tilbudet innen psykisk helsearbeid. Videre peker st. meldingen på at: «Samarbeid mellom kommunene og foretak vil kreve endrede arbeidsformer og økt fleksibilitet når det gjelder oppgaver og tjenestesteder». Sett i forhold til det utviklingsarbeidet sykehuset Namsos nå har startet med SMB, kan en si at forholdene ligger til rette for en annen måte å tenke både samhandling og samarbeid rundt behandlingstilbudet til mennesker med en alvorlig psykisk lidelse.

Norge har en tradisjon for og en funksjonsfordeling som innebærer stor grad av kommunalt selvstyre på hvordan en organiserer de kommunale tjenestene. Dette gjelder de fleste områdene innenfor offentlig forvaltning også helsetjenestene. Dette gir store utfordringer når spesialisthelsetjenesten og kommunene skal utarbeide samarbeidsavtaler og ny arbeidsmåter. Disse må ofte være tilpasset de lokale forholdene i den enkelte kommune. Dette blir også pekt på i NIBR-rapport 2009:4⁶⁵ hvor en av konklusjonene er: «Norske kommuner er svært forskjellige, og har ulike utfordringer i det psykiske helsearbeidet. Det er derfor vanskelig å anbefale én enkelt modell for kommunenes psykiske helsearbeid».

4.5 Ledelse

Når ulike etater og nivåer innenfor hjelpeapparatet skal samarbeide er det viktig at dette er forankret på ledernivå. Med forankring mener vi her at lederen har et aktivt forhold til de kvaliteter som ligger i tett samarbeid mellom partene og at de aktivt utøvende personene i samarbeidet har myndighet til å fatte beslutninger i den enkelte sak. I NIBR sin forskningsrapport konkluderes det med at tverrfaglig samarbeid *“må være forankret på flere nivå i kommunen – både politisk, administrativt og faglig utøvende nivå”* Rapporten presiser at det er *“nødvendig med klare og entydige signaler fra ledelsen om at psykisk helsearbeid skal prioriteres”*. Også veilederen for psykisk helsearbeid for voksne i kommunen⁶⁶ beskriver viktigheten av tverrfaglig samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og at dette arbeidet er forankret på ledelsesnivå: *Et samarbeid uten støtte i ledelsen kan lett komme til å forvitne (den såkalte «kommunale sandkasse»)*. *Samarbeidet må derfor forankres på ledernivå mellom samarbeidende instanser, og rammene for samarbeidet på medarbeidernivå må beskrives. Den enkelte deltaker må ha mulighet til å forplikte tjenesten.*

Slik det fremkommer av overnevnte dokumentene fremheves nødvendigheten av forankring i ledelsen vedrørende nødvendigheten av samarbeid. Likeledes er både NIBR rapporten og veilederen klar på at det bør ligge et tydelig rammeverk i form av samarbeidsavtaler mellom første- og andrelinjetjenesten til grunn for samarbeidet. Et vesentlig punkt som begge dokumentene trekker frem er nødvendigheten av respekt mellom de ulike samarbeidspartene. Samarbeidet bør og skal

⁶⁵ Myrvold, Trine Monica og Helgesen, Marit Kristine (2009) *Kommunalt psykisk helsearbeid*. NIBR-rapport 2009:4 Nettadresse: <http://www.nibr.no/pub1137>

⁶⁶ Helsedirektoratet (2005) *Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Nettside: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>

bygges på likeverdighet mellom aktørene der alle parter deltar ut fra sine forutsetninger og rammebetingelser.

5 SMB, ACT og FACT

I det følgende kapitlet vil vi se på SMB modellen i forhold til ACT og FACT. ACT står for Assertive Community Treatment⁶⁷ er en modell for å gi oppsøkende, integrerte og helhetlige tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidige ruslidelser/vansker som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. Nyere forskning tyder på at effekten ACT hadde i USA for 40 år siden har avtatt i takt med oppbygging av lokalbasert psykisk helsearbeid. Dette berører hensiktsmessigheten ved å starte aktivt oppsøkende behandlingsteam hos oss. FACT står for Flexibel Assertive Community Treatment. FACT er i følge Remmes Van Veldhuizen (2007)⁶⁸ en fleksibel rehabiliteringsorientert modell som ble utviklet av nederlandske helsemyndigheter for å bedre helsetilbudet til lokalbefolkningen.

5.1 Beskrivelse av likheter og ulikheter mellom SMB - team og ACT

På bakgrunn av skriftlig materiale, Strukturert multiprofesjonell behandling (SMB)⁶⁹, spesialistoppgave i klinisk psykologi om SMB team⁷⁰, og ACT- håndbok⁷¹ har vi funnet følgende hovedtrekk ved SMB og ACT:

Målgruppe	SMB	ACT
For hvem?	<p>Pasienter med langvarig og alvorlige psykiske lidelser., med betydelig funksjonssvikt. I hovedsak ivaretar SMB teamet pasienter med lavt funksjonsnivå</p> <p>Personer som er sårbare for skifte av terapeuter og som profiterer på varige relasjoner til sine hjelpere.</p> <p>Hovedvekten er pasienter med psykoselidelser, men også alvorlige personlighetsforstyrrelser, komorbiditet med ruslidelse , kognitiv svikt.</p>	<p>Pasienter med psykoselidelser som det er vanskelig å få etablert kontakt med og/ eller har mange mislykkede behandlingsopphold bak seg – ofte tvang.</p> <p>Unge pasienter med psykoselidelser som er preget av positive symptomer og kaotisk livsførelse.</p> <p>Egnet for pasienter med bipolare affektive lidelser, pasienter med psykose i kombinasjon med mild funksjonshemming og rusmiddelmissbruk / ruslidelser.</p>
Hvem har lite nytte av modellen?	<p>Modellen sier ingenting om eksklusjonskriterier, men fokuserer mer på pasientens funksjonsnivå. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men med høyt funksjonsnivå kan ha mer nytte av individualterapi eller kommunal oppfølging, enn SMB.</p>	<p>Schizofrene med overveiende negative symptomer- eks tilbaketrekking, passivitet.</p> <p>Pasienter med psykoselidelser / alvorlige psykiske lidelser som har rimelig / god struktur på tilværelsen.</p>

⁶⁷ Leif Jonny Mandelid i Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr 4 2010 s 339-347

⁶⁸ Van Veldhuizen, J Remmers (2007); FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, Vol.43, No. 4, August 2007.

⁶⁹ Juul, Else Marie (2013) Strukturert Multiprofesjonell Behandling (SMB). En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling, Sykehuset Namsos, Namsos.

⁷⁰ Verpe, Tom (2008) *Strukturert multiprofesjonell behandling (SMB)*. Spesialistoppgåve i klinisk voksenpsykologi. Namsos.

⁷¹ Aakerholt, Amund (2010) *ACT Håndbok*. KoRus – Øst, Kompetansesenter rus – region øst
Nettside: http://www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-håndbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf

Både SMB og ACT har mennesker med alvorlige psykiske lidelser som sin målgruppe, hvor de ønsker å arbeide oppsøkende / utadrettet mot sine pasienter. ACT ble opprettet for å gi et godt tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser i større byer (et team – ca 50 000 i befolkningsgrunnlag), men det er ca 20 % av denne pasientgruppen som de mener har behov for totalomsorg over lengre tid (NAPHA). I følge Sykehuset Namsos er SMB en modell som gir større muligheter i små byer og distrikter. SMB ønsker en mer fleksibel og åpen inklusjon av pasienter som har alvorlige psykiske lidelser. Det vil si at målgruppen er noe utvidet enn ACT teamet, hvor SMB har større fokus på pasientens funksjonsnivå. ACT er dog tydeligere på hvilke pasienter / pasientgrupper som modellen er mindre egnet for.

Behandling	SMB	ACT
Behandlingsfilosofi / behandlingsmål	Fokus på meningsfullhet, medbestemmelse, langvarig og god relasjon og allianse. Brukerens egne evner til mestring står sentralt. Sikre best mulig livskvalitet for pasient, ved behandling og oppfølging som bidrar til personlig utvikling, selvstendighet, forebygging av tilbakefall og kronifisering.	Vekt på brukernes mestring, fungering og integrering i lokalsamfunnet.
Behandlingsoppgaver	<p>Pasientene har ofte behov for mange ulike tjenester / tiltak, og SMB teamet har en ide om at tjenestene må kobles sammen i et logisk nettverk for god oppfølging.</p> <p>Grundig kartlegging av pasientens målsettinger og behov. Bruk av standardiserte utredningsløp for å kartlegge de psykiske lidelsene. Sammen med bruker vil overnevnte kartlegging legge føringer hvor hva tjenestetilbudet bør bestå av og hvordan tilbudet best skal gjennomføres.</p> <p>Lære pasientene å mestre egen sykdom gjennom bruk av undervisning til bruker om symptomer, varselssignaler og bruk av sosiale ferdigheter. Sosial ferdighetstrening og styrking av pasientens mestringsstrategier. Gi støtte og praktisk hjelp for å sikre ivaretagelse av grunnleggende behov som sosial kontakt, arbeid⁷², utdanning, bolig, daglige gjøremål...</p> <p>Utrede og kartlegge symptomer (diagnose, personlig profil og selvhjelpskort). Lage kriseplaner og selvhjelpskort for å hindre tilbakefall - disse kan brukes både av familien og pasienten.</p> <p>Samtaler (individualsamtaler og støttesamtaler) hvor relasjonsbygging er helt sentralt. Sørge for at pasientene har lav EE (Expressed Emotion) gjennom psykoedukasjon overfor pasient, ektefelle /kjæreste, teammedlemmer, familiemedlemmer eller andre pårørende for redusere nivået av EE.</p> <p>Opprettelse og videreutvikling av «Individuell plan», hvor det tilstrebes høy grad av brukerstyring. Arbeides i teamet med å utvikle mål som er «SMART» - spesifikke, målbare, aksepterte, realistiske og tidsavhengende.</p>	<p>Ansvar for helheten i behandlingen, men bør suppleres fra andre tjenester / etater ved behov. Har fokus på hva som er faglig forsvarlig at de tar ansvar for, og vurderer hvilke tjenester som vil være uforsvarlig at ACT tar ansvar for alene.</p> <p>Teamet følger opp medisinerer av teamets psykiater.</p> <p>Samtalebehandling</p> <p>Behandling for rusproblemer.</p> <p>Iverksetter tiltak som kan motvirke sosial eksklusjon og isolasjon</p> <p>Gir oppfølging i arbeid og skole.</p> <p>Bistår pasient med ulike praktiske gjøremål og mestring av dagliglivet.</p> <p>Sørger for kriseinnleggelse ved behov</p>

Teoretisk fundament / bakgrunnstappe	<p>SMB modell basert på psykodynamisk teori og metode, med fokus på rammer og struktur som utgangspunkt for en langvarig behandlingsrelasjon. En stringent behandlingsstruktur gir mulighet for å utføre systematisk overførings – og motoverføringsanalyser. Sentrale begrep er overføring og motoverføring. Psykodynamisk teori benyttes for å begripe og forstå hva pasienten sliter med, for å kunne tåle og romme pasientens lidelse.</p> <p>Expressed Emotion (EE) særlig knyttet til høy emosjonalitet og høyt konfliktnivå i behandlingstiljø med psykotiske pasienter, og følelsesmessige klimaet over et sykt familiemedlem i familier. SMB – teamet arbeider for å holde et lavt EE nivå rundt pasient.</p> <p>Bruk av kognitiv atferdsterapi, hvor det særlig blir fokusert på å redusere stress i forbindelse med positive symptomer.</p>	
--------------------------------------	--	--

Organisering	SMB	ACT
Møtevirksomhet	<p>Faste SMB møter etter brukerens behov. Møtene kan foregå ved sengepost, kommunale bofelleskap eller ambulant ved hjemmebesøk.</p> <p>Pasientene må oppleve tilbudet meningsfullt, hvor det er ønskelig at pasienten i stor grad styrer innholdet i behandlingssopplegget.</p> <p>Pasienten kan delta i alle behandlings- og oppfølgingsmøter.</p>	<p>Helhetlig behandlingsmøte- hvor sentrale tema er;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hva er pasientens aktuelle situasjon, -Uke og dagsplan for alle medarbeiderne, - Ta stilling til hvilke tiltak som må igangsettes - Vurdering av kriseinnleggelse /tiltak ved behov. <p>Hvis teamet starter med et lengre behandlingsmøte i begynnelsen av uken er gjerne de daglige morgenmøtene svært korte, med unntak av fredagsmøte som kan ha en oppsummerende og proaktiv funksjon.</p> <p>Bruker tavlemetoden, dvs har en stor tavle tilgjengelig på møterom hvor all viktig informasjon skrives opp(eks risiko, medisiner, innleggelse, utredninger, kontakt-personer, status i fargekoder – rød, grønn og gul) om alle brukerne som teamet har ansvar for.</p>
Veiledning	<p>Veiledning og rådgivning¹ til familiemedlemmer, kommunehelsetjeneste, fastlege og spesialisthelsetjeneste kan gis av SMB teamet.</p>	<p>Leders ansvar å be om ekstern veiledning når det er behov for dette.</p> <p>I oppstartsfasen av nye ACT team vurderes både nyttig og påkrevet med veiledning utenfra.</p>
Inntak og utskrivelse / avslutning av behandlingskontakt	<p>Langvarige behandlingsløp forventes. SMB-teamet har ansvaret for oppfølgingen av pasienten så lenge det er nødvendig, uavhengig av hvor hun / han oppholder seg, og uavhengig av gode eller dårlige faser.</p> <p>Dokumentene sier ingenting om kriterier for avslutning av samarbeidet / behandlingss kontakten.</p>	<p>Langvarige behandlingsløp forventes. ACT vil i prinsippet praktisere tidsbegrenede tjenester og «åpen dør tilbake». Likevel skal ACT teamet være bevisst rundt tanken på at pasienter kan skrives ut.</p> <p>To års stabilitet – uten innleggelse og alvorlige tilbakefall.</p> <p>Pasienten skal ikke skrives ut selv om pasienten i korte eller lengre perioder velger bort å ha kontakt med ACT teamet.</p>

Det er flere forskjeller mellom SMB team og ACT med hensyn til organisering. ACT teamet er en egen tjeneste med en viss mengde stillinger som bare arbeider etter ACT modellen, mens SMB teamet består av personer i sengepost for psykose, utadrettet polikliniske team, kommunale bofelleskap og

kommunens psykiatriteam, som opprettes ut fra pasientens behov og tidligere kontaktnett for å ivareta relasjon og kontinuitet. Det medfører at det ikke finnes en fast leder av SMB teamet eller faste teammøter hvor alle som driver med SMB møtes. I SMB blir derimot hvert enkelt team «enerådende», hvor teamet følger pasienten i alle psykiske faser og uansett om pasienten er innlagt eller ikke.

I følge ACT håndboken har ACT teamene gjerne flere faste behandlingsmøter med alle ansatte i ACT teamet. Teamet har et fast møterom hvor all sentral informasjon finnes, jamfør tavlemetoden.

I dokumentene for SMB står det ingenting om kriterier for avslutning av behandlingskontakten, mens ACT teamet avslutter kontakten når pasienten har vist to års stabilitet, uten innleggelser og alvorlige tilbakefall!

Ledelse	SMB	ACT
Ledelse i teamet	Vanligvis behandler i teamet, som «leder» teamet.	ACT teamene har en fast teamleder. Teamleder skal ikke ha ansvar for andre avdelinger / enheter enn ACT team. Teamleder skal bare være leder – skal heller ikke ha andre roller innad i teamet! Leder skal ha utdanning på masternivå, med innhold som er relevant for leders oppgaver.
Overordnet ledelse	Overordnet ansvar for SMB teamets sammensetning er leders oppgave. Bakgrunnen for dette er at leder kjenner til de enkeltes styrker og kapasitet. psykoseksjonen, Sykehuset Namsos og leder i kommunens psykiatriteam .	Teamleder ved ACT team. Vanligvis er disse teamene forankret i DPS. Noen få er knyttet til kommune.
Samarbeid / samhandling til overordnet ledelse	Den faglige forståelsen av SMB modellen er forankret og godkjent i ledelsen, for å sikre størst mulig lojalitet i alle ledd.	ACT teamet har en teamleder å forholde seg til.

I følge de skriftlige dokumentene⁷³ vi har om SMB og ACT viser sistnevnte en tydeligere avklaring på leders oppgaver og krever at leder skal ha utdanning på masternivå. I tillegg kommer det fram at ACT har en leder som er overordnet alle lokale ACT team. I SMB derimot finnes det ikke en overordnet leder, men lederne av psykiatritjenesten i kommunen og psykoseenheten ved Sykehuset har ansvar for å velge ut de ulike teams medlemmer.

⁷³ Aakerholt, Amund (2010) *ACT Håndbok*. KoRus – Øst, Kompetansesenter rus – region øst
Nettside: http://www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-håndbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf
KoRus – Øst
Juil, Else Marie (2013) *Strukturert Multiprofesjonell Team (SMB-team) En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling. Sykehuset Namsos.

Verpe, Tom (2008) *Strukturert multiprofesjonell behandling (SMB)*. Spesialistoppgåve i klinisk voksenpsykologi, Namsos.

5.2 FACT

FACT står for Flexibel Assertive Community Treatment. FACT er i følge Remmes Van Veldhuizen (2007)⁷⁴ en fleksibel rehabiliteringsorientert modell som ble utviklet av nederlandske helsemyndigheter for å bedre helsetilbudet til lokalbefolkningen. FACT har et større nedslagsfelt pasientmessig enn ACT. ACT favner ca 20 % av pasientene med alvorlige psykiske lidelser som har behov for totalomsorg over lengre tid. FACT derimot inkluderer resterende 80 % av brukerne i gruppen; altså de pasienter som i perioder klarer seg bra, men trenger hjelp av og til. FACT er særlig tiltenkt grisgrendte strøk for å sikre pasientene en bedre kontinuitet og oppfølging.

Modellen har siden 2002 blitt prøvd ut i nordlige deler av Nederland. Et FACT-team gir hjelp til ca 200-220 brukere, og består vanligvis av 7-8 ansatte som fungerer som «case managere». FACT har i likhet med ACT en tverrfaglig teamsammensetning. Det stilles tydelige krav om teamets besetning, her oppført krav hvis teamet har tilgang til 200 pasienter; psykiater (minimum 100 % stilling), psykiatrisk sykepleier (400% stilling), psykolog (minimum 80 % stilling), sosionom (minimum 80% stilling), spesialist på arbeid og rehabilitering (minimum 80 % stilling), rusfaglig spesialist (minimum 80 % stilling). Det er vanlig at teamene har ca 20-30 pasienter som mottar jevnlig eller mer intensiv behandling.

FACT teamet gir to typer omsorg:

1. Individuell behandling (case management) for mennesker som ikke trenger tett oppfølging (80 % av målgruppen).
2. Delt case management og Team Approach for mennesker som trenger tett oppfølging (20 %).

Omsorgen for de 20 % som vurderes å ha et utvidet behov for støtte & oppfølging skjer rundt en felles «team tavle». Når en pasients navn først kommer på tavla, skal standardprosedyrer settes i verk; pasienten skal tilbys legetime innen to dager (hvis behov, kan dette tilbudet gis i pasientens hjem), det skal utarbeides en oppdatert kriseplan og planen skal settes i verk. Case manageren forpliktes til å informere pasienten om et mer intensivt behandlingsopplegg, som blir organisert og kollegaer fra FACT teamet vil arbeide sammen for å forebygge gjenoppdagelse og korte ned krisen.

Whiteboard (tavla) blir gjennomgått daglig. De 15-30 pasienter som står oppført blir alle diskutert, på samme måte som ACT teamene gjør. Avtaler om hjemmebesøk og andre tiltak blir gjort. Ofte blir pasienten bedre etter tre eller flere uker, krisen eller risikoen for tilbakefall i forhold til psykose vil avta. Etterhvert som situasjonen roer seg, kan pasientens navn bli stående på tavla en liten stund. Når det ikke lenger vurderes behov for tett oppfølging, men at individuell case management vil være hensiktsmessig, blir pasientens navn tatt vekk fra tavlen.

Erfaringer fra FACT er at 80 -90 % av brukerne trenger oppfølging i perioder av livet, ikke permanent. En case manager besøker pasienten 2-4 ganger i måneden i deres hjem, og vil være ansvarlig for individuell omsorg og behandlingsplan. Planen blir revidert minst en gang pr år, og formuleres på en

⁷⁴ Van Veldhuizen, J Remmers (2007); FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, Vol.43, No. 4, August 2007.

måte som pasientene og deres familier kan forstå. Mål for rehabilitering, arbeid og organisering av sosial støtte tydeliggjøres i denne behandlingsplanen. Familieintervensjoner og arbeidsoppfølging kan også bli lagt inn i behandlingsplanen. En del av behandlingsplan skal også inneholde en kriseplan med tidlige varselssignal og konkrete ordninger for å intensivere omsorg hvis dette er nødvendig. Vanlige (ikke kriseaktige) avtaler med psykiater (medikamenthåndtering, evaluering) og psykolog (psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi) finner sted ved FACT senteret.

FACT har et eget team som alle er koblet til det samme FACT senteret, hvor de arbeider utadrettet og oppsøkende i hovedsak.

Den store forskjellen på SMB og FACT er at SMB er en modell som er utviklet av ansatte ved en psykiatrisk sengepost, og i hovedsak har hatt sykehuset som hovedramme for behandlingen, men hvor fokuset har vært knyttet til hvordan sykehusansatte kan arbeide utadrettet sammen med fagpersoner fra kommunehelsetjenesten.

Det er i hovedsak opprettet SMB team knyttet til pasienter som først har vært innlagt i sengepost, og hvor kommunehelsetjeneste etterhvert har blitt inkludert i SMB teamet.

Videre er det en helt klar forskjell på sammensetningen av teamene. I FACT er det helt tydelig tverrfaglige team som arbeider. Teamet blir mobilisert når det er nødvendig, ellers blir oppfølgingen ivaretatt av en person. I SMB er det noe uklart hva som er teamarbeid og hva som er oppfølging. SMB teamene fremstår erfaringsmessig som lite tverrfaglig sammensatt.

6 Evaluering av SMB Team

Et sentralt spørsmål vil være når benyttes SMB team og når er det ikke nødvendig med et slikt team rundt pasientene. I vårt utgangspunkt for å evaluere SMB team, har vi en forståelse av at et SMB team er en organisering av og en behandlingsmodell rundt pasienter med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Disse pasientene kjennetegnes med et relativt lavt funksjonsnivå og som trenger langvarig hjelp og støtte innenfor flere livsområder⁷⁵. Pasientgruppen kjennetegnes også ved at de kan skape støy og uro i hjelpegruppen. SMB teamet kan være satt sammen av representanter fra ulike institusjoner slik som kommune, sykehus, NAV, arbeidsgiver og familie. Det mest vanlige er at SMB teamet er sammensatt av representanter fra psykiatrisk klinikk.

I vårt møte med informantene, slo det oss, at når vi snakket om SMB team brukte mange av informantene helt andre begreper. Begrepene som ble brukt var miniteam, ansvarsgruppe og husmøte. Når vi påpekte dette fikk vi til svar at dette var «gamle» beskrivelser av team som hadde tatt inn over seg SMB modellen uten å endre navnet på de gamle teamene.

Vi opplevde at de ansatte i psykiatrisk klinikk betraktet SMB team som bestående av representanter fra sykehuset, mens når den kommunalt ansatte var med på møte ble det kalt ansvarsgruppe. Dette synet kom ikke frem blant de kommunalt ansatte. De betraktet SMB team som et behandlingsteam når de var til stede. Det var også eksempler på at SMB møter var møter der både pasienten, ansatte fra psykiatrisk klinikk og kommunen arbeidet sammen etter SMB modellen.

I de rent kommunale SMB teamene knyttet til Ytre Namdal opplevde kommuneansatte et relativt stort problem at psykiatrisk klinikk ikke var representert i SMB teamene, selv om pasienten etter kommunens vurdering var innenfor målgruppa.

Det synes å herske en del usikkerhet blant våre informanter om hva som er SMB team og hva som ikke er det. Dette kan være med på å skape forvirring i de ulike delene av organisasjonene. Spesielt fordi betegnelsen som brukes på SMB team brukes overfor andre pasienter som ikke har SMB team ut fra de forhold vi har pekt på ovenfor slik som husmøter, miniteam, samarbeidsmøter og ansvarsgruppe.

⁷⁵ Med livsområder mener vi her bolig, arbeid/aktivitet, hjelp og støtte til dagliglivets gjøremål, struktur, sosial fungering, medisinerer i fht psykiatrisk lidelse.

6.1 Verdier

Mennesker som er avhengig av hjelp og støtte i forbindelse med sykdom kommer ofte i et avhengighetsforhold til sine hjelpere. Hjelperen må være bevisst dette forholdet og tilrettelegge behandlingen på en slik måte at pasientens autonomi blir ivaretatt.

Helseforetaket i Nord-Trøndelag har et verdigrunnlag⁷⁶ hvor trygghet, respekt og kvalitet står sentralt. I følge helseforetakets hjemmeside tilstreber foretaket å vise ansvarlighet og respekt for den enkelte pasient. Videre står det at behandlingen og samhandlingen med den enkelte pasient skal være preget nærhet, engasjement, åpenhet, dialog og samhandling. Dette er generelle verdier og vi finner disse igjen også i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven⁷⁷ og i sentrale dokumenter i forbindelse med Opptrappingsplanen⁷⁸ og i Veileder for psykisk helsearbeid i kommunen⁷⁹.

Under samtalen med de ulike informantgruppene kom det tydelig frem at selve SMB modellen var et godt tiltak for å gjøre pasienten både delaktig og ansvarlig i egen behandling. Det at pasienten hadde tilbud om å være med i SMB teamet allerede fra begynnelsen av innleggelsen og etter utskrivelsen ble av alle informantgruppene sett på som verdifullt.

En av pasientinformantene beskrev SMB teamet som sin gruppe, der pasienten var den som i hovedsak bestemte både temaet og innholdet for det som skulle ha fokus i møtene. En annen av pasientinformantene beskrev at alle deltakerne i SMB teamet hadde like mye og si og at han/hun følte seg likestilt med behandlerne.

Selve arbeidsmåten i SMB team og det faktum at pasienten tidlig blir invitert inn som delaktig aktør i den behandlingsgruppen som legger premissene for behandlingen gir stor grunn til å tro at brukermedvirkning er tilstede og kan ivaretas på en god måte.

En annen sentral verdi som blir beskrevet i dokumentene om SMB teammodellen er fokus på mestring og pasientens resurser. I intervjuet med de ansatte beskrev de også et klart fokus på ressurser. Dette ble til dels støttet av pasientinformantene, men de var mer tydelig på at det var de nære ting som da hadde fokus og ikke nødvendigvis langsiktige mål. Vårt inntrykk er at SMB teamene i meget stor grad har fokus på hvordan brukeren kan lære seg å takle hverdag slik som den er i dag og at fokuset i liten grad er på hvilke vekstmuligheter som pasienten har på litt lengre sikt. I den anledning kan det nevnes at både pasientgruppen og de ansatte beskrev at individuell plan ikke ofte var i bruk, men ofte var erstattet med SMB teamets behandlingsplan som i seg selv opererer med konkrete og kortsiktige målsetting.

⁷⁶ Verdigrunnlaget står på helseforetakets hjemmeside. <http://www.hnt.no/no/Om-oss/Visjon-og-verdier/66487/>

⁷⁷ Lov om pasient og brukerrettigheter. Kapittel 3: Rett til medvirkning og informasjon. Nettside: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasient*&

⁷⁸ St.prp. nr. 63 (1997 – 98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Nettside: [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/Stprp-nr-63 – 1997 – 98.html?id=201915](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/Stprp-nr-63-1997-98.html?id=201915)

⁷⁹ Helsedirektoratet (2005) *Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Nettside: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>

Lojalitet til det som blir bestemt var også en verdi som ble trukket frem som vesentlig i intervjuene, spesielt blant de ansatte på psykiatrisk klinikk. Når noe ble bestemt i SMB teamet var dette gjeldende både ved avdelingen og blant medlemmene i SMB teamet. De ansatte beskrev at dette kunne være vanskelig fordi de ikke bestandig hadde informasjon om hvorfor ting ble bestemt, men fikk «bare» informasjon om at det ble bestemt. Behandlergruppen og de kommuneansatte problematiserte ikke dette. Årsaken til dette tror vi ligger i at overfor kommuneansatte og stabsfunksjonen slipper de i større grad og forholde seg til driften i avdelingen når de planlegger intervensjoner. Mens dette er mer utfordrende for miljøpersonalet i avdelingen i og med at alle pasienter har sitt SMB team som kommer med bestillinger til hva som skal gjelde rundt den enkelte pasient.

Likeverd ble trukket frem som en verdi. Brukergruppen ga klart uttrykk for at deres meninger ble mer verdsatt under en slik modell. Miljøpersonalet hevdet også at de fikk mer å si og deres faglige synspunkter fikk en større plass under denne modellen enn tidligere. Kommunen savnet i større grad å være en aktiv medspiller i SMB teamet i de perioder en pasient var innlagt.

SMB team blir i stor grad betraktet som en intern behandlingsmodell, hvor klinikken planlegger sin del av behandlingen. Når pasienten er inneliggende ser ikke psykoseenheten at kommunen kan ha noe å bidra med, men at kommunen har ansvaret for pasienten utenfor sykehuset. Utsagn som kan støtte en slik påstand er: «Vi har jo ansvarsgruppemøte før utskrivning og under den tiden vi har kontakt med pasienten etter utskrivelse».

Det er positivt å se at alle informantgruppene så verdien av det å møte brukeren med respekt og ta brukerens forståelse for egen problematikk på alvor. Dette utsagn fra pasientgruppen kan være en illustrasjon på dette: «Teamet er veldig positivt – veldig stabilt – bare positive opplevelser med teamet. Ikke noen pekefinger, de er nesten som en reserve familie». Ingen av informantene rapporterte om at de hadde blitt overkjørt eller ikke hørt på eller møtt med negative holdninger.

Ut fra samtalene kan det se ut som om teamene arbeider ut fra samme grunnleggende verdier. Verdier som brukermedvirkning og meningsfullhet blir tydelig beskrevet. Fokus på ressurser og ikke minst dette å bli møtt med forståelse, respekt og empati ble sett på som sentralt. De tre brukerne vi hadde samtale med opplevde stor grad av brukermedvirkning og mente de hadde en sentral rolle i arbeidet, det samme ble bekreftet av fagpersonene uavhengig av arbeidssted.

6.2 Målgruppe

I de dokumentene⁸⁰ som er tilgjengelige om SMB team beskrives målgruppen som personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Det blir lagt mer vekt på funksjonsnivået til pasienten enn

⁸⁰ Juul, Else Marie (2013) *Strukturert Multiprofesjonell Team (SMB-team) En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling, Sykehuset Namsos.

Verpe, Tom (2008) *Strukturert multiprofesjonell behandling (SMB)*. Spesialistoppgåve i klinisk voksenpsykologi, Namsos.

hvilke(n) diagnose(r) som personen har. Slik sett kan en forstå at målgruppen har sammensatt problematikk og trenger hjelp og støtte innenfor flere områder.

Informantene både fra psykiatrisk klinikk og kommunen trekker frem at det er alvorlig syke med sammensatt problematikk som er den mest aktuelle målgruppen for SMB team. Imidlertid blir det påpekt at metoden i seg selv ikke er rettet inn mot en spesiell målgruppe. En av informantene sier det slik: *Modellen kan være en universell modell – for personer/brukere som trenger tjenester fra flere aktører.* Dette med universell modell blir forsterket i at mange av informantene peker på at prinsippene i modellen og tenkning rundt arbeidet kan brukes også i forhold til behandlingen / tjenesten til personer med psykiske problemer, selv om det ikke er etablert et SMB team rundt den aktuelle tjenestemottaker.

I følge oversikten vi har fått fra psykiatrisk klinikk er det 35 aktive SMB team, i tillegg kommer det rene kommunale SMB team i enkelte kommuner og SMB team med utgangspunkt i DPS på Kolvereid. Vi har ingen oversikt over totalt antall eller hvilken problematikk som ligger til grunn for disse SMB teamene.

Miljøpersonalet fra avdelingen informerte om at det ble opprettet et SMB team rundt alle pasienter som blir innlagt på psykoseenheten. På bakgrunn av dette kan målgruppen beskrives som alle pasienter som blir innlagt psykoseenheten. De fleste av disse teamene består av ansatte fra psykoseenheten og pasienten selv. Kommunen eller andre etater er sjelden med i dette arbeidet.

Ansatte fra kommunene beskrev pasienter som de mente tilhørte målgruppen for etablering av SMB team, men at det ikke var noe klart system for etablering av SMB team uten at psykiatrisk klinikk selv hadde initiert tenkingen.

Innledningsvis i dette kapitlet viser vi til det at det er mange ulike navn på det som beskrives som SMB team. Både informantene fra psykiatrisk klinikk og kommunen trakk frem at enkelte pasienter i større grad var i behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette var ikke pasienter med en type diagnose, men pasienter med sammensatt problematikk og lavt fungeringsnivå som trengte langvarig hjelp og omsorg innenfor flere områder og fra flere etater. Mange av disse pasientene skapte også en viss form for slitasje og uro i personalgruppene som skulle bistå dem.

Vi opplevde at det var enighet blant både ansatte i behandlergruppen og miljøpersonalet ved psykoseposten at det var en spesiell målgruppe som hadde behov for SMB team. Vi ser at det kan være utfordring å plukke ut den riktige pasientgruppen. Utfordringen blir ikke mindre når alle pasienter som legges inn ved psykoseenheten automatisk får SMB team, med mindre alle pasienter innlagt ved psykoseposten er innenfor målgruppen pasienter med langvarig og alvorlige psykiske lidelser!

Slik vi har forstått arbeidsmodellen og intensjonene bak denne modellen, mener vi den egner seg svært godt for etablering rundt den pasientgruppen som på grunn av sine psykiske problemer har et relativt lavt funksjonsnivå og vil ha behov for langvarige og sammensatte tjenester. Slik føringen i samhandlingsreformen legger opp til, stiller vi oss derfor litt undrende til at kommunens helsetjeneste ikke er faste representanter i SMB teamet. Langvarige lidelser vil antageligvis innebære behov for langvarig behandling, hjelp og støtte. Dette bør innebære et tett samarbeid mellom første- og andrelinje tjenesten.

Ut fra det inntrykket vi sitter igjen med er det ikke bestandig samsvar mellom beskrivelsen av SMB team med hensyn til målgruppe og arbeidsform, og den målgruppa som det etableres SMB team rundt og måten arbeidet blir organisert på.

6.3 Behandlingsmodell

SMB som behandlingsmodell

SMB som behandlingsmodell er uklar. Ved spørsmål om å gjengi hva behandlingen i et SMB team innebærer, ble det i de fleste fokusgrupper stille en periode før svarene kom. En av pasientene sa tydelig at spørsmålet var vanskelig; «*Hva behandlingen innebærer? Det var et vanskelig spørsmål!*». Ut fra fokusgruppeintervju kan en få en opplevelse av at SMB er en modell for å organisere et behandlingsopplegg, mer enn en behandlingsmodell i seg selv, noe som kanskje gjør det vanskelig å beskrive hva behandlingen innebærer. Det har vært vanskelig å beskrive innholdet i behandlingsmodellen, kanskje fordi modellen skal romme så mye og det synes som at informantene hadde noe ulik forståelse hva SMB team var i forhold miniteam, veiledning og ansvarsgruppemøter. En miljøterapeut; «*Jeg tenkte ikke at vi hadde et SMB team når vi er ute av avdelingen*». En annen miljøterapeut beskrev kontakten med et av sine SMB team, hvor en av de andre tilhørerne sier; «*Visste ikke at dere hadde SMB team der, men trodde dere hadde veiledning da!*».

Juul (2013)⁸¹ «*Innholdet i SMB behandlingen er individuelt tilpasset og varierer dermed fra pasient til pasient. Et hovedpoeng er at pasienten selv gjennom deltakende prosess, er medbestemmende i sin egen behandling. Alle behandlingstiltak drøftes og besluttes i pasientens SMB team*». I fokusgruppeintervjuene ble behandlingen beskrevet som individuelt tilpasset (skreddersys etter pasientens behov) av alle informanter.

Det foreligger ikke en tydelig «basispakke» av behandlingsoppgaver, teknikker eller behandlingstilnærminger som benyttes i møte med pasientene verken i kartlegging, utredning, behandling eller ved avslutning, men synes å styres noe mer tilfeldig av fagpersonens verktøykiste og pasientenes individuelle behov. Det synes derfor noe tilfeldig hvilke tilbud pasienten får avhengig av hvilke kontaktpersoner den enkelte får. Det kunne også oppleves lite uttrykt bevissthet i forhold til hvilken tenkning som lå bak fagpersonenes valg av tilnærminger og teknikker. I dokumentet fra psykiatrisk klinikk blir begrepet «skreddersøm⁸²» brukt. Slik vi forstår dette begrepet handler det om å tilpasse behandlingen til den enkelte pasients behov. Noe av utfordringen vi møtte på var at få av intervjuobjektene beskrev hva som lå bak «skreddersøm» eller hvilken faglig tenkning som lå bak arbeidet i SMB team. Er det slik at det er relativt tilfeldig hvilken faglig tenkning som ligger bak SMB team og at arbeidsmodellen utformes av den kunnskapen som den enkelte medarbeideren tilfeldigvis besitter? Kan det være at fagpersonenes svar rundt behandlingen kan være tegn på at faggruppen innehar mye taus / erfaringsbasert kunnskap som er vanskelig å uttrykke når de skulle

⁸¹ Juul, Else Marie (2013) *Strukturert Multiprofesjonell Team (SMB-team) En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling. Sykehuset Namsos.

⁸² Skreddersøm er et samlebegrep. I Juul 2013:7, understrekes at en av oppgavene til SMB timene er å «sy» sammen ulike tiltak til en helhetlig behandlingsskjede

beskrive modellen og dens behandlingsinnhold? De fleste fagpersoner vi møtte til fokusgruppeintervju var fagpersoner med lang erfaring innen psykisk helsearbeid og var moden i alder. Av den grunn kan det tenkes at verktøykassen både var stor og bredspektret når det gjelder relasjonens betydning, ulike terapeutiske tilnærminger og teknikker. Likevel kan behandlingsmodellen oppleves uklar for en nyutdannet eller personer med kortere fartstid innen psykiatri / psykisk helsearbeid, både i forhold til hvilke faglige tilnærminger og teknikker, og den faglige forståelse som SMB teamet initierer.

SMB teamets behandlingsstruktur

Et fellestrekk hos pasientgruppen er manglende struktur i hverdagen, hvor de selv har vansker med å lage forutsigbare rammer. SMB teamene arbeider mye med rammebetingelsene rundt pasientene, et rammeverk som er sentralt for å gjeninnføre struktur, tydelige rammer, forutsigbarhet og trygghet for pasientene.

En av pasientene sier følgende; *«SMB teamet er kjempeviktig, veldig viktig. Jeg hadde ikke noe forestilling når jeg ble lagt inn på psykoseseksjonen, men teamet har vært en stor trygghet altså. Det som er bra; det at de er flere, en viss stabilitet. Når du bare snakker med en kan det bli misforståelser, ikke sikkert at den andre oppfattet hva jeg sier. Bare positive opplevelser med teamet, ikke noe pekefinger! De er nesten som en reservefamilie liksom».*

Det beskrives av enkelte informanter at SMB modellen bygger på noen viktige terapeutiske prinsipper fra psykodynamisk tenkning, slik som faste avtaler til fast tid, dag og sted, men at den er noe mer fleksibel enn tradisjonell psykoanalytisk tenkning.

I Verpe's spesialistoppgave⁸³ kommer det frem at; *«Organiseringen av møta er fagleg fundert, henta frå psykodynamisk psykoterapi; ved fast dag og tid kvar veke – til dømes måndag kl 14.00 skapast en behandlingsstruktur som pasienten har best moglegheit til å forholde seg til.»* I SMB modellen kommer det tydelig fram av alle informanter at det settes opp faste SMB møter, vanligvis en gang pr uke eller hver 14 dag. I fokusgruppeintervjuene kom det også frem team som har SMB møter flere ganger i uka, eller sjeldnere enn hver 14 dag. Valg av hyppighet baseres på pasientens behov. I følge en av pasientene er SMB, et team som er organisert for innleggelse på sengepost som skal hjelpe til å stake ut veien videre, når vedkommende er syk. Pasienten hadde faste SMB team møter hver uke over lang tid (flere år) før det ble møter hver 14 dag. Pasienten beskriver videre at det var teamet i fellesskap som bestemte at SMB møtene skulle reduseres. En av de andre pasientene hadde faste SMB møter hver 14 dag, mens den tredje pasienten som var innlagt under intervjuet, hadde ukentlig SMB møter.

I fokusgruppeintervjuene kom det frem at SMB møtet som sådan hadde noe uklar funksjon. Både behandlere og kommuneansatte beskrev selve SMB møtet som terapeutisk i seg selv, mens flere av miljøpersonalet mener at premissene for behandlingen og dens organisering ble lagt på møtene, men at det ikke skjer behandling på disse møtene. De mente at behandlingen foregår i mellom SMB møtene, i det daglige. I enkelte team ble det beskrevet at pasienten hadde vansker å møte opp. Da

⁸³ Verpe, Tom (2008: 4) *Strukturert multiprofesjonell behandling (SMB)*. Spesialistoppgåve i klinisk voksenpsykologi, Namsos.

kan SMB teamet benytte møtet til å reflektere terapeutisk over manglende oppmøte, både overfor pasienten, men også som refleksjoner i personalgruppen.

I fokusgruppeintervjuet med behandlere kom det frem at SMB teamet kan ha mange funksjoner; *«Noen møter er ikke behandling i det hele tatt (i tradisjonell behandling), men mer styremøter. Hva skal styre ta opp i dag? Det er viktig at brukeren hjelper til å sette agenda»*. De fleste SMB team hadde som vane med å skrive referat. *«Det skrives referat – det er en plikt! Det sier noe om alvorlighetsgraden på hvor viktig dette møtet er i forhold til forpliktelse»*. Det kom også frem viktigheten av at SMB møtene kan benyttes til å hjelpe pasient til å vurdere hva som hører hjemme i en gruppe og hva som hører hjem i det private rom. *«Hvordan vil det være å ta opp dette her i SMB teamet når eksempelvis foreldrene dine er her? Noen har behov for å ta opp noe i det dyadiske rom. Det kan dukke opp problemstillinger som vil være sannsynlig best å ta i et lite rom. Må ha en realistisk tanke om hva gruppen (SMB teamet) kan tilby – det kan ikke fikse alt»*. Når beslutninger tas skal det være lojalitet til disse beslutningene. Det aksepteres ikke nye ideer og tiltak uten at det tas inn i SMB teamet. *«Det har vært for mange en god læring. Dressurarena. Folk kan bli handlingskåte, kan bli satt i gang velmenende tiltak, som er et her og nå synseprosjekt, som ender i et oppryddingsarbeid»*.

«Må ha mye kunnskap og erfaring for å drive en slik modell; gruppepsykologisk forståelse, gruppedynamikk, motivasjon, hvordan tåle høyt emosjonelt stressnivå, containing – man føler seg i perioder alene».

Det er også noe uklart i forhold til bruk av ettermøter / refleksjonsmøter knyttet til SMB møtet. I noen SMB team er ettermøter vanlig og en naturlig forlengelse av SMB møtet. I disse møtene var ikke pasientene tilstede.

«Ettermøtene kan fokusere på egne reaksjoner. Psykodynamisk refleksjon over eget indre apparat og gruppedynamikk, for å få noen knagger å henge det på. Utfordringene i det å stå i det som tilsynelatende er uforståelig og livstruende. Eksistensielle; det er ikke alltid vi vil lykkes- i noen grupper er det overhengende fare for det – hjelpesløshet og makt. Da blir det ikke praktisk styrearbeid, men analytisk relasjonsarbeid».

Det er ikke tvil om at SMB teamene i perioder kan stå i svært vanskelige og krevende situasjoner i møte med alvorlig psyke pasienter, hvor det uttrykkes som svært viktig at ikke bare pasientene har kriseplaner, men at hjelperne også i perioder kan ha behov for veiledning / diskusjoner med kollegaer i organiserte former:

«En ting er kriseplan for pasient, men også hjelp til hjelperne – en form for veiledning. De føler seg presset til å gjøre noe- kanskje en hjelp til å holde avtalene – ikke endre avtaler til tross for press...».

I andre SMB team skjer for og ettermøter mer sporadisk og ad-hoc, enten i bilen på vei hjem fra pasient, på kontoret til behandler eller telefonkontakt mellom fagpersoner innad i samme system, eller på tvers av etater. Hos to av pasientene kom ulikhetene frem; den ene pasienten beskrev faste ettermøter som varte 5-10 minutter etter SMB møtet, mens hos den andre pasientens SMB team ble ingen ettermøter avholdt. En av behandlerne sier følgende: *«Mange gir for mye tilgang utenom møtene; Dobbel bunn. Terapeutene blir løpende rundt for å dekke bordet. På et vis; saboterer din egen behandling. Da bør det heller være et formøte / ettermøte eller faste refleksjonsmøter.. Viktig å ikke springe rundt – det skal ikke løses på 5 min. Du går selv i fella. Du har blitt luksusprostituert mot din egen modell! Terapeutene skal jobbe med å si nei / tåle smerten og ikke ta avgjørelser med en gang...»*.

Det blir også i fokusgruppene påpekt at SMB arbeidet kan være krevende og at samarbeid kan være vanskelig. «Noen grupper går i oppløsning(..) Du kan ikke drive en terapeutisk seleksjon- du kan få medlemmer som har vanskeligheter for å innordne seg».

Tiltak initiert på SMB møtet

I vår forståelse fungerer SMB møtet som et felles møtepunkt for SMB teamet som både inneholder avklaring av arbeidsoppgaver, refleksjoner knyttet til arbeidsoppgavene og hjelp/motivasjon til hvordan pasienten skal være i stand til å gjennomføre disse for å oppleve mestring, vekst og kanskje også bli «frisk» eller bli i stand til å fungere best mulig ut fra de forutsetninger den enkelte har. Hvor det på neste SMB møte reflekterer og evaluerer hvordan tiltakene har fungert, og eventuelt sette opp nye mål og tiltak. Dette har mye tilfelles med den strukturen som ligger i ansvarsgruppe tenkningen. Vi ser at SMB modellen arbeider tettere og med et klarere behandlingsmål enn det som ofte kjennetegner ansvarsgruppe arbeid.

Informantene nevnte mange ulike tiltak initiert fra SMB møtet, tiltakene ble vurdert ut fra pasientens behov. Behandlingsmodellen har som tidligere nevnt særlig fokus på struktur; hvor det vektlegges en forutsigbar ramme for pasientens hverdagsliv. En del av pasientene kan være egosvake som dyptgående terapi vil være kontraindisert for. I slike tilfeller bør det eller fokuseres på ytre faktorer ved å sette realistiske mål knyttet til bolig, økonomi, sosialt nettverk og sosiale ferdigheter, mer enn indre endringsarbeid.

Kartlegging og utredning ble nevnt som en sentral oppgave ved psykoseenheten. Dette særlig når pasienten er ny og ukjent både for behandlere og systemet. Vår forståelse var at SMB teamet initierte ulike former for utredninger som var knyttet til hva pasienten har av utfordringer, ressurser og symptomer, hvor det både avklares hva som skal observeres, initiere ulike former for utredninger (eksempelvis nevropsykologisk og MR) men også diagnostiseres. Dette skjedde i hovedsak når pasienten var innlagt og ble initiert av SMB teamet som var opprettet av psykoseposten.

Behandlingstilnærminger / intervensjoner som nevnes under fokusgruppeintervjuene:

Under fokusgruppeintervjuene ble det nevnt et utall av tilnærminger i møte med pasientene, men det var vanskelig å få tak på hvordan de ulike tilnærmingene ble benyttet, deres størrelsesorden i forhold til hverandre og i hvilke sammenhenger de valgte den ene tilnærmingen fremfor den andre.

Det kan dog være tilfeldigheter, men de ulike faggruppene (miljøterapeuter, behandlere og kommuneansatte) listet opp ulike tilnærminger / intervensjoner. Behandlerne hadde i pasientkontakt fokus på stress-sårbarhetsmodellen / Expressed Emotions, tidlig intervensjon ved psykoser, medikamentell behandling, psykoedukasjon og psykososialt arbeid. I refleksjoner og veiledning med kollegaer ble gjerne elementer fra psykodynamisk / analytisk tilnærming benyttet. Vi gjennomførte to fokusgrupper med kommuneansatte i tre ulike kommuner. De nevnte alle aktivt bruk av kognitive tilnærminger, psykoedukasjon og teorien om «Expressed Emotion». I tillegg brukte en kommune KOR og kommuneansatte i en annen kommune brukte aktivt skriftlig materiale i form av at pasientene skrev dagbok eller samtale/refleksjonsbok for å samtale om utfordringer og vanskelige følelser.

I fokusgruppen mente miljøpersonalet at de aktivt brukte kognitiv terapi, Gundersons miljøterapeutiske modell, narrativ tilnærming, LØFT (Løsningsfokusert terapi), motiverende samtaler og forskjellige veiledningsteknikker for å skape relasjon, motivere, kartlegge/utrede og følge opp/pasientene. Det var også noe uenighet i forhold til bruken av tilnærmingene. Eksempelvis ble det fortalt i fokusgruppeintervjuet med miljøterapeutene at ca 50 % av de ansatte har utdanning innen kognitiv terapi. I samme intervju ble det tydeliggjort fra en av miljøterapeutene at det ikke drives med kognitiv terapi på sengeposten, men hvor overnevnte informant fikk beskjed om kun snakke for seg selv, da andre i intervjuet mente at det kanskje ikke drives kognitiv terapi i ren form, men at det i stor grad benyttes elementer fra tilnærmingen.

SMB og relasjonens betydning

I helseforetakets dokument⁸⁴ beskrives målgruppen pasienter med psykoselidelser som ofte har behov for kontinuitet og helhet i sin oppfølging. *«De er en gruppe som er sårbare for skifte av terapeuter og som profiterer på varige relasjoner til sine hjelpere. Dette er et område SMB modellen ivaretar spesielt godt gjennom sin struktur og definerte arbeidsgruppe»*. SMB modellen er svært tydelig på relasjonens betydning, og viktigheten av at det i SMB teamet arbeides med å skape gode og langvarige relasjoner til pasientene;

«Hvis du ikke har en god relasjon vil du ikke få fremdrift».

«Pasientene er egosvake. Du bruker ikke opp kontoen med relasjonsbrudd».

Pasientene fortalte at de opplevde stor trygghet og forutsigbarhet med at de hadde langvarige relasjoner til flere personer i et team, hvor to av pasientene hadde hatt kontakt med samme team over mange år, mens den tredje har hatt SMB team i ca halvt år. Beskrivelser fra kommuneansatte, miljøterapeuter og behandlere bekrefter viktigheten av langvarige relasjoner til noen få fagpersoner i forhold til trygghet, forutsigbarhet og unngåelse av relasjonsbrudd..

Behandling –alt og ingenting!

I dette arbeidet er det vanskelig å vurdere hva behandling faktisk er, slik sett hadde det egentlig vært nyttig å få fokusgruppedeltakerne til å si hva de legger i ordet behandling. I fare for å undervurdere oppgaver gitt av SMB teamet kan man si at behandling gitt av SMB teamet er fra alt til ingenting. Når en av behandlerne nevner at noen SMB møter ikke er behandling i det hele tatt, men mer et styremøte hvor det settes en agenda og en konkret fordeling av arbeidsoppgaver gjøres. Likevel holdes strukturen, hvor pasienten møter sine kontaktpersoner, som i følge de tre pasientene vi har snakket med vurderes som uunnværlig i forhold til behandling. En annen informant mente derimot at behandling handler om alt! Det sentrale spørsmålet er allikevel om SMB team kan kalles en behandlingsmodell eller om det er en god måte å strukturere arbeidet på?

⁸⁴ (2013) Juul, Else Marie (2013) *Strukturert Multiprofesjonell Team (SMB-team) En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling. Sykehuset Namsos.

6.3 Organisering

I innledningen til dette kapitlet opplevde vi ulik bruk av betegnelsen SMB team. En av årsakene slik informantene beskriver det, er at de hadde innført SMB tenkningen rundt pasienter, men ikke endret navn på de møtene som dannet grunnlaget for behandlingen. Begreper som miniteam, husmøter og ansvarsgrupper egentlig også fungerte som SMB team. En informant sier det slik: «*SMB team hadde vi på avdelingen lenge før det ble SMB team. SMB team er ikke noe annet enn miniteam, det er bare et nytt navn*». En informant hadde denne refleksjonen i fokusintervjuet: «*Jeg tror vi trenger en opprydding av begrepene jeg, for jeg veit ikke riktig hva jeg gjør for når jeg skriver i journalen oppsummering fra møte i SMB teamet, er det jo ansvarsgruppe vi har hatt eller?*» Slik sett fremstår det som uklart om det er SMB team jobbing som bedrives, eller om det er innført elementer fra SMB team arbeid inn i andre fora som ansvarsgruppe, miniteam osv uten at det «egentlig» er SMB team arbeid.

Det opplevdes fra oss utenfor behandlingssystemet vanskelig å forstå hva som er hva. Det samme gjelder dog for samarbeidspartnere og innad i personalgruppen på psykiatrisk klinikk. En miljøterapeut uttalte det slik; «*Jeg tenkte ikke at vi hadde et SMB team når vi er ute av avdelingen*». En annen miljøterapeut beskrev kontakten med en av sine SMB team, hvor en av de andre tilhørene sier; «*Visste ikke at dere hadde SMB team der, men trodde dere hadde veiledning da!*».

Når vi spurte informantene om deres erfaringer fra SMB team arbeid fortalte de også noe ulikt om dette. Noen mente SMB arbeid i hovedsak skulle knyttes til det arbeid psykoseenheten bedrev, mens når de samarbeidet med kommunen het det ansvarsgruppe. Kommuneansatte beskrev akkurat det samme arbeidet som arbeid i SMB team, ikke ansvarsgruppe. De ansatte i kommunene sa at SMB teamet kunne trekke inn andre slik som representant fra NAV, MN Vekst og fastlege da ansvarsgruppe ble avholdt.

I heftet⁸⁵ som presenterer tenkning og grunnlaget for SMB behandlingen står det: «*Strukturert Multiprofesjonell Behandling (SMB) er en metode for å sikre relasjon, kontinuitet og samordning av tjenester for personer med alvorlige og langvarige psykiske problemer*». Videre skrives det: «*SMB-modellen ivaretar pasientbehandling i hovedsak for pasienter med behov for langvarig tverrfaglig behandling*». Når det gjelder individuell plan står det: «*Tilbudet må baseres på en individuell plan som har utgangspunkt i brukerens egne ressurser og personlige mål. Brukeren skal delta i utarbeidingen av planen. Arbeidet med Individuell plan gjøres i SMB-teamet*».

Denne presentasjonen av SMB team, legger vekt på sikre relasjon, kontinuitet og samordning av tjenestetilbudet, samtidig som SMB teamet skal representere tverrfaglig tilnærming. Hvis individuell plan vurderes sentral kan planarbeidet foregå i SMB teamet, og det vil være naturlig at kommunehelsetjenesten har en sentral plass i teamet. Det at flere etater bør være representert i SMB teamet blir også understreket i beskrivelsen av SMB teamet: «*Tilgjengelighet handler ikke bare om geografisk nærhet, men også om at hjelpeapparatet oppfattes som en helhet, slik at brukeren*

⁸⁵ Juul, Else Marie (2013) *Strukturert Multiprofesjonell Team (SMB-team) En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling. Sykehuset Namsos.

unngår å føle seg som kasteball i et uoversiktlig system⁸⁶». Ingen av våre tre pasientinformanter hadde individuell plan. Informanter både fra psykiatrisk klinikk og kommunene mente at mange brukere ikke hadde individuell plan, enten fordi de ikke hadde fått tilbud eller fordi pasienten hadde sagt nei.

En forutsetning for SMB team er at teamet som sådan skal være tverrprofesjonelt satt sammen. Når pasienten var innlagt er teamet ofte satt sammen av sykepleiere, hjelpepleiere og en fra behandlere. Når pasienten ble utskrevet opplevde mange at behandlere trakk seg mer ut av det aktive og konkrete arbeid i SMB teamet og kom inn når det var noe fagspesifikt som skulle diskuteres. De kommuneansatte vi intervjuet besto av sykepleiere og hjelpepleiere. Slik sett kan sammensetningen av teamene neppe betraktes som multiprofesjonelle. Nå kan det sies at metodemessig kan det ligge en forskjell i tilnærmingen fra miljøpersonalet ved psykiatrisk klinikk og ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette kommer ikke veldig tydelig frem ut fra det materialet vi har hatt tilgang til og den informasjonen vi har fått under intervjuene. Det er sentralt og viktig at de yrkesgruppene her representerer to ulike institusjoner med forskjellig ansvarsområde og det i seg selv vil være viktig i denne sammenheng.

For oss virker organiseringen av SMB teamene noe tilfeldig. Til dels kommer dette av at SMB team er noe alle pasienter som kommer på psykoposten får, enten de tilhører gruppen langvarige og alvorlige psykiske lidelser eller ei. Det er uklart om SMB teamet som sådan fungerer som et sømløst arbeidsteam som arbeider sammen rundt behandlingen av pasienten enten den er innlagt på psykiatrisk klinikk, bor hjemme eller i et kommunalt tjenestetilbud. Men det er viktig å understreke at pasienten får oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i sitt hjemmiljø. De ansatte på psykiatrisk klinikk arbeider mer nå enn tidligere ut av sykehuset i pasientens hjemmemiljø. Dette endrer ikke vårt inntrykk at det er relativ stor avstand mellom intensjonene i det skriftlige materialet og den måten en i dag organiserer og setter sammen SMB team. For oss kan det virke som drivkraften bak denne tenkningen er avhengig av at det er forankret på ledelsesnivå både på kommunenivå og psykiatrisk klinikk.

6.4 Ledelse

I dette kapitlet har vi valgt å dele ledelse i to; Sammensetning og ledelse av SMB team og Ledelse og forankring av SMB modellen i organisasjonene.

Sammensetting og ledelse av SMB team

I SMB modellen fremheves viktigheten av riktig sammensatt SMB team. I helseforetakets dokument står det; *«Sammensetning av de enkelte SMB-team er lederens oppgave. Dette fordi leder kjenner de enkeltes ansattes styrker og kapasitet»*. Ingen av våre informanter fra psykiatrisk klinikk beskrev denne tenkning vedrørende sammensetning som gjennomført. I stedet bar sammensetningen preg av «hastverksarbeid» og tilfeldigheter ut fra hvem som var på jobb når pasienten ble innskrevet

⁸⁶ Juul Else Marie (2013) Strukturell Multiprofesjonell Behandlingsteam (SMB-team). En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling, Sykehuset Namsos.

første gang eller hadde ledig kapasitet. Slik som det kommer tydelig frem fra en av de ansatte ved psykiatrisk klinikk: *«X har ansvar for å ordne SMB team, jeg opplever at det foregår ut fra hvem som har tid eller hvem som står på vaktrommet når pasienten er meldt inn. Tidligere var det bestemt at gruppeleder og leder skulle sette ned fordeling i forhold til behov så som hvilke behov denne pasienten har, ut fra kjennskap både til ansatte og pasientens fritidsinteresser og bakgrunn, svakheter og styrker. Heller ikke når det gjelder fordeling av PAB (pasient ansvarlig behandler) der synes jeg fordelingen er veldig tilfeldig. Var egentlig bedre før kunne planlegge litt»* Slik sett var det ingen kartlegging av pasientens behov som lå til grunn for utvelgelsen.

I følge sykehusansatte har de en bestemt person innad i organisasjonen som nevnes i forbindelse med å sette opp SMB teamene, men uttrykker at teamsammensetningen i liten grad bestemmes av problematikk eller egenskaper hos fagpersonene, selv om dette har vært intensjonen.

Miljøpersonalet mente at teamsammensetningen skjedde ad.hoc avhengig av hvem som var på vaktrommet når ny pasient skulle ha SMB team, eller om hvem som hadde ledig kapasitet, ingen nevnte at deres egenskaper, utdanningsbakgrunn eller pasientens problematikk lå til grunn for valg av SMB team. En av miljøpersonalet sier følgende; *«Det er ikke sikkert gruppene blir satt sammen på en optimal måte, både i forhold til turnus, behov og personsammensetning».*

Flere av informantene nevner at iverksettelse av SMB team er et ledelsesansvar. En av behandlerne sier følgende; *«Å sette opp team etter behov er et ledelsesanliggende (vaktmesterfunksjon), ha en bevisst tanke om problematikk og hva man skal arbeide med».* Det er dog noe uklart etter fokusgruppeintervjuene om lederen i kommunehelsetjenesten eller psykoseenheten initierer SMB team og om det skjer et samspill mellom lederne når teamene skal iverksettes. Ingen av informantene nevner et samarbeid på ledelsesnivå når teamene settes sammen. Gjennom fokusgruppeintervjuene kom det frem behov for å tydeliggjøre ledelse og ledelsesforankring i organisasjonen.

Fokusgruppeintervjuene viste en uklar lederrolle i SMB teamene. Flere informanter mente at det ikke fantes en leder, men at teamet som helhet tok alle beslutninger.

I det skriftlige dokumentet⁸⁷ står ingenting om fast ledelse av SMB teamet, men begrepet primærbehandler nevnes; *«Primærbehandler blir valgt ut i fra behov og faglig bakgrunn, og kan blant annet være psykiater, psykolog, primærlege, sosionom eller sykepleier».* Det er dog uklart om primærbehandler kan tenkes å være leder for teamet. Det står heller ikke om primærbehandler har noen ekstra oppgaver ifht de andre medlemmene i teamet.

Miljøterapeutene var delte i sine svar, og det uttrykkes usikkerhet om det er en fast leder i de enkelte SMB teamene. *«Vi har aldri snakket om en definert leder for teamet, det var nytt for oss».* En annen sier; *«Vi skulle ha hatt en rolleavklaring, hvem som har ansvar for hva».* En annen miljøterapeut forteller at det er en veldig tydelig definert leder i hennes team, som forteller hva de kan snakke om eller ikke!

⁸⁷ Juul, Else Marie (2013:4) *Strukturert Multiprofesjonell Team (SMB-team) En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling. Sykehuset Namsos.

I behandlergruppen ble det nevnt at det finnes en leder i SMB teamet. *«Det er en leder. Det kan fort bli mange rikssynsere – det må besluttes noe / være en pådriver for at beslutningene skal tas, ikke bare reflektere og undre seg»*. Behandlergruppen bekrefter også at alle faggrupper på tvers av etatene kan være leder for SMB teamet; *«Sjefen kan være en psykiater, en sykepleier, kommunearbeider avhengig av teamets sammensetning. Bruker har ikke hatt denne funksjonen. Ut fra funksjonsnivå har vi tenkt at det en overbelastning, men tanken er interessant»*.

Pasientene hadde også ulik forståelse for hvem som var leder i teamet. En av pasientene svarte raskt at en av miljøterapeutene (fra psykoseenheten) i hennes team var leder. En annen av pasientene svarte; NN er leder, men NA er kvinnelig leder, NE er medisinsk leder og samtidig uttrykte han at teamet var hans – at det var teamet som bestemte. Kommuneansatte i to av kommunene mente at de ofte ble ledere i SMB teamene de deltok i.

Ledelsesforankring av SMB modellen i organisasjonene.

Ledelse forankret i organisasjonen synes også uklar. I dokumentet fra helseforetaket⁸⁸ står følgende: *«Det er viktig at den faglige forståelsen av SMB modellen er forankret og godkjent i ledelsen. Dette for å oppnå høyest mulig grad av lojalitet i alle ledd. Lojalitet er en forutsetning for at en skal kunne lykkes i behandling etter denne modellen»*.

Gitt at tenkningen bak SMB team er forankret i målsettingen i samhandlingsreformen og at arbeidet i det enkelte team skal støtte opp rundt ideen om et sømløst behandlingstilbud er det viktig at flere etater enn psykiatrisk klinikk er involvert i arbeidet rundt den enkelte pasient.

Når kommuneansatte kom med i SMB team kom det ikke frem opplysninger om hvordan denne utvelgelsen skjedde. Men på tross av denne tilfeldige sammensetning opplevde både pasienten og personalet at arbeidet i SMB team i stor grad var preget av kontinuitet.

Kommunene i Ytre Namdal har et kommunestyrevedtak som sier at det ikke skal organiseres en felles rus og psykiatritjenesten, men at pasienter (ikke utdypet hvem) blant annet skal ha tilbud om Strukturelle Multiprofesjonelle Behandlingsteam (SMB-team)⁸⁹. Det kan derfor synes som at SMB team er forankret på kommunalt nivå, men det er ikke utdypet hvem som har ansvaret og hvilken gruppe dette tilbudet skal gis til. I følge kommuneansatte er det et ledelsesansvar å sørge for at det ikke blir for stor arbeidsbelastning etter iverksettelse av SMB team, da flere beskriver modellen som arbeidskrevende. Som nevnt under organisering, medfører iverksettelse av SMB team at ledelse bør vurdere personalets turnus/arbeidsplan ut fra den enkelte medarbeiders SMB team. En av de kommuneansatte, som også var leder beskrev vansker med å velge fagpersoner med spesielle egenskaper og utdanningsbakgrunn, og noen av begrunnelsene omhandlet høyt vikarbruk og vansker med å få tilstrekkelig stabilt fagpersonale.

⁸⁸ Juul, Else Marie (2013:11) *Strukturert Multiprofesjonell Team (SMB-team) En behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling. Sykehuset Namsos.

⁸⁹ Pedersen, R; Region Ytre Namdal og Bindal. Samhandlingsreformen. *Prosjektrapport* 18.01.12

I lys av samhandlingsreformen som forventer en økt samhandling og forpliktende samarbeidsavtaler for å tilby koordinerte tjenester og helhetlig pasientforløp når dette vurderes hensiktsmessig, bør ledelse i større grad inn i iverksettelsen og styringen av SMB team. En slik samhandling kan sikre langsiktige og optimale behandlingsteam i forhold til pasientens behov, personsammensetning og de ansattes arbeidsplaner.

Det kan synes som de fleste SMB team blir iverksatt av sykehuset, hvor kommuneansatte blir involvert etterhvert. Det er uklart hvordan denne fordelingen påvirker samarbeidet mellom ledelse i sykehus og den enkelte kommune. Likeledes er det uklart om medlemmene i SMB teamet har myndighet til å forplikte sin organisasjon med tanke på de oppgaver som skal løses. I dette skjæringspunktet er det mange ubesvarte spørsmål. Kan eksempelvis ledelse ved psykosepost kreve at ansatte i kommunen skal involveres og følge strukturen til SMB teamet? Er det leder eller kanskje fagpersoner innen psykoseenheten som tar direktekontakt med kommunehelsetjenesten? I så fall hvem tar de kontakt med? Lederen i kommunehelsetjenesten eller fagpersonene som arbeider på teamet?

Etablering av SMB team kan påvirke den ansattes arbeidshverdag og turnus, hvis strukturen om faste dager og tidspunkter skal holdes! Hva hvis SMB team først organiseres i kommunehelsetjenesten, men hvor det vurderes hensiktsmessig at sykehusansatte involveres– hvordan skjer en slik forespørsel, og hvilken ledelse har det avgjørende ordet hvis det er uenighet om involvering i forhold til de ulike etatene/tjenestene?

Det har dukket opp mange spørsmål etter gjennomført fokusgruppeintervjuene som ikke ble spurt eller besvart under intervjuene. I dokumentene som beskriver SMB team er dette også lite problematisert. Skal en innføre SMB team arbeid overfor den målgruppen vil det være viktig og avklare disse spørsmålene. Det er også verdt å kommentere at innenfor det naturlige nedslagsfeltet til psykiatrisk klinikk er neppe den kommunale helse og omsorgstjenesten organisert likt. I nedslagsfeltet finnes det kommuner med litt over 500 innbyggere til kommuner med 13.000 innbyggere. Dette innebærer et stort spenn i forhold til kommunale samarbeidspartnere.

7 Forslag til endringer

Vårt inntrykk av SMB team er at det er uklart om det er en behandlingsmodell eller en organisasjonsmodell, eller begge deler. Det vil være viktig for psykiatrisk klinikk å avklare tydeligere hva SMB team er. Vi vil peke på områder vi mener det bør sees nærmere på i forbindelse med en eventuell videreutvikling av modellen.

Verdier

Modellen fremhever brukermedvirkning, kontinuitet, nærhet, mestring, pasientens resurser samt lojalitet som de bærene verdier. Disse verdiene ble bekreftet av alle informantene og spesielt av de tre pasientinformantene. Dette er sentrale verdier som vil være viktig å videreutvikle i en eventuell videreføring av modellen. Et sentralt spørsmål er hvordan ivaretagelsen av disse grunnverdiene skal skje og om SMB teamet skal utvikle seg til å bli et reelt samhandlingsteam der flere etater og institusjoner er med.

I en hver form for behandling står en i fare for å utvikle en privat praksis. I en modell der flere fagpersoner er sammen med pasienten i planlegging og gjennomføring av et behandlingsopplegg, kan dette fremstå som massivt og komme i fare for å overkjøre pasienten, dens ønsker, behov for hjelp og støtte. Her tror vi at systematisk veiledning og bruk av for- og ettermøter blir viktig. Ikke for å ha fokus på behandlingen rundt den enkelte pasient, men med et fokus på behandlernes rolle i de ulike teamene.

Målgruppe

Målgruppen til SMB team er pasienter som har langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Praksis i dag er at det opprettes et SMB team for alle inneliggende pasienter ved psykoseenheten. Kommunens helse- og omsorgstjeneste har ingen tradisjon eller «dør inn» til psykiatrisk klinikk for å få opprettet SMB team rundt brukerne de mener kommer innenfor målgruppen.

Psykiatrisk klinikk må i større grad samhandle med kommunenes helse- og omsorgstjeneste for å kartlegge hvilke pasienter tilbudet skal være gjeldende for. Slik det fremkommer i dag, tyder det på at psykiatrisk klinikk i hovedsak bestemmer målgruppen og etablerer SMB team. I tillegg bør det utarbeides tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier i forhold til hvem som kan nyttiggjøre seg tilbud om SMB team.

Behandlingsmodell

I dette avsluttende kapitlet stiller vi spørsmål om SMB team er en behandlingsmodell eller en beskrivelse av en måte å organisere behandlingen rundt pasienter med langvarige og alvorlige

psykiske problemer. Dette spørsmålet er relevant fordi vi verken i intervjuene eller i dokumentene⁹⁰ fikk tydelig frem en beskrivelse av det terapeutiske innholdet i modellen. Dette gjør at vi er usikre om det finnes en tydelig behandlingsfilosofi knyttet til modellen eller ikke. Om en slik behandlingsfilosofi finnes, bør den beskrives tydeligere i de dokumenter som presenterer modellen. Hvis det mangler en tydelig behandlingsfilosofi som legges til grunn modellen, bør psykiatrisk klinikk konkretisere hvilke behandlingstilnæringer og teknikker som kan benyttes i SMB arbeidet, og eventuelt også synliggjøre i hvilke sammenhenger disse metodene erfaringsmessig kan benyttes.

Både pasientene selv og personalet, uansett stilling eller arbeidssted beskriver reell brukermedvirkning. Likevel kan det være en fordel å videreutvikle modellen med tydeligere recovery (bedringsprosess), med sterkere fokus på hva som fremmer menneskets muligheter og tro på at pasienten kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, til tross for at vedkommende har en alvorlig psykisk lidelse. SMB modellen kan bli tydeligere på hvordan de jobber for å fremme de faktorer / elementer som oppleves sentralt for den enkeltes bedringsprosess. Det kan oppleves noe urealistisk for pasienter med fullstendig fravær av psykotiske symptomer. En personlig / sosial recovery kan oppfattes mer hensiktsmessig å arbeide i mot. Eksempelvis kan det arbeides i sterkere grad mot en økonomisk og boligmessig uavhengighet, hvor mennesket fortsatt kan ha rest av symptomer og til og med kan ha nytte av medisin. Denne personlige bedringsprosessen sies å være basert på følgende fire recovery domener; Håp, selvidentitet, mening i livet og personlig ansvar.

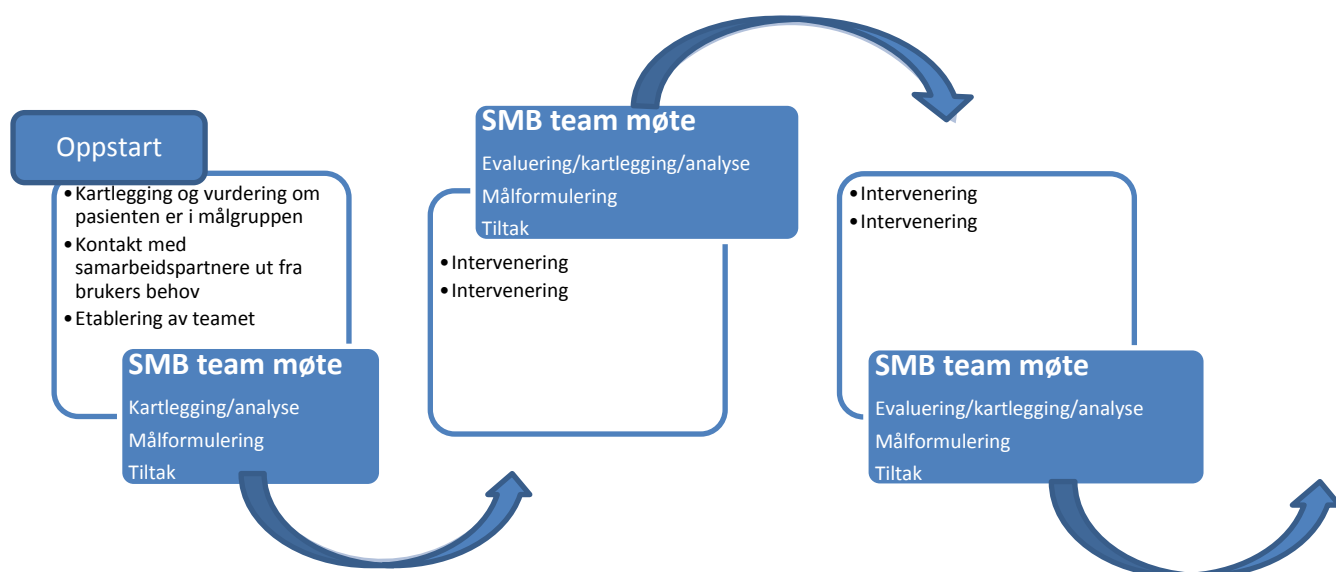
Antonys(1993) definisjon: *«En dypt personlig, unik prosess, som handler om å endre sine holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og roller. Det er en måte, hvor en kan leve et tilfredsstillende, forhåpningsfullt og bidragsgivende liv, selv med de begrensninger som følge av sykdommen. Recovery innebærer skapelse av ny mening og nytt formål i livet, etterhvert som man overviner de katastrofale konsekvenser av psykisk sykdom».*

Det blir viktig å tydeliggjøre det terapeutiske innholdet i SMB møtene; hvorledes en planlegger ulike former for intervensjoner, iverksettelsen av disse og evaluerer effekten av disse i SMB møtene. Slik vi har forstått SMB møtene bør de bestå av fire deler; Kartlegging, analyse / undring, evaluering og planlegging av intervensjoner. Kartleggingen kan bestå av en beskrivelse av pasientens nå-situasjon basert på tidligere erfaringer, journal eller annen form for dokumentasjon. I evalueringen vil fokuset være å diskutere og reflektere over hvordan pasienten opplever egen situasjon og hverdagsliv, og vurdere om nåværende aktiviteter og intervensjoner er hensiktsmessig ifht nåværende fungering og pasientens fremtidige mål. Etterhvert som pasienten over tid har hatt SMB møter vil kartlegging og evaluering gå litt over i hverandre. Når vi benytter ordene analyse og undring, handler det om å sette fokus på viktigheten av å undre seg sammen med pasienten om hans/hennes helsetilstand, tjenestetilbud, målsetninger og mestring av eget liv / hverdagsliv. Med utgangspunkt i analysen planlegges og avklares hva pasienten skal gjøre frem til neste møte, hvilke intervensjoner som skal iverksettes, hvilke aktiviteter som pasienten skal delta på osv. I og med at pasientens mestring og

⁹⁰ Juul (2013) *Strukturert Multiprofesjonell Behandling (SMB-team) – en behandlingsmodell som sikrer reell brukermedvirkning, langvarig relasjon og kontinuitet på tvers av behandlingsnivåene*. Versjon 2.0. Seksjon for psykosebehandling, Sykehuset Namsos.

Verpe, Tom (2008) *Strukturell multiprofesjonell behandling (SMB)*. Spesialistoppgåve i klinisk psykologi, Namsos.

resurser står sentralt i SMB's verdigrunnlag går vi ut fra at pasientens erfaringer og opplevelser mellom SMB møtene danner grunnlaget for nye intervensjoner, eller fortsettelse av tidligere foreslåtte intervensjoner (Se figur 2).



Intervensjoner kan være støttesamtaler, individualsamtaler, familiesamtaler, arbeidstrening, sosial ferdighetstrening, somatiske eller nevropsykologiske utredninger m.m. Valg av intervensjoner skjer etter pasientens behov, SMB teamets tilnærminger / teknikker eller den enkelte fagpersonens gjeldende «verktøykiste». Enkelte av informantene beskrev hyppig bruk av det de kalte ettermøter. Hvis ettermøtene har stort fokus på pasienten og diskusjon av intervensjoner uten pasientens tilstedeværelse, står fagpersonene i fare for å undergrave hele intensjonen og sentrale verdier i modellen. Vi ser derimot behovet for slike ettermøter med fokus på hjelpenes utvikling som fagpersoner, hvor fokuset er på undring, fremfor handling. Fagpersonene kan da reflektere over valg av tilnærminger, støtte til å tåle og stå i pasientens smerte, få hjelp til å holde rammene og unngå å bli handlingskåte når det stormer rundt pasienten. Fokuset i ettermøtene blir altså på behandlingsprosessen; det å stå støtt i en vanskelig prosess, hvor kanskje gruppeanalytiske prosesser, egen personlighet og forsvarmekanismer påvirker atferd, opplevd mestring og tro på behandling. Dette blir en viktig læringsarena for uerfarne og nyutdannede (men også mer fagutviklende for erfarne fagpersoner) hvor de blir oppfostret i en tradisjon hvor refleksjon, undring og « lene seg litt bak», blir viktigere enn konstant å handle! I en slik sammenheng kan det være nyttig om psykiatrisk klinikk i samarbeid med kommunene, lager en informasjonsbrosjyre og behandlingsveileder både for aktuelle pasienter og personale.

Flere studier har funnet sammenheng mellom høy EE (Expressed Emotions) hos personalgruppen og behandlingsutfall, samarbeidsevne og impulsiv atferd hos schizofrene pasienter⁹¹. Det kan derfor synes svært viktig at SMB teamet har stort fokus på EE, og at typiske psykososiale tiltak som rettes mot pårørende også kan være viktig overfor pasientens nærmeste kontaktpersoner/ personale, og at

⁹¹ EE. Beltz et al (1992) viser at høy EE hos stav ved et langtidspensjonat gav dårligere prognose for de pasienter EE-atferden var rettet mot.

SMB teamet i større grad kan ha fokus på EE i personalgruppen i ettermøtene for å bevisstgjøre hverandre på viktigheten av å holde EE lav ifht pasientens behandlingsutfall og samarbeidsevner.

Organisering

Det er uklart om SMB team er en intern ordning for psykiatrisk klinikk eller om det er en modell for et sømløst behandlingsopplegg der både kommunens helse- og omsorgstjeneste og psykiatrisk klinikk er delaktige aktører. Begrepsbruken når det gjelder SMB team tyder på at det hersker forvirring over hva SMB team er eller ikke er. Det vil være et ledelsesansvar å rydde opp i begrepsdannelse (SMB, Miniteam, husmøter, ansvarsgruppemøter m.m).

Det at modellen spesielt er rettet mot pasienter med langvarige og alvorlige psykiske problemer vil kreve at både psykiatrisk klinikk og kommunens helse- og omsorgstjeneste er representert, og står samlet i behandlingsopplegget rundt pasienten. Det blir viktig å finne fram til en hensiktsmessig organisering av arbeidet, slik at dette kan ivaretas uansett om pasienten i perioder er innlagt eller bor i omsorgsbolig, bofelleskap eller i eget husvære.

Det bør arbeides med implementering av SMB modellen som behandlingsform. Dette vil kreve:

- Opplæring i behandlingsmodellen og dens verdigrunnlag
- Opplæring av nye samhandlingsrutiner
- Tydeligere rutiner rundt opprettelse av SMB team
- Oppklaring av grenser for ansvar
- Utredning av hvem som sitter med det formelle behandlingsansvaret når vi bruker SMB team i en tverretattlig sammenheng.

Antallet innbyggere innenfor sykehusets nedslagsfelt tilsvarer befolkningsmessig det som ligger til grunn for opprettelse av ACT team. De geografiske forholdene i sykehusets nedslagsfelt gjør det uhensiktsmessig med opprettelse av ACT team. Vår oppfatning er at SMB team kan være et godt alternativ til å organisere tilbudet til denne målgruppen. Dette vil likevel medføre behov for koordinering av teamene / tjenestetilbudet. Kanskje bør det opprettes en koordineringsperson eller en med et spesielt ansvar for oppfølging av SMB teamene, slik som ACT⁹² har valgt. Dette innebærer at koordinatoren har både klinisk og administrativt ansvar for teamet, koordinering og veiledning av personalet på klinisk arbeid. I tillegg bør det være et ledelsesansvar å plukke ut fagpersoner til de ulike teamene ut fra brukers behov og faglig kompetanse; Altså rett fagperson til rett tid på rett plass. I et slikt perspektiv må leder legge til rette for at de ansatte har arbeidsplaner som ivaretar arbeidsoppgaver i SMB teamene.

SMB team i fremtiden er kanskje tenkt som de 20 % som får delt case management og Team Approach i FACT modellen. Kanskje kan det være elementer fra FACT som kan være hensiktsmessig å bringe inn i SMB modellen. Hvis de ønsker en mer fleksibel ordning kan det være fornuftig å vurdere

⁹² ACT har en fast teamleder hvor oppgavene til leder er knyttet til klinisk og administrativt ansvar for teamet, koordinering av deres arbeid og gi veiledning til personalet på klinisk arbeid (Aakerholt 2010:18).

pasientene ut fra to behov; case management eller delt case management og teamapproach. Er det slik at alle pasienter som har SMB team trenger dette til enhver tid, eller kan man tenke at det i noen tilfeller er en eller to personer som arbeider med pasienten i det daglige, og at teamet kobles av / på avhengig av pasientens tilstand?

SMB har store utfordringer i forhold til at det ikke finnes en tydelig leder / koordinator. Det finnes pr.dags dato heller intet faglig forum for de ansatte som arbeider tett med SMB for å utveksle erfaringer og kunnskap. Dette er noe FACT teamet tydeliggjør i sin modell, det samme gjelder viktigheten av å ha tydelige krav til ansattes utdanning og fordeling av arbeidsoppgaver. SMB har dog noe utydelige krav både til arbeidsoppgaver og teamets sammensetning, men samtidig har et mål om å trekke inn fagpersoner som pasienten kanskje har hatt et godt forhold til, uavhengig av fagbakgrunn.

Vil det være mest hensiktsmessig å videreutvikle SMB modellen, i håp om at dette kan bli en nyttig modell i andre helseforetak og kommuner? Eller kan det være mere hensiktsmessig å fortsatt videreutvikle denne modellen, men ta inn noen av prinsippene fra FACT, og vurdere et navnebytte til FACT? Er det slik at det kunne vært mer hensiktsmessig å kalle teamet FACT hvis klinikken ønsker seg en tydeligere ansvarsfordeling og tverrfaglig sammensetning, men fortsatt ha en fleksibel modell for alvorlige psykisk syke pasienter. Da kan Namdalen få det første FACT temaet i Norge? Det vil da være svært viktig å tilpasse FACT modellen til norske forhold, slik som det har blitt gjort i England med svært gode resultat. Da blir teamene i Namdalsregionen en del av et større faglig nettverk i Europa og internasjonalt...

Likevel må det sies at en av fordelene med SMB er at ansatte arbeider på ulike arbeidsplasser, på tvers av nivå – dette skaper i tråd med samhandlingsreformen muligheter for tettere samarbeid og samhandling på tvers av institusjoner og nivå i samfunnet. Et annet viktig element i SMB modellen er at den tar i bruk ansatte og redskaper sykehuset og kommunene allerede har tilgang på. I små kommuner kan det være vanskelig å organisere team bestående av 7-8 ansatte som FACT beskriver.

Ledelse

SMB team vil være en relativ ressurskrevende behandlingsmodell. Hvis en legger til grunn at modellen skal fungere ut fra intensjonen om et sømløst behandlingsnettverk for pasienter, kreves et tett samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det vil derfor være nødvendig at arbeidsmåten er forankret i de respektive organisasjoners ledelse. Likeledes bør behandlingsansvaret på overordnet nivå være avklart når pasienten får tjenester både fra første- og andrelinjetjenesten, og intervensjonene planlegges fra SMB møtene. Det må tydeliggjøres hvem som har overordnet behandlingsansvar, altså hvem må stå til ansvar hvis pasienten eksempelvis utøver vold, skader seg selv eller tar sitt / eller andres liv?

Ledelsesansvaret i det enkelte SMB teamet bør avklares, og det bør tydeliggjøres hva et slikt ansvar innebærer!

Leder bør også legge til rette for at ansatte i SMB teamene har mulighet til fast kollegaveiledning eller refleksjonsmøter for å øke personalets kompetanse, motivasjon og «sikkerhetsnett» for å sikre kontinuitet og personlig engasjement i en behandling som kan være svært krevende over tid.

SMB modellen fungerer delvis sett opp mot intensjonen, men har noen utfordringer knyttet til gode samhandlingsrutiner mellom første- og andrelinjetjenesten. Pr dags dato kan det synes som sykehusets personale har mer eieforhold til modellen enn kommuneansatte særlig i Namsos. Dog i kommunene i Ytre Namdal ble det beskrevet motsatt, hvor de i større grad hadde ønsket mer involvering fra ansatte ved DPS, hvor de ofte ble sittende alene med svært tunge og kompliserte pasientoppgaver med lite støtte fra andrelinjetjenesten.

Avsluttende kommentar

Vår vurdering er at psykiatrisk klinikk har startet på et viktig utviklingsarbeid som i sin tenkning vil kunne støtte opp under de signalene som ligger i ansvarsreformen, gi et bedre helhetlig tilbud til en gruppe brukere. Men dette fordrer at modellen videreutvikles og at psykiatrisk klinikk frigjør seg fra å tenke ut fra sykehuset og de rammer denne organiseringen gir. Men tenker helhetlig og ser hva kommunene og sykehuset kan få til sammen med sine resurser.

Dette er et utviklingsarbeid som ikke kan styres og utvikles uavhengig av praksisfeltet, men først og fremst et utviklingsarbeid som må skje i samhandling med praksisfeltet og brukere.



HINT v/ Oddbjørn Johansen

Finn Christiansens veg 1,
7804 NAMSOS

Vår ref:	Deres ref:	Arkiv:	Dato:
2012/5867 - 32665/2012		153	13.12.2012

Forespørsel om evalueringsoppdrag

Helse Nord-Trøndelag ønsker å evaluere en modell for tverrfaglige behandlingsteam hvor ansatte i kommune og helseforetak er involvert sammen med /pasienter/brukere.

I den forbindelse ønsker vi et tilbud på et slik oppdrag, når det eventuelt kan gjennomføres og pris på oppdraget.

Oppdraget har følgende utgangspunkt og spesifisering.

Vi har beskrevet modellen med ”Strukturerte multiprofesjonelle behandlingsteam” (SMB), og ønsker å få evaluert modellen før vi tar stilling til om denne skal breddes videre. Ut fra evalueringen kan det også være aktuelt å foreta tilpasninger for videreutvikle modellen. Beskrivelsen av modellen og mer utfyllende informasjon fra oss om den, vil være et grunnlag for evalueringen.

Målsetting med evalueringen er å ha et godt grunnlag for beslutning om videre utvikling av modellen.

1. Om oppdragets innhold.
 - a) Kartlegge erfaringer fra de involverte som har erfaring med modellen, brukere og ansatte i kommuner og helseforetak
 - b) Beskrive hvordan modellen fungerer i forhold til praksiserfaringer
 - c) Vurdere tiltak som bør vurderes for videre utvikling av modellen
 - d) Eventuelt vurdere modellen opp mot ACT og FACT modellene
2. Om oppdragets varighet
 - a) Oppdraget ønskes gjennomført i løpet av februar – mars 2013.

Besøksadresser Psykiatrisk klinikk

Sykehuset Levanger
Kirkegata 2
7600 LEVANGER

DPS Stjørdal
Remyrveien 37
7500 STJØRDAL

Høvdinggården
Høvdingvegen 10
7725 STEINKJER

Sykehuset Namsos
Overhallsveien
7800 NAMSOS

DPS Kolvereid
Halsanvn
7970 KOLVEREID

3. Oppdragsgivers kvalifikasjoner

a) Tilbudet skal inneholde:

1. Beskrivelse av gjennomføring av oppdraget.
2. Tilbyders pris

Vi drøfter gjerne oppdraget mer i detalj i forhold til innhold og framdrift.

Med hilsen

Olav Bremnes, prosjektleder

Kopi: Bernt Harald Opdal

Vedlegg 2

Helseforetaket i Nord-Trøndelag
v/Olav Bremnes
Psykiatrisk Klinikk
7800 NAMSOS

VEDRØRENDE ETTERSPOERSEL OM EVALUERING AV MODELL FOR TVERRFAGLIGE BEHANDLINGSTEAM.

HiNT, avdeling helsefag vil med dette inngi et tilbud vedrørende etterspurte evaluering. Oppdragets innhold er firedelt. Tilbyder går ut fra at det i prosessen vil være nødvendig å konkretisere innholdet i de fire punktene.

Avdeling for Helsefag sitt fagmiljø har bistått ulike deler av helse og omsorgssektoren ved evalueringer tidligere og vi mener at avdelingen har den kompetansen som må til for å gjøre en slik evalueringsstudie. Viser ellers til to evalueringsrapporter som en av de aktuelle prosjektlederne har gjennomført. En evalueringsrapport vedrørende Pilotprosjektet hvor oppdragsgiver var Helse Nord-Trøndelag (HNT) og en evalueringsstudie/rapport vedrørende Jorunn Ekkers veg 5a. Disse rapportene kan ettersendes på forespørsel.

1. Bakgrunn

HINT.avd.helsefag ved vernepleieutdanningen har fått en henvendelse fra HNT på en evalueringsundersøkelse. Utgangspunktet for studien er «Strukturerte multifunksjonelle behandlingsteam (SMB). Undersøkelsen skal ta utgangspunkt i kommunehelsetjeneste og helseforetak pasient / bruker erfaringer med «behandlingsmodellen».

Oppdraget har følgende utgangspunkt og spesifikasjon.

Vi har beskrevet modellen med "Strukturerte multiprofesjonelle behandlingsteam" (SMB), og ønsker å få evaluert modellen før vi tar stilling til om denne skal breddes videre. Ut fra evalueringen kan det også være aktuelt å foreta tilpasninger for videreutvikle modellen. Beskrivelsen av modellen og mer utfyllende informasjon fra oss om den, vil være et grunnlag for evalueringen.

Målsetting med evalueringen er å ha et godt grunnlag for beslutning om videre utvikling av modellen.

- a) Kartlegge erfaringer fra de involverte som har erfaring med modellen, brukere og ansatte i kommuner og helseforetak
- b) Beskrive hvordan modellen fungerer i forhold til praksiserfaringer
- c) Vurdere tiltak som bør vurderes for videre utvikling av modellen
- d) Eventuelt vurdere modellen opp mot ACT og FACT modellene

Tilbyders forståelse av oppdraget.

Tilbyder forstår dette som et firedelt oppdrag. Vi vil her redegjøre for det enkelte punkt:

- a) Kartlegge erfaringer fra de involverte som har erfaring med modellen, brukere og ansatte i kommuner og helseforetak

Dette innebærer at vi må intervju/ha samtale både med brukere, ansatte i kommunehelsetjenesten og ansatte i spesialisthelsetjenesten. Fokuset vil være knyttet til erfaringer med å delta i et SMB team og deres erfaringer i bruken av arbeidsmodellen.

- b) Beskrive hvordan modellen fungerer i forhold til praksiserfaringer

Dette punktet vil bli belyst gjennom samtaler i de samme gruppene som er informanter vedrørende punkt a i bestillingen.

- c) Vurdere tiltak som bør vurderes for videre utvikling av modellen

Her vil vi foreta en faglige vurdering sett opp mot de syspunkter som kommer frem samt beskrevet materiale og andre innholdet i andre modeller som er i bruk ovenfor samme målgruppe.

- d) Eventuelt vurdere modellen opp mot ACT og FACT modellene

Dette vil gjøres ved å sammenligne de tre modellene ut fra skriftlig materiale og hvordan modellene blir beskrevet.

2. Forutsetninger og begrensninger

Forutsetningene fra etterspørres side er at arbeidet skal gjennomføres i løpet av to mnd. Dette kan ikke avdelingen gjennomføre, men kan tilby at rapporten blir ferdig i løpet av tre aktive arbeids måneder, februar til april 2013.

Dette fordrer at oppdragsstiller er behjelpelig med å skaffe informanter fra de tre gruppene. Vi trenger fem i hver gruppe. Fem fra spesialisthelsetjenesten, fem fra kommunehelsetjenesten og fem fra brukergruppen. Fokus vil ikke være på sykdomsbilde men erfaringer i å bruke arbeidsmodellen.

I grunnlagsdokumentet er det ikke satt frem ønske om hvordan dette evalueringsarbeidet skal formidles, men tilbyder legger til grunn at etterspørre ønsker en skriftlig dokumentasjon i form av en evalueringsrapport. Videre vil tilbyder legge inn en presentasjon til de berørte parter i en *ønsket form*; eksempelvis arrangere møter hvor innholdet og konklusjonene i evalueringsrapporten blir presentert.

Etterspørre må snarest legge fram dokumentasjon på følgende:

1. Hvem og hvordan tilbys SMB? Alle psykosepasienter? Alder? Funksjon? Nettverk? Etter innleggelse første gang eller kontakt i kommunen?
2. Hvilke andre behandlingsmetoder / tilbud er det vanlig å kombinere med SMB?
3. Hvilke kriterier er sentrale ifht valg av teammedlemmer?
4. Hvor lenge har «metoden» vært aktiv?
5. Hvor mange team har vært eller er pågående?
6. Aktuell litteratur, dokumenter og beskrivelse av metode som er relevante for evalueringsstudien.

Tilbyder går ut fra at en nærmere diskusjon omkring/avklaring rundt evalueringsfokus og design er nødvendig før arbeidet starter.

3. Arbeidsbeskrivelse

Evalueringsarbeidet vil bygge gjennomgang av litteratur, skriftlig beskrivelse av faglig innhold og målsetning for SMB team.

Videre vil evalueringsundersøkelsen bygge på ulike former for kvalitative intervjuer av både brukere og de to ansatte gruppene. I hovedsak vil dette dreie seg om fokusgrupper.

Metodeperspektivet vil være eksplorerende. Det vil si at tilbyder ikke vil gå ut å måle effekten av denne arbeidsmåten opp mot andre arbeidsmåter. I stedet vil funn i datamaterialet danne grunnlag for hvilke forhold som må være til stede for at de ulike gruppene i SMB team skal være en effektiv og god arbeidsmetode for å ivareta interessen til de ulike deltakerne. Dette innebærer at forslagene først og fremst vil komme fra de ulike aktørene. Tiltakene vil bli belyst ut fra aktuelt forskning og teori på området.

4. Organisering

Prosjektledere vil være førstelektor Oddbjørn Johansen og Kristin Berre Ørjasæter. Kvalitetssikrer vil være professor Ove Hellzèn Midt Norsk senter for omsorgforskning. Kvalitetsikringen vil bestå av at en person utenom prosjektledelsen vil gjennomgå rapporten og vurdere dens faglige kvalitet før den sendes til oppdragsgiver.

5. Tidsplan

Arbeidsperioden vil være fra februar med sluttrapportering i april.

6. Pris/kostnad

Vedlagt følger en oversikt over planlagt medgått tid og prosjektkalkyle. Samlet pris på prosjektet vil være 113.000,- inklusive merverdiavgift.

Hvis det inngås en avtale om oppdraget skrives det en kontrakt mellom partene. Høgskolen bruker i slike tilfeller standardavtale som er utviklet av kunnskapsdept for kontrakter mellom Høgskoler/universitet og eksterne oppdragsgivere.

Håper dette tilbudet kan være av interesse for Helse Nord-Trøndelag

Spørsmål om tilbudet kan rettes til studieleder Oddbjørn Johansen, telefon 48158791/74212368
e-post: oddbjorn.johansen@hint.no

Tilbudet er gjeldende frem til 05.01 2013.

Med vennlig hilsen

Oddbjørn Johansen
studieleder ved vernepleierutdanningen

HiNT Avdeling helsefag

Vedlegg

Kostnadskalkyle

Til deltakere på fokusgruppeintervju om SMB-team

Namsos 05.03.2013

Informasjon om fokusgruppeintervju i forbindelse med evaluering av SMB-team

Takk for at du har sagt deg villig til å delta på fokusgruppeintervju.

SMB-team har nå vært brukt over flere år og psykiatrisk klinikk ønsker derfor å evaluere dette tiltaket. Derfor er vi nå ute etter hvilke erfaringer du har med SMB-team.

Vi har forespurt Høgskolen i Nord-Trøndelag (HINT) om å gjennomføre evalueringen. Det er Oddbjørn Johansen og Kristin Berre Ørjasæter ved HINT som er ansvarlig for evalueringen og fokusgruppeintervjuene.

Når evalueringen er gjennomført vil dere bli informert om resultatet av evalueringen.

Litt om hva et fokusgruppeintervju er:

Et fokusgruppeintervju er et strukturert gruppeintervju, hvor en eller to personer leder et intervju med 6 til 10 deltakere. Deltakerne er vanligvis brukere, men metoden kan også brukes på ansatte eller samarbeidspartnere. Intervjuene har en uformell form, med mulighet for at deltakerne kan komme med egne tema og innspill. Ved at deltakerne samtaler om sine erfaringer kan man få frem mer informasjon enn ved å intervjuet ett og ett gruppedlem. Metoden kan brukes som en løpende kvalitetsvurdering av tjenestene og kan legge til rette for læring gjennom dialog mellom brukere og ansatte.

Møtene er på rom 121 på psykiatrisk poliklinikk ved ekspedisjonen.
Det er bare å spørre i ekspedisjonen.

Tidspunkt:

- Brukere: Onsdag 13. mars, kl. 13.30 - 15.30
- Ansatte i psykisk helsetjeneste i kommunene: Torsdag 14.mars, kl. 10.30 – 12.30
- Miljøpersonale ved psykiatrisk klinikk: Torsdag 14.mars, kl. 13.00 – 15.00
- Behandlere ved psykiatrisk klinikk: Torsdag 14.mars, kl. 07.45 – 09.45

Ta kontakt hvis det er noe du lurer på.

Med vennlig hilsen

Olav Bremnes
Prosjektleder, psykiatrisk klinikk
Telefon: 957 84 064



Vedlegg 4

Intervjuguide SMB team

Først presentere oss og si noe om hvem som er oppdragsgivere og hva opplysningene blir brukt til.

- At de blir tatt opp på bånd og at lydfilene blir slettet når rapporten er ferdigskrevet
- At vi ikke vil bruke navn eller opplysninger som kan spores tilbake til den enkelte.
- At dette er et ledd for å bedre kvaliteten på det arbeidet som blir gjort og den metoden samarbeidspartnere bruker

Om intervjuformen

- Vi er opptatt av å høre om deres erfaringer og at vi gjerne vil at erfaringene blir drøftet mellom deltakerens.
- Vi har ikke lagt opp til mange spørsmål men vil introdusere temaer som vi vil at informantene skal diskutere seg i mellom
- Opptatt av og finne styrker og svakheter med denne samarbeidsformen og spesielt endringer eller klargjøringer som dere synes bør gjøres for at modellen kan bli bedre.

Det forskningsetiske

- All deltakelse er frivillig og dere kan når som helst trekke dere fra denne undersøkelsen. Nå men også i etterkant av samtalen.
- Vi kommer til å snakke med fire grupper, en gruppe brukere, en gruppe fra kommunen. En gruppe fra behandler siden og en gruppe fra miljøsidens ved avdelingen. Disse representerer ulike team.
- Vi vil ikke ha fokus på den enkeltes pasient behandling men på teamene som arbeidsmetode. Hvordan samarbeide er hvem som gjør hva hvordan avgjørelser blir tatt osv.

Hvordan materialet blir presentert.

Når vi er ferdige med å intervju alle og har gjort de undersøkelsene vi ønsker kommer vi til å lage en rapport. Denne blir offentlig men det vil selvfølgelig ikke stå noen som helst taushetsbelagte opplysninger i den. Så dere skal være trygge på at ingen vil bli gjenkjent som informanter. For de som ønsker det kan det ordnes med en kopi av rapporten, den kan dere få ved henvendelse til Olav Bremnes som er vår oppdragsgiver.

Denne samtalen regner vi med kommer til å ta rundt en time, vi har i alle fall dette som et utgangspunkt

En presentasjonsrunde av deltakeren på dette fokusintervjuet (navn)

Åpningsspørsmålet

- Kan dere si noe om hva et SMB team er?
- Hvem er med, hvor ofte møter dere, hvor lenge har dere vært tilknyttet dette /jobbet på denne måten

- For hvem er SMB teamet tenkt til? Finnes det noen kriterier? Eksklusjon?

Overgangstema

- Hvordan er det for dere å sitte i en sånn behandlingsgruppe?

Aktuelle temaer under fokusgruppe intervjuer (nøkkelsspørsmål)

- Organisering av arbeidet
 - Refleksjonsspørsmål. Hvordan gjennomføres et slikt møte i SMB team
 - hvem gjør hva - Hvilke roller har dere?
 - hvem er leder av SMB teamet
 - hvem deltar, er det de samme personene hver gang?
 - Hvordan fattes beslutninger
 - Hvilke temaer blir tatt opp
 - Brukes det noen spesielle arbeidsredskap
 - Kontinuitet
 - IP
 - Bruk av personlig profil og selvhjelpskort
 - Beredskap for kriser – kriseplan
 - Sikring og samordning av ressurser
 - Fleksibel og tilgjengelig
- Verdier
 - Refleksjonsspørsmål. Hvilke ord vil du benytte for å beskrive forholdet mellom teammedlemmene?
 - Hvilke verdier er det som fremkommer i dette arbeidet og hvordan tolker eller forklares de
 - Relasjon og allianse
 - Medbestemmelse
 - Meningsfullhet
- Behandlingsmodell
 - Refleksjonsspørsmål. Hvordan vil dere beskrive behandlingsmetodene som blir benyttet i SMB team ?
 - Expressed Emotion
 - fokusering på sentrale områder (mest sentrale problemer og målsetninger).
 - fokus på funksjonsnivå og ikke på diagnose
 - Fokus på brukerens ressurser
 - (Medikamentell behandling, miljøterapi, samtaleterapi og psykoedukasjon, sosial ferdighetstrening)

- Utrede og kartlegge symptomer - videre bruk av dette arbeidet i behandlingen (kriseplan, personlig profil, selvhjelpskort)
- Samarbeid med andre instanser i behandlingsarbeidet? Familie/pårørende, fastlege, NAV, Arbeidsplass osv...
- Ledelsesforankring
 - Refleksjonsspørsmål. Hvordan er dette arbeidet prioritert i din organisasjon
 - SMB teamets legitimitet og tiltaksnettverk

Avslutningstemaer

- Refleksjonsspørsmål. Hvis SMB team skulle fungere bedre hvilke endringer skulle dere ønske ble gjort og hvorfor?

Avslutningsspørsmål

- Har vi glemt noe som kan være sentralt i forhold til de temaene som har vært framme?