

SØMLØST PSYKISK HELSEARBEID MED FOKUS PÅ SAMHANDLING

Et innblikk sett med pasienters øyne

Av
Bernt Harald Opdal

Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København og
Danmarks Pædagogiske Universitetsskole for graden
Master of Knowledge Management
(Master i Kunnskapsledelse)
2009



SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/ BACHELOR-/KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER

Forfatter: Bernt Harald Opdal

Tittel: Sømløst psykisk helsearbeid med fokus på samhandling -
Et innblikk sett med pasienters øyne

Studieprogram: Master i kunnskapsledelse

Kryss av:

Jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: _____

Dato:

underskrift

*”Tenke det, ønske det, ville det,
men gjøre det?”*

(Fra Peer Gynt av Henrik Ibsen)

Forord

Denne masteravhandlingen markerer slutten på en ”trilogi” av studier med fokus på ledelsesfaget. Midt på 1980-tallet gjennomførte jeg et studium i ”Ledelse og personalarbeid”, midt på 1990-tallet gjennomførte jeg et studium i ”Strategi- og organisasjonsutvikling”, og midt på 2000-tallet gjennomførte jeg del 2 ”Kunnskapsledelse og innovasjon” i ”Masterstudium i kunnskapsledelse”. På grunn av personlige forhold måtte jeg ta en 2-årig pause fra arbeidet med masteravhandlingen, derfor leveres denne avhandlingen nå litt på ”overtid”. Alle disse studiene er gjennomført ved avdeling økonomi, organisasjon og ledelse, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Norge. Dette var ikke et tilfeldig valg fra min side. Alle studiene har hatt et faglig fokus, ”den reflekterte praktiker”, som har vært og er veldig relevant i mitt tidligere og nåværende arbeid som leder innenfor helse-, omsorg- og sosialtjenesten.

Mitt tema ”Samhandling” var valgt lenge før helseminister Bjarne Håkon Hanssen kom med sin Samhandlingsreform. Bakgrunnen for mitt valg av tema var at det på tross av mange års nasjonalt og lokalt fokus på samarbeid og samhandling mellom de ulike tjenestenivåene i Norsk helsevesen, så er det fortsatt tilbakemeldinger fra pasienter og andre som tyder på at samhandlingen ikke er optimal.

Det er mange som har bidratt til at jeg har kommet i mål. Først vil jeg takke de pasienter som stilte seg positive til å delta i min intervjurunde. Jeg vil også takke min utfordrende og inspirerende veileder Øystein Rennemo. Videre vil jeg takke mine kollegaer i Psykiatrisk klinikk, som jeg har benyttet som ”sparring-partnere” underveis og de som har bistått meg praktisk. Jeg vil også takke mine arbeidsgivere, som har lagt forholdene til rette for at jeg både har kunnet gjennomføre mine studier i ledelse og skrive masteravhandlingen.

Til sist men ikke minst vil jeg takke min kone Bente og mine barn Guro, Oda og Nora for å ha vært tålmodige og forståelsesfulle underveis. Takk også for ”pushing”, når andre oppgaver var mer spennende å prioritere. Fra oktober 2009 skal jeg være mer til stede både fysisk og psykisk!

Skage, 19 august 2009

Bernt Harald Opdal

Sammendrag

Utgangspunktet for denne masteravhandlingen er en undersøkelse av pasienters opplevelse av hvordan samhandling fungerer mellom pasienter og involverte ansatte internt i 1.

linjetjenesten, internt i 2. linjetjenesten og mellom 1. og 2. linjetjenesten, innenfor området psykisk helsearbeid for voksne. Det vil si personer over 18 år, som har behov for hjelp av helsetjenesten i forhold til sine psykiske plager.

Masteravhandlingens problemstilling er: *Hvordan opplever pasienter at samhandlingen innenfor psykisk helsearbeid til voksne fungerer i dag internt i 1.linjetjenesten, internt i 2. linjetjenesten, mellom 1. og 2. linjetjenesten, og hva mener pasienter det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?*

Med bakgrunn i min problemstilling har jeg utledet 4 forskningsspørsmål og undersøkt hvordan pasienter opplever at samhandlingen fungerer. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming for innhenting av data, med intervju av pasienter som metode. I tillegg har jeg innhentet tilgjengelig materiale fra ulike kilder. Teorivalget omfatter: Samhandlingsteori, kommunikasjonsteori, kunnskapsteori, "Lean"-tenkning og relevant forskning.

Resultatet av intervjuene viser at det fortsatt er en vei å gå, før 1. og 2. linjetjenesten fungerer slik sammen at man kan tilby en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. I dag populært kalt et "sømløst" psykisk helsearbeid. Mine anbefalinger for det videre arbeid er:

- ✓ 1. linjetjenesten må ha fokus på å etablere en tverrfaglig og helhetlig samhandling. Dette kan gjøres ved å etablere et proaktivt samarbeid mellom fastlegene og de øvrige tjenestene i kommunen, slik at man fjerner opplevelsen av at dette er atskilte enheter.
- ✓ 2. linjetjenesten må ha fokus på å bli bedre på informasjon og kommunikasjon. Dette kan gjøres ved å sikre at ansatte opptrer likt overfor pasientene og at det er god intern kommunikasjon mellom ulike enheter.
- ✓ 1. og 2. linjetjenesten må i fellesskap ha fokus på å bli bedre i forhold til informasjonsutveksling, forberede mottak av pasienter, samt fordele ansvar og oppgaver. Dette kan gjøres ved å etablere samarbeidsfora som med utgangspunkt i "Lean" og pasientforløpstenkning kan utarbeide løsninger og samarbeidsmodeller som sikrer en god verdiflyt for pasientene.

Summary

The basis for this master thesis is a survey of patient experiences of how the interaction works between the patients and involved employees internally in the primary health services, internally in the secondary health services and between primary and secondary health services, in the area of mental health care for adults. That is persons over 18 years who need the help of health in relation to their mental ailments.

Master thesis problem is: *How do patients feel that the interaction within the mental health of adults is working today; internally in the primary health services, internally in the secondary health services, between the primary and secondary health services, and what do patients believe is important to prioritize in the future in relation to the interaction?*

On the background of my problem, I have derived 4 research questions, and examined how patients feel that the interaction works. It is chosen a qualitative approach to data collection, with interview of patients as the method. Additional material available from various sources is collected. Theory choice involves: Interaction theory, communication theory, knowledge theory, "Lean" thinking and relevant research.

The results of the interviews show that there is still a way to go before primary and secondary health services work together so that we can offer a coherent treatment chain that provides a comprehensive offering. Today, popularly called a "seamless" mental health care.

My recommendations for the further work are:

- ✓ Primary health services must focus on establishing an interdisciplinary and holistic interaction. This can be done by establishing a proactive cooperation between the primary doctors and other services in the community, so that it removes the experience that this is distinct entities.
- ✓ Secondary health services must focus on getting better at information and communication. This can be done by ensuring that employees behave similar to the patients and that there is good internal communication between different entities.

- ✓ Primary and secondary health services must jointly focus on getting better in relation to information, preparation for the reception of patients, division of responsibility and tasks. This can be done by establishing cooperation forums based on "Lean" thinking and patient progress thinking who can develop solutions and cooperation to ensure a good flow value for patients.

Innholdsfortegnelse

<i>Forord</i>	4
<i>Sammendrag</i>	5
<i>Summary</i>	6
<i>Innholdsfortegnelse</i>	8
1 Innledning	11
1.1 Generell del	11
1.2 Masteravhandlingens oppbygning.....	12
2 Bakgrunn for problemstilling	13
2.1 Sentrale statlige reformer	13
2.2 Lokal spørreundersøkelse 1993.....	14
2.3 Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene	15
2.4 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste	17
2.5 Prioritering i kommunehelsetjenesten	17
2.6 Nasjonal helseplan 2007 - 2010	18
2.7 Oppsummering	19
3 Problemstilling og forskningsspørsmål	20
3.1 Problemstilling.....	20
3.2 Forskningsspørsmål	20
4 Beskrivelse av feltet	22
4.1 Om meg selv	22
4.2 De ulike aktørene i feltet.....	22
4.3 Pasienter med psykiske lidelser	24
4.4 Pårørende	25
4.5 1. linjetjenesten	25
4.6 2. linjetjenesten	27
4.7 Basisavtale for samhandling i Nord-Trøndelag.....	28
5 Teori	30
5.1 Innledning	30
5.2 Samhandling	30
5.3 Kommunikasjon	32
5.4 Kunnskap	36
5.4.1 Definisjon av kunnskap	37
5.4.2 En modell for å skape og utvikle kunnskap	39
5.5 ”Lean”-tenkning.....	39
5.5.1 Fem hovedprinsipp.....	40

5.5.2	Muda – Waste – Sløsing.....	43
5.5.3	”Lean” i helsetjenesten.....	44
5.6	Kritiske faktorer for et effektivt, rettferdig og tilstrekkelig helsesystem	49
5.7	Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.....	51
5.8	Avslutning	53
6	<i>Dagens situasjon innen psykisk helsearbeid.....</i>	55
6.1	Samhandlingsreformen.....	55
6.2	Oppdragsdokument 2009 til Helse Midt-Norge Regionale Helseforetak.....	57
6.3	Riksrevisjonens undersøkelse 2008.....	58
6.4	Årsrapport 2008 fra pasientombudene i Midt-Norge.....	59
6.5	Prosjekt i Sør-Trøndelag	60
7	<i>Metode.....</i>	61
7.1	Innledning	61
7.2	Modell for pasientforløp	62
7.3	Innsamling av data	63
7.4	Etiske vurderinger.....	65
7.5	Undersøkellesdesign.....	67
7.6	Intervjuspørsmål	68
8	<i>Presentasjon av resultater, analyse og anbefalinger</i>	73
8.1	Innledning	73
8.1.1	Presentasjon av respondentene.....	73
8.1.2	Egen rolle	75
8.2	Validitet, reliabilitet og relevans.....	75
8.3	Presentasjon av resultater	76
8.3.1	Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 1. linjetjenesten?.....	77
8.3.2	Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 2. linjetjenesten?.....	81
8.3.3	Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer mellom 1. og 2. linjetjenesten?.....	84
8.3.4	Hva mener pasienter det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?.....	87
8.3.5	Oppsummering av resultat	90
8.4	Analyse og drøfting	92
8.4.1	Intern samhandling i 1. linjetjenesten	92
8.4.2	Intern samhandling i 2. linjetjenesten	94
8.4.3	Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten	96
8.4.4	Hva er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?.....	97
8.5	Anbefalinger	99
9	<i>Avslutning.....</i>	101

<i>Litteraturliste</i>	102
<i>Ordforklaringer og forkortelser</i>	105
<i>Liste over figurer</i>	107
<i>Liste over vedlegg</i>	108

1 Innledning

1.1 Generell del

Denne masteravhandling har fokus på pasienters opplevelse av hvordan samhandling fungerer internt i 1. linjetjenesten, internt i 2. linjetjenesten og mellom 1. og 2. linjetjenesten, innenfor området psykisk helsearbeid for voksne. Det vil si personer over 18 år, som har behov for hjelp av helsetjenesten i forhold til sine psykiske plager.

I Norge er ansvaret for helsetjenestetilbudet til innbyggerne delt mellom helsetjenesten i kommunen der vi bor og spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helsetjeneste benevnes som 1. linjetjeneste eller primærhelsetjeneste. Jeg velger i min masteravhandling å bruke begrepet 1. linjetjeneste. Spesialisthelsetjenesten består i hovedsak av lokalsykehus og regionsykehus. Lokalsykehus benevnes som 2. linjetjeneste, mens regionsykehus benevnes som 3. linjetjeneste. Sykehusene er statlige foretak. I tillegg blir helsetjenestetilbud gitt av poliklinikker og Distriktpspsykiatriske sentre (DPS) som er organisert som en del av 2. linjetjenesten, og av Distriktsmedisinske sentre (DMS) som er organisert som en del av et kommunalt eller interkommunalt helsetjenestetilbud men delfinansiert av 2. linjetjenesten. Ut over dette ytes det helsetjenester i andre private og offentlige helseinstitusjoner, samt av privatpraktiserende spesialister. I min masteravhandling vil jeg fokusere på 2. linjetjenesten. Jeg velger bort 3. linjetjenesten fordi den i vår helseregion i all hovedsak gir tilbud til farlige og/eller dømt med alvorlig psykisk sykdom, og denne pasientgruppen er ikke innenfor målgruppen for min masteravhandling. Tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser beskrives med ulike benevnelser ”psykisk helsearbeid” og ”psykisk helsevern”. Psykisk helsearbeid er oftest en beskrivelse av de tilbud som gies i 1. linjetjenesten, mens psykisk helsevern er en beskrivelse av tilbud som gies i 2. linjetjenesten. I min masteravhandling velger jeg å bruke ”psykisk helsearbeid” som et fellesbegrep.

De fleste innbyggere som har behov for helsehjelp i Norge, får sitt helsetjenestebehov dekket av 1. linjetjenesten, mens en mindre andel har behov for hjelp fra 2. linjetjenesten og/eller behov for hjelp fra 3. linjetjenesten. Den enkelte person som har behov for hjelp fra helsetjenesten beskrives i dag ved hjelp av ulike begrep: Pasient. Bruker. Kunde. Jeg velger i

min masteravhandling å bruke begrepet ”pasient”. Selv om ansvaret for helsetjenesten er delt, forventer pasientene at tilbudene henger sammen. Dette forutsetter at det er god samhandling mellom de ulike tjenestetilbudene og tjenesteyterne, både internt i 1., 2. og 3. linjetjenesten samt mellom de ulike ”linjetjenestene”.

Jeg er ansatt i Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Namsos, Helse Nord-Trøndelag HF. Sykehuset har siden etableringen av den første Psykiatriske avdelingen i mars 1968, lange tradisjoner for samhandling med de kommuner som har Sykehuset Namsos som sitt lokalsykehus. I flere 10-år har det vært satt nasjonalt og lokalt fokus på behovet for samhandling mellom de ulike ”linjetjenestene”. 1. linje- og 2. linjetjenesten har også de siste 10-15 årene fått økt sine ressurser og kompetanse innenfor psykisk helsearbeid, gjennom flere nasjonale handlingsplaner. Dette til tross, er det fortsatt tilbakemeldinger fra pasienter og brukerorganisasjoner som tyder på at samhandlingen ikke er optimal.

Jeg har gjort flere litteratursøk i forbindelse med min masteravhandling, blant annet ved hjelp av bibliotekansatt i Høgskolen i Nord-Trøndelag. Min konklusjon etter disse søkene, er at det finnes lite litteratur og forskning som tar utgangspunkt i et pasientfokus og pasienters opplevelse av samhandling innenfor dette feltet. Målsettingen med min masteravhandling er derfor å undersøke nærmere hvordan pasienter opplever at samhandlingen innenfor psykisk helsearbeid til voksne fungerer i dag internt i 1. og 2. linjetjenesten, mellom 1. og 2. linjetjenesten, og hva pasienter mener det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?

1.2 Masteravhandlingens oppbygning

I kapittel 2 ”Bakgrunn for problemstilling” vil jeg forsøke å gi et tilbakeblikk som et grunnlag for mitt temavalg, og som et ”bakgrunnstepp” for min problemstilling. I kapittel 3 vil jeg presentere min ”Problemstilling og forskningsspørsmål”. Kapittel 4 er en ”Beskrivelse av feltet”. I kapittel 5 presenterer jeg aktuell ”Teori” som jeg mener er til hjelp for å belyse min problemstilling. I kapittel 6 vil jeg presentere ”Dagens situasjon innen psykisk helsearbeid”, i forhold til min problemstilling og teori. Kapittel 7 er en beskrivelse og vurdering av den ”Metode” jeg har benyttet. Kapittel 8 inneholder en ”Presentasjon av resultater, analyse og anbefalinger”. Kapittel 9 er ”Avslutning” av min masteravhandling.

2 Bakgrunn for problemstilling

Jeg ønsker med dette kapitlet å gi et tilbakeblikk som et grunnlag for mitt temavalg for min masteravhandling, og som et "bakgrunnstepp" for min problemstilling. Kapitlet vil ha et stikkordsmessig preg. Dette har jeg har valgt for å begrense omfanget.

2.1 Sentrale statlige reformer

Jeg vil her gi en kortfattet presentasjon av noen statlige reformer i perioden 1974 - 1997, som jeg mener er sentrale i forhold til mitt tema i min masteravhandling. Senere i dette kapitlet vil jeg trekke fram nyere utredninger.

- ✓ *St meld nr 9 (1974-75) "Sykehusutbygging mv i et regionalisert helsevesen."* Ansvar for pasienter med psykiske lidelser skal deles mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- ✓ *St meld nr 23 (1977-78) "Funksjonshemmede i samfunnet."* Tiltak og tjenester skal utformes i og forankres i den enkeltes lokalmiljø, og så langt som mulig ikke knyttes til spesialinstitusjoner og institusjonsopphold.
- ✓ *Ot prp nr 36 (1980-81) "Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene."* Kommunene har ansvar for allmenne helsetjenester til befolkningen.
- ✓ *Ot prp nr 48 (1982-83) "Spesialister og transport i helsetjenesten."* Fylkeskommunene (i dag de statlige foretak), har ansvar for å inngå avtaler med privatpraktiserende spesialister i psykiatri og psykologi.
- ✓ *St meld nr 68 (1984-85) "Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste."* Ansvar for de somatiske sykehjemmene overføres til kommunene. Fylkeskommunen beholder ansvaret for de psykiatriske sykehjemmene, men arbeidet for å gi disse karakter av å være spesialistinstitusjoner skal styrkes. De psykiatriske sykehjemmene er forløperne til dagens Distriktpsikiatriske sentre (DPS).
- ✓ *St meld nr 41 (1987-88) "Helsepolitikken mot år 2000 – Nasjonal helseplan."* Framhever betydningen av desentralisering som hovedprinsipp, 1. linjetjenesten som grunnlag for de spesialiserte tjenestene, forebyggende arbeid på tvers av sektorgrensene, arbeid for helsemessig likhet og styrket medvirkning for brukerne.

- ✓ *St. meld. nr. 47 (1989 – 1990) ”Reform for mennesker med psykisk utviklingshemming.”*
Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) legges ned som særomsorg.
Kommunene overtar ansvaret for personer med psykisk utviklingshemming.
- ✓ *St meld nr 37 (1992-93) ”Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.”*
Utpeker forebygging av psykososiale problemer som et av tre hovedsatsningsområder.
Betydningen av desentralisering av tilbudene, samarbeid og samordning, ble framhevet.
- ✓ *St meld nr 50 (1993-94) ”Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.”* Framhever behovet for økt behandlingsskapasitet for mennesker med psykiske lidelser.
- ✓ *St meld nr 23 (1996-97) ”Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen”*

En fastlegeordning skal:

- Gi befolkningen større trygghet og tilfredshet med primærlegetjenesten
 - Forbedre kvaliteten i allmennlegetjenesten
 - Skape bedre oversikt og gi større muligheter for evaluering, kostnadskontroll og utvikling av legetjenesten
 - Være et virkemiddel for å redusere samarbeidsproblemer mellom 1.- og 2. linjetjenesten
 - Gi pasientene større innflytelse over behandlingen
- ✓ *St meld nr 24 (1996-97) “Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste”* Statlig overtakelse av hele drifts- og eieransvaret for sykehusene.

2.2 Lokal spørreundersøkelse 1993

Psykiatrisk avdeling ved Namdal sykehus (nå Sykehuset Namsos) gjennomførte allerede i 1993 en spørreundersøkelse blant ansatte kommuneleger, i hjemmesykepleie og ved sosialkontor i de 16 kommunene som sogner til sykehuset. Spørreundersøkelsen hadde som tema ”Samarbeidet mellom 1. linjetjenesten og psykiatrisk avdeling”. Det var god respons på undersøkelsen, med en svarprosent på 95 % (Bremnes 1993).

Grovt oppsummert viste resultatene fra spørreundersøkelsen blant ansatte i kommunene følgende:

- ✓ Samarbeidet fungerte rimelig bra.

- ✓ Ca. 30 % ønsket noe mer kontakt med psykiatrisk avdeling.
- ✓ De fleste visste ganske mye om tilbudene ved psykiatrisk avdeling.
- ✓ Tilgjengeligheten til psykiatrisk avdeling ble vurdert som ganske bra.
- ✓ Kontakten med psykiatrisk avdeling svarte ganske ofte til forventningene.
- ✓ De fleste var rimelig fornøyd med samarbeidet ved innleggelse, men ønsket noe mer samarbeid under opphold og ved utskrivelsen.
- ✓ Psykiatrisk avdelings viktigste oppgaver overfor 1. linjetjenesten burde være:
 - Vurdering av henviste.
 - Delansvar i behandlingsopplegg.
 - Konsultasjon, undervisning og veiledning.
- ✓ 2 (12,5 %) av kommunene hadde stilling for psykiatrisk sykepleier og 4 kommuner hadde planer om har planer om å opprette slik stilling.
- ✓ 5 kommuner (31 %) hadde planer for konkrete tiltak i forhold til mennesker med psykiske lidelser.

2.3 Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

I perioden 1990 – 1995 ble det gjennomført en nasjonal handlingsplan for psykisk helsevern. Målsettingen for denne var å:

- ✓ *Styrke forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot psykiske lidelser.*
- ✓ *Gjøre tjenester til mennesker med psykiske lidelser mer tilgjengelige.*
- ✓ *Øke rekrutteringen av bedre kvalifisert personell.*
- ✓ *Forbedre kvalitet og effektivitet i tjenestene.*
- ✓ *Tilpasse tjenestene bedre til pasientenes behov.*
- ✓ *Gi pasienter og pårørende større innflytelse over tjenestene.*

(Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 1996-97:12 St meld nr 25)

Når Staten evaluerte denne handlingsplanen fant man mange gode resultater. De gode resultatene til tross, evalueringen viste også at det var behov for en sterkere og mer målrettet satsing. Dette resulterte i Stortingsmelding nr 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene”.

”Hovedproblemene for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingsskjeden har brister i alle ledd:

- *Det forebyggende arbeidet er for svakt.*
- *Tilbudene i kommunene er for få.*
- *Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester er for dårlig.*
- *Opphold i institusjoner blir ofte for kortvarige.*
- *Utskrivning er mangelfullt planlagt.*
- *Oppfølgingen er ikke god nok.*

Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger; personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud.”

(HOD 1996-97:16 St meld nr 25)

Med grunnlag i denne Stortingsmeldingen ble det satt i verk en ny nasjonal handlingsplan, som startet i 1999 og ble avsluttet ved utgangen av 2008.

I Norge er offentlige ytelser i stor grad basert på at det er innbyggerne selv som henvender seg og ber om den hjelp de har behov for. Denne ordning kalles også for ”skrankeprinsippet” (HOD 1996-97 St meld nr 25). Jeg har hørt mange pasienter med sammensatte behov, si at de opplever at hjelpeapparatet er uoversiktlig og vanskelig å finne fram i. Dette forsterkes når ansvaret for de aktuelle tjenestene er delt mellom ulike forvaltningsnivåer (les: 1. og 2. linjetjenesten). For pasienter blir dette særlig problematisk når hun/han har behov for tjenester over lang tid, trenger tjenester fra flere forskjellige etater på en gang og/eller pasienten selv ikke fullt ut er i stand til å etterspørre nødvendige tjenester.

Dette er karakteristiske utfordringer for mange mennesker med langvarige alvorlige psykiske lidelser, rusmisbruk eller barnepsykiatriske lidelser. Her er det vesentlig at samhandlingen mellom ulike deltjenester, sektorer og nivåer fungerer godt. Jeg tenker da på samhandling om tjenester til enkeltpasienter mellom ulike fagområder/enheter i 1. linjetjenesten, mellom ulike fagområder/enheter i 2. linjetjenesten, mellom 1. og 2. linjetjenesten, og samhandling med andre aktuelle etater/organisasjoner. Eksempelvis NAV(arbeidsformidling, trygd og sosial), barnehage, skole og arbeidsplass.

Staten har benyttet øremerkede økonomiske tilskudd som et av sine viktigste virkemidler for å få til endring. Et interessant poeng i denne sammenheng, er at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) allerede i Stortingsmelding nr 25 (1996-97) blant annet foreslo ”å knytte vilkår ved tildeling av øremerkede midler, for å sikre samordning av kommunale og fylkeskommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser.” (HOD 1996-97:97 St meld nr 25)

2.4 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste

Norges offentlige utredninger (NOU) ”Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste” (NOU 2005:3) sier at store pasientgrupper er avhengig av at 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud (”sømløs” helsetjeneste). Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmissbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling.

”Viktige mål og verdigrunnlag er at befolkningen skal gis et likeverdig tilbud. Fellesnevneren for dem som har et særskilt behov for samhandling er at de har et behandlings- og omsorgsbehov ingen av tjenesteyterne kan løse alene. 1. linjetjenesten er fundamentet i helsetjenesten, det må være likeverdighet mellom aktørene og tjenestene må være faglig gode og trygge.” (NOU 2005:3 s. 129-130)

2.5 Prioritering i kommunehelsetjenesten

Sosial og helsedirektoratet (SHDIR) ga i 2007 ut ”Prioritering i kommunehelsetjenesten” (SHDIR 2007). SHDIR tar i dette dokumentet blant annet opp samhandling som tema. Her sies det blant annet at 2. linjetjenesten skal konsentrere seg om de oppgavene som bare den kan ivareta. Ut fra LEON-prinsippet (LEON = Laveste Effektive OmsorgsNivå) skal behandling som hovedregel legges til 1. linjetjenesten når effekt og kostnader er like. Antall overføringer av pasienter over linjegrensene må begrenses. En forutsetning for færre

overføringer er at ressursene omfordeles, gjennom at 1. linjetjenesten styrkes. Det må defineres tydelige ansvarsområder for henholdsvis 1. og 2. linjetjenesten og det er behov for å vurdere utvikling av flere hensiktsmessige intermediære tjenester som forenkler samhandlingen. Samhandlingsproblematikken berører strukturelle og faglige spørsmål, og kunnskapen om gode løsninger er mangelfull.

2.6 Nasjonal helseplan 2007 - 2010

Utfordringene i helsetjenestene i kommende år er betydelige, fordi det blir flere eldre, endret sykdomspanorama, og det utvikles stadig nye kostbare medikamenter og behandlingsmetoder. Forventningene til helsetjenestene i årene som kommer vil fortsatt være høye. Dette vil kreve at vi organiserer og leder helsetjenesten bedre og utnytter den kunnskap som brukere og ansatte har. Regjeringen vil på bakgrunn av dette trekke fram seks bærebjelker som skal være felles for forebyggende arbeid, 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten (Nasjonal helseplan 2007 – 2010):

- ✓ Helhet og samhandling. Behovet for mer helhetlig tilnærming øker parallelt med at sykehustjenestene blir stadig mer spesialiserte. Ledere har et særskilt ansvar for å organisere og gjennomføre samhandling der dette er nødvendig.
- ✓ Demokrati og legitimitet. Helsetjenesten skal være politisk styrt, profesjonelt drevet og være preget av åpenhet og medvirkning. En god helsetjeneste må ha legitimitet og tillit i befolkningen.
- ✓ Nærhet og trygghet. Likeverdig tilgang på helsetjenester uavhengig av bosted. LEON-prinsippet.
- ✓ Sterkere brukerrolle. Brukere skal ha kunnskap om tjenestene, skal medvirke og påvirke. Større åpenhet om helsetjenestenes innhold og kvalitet.
- ✓ Faglighet og kvalitet. Helsetjenesten er en stor kunnskapsorganisasjon. Fagmiljøene har et viktig ansvar for knyttet til å innføre ny kunnskap og fase ut gammel. Etablere systemer for å lære av feil og unngå at feil gjentar seg. Være en lærende organisasjon.
- ✓ Arbeid og helse. Arbeid er viktig for selvfølelse og helse. Vekt på forebygging og rehabilitering. Samarbeid mellom arbeids- og velferdsetat, helsetjeneste, arbeidsmiljømyndigheter og arbeidslivets parter.

2.7 Oppsummering

Dette kapitlet viser at det i løpet av de siste 35 år, fra 1974-75 og fram til i dag, har vært gjennomført mange tiltak for å utvikle og bedre helsetjenesten. Staten har i denne perioden hatt fokus på, initiert og gjennomført mange ulike handlingsplaner, med tanke på å utvikle og forbedre helsetjenesten i Norge. Dette har vært tiltak rettet mot helsetjenesten generelt, psykisk helsearbeid spesielt og samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det at det fortsatt er behov for å fokusere og arbeide med dette, og at jeg i 2009 har valgt å skrive en masteravhandling om samhandling innen feltet psykisk helsearbeid til voksne, sier noe om kompleksiteten innen dette temaet.

3 Problemstilling og forskningsspørsmål

I mange år har det vært fokus på, og ulike satsinger rettet mot samhandling og styrking av tjenestene innenfor det samlede psykiske helsearbeid i Norge. ”Evalueringsrapporten av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)” fra den siste handlingsplanperioden (se kapittel 2.3 ”Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene”) ble fremlagt i juli 2009. Denne rapporten viser blant annet: Antall helsetjenesteårsverk i 1. linjetjenesten har økt med 4 376 nye årsverk. Desentralisert botilbud til mennesker med psykiske lidelser har økt med nær 3 000 boliger. Døgnkapasiteten i DPS og den polikliniske aktiviteten i 2. linjetjenesten har økt betydelig. Utdanningskapasiteten innen psykisk helsearbeid har økt betydelig. Brukermedvirkning har fått en mer sentral plass (Forskningsrådet 2009).

Dette til tross, er det fortsatt tilbakemeldinger fra pasienter og brukerorganisasjoner som tyder på at samhandlingen ikke er optimal. Det er dette jeg ønsker å sjekke ut i denne masteravhandlingen, og dersom dette er riktig vil jeg også forsøke å finne noen virkemidler som kan bedre situasjonen sett med pasienters øyne.

3.1 Problemstilling

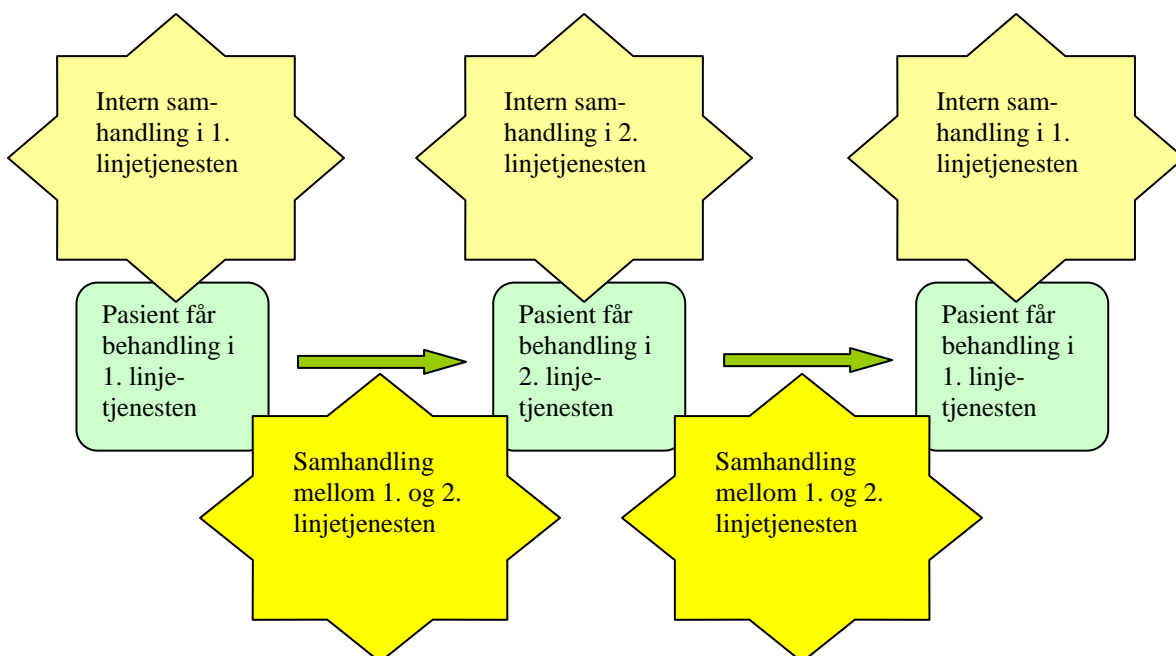
Hvordan opplever pasienter at samhandlingen innenfor psykisk helsearbeid til voksne fungerer i dag internt i 1.linjetjenesten, internt i 2. linjetjenesten, mellom 1. og 2. linjetjenesten, og hva mener pasienter det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?

3.2 Forskningsspørsmål

Min problemstilling utleder 4 forskningsspørsmål. Mine forskningsspørsmål er:

1. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 1. linjetjenesten?
2. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 2. linjetjenesten?
3. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer mellom 1. og 2. linjetjenesten?
4. Hva mener pasienter det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?

Jeg har forsøkt å billedliggjøre mine forskningsspørsmål i nedenstående modell. De øverste ”stjernene” i modellen viser pasientforløpet fra pasienten får behandling i 1. linjetjenesten, går videre til behandling i 2. linjetjenesten og så tilbake til behandling i 1. linjetjenesten. Da er fokuset rettet mot den samhandling som skjer internt i 1. eller 2. linjetjenesten. De nederste ”stjernene” symboliserer overgangene mellom 1. og 2. linjetjenesten. Her er fokuset rettet mot samhandlingen som skjer mellom 1. og 2. linjetjenesten. De nederste stjernene er overlappende. Dette har jeg gjort for å symbolisere at samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten også skjer / må skje mens pasientene får behandling hos 1. eller 2. linjetjenesten, ikke bare når pasienten er på tur til eller fra 1. eller 2. linjetjenesten.



Figur 3.1 Modell for pasientforløp (Egen modell).

4 Beskrivelse av feltet

4.1 Om meg selv

Psykiatrisk klinikk er en del av Helse Nord-Trøndelag HF (HNT HF). Klinikken er gjennomgående i HNT HF med felles klinikkleder, og har behandlingsenheter flere steder i Nord-Trøndelag fylke (fra nord til sør); Distriktpsikiatrisk senter i Kolvereid (DPS Kolvereid), psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Namsos, voksenpsykiatrisk poliklinikk i Steinkjer, psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger og distriktpsikiatrisk senter i Stjørdal (DPS Stjørdal).

Jeg har de siste 5 årene vært ansatt som avdelingsleder i psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Namsos. Fra 2005 har jeg hatt en tilleggsfunksjon som stedlig leder for klinikkleder når det gjelder klinikkens enheter ved Sykehuset Namsos og DPS Kolvereid (Nærøy kommune). I en 10-års periode fra 1994 til 2004 var jeg ansatt som helse- og sosialsjef i Overhalla kommune. Overhalla kommune er en av kommunene som sogner til Sykehuset Namsos. Før perioden i Overhalla kommune var jeg ansatt i psykiatrisk avdeling ved Namdal Sykehus (i dag Sykehuset Namsos) i ca 15 år, hvorav jeg arbeidet 12 år i lederstilling.

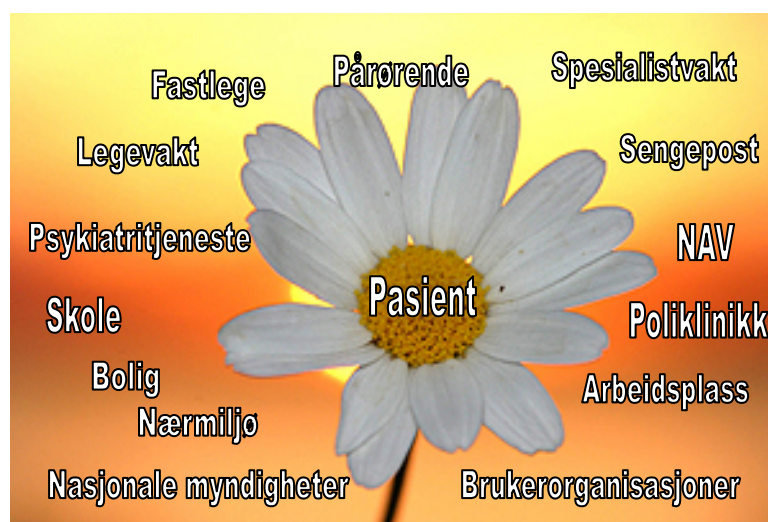
Det betyr at jeg har valgt å forske innenfor et område der jeg er ansatt, eller har vært ansatt. Fordelen med dette er at jeg har god oversikt over og nærhet til det feltet jeg skal forske i, samtidig som jeg står i fare for å ha forutinntatte holdninger og meninger om det tema jeg skal forsøke å belyse.

4.2 De ulike aktørene i feltet

Det er mange viktige aktører i ”feltet” som deltar i samhandlingen i forhold til å hjelpe pasienter med psykiske lidelser. Jeg vil her ved hjelp av interessentmodellen utarbeide en oversiktsmodell, i et forsøk på å billedliggjøre de aktørene som jeg mener er i ”feltet” (Busch og Vanebo 2005). Interessentmodellen har sitt utgangspunkt i ideen om at en ”organisasjon” kan betraktes som en samling av interessenter. Innenfor interessentmodellen er det et sentralt aspekt at interessentene utfører sine bidrag og mottar belønninger i retur. Begrepet belønninger velger jeg her å se på som at hvis alle yter sitt forventede bidrag i behandlingen

av den enkelte pasient, så vil alle interessenter tjene på det gjennom at det totalt sett gies et godt behandlingstilbud til befolkningen. Interessegruppen må være slik sammensatt at det totale bidrag som ytes, er tilstrekkelig til å produsere nødvendige belønninger. I interessentmodellen skilles det ikke mellom grupper som befinner seg innenfor eller utenfor definerte organisasjoner. Poenget er å få frem alle viktige interessenter når man skal vurdere samhandlingen knyttet til behandling av mennesker med psykiske lidelser.

De interessenter jeg mener er viktige er: Pasienter med psykiske lidelser, pårørende, fastlege i kommunen, psykiatritjenesten i kommunen, kommunal legevakt, skole, bolig, nærmiljø, arbeidsplass, NAV (arbeidsformidling, trygd og sosial), psykiatrisk spesialistvakt i sykehus, psykiatrisk poliklinikk i DPS/sykehus, psykiatrisk sengepost i DPS/sykehus, brukerorganisasjoner og nasjonale myndigheter gjennom lovverk. Min interessentmodell, ofte benevnt som Rhenmans rose (Jacobsen og Thorsvik 1997), blir slik den er tegnet ut nedenfor som en blomst.



Figur 4.1 Interessentmodell (Egen modell).

Med bakgrunn i mitt fokus for min masteravhandling, vil jeg i det videre ta utgangspunkt i den modell for pasientforløp som jeg har skissert som avslutning på kapittel 3 "Problemstilling og forskningsspørsmål" (se figur 3.1). Det vil si at jeg i forhold til min feltbeskrivelse, vil presentere utdypende informasjon om pasienter med psykiske lidelser, pårørende, 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten, supplert med noen sentrale lovverk. Som

avslutning av dette kapitlet vil jeg kort informere om ”Basisavtale for samhandling mellom Helse Nord-Trøndelag HF og kommunene i Nord-Trøndelag” (2006).

4.3 Pasienter med psykiske lidelser

En pasient er en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp (Lov om pasientrettigheter 1999).

Psykiske lidelser er et omfattende og komplisert område. Hver tredje nordmann opplever psykisk sykdom på et tidspunkt i livet, og tall viser at halvparten av befolkningen har en eller flere familiemedlemmer som er psykisk syke. Fastlegene melder at 4 av 10 pasienter kommer på grunn av psykiske plager, og tall fra trygdeetaten viser at antall uføre med psykiske lidelser øker (HOD 1996-97 St meld nr. 25).

Personer med psykiske lidelser er en heterogen gruppe mennesker. Noen har alvorlige lidelser og andre har mindre alvorlige. I Norge har ca 50 000 personer en alvorlig psykisk lidelse, og ca 20 000 av disse har problemer av en sån art at de har behov for koordinerte offentlige tjenester. En epidemiologisk studie konkluderte med at ca 4 000 personer i Norge hadde samtidig en alvorlig psykisk lidelse og et rusproblem, og at ca 1 000 av disse hadde diagnosen schizofreni (Kielland 2000).

Internasjonale og nasjonale undersøkelser viser at ca 20 % av barn og unge har en eller annen form for psykisk lidelse (HOD 1996-97 St meld nr. 25). Forekomsten av symptomer og tilstander varierer med alder, utviklingsnivå, kulturelle og sosiale forhold, samt med kjønn.

Behovene for behandling, rehabilitering, støtte og omsorg for voksne med psykiske lidelser utgjør den største utfordringen for helse- og sosialtjenestene tallmessig, og når det gjelder ressursbehov. Det skyldes ikke minst at en del av lidelsene er langvarige, og krever omfattende omsorg over tid.

Mange psykiske lidelser kan opptre for første gang i høy alder. Symptomene er de samme som for andre aldersgrupper. Men enkelte tilstander forekommer oftere i høy alder, og det finnes lidelser som bare forekommer i høy alder.

4.4 Pårørende

I behandling av pasienter med psykiske lidelser er ofte pasientens pårørende en viktig interessent. Pasientens pårørende er den pasienten oppgir som pårørende eller nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: Ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med forelderansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven, dersom ikke særlige grunner taler mot dette (Lov om pasientrettigheter 1999).

4.5 1. linjetjenesten

Kommunene (1. linjetjenesten) er den viktigste aktøren i helsetjenesten. De skal gi et bredt primærhelsetjenestetilbud til alle sine innbyggere, og sørge for nødvendige helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Kommunehelsetjenesteloven (Lov om helsetjeneste i kommunene m. v. 1982) beskriver de oppgaver 1. linjetjenesten skal tilby i forhold til helsetjeneste: Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte. Medisinsk habilitering og rehabilitering. Pleie og omsorg. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

Samme lov (ibid) beskriver også hvilke tjenester 1.linjetjenesten skal sørge for:

Allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning. Legevaktordning. Fysioterapitjeneste. Sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie. Jordmortjeneste. Sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Medisinsk nødmeldetjeneste. Transport av behandlingsspersonell.

Sosialtjenesteloven (Lov om sosiale tjenester m. v. 1991) sier at 1. linjetjenesten også skal fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt

likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. 1. linjetjenesten skal også bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. I tillegg skal 1. linjetjenesten tilby opplysning, råd og veiledning med tanke på å forebygge eller løse sosiale problemer.

Sosialtjenesteloven (1991) beskriver de tjenester 1. linjetjenesten skal tilby i forhold til dette: Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. Avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. Lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv.

Som jeg beskrev i kapittel 4.1 "Om meg selv", er jeg i skrivende stund ansatt som avdelingsleder i psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Namsos, og har i tillegg funksjon som stedlig leder for psykiatrisk klinikks enheter ved Sykehuset Namsos og distriktskykiatrisk senter (DPS) Kolvereid (Nærøy kommune). Psykiatrisk klinikks enheter i Namsos og Kolvereid har ansvar for å gi et helhetlig voksenpsykiatrisk 2. linjehelsetjenestetilbud til innbyggerne i 16 kommuner. (14 kommuner i Nord-Trøndelag, 1 kommune i Nordland og 1 kommune i Sør-Trøndelag.) For å kunne gi et best mulig sammenhengende tilbud, er vi i vårt arbeid avhengig av et tett og godt samarbeid med 1. linjetjenesten. Kommunene vi samarbeider med er:

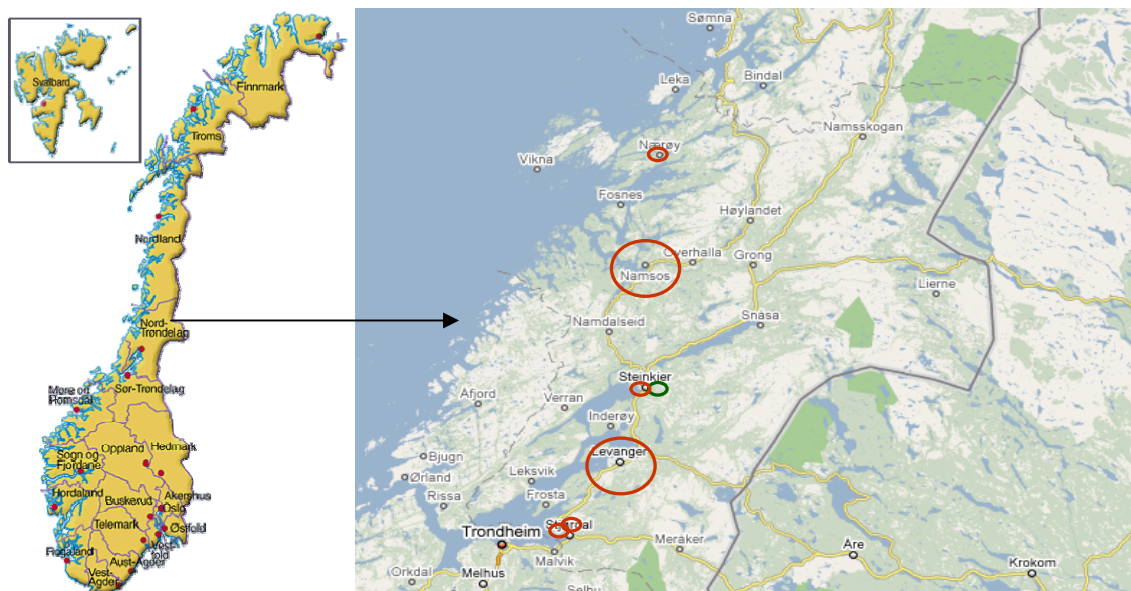
- ✓ I Nordland fylke: Bindal
- ✓ I Nord-Trøndelag fylke (Namdalen): Flatanger, Fosnes, Grong, Høylandet, Leka, Lierne, Namdalseid, Namsos, Namsskogan, Nærøy, Overhalla, Røyrvik, Verran og Vikna.
- ✓ I Sør-Trøndelag fylke: Osen

Disse kommunene har et samlet innbyggertall i 2009 på ca 41 000 innbyggere. Innbyggertallet i den enkelte kommune varierer fra ca 500 til nesten 13 000.

På grunn av det høye antall kommuner skjer samhandlingen mellom 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten, både i form av kontakt med enkeltkommuner og kontakt med interkommunale

grupperinger. Kommunene i dette området har lange tradisjoner for interkommunalt samarbeid:

- ✓ Ytre Namdal og Bindal. Bindal, Leka, Nærøy, og Vikna. (Ca 10 700 innbyggere.)
- ✓ Indre Namdal. Grong, Høylandet, Lierne og Namsskogan. (Ca 5 100 innbyggere.)
- ✓ Midtre Namdal. Flatanger, Fosnes, Namdalseid, Namsos og Overhalla. (Ca 23 100 innbyggere.)
- ✓ Andre. Verran og Osen kommuner samarbeider med andre kommuner, både i og utenfor dette området. I samhandling med 2.linjetjenesten på overordnet nivå, deltar de sammen med kommunene i Midtre Namdal.



Figur 4.2 Kart over Norge, Nord-Trøndelag, nordre del av Sør-Trøndelag og søndre del av Nordland.

4.6 2. linjetjenesten

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys 2. linjetjeneste i og utenfor institusjon. I dette ligger ansvar for sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste (luft, bil, båt), tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere, transport til undersøkelse eller behandling i 1. og 2. linjetjenesten og transport av behandlingspersonell. 2. linjetjenesten har følgende

hovedoppgaver: Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning, samt opplæring av pasienter og pårørende (Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. 1999).

Grovt sett kan vi si at 2. linjetjenesten gir sitt behandlingstilbud gjennom tre ulike arbeidsformer:

- ✓ Ambulant. Reisevirksomhet med tilbud om behandlingssamtaler og/eller samhandling som skjer utenfor 2. linjetjenestens lokaler.
- ✓ Poliklinikk. Behandlingssamtaler som skjer i 2. linjetjenestens lokaler.
- ✓ Døgn. Innleggelse i en av 2. linjetjenestens enheter.

Psykisk helsevern handler om undersøkelse og behandling av mennesker som har en psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever. (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 1999)

Psykiatrisk klinikk i Nord-Trøndelag er en del av Helse Nord-Trøndelag HF (HNT HF), og har som oppgave å gi et voksenpsykiatrisk 2. linjetjeneste behandlingstilbud til innbyggerne i Nord-Trøndelag fylke, innbyggerne i fire kommuner i Sør-Trøndelag fylke og innbyggerne i en kommune i Nordland fylke. Dette innebærer alle typer psykiatriske lidelser, med unntak av farlige og/eller dømtede med alvorlig psykisk sykdom. De siste får sitt behandlingstilbud ivaretatt på regionalt nivå (3. linjetjenesten). Som jeg skrev innledningsvis i kapittel 4.1 "Om meg selv", er Psykiatrisk klinikk en gjennomgående klinikk i HNT HF med felles klinikkleder, og har behandlingssenheter flere steder i Nord-Trøndelag fylke.

Behandlingstilbudet på 2. linjetjenestenivå til barn og unge gies av Barne- og familieklinikken, som også er en del av HNT HF. Barne- og ungdomspsykiatrien er i denne klinikken samorganisert med andre avdelinger som tilbyr 2. linjetjeneste til barn og unge.

4.7 Basisavtale for samhandling i Nord-Trøndelag

Det har siden 1997 eksistert en avtale for samhandling mellom kommunene og sykehusene i Nord-Trøndelag. Tittel på denne avtalen er "Basisavtale for samhandling" (HNT HF 2006).

Målsettingen med denne avtalen er å utvikle et effektivt samarbeid for å bidra til at den enkelte pasient får et helhetlig tjenestetilbud. Diagnostikk, øvrig kartlegging, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg, skal skje slik at enkelttiltak forberedes og iverksettes i et samarbeid mellom pasient, pårørende, 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten i en sammenhengende tiltakskjede. Basisavtalen omfatter følgende hovedpunkter: Henvisning til 2. linjetjenesten. Samarbeid i forbindelse med utredning og behandling. Forberedelse til overføring. Videre tiltak. Avvik. Faste samarbeidsordninger. Iverksetting og varighet. Avtalen er underskrevet av rådmannen i den enkelte kommune og direktør i Helse Nord-Trøndelag HF.

En av de faste samarbeidsordningene er Samarbeidsutvalget. Dette består av representanter fra Helse Nord-Trøndelag HF og representanter for kommunehelsetjenesten, oppnevnt av Kommunenes Sentralforbund (KS). Formålet med dette formaliserte samarbeidet mellom 1. og 2. linje i helsetjenesten er å sikre god dialog og erfaringsutveksling mellom helseforetaket og kommunene. Dette legger grunnlaget for at pasientene får en mer helhetlig helsetjeneste på tvers av nivå og eierskap bak tjenestene. Samarbeidsutvalget arrangerer en årlig ”Samarbeidskonferanse”. Målgruppen for konferansen er ansatte og ledere i kommunene og helseforetaket. I konferansen blir det satt fokus på ulike forhold vedrørende samhandling, og presentert gode eksempler på slik samhandling både lokale, regionale og nasjonale.

5 Teori

*”Det å forstå hviler på evnen til å legge merke til hvor mange ulike fenomener som inngår i et samlet hele.”
(W. Heisenberg. Ukjent kilde)*

5.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere teori som jeg mener er til hjelp for å belyse min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Jeg vil først operasjonalisere begrepet ”Samhandling”, deretter vil jeg presentere teori knyttet til ”Kommunikasjon”, ”Kunnskap” og ”Lean”. Avslutningsvis i dette kapitlet, vil jeg presentere noen forskningsresultater som jeg mener er relevant for min problemstilling. Valgt teori og forskning vil sammen med kapittel 2 ”Bakgrunn for problemstilling”, lovkrav som jeg har beskrevet både i kapittel 4 og i dette kapitlet, ”Dagens situasjon innen psykisk helsearbeid” som jeg vil beskrive i kapittel 6, samt min egen erfaringsbakgrunn danne grunnlag for min analyse.

5.2 Samhandling

Pasienter som har behov for helsetjenester er lite opptatt av de organisatoriske skillene i helsevesenet. De er opptatt av å bli skikkelig utredet, av å få riktig behandling og god omsorg. Hvis de ulike aktørene innenfor helsetjenesten fokuserer på pasientene, blir utgangspunktet hva som er det beste og det riktige for pasientene ut fra hva pasienten har behov for til enhver tid. Et slikt perspektiv bidrar til å fokusere på pasientbehov og pasientforløp, og ikke på organisasjonenes behov og interesser. *”Vår erfaring er også at et slikt fokus gir den største motivasjonen for deltakerne. Fagfolkene i helsevesenet har en sterk identifikasjon med pasientene og deres behov. Den beste garantien for å trekke dem med i forpliktende samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjonsgrenser, er å sette pasienten i sentrum.”* (Agenda FOU-prosjekt 2007:28)

Et godt og helhetlig pasientperspektiv er viktig i forhold til det som skjer internt i 1. og internt i 2. linjetjenesten, samt i overgangene mellom 1. og 2. linjetjenesten. For å sikre gode overganger er det viktig at begge parter deltar i samhandlingen om pasienten også etter at

pasienten er henholdsvis inn- eller utskrevet; altså etter at det formelle ansvaret er overlatt til den annen part.

Samhandling er et forholdsvis nytt begrep. Utvalget som arbeidet med NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste", sa at samhandling i helsetjenesten omfatter samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen. Samhandlingen vil kunne gjelde pasienter, pårørende, pasient- og brukerorganisasjoner, tjenesteutøvere i ulike deler av hjelpeapparatet, interesseorganisasjoner, besluttede myndigheter, ombudsordninger, kontrollmyndigheter og klageinstanser. I tillegg kan ulike fagmyndigheter og fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer være viktige premissleverandører for hvorledes det samhandles mellom disse. Det samme kan blant annet media være (NOU 2005:3).

Ut fra min egen erfaring fra samarbeid med pasienter, er det i etableringsfasen av et samarbeid viktig å få en oversikt over pasients situasjon slik hun/han opplever den, kartlegge pasientens problemer, ressurser, tidligere problemløsninger og hvilke ønsker pasienten har, samt å avklare samarbeidskontrakten. *"Dårlig samhandling kan og må beskrives som et organisatorisk og systemmessig problem. Men først og fremst må vi forstå at dette er et problem som gir unødig lidelse og problemer for pasient/bruker og pårørende."* (HOD Notat nr. 1, 2008:1) Det vil si at god samhandling handler om å unngå å påføre pasienten unødig lidelse, og at vi ikke skaper problemer for pasient og pårørende. Jeg mener at noen forutsetninger for samhandling mellom helsearbeidere er: Gjensidig tillit, relasjonsbygging, felles virkelighetsoppfatning, respekt for ulik kompetanse/erfaring, likeverdighet, tilstrekkelige personellressurser og tid. Samarbeidsrelasjoner må være preget av trygghet, gjensidige oppfattninger og lik forståelse.

Samhandlingssystemer kan ikke kopieres, og så tro at alle utfordringer er løst. Jeg mener at samhandling må ses på i et prosessuelt perspektiv, og at samhandlingens vesen (ontologi) er en levende prosess som hver gang må finne sin egen vei og løsning (Rennemo 2006).

Lov om helsepersonell m.v. (1999) sier blant annet i forhold til forsvarlighet at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienter der dette er nødvendig og

mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Lov om sosiale tjenester m.v. (1991) har tilsvarende formuleringer som gjelder for ansatte i sosialtjenesten.

Gjennom Pasientrettighetsloven (Lov om pasientrettigheter 1999) fikk pasientene styrket sine rettigheter: Rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering og fornyet vurdering, rett til individuell plan, rett til medvirkning og informasjon og rett til journalinnsyn. Alt dette var bestemmelser som ga den enkelte pasient større rettigheter. I forhold til mitt fokus på samhandling, vil jeg spesielt trekke fram pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig.

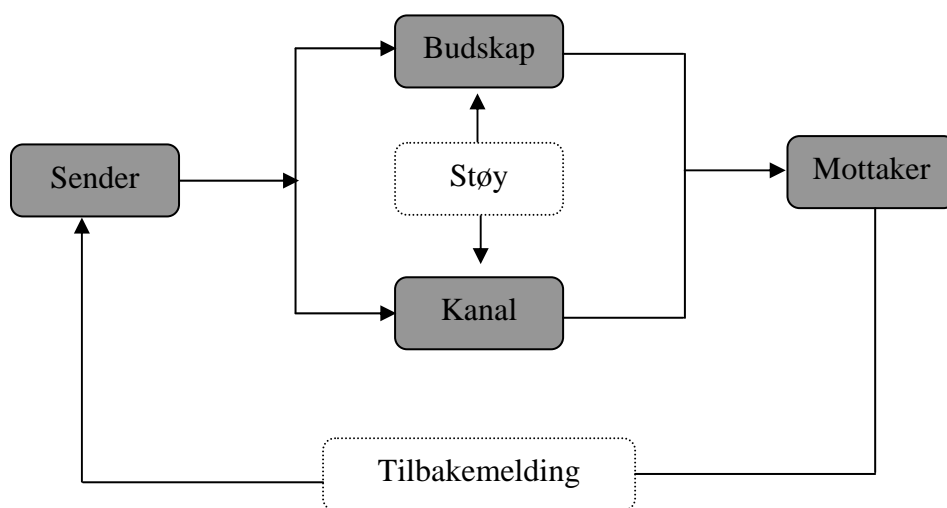
En av de store utfordringene som kan oppstå i forhold til samhandling mellom ulike aktører innenfor helsetjenesten, er motsetningsforholdet mellom taushetsplikt og tilstrekkelig informasjon til andre som har behov i forhold til å utføre sine oppgaver i pasientbehandlingen. Lovverkets hovedregel når det gjelder taushetsplikt, er at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om pasienters sykdom eller andre personlige forhold. Men med mindre pasienten motsetter seg det (ikke gir sitt samtykke), kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne ivareta forsvarlig helsehjelp. Lov om pasientrettigheter (1999) og Lov om helsepersonell m.v. (1999) stiller krav i forhold til samtykke.

5.3 Kommunikasjon

Samhandling handler om kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, mellom pårørende og helsepersonell, mellom helsepersonell internt i 1. linjetjenesten, mellom helsepersonell internt i 2. linjetjeneste, mellom helsepersonell i 1. og 2. linjetjenesten samt mellom pasient og/eller helsepersonell og andre interessenter. Samtalen er helsearbeideres hovedarbeidsverktøy i kontakt og behandling av mennesker med psykiske lidelser og i kontakt med andre. Min egen erfaring har lært meg at det er en stor utfordring å skape en

arena og et klima som legger til rette for den gode samtalen. Fordi dette er så viktig velger jeg i min masteravhandlings å kort fokusere på teori om kommunikasjon.

Busch og Vanebo (2005) har skrevet en bok som har ledere som målgruppe, men deres beskrivelse av kommunikasjon er også relevant for helsearbeidere innenfor det psykiske helsearbeid. De sier at selv om vi informerer hverandre, så kan det vise seg at informasjonen fungerer dårlig. Informasjonen når ikke fram til mottakeren, og vi har et kommunikasjonsproblem. De presenterer en kommunikasjonsmodell, som kan hjelpe til med å forstå de ulike elementer i kommunikasjonsprosessen. Til informasjon har jeg korrigert modellen i Busch og Vanebos bok, da jeg mener at ”pil” med budskap skal gå fra sender og ikke mot sender.



Figur 5.1 Kommunikasjonsprosessen (Busch og Vanebo 2005:354).

”Sender” er den aktive part. I en reell samtale, vil det forhåpentligvis skifte hvem som har denne rollen. ”Sender” avgjør hva han eller hun vil informere om, og hvordan dette skal gjøres. En kommunikasjonsutfordring er at ”sender” feilvurderer mottakerens behov. Dette kan skje både bevisst eller ubevisst. Hva er eksempelvis riktig informasjonsmengde på dette stadium i samtalen eller på dette stadium i behandlingen? Her må helsearbeideren vurdere den aktuelle situasjonen. Jeg viser her til kapittel 5.2 ”Samhandling”, der jeg omtalte det prosessuelle perspektiv.

Tilbakemelding er viktig for å teste ut om mottakeren har oppfattet informasjonen på riktig måte. For å få en tilbakemelding til å fungere godt, er det viktig å legge til rette for åpenhet, trygghet og tillit i samtalen. I kommunikasjon med pasienter er det særlig viktig at helsearbeideren skaper en trygg og åpen atmosfære. Min egen erfaring har lært meg at pasienter som er avhengig av helsearbeiderens hjelp, kan være veldig forsiktige med å si klart og tydelig i fra hvis de ikke helt forstår det helsearbeideren sier. Pasientens helsesituasjon kan også være av en slik art, at vedkommende har vanskelig for å oppfatte hva som blir sagt eller har vansker med å få uttrykt sine behov. Her er det også viktig med god lytteevne.

Wretmarks grunnregler for aktiv lytting (Wretmark 1979):

*”Börja med öppen invitation.
Lyssna så länge det finns något att lyssna til.
Tänk aldrig på vad du själv skall säga när klienten tystnar.
Lyssna och reagera på affektiva budskap.
Börja lyssna från början.
Lär dig tåla och värdera tystnad.”*

Som Wretmark sier er det viktig å ikke være opptatt av det vi selv skal si, men være konsentrert om det som blir sagt av den vi snakker med. Vi må lete etter innholdet i det som blir sagt, og forsøke å tolke de signaler som blir gitt.

Øystein Rennemo (2006) sier at for å lykkes med å legge til rette for den utviklende samtalen, må vi ha fokus på vår atferd. Rennemo refererer til Jack Gibbs forskning som beskriver to ulike kommunikasjonsklima: Støttende eller forsvarsskapende.

Støttende	Forsvarsskapende
- <i>Beskrivende</i>	- <i>Vurderende</i>
- <i>Problemorienterende</i>	- <i>Kontrollerende</i>
- <i>Spontan ærlighet</i>	- <i>Beregnende / manipulerende</i>
- <i>Nærhet / innlevelse</i>	- <i>Distanse / nøytralitet</i>
- <i>Jevnbyrdighet</i>	- <i>Overlegenhet</i>
- <i>Prøvende / undrende</i>	- <i>Skråsikkerhet</i>

Figur 5.2 To ulike kommunikasjonsklima (Rennemo 2006:102).

Velger vi som ansatte i helsetjenesten en atferd som er beskrevet i tabellens høyre kolonne, er sjansene store for at den vi snakker med ikke opplever nærhet og trygghet men kanskje får behov for å forsvare seg. Naturlig nok vil klimaet i samtalen bli et helt annet hvis ansatte velger en atferd som er beskrevet i tabellens venstre kolonne.

”Mottakeren” kan oppfattes som en passiv part i en samtale. Men samtidig er det ”mottakeren” som bestemmer hva han eller hun vil høre. *”Informasjonen blir alltid bevisst eller ubevisst silt – mesteparten går kanskje rett forbi”* (Busch og Vanebo (2005:355). For at vi skal fange opp informasjonen, må vi være interessert og motivert. Informasjonen må bety noe for ”mottakeren”. En konsekvens av dette er at man i samtaler med pasienter, må fokusere på pasientenes behov og ha disse i sentrum av samtalen. Busch og Vanebo (2005) trekker fram persepsjonspsykologien når de skal forsøke å belyse utfordringer knyttet til dette. Persepsjonspsykologien er opptatt av hvordan vi mennesker oppfatter verden rundt oss, herunder blant annet informasjon fra andre mennesker. Her ligger det mange kilder til misforståelse: Utvelgende persepsjon som betyr at vi bevisst eller ubevisst fanger opp informasjon vi er interessert i, og lar resten ”gå oss hus forbi”. Dette er det vanskelig for ”sender” å styre. Det eneste vi kan være sikre på, er at ikke alt blir oppfattet. I samtale med pasienter, nesten uansett hvilken type sykdom de har, er dette en høyst reell utfordring. Utfyllende persepsjon handler om at vi som mottakere tolker informasjonen vi mottar. Vi forsøker å lage en helhet ut fra egne tanker, kunnskaper og forestillinger. ”Mottakeren” er også på leting etter meningsinnholdet, og hva som ”ligger bak” informasjonen. Spesielt når det gjelder samtale med mennesker med psykiske lidelser, kan dette være en stor utfordring på grunn av sykdommens karakter. Dette bekrefter viktigheten av god tilbakemelding. Et annet forhold persepsjonspsykologien trekker fram, er at vi har lett for å søke etter bekreftelse på egne meninger. Våre kunnskaper preger oss, og det vi husker best er det vi selv er enige i. Dette er en generell utfordring i all kommunikasjon, og en viktig årsak til kommunikasjonsproblemer.

”Budskapet er den informasjon som overføres” (Busch og Vanebo 2005:357). Vi kommuniserer alltid på to plan – saksplan og følelsesplan. Kommunikasjonsproblemer er oftest knyttet til den følelsesmessige siden. I samtale med pasienter er dette spesielt viktig å være oppmerksom på. De følelsesmessige signaler som sendes er avgjørende for resultatet av samtalen, spesielt de negative som eksempelvis beskrives i høyre kolonne (Forsvarsskapende)

i John Gibbs tabell vedrørende kommunikasjonsklima som jeg har beskrevet tidligere i dette kapitlet (se figur 5.2). Det er viktig å være bevisst sine egne og andres følelser i en samtale. Ofte vet vi ikke hvordan vi oppfattes av andre, og noen ganger forstår vi ikke at vi sender ut negative følelser. Som helsearbeidere i psykisk helsearbeid er det spesielt viktig å være sensitive for dette, da samtalen med pasienten er det viktigste arbeidsverktøyet.

Selv om samtalen er det viktigste arbeidsverktøyet er det viktig å bruke flere ”kanaler”. Informasjon kan gjentas flere ganger, den kan gies av flere eller den kan gies skriftlig. I samtalen er også to andre ”kanaler” viktig: Nonverbal kommunikasjon og fagspråk. Nonverbale kanaler i kommunikasjon er ansiktsuttrykk, blikk, kroppsspråk, stemmens klang, berøring, stillhet, ikke-ord, fysisk avstand/nærhet og tid/tempo (Eide & Eide 2008). Er det samsvar mellom det vi sier verbalt, og det vi signaliserer nonverbalt? Hvis det ikke er samsvar blir det dobbeltkommunikasjon som forvirrer den man snakker med, og i verste fall kan dette ende med misforståelse eller tillitsbrudd mellom pasient og helsearbeider. Hvilket språk vi bruker er også viktig. Språket vi bruker må være noe den vi snakker med forstår. Det er lett for en helsearbeider å benytte fagspråk, men det er ikke nødvendigvis lett for en pasient å forstå.

”Med støy mener vi forskjellige årsaker til at informasjonen ikke når frem og det oppstår kommunikasjonsproblemer” (Busch og Vanebo 2005:358). De oppsummerer følgende støykilder. Noen av disse har jeg omtalt tidligere i dette kapitlet: Tekniske problemer - Eksempelvis en telefon som ikke fungerer. Dårlig motivasjon - Mottakeren er ikke motivert til å ta i mot den informasjonen som gis. Informasjonen oppfattes feil - Gjennom siling hvor vesentlige deler faller ut, eller ved feiltolking. Språkproblemer - Mottakeren forstår ikke informasjonen på grunn av språket som benyttes. Eksempelvis fagspråk eller begreper som mottakeren ikke skjønner. Dårlig tillit - Mottakeren har ikke tillit til senderen og vil hele tiden søke etter bakenforliggende intensjoner. Forvrengning gjennom flere ledd - Dersom informasjonen skal sendes gjennom flere personer, vil det lett oppstå forvrengning.

5.4 Kunnskap

Både 1. og 2. linjetjenesten er kunnskapsbedrifter. Med det mener jeg at de ansatte må ha gjennomført til dels lange utdanninger, før de får starte og arbeide der. Etter som tiden går tilegner de ansatte seg erfaringskunnskap gjennom sin praksis. Denne kunnskapen kommer

pasientene til gode, men kan ofte beskrives som taus kunnskap da den sjelden blir dokumentert og videreformidlet til andre ansatte. I forhold til min masteravhandling er teori om kunnskap viktig, fordi det er her snakk om hvordan kunnskapen om de nasjonale forventninger og pasientenes forventninger om samhandling blir mottatt og ivaretatt både i 1. og 2. linjetjenesten. Jeg vil i dette kapitlet gi en kortfattet definisjon av begrepet kunnskap, og presentere en modell som kan være til hjelp for å skape og utvikle kunnskap.

5.4.1 Definisjon av kunnskap

Aristoteles sa at *"Kunnskap er det at vi vet noe, og at det vi vet er sant."* Mange er uenige i en slik snever definisjon av kunnskap. *"I dag oppfattes gjerne kunnskap som innsikt man tror på, og som det er (stor grad av) enighet om"* (Nordhaug 2002:200). Platon's opprinnelige definisjon av knowledge som "justified true belief", er også sterkt omdiskutert. (Newell et al 2002:3). Jeg mener at kunnskap må ses i en situasjonsbestemt kontekst og at man må ha et prosessuelt fokus.

"Kunnskap er en fornybar ressurs som kan brukes gjentatte ganger, og som akkumuleres i bedriften gjennom medarbeideres erfaring." Kunnskap er noe annet enn data (bokstaver og tall uten mening), informasjon (tolkede data) og visdom (kunnskap koblet til læring, innsikt og dømmekraft). Om informasjon blir til kunnskap, er avhengig av erfaring, kontekst, interpretasjon og refleksjon. Et annet begrep "kompetanse", ligger nært opp til kunnskapsbegrepet. *"Kompetanse forutsetter og inkluderer alltid ferdigheter og evner.... også holdninger som vilje og pågangsmot"* (Gottschalk 2004:16-20).

Gottschalk (2004) sier at ulike vinklinger knyttet til begrepet "kunnskap" er i følge forskningsprogrammet KUNNE (SINTEF 2002) beskrevet som at kunnskap er det å kunne, dermed er det en aktivitet. Kunnskap er også et relasjonelt fenomen, både med hensyn til legitimering og utøvelse. All kunnskap er her både individuell og kollektiv samtidig. Kunnskap handler om å håndtere et sett av indre og ytre dialoger, og er meningsløs uten kontekst: Den er bestemt av en historisk unik situasjon, en spesifikk dialog, en forretningsmessig ramme. Det handler om å utfordre inndelingen i taus og eksplisitt kunnskap, fordi all kunnskap har tause elementer og fordi eksplisitte representasjoner av

kunnskap ikke er kunnskap i seg selv men forutsetter tolkning for å resultere i (endret) handling/atferd.

Stikkordmessig kan de ulike vinklingene knyttet til begrepet ”kunnskap” oppsummeres slik: Verbisering, relasjonsorientert, dialoger, organisasjonskunnskap og taus kontra eksplisitt kunnskap.

Forståelsen av om kunnskap er prosessuell (situasjonsavhengig) eller strukturell (generell) varierer. Det er nok ”litt begge deler” i forhold til nedenstående modell, men i dag litt mer til venstre enn til høyre i følge Gottschalk. Dette er også mitt utgangspunkt.



Figur 5.3 Situasjonsavhengig eller generell kunnskap (Gottschalk 2004:20).

Det finnes flere klassifiseringer av kunnskap. Gottschalk (2004) presenterer i sin bok to ulike klassifiseringer, men mener at bare den ene tilfredsstillende kravet om å unngå overlapping mellom kategoriene/nivåene. Denne klassifiseringen er utarbeidet av Bean og Radford:

1. Basiskunnskap, 2. Posisjonskunnskap og 3. Innovasjonskunnskap.

Blackler har klassifisert fem typer av ”knowledge” (kunnskap). Den første typen kaller han ”embrained”, det vil si at kunnskapen ligger i hjernen. Den andre typen kaller han ”embodied”, det vil si at kunnskapen er kroppsliggjort. Tredje type kaller han ”encultured”, det vil si at den er nedfelt i kulturen. Den fjerde type er ”embedded”, noe som vil si at den er nedfelt i prosedyrer. Og den siste kaller han ”encoded”, noe som vil si at kunnskapen er forenklet til ”symboler” (Newell et al 2002).

5.4.2 En modell for å skape og utvikle kunnskap

Proessen med å skape og utvikle kunnskap i en organisasjon, mellom organisasjoner eller mellom kunde(r) og organisasjon(er), kan ha mange utfordringer underveis. Krogh et al har i sin bok "Slik skapes kunnskap" (Krogh et al 2005) beskrevet en modell, der de mener at en slik prosess må støttes av mange aktiviteter som hjelper prosessen videre til tross for alle hindringer. De har fokusert på fem "kunnskapshjelpere", som har ulikt fokus avhengig av hvilken fase i prosessen man befinner seg. Disse "kunnskapshjelperne" er: Formulere en visjon, få i gang samtaler, mobilisere aktivister, utvikle den riktige konteksten og globalisere den lokale kunnskapen. ("X" synliggjør kunnskapshjelperens "viktighet" i aktuelle steg.)

Kunnskaps-hjelpere	Steg i kunnskapsutviklingen				
	Dele taus kunnskap	Utvikle et konsept	Rettferdiggjøre et konsept	Utforme en prototype	Forsterke kunnskapen
Formulere en visjon		X	XX	X	XX
Få i gang samtaler	XX	XX	XX	XX	XX
Mobilisere aktivister		X	X	X	XX
Utvikle den riktige konteksten	X	X	XX	X	XX
Globalisere den lokale kunnskapen					XX

Figur 5.4 Kunnskapshjelpere (Krogh et al 2005:23).

5.5 "Lean"-tenkning

"Lean"-tenkning er en videreføring av japansk produksjonsfilosofi eller Toyota-systemet som har gått sin seiersgang i store produksjonsmiljøer i over 50 år. I dag er Lean et anerkjent begrep, ikke bare i produksjonsbedrifter, men i tjenesteytende næringer, administrasjon og etter hvert også i offentlige institusjoner. Blant annet finnes det gode eksempler fra helseinstitusjoner. Det er kanskje ikke så unaturlig at man kan benytte samme tenkning og metoder innenfor helsetjenesten og produksjonsbedrifter, da helsetjenesten også i stor grad er

bygd opp og organisert med utgangspunkt i den klassiske organisasjonsteoriens prinsipper som Gareth Morgan beskriver som mekaniske eller maskin-tenkning (Morgan 2004). Det sies at innføring av Lean er 80 % kulturendring og 20 % metodikk (Womack and Jones 2003). Metodikken er altså ikke målet i Lean, men det at de ansatte får motivasjon og forståelse som gjør at de ser forbedringspotensialer og kan gjennomføre endringer. Dette krever kontinuerlig læring og utvikling av de ansatte, både for ansattes, organisasjonens og systemets skyld.

5.5.1 Fem hovedprinsipp

"...lean thinking can be summarized in five principles: precisely specify value by specific product, identify the value stream for each product, make value flow without interruptions, let the customer pull value from the producer, and pursue perfection." (Womack and Jones 2003:10)

Nedenfor har jeg forsøkt å oversette de fem hovedprinsippene i "Lean"-tenkningen til norsk:

- Å presist spesifisere verdien av hvert enkelt produkt.
- Å identifisere verdistrømmen for hvert produkt.
- Å lage verdiflyt uten avbrytelser.
- Å la kunden trekke verdi fra produsenten.
- Å etterstrebe fullkommenhet.

Direkte oversatt betyr "lean" tynn/mager (Engelsk ordbok). Eller kanskje vi kan si "smal". Kort fortalt kan vi si at "Lean"-tenkningen er lean/smål fordi den legger til rette for å gjøre mer og mer med mindre menneskelig ressursinnsats, mindre utstyr, mindre tid og mindre plass. Samtidig som man nærmer seg det å sikre at kunden får det han har behov for.

Det motsatte av "Lean"-tenkningen finner vi i det japanske ordet "Muda" eller "Waste" på engelsk, som kan oversettes med "sløsing". "Muda" handler om menneskelig aktivitet som krever ressurser, men som ikke skaper noen verdi. Jeg vil senere i dette kapitlet komme med en nærmere beskrivelse av "Muda/sløsing".

Å spesifisere verdien

"The critical starting point for lean thinking is value. Value can only be defined by the ultimate customer. And it's only meaningful when expressed in terms of a specific product (a

good or a service, and often both at once) which meets the customer's needs at a specific price at a specific time.” (Womack and Jones 2003:16)

Kunden er altså ”kongen”, og bare han kan vurdere verdien av produktet eller tjenesten. Derfor kan det for produsenter av produkter eller tjenester være veldig vanskelig å spesifisere verdien. Innenfor ”Lean”-tenkningen legges det vekt på at spesifisering av verdien må skje i nær dialog med de kunder som mottar aktuelle produkt eller tjeneste. I helsetjenesten er det pasientene som er ”kongene”. Det blir derfor viktig for meg å ta utgangspunkt i pasienters opplevelser.

Å identifisere verdistrømmen

”The value stream is the set of all the specific actions required to bring a specific product (whether a good, a service, or, increasingly, a combination of the two) through the three critical management tasks of any business: the problem-solving task running from concept through detailed design and engineering to production launch, the information management task running from order-taking through detailed scheduling to delivery, and the physical transformation task proceeding from raw materials to a finished product in the hand of the customer.” (Womack and Jones 2003:19)

Når man skal identifisere verdistrømmen, må man ha fokus på tre ulike oppgaver:

- ✓ Problemløsning. Hva skjer fra idè-stadiet til produktet/tjenesten er ferdig/levert?
- ✓ Informasjonsforvaltning. Hva skjer fra ordren mottas til levering?
- ✓ Fysisk forandring. Hva skjer fra ”råmaterial” foreligger til ferdig produkt/tjeneste er levert til kunden?

I arbeidet med å identifisere verdistrømmen, vil man ofte finne tre typer av forhold innen de ulike fasene:

- ✓ Noen trinn i prosessen er helt klart verdiskapende.
- ✓ Noen trinn i prosessen vil ikke være verdiskapende, men er unngåelige på grunn av teknologi eller ”produksjonsforhold”. (Ofte kalt type 1 ”Muda/sløsing”.)
- ✓ Noen trinn i prosessen skaper ikke verdi, og kan unngås med en gang. (Ofte kalt type 2 ”Muda/sløsing”.)

Hvis man skal lykkes i arbeidet med å ha en ”optimal” verdistrøm må man ha et helhetlig og kontinuerlig fokus på de ulike oppgavene og prosessene slik at man får bort unødig ”Muda/sløsing”.

Et av hjelpemidlene innenfor ”Lean”-tenkningen er å lage en ”Value Stream Map”. Dette handler om ”å billedliggjøre” hele verdistrømmen fra start til mål, som et prosesskart. Innenfor helsetjenesten brukes begrepene ”Pasientforløp” eller ”Behandlingsprosess”. Min modell i kapittel 3 ”Problemstilling og forskningsspørsmål” er et forsøk på en slik billedliggjøring av min problemstilling (se figur 3.1).

Å lage verdiflyt

”Once value has been precisely specified, the value stream for a specific product fully mapped by the lean enterprise, and obviously wasteful steps eliminated, it’s time for the next step in lean thinking – a truly breathtaking one: Make the remaining, value-creating steps flow. However, please be warned that this step requires a complete rearrangement of your mental furniture.” (Womack and Jones 2003:21)

Vi har alle våre egne ”briller”, ut fra oppvekst, utdanning og erfaring, som påvirker hvordan vi oppfatter ”verden”, hvordan vi tenker og hvordan vi ser på ulike ting. Dette gir en stor utfordring når vi skal skape god flyt i en organisasjon. For å skape god flyt må vi flytte fokus fra organisasjonsmessige strukturer til verdiskapende prosesser. Fra fokus på enkeltaktiviteter, til den helhetlige sammenhengen mellom alle aktiviteter som inngår i et produkt/tjeneste. I denne sammenheng handler det om å ha fokus på samhandling innen psykisk helsearbeid – det ”sømløse”.

Å la kunden trekke verdi

”The first visible effect of converting from departments and batches to product teams and flow is that the time required to go from concept to launch, sale to delivery, and raw material to the customer falls dramatically.” (Womack and Jones 2003:24)

Womack og Jones (2003) sier at hvis du ikke raskt kan redusere gjennomsnitttiden i de ulike prosessene (problemløsning, informasjonsforvaltning og fysisk forandring) betydelig, så gjør du noe galt. De opererer med en reduksjon av gjennomsnittstiden på mellom 50 – 90 %!

Dette på grunn av mulighetene for å designe prosessene slik at de bare gjør det kunden har behov for, og på det tidspunkt kunden har behov for det. Kunden kan da trekke ut det produkt/tjeneste som han har behov for, uten å bli påtvunget ting han ikke har behov for.

Å etterstrebe fullkommenhet

”As organizations begin to accurately specify value, identify the entire value stream, make the value-creating steps for specific products flow continuously, and let the customers pull value from the enterprise, something very odd begins to happen. It dawns on those involved that there is no end to the process of reducing effort, time, space, cost, and mistakes while offering a product which is ever more nearly what the customer actually wants. Suddenly perfection, the fifth and final principle of lean thinking, doesn’t seem like a crazy idea.” (Womack and Jones 2003:25)

Kanskje er gjennomsiktighet den viktigste ansporingen til fullkommenhet. I et optimalt ”Lean”-system kan alle se alt, noe om gjør det lettere å oppdage bedre måter å skape verdi.

5.5.2 Muda – Waste – Sløsing

I litteraturen om ”Lean”-tenkning, er det definert åtte typer av Muda – Waste – Sløsing. Dette handler om å skille ting vi gjør fra ting vi gjør som har verdi. ”Lean”-tenkningens prinsipper og rammeverk kan hjelpe oss til å bestemme hva vi skulle gjort i stedet for dette er det vi gjør.

Type of Waste	Brief Description
<i>Defects</i>	Time spent doing something incorrectly, inspecting for errors, or fixing errors
<i>Overproduction</i>	Doing more than what is needed by the customer or doing it sooner than needed
<i>Transportation</i>	Unnecessary movement of the product in a system
<i>Waiting</i>	Waiting for the next event to occur or next work activity
<i>Inventory</i>	Excess inventory cost through financial costs, spoilage, wastage
<i>Motion</i>	Unnecessary movement by employees in the system
<i>Overprocessing</i>	Doing work that is not valued by the customer, or caused by definitions of quality that are not aligned with patient needs
<i>Human potential</i>	Waste and loss due to not engaging employees, listening to their ideas, or supporting their careers

Figur 5.5 Åtte typer ”Muda” – ”Waste” – sløsing (Grabau 2009:43).

Oversatt til norsk kan de åtte typene oppsummeres slik: Gjøre feil ting. Overproduksjon. Unødvendig transport. Venting. Bruke for mye ressurser. Unødvendig flytting av personell. Gjøre arbeid som ikke tilfører verdi. Ikke utnytte ansattes kompetanse.

Hvordan finner vi ”sløsing”? Et utgangspunkt kan være at hver prosess har tre former:

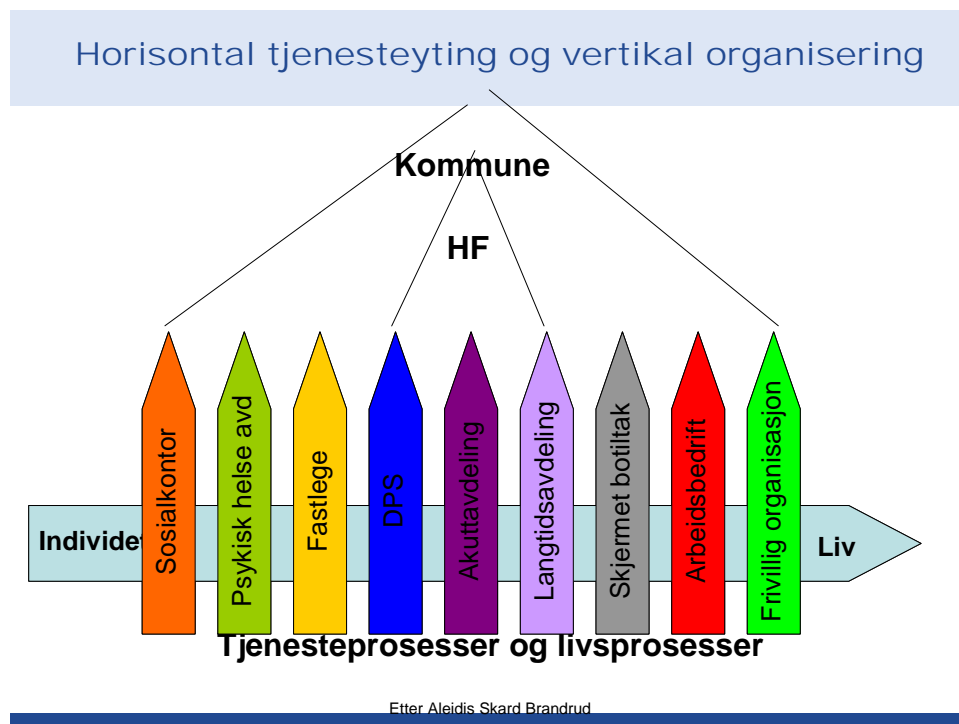
1. Hva prosessen virkelig er
2. Hva vi tror prosessen er
3. Hva prosessen skulle være

5.5.3 ”Lean” i helsetjenesten

”Lean”-tenkningen ble som tidligere nevnt først utviklet og tatt i bruk innenfor (bil-) industrien. Men den menneskelige dynamikk og prosessene som skjer i helsetjenesten, kan sammenlignes med det som skjer i industrien. Derfor har denne tenkningen også blitt tatt i bruk i helsetjenesten. Samme hjelpemidler kan benyttes. Nøkkelen ligger i hvorfor de benyttes, og hva man ønsker å forbedre.

”Lean is a toolset, a management system, and a philosophy that can change the way hospitals are organized and managed. Lean is a methodology that allows hospitals to improve quality of care for patients by reducing errors and waiting time. Lean is an approach that can support employees and physicians, eliminating roadblocks and allowing them to focus on providing care. Lean is a system for strengthening hospital organizations for a long term – reducing costs and risks while facilitating growth and expansion. Lean helps break down barriers between disconnected departmental “silos”, allowing different hospital departments to better work together for the benefit of patients.” (Graban 2009:1-2)

Slike siloer som Graban (2009) beskriver er en erfart utfordring knyttet til horisontal tjenesteyting og vertikal organisering av helsetjenesten.



Figur 5.6 Horisontal tjenesteyting og vertikal organisering (Etter Aleidis Skard Brandrud).

”Lean”-tenkningen er en metode som pr. i dag er på frammarsj innenfor helsetjenesten. Jeg vil kort presentere to eksempler der ”Lean” er en del av det teoretiske grunnlaget.

Eksempel 1 - Forskningsprosjekt - Produksjonsprosesser i helsetjenesten

Berit Irene Helgheim tok i 2006 graden Philosophiae Doctor (PhD). Hennes tema for doktoravhandlingen var ”Production Processes in Health Care”.

Helgheims utgangspunkt:

“In the field of operations management production processes have been in researcher’s interest for years. Concepts like Just in Time, Total Quality Management, Business Process Reengineering, Supply Chain Management and Lean production all have a process perspective. These concepts have been widely investigated by researchers and implemented in the service industry as well, investigation and research into the implications of these systems in the service industry in particular, is far less than the research of such systems in the manufacturing industry.” (Helgheim 2006:1)

Helgheims avhandling er knyttet til forskning foretatt både ved universitetet i Molde (Norge) og Utah universitet i Salt Lake City (USA). Avhandlingen gir innsikt i produksjonsprosesser og spesielt prosessvariasjoner innen helsetjenesteorganisasjoner (pleiehjem og sykehus), ved at hun både teoretisk og empirisk viser noen konsekvenser for produktivitet og økonomi.

Resultatene av Helheims forskning viser at blant annet "Lean"-tenkning kan benyttes innen helsesektoren. Helgheim har et annet utgangspunkt for sin forskning, men hun brukte Lean og fikk gode resultater som viser at metoden kan være effektiv. I og med Helgheim har et annet utgangspunkt for sin forskning enn meg, vil jeg kun gjengi noen av hennes resultater som eksempler. Essensen i de funn jeg presenterer er oversatt fra engelsk til norsk av meg, så jeg må ta forbehold om oversettelsen er helt korrekt:

- ✓ Prosesskvaliteten er høyere i non-profit pleiehjem enn for-profit pleiehjem, men inngangskvaliteten er lavere.
- ✓ De fant prosessvariasjon ut fra to ulike perspektiver. Den ene var pasientspesifikke drivere som alder, ekstra diagnose, DRG-vekt og kjønn, og den andre systemspesifikke drivere som antall avdelinger per pasient.
- ✓ Granskingen av forholdet mellom prosessvariasjon, totale kostnader, arbeidskraftkostnader og "lead time" indikerer at prosessesvariasjon har en økende effekt. Dette innebærer at sykehusene kan ha kostnads- og effektivitetspotensialer ved å redusere prosessvariasjon.
- ✓ Prosessvariasjonen er knyttet til kostnader, men det er ingen sammenheng mellom innleggelsesdager og prosessvariasjon.
- ✓ De undersøkte også kompleksitet, i form av sykehusets størrelse (antall senger) og antall avdelinger. Her fant de noen indikasjoner på relasjoner mellom kompleksitet og kostnader, "lead time" og prosessvariasjon.

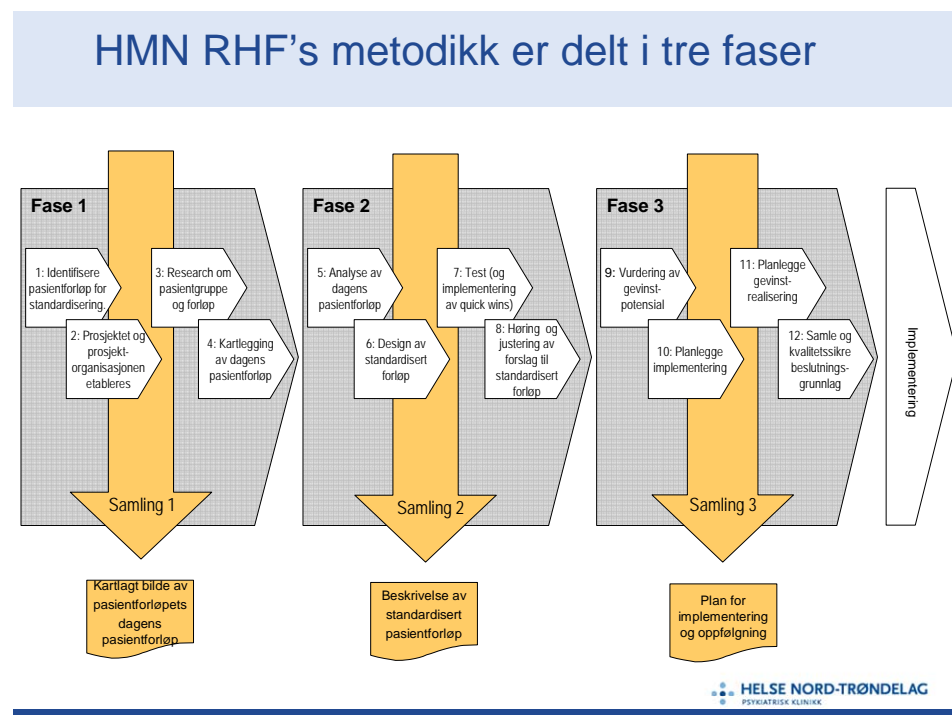
Eksempel 2 - Prosjekt i Helse Midt-Norge

Rådgiver Ingerid Gunnerød, Helse Midt-Norge RHF (HMN RHF) har utarbeidet en arbeidsprosess- og metodikkbeskrivelse for "Standardiserte pasientforløp – kvalitet og forutsigbarhet i møtet med pasienten". Denne danner nå grunnlag for et regionalt prosjekt i Helse Midt-Norge for å utdanne prosessveiledere i forhold til standardisering av pasientforløp.

Tilnærmingen er at ”et standardisert pasientforløp er implementering av en dokumentert beskrivelse av et planlagt pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater. I det beskrevne pasientforløp inngår både kliniske og ikke-kliniske prosedyrer, tid og samhandling.” (Gunnerød 2008)

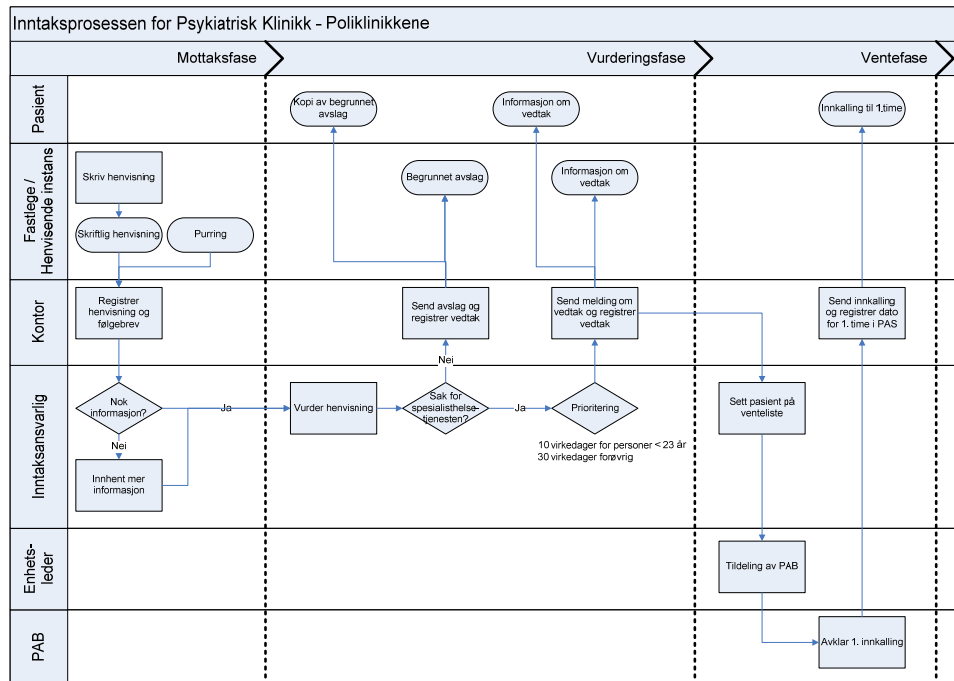
Det teoretiske utgangspunktet for metodikken er et fokus på hele pasientforløpet. Konkret bygger metodikken på erfaringer fra: Behandlingslinjer ved Sykehuset Østfold, Pasientfokusert Redesign fra Ringerike sykehus. Lean i helsevesen. Gjennombruddsmetodikk. Clinical pathways / care pathways og Møtet med pasienten.

Arbeidsprosessen rundt standardisering av pasientforløp forankres i linjen. Beslutninger om iverksettelse av standardisering, styring av prosjektet underveis og beslutning om implementering ligger i linjeledelsen(e). Det endres ikke på ansvarsfordeling rundt pasientforløpet. Tre roller i det praktiske prosjektarbeidet er: Prosessveileder, forløpsansvarlig og tverrfaglige team. Det er utarbeidet nærmere beskrivelse av rollene. Tidsmessig strekker prosessen med å standardisere et pasientforløp seg over 3-6 måneder. Deretter følger implementering av det standardiserte forløpet.



Figur 5.7 Faser i standardisering av pasientforløp (Gunnerød 2008).

Psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag HF har to implementeringsrådgivere ansatt. Begge disse deltar i det regionale prosjektet for å utdanning av prosessveiledere i forhold til standardisering av pasientforløp. De har valgt inntaksprosessen i de psykiatriske poliklinikkene som tema, og utarbeidet et flytskjema som grunnlag for sitt arbeid.



Figur 5.8 Eksempel på pasientforløp i voksenpsykiatrisk poliklinikk (Psykiatrisk klinikk HNT HF).

Med utgangspunkt i flytskjemaet, vil de ha fokus på følgende aktiviteter: Registrere henvisning og følgebrev, innhente nødvendig informasjon, vurdere henvisning. Send melding om avslag og registrere vedtak. Send melding om vedtak og registrere vedtak. Sette pasient på venteliste, tildele pasientansvarlig behandler (PAB), avklare 1. innkalling, sende innkalling og registrere dato for 1. time i pasientadministrativt system (PAS). Planlagte målinger i dette prosjektet er vedtaksfrist (Fra mottatt henvisning til vedtak) og dato for 1. time (fra mottatt henvisning til 1. time). De har valgt bort følgende områder: Øyeblikkelig hjelp og fristbrudd (en situasjon der avtalt tidspunkt for 1. time ikke kan overholdes).

5.6 Kritiske faktorer for et effektivt, rettferdig og tilstrekkelig helsesystem

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) arrangerte medio mai 2009 sin årlige nasjonale Helsekonferanse. Tema for årets konferanse var ”Tid for samhandling”. Jeg deltok på denne konferansen, og hørte der et foredrag av professor Barbara Starfield (MD, MPH) fra The Johns Hopkins University i USA (Starfield 2009). Tittelen på hennes foredrag var ”Primary Care: Critical to Effective, Equitable and Efficient Health Systems”. Starfield tok i sitt foredrag utgangspunkt i en rekke publiserte forskningsresultater innenfor området ”Primary Care”. Jeg velger i dette kapitlet å oversette begrepet ”Primary Care” med ”primær omsorg”. Det kunne ha vært naturlig å bruke begrepet ”1. linjetjeneste”, men jeg mener at innholdet i Starfields budskap også berører 2. linjetjenesten.

Primær omsorg er viktig, sa Starfield, fordi den gir bedre helseresultater, lavere kostnader og større egenkapital i helse. Bevis for nytten av primæromsorg orienterte helsesystemer er robust på tvers av en rekke typer studier (internasjonale sammenligninger, innbyggerstudier innen land, på tvers av områder med ulik primær omsorg og befolkningsprosent, studier av folk som går til ulike typer utøvere samt kliniske studier). Studiene viser at form og innhold i første kontakt med pasienten kan gjøre at man unngår unødvendige spesialistbesøk. Hvis man har pasientfokus over tid, unngår man sykdomsfokusert omsorg. Eller som Starfield sa, at man gjør ”varen” mer effektiv hvis man organiserer primær omsorg ut fra et fokus på menneskene, og ikke et fokus på bare diagnoser og sykdom. Stor bredde i tilbudet i den primære omsorgen gjør at man unngår henvisninger for felles behov. Det er viktig med koordinering for å unngå duplisering og motstridende tiltak. Dette gjør også omsorgen mindre farlig i følge Starfield.

Det avgjørende er å organisere helsesystemer rundt en sterk pasientsentrert primær omsorg. En isolert/avgrenset sykdomstilnærming vil ikke ta de mest alvorlige tilfellene for å oppnå helserelaterte Millennium utviklingsmål. Det vil også forverre global urettferdighet. Å eliminere sykdommer enkeltvis, vil ikke vesentlig redusere sjansene for andre sykdommer. Mange andre studier, gjort i både industriland og utviklingsland, viser at områder med bedre primær omsorg har bedre helseutfall, inkludert total dødelighet og tidligere påvisning av kreft. Det motsatte er tilfelle for mer spesialiserte tilbud, som er forbundet med dårligere resultater.

Starfield hadde følgende evidensbaserte oppsummering av primær omsorg og helse: Land med sterk primær omsorg har lavere totale kostnader og har generelt sunnere befolkninger. Innenfor land og områder med høyere primæromsorg legetilgjengelighet (men ikke spesialisttilgjengelighet) har sunnere befolkninger, og mer primæreomsorg legetilgjengelighet reduserer de negative virkningene av sosial ulikhet. Hennes konklusjon var: *“Although sociodemographic factors undoubtedly influence health, a primary care oriented health system is a highly relevant policy strategy because its effect is clear and relatively rapid, particularly concerning prevention of the progression of illness and effects of injury, especially at younger ages”* (Starfield 2009).

Starfield hadde følgende strategier for endringer i helsesystemer: Oppnå primær omsorg. Unngå en overflødig tilførsel av spesialister. Å få egenkapitalen på helse. Fokuser på ko- og multisykelighet. Respons på pasienters problemer. Koordinerende omsorg. Unngå uønskede bivirkninger. Tilpasning av utbetalingsmekanismer. Utvikling av informasjonssystemer som viser omsorgsfunksjoner samt klinisk informasjon.

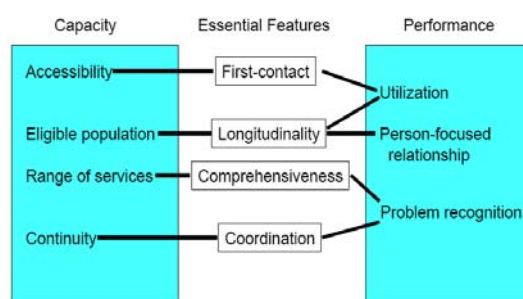
Som avslutning vil jeg ta med to bilder fra Barbara Starfields foredrag. Det første viser viktige funksjoner i primær omsorg som jeg også beskrev i avsnitt 2. Det andre viser strukturelle elementer og prosesselementer av de viktige funksjoner i primær omsorg. I forhold til min problemstilling peker Starfield her på viktigheten av et helhetlig fokus, nærhet, hurtig kontakt, et bredt spekter av tilbud lokalt, kontinuitet og koordinering.

Primary Care

First Contact	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibility • Use by people for each new problem
Longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Relationship between a facility and its population • Use by people over time regardless of the type of problem; person-focused character of provider/patient relationship
Comprehensive	<ul style="list-style-type: none"> • Broad range of services • Recognition of situations where services are needed
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Mechanism for achieving continuity • Recognition of problems that require follow-up

Starfield 02/08
EVAL 3968 n

Structural and Process Elements of the Essential Features of Primary Care



Starfield 04/97
EVAL 1108 n

Figur 5.9 Primary care (Starfield 2009)

Figur 5.10 Structural and Process Elements (Starfield 2009)

5.7 Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid

Ut fra de litteratursøk jeg har gjennomført i forbindelse med mitt arbeid med denne masteravhandlingen, kan det se ut som det er lite forskning med fokus på samhandling innen det psykiske helsearbeidet. Jeg har funnet noen få hederlige unntak. Et av disse er Walter Schönfelders avhandling levert for graden Doctor rerum politicarum. Tittelen på hans avhandling er ”Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner” (Schönfelder 2008). Schönfelder har fulgt 15 psykiatriske pasienter gjennom en tidsperiode på 1 år, og gjennomført 75 intervju med 42 pleie- og omsorgspersonell innenfor 1. og 2. linjetjenesten. Jeg velger å ta med et kort sammendrag av hans forskning og resultater av to grunner. Først fordi han har fokusert på de ansatte i samhandlingsrommet, mens jeg har fokusert på pasientene. Den andre grunnen er at noen av hans funn kan være et supplement til min analyse av mine funn. Schönfelder bruker begrepet ”bakkbyråkrater” om pleie- og omsorgspersonell eller andre høyskoleutdannede som arbeider innenfor psykisk helsevern og psykiske helsearbeid

”Samarbeid har konjunktur” sier Schönfelder (2008). Begrepet er som slagord brukt i mange sammenhenger med ulik betydning, og ofte presentert som en verdi i seg selv uten nærmere definisjon. Årsaken til at det er lite undersøkelser innenfor dette feltet, mener Schönfelder har flere årsaker. Han fremhever to faktorer. Det er vanskelig å operasjonalisere undersøkelser om samarbeid i et håndterbar forskningsdesign, da feltet er komplekst med flere tjenestenivåer og har mange overlappinger til tjenesteytere utenfor helsevesenet. Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har også utviklet seg til et felt der flere og til dels svært forskjellige faglige og organisatoriske perspektiver konkurrerer med hverandre.

Schönfelder (2008) har undersøkt følgende to problemstillinger:

- ✓ Hva kjennetegner samarbeid som organisatorisk verdi, og hvordan blir denne verdien realisert i arbeidshverdagen til pleie- og omsorgspersonalet?
- ✓ Hvilke referanserammer benytter pleie- og omsorgspersonalet seg av for å beskrive et samarbeid med andre som vellykket eller mislykket?

Schönfelder (2008) bruker som sagt i sin avhandling begrepet ”bakkebyråkrater” om pleie- og omsorgspersonell som arbeider innenfor psykisk helsevern og psykiske helsearbeid. Jeg vil i

det videre bruke samme begrep. Videre bruker han begrepene ”psykisk helsevern” som begrep for 2. linjetjenesten og ”psykisk helsearbeid” som begrep for 1. linjetjenesten.

Med utgangspunkt i sin analyse ut fra de svar Scönfelder har fått på sine forskningsspørsmål, har han formulert åtte ”organisatoriske og faglige orienteringer for en framtidig utforming av samarbeid mellom yrkesgruppene og på tvers av de organisatoriske linjenivå i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid” (Scönfelder 2008:366).

Schönfelder (2008) kommer, ut fra sine funn, med til dels sterke anbefalinger som går ”på tvers” av det som har vært ”offisiell” politikk både tidligere, i dag og framover. Jeg viser her til kapittel 2 ”Bakgrunn for problemstilling” og neste kapittel 6 ”Dagens situasjon innen psykisk helsearbeid”. Hans innspill til debatten er så interessante, at jeg velger å gi et kortfattet sammendrag av alle åtte organisatoriske og faglige orienteringer:

1. Legene som yrkesgruppe har lenge vært utgangspunkt for den organisatoriske strukturen i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Bidrag fra andre yrkesgrupper har blitt betraktet som supplerende og assisterende funksjoner. Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har for lengst vokst fra denne begrunnelsen for et organisatorisk hierarki. I dag er dette et område der flere faglige perspektiver flyter sammen, og formelle behandlere (les: leger og psykologer) må være en del av et sammensatt tjenestetilbud ikke det ”naturlige” midtpunkt.
2. Bakkebyråkratene har en sentral posisjon i utformingen av tjenestetilbudet, de står for en god av behandlingstilbudet og bærer brorparten av ansvaret for å koordinere samarbeidet rundt pasientene. Deres perspektiv bør derfor i langt større grad bli synlig i diskusjonene om framtidig utforming av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.
3. Bakkebyråkratene må i langt større grad ha mulighet for å bidra til et samarbeid med andre organisatoriske enheter på premissene av egen, faglig begrunnet vurdering. Deres kontakt med pasientene er grunnleggende forskjellig fra kontakten som yrkesutøvere med en formell status som behandlere har. Bakkbyråkratenes møte med pasienten er som regel lite planbar, mer langsiktig, mer uforutsigbar og med behov for mer fleksible intervensjoner. På grunn av det er de vanskeligere å beskrive i konkurranse med lege- eller psykologfaglig behandlingsbegrep.
4. Legenes eksponerte posisjon som dørvokter er i mange tilfeller et alvorlig hinder, da de langt på vei er fraværende i kollektive fora. Dette kan virke fullstendig paralyserende for

samarbeid på tvers av faglige og organisatoriske grenser, når anmodningen om samarbeid skjer ut fra legefaglige premisser. Bakkebyråkrater i 2. linjetjenesten må få mulighet og forpliktelse til å opprettholde den regelmessige kontakten med bakkebyråkrater i 1. linjetjenesten uavhengig av behandlernes vurdering. Det samme gjelder bakkebyråkrater i 1. linjetjenesten som hvis de ser behov for at pasienten har behov for et opphold i 2. linjetjenesten, så må dette betraktes som like legitimt grunnlag som legenes medisinsk begrunnede vurdering.

5. Miljøterapi og nettverksarbeid må utformes mer tydelig, så bakkebyråkrater kan bruke det som del av referanseramme for utforming av faglig identitet.
6. I forhold til instrumenter som ansvarsgrupper og individuelle planer er disse som regel organisert og samordnet av bakkebyråkrater, mens yrkesutøvere med status som behandlere har en heller perifer posisjon. Dette bekreftes også i rammedokumentene, der yrkesgrupper med formell status langt på vei er fritatt fra kravet om tverrfaglighet. På den andre siden får behandlerne (særlig fastlegene) en ufortjent posisjon for koordinering av forskjellige tjenester. Bakkebyråkratens sentrale posisjon må bli satt mer i fokus i utformingen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.
7. Bakkebyråkratene må ha myndighet til å dra inn ulike parter i et forpliktende samarbeid på tvers av linjenivå og faglige grenser, når de ut fra sin nære kontakt med pasienten mener det er nødvendig for å organisere et helhetlig tjenestetilbud til pasienten.
8. 1. linjetjenesten har ansvaret for sine innbyggere med psykiske lidelser. Men på tross av opptrappingsplaner og oppbygging, klarer de ikke å håndtere alle oppgaver. Her må 2. linjetjenesten bidra ut fra behov. Schönfelder opplever 2. linjetjenesten som svært heterogent organisert, og mener den i langt større grad må utvikle en enhetlig forståelse som en del av et sammenhengende tjenestetilbud. Denne forståelsen må være orientert mot et perspektiv på egne tjenester som bidrag til å bygge opp et verdig liv for pasienten i kommunen, i stedet for å betrakte seg som autonome organisatoriske enheter med egne organisatoriske og faglige mål.

5.8 Avslutning

I dette kapitlet har jeg presentert teori som jeg mener vil være til hjelp for å belyse min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Samhandling er omfattende og utfordrende, og det blir interessant å få høre pasienters egne opplevelser av hvordan samhandlingen fungerer.

Samhandling handler først og fremst om kommunikasjonen mellom de ulike ”aktørene”, samt at samhandling blir ekstra utfordrende da kunnskap er situasjonsavhengig og prosessuell. ”Lean”-tenkningen har fokus på at man må ta utgangspunkt i pasientenes opplevelser. Dette forutsetter at jeg klarer å etablere en nær og god dialog med mine respondenter. Forskningsresultatene jeg har presentert, gir klare signaler om hva det er viktig å satse på. Hva vil resultatene av min undersøkelse vise?

6 Dagens situasjon innen psykisk helsearbeid

Som tidligere sagt valgte jeg tema ”samhandling” for snart tre år siden. Siden den gang har mye skjedd innenfor dette området. I dette kapitlet vil jeg forsøke å gi et bilde av hvordan status og fokus er i dag, når det gjelder samhandling innen psykisk helsearbeid.

6.1 Samhandlingsreformen

I august 2008 presenterte helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen planene for en ”Samhandlingsreform”.

”I løpet av april 2009 skal helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen arbeide fram en ny helsereform, en samhandlingsreform, for helsetjenesten. Statsrådets egen ekspertgruppe skal hjelpe ham å finne økonomiske og juridiske grep for å løse utfordringene i Helse-Norge.

- Norge bruker mest i verden på helse, men får ikke mest helse igjen for hver krone. Det er systemet det er noe galt med. Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre. Dette skal vi nå gjøre noe med. Samhandling skal skje på grunn av, ikke på tross av systemene, sier Bjarne Håkon Hanssen.”
(www.HOD.no)

Bakgrunnen for denne reformen var blant annet at helse- og omsorgsministeren fortsatt mener det er store utfordringer på dette området. Dette gjelder spesielt innholdet i tilbudet som gis, tilgjengelighet til hjelp, bruk av tvang og samhandling på tvers og mellom tjenestenivåer. Forebygging og forhold som styrker den enkeltes psykiske helse skal i større grad være en del av det ordinære tjenestetilbudet i kommunene. Det understrekes at det blir viktig å få på plass et godt kommunalt tilbud, bedre samhandling mellom 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten, samt intensivere arbeidet med å omstille psykisk helsevern, som fremdeles mange steder bærer preg av tradisjonell institusjonsbehandling.

2.linjetjenesten skal gi spesialisert helsehjelp til mennesker med psykiske lidelser, i et nært samarbeid med 1. linjetjenesten. Tjenesten skal legge mestrings- og brukerperspektivet til grunn og bidra til bedre levekår for mennesker med psykiske lidelser. Tilbudene innen

psykisk helsevern skal primært bygges opp og gis i nærmiljøet. 2. linjetjenesten skal gi tilbud om utredning og behandling av mer alvorlige psykiske helsetilstander, og støtte opp arbeidet i 1. linjetjenesten. Formålet er å skape en mest mulig sammenhengende og helhetlig tjeneste tilpasset den enkeltes behov. Det legges spesielt vekt på å styrke tilgjengeligheten til tjenesten, fremme uavhengighet og selvstendighet for den enkelte og legge til rette for størst mulig grad av mestring av eget liv.

Helse- og omsorgsministeren nedsatte høsten 2008 en ekspertgruppe som utarbeidet en felles problemforståelse vedrørende samhandlingsutfordringene. De pekte på fire forhold:

- ✓ *”Dårlig koordinerte tjenester som ikke understøtter helheten. Alt fokus er rettet inn mot ”del-leveranser”. Alle måles og belønnes ut fra det de gjør innen eget område.*
- ✓ *Uenighet om produkt. Kommune- og spesialisthelsetjenesten har som oftest grunnleggende forskjellig definisjon og forståelse av pasientens problemer og ulike fokus på tiltak. De har også i liten grad ansvar for å legge til rette for en god ”veksling” med andre aktører.*
- ✓ *Ulik opplevelse av problemforståelsen. Det er en tendens til at aktørene peker på hverandre i ”skyldspørsmålet”.*
- ✓ *Vi har ikke vært flinke nok til å identifisere hvilke områder og i hvilket omfang samhandlingsutfordringene særskilt gjør seg gjeldende. Hvor er behovet størst? Viktig å ikke ”skyte spurv med kanoner”. (HOD Notat nr. 1, 2008:2-3)*

For å forstå hva som er kjernen i samhandlingsproblemet, for å forstå problemenes karakter og finne et godt grunnlag for forbedringer er det viktig å ta utgangspunkt i pasientens situasjon og behov. Mange pasienter har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. De er opptatt av at de får god hjelp, og ikke hvem som gir hjelpen. Helseministerens ekspertgruppe tok her utgangspunkt i forløpstenkning og pekte på to forhold: *”Ingen systemer eller strukturer bærer ansvar for helheten, eller understøtter det samlede forløpet. Organisering, ansvar og virkemidler er knyttet til de ulike deltjenestene.”*(HOD Notat nr. 1, 2008:4)

De områder der ekspertgruppen mente at behovet for koordinerte tjenester var størst er: Eldre over 80 år. Mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, både i og utenfor institusjon.

Rusmiddelavhengige. Psykisk syke. Pasienter i rehabiliteringsinstitusjoner. Sykdommer som er avledet av samfunnsutviklingen.

19. juni 2009 kom Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) ”Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid”. Den peker på følgende utfordringer: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

”Regjeringen vil gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene.” (St meld nr 47 2008-2009:14)

Hovedgrepene som foreslås gjennomført har fokus på pasientforløp og en klarere pasientrolle, der blant annet pasienter med behov for koordinerte tjenester skal få en person som kontaktpunkt i tjenestene. Kommunene vil få en ny og utvidet rolle i den samlede helse- og omsorgstjenesten. Hvilke nye oppgaver det er snakk om vil bli avklart på et senere tidspunkt. Det skal etableres økonomiske insentiver for å stimulere til effektiv ressursbruk. Blant annet kommunal medfinansiering av 2. linjetjenesten. 2. linjetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. Som det siste hovedgrepet foreslås å tilrettelegge for tydeligere prioriteringer med et koordinert beslutningssystem som sikrer helhet.

6.2 Oppdragsdokument 2009 til Helse Midt-Norge Regionale Helseforetak

Helse- og omsorgsdepartementet gir hvert år de Regionale helseforetak et oppdragsdokument. Dette inneholder Stortingets bevilgninger og krav til de Regionale helseforetak.

I Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge Regionale Helseforetak (HMN RHF) for 2009 er et av områdene med særskilt fokus: Samhandling. Jeg vil her gjengi noe av innholdet.

Det er et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel syke eldre, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykiske lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter.....

”Tiltak til oppfølging:

- ✓ *HMN RHF skal vurdere etablering av ulike modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste, i samarbeid med aktuelle kommuner.*
- ✓ *HMN RHF skal gi faglig oppfølging, støtte og veiledning til den kommunale omsorgstjenesten slik at denne kan ivareta sine nye og krevende oppgaver. Dette gjelder særlig i forhold til utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, samt løpende oppfølging av medisinsk behandlingsopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat.*
- ✓ *HMN RHF skal rapportere hvilke tiltak som er gjennomført for å sikre helhetlige pasientforløp for å ivareta pasienter med stort samhandlingsbehov.”*

(HOD Oppdragsdokument 2009:13)

Det Regionale helseforetaks oppdragsdokument fra HOD danner grunnlaget for tilsvarende oppdragsdokument til det enkelte helseforetak (sykehus) i den enkelte helseregion.

6.3 Riksrevisjonens undersøkelse 2008

Riksrevisjonen gjennomførte i 2008 en nasjonal undersøkelse av 2. linjetjenestens tilbud til voksne med psykiske lidelser (Riksrevisjon, dokument nr: 3:5 2008-2009).

Bakgrunnen for undersøkelsen var Opptappingsplan for psykisk helsevern (se kapittel 2.3 ”Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene”) og resultatene av denne. Riksrevisjonens fokus var kapasiteten innenfor psykisk helsevern for voksne, i hvilken grad 2. linjetjenestens tilbud er tilstrekkelige og likeverdige samt om HOD og RHF’ene har god styring og oppfølging av helseforetakene når det gjelder kapasitet og likeverdighet.

I forhold til kapasitet ble det funnet store forskjeller mellom regioner, foretak og institusjoner. Det er manglende data for behov, men ventetiden på behandling tyder på at tilbudet ikke er tilstrekkelig. Rapporten sier også at mange virksomheter kompensere for lav kapasitet ved å gi uforholdsmessig mange pasienter avslag og gjennom å korte ned på varigheten av døgnoppholdene. Andelen avslag, det vil si at pasienten ikke tas inn til behandling i 2. linjetjenesten, varierer fra 3 til 79 % (Riksrevisjonen 2008-2009).

Det er store forskjeller i hvordan fastlegene utøver sin "portvokterrolle" (Se kapittel 2.1 "Sentrale statlige reformer"), og henvisningene til 2. linjetjenesten gir ofte for lite informasjon om pasientens tilstand. Riksrevisjonen (2008-2009) fant at det, til tross for at det er utarbeidet nasjonale retningslinjer vedrørende pasienters rettigheter og behandlingsfrister ut fra diagnose, ikke er noen sammenheng mellom pasientenes rettighetsstatus og diagnose og heller ikke mellom diagnose og behandlingsfrister. Andelen "pasienter med rett til nødvendig helsehjelp" varierte fra 11 til 92 %. Dette tyder på manglende kunnskap om regelverk. I tillegg til dette avdekket undersøkelsen at det er mangelfull informasjon fra 2. linjetjenesten til pasient og fastlege, noe som også er i strid med at brukerperspektivet skal legges til grunn (se kapittel 5.2 "Samhandling").

6.4 Årsrapport 2008 fra pasientombudene i Midt-Norge

Pasientombudene i Midt-Norge (fylkene Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal) sier i "Sammendrag av årsrapportene 2008 fra pasientombudene i Midt-Norge" at de får stadige henvendelser om svikt i samhandlingen mellom ledd i helsetjenesten.

Pasientombudene behandler klager fra pasienter som både gjelder somatikk, psykiatri og rus i 2. linjetjenesten. De sier ikke i denne rapporten noe om antall henvendelser, men trekker fram følgende eksempler på manglende samhandling:

- ✓ For sen utsendelse av epikrise etter sykehusopphold.
- ✓ Manglende kontakt mellom sykehus og kommune ved uskriving av pasient.
- ✓ Alt for lang ventetid i mottakelse i sykehus etter overflytting fra annet sykehus.
- ✓ Mottagende sykehus er ikke varslet når pasient overføres fra annet sykehus.
- ✓ Manglende informasjonsflyt mellom sykehusavdelinger når pasient har behov for tjenester fra flere.

- ✓ Pasient som ved sykehuskonsultasjon får beskjed om å ta kontakt med fastlegen for å bli henvist til annen avdeling ved samme sykehus, i stedet for å bli henvist direkte.

6.5 Prosjekt i Sør-Trøndelag

St. Olavs Hospital ved Divisjon Psykisk Helsevern, Trondheim kommune og NAV skal gjennomføre et prosjekt med tittel "Samordnede tjenester for polikliniske pasienter" i 2009. Jeg har fått tilsendt prosjektplan fra prosjektleder Hilde Våbenø Markussen, og fått hennes tillatelse til å benytte opplysninger fra denne i min masteravhandling.

Bakgrunnen for dette prosjektet er deres felles utfordringer for å bedre kontinuitet og samhandling mellom 1. linjetjenesten, 2. linjetjenesten og NAV, og de vil fokusere på samordning av tilbud til pasienter med behov for tjenester fra flere instanser. Mandatet for prosjektet er å gi en omforent beskrivelse av dagens samarbeid overfor polikliniske pasienter i distriktpspsykiatriske sentra, som har behov for tjenester fra flere instanser. Prosjektet skal foreslå en mer systematisk og koordinert tilnærming i forhold til å møte prioriterte polikliniske pasienter med sammensatte behov, slik at innsats fra flere systemer framstår som sammenhengende og forutsigbare for pasientene. Prosjektets forslag til nye samhandlingsrutiner skal prøves ut overfor 10-15 pasienter i to DPS'ers nedslagsfelt. Avhengig av resultatet av utprøvingen, skal prosjektet foreslå implementering av nye samhandlingsrutiner i forhold til målgruppa.

Det er lagt opp til tre resultatmål i dette prosjektet. Det første resultatmålet går på henvisningskvalitet, der det skal være utviklet samarbeidsrutiner/avtale som gir best mulig avklarte problemstillinger for behandling av målgruppen. Det andre resultatmålet går på vurdering og tidlig avklaring, gjennom opprettelse av felles avklaringsarena og standardiserte prosesser for vurdering av søknader for å sikre riktig behandling på riktig nivå. Noe som skal bidra til trygghet for pasientene. Det tredje resultatmålet er ventetidskvalitet. Med dette menes at det finnes tilbud om tiltak gjennom kommune og NAV i ventetiden på poliklinisk time, noe som skal bidra til et bedret og helhetlig pasientforløp (St. Olavs Hospital 2009).

7 Metode

7.1 Innledning

Vilhelm Auberts definisjon av metode:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Everett og Furseth 2004:129-130)

Jeg står her overfor ett av de mange valg, som man må gjøre i arbeidet med en masteravhandling. Hva skal jeg velge? Kvantitativ eller kvalitativ metode? En ulikhet mellom kvantitativ og kvalitativ metode er at kvantitativ metode vektlegger utbredelse og antall, mens kvalitativ metode søker å gå i dybden og vektlegger betydning. Thagaard (1998) sier at kvalitative studier har som mål å forstå sosiale fenomener på bakgrunn av data om personer og situasjoner. Kvalitative studier kan derfor være en hjelp til å forstå virkeligheten slik den oppfattes av de personer som forskeren studerer. Dette samsvarer med mitt ønske om å få tak i pasienters opplevelser av samhandling, og mitt ønske om å gjennomføre en empirisk undersøkelse. Jacobsen (2005) sier at det er mange hensikter bak en empirisk undersøkelse, men et fellespunkt er å fremskaffe kunnskap. Denne kunnskapen kan igjen deles i tre hovedtyper hensikter: Lage en beskrivelse, gi en forklaring eller utarbeide en prediksjon. Min ambisjon er å undersøke, prøve å forklare og gi en anbefaling.

Jeg har vurdert fire mulige tilnæringsmåter for å se på hvordan samhandling fungerer, og hva som er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling:

- A. Skal jeg ta utgangspunkt i pasienters opplevelser?
- B. Skal jeg ta utgangspunkt i ansattes opplevelser?
- C. Skal jeg ta utgangspunkt i en kombinasjon av A og B?
- D. Skal jeg velge en ren teoretisk tilnærming?

Det første av ”Lean”-tenkningens fem hovedprinsipp er å presist spesifisere verdien av hvert enkelt produkt. Womack og Jones (2003) sier at det kun er pasienten som kan vurdere verdien av et produkt eller tjeneste. ”Lean”-tenkningen sier videre, som en forutsetning for at en

aktivitet skal kunne vurderes som å gi verdi, så må aktiviteten være slik at kunden er villig til å betale for den, aktiviteten må omdanne produktet eller tjenesten på en eller annen måte og at aktiviteten må gjøres riktig første gang (Graban 2009).

Med utgangspunkt i dette, ble det å ta utgangspunkt i pasienters opplevelse (alternativ "A") et naturlig valg for meg. Dette valget resulterte i følgende forskningsspørsmål for min masteravhandling:

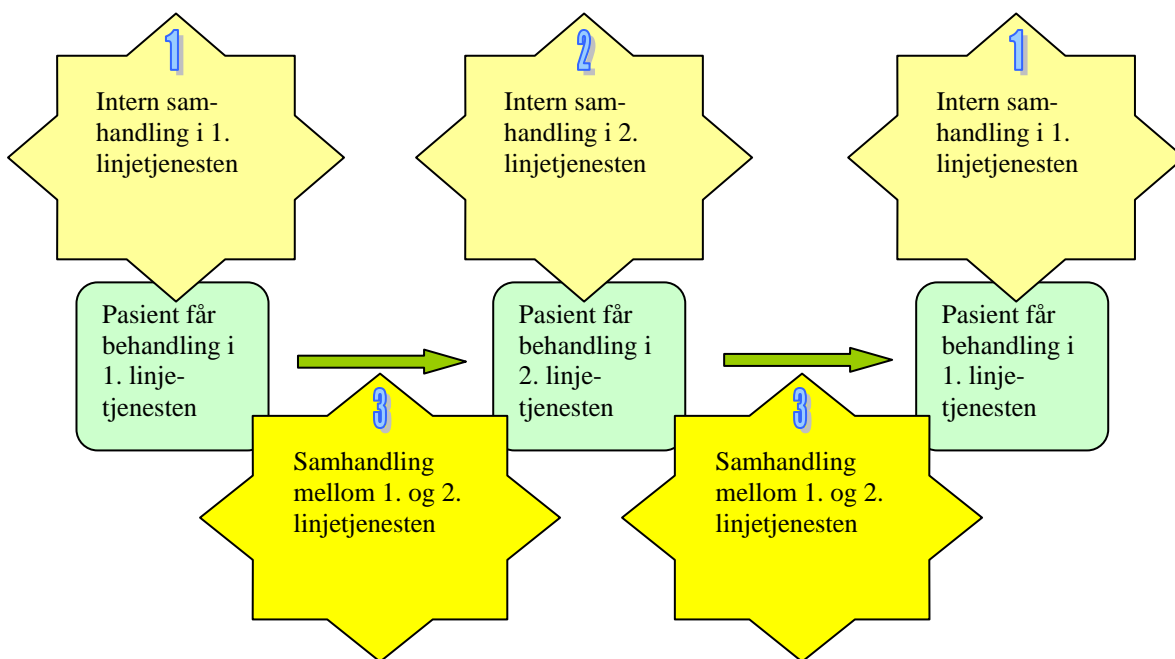
1. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 1. linjetjenesten?
2. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 2. linjetjenesten?
3. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer mellom 1. og 2. linjetjenesten?
4. Hva mener pasienter det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?

Avslutningsvis vil jeg kommentere at det kan komme fram opplysninger i min undersøkelse, som kan aktualisere alternativ "C". Men for å begrense avhandlingens omfang, har jeg valgt bort denne muligheten.

7.2 Modell for pasientforløp

"Lean"-tenkningens andre hovedprinsipp er å identifisere verdistrømmen. Som ansatt i helsetjenesten velger jeg å bruke begrepet "pasientforløp". Som tidligere beskrevet i denne masteravhandlingen, må man da ha fokus på tre ulike oppgaver; Problemløsning, informasjonsforvaltning og fysisk forandring (se kapittel 5.5 "Lean"-tenkning.).

Begrepet "ontologi" betyr "slik ting faktisk er". Ontologien er læren om hvordan virkeligheten framtrer eller fortoner seg (Jacobsen 2005). Jacobsen sier at det er vanskelig, kanskje umulig, å bli enige om hvordan verden ser ut. Jeg har likevel gjort et forsøk. I kapittel 3 "Problemstilling og forskningsspørsmål" presenterte jeg nedenstående selvlagde modell, som et forsøk på identifisere verdistrømmen og mitt fokus for min masteravhandling.



Figur 7.1 Modell for pasientforløp med anvisning til forskningsspørsmål (Egen modell).

Tallene "1", "2" og "3" i modellen, viser til mine forskningsspørsmål 1, 2 og 3.

7.3 Innsamling av data

"Epistemologi" betyr "læren om kunnskap" (Jacobsen 2005). Er det mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten? Den vitenskapsteoretiske retningen som er kalt positivismen har som grunnleggende antagelse at det finnes noen generelle lover i sosiale systemer. I følge Jacobsen (2005) er det tre teser som står sentralt i positivismen: Det finnes en objektiv verden utenfor oss selv. Den objektive virkeligheten kan studeres på en objektiv måte. Vi kan opparbeide en kumulativ kunnskap om den objektive verden.

Den fortolkningsbaserte tilnærming kritiserte positivismen og hevdet at det ikke finnes en objektiv sosial virkelighet, det finnes bare ulike forståelser av virkeligheten. Denne forståelsen av virkeligheten kan bare kartlegges ved at forskerne setter seg inn i hvordan mennesker fortolker og legger mening i spesielle sosiale fenomener. Det er antageligvis ikke mulig å opparbeide særlig mye kumulativ kunnskap fordi det finnes så mange forskjellige måter å fortolke og forstå sosiale fenomener på. Det finnes ikke lovmessigheter som vil gjelde på tvers av tid og rom, alt må forstås i sin spesielle sammenheng (kontekst) (Jacobsen 2005).

En tredje tilnærming er det kulturelle perspektivet. Denne tilnærming har som perspektiv at det som er viktig er ikke hva som faktisk skjer, men hvordan folk fortolker hendelsen. Ulike personer vil oppfatte og fortolke samme hendelse på ulike måter. Det som er viktig for en organisasjons effektivitet, er ikke hvordan strukturen er utformet, men hvilke felles verdier og normer (fortolkninger) de ansatte i organisasjonen har (Jacobsen 2005).

I de siste 15-20 år har det vært en fokusforflytning fra tidligere å kartlegge en objektiv virkelighet (positivisme), til i dag å studere hvordan mennesker fortolker og lager mening av en virkelighet (også kalt hermeneutikk).

Med utgangspunkt i mitt kapittel 2 "Bakgrunn for problemstilling" kunne et naturlig valg for meg, vært å velge en deduktiv strategi (fra teori til empiri). Det vil si å ta som utgangspunkt at all den dokumentasjon på dårlig samhandling som finnes, er et bevis på at det er slik.

Deduktiv strategi er nært knyttet til positivismen. Men i min problemstilling har jeg valgt å stille spørsmål ved denne "sannheten". Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer? Jeg ønsker derfor å forsøke å ha en induktiv tilnærming, gjennom å samle inn relevant informasjon med et åpent sinn. Induktiv strategi er nært knyttet til hermeneutikken. Ideelt sett kunne jeg ha fulgt enkeltpasienter gjennom hele "pasientforløpet", men det er vanskelig å gjennomføre på en god måte innenfor masteravhandlingens ramme både i forhold til antall pasienter og tid. Et gjennomsnittlig pasientforløp fra start behandling i 1. linjetjenesten, behandling i 2. linjetjenesten og tilbake til behandling i 1. linjetjenesten, tar vanligvis 6 – 8 måneder. Jeg velger derfor som min datakilde å intervju enkeltpasienter. For å nå flest mulig pasienter kunne jeg valgt å gjennomføre en spørreundersøkelse, men som jeg har argumentert for i dette kapitlets "Innledning" ønsker jeg å gjøre en kvalitativ undersøkelse. Som den kritiske realist jeg er, ble likevel intervju spørsmålene utarbeidet slik at jeg har en mulighet for kvantifisering hvis det skulle bli behov for det. I omtalen av meg selv som "kritisk realist" legger jeg at hvis man tar utgangspunkt i at kunnskap er situasjonsbestemt (se kapittel 5.4 "Kunnskap") og at verden derfor er komplisert, så må man likevel bruke sine funn slik at man kan gå videre. Selve intervjuet gjennomføres via telefon. Dette valget har en praktisk begrunnelse på grunn av de lange reiseavstandene, og med tanke på at det for enkelte pasienter kanskje er lettere å svare på mine spørsmål via telefon.

7.4 Ethiske vurderinger

Jacobsen (2005) trekker fram tre grunnleggende forskningsetiske krav knyttet til forholdet mellom forsker og dem det forskes på: Informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt.

Selv om jeg er ansatt som avdelingsleder, har jeg ingen rett til å ha opplysninger om den enkelte pasient som har et behandlingstilbud innen den avdeling jeg er leder for. Dette fordi jeg ikke har noe behandlingsansvar i forhold til enkeltpasienter. Jeg viser her til regler om taushetsplikt i kapittel 5.2 ”Samhandling”. Unntak fra dette kan være at en pasient tar direkte kontakt med meg som leder, eller at jeg som leder trekkes inn i saksbehandling i forhold til en pasient som klager på den behandling vedkommende har fått.

Når det gjelder å få oversikt over aktuelle pasienter i forhold til å gjennomføre intervju, måtte jeg derfor gå via andre ansatte som har tilgang til pasientopplysninger. Jeg valgte å benytte ansatte som i kraft av sin stilling, har tilgang på kunnskap om de pasienter jeg ønsket å intervju. Med grunnlag i et informasjonsskriv ”Forespørsel om deltagelse i intervju” utarbeidet av meg (Vedlegg 1), skulle de ta kontakt med aktuelle pasienter og forespørre på vegne av meg om pasienten ønsket å delta. Det faktisk resultatet ble at lokal koordinator for kontortjenesten i vår avdeling, tok kontakt med og forespurte alle aktuelle pasienter for meg. Hun tok kontakt med de ti siste pasienter som hadde avsluttet sin behandling i 2. linjetjenesten, fordelt på fem pasienter som hadde avsluttet poliklinisk behandling og fem pasienter som hadde vært innlagt. I sin kontakt med pasientene, benyttet hun mitt informasjonsskriv (Vedlegg 1).

Deltagelse i intervjuene var selvsagt frivillig. For å dobbeltsikre at alt var oppfattet og forstått gjentok jeg i starten av hvert intervju informasjon om hensikten med min undersøkelse, hvordan jeg ville gå fram og hvordan den informasjon de ga ville bli behandlet i etterkant. Intervjuene ble gjennomført via telefon, uten bruk av tekniske hjelpemidler som eksempelvis lydopptaker. Dette tror jeg gjorde det lettere i forhold til å få pasienter til å delta, samtidig som det i ettertid ikke vil finnes ”spor” som kunne føres tilbake til den enkelte pasient. Under intervjuene noterte jeg ned det pasienten sa, og disse notatene ble makulert så snart de var overført til et fellesnotat for alle pasienter som ble intervjuet. En usikkerhet ved mitt valg av

metode, var faren for at jeg under eller etter samtalen ikke kunne gjengi all informasjon korrekt. I masteravhandlingen har jeg kun benyttet sitater fra min empiri, der jeg er sikker på at den er riktig gjengitt.

Pasientens privatliv ble ikke berørt direkte, da mine spørsmål ikke inneholdt sensitive opplysninger. Men kanskje indirekte, ved at pasientenes informasjon om sine opplevelser vedrørende samhandling vil kunne omhandle ansatte i helsetjenesten som pasienten fortsatt har kontakt med. I min presentasjon av dataene vil verken pasient eller ansatt kunne gjenkjennes.

Det at jeg valgte å benytte en annen person til å forespørre pasientene på vegne av meg, fungerte godt. Jeg fikk en liste med ti navn, fordelt på fem pasienter som hadde avsluttet sin behandling i poliklinikk og fem pasienter som hadde avsluttet et behandlingsopphold i sengepost. I tillegg til navnene fikk jeg opplyst bostedskommune, telefonnummer og evt. merknader i forhold til når den enkelte var tilgjengelig. Jeg ønsket ingen andre opplysninger, og fikk ikke andre opplysninger. Dette opplevde jeg i intervjusituasjonen at pasientene opplevde som en trygghet, i forhold til sin deltagelse.

For å sikre meg at pasientene hadde gitt sitt informerte samtykke, startet jeg hvert intervju med å presentere meg, og spørre om pasientene ønsket en repetisjon av den informasjon de hadde fått fra kontorkoordinator. Tre av ni pasienter ønsket det. De øvrige sa at de ikke hadde behov for det.

Mitt valg i forhold til å ikke bruke tekniske hjelpemidler, eksempelvis lydopptaker, var en stor utfordring. Her lå et stort faremoment i forhold til kravet om pasientene skal bli korrekt gjengitt. Som et tiltak for forsøke å unngå å miste noe av det pasientene sa, hadde jeg omarbeidet intervjuguiden til en logg der jeg hadde god plass til å notere i forhold til hvert enkelt intervju spørsmål. I tillegg gjorde jeg oppmerksom på i samtals innledning, at jeg kunne be om korte pauser underveis for å kunne notere ned opplysninger de kom med før vi gikk videre i intervjuet. Noe som det også ble behov for i alle intervjuene. Dette, sammen med at jeg skrev ut intervjuene rett etter samtalene, føler jeg gir meg en rimelig trygghet for at det jeg gjengir i min masteravhandling stemmer mest mulig overens med det pasientene selv sa.

Noen av pasientene hadde allerede i sin kontakt med kontorkoordinator gitt beskjed om når de kunne kontaktes. I tillegg til denne informasjon var mitt første spørsmål til pasientene om tidspunktet passet. Hvis så ikke var tilfelle, avtalte vi et annet tidspunkt. Dette for å sikre kravet om privatliv.

Jeg har telefonisk kontaktet Det medisinske fakultet, Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Helseregion Midt-Norge, med informasjon om min masteravhandling. Spesialrådgiver der mente at det ikke var nødvendig å søke om godkjenning for gjennomføring av min undersøkelse.

7.5 Undersøkellesdesign

Å gjennomføre en masteravhandling innebærer, som jeg tidligere har nevnt, å foreta mange valg. Her stod jeg overfor nye valg! Skulle jeg satse på et intensivt (dypt) eller et ekstensivt (bredt) undersøkelsesdesign? Det intensive handler om hvordan jeg ønsker å nærme meg fenomenet (variabelen) jeg ønsker å studere, mens det ekstensive handler om hvor mange undersøkelsesenheter jeg ønsker å uttale meg om (Jacobsen 2005). Hva var et mest mulig realistisk utgangspunkt i forhold til de muligheter og begrensninger en masteravhandling gir? Her spiller flere faktorer inn: Hva er min kompetanse? Hva er min kapasitet, i forhold til at jeg parallelt med mitt arbeid med masteravhandlingen skal skjøtte min familie og mitt arbeid?

Jeg valgte en metode som går under navnet "Små N-studier" (ibid) (N er forkortelse for Numbers), som innebar at jeg valgte ut et fåtall enheter. Det vil si at jeg planla å intervju 8 - 10 respondenter (enheter). Dette valget mente jeg ville gi meg mulighet til å studere fenomenet "pasientenes opplevelse av samhandling".

I henhold til min problemstilling valgte jeg 8 – 10 pasienter som hadde startet sin behandling i 1. linjetjenesten, som hadde fått behandling i 2. linjetjenesten, og som fortsatte sin behandling i 1. linjetjenesten. Den ene halvparten (4-5) skulle ha vært behandlet poliklinisk i 2. linjetjenesten, og den andre halvparten (4-5) skulle ha vært innlagt i sengepost i 2. linjetjenesten.

Pasientene ble valgt ut fra et randomisert (tilfeldig) utvalg. Dette skjedde ved at jeg valgte ut de siste pasienter som hadde avsluttet sin behandling i poliklinikk eller ved sengepost i 2. linjetjenesten. Pasientene skulle ha avsluttet sin behandling før et bestemt tidspunkt, for å sikre at pasientene har avsluttet sitt behandlingstilbud i 2. linjetjenesten på en "vanlig måte" og ikke var berørt av driftsreduksjoner i forbindelse med høytider. Respondentene ble forespurt fortløpende bakover i tid fra aktuelle tidspunkt, og det ble ikke tatt hensyn til kjønn, alder, kommunetilhørighet eller pasientens diagnose. Dette ble gjort for å sikre en viss grad av variasjon, samt at pasientens opplevelser ikke lå langt tilbake i tid (var "ferske"). Mitt ønske var å kunne beskrive pasientenes opplevelser, der opplevelsene ligger innenfor et mest mulig begrenset tidsrom (tverrsnittstudie).

7.6 Intervjuspørsmål

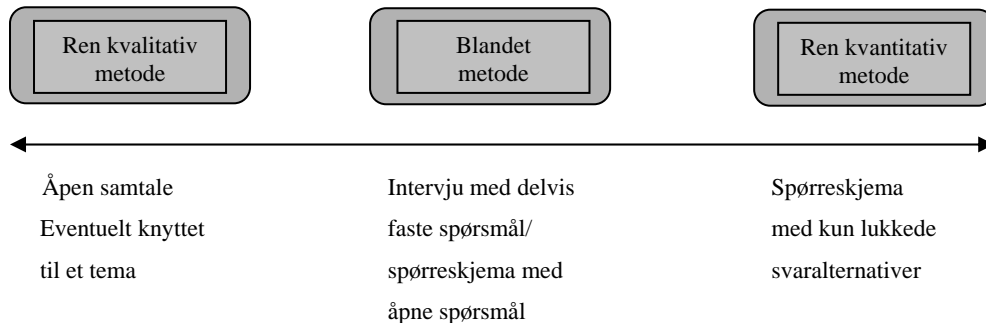
En undersøkelse er en metode for å samle inn empiri (Jacobsen 2005). Og uavhengig av type empiri bør den tilfredsstillende to krav: Validitet og reliabilitet.

"Validitet" angir i hvilken grad de innsamlede data samsvarer med det fenomen vi ønsker å måle. I min avhandling blir det et uttrykk for hvor godt mitt datamateriale svarer til mine intensjoner med undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen. Har materialet gyldighet og relevans? - Måler jeg det jeg tror jeg måler? Har mine konklusjoner intern gyldighet? Er mine funn overførbare til andre?

"Reliabilitet" handler om pålitelighet og troverdighet og er forbundet med målesikkerhet. Hvis den samme måling gjentas mange ganger, er målet reliabelt om vi får det samme svaret hver gang (forutsatt at vi måler det samme). For at et testverktøy skal gi brukbar informasjon må det ikke være for upresist. Ingen ville eksempelvis bruke en strikk for å måle lengde fordi resultatene er for usikre og vil variere for mye fra gang til gang.

Ian Dey sier følgende om kvantitative og kvalitative data. "*Mens kvantitative data opererer med tall og størrelser, opererer kvalitative data med meninger. Meninger er formidlet i hovedsak via språk og handlinger*" (Jacobsen 2005:126).

Kvantitative og kvalitative data har både sterke og svake sider. En mulighet er å kombinere ulike metoder. Nedenstående modell viser kvalitativ og kvantitativ metode som ytterpunkter på en skala.



Figur 7.2 Kvalitativ, blandet eller kvantitativ metode (Jacobsen 2005:127).

Nedenstående tabell viser en oversikt over når kvantitativ og kvalitativ metode bør anvendes, samt sterke og svake sider ved de to tilnærmingene.

	Kvantitativ metode	Kvalitativ metode
Bør benyttes når vi har:	god kunnskap om fenomenet vi skal studere	lite kunnskap om fenomenet vi skal studere
- når vi skal:	teste teorier og hypoteser	utvikle nye teorier og hypoteser
- når vi har:	ønske om å generalisere (vite litt om mange enheter)	ønske om mye informasjon om få enheter (ikke generalisere)
- når vi vil:	finne ut hvor ofte et fenomen forekommer	finne ut hva som er innholdet i et fenomen
Fordeler	Mange enheter	Dybde og detaljforståelse
	Mulighet for å generalisere fra utvalg til populasjon med stor grad av sikkerhet	Helhetlig forståelse av fenomen/ situasjon/individ
	Relativt lave kostnader	Fleksibilitet i datainnsamlingen
Ulemper	Overfladisk informasjon	Uoversiktlig og for detaljert informasjon
	Rigiditet i datainnsamlingen	
	Vi påtvinger mennesker spesielle meninger gjennom standardiserte spørsmål og svaralternativer	Høye kostnader, spesielt i analysefasen
	Analytisk avstand kan gi lav forståelse	Nærhet til respondenten kan ødelegge evnen til analytisk avstand
		For stor fleksibilitet kan føre til at undersøkelsen aldri blir ferdig

Figur 7.3 Kvantitativ og kvalitativ metode (Jacobsen 2005:135).

I tabellen ovenfor har jeg markert med lys grå farge, de utsagn som jeg mener har en viss (fra betydelig til liten) relevans for min undersøkelse. Resultatet ble: Kvantitativ metode 2 ”positive” utsagn. Kvalitativ metode 5 ”positive” utsagn minus 3 ”negative” utsagn. Resultatet ble altså uavgjort 2-2. Jeg valgte derfor en ”blandet metode”. Dette innebar at jeg utarbeidet en intervjuguide med noen faste spørsmål, med åpning for at respondentene kunne ta opp andre forhold. De faste spørsmålene inneholdt ikke faste svaralternativer.

Nedenstående intervju spørsmål dannet grunnlaget for min intervjuguide. (Vedlegg 2) Før jeg gjennomførte intervjuene ba jeg en representant fra Mental Helse og fire kollegaer i psykiatrisk klinikk, som en pre-test, om å gjennomgå mine intervju spørsmål. De ble utfordret om å se på relevans mellom problemstilling, forskningsspørsmål, antall intervju spørsmål og formulering av intervju spørsmål. Jeg fikk her tilbakemelding med forslag om å bruke begrepene ”helsetjeneste i kommune” og ”sykehus” i stedet for ”1. linjetjeneste” og ”2. linjetjeneste”, da de mente at dette var mer forståelige begrep for pasientene. Dette rådet valgte jeg å følge, da jeg mente at det ikke ville ha innvirkning på resultatet av min undersøkelse. Det vil si at jeg i de muntlige intervjuene med pasientene brukte begrepene ”kommune” og ”sykehus”. Ser heller ikke noe motsetningsforhold, i forhold til at jeg i min masteravhandling har valgt å bruke begrepene ”1. linjetjeneste” og ”2. linjetjeneste”. Jeg fikk også konstruktive tilbakemeldinger vedrørende enkelte spørsmålsformuleringer.

Forskningsspørsmål 1. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 1. linjetjenesten?

Intervju spørsmål.

- ✓ I hvilken grad har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg i 1. linjetjenesten?
- ✓ Har det vært lett eller vanskelig å få kontakt med ansatte i 1. linjetjenesten når du har hatt behov?
- ✓ Hvis det har vært aktuelt? Hvordan synes du 1. linjetjenesten samarbeider med ulike offentlige etater for å hjelpe deg med praktiske problemer?
- ✓ Hvis det har vært behov for å trekke inn dine pårørende? Hvordan har de du har hatt kontakt med i 1. linjetjenesten samarbeidet med dine pårørende?
- ✓ Er dine psykiske plager blitt bedre eller verre nå, sammenlignet med før du startet behandlingen i 1. linjetjenesten?

Forskningsspørsmål 2. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 2. linjetjenesten?

Intervjuspørsmål.

- ✓ I hvilken grad har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg i 2. linjetjenesten?
- ✓ Har det vært lett eller vanskelig å få kontakt med ansatte i 2. linjetjenesten når du har hatt behov?
- ✓ Hvis det har vært aktuelt? Hvordan synes du 2. linjetjenesten samarbeider med ulike offentlige etater for å hjelpe deg med praktiske problemer?
- ✓ Hvis det har vært behov for å trekke inn dine pårørende? Hvordan har de du har hatt kontakt med i 2. linjetjenesten samarbeidet med dine pårørende?
- ✓ Er dine psykiske plager blitt bedre eller verre nå, sammenlignet med før du startet behandlingen i 2. linjetjenesten?

Forskningsspørsmål 3. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer mellom 1. og 2. linjetjenesten?

Intervjuspørsmål.

- ✓ Opplever du at ansatt(e) i 1. og 2. linjetjenesten kjente til din situasjon og forutgående behandling da du skiftet tjenesteområde?
- ✓ Opplever du at det er sammenheng i behandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten?
- ✓ Hvordan opplever du at 1. og 2. linjetjenesten samarbeider med hverandre i forhold til dine behov?

Forskningsspørsmål 4. Hva mener pasienter det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?

Intervjuspørsmål.

- ✓ Hva mener du er det viktigste framover for 1.linjetjenesten, for å bedre samarbeidet med og rundt sine pasienter lokalt?
- ✓ Hva mener du er det viktigste framover for 2.linjetjenesten, for å bedre samarbeidet med og rundt sine pasienter?
- ✓ Hva mener du er det viktigste framover, for å bedre samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten i behandlingen av sine pasienter?

Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i løpet av de 2 siste ukene i april 2009. Under selve intervjuet fulgte jeg min "Intervjuguide" (Vedlegg 2), som et utgangspunkt. Jeg informerte pasientene om dette og pasientene ble også informert om at rekkefølgen i intervjuguiden kun var et hjelpemiddel, og ikke en stringent mal som måtte følges. I forbindelse med avslutning av intervjuene, ble alle pasienter spurt om de hadde kommet på andre opplevelser underveis i intervjuet, eller om de hadde andre opplevelser som de syntes var viktige som jeg ikke hadde vektlagt. Jeg skrev ut intervjuet rett etter at samtalen var avsluttet. Intervjuene ble deretter samlet i et fellesnotat. Hvert intervju tok fra 15 til 30 minutter. De fleste intervjuene lå nærmere 30 minutter enn 15 minutter.

8 Presentasjon av resultater, analyse og anbefalinger

8.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres resultatene av min undersøkelse i forhold til mine fire forskningsspørsmål. Jeg vil i tilknytning til denne presentasjonen forsøke å analysere mine funn i forhold til det jeg har presentert i kapitlene 2, 5 og 6. Det vil si bakgrunnen for min problemstilling, teoretiske modeller og forskning, samt dagens situasjon innen psykisk helsearbeid. Med grunnlag i resultatene og analysen vil jeg presentere mitt forslag til anbefaling. Analysen og min anbefaling vil jeg forsøke å bygge opp med utgangspunkt i "Lean"-tenkning. (se kapittel 5.5) Jeg har tidligere i oppgaven fokusert på "Å spesifisere verdien" (se kapittel 7.1) og "Å identifisere verdistrømmen" (se kapittel 7.2). Årsaken til at jeg velger å benytte "Lean"-tenkningen så aktivt er at den foreløpig er lite brukt innenfor helsetjenesten til tross for at den har vist seg effektiv også innenfor dette tjenesteområdet. Et annet argument for å benytte "Lean"-tenkningen er forventningene om effektivisering innenfor helsetjenesten, der det naturlig nok må være et fokus på unødig tidssløsing i behandlingsprosessene. Hvis jeg tar utgangspunkt i at "Lean"-tenkningen er fundert på den klassiske organisasjonsteoriens maskinmetafor, ligger det også noen utfordringer knyttet til mitt valg. Mekaniske forestillinger har en tendens til å undervurdere de menneskelige sidene ved organisasjonen. Dette kan blant annet medføre at organisasjonen vil ha store problemer med å tilpasse seg endrede omgivelser, føre til likegyldighet, ha uønskede konsekvenser fordi at ansatte setter egne interesser foran organisasjonens mål samt at ansatte kan oppleve dette som nedverdiggende (Morgan 2004).

8.1.1 Presentasjon av respondentene

Alle pasienter kontorkoordinator tok kontakt med svarte ja. Det vil si at hun kun var i kontakt med ti pasienter totalt. I mitt materiale har jeg ni pasienter. Dette har sin bakgrunn i at jeg, tross flere forsøk, ikke har lyktes i å få kontakt med en av de ti pasientene. Jeg kunne selvsagt ha bedt vår kontorkoordinator om å forespørre en annen pasient, men jeg har valgt å ikke gjøre dette da min målsetting var 8 – 10 pasienter.

Nedenstående tabell viser kjønnsfordeling, hvor pasientene har hatt sitt behandlingstilbud i 2. linjetjenesten, hvilket behandlingstilbud de hadde ved intervju tidspunkt, og om dette var første gang de har hatt behov for hjelp for sine psykiske plager eller om de har hatt behov for hjelp to eller flere ganger. Fire av de pasientene jeg intervjuet hadde hatt et poliklinisk behandlingstilbud i 2. linjetjenesten, og fem pasienter hadde vært innlagt.

<i>Kjønn</i>		<i>Behandling i 2. linje</i>		<i>Status behandling ved intervju tidspunkt</i>			<i>1. gang behov for hjelp?</i>	
<i>Kvinner</i>	<i>Menn</i>	<i>Poliklinikk</i>	<i>Innleggelse</i>	<i>1.linje</i>	<i>2.linje</i>	<i>Ingen</i>	<i>Ja</i>	<i>Nei</i>
6	3	4	5	0	4	5	4	5

Figur 8.1 Respondenter (Egen tabell).

66 % av mine respondenter er kvinner, og 33 % er menn. Psykiatrisk klinikk statistikk for 2008, viser at gjennomsnittlig kjønnsfordeling av de som hadde fått et behandlingstilbud var ca. 57 % kvinner og ca. 43 % menn. Antall behandlede unike pasienter i 2008: Poliklinikk 2 022 (1 166 kvinner og 856 menn). Innleggelse 376 (196 kvinner og 180 menn).

Pasientene som ble intervjuet er hjemmehørende i 6 av de 16 kommuner som er i opptaksområdet for Sykehuset Namsos og DPS Kolvereid. (Se kapitler 4.5 ”1. linjetjenesten” og 4.6 ”2. linjetjenesten”). Intervjuede pasienter har bosted i følgende kommuner i alfabetisk rekkefølge: Fosnes, Grong, Namsos, Osen, Overhalla og Vikna. De 6 kommunene har 25 000 innbyggere av et samlet innbyggertall i hele opptaksområdet på 41 000. Pasientene kommer fra kommuner som har fra det laveste innbyggertall og det høyeste innbyggertall. Jeg mener derfor at jeg har et representativt utvalg. 8 av de 9 pasientene har vært innom 1. linjetjenesten, uten at dette sier noe om det behandlingstilbudet de har fått der. Dette kommer jeg tilbake til.

I henhold til min problemstilling hadde jeg som målsetting å velge 8 – 10 pasienter som har startet sin behandling i 1. linjetjenesten, som hadde fått behandling i 2. linjetjenesten, og som var i behandling 1 linjetjenesten. Som ovenstående tabell viser, var det ingen av pasientene som var i behandling i 1. linjetjenesten på intervju tidspunktet. Av de ni pasientene jeg intervjuet hadde fire startet på et nytt behandlingstilbud i 2. linjetjenesten, mens fem pasienter ikke hadde noe behandlingstilbud etter avslutning av behandling i 2. linjetjenesten. For fire av

pasientene var det første gang de hadde behov for hjelp med sine psykiske plager, mens for fem var dette for andre gang eller at de hadde hatt behov for hjelp flere ganger.

8.1.2 Egen rolle

Som jeg skrev i kapittel 4.1 "Om meg selv", har jeg valgt å forske innenfor et område der jeg selv er ansatt og har arbeidet i mange år. Fordelen med dette er at jeg har god oversikt og nærhet til feltet, samtidig som jeg står i fare for å ha forutinntatte holdninger og meninger om det tema jeg skal forsøke å belyse.

Jeg valgte derfor å ringe pasientene på ettermiddag, kveld eller helg. Dette valgte jeg av to årsaker. Først for at jeg som intervjuer ikke skulle bli forstyrret av jobbmessige spørsmål i intervjusituasjonen. For det andre for å forsøke å markere at intervjuet var en del av min masterutdanning, og ikke en del av mitt arbeid som avdelingsleder i 2. linjetjenesten.

Ut over dette forsøkte jeg å lytte med åpent sinn til hva pasientene fortalte meg om sine opplevelser. Jeg tok i mot deres informasjon uten å stille noen spørsmål eller kommentere innholdet i det de sa. De eneste gangene jeg stilte spørsmål ut over intervjuguiden, var de gangene jeg hadde behov for å få bekreftet at jeg hadde forstått riktig eller for å be om eventuelle konkrete eksempler som kunne tydeliggjøre deres opplevelser. I intervjuene forsøkte jeg å følge Wretmarks grunnregler for aktiv lytting (Wretmark 1979). Ingen av pasientene problematiserte koblingen mellom min jobb og min undersøkelse. I stedet sa de fleste uoppfordret at de mente det var riktig og bra at noen gjorde denne type undersøkelse. Det at alle pasienter som ble spurt om å delta sa ja med en gang, er en bekreftelse på dette.

8.2 Validitet, reliabilitet og relevans

Det som selvsagt kan diskuteres er om jeg har valgt de riktige intervju spørsmål for å kunne svare på min problemstilling og mine 4 forskningsspørsmål? Dette avgjør validiteten i min sammenheng. Jeg mener at mine intervju spørsmål er gyldige og relevante (valide) i forhold til å kunne belyse pasientenes opplevelser i forhold til min problemstilling og mine 4 forskningsspørsmål. Før intervjuene gjennomførte jeg en "pre-test" (se kapittel 7.6 "Intervju spørsmål"). Dette gjør at mine spørsmål sannsynlig har stor grad av validitet.

Intervjuspørsmålene og intervjuguiden har vært til god hjelp i forhold til målesikkerhet. I og med at jeg har gjentatt samme intervju ni ganger, har jeg selv fått testet reliabiliteten. Det har vært stort samsvar mellom de intervjuede pasientenes forståelse av mine spørsmål. Min erfaring etter intervjurunden er også at når man velger en blanding av kvalitativ og kvantitativ metode, så vil det enkelte intervju bli unikt. Hvert intervju vil bli preget av den enkelte pasient og meg, samt kommunikasjonen oss i mellom. Hvor godt forberedt er vi? Hvordan fungerer samtalen oss i mellom? Hvilke assosiasjoner og opplevelser får eller har pasienten i forhold til de spørsmål jeg stiller? Hvor mye må pasienten forklare for at jeg skal forstå hans opplevelse? Som jeg har vært inne på tidligere tror jeg at påliteligheten og troverdigheten av mine funn er forholdsvis høy. Samtidig som det på grunn av at det enkelte intervju er unikt, vil være usikkerhet knyttet til om andre ville fått akkurat de samme svarene. Ref. kapittel 5.3 ”Kommunikasjon”.

Mine respondenter er valgt ut på en ryddig måte, som et tilfeldig og naturlig utvalg. Som en sluttkommentar når det gjelder min undersøkelse vil jeg derfor si at resultatene har intern gyldighet for den gruppen jeg har undersøkt. Og i så måte kan jeg med utgangspunkt i mine funn, presentere forslag til tiltak. Men mine funn kan ikke sies å være overførbare til hele pasientgruppen. En metode som kunne hjulpet i så måte er ”metodetriangulering”. Metodetriangulering handler om å kontrollere data og konklusjoner ved å kombinere ulike metoder, ulike intervjuere, ulike kontekster og ulike personer som analyserer data (Jacobsen 2005). I den grad mine funn samsvarer med det jeg har presentert i kapittel 2 ”Bakgrunn for problemstilling” og kapittel 6 ”Dagens situasjon innen psykisk helsearbeid”, kan jeg si at det er en styrke. Dette kommer jeg nærmere tilbake til i kapittel 8.4 ”Analyse og drøfting”.

8.3 Presentasjon av resultater

Jeg vil her presentere et sammendrag av respondentenes svar på mine intervjuspørsmål enkeltvis innenfor hvert av mine fire forskningsspørsmål. Som avslutning på det enkelte intervjuspørsmål, vil jeg gi en kort oppsummering av respondentenes svar med en kort vurdering. Til slutt vil jeg presentere en samlet oppsummering av resultatet av min undersøkelse.

8.3.1 Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 1. linjetjenesten?

Intervjuspørsmål.

- ✓ I hvilken grad har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg i 1. linjetjenesten?
- ✓ Har det vært lett eller vanskelig å få kontakt med ansatte i 1. linjetjenesten når du har hatt behov?
- ✓ Hvis det har vært aktuelt? Hvordan synes du 1. linjetjenesten samarbeider med ulike offentlige etater for å hjelpe deg med praktiske problemer?
- ✓ Hvis det har vært behov for å trekke inn dine pårørende? Hvordan har de du har hatt kontakt med i 1. linjetjenesten samarbeidet med dine pårørende?
- ✓ Er dine psykiske plager blitt bedre eller verre nå, sammenlignet med før du startet behandlingen i 1. linjetjenesten?

Sammendrag av intervju

- ✓ I hvilken grad har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg i 1. linjetjenesten?

Sju av de ni pasientene jeg intervjuet svarte at de kun hadde vært i kontakt med fastlege. En hadde vært i kontakt med fastlege og psykiatrisk sykepleier, og en ble henvist til 2. linjetjenesten av annen spesialist i 2. linjetjenesten. De som kun hadde vært i kontakt med fastlege opplevde at de hadde hatt innflytelse, og sa følgende; *”Fastlege anbefalte behandling på sykehuset. Ingen diskusjon om behandlingsopplegg utenom det.”* – *”Jeg har hatt innflytelse i form at jeg fikk velge behandlingssted selv.”* – *”Jeg spurte selv om å bli henvist til psykiatrisk poliklinikk.”* – *”Ja, jeg har selv bedt om behandling i sykehuset, og valgt behandlingssted.”* Den ene pasienten som i tillegg til fastlege har hatt kontakt med psykiatrisk sykepleier i 1. linjetjenesten, tok initiativ til kontakt med psykiatrisk sykepleier selv. Denne pasienten har opplevd at han har hatt stor innflytelse på valg av behandlingsopplegg i 1. linjetjenesten, og at det har vært et reelt behandlingstilbud i 1. linjetjenesten.

Kort oppsummering

❖ Åtte av åtte pasienter som har vært i kontakt med fastlege opplevde at de har hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg. -

❖ En av ni pasienter har opplevd å ha hatt et behandlingstilbud i kommunen.

Vurdering - Innflytelse ser bra ut, men har de blitt presentert for ulike alternativer? At kun en har hatt et behandlingstilbud er ikke i tråd med de nasjonale målsettingene!

✓ Har det vært lett eller vanskelig å få kontakt med ansatte i 1. linjetjenesten når du har hatt behov?

Fem av de åtte som har hatt kontakt med fastlege, har opplevd at det er lett å få kontakt. Den som i tillegg har hatt kontakt med psykiatrisk sykepleier sier følgende; *"Ansatte har vært imøtekommende. Jeg ga fastlegen beskjed om at jeg selv tok kontakt med psykiatrisk sykepleier. Tok kontakt, og fikk hjelp veldig fort."* En hadde varierende erfaring. *"Har tidligere hatt annen fastlege som var svært imøtekommende og forståelsesfull. Nåværende fastlege har jeg opplevd mer negativ. Har måttet si fra for å bli hørt."* En annen sa følgende. *"I utgangspunktet er det lett, men ustabil legedekning gjør at man stadig må forholde seg til nye leger. Jeg opplever også at det er vanskelig på grunn av dårlige språkkunnskaper hos mange utenlandske vikarleger."* En tredje trakk fram utfordringer knyttet til vansker med kontakt, når det er et anstrengt forhold mellom pasient og ansatte i 1. linjetjenesten. En av de som svarte at det var lett, sa samtidig *"...men det oppleves at fastlegen har det hektisk/travelt, så jeg ikke har fått fram det jeg hadde tenkt å si. Har fungert bedre etter hvert, når jeg og fastlegen har blitt bedre kjent."*

Kort oppsummering

❖ Fem av åtte pasienter har opplevd at det er lett å få kontakt med fastlege.

❖ Tre av åtte pasienter har opplevd problemer i forbindelse med kontakten.

❖ En av åtte pasienter har vært i kontakt med andre i 1. linjetjenesten.

Vurdering – Er kontakten tilpasset pasientenes behov og situasjon? Hvordan håndteres problemsituasjoner? Hvor er helheten?

- ✓ Hvis det har vært aktuelt? Hvordan synes du 1. linjetjenesten samarbeider med ulike offentlige etater for å hjelpe deg med praktiske problemer?

En svarte ”Ja det har vært aktuelt, og det har fungert veldig bra. Eksempelvis støtte og hjelp i forhold til kontakt med NAV.” En annen svarte ”Har hatt kontakt med barnevernskonsulent i forhold til eget barn. Det har fungert veldig bra.” To svarte at det ikke har vært aktuelt, da de har ordnet opp selv. En tredje har ordnet opp selv, fordi han har opplevd samarbeidsproblemer med ansatte i 1. linjetjenesten. En annen svarte ”Jeg har ikke blitt tilbudt hjelp. Kunne tenkt meg hjelp, noen ganger i dårlige perioder. To har fått hjelp fra 2. linjetjenesten i kontakt med NAV, en av disse har ordnet kontakten med NAV selv men ”...fått hjelp i forbindelse med å søke om utsettelse av studier i de perioder det har vært behov for det”.

Kort oppsummering

- ❖ To av åtte pasienter har fått hjelp, og opplevd samarbeidet mellom 1. linjetjenesten og andre offentlige etater som bra.
- ❖ Tre av åtte pasienter har ikke ønsket hjelp.
- ❖ En av åtte pasienter hadde ønsket hjelp, men ikke fått tilbud.
- ❖ To av åtte pasienter har fått hjelp av 2. linjetjenesten.

Vurdering – Viktig at behov blir klarlagt og tilbud om tilpasset hjelp blir gitt.

- ✓ Hvis det har vært behov for å trekke inn dine pårørende? Hvordan har de du har hatt kontakt med i 1. linjetjenesten samarbeidet med dine pårørende?

Fem av de åtte som har vært i kontakt med 1. linjetjenesten, svarte at det ikke har vært behov for det. En sa at ”det ikke har vært aktuelt, på grunn av samarbeidsklimaet mellom meg selv og ansatte i kommunen”. En annen sa; ”Ja, det har vært behov for det. Jeg er fornøyd med måten det har blitt gjort på. Har blitt tatt med på råd.” En tredje sa; ”Pårørende har bistått meg når det har vært behov for det i kontakten med fastlegen. Pårørende har blitt møtt og ivaretatt på en god måte. Har deltatt når det har vært behov for det, og fått beskjed av fastlegen når det ikke var ønskelig i de tilfeller der jeg og fastlege skulle diskutere saker som det ikke var naturlig at pårørende deltok i. Dette har jeg opplevd som riktig og positivt. Det er ikke alle detaljer pårørende trenger å kjenne til.”

Kort oppsummering

- ❖ To av åtte pasienter sa at det har vært behov for å trekke inn pårørende, og at det har fungert bra.
- ❖ Seks av åtte pasienter sa at det ikke har vært behov for å trekke inn pårørende.

Vurdering – Pårørende er viktig, men vurdering må foretas av pasienten selv.

- ✓ Er dine psykiske plager blitt bedre eller verre nå, sammenlignet med før du startet behandlingen i 1. linjetjenesten?

To opplever at de har blitt bedre. En av disse sa; *"Jeg ble bedre. Behovet var imidlertid så omfattende, at psykiatrisk sykepleier anbefalte at jeg ble henvist til psykiatrisk poliklinikk. Noe jeg var enig i."* Den andre som ble bedre sa at *"Jeg opplever at jeg har vært en av de heldige som har blitt hørt!"* En svarte; *"Fikk ingen behandling i kommunen, men viderehenvisning til sykehuset var til stor hjelp."* En annen opplevde at han ikke har fått noe reelt tilbud i 1. linjetjenesten. En svarte at *"Jeg har ikke gått i behandling hos fastlegen for mine psykiske plager"*. En svarte at *"Jeg har ikke fått behandling i kommunen. Var lovet hjelp fra psykiatrisk team i kommunen ved utskrivelse, men de har ikke tatt kontakt."* En svarte ingen endring, *"...har lært meg å takle mine problemer selv."* En svarte; *"Fastlegen har hjulpet til med praktiske forhold. Eksempelvis medikamentell behandling. Ikke deltatt i det som jeg opplever som den aktive behandling. Det vil si samtaler om mine problemer."*

Kort oppsummering

- ❖ Sju av åtte pasienter opplever at de ikke har fått noe behandlingstilbud i 1. linjetjenesten.
 - ❖ En av åtte pasienter opplever å ha fått et behandlingstilbud og blitt bedre.
- Vurdering* - At kun en pasient har hatt et behandlingstilbud er ikke i tråd med målsettingene!

8.3.2 Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 2. linjetjenesten?

Intervjuspørsmål.

- ✓ I hvilken grad har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg i 2. linjetjenesten?
- ✓ Har det vært lett eller vanskelig å få kontakt med ansatte i 2. linjetjenesten når du har hatt behov?
- ✓ Hvis det har vært aktuelt? Hvordan synes du 2. linjetjenesten samarbeider med ulike offentlige etater for å hjelpe deg med praktiske problemer?
- ✓ Hvis det har vært behov for å trekke inn dine pårørende? Hvordan har de du har hatt kontakt med i 2. linjetjenesten samarbeidet med dine pårørende?
- ✓ Er dine psykiske plager blitt bedre eller verre nå, sammenlignet med før du startet behandlingen i 2. linjetjenesten?

Sammendrag av intervju

- ✓ I hvilken grad har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg i 2. linjetjenesten?

Åtte av de ni pasientene som jeg har intervjuet svarte at de har hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg. Det ene som ikke svarte positivt har en annen forklaring. *”Nei, men behandler var grei nok. Mitt problem var at jeg ikke så meg råd til å gå i behandling over lengre tid. Dette på grunn av egenandelskostnaden. Med 6 500 kroner i inntekt og 3 000 kroner i husleie blir det ikke mye igjen.”* Noen utfyllende kommentarer fra enkelte av de åtte som opplevde at de hadde innflytelse; *”Jeg har hatt innflytelse, men behandler i sykehuset anbefalte behandlingsopplegg. Jeg fikk komme med innspill.”* - *”Ja, jeg har hatt innflytelse. Jeg ble spurt om både behov, ønsker og mål. Utarbeidet behandlingsplan sammen med behandlende psykolog.”* - *”Ja, stort sett greit. Jeg har noen ganger følt meg ”pushet” eller ikke hørt eksempelvis i forhold til permisjoner og utskrivelse. Men det kan ha vært en god tanke bak.”*

Kort oppsummering

- ❖ Åtte av ni pasienter som har vært i kontakt med 2. linjetjenesten har opplevd at de har hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg.
 - ❖ En av ni pasienter avbrøt sitt behandlingstilbud på grunn av egenandelskostnadene.
- Vurdering - Innflytelse ser bra ut, men har de blitt presentert for ulike alternativer?*

- ✓ Har det vært lett eller vanskelig å få kontakt med ansatte i 2. linjetjenesten når du har hatt behov?

Åtte av pasientene svarte at det har vært lett eller veldig lett. Den ene som svarte litt vanskelig sier følgende; *"Litt vanskelig. Fungerte bedre under siste innleggelse enn under tidligere innleggelser. Har opplevd at ansatte var forsinket, og jeg har måttet vente i forhold til avtaler. Men jeg møtte mine behandlere ofte."* Andre kommentarer var; *"Lett. Vi har god kontakt. Jeg kan ta kontakt med behandler når jeg vil, og behandler tar kontakt med meg uoppfordret."* – *"Lett. Henvisning ble behandlet raskt. Jeg var til vurderingssamtale for å avklare rett til behandling. Fikk raskt svar og rask start av behandling."* – *"Lett. Også de gangene jeg har hatt behov for hjelp raskt."* En av pasientene pekte på en annen problemstilling for pasienter som går i poliklinisk behandling; *"Ja, på dagtid i forhold til poliklinikk. Men jeg savner mulighet for kontakt på ettermiddag, kveld og helg. Jeg må da gå via fastlegen."*

Kort oppsummering

- ❖ Åtte av ni pasienter opplever at det har vært lett eller veldig lett å få kontakt med ansatte i 2. linjetjenesten.
 - ❖ En av ni pasienter opplever at det har vært litt vanskelig.
- Vurdering – Veldig bra! Førstekontakten er viktig, og at den er tilpasset behov og situasjon.*

- ✓ Hvis det har vært aktuelt? Hvordan synes du 2. linjetjenesten samarbeider med ulike offentlige etater for å hjelpe deg med praktiske problemer?

Fire har fått hjelp. To av disse har fått hjelp i forhold til det de hadde behov for. De to andre hadde følgende tilleggskommentar; *”Jeg har fått hjelp i forhold til NAV. Veldig greit at behandler har holdt styr på det, når jeg ikke har hatt krefter til det.”* – *”Behandler i poliklinikk har hjulpet meg å kontakte NAV. Hun har også deltatt i møter med NAV.”* For fire av pasientene hadde dette ikke vært aktuelt, lite aktuelt eller pasienten har ønsket å ordne dette selv. En pasient *”har fått tilbud om hjelp, men har ikke behov eller føler det er vanskelig å få hjelp av andre. Jeg liker ikke å skyve andre foran meg.”*

Kort oppsummering

- ❖ Fire av ni pasienter har fått hjelp, og opplevd at samarbeidet mellom 2. linjetjenesten og andre offentlige etater fungerte bra.
- ❖ Fire av ni pasienter har ikke hatt behov eller ønsket å gjøre dette selv.
- ❖ En av ni pasienter har fått tilbud om hjelp, men ikke ønsket det.

Vurdering - Viktig at behov blir klarlagt og tilbud om tilpasset hjelp blir gitt. Men er dette 2. linjetjenestens oppgave?

- ✓ Hvis det har vært behov for å trekke inn dine pårørende? Hvordan har de du har hatt kontakt med i 2. linjetjenesten samarbeidet med dine pårørende?

Dette har det ikke vært et behov for seks av de pasienter jeg har intervjuet, mens tre pasienter sa at det har vært et behov. Alle disse tre pasientene har vært innlagt. *”Min mann har deltatt. Dette har fungert veldig bra. Han har hatt åpen linje inn, og kunne ta kontakt ved behov.”* – *”Min mann deltok når jeg var i en dårlig fase.”* – *”Ja, pårørende har deltatt i behandlingsmøter. Dette har fungert upåklagelig, og pårørende har blitt godt mottatt.”*

Kort oppsummering

- ❖ Tre av ni pasienter har hatt behov for å trekke inn pårørende, og opplevd at samarbeidet har fungert bra.
- ❖ Seks av ni pasienter har ikke hatt behov for å trekke inn pårørende.

Vurdering - Pårørende er viktig, men vurdering må foretas av pasienten selv.

- ✓ Er dine psykiske plager blitt bedre eller verre nå, sammenlignet med før du startet behandlingen i 2. linjetjenesten?

Sju av pasientene svarte at de har blitt mye bedre, bedre eller at de er i bedring. *”Jeg har blitt mye bedre. Jeg tror at det å ha samme behandler hele tiden er veldig viktig.”* – *”Blitt bedre. Kjempebra!”* – *”Mye bedre. Blitt bra! Har nådd målsettingene som ble satt.”* – *”Mye bedre. Er fornøyd. Var skeptisk til innleggelse i psykiatrien i forkant, men er positivt overrasket. Det var jo ”normale forhold”.*” – *”Mye bedre! Behandler hadde tid, var en god samtalepartner og jeg fikk mange gode råd. Jeg har tilbud om å komme tilbake, via henvisning fra fastlege, hvis jeg får behov.”* – *”Blitt bedre. Har fått tid til å samle meg. Og noen ganger er det kanskje nødvendig med et ”spark i rævva”.*” En pasient var *”bedre i en periode, men er verre nå.”* En pasient som har gått i poliklinisk behandling sa *”ingen endring. Jeg har lært meg å takle mine problemer selv, på egen hånd.”*

Kort oppsummering

- ❖ Sju av ni pasienter har blitt mye bedre, bedre eller er i bedring.
- ❖ En av ni pasienter har blitt bedre i en periode.
- ❖ En av ni pasienter har ikke opplevd noen endring.

Vurdering – Bra! Hva skjer ved forverring? Vurderes andre behandlingsmuligheter når det ikke skjer noen endring?

8.3.3 Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer mellom 1. og 2. linjetjenesten?

Intervjuspørsmål.

- ✓ Opplever du at ansatt(e) i 1. og 2. linjetjenesten kjente til din situasjon og forutgående behandling da du skiftet tjenesteområde?
- ✓ Opplever du at det er sammenheng i behandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten?
- ✓ Hvordan opplever du at 1. og 2. linjetjenesten samarbeider med hverandre i forhold til dine behov?

Sammendrag av intervju

- ✓ Opplever du at ansatt(e) i 1. og 2. linjetjenesten kjente til din situasjon og forutgående behandling da du skiftet tjenesteområde?

Tre av pasientene svarte ja på dette spørsmålet. To av disse hadde vært i poliklinisk behandling og to hadde vært innlagt. *”Ja, sykehuset kjente situasjonen. Det er ikke aktuelt i forhold til kommunen, da jeg ikke har behov for kontakt der lengre.”* To av pasientene svarte *”både og. Det var lite informasjon i henvisninga fra fastlege. Det kunne stått mer i henvisninga. Fastlege og behandler kunne ha pratet i lag på forhånd. Som pasient bruker en både tid og penger på å være i behandling. Da er det synd at de to første behandlingstimen går med til å informere behandler.”* – *”Ja, når jeg var til vurderingssamtale. Men min faste behandler var ikke forberedt. Første time måtte benyttes til å gjenta historien.”* Tre svarte nei; *”Det var lite kunnskap i sykehuset. Jeg måtte gjenta historien på nytt. Det er mange å forholde seg til. Å måtte fortelle om og om igjen samme historie er ingen god situasjon. Måtte gjenta historien på nytt, også når jeg gikk fra innleggelse til poliklinisk behandling i samme sykehuset.”* – *”Jeg opplevde innleggelse som vanskelig. Ble møtt på en dårlig måte. Absolutt. Følte meg som en forbryter.”* – *”Nei, i liten grad. Måtte fortelle alt på nytt.”* En pasient svarte at det ikke var aktuelt.

Kort oppsummering

- ❖ Tre av ni pasienter har opplevd at ansatte kjente til sin situasjon og forutgående behandling når de skiftet tjenesteområde.
- ❖ To av ni pasienter svarte ”både og”.
- ❖ Tre av ni pasienter svarte nei.

Vurdering – Manglende eller liten kjennskap om forutgående behandling kan gi unødig lidelse og/eller problemer for pasientene.

- ✓ Opplever du at det er sammenheng i behandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten?

To pasienter svarte ja på dette spørsmålet. En pasient svarte *”Ja, mer og mindre”*. En pasient svarte *”Sykehuset tok det meste. De hadde ansvar for hele behandlninga. Jeg har ikke hatt*

kontakt med fastlege etterpå". En annen pasient svarer "Ikke fra kommunens side". To pasienter svarte nei; "Nei. Fastlegen måtte "krangle" meg inn. Når jeg dro til sykehuset visste jeg ikke om jeg fikk bli, eller måtte dra hjem igjen. Jeg ble innlagt." – "Nei. Fastlegen husket ikke at han hadde henvist meg, og han virket ikke interessert i innholdet i behandlingen som hadde foregått i psykiatrisk poliklinikk." En pasient svarte at det ikke var aktuelt, og en hadde ingen kommentar til spørsmålet.

Kort oppsummering

- ❖ To av ni pasienter opplever at det er sammenheng i behandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten.
 - ❖ Fem av ni pasienter opplever at det ikke er sammenheng.
- Vurdering - Manglende sammenheng i behandlingen kan gi unødig lidelse og/eller problemer for pasientene.*

✓ Hvordan opplever du at 1. og 2. linjetjenesten samarbeider med hverandre i forhold til dine behov?

To pasienter har hatt en positiv opplevelse; *"Jeg opplever at det har gått greit i forhold til egne behov." – "De samarbeider godt. Det har vært kontakt mellom psykolog og fastlege hele tiden for å sjekke opplysninger og planlegge sammen. Ansatte i poliklinikken har gitt råd til fastlege vedrørende sykmelding og medisiner." Begge disse pasientene har vært i poliklinisk behandling i 2. linjetjenesten. En pasient som har vært innlagt hadde litt "både og" opplevelse. "Ja, i forhold til praktisk hjelp, ikke i forhold til behandling. Men det er til stor hjelp for meg at kommunen/NAV følger rådene fra behandler. Det sparer meg for mange bekymringer, at jeg slipper å gjøre dette selv når jeg ikke er i form til det." To pasienter svarte at det er ukjent for dem; "Ukjent for meg. Det var en viss kontakt når det var etablert en ansvarsgruppe for en tid tilbake." – "Vet ikke? Fastlegen spør, men er mest opptatt av det formelle. Jeg har ikke inntrykk av at fastlegen har fått informasjon etter utskrivelse." To pasienter opplever at det ikke er noe samarbeid. En av disse har vært innlagt og en har hatt poliklinisk behandling; "Jeg opplever at det ikke er noe samarbeid. Det er ikke noen god opplevelse når du er avhengig av hjelp. Jeg håper at det etter hvert blir en "rød tråd" i samhandlinga, med pasienten i fokus." – "De hadde ikke noen kommunikasjon. Fastlege kjente for eksempel ikke til råd gitt av behandler i poliklinikk vedrørende å avvente oppstart i*

arbeid. Selv om dette stod i epikrisen. Dette skapte en del unødige problemer for meg.” En pasient svarte at det ikke var aktuelt, og en hadde ingen kommentar til spørsmålet.

Kort oppsummering

- ❖ To av ni pasienter opplever at 1. og 2. linjetjenesten samarbeidet med hverandre i forhold til pasientenes behov.
- ❖ En av ni pasienter svarte ”både og”. -
- ❖ To av ni pasienter svarte at det var ukjent for dem.
- ❖ To av ni pasienter svarte at det ikke var noe samarbeid.

Vurdering - Manglende samarbeid kan gi unødig lidelse og/eller problemer for pasientene.

8.3.4 Hva mener pasienter det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?

Intervjuspørsmål.

- ✓ Hva mener du er det viktigste framover for 1.linjetjenesten, for å bedre samarbeidet med og rundt sine pasienter lokalt?
- ✓ Hva mener du er det viktigste framover for 2.linjetjenesten, for å bedre samarbeidet med og rundt sine pasienter?
- ✓ Hva mener du er det viktigste framover, for å bedre samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten i behandlingen av sine pasienter?

Sammendrag av intervju

- ✓ Hva mener du er det viktigste framover for 1.linjetjenesten, for å bedre samarbeidet med og rundt sine pasienter lokalt?

En pasient svarte. ”Mer tverrfaglig samarbeid innad i kommunen, og mer helhetlig tilbud.” Noe lignende var tre andre pasienter opptatt av. ”Kommunen må ta aktivt kontakt med pasienten, og det må være gjensidighet i kontakten.” - ”Psykiatriteamet i kommunen må få informasjon om alle pasienter som utskrives eller avslutter behandling i sykehuset. Og de må ta aktivt kontakt med pasientene. Jeg ble lovet besøk hver uke for en god stund siden, men

ingenting har skjedd. Jeg har ikke orket å ta kontakt selv.” - ”Det er vanskeligere å komme med en psykisk lidelse, enn ei brekt arm. Savner derfor mer inkludering. At noen hadde kommet og snakket med meg. Dette kunne ha gått på informasjon om psykiske lidelser, og andre forhold knyttet til det å ha psykiske lidelse.”

En pasient svarte. *”Kommunen bør fortsette som nå. Sikre fortsatt god bemanning av psykiatriske sykepleiere, og vedlikeholde kompetansen i kommunen. Beholde dagens ”raske tilbud”. Det er godt og trygt for mennesker som får eller har psykiske plager. De psykiatriske sykepleierne er der ”på tima!” Jeg har tidligere erfaring fra annet sted i landet, der alt tok så lang tid at det ikke ble noe tilbud.”* En annen pasient var også opptatt av at tilbudet må gies raskt. *”Være ettergivende. Få mulighet for kontakt eller komme inn med en gang når behovet er der. Ikke måtte vente i 2-3 uker. Da er det for sent.”* En pasient svarte at *”fastlegen må ha mer tid. Nå er det kun korte konsultasjoner. Som ”kroniker” rekker jeg ikke en gang å gjennomføre alt. En konsultasjon går med til å skrive nye resepter. Må bestille ny time for å få tatt opp andre ting. Det blir ikke tid til å snakke om psykiske forhold. Jeg tør ikke si fra på grunn av at det er for liten tid. Fastlegen har ikke tid til å fokusere på helhet. Fastlegen virker heller ikke interessert. Jeg tror dette gjelder mange.”* To av pasientene hadde ingen kommentar til dette spørsmålet.

Kort oppsummering

- ❖ Fire av sju pasienter mente det viktigste for 1. linjetjenesten er å ha et mer tverrfaglig og helhetlig samarbeid.
- ❖ Fire av sju pasienter er opptatt av at tilbudet gies raskt.
- ❖ En av sju mente at 1. linjetjenesten hadde et bra samarbeid.
- ❖ En av sju pasienter er opptatt av at fastlegen må ha mer tid.

Vurdering – Behov for mer tverrfaglig og helhetlig samhandling.

✓ Hva mener du er det viktigste framover for 2.linjetjenesten, for å bedre samarbeidet med og rundt sine pasienter?

To pasienter svarte. *”Sykehuset har vært kjempeflink. Jeg har bare opplevd en liten bagatell. Men en liten bagatell kan bli ”alvor” når man er syk. Ansatte i sengepost opptrer ulikt, og har ulike ”regler”. Jeg fikk spørsmål om jeg hadde noen ønsker en tidlig morgen. Ønsket meg en kaffekopp, og ble tilbudt kaffe kl. 6 om morgenen. Får etterpå beskjed om at det ikke er*

anledning til å servere kaffe så tidlig på morgenen. Andre ansatte kan komme med kaffe på samme tidspunkt uten å spørre. Jeg har også opplevd kommunikasjonssvikt når det gjelder hvilken medikamentdose jeg skal ha.” - ”Jeg har hatt en veldig positiv opplevelse i poliklinikken. Eneste minus er at det kunne gå lang tid mellom hver samtale. Burde minimum vært samtale en gang pr måned.” En tredje pasient svarte. ”Bedre informasjon mellom sengepost og poliklinikk i voksenpsykiatrien. Jeg har også tidligere hatt tilbud i barne- og ungdomspsykiatrien. De har mye informasjon om meg, men denne er ikke videreformidlet til voksenpsykiatrisk. Jeg hadde ønsket det!” En fjerde pasient var opptatt av ”at ansatte i posten hilser når de går forbi. Følte at jeg ble sett ned på. Fikk mindreverdighetsfølelse. Jeg stiller også spørsmål med at det er bare en ansatt på allmennposten på ettermiddag og kveld, og at de har fått beskjed om å ikke ta aktivt kontakt med pasientene. Pasientene må selv gi melding om behov. Jeg stiller også spørsmål med at ansatte på dagtid kan skrive rapport om pasienter når de ikke har snakket med dem på flere dager?” To pasienter hadde samme svar som for 1. linjetjenesten. ”Være ettergivende. Få mulighet for kontakt/komme inn med en gang når behovet er der. Ikke måtte vente i 2-3 uker. Da er det for sent.” - ”Det er vanskeligere å komme med en psykisk lidelse, enn ei brekt arm. Savner derfor mer inkludering. At noen hadde kommet og snakket med meg. Dette kunne ha gått på informasjon om psykiske lidelser, og andre forhold knyttet til det å ha psykiske lidelse.” To pasienter mente at samarbeidet hadde fungert bra, og en pasient har ingen kommentar.

Kort oppsummering

- ❖ Fire av åtte pasienter mente at 2. linjetjenesten hadde et bra samarbeid.
- ❖ Tre av åtte pasienter mente at 2. linjetjenesten kan bli bedre på informasjon og kommunikasjon.
- ❖ En av åtte savnet bedre informasjon mellom ulike enheter.

Vurdering – Bra, men behov for fokus på informasjon og kommunikasjon.

✓ Hva mener du er det viktigste framover, for å bedre samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten i behandlingen av sine pasienter?

Fem pasienter svarte følgende. ”Innhente mer informasjon i forkant. Være mer forberedt. Det må være mer kontakt mellom fastlege og behandler.” - ”Jeg opplever det som to atskilte enheter. Lite eller ingen kommunikasjon. Virker ikke som ansatte synes det er så nøye, at

pasientene må gjenta samme historie flere ganger. Det er ikke pasienten som er i fokus.” -
”Jeg vil foreslå at det arrangeres et felles møte ved avslutning av behandling i sykehuset, der
både fastlege, behandler og andre aktuelle deltar. Dette ville gitt mer sammenheng i
behandlingen, og man kunne unngått mange frustrasjoner for pasienten. Man kunne da ha
unngått ”rot i alle ender”. Jeg opplever at det blir en brå overgang fra behandler i
psykiatrisk poliklinikk som har tid, til fastlegens travelhet. Opplever at man blir stående
alene.” - ”Psykiatriteamet i kommunen må informeres. Det er det viktigste. Jeg ønsker også å
ta opp et praktisk problem. Frikortordningen er komplisert i forhold til at man må legge ut,
holde styr på kvitteringer hvis man glemmer kortet og oppsøke NAV for å få refundert
utgiftene.” - ”Fastlegen hadde ingen informasjon om meg fra tidligere behandlinger når jeg
kom siste gang. Jeg måtte starte på nytt, å fortelle om de vanskelige tingene. Savner også mer
ansvarlighet i forhold til medikamentell behandling. Ting som er besluttet vedrørende
endringer i medikasjon blir ikke fulgt opp som bestemt. Jeg har opplevd at det er fravær av
systematisk vurdering av medikamentell behandling underveis, eksempelvis i forhold til
dosering av medikamenter og hvor lenge man skal bruke ulike medikamenter.” En pasient
svarte. ”Det fungert kjempegodt for meg. Viktig med god samhandling mellom fastlege og
behandler i sykehuset underveis i et behandlingsforløp.” Tre av pasientene hadde ingen
kommentar. En av disse sa følgende. ”Jeg har ingen kommentar til spørsmålet, men jeg har
en sluttkommentar - Det er gitaren og musikken som har hjulpet meg. Ingen andre. Jeg får da
andre tanker, og de negative tankene forsvinner.”

Kort oppsummering

- ❖ Fem av seks pasienter mente at samarbeidet kan bli mye bedre i forhold til informasjonsutveksling og forberedelse.

- ❖ En av seks pasienter hadde opplevd at samarbeidet fungerte bra.

Vurdering – Behov for mer fokus på informasjonsutveksling og forberedelse til mottak av pasient.

8.3.5 Oppsummering av resultat

”Lean”-tenkningen (se kapittel 5.5, 7.1 og 7.2) sier at når man skal identifisere verdistrømmen, må man ha fokus på tre ulike oppgaver: Problemløsning, informasjonsforvaltning og fysisk forandring. I arbeidet med å identifisere verdistrømmen, vil

man ofte finne tre typer av forhold innen de ulike fasene: Noen trinn i prosessen er helt klart verdiskapende. Noen trinn i prosessen vil ikke være verdiskapende, men er unngåelige på grunn av teknologi eller ”produksjonsforhold”. (Ofte kalt type 1 ”Muda/sløsing”.) Noen trinn i prosessen skaper ikke verdi, og kan unngås med en gang. (Ofte kalt type 2 ”Muda/sløsing”.)

Hvis man skal lykkes i arbeidet med å ha en ”optimal” verdistrøm må man ha et helhetlig og kontinuerlig fokus på de ulike oppgavene og prosessene slik at man får bort unødig ”Muda/sløsing”.

<i>Forskningsspørsmål</i>	<i>Resultat</i>	<i>Type sløsing</i>
Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 1. linjetjenesten? - Innflytelse? - Lett å få kontakt? - Samarbeid med andre? - Samarbeid med pårørende? - Blitt bedre eller verre?	Har innflytelse på valg av behandlingsopplegg. Det er lett å få kontakt med fastlege, men ikke andre. Samarbeidet med andre offentlige etater fungerer bra. Samarbeidet med pårørende fungerer bra. 1 av 9 pasienter får et behandlingstilbud i 1. linjetjenesten.	Gjøre feil ting. Unødvendig transport. Venting. Gjøre arbeid som ikke tilfredsstillende verdi. Ikke utnytte ansattes kompetanse.
Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 2. linjetjenesten? - Innflytelse? - Lett å få kontakt? - Samarbeid med andre? - Samarbeid med pårørende? - Blitt bedre eller verre?	Har innflytelse på valg av behandlingsopplegg. Det er lett å få kontakt med ansatte i 2. linjetjenesten. Samarbeidet med andre offentlige etater fungerer bra. Samarbeidet med pårørende fungerer bra. 7 av 9 pasienter blir bedre.	Gjøre feil ting. Venting. Bruke for mye ressurser.
Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer mellom 1. og 2. linjetjenesten? - Kjente til situasjon ved skifte? - Sammenheng i behandlingen? - Samarbeider med hverandre?	3 av 9 pasienter opplever at ansatte kjente til sin situasjon og forutgående behandling når de skiftet tjenesteområde. 2 av 9 pasienter opplever at det er sammenheng i behandlingen. 2 av 9 pasienter opplever at 1. og 2. linjetjenesten samarbeider med hverandre i forhold til pasientenes behov.	Gjøre feil ting. Overproduksjon. Unødvendig transport. Venting. Bruke for mye ressurser. Unødvendig flytting av ressurser. Gjøre arbeid som ikke tilfører verdi. Ikke utnytte ansattes kompetanse.

<p>Hva mener pasienter det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?</p> <ul style="list-style-type: none"> - I 1. linjetjenesten - I 2. linjetjenesten? - Mellom 1. og 2. linjetjenesten? 	<p>1.linjetjenesten - Å etablere en tverrfaglig og helhetlig samhandling.</p> <p>2.linjetjenesten - Å bli bedre på informasjon og kommunikasjon.</p> <p>Mellom 1. og 2. linjetjenesten – 1. og 2. linjetjenesten må i fellesskap ha fokus på å bli bedre i forhold til informasjonsutveksling, forberedelse til mottak av pasient, ansvars- og oppgavefordeling.</p>	
--	--	--

Figur 8.2 Oppsummering av resultat (Egen tabell).

8.4 Analyse og drøfting

8.4.1 Intern samhandling i 1. linjetjenesten

1. linjetjenesten skal være den viktigste aktøren i helsetjenesten i Norge. At dette er et riktig valg og fokus, bekreftes av Starfield (2009) som gjennom å ha studert en rekke publiserte forskningsartikler konkluderer med at primær omsorg gir bedre helseresultater, lavere kostnader og større egenkapital i helse (se kapittel 5.6 ”Kritiske faktorer for et effektivt, rettferdig og tilstrekkelig helsesystem”) Gjennom flere nasjonale satsninger innenfor psykiske helsearbeid, er det psykiske helsetjenestetilbudet i kommunene styrket betydelig. Jeg viser her til kapittel 2 ”Bakgrunn for problemstilling” og første avsnitt i kapittel 3 ”Problemstilling og forskningsspørsmål”.

Ut fra de svar mine respondenter har gitt på mine intervju spørsmål, kan det synes som om 1. linjetjenesten på tross av dette ikke gir noe systematisk behandlingstilbud til mennesker med psykiske lidelser, verken hos fastlege og/eller andre ansatte med kompetanse i psykisk helsearbeid i 1. linjetjenesten. Syv av ni pasienter er henvist direkte til 2. linjetjenesten uten at pasientene opplever at det har vært noe forutgående behandlingstiltak i 1. linjetjenesten. En er henvist til 2. linjetjenesten fra annen spesialist i 2. linjetjenesten. Kun en av mine ni respondenter opplever at han har hatt et reelt behandlingstilbud i 1. linjetjenesten. Denne respondenten sier at han tok initiativ til dette selv. Mine funn kan tyde på at det er store utfordringer knyttet til den interne samhandlingen i 1. linjetjenesten?

Dette til tross opplever pasientene at de har hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg, noe som er i tråd med ett av kravene i Pasientrettighetsloven (se kapittel 5.2 "Samhandling"). Men jeg tillater meg å stille spørsmål med om hvorvidt pasientene har blitt presentert for hvilke ulike alternative behandlingstilbud som finnes, så lenge de fleste pasienter blir henvist direkte til 2. linjetjenesten? I følge Pasientrettighetsloven (1999) har pasienten rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Min undersøkelse gir ikke noe svar på om det er slik. Her hadde det vært interessant og gjennomført en supplerende undersøkelse, der pasientene hadde blitt spurt om dette. Men som jeg sa i kapittel 7.4 "Ethiske vurderinger", så makulerte jeg informasjon om den enkelte pasient når deres svar var overført til et fellesnotat. En ny intervjurunde kunne derfor ikke gjennomføres. Jeg får gjøre dette ved en senere anledning, eller overlate til andre å gjøre dette.

Pasientenes opplevelse av om det er lett eller vanskelig å få kontakt med 1. linjetjenesten bekrefter forhold som jeg har beskrevet i kapittel 5.3 "Kommunikasjon". Når man som pasient skal henvende seg til en behandler, er det viktig hvilket kommunikasjonsklima denne behandleren legger opp til. Det er også viktig som behandler å ha kunnskap om og oppmerksomhet rettet mot den "støy" som kan forekomme spesielt i kommunikasjon mellom pasient og behandler. Her er tilstrekkelig tid en viktig faktor. En annen utfordring er hvordan behandlere i 1. linjetjenesten opptrer når det oppstår samarbeidsproblemer med pasienten. De fleste kommuner i Sykehuset Namsos og DPS Kolvereid sitt nedslagsfelt har et forholdsvis lavt innbyggertall (se kapitlene 4.5 "1. linjetjenesten" og 4.6 "2. linjetjenesten"), og jeg spør meg hvilke alternative valg pasienter har hvis en slik situasjon skulle oppstå? Får de tilbud i en samarbeidende kommune eller henvises de til 2. linjetjenesten?

Ut fra de svar jeg har fått, opplever et flertall av pasientene at de har fått hjelp til samarbeid med ulike offentlige etater med praktiske problemer hvis de har hatt behov eller ønsket slik hjelp. Samarbeidet med pårørende har også fungert godt, de ganger det har vært behov for det.

I min "Oppsummering av resultat" (kapittel 8.3.5) har jeg med bakgrunn i "Lean"-tenkning, trukket fram fem typer sløsing som jeg mener, ut fra mine funn, preger samhandlingen internt i 1. linjetjenesten. Disse er å gjøre feil ting, unødvendig transport, venting, gjøre arbeid som ikke tilfredsstillende verdi og ikke utnytte ansattes kompetanse. I forhold til å "gjøre feil ting"

mener jeg det er feil å henvise pasientene fra 1. linjetjenesten til 2. linjetjenesten uten at behandlingstiltak i 1. linjetjenesten er vurdert. Dette mener jeg er type 2 sløsing som ikke skaper verdi for pasienten (se kapitlene 5.5.1 "Fem hovedprinsipp" og 5.5.2 "Muda – Waste – sløsing"), og som kan unngås med en gang. For de pasienter som eventuelt er unødvendig henvist medfører dette både "unødvendig transport" gjennom av pasientene må reise til tilbud i 2. linjetjenesten, og "venting" på behandlingstilbud på grunn av den tid det tar fra henvisning blir sendt fra 1. linjetjenesten til pasienten får et behandlingstilbud i 2. linjetjenesten. Jeg mener også at denne situasjonen medfører at man "gjør arbeid som ikke tilfredsstillende verdi" for pasientene. De fleste av mine respondenter, har ikke sagt at de ikke ønsker et behandlingstilbud i 1. linjetjenesten. Et annet viktig punkt som jeg mener er type 2 sløsing, er at 1. linjetjenesten av den grunn "ikke utnytter ansattes kompetanse". Det er gjennom flere år brukt store beløp nasjonalt for å bygge opp antall ansatte med kompetanse i psykiske helsearbeid i 1. linjetjenesten (se kapittel 3 "Problemstilling og forskningsspørsmål").

8.4.2 Intern samhandling i 2. linjetjenesten

2. linjetjenesten skal undersøke og behandle mennesker med psykiske lidelse (se kapittel 4.6 "2. linjetjenesten"). Alle respondenter svarer at de har opplevd innflytelse på valg av behandlingsopplegg i 2. linjetjenesten. Men, som for 1. linjetjenesten, stiller jeg spørsmål med om hvorvidt pasientene har blitt presentert for hvilke ulike alternative behandlingstilbud som finnes? En av pasientene valgte å avslutte sin behandling på grunn av egenandelskostnadene. I 2009 må den enkelte pasient betale 1 780 kroner i egenandeler før man får frikort. Den eneste forskjellen i svarene fra pasienter som har gått poliklinisk og de pasienter som har vært innlagt, er at to av pasientene som har vært innlagt svarer at deres innflytelse startet når de ble bedre og var i stand til å delta. Dette er i tråd med Pasientrettighetsloven (se kapittel 5.2 "Samhandling"), som sier at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Pasientens helsesituasjon kan også være av en slik art, at vedkommende har vanskelig for å oppfatte hva som blir sagt eller vansker med å få uttrykt sine behov (se kapittel 5.3 "Kommunikasjon").

Åtte av ni respondenter opplever at det har vært lett å få kontakt. En respondent har blandet erfaring da han har opplevd at dette har variert under ulike innleggelse. At behandlere overholder avtaler og ikke lar pasienter vente, er viktig for å etablere tillit og jevnbyrdighet

(se kapittel 5.3 "Kommunikasjon"). Fra en respondent pekes det på at det for pasienter som går i poliklinisk behandling, kan være behov for kontakt utenom de fastsatte timeavtalene i poliklinikken. Pasienter som går i poliklinisk behandling bor hjemme mens behandlingen pågår. Her er det kanskje spesielt viktig å avklare pasientenes behov, og sikre at behovene blir ivarettatt i samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten (se kapittel 5.2 "Samhandling"). Jeg kommer tilbake med en konkretisering av dette senere i siste avsnitt.

Respondentene har en positiv opplevelse i forhold til hvordan 2. linjetjenesten samarbeider med ulike offentlige etater og pasientenes pårørende når det er behov for det. Sju av ni pasienter har blitt bedre, en har vært bedre i en periode, mens en sier at behandlingen ikke har gitt noe resultat.

I min "Oppsummering av resultat" (kapittel 8.3.5) har jeg med bakgrunn i "Lean"-tenkning, trukket fram tre typer sløsing som jeg mener, ut fra mine funn, preger samhandlingen internt i 2. linjetjenesten: Gjøre feil ting, venting og bruke for mye ressurser. Årsaken til at jeg trekker fram "å gjøre feil ting" er at pasient som går i poliklinisk behandling som har behov for kontakt med behandlere på ettermiddag, kveld og helg, har blitt henvist til å ta kontakt med fastlegen. Fastleger er vanligvis ikke tilgjengelig på disse tidspunktene av døgnet/uka, unntatt når fastlegen har legevakt men da er han som oftest opptatt med andre oppgaver. Dette mener jeg er type 2 sløsing som ikke skaper verdi for pasienten (se kapitlene 5.5.1 "Fem hovedprinsipp" og 5.5.2 "Muda – Waste – sløsing"), og som kan unngås med en gang. Her kan behandler i samarbeid med pasient undersøke mulighetene for at andre ansatte i 1. linjetjenesten kan benyttes i forhold til dette behovet. "Venting" handler om at pasient hadde opplevd å måtte vente på behandler. Unødvendig venting er sløsing med pasientens tid, og viser mangel på respekt. Mine respondenters svar viser at det er fire pasienter som har fått hjelp av ansatte i 2. linjetjenesten i kontakten med andre offentlige etater, mens det kun er to som har fått tilsvarende hjelp av ansatte i 1. linjetjenesten. Ansvaret for denne type kontakt mener jeg ligger hos 1. linjetjenesten (se kapittel 4.5 "1. linjetjenesten), og at det her kan være grunnlag for å si at 2. linjetjenesten "bruker for mye ressurser". Når dette er sagt, forstår jeg at situasjonen kan bli slik så lenge det er 2. linjetjenesten som ser ut til å sitte med hovedansvaret for det meste av den behandling som blir gitt.

8.4.3 Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten

Et flertall av pasientene sier at ansatte ikke kjente til pasientens situasjon og forutgående behandling da de skiftet tjenesteområde. Som jeg sa i kapittel 5.1 "Samhandling", er det viktig å sikre gode overganger mellom 1. og 2. linjetjenesten. For å unngå unødig lidelse og problemer for pasientene, mener jeg det er en minimumsforventning at de som skal motta en pasient i behandling forbereder seg før første møtet med pasienten. Dette handler også om å vise respekt for pasienten og dennes tid. Første kontakt kan da i stedet benyttes til å sjekke ut om den informasjon man har tilegnet seg, er oppfattet riktig.

Bare to av mine respondenters svarte positivt på mine spørsmål om de opplever sammenheng i behandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten og om de opplever at 1. og 2. linjetjenesten samarbeidet med hverandre i forhold til pasientens behov. Dette sier meg at det her er store behov og muligheter for forbedring. Disse spørsmålene er etter min mening selve kjernen i samhandlingen. Når vi har et delt helsesystem i Norge (se kapittel 1.1 "Generell del"), er det de ansatte innenfor de ulike deltjenestene sitt ansvar i fellesskap å sikre at pasienten opplever en "sømløs" helhet. Dette funnet i min undersøkelse samsvarer godt med bakgrunnen for at helse- og omsorgsministeren mener det er behov for en Samhandlingsreform (se kapittel 6.1).

"Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte." (St meld nr 47 2008-2009:13)

I min "Oppsummering av resultat" (kapittel 8.3.5) som preger samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten, har jeg trukket fram alle typer sløsing som beskrives i "Lean"-tenkningen. At behandler møter pasienten uforberedt, og at det ikke er samhandling mellom ansatte i 1. og 2. linjetjenesten mener jeg både er "å gjøre feil ting" og "gjøre arbeid som ikke tilfører verdi". Dette er type 2 sløsing som bør endres med en gang, av hensyn til at man ikke skal påføre pasienten unødig lidelse og forsinkelser i behandlingen. Med bakgrunn i at det er manglende forhåndskunnskap om pasienten, manglende samhandling og samarbeid, er det også stor fare for at 1. linjetjenesten og/eller 2. linjetjenesten "bruker for mye ressurser" i forhold til det som kanskje er pasientens behov. Som jeg har vært inne på tidligere, vil denne situasjonen med stor sannsynlighet føre til "unødvendig transport" og unødvendig "venting" for pasienten. Hvis det er slik at pasienter ikke får behandling i 1. linjetjenesten, og at all behandling foregår

i 2. linjetjenesten er det også stor sannsynlighet for at det foregår ”unødvendig flytting av ressurser” gjennom at ansatte i 2. linjetjenesten må følge opp pasienten i dennes hjemkommune. Til slutt vil jeg nok en gang understreke at jeg mener det er type 2 sløsing hvis man ikke får ” utnyttet ansattes kompetanse” i 1. linjetjenesten bedre enn det inntrykket jeg har fått gjennom mine respondenters svar.

8.4.4 Hva er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?

Det er et stort behov for å etablere en oppegående tverrfaglig og helhetlig samhandling mellom de ulike tjenesteyterne i 1. linjetjenesten. Fra pasientenes side er det ønske om at 1. linjetjenesten tar aktivt kontakt med pasientene. Dette forutsetter en god intern dialog mellom de ulike tjenesteyterne i 1 linjetjenesten og en god dialog med ansatte i 2. linjetjenesten både under og i avslutningsfasen av pasientenes behandling der. Det må være et mer tverrfaglig og helhetlig samarbeid i 1. linjetjenesten, der fastlegen setter av mer tid og psykiatriteamet i 1. linjetjenesten får nødvendig informasjon. Jeg har i mitt eget arbeid gjentatte ganger opplevd at ”kommunen” og ”fastlegen” omtales som to helt atskilte enheter, og ikke som en felles og helhetlig 1. linjetjeneste.

Ut fra mine respondenters svar ser det ut som den største utfordringen framover for 2. linjetjenesten, er å bli bedre på informasjon og kommunikasjon med pasientene. Jeg har berørt aktuell teori knyttet til dette i kapitlene 5.2 ”Samhandling” og 5.3 ”Kommunikasjon”. Det oppleves at ansatte opptrer ulikt, noe som medfører usikkerhet og kanskje unødvendig utrygghet hos pasientene. Det er behov for bedre informasjon mellom sengepost og poliklinikk. Kan situasjoner der pasienter opplever at det er lang tid mellom hver samtale i poliklinikk løses gjennom samhandling med 1. linjetjenesten? Ansatte må hele tiden ha et bevisst fokus på holdninger slik at man unngår at pasienter føler de blir sett ned på og opplever mindreverdighetsfølelse. En av mine respondenter sa både i forhold til 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten følgende: *”Det er vanskeligere å komme med en psykisk lidelse, enn ei brekt arm.”*

Mine respondenter var også helt tydelige i forhold til hva som er viktigst å prioritere framover i forhold til samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det handler om å bli bedre i forhold til informasjonsutveksling og forberedelse til mottak av pasient. I tillegg er det behov for å bli tydeligere på ansvars- og oppgavefordelingen mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Pasientene ønsker at det blir innhentet mer informasjon i forkant, at samhandlingen fungerer slik at ikke pasienten opplever 1. og 2. linjetjenesten som to atskilte enheter der det er liten eller ingen kommunikasjon. Som en av mine respondenter sa; *”fastlegen hadde ingen informasjon om meg fra tidligere behandlinger”*.

I flere 10-år har det vært satt nasjonalt og lokalt fokus på behovet for bedre samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten (se kapitlene 2 ”Bakgrunn for problemstilling” og 6 ”Dagens situasjon innen psykisk helsearbeid”). I Nord-Trøndelag har det siden 1997 eksistert en avtale for samhandling som alle kommuner og helseforetaket har underskrevet (se kapittel 4.7 ”Basisavtale for samhandling i Nord-Trøndelag”). SHDIR sa i 2007 at 2. linjetjenesten skal konsentrere seg om de oppgaver som bare den kan ivareta. Ut fra LEON-prinsippet skal behandling som hovedregel legges til 1. linjetjenesten når effekt og kostnader er like. Begrunnelsen for dette strategiske veivalget er forhåpentligvis hentet fra forskning? I alle fall støttes det av forskning som er gjort på området (se kapitlene 5.6 ”Kritiske faktorer for et effektivt, rettferdig og tilstrekkelig helsesystem” og 5.7 ”Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid”).

Hvor har det sviktet? Krogh et al (2005) har utarbeidet en modell ”Steg i kunnskapsutviklingen” (se kapittel 5.4.2 ”En modell for å skape og utvikle kunnskap”). I hvilket steg av kunnskapsutviklingen har alt det nasjonale og lokale fokus og de tiltak som er satt i verk sviktet? Jeg har ingen data i min undersøkelse som kan svare på dette spørsmålet. Men ut fra de svar mine respondenter ga, kan det synes som det ikke er noen eller er liten kontakt mellom fastlegene og andre ansatte i 1. linjetjenesten med kompetanse i psykisk helsearbeid, og det er liten eller ingen kontakt mellom ansatte i 1. og 2. linjetjenesten. Hvis det er slik har ikke prosessen med kunnskapsutvikling startet. Det vil si at det krever en omfattende prosess, der man må starte fra begynnelsen med å dele taus kunnskap. Den viktigste kunnskapshjelperen i dette steget av kunnskapsutviklingen er å ”få i gang samtaler” mellom ansatte i 1. og 2. linjetjenesten. Hensikten med disse samtalene er ikke bare å utvikle en ny felles kunnskap, men å skape en ny virkelighet tilpasset de nasjonale og lokale målsettingene (Krogh et al 2005). Ut fra Blacklers skala, som Newell et al beskriver (se kapittel 5.4.1 ”Definisjon av kunnskap”), kan det synes som om denne kunnskapen er ”embrained”, det vil si at den er kjent både i 1. og 2. linjetjenesten men ikke har kommet lengre.

Hva kan årsaken være til at det er slik? Ut fra egen praksiserfaring kan jeg ha noen tanker om at innføringen av fastlegeordningen med fokuset på fastlegen som ”koordinator” og ”portvakt” som ble gjennomført i samme tidsrom som den siste store handlingsplanen for psykisk helsearbeid, kan ha forstyrret arbeidet med implementeringen av intensjonene i handlingsplan for psykisk helsearbeid (se kapittel 2 ”Bakgrunn for problemstilling”). Min undersøkelse kan ikke bekrefte eller avkrefte mine tanker, men jeg opplever at Schönfelders (2008) funn (se kapittel 5.7 ”Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid”) og Riksrevisjonens undersøkelse (2008) (se kapittel 6.3) langt på vei bekrefter mine tanker. Scönfelder (2008) sier blant annet at legenes eksponerte posisjon som dørvokter i mange tilfeller er et alvorlig hinder, da de langt på vei er fraværende i kollektive fora. Det kan virke som helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen og hans ekspertgruppe er kjent med denne utfordringen, da de som ett av hovedgrepene i Samhandlingsreformen foreslår at man framover må ha fokus på pasientforløp og en klarere pasientrolle (Se kapittel 6.1 ”Samhandlingsreformen”). Samtidig som jeg er skeptisk til det fokuset på styrking av fastlegenes rolle som til nå har preget diskusjonen i tilknytning til den forestående Samhandlingsreformen. Hvis fastlegene fortsatt skal ha rollen som ”koordinator” og ”portvakt” må det skje en betydelig endring av fastlegenes praksis.

8.5 Anbefalinger

Jeg har i denne masteravhandlingen forsøkt å benytte ”Lean”-tenkningen som et teoretisk verktøy i forhold til min problemstilling:

Hvordan opplever pasienter at samhandlingen innenfor psykisk helsearbeid til voksne fungerer i dag internt i 1. linjetjenesten, internt i 2. linjetjenesten, mellom 1. og 2. linjetjenesten, og hva mener pasienter det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?

I min masteravhandling har jeg hatt hovedfokus på de to første prinsippene i ”Lean”-tenkningen gjennom å spesifisere verdien av samhandlingen ved hjelp av å intervjuer ni pasienter. Jeg forsøkt å identifisere verdistrømmen, blant annet ved hjelp av en pasientforløpsmodell og ”Lean”-tenkningens teorier om sløsing. Tredje prinsipp i ”Lean”-tenkningen er å lage verdiflyt uten avbrytelser, men her stopper min masteravhandling.

Min anbefaling for den tredje fasen er å ha fokus på følgende tre forhold:

- ✓ 1. linjetjenesten må ha fokus på å etablere en tverrfaglig og helhetlig samhandling. Dette kan gjøres ved å etablere et proaktivt samarbeid mellom fastlegene og de øvrige tjenestene i kommunen, slik at man fjerner opplevelsen av at dette er atskilte enheter.
- ✓ 2. linjetjenesten må ha fokus på å bli bedre på informasjon og kommunikasjon. Dette kan gjøres ved å sikre at ansatte opptre likt overfor pasientene og at det er god intern kommunikasjon mellom ulike enheter.
- ✓ 1. og 2. linjetjenesten må i fellesskap ha fokus på å bli bedre i forhold til informasjonsutveksling, forberede mottak av pasienter, samt fordele ansvar og oppgaver. Dette kan gjøres ved å etablere samarbeidsfora som med utgangspunkt i "Lean" og pasientforløpstenkning kan utarbeide løsninger og samarbeidsmodeller som sikrer en god verdiflyt for pasientene.

9 Avslutning

I min masteravhandlingen har jeg forøkt å ha et fokus på pasienters opplevelse av hvordan samhandling fungerer internt i 1. linjetjenesten, internt i 2. linjetjenesten og mellom 1. og 2. linjetjenesten, innenfor området psykisk helsearbeid for voksne. Det vil si personer over 18 år, som har behov for hjelp av helsetjenesten i forhold til sine psykiske plager. Ut fra de søk jeg har gjort kan det se ut som det finnes få undersøkelser i dette feltet som har et pasientperspektiv som utgangspunkt. Denne masteravhandlingen er mitt bidrag.

Det er store utfordringer knyttet å få til et sømløst helsevesen når dette ”vesenet” er mangfoldig både internt i 1. linjetjenesten og internt i 2. linjetjenesten, og man i tillegg skal få til en god flyt mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Som jeg sa i kapittel 1 ”Innledning” har det i flere 10-år har det vært satt nasjonalt og lokalt fokus på behovet for samhandling mellom de ulike ”linjetjenestene”. 1. linje- og 2. linjetjenesten har også de siste 10-15 årene fått økt sine ressurser og kompetanse innenfor psykisk helsearbeid, gjennom flere nasjonale handlingsplaner. Dette til tross, er det fortsatt tilbakemeldinger fra pasienter og brukerorganisasjoner som tyder på at samhandlingen ikke er optimal.

Jeg har gjennom den muligheten en masteravhandling gir, forsøkt å ta et skritt til siden og undersøkt hvordan pasienter opplever at samhandlingen innenfor psykisk helsearbeid til voksne fungerer i dag internt i 1. og 2. linjetjenesten og mellom 1. og 2. linjetjenesten, og hva pasienter mener det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?

Dette har jeg gjort gjennom å se litt bakover som grunnlag for å utarbeide en problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål. Jeg har definert et felt, presentert teori og sett på aktuell kunnskap i dag, som kunne være til hjelp for å belyse min problemstilling. Deretter har jeg valgt en metode og gjennomført en undersøkelse.

Resultatene av min undersøkelse viser at for de ni pasienter jeg har intervjuet, så bekrefter de dokumentasjonen om at vi fortsatt har en vei å gå. Men som en av mine informantere historie viser så det er mulig å få til god samhandling både internt og i mellom. For å omskrive Ibsen litt – ”*Man må gå fra å tenke, ønske og ville til å gjøre!*”

Litteraturliste

- AGENDA Utredning & Utvikling AS (2007):** *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten*. FOU-prosjekt utarbeidet for KS, Sandvika.
- Bremnes, Olav (1993):** *Hvordan opplever førstelinjetjenesten samarbeidet med psykiatrisk avdeling ved Namdal sykehus*. Hovedoppgave i psykiatrisk sykepleie, Sykepleiehøgskolen i Sør-Trøndelag.
- Busch, Tor og Vanebo, Jan Ole (2005):** *Organisasjon og ledelse – Et integrert perspektiv*. 5. utgave (2. opplag), Universitetsforlaget, Oslo.
- Eide & Eide (2008):** *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utgave (2. opplag), Gyldendal Akademisk, Oslo
- Everett, Larry Euris og Furseth, Inger (2004):** *Masteroppgaven*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Forskningsrådet (2009):** *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Norges forskningsråd, Oslo
- Gottschalk, Petter (2004):** *Informasjonsteknologi i kunnskapsledelse*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Graban, Mark (2009):** *Lean hospitals – Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*. Productivity Press, New York.
- Gunnerød, Ingerid (2008):** *Standardiserte pasientforløp – kvalitet og forutsigbarhet i møtet med pasienten*. Versjon 2.0, Helse Midt-Norge RHF.
- Helgheim, Berit Irene (2006):** *Production Processes in Health Care*. PhD theses in Logistics 2006:1, Molde University College, Molde, Norway.
- Helse Nord-Trøndelag HF (2006):** *Basisavtale for samhandling mellom Helse Nord-Trøndelag og kommune*". Gjeldende for perioden 01.01.2007 – 31.12.2010. Upublisert materiale.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1974-1975):** *Sykehusutbygging mv i et regionalisert helsevesen*. Stortingsmelding nr 9.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1977-1978):** *Funksjonshemmede i samfunnet*. Stortingsmelding nr 23.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1980-1981):** *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*. Odeltingsproposisjon nr 36.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1982-1983):** *Spesialister og transport i helsetjenesten*. Odeltingsproposisjon nr 48.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1984-1985):** *Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste*. Stortingsmelding nr 68.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1987-1988):** *Helsepolitikken mot år 2000*. Stortingsmelding nr 41.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1989-1990):** *Reform for mennesker med psykisk utviklingshemming*. Stortingsmelding nr 47.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1992-1993):** *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Stortingsmelding nr 37.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1993-1994):** *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. Stortingsmelding nr 50.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1996-1997):** *Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen*. Stortingsmelding nr 23.

- Helse- og omsorgsdepartementet (1996-1997):** *Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*. Stortingsmelding nr 24.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1996-1997):** *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Stortingsmelding nr 25.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006-2007):** *Nasjonal helseplan (2007-2010)*. Særtrykk av Stortingsproposisjon nr 1.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008):** *Notat nr. 1 – Problemnotat. Møte i ekspertgruppa 21. – 22. oktober 2008*. www.regjeringen.no/nb/dep/hod
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009):** *Oppdragsdokument 2009 – Helse Midt-Norge RHF*. www.regjeringen.no/nb/dep/hod
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009):** *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Stortingsmelding nr 47.
- Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (1997):** *Hvordan organisasjoner fungerer – Innføring i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget Vigmost & Bjørke AS, Bergen – Sandviken.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005):** *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utgave, Høyskoleforlaget, Kristiansand S.
- Kielland, K. B. (2000):** *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Utredningsserie 10/2000. Statens helsetilsyn. Oslo.
- Krogh, Georg von. Ichijo, Kazuo. Nonaka, Ikujiro I (2005):** *Slik skapes kunnskap*. N. W. Damm & Søn, Oslo.
- Morgan, Gareth (2004):** *Organisasjonsbilder. Innføring i organisasjonsteori*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Newell S, Robertson M, Scarbrough H, & Swan J (2002):** *Managing knowledge work*. Houndmills, Palgrave Macmillan, New York.
- Nordhaug, Odd (2002):** *Kunnskapsledelse. Trender og utfordringer*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Norges offentlige utredninger (2005):** *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3 Statens forvaltningstjeneste – Informasjonsforvaltning, Oslo.
- Pasientombudet (2009):** *Sammendrag av årsrapportene 2008 fra pasientombudene i Midt-Norge*. www.pasientombudet.no
- Rennemo, Øystein (2006):** *Lever og lær. Aksjonsbasert utvikling i resultatorienterte organisasjoner*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Riksrevisjonen (2008-2009):** *Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til voksne med psykiske problem*. Dokument nr. 3:5.
- Schönfelder, Walter (2008):** *Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. – Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner*. Universitetet i Tromsø, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Tromsø.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007):** *Prioritering i kommunehelsetjenesten – Utvalgte tema*. SHDIR rapport IS-1453.
- Starfield, Barbara (2009):** *Primary Care: Critical to Effective, Equitable, and Efficient Health Systems*. Foredrag, Helse- og omsorgsdepartementets Helsekonferanse 2009.
- St. Olavs Hospital, Psykisk Helsevern (2009):** *Samordnede tjenester for polikliniske pasienter*. Prosjektplan 27.02.2009. Upublisert materiale.

Thagaard, Tove (1998): *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen-Sandviken.

Womack, James P and Jones, Daniel T (2003): *Lean thinking - Banish waste and create wealth in your corporation*. Free press, New York.

Wretmark, G (1979): *Terapeutisk h lning, relationer, samtalskonst*. Studentlitteratur, Lund.

Lovverk

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999-07-02) Sist endret 01.01.2009.

Lov om helsepersonell m.v. (1999-07-02). Sist endret 01.01.2009.

Lov om helsetjenesten i kommunene (1982-11-19). Sist endret 01.04.2007.

Lov om pasientrettigheter (1999-07-02).

Lov om sosiale tjenester m.v. (1991-12-13). Sist endret 01.01.2008.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999-07-02). Sist endret 01.01.2008.

Ordforklaringer og forkortelser

- ✓ **Ansvarsgruppe** - For barn, unge og voksne med sammensatte behov, kan det være hensiktsmessig å etablere en ansvarsgruppe. Bruk av ansvarsgruppe er ikke lovpålagt, men anbefales som en god samarbeidsform. Ansvarsgruppen bør være tverrfaglig og tverretattlig sammensatt. Gruppesammensettingen vil variere over tid ettersom brukerens behov forandrer seg. Ansvarsgruppen skal gjennom sin virksomhet gjøre det enklere for brukeren / familien å forholde seg til tjenesteapparatet, og lette brukerens / familiens totalsituasjon. I ansvarsgruppen skal det velges en koordinator, og brukerens ønske om koordinator skal vektlegges.
- ✓ **Bruker** – En person som henvender seg til helse- og/eller sosialtjenesten med anmodning om hjelp, eller som helse- og/eller sosialtjenesten gir eller tilbyr hjelp i det enkelte tilfelle.
- ✓ **Behandler** – En ansatt i 1. eller 2. linjetjenesten som gir pasienter behandling.
- ✓ **DMS** – Distriktsmedisinsk senter.
- ✓ **DPS** - Distriktpsikiatrisk senter.
- ✓ **DRG** – Diagnoserelaterte grupper.
- ✓ **Epikrise** – En rapport til henvisende lege eller annen instans etter et sykehusopphold, eller etter undersøkelse og/eller behandling ved en poliklinikk eller hos en privatpraktiserende spesialist.
- ✓ **HMN RHF** – Helse Midt-Norge Regionale Helseforetak.
- ✓ **HNT HF** - Helse Nord-Trøndelag Helseforetak.
- ✓ **HOD** – Helse- og omsorgsdepartementet.
- ✓ **HVPU** - Helsevernet for psykisk utviklingshemmede.
- ✓ **Kunde** – Er en person som kjøper tjenester fra noen. Enkelte benevner personer som får helsehjelp som en kunde, i stedet for pasient eller bruker.
- ✓ **LEON** – Laveste Effektive OmsorgsNivå.
- ✓ **NAV** – Arbeidsformidling, trygd og sosial. Arbeids- og velferdsforvaltningen, en norsk offentlig virksomhet bestående av Arbeids- og velferdsetaten og sosialtjenesten i kommunene.
- ✓ **NOU** – Norges offentlige utredninger.
- ✓ **Ontologi** – Slik ting faktisk er. Ontologi er læren om hvordan virkeligheten framtrer eller fortoner seg.
- ✓ **PAB** – Pasientansvarlig behandler.
- ✓ **PAS** – Pasientadministrativt system.
- ✓ **Pasient** - En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.
- ✓ **Psykisk helsearbeid** – Er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske problemer og lidelser og konsekvenser av lidelser hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også forebygging av psykiske problemer og lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Brukermedvirkning og brukerinvolvering skal inngå i tilbudet til den enkelte og ved planlegging, organisering og drift av tjenestene.
- ✓ **Samtykke/Samtykkekompetanse** - Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i

helsehjelpen. Rett til å samtykke til helsehjelp har myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

- ✓ **SHDIR** – Sosial- og helsedirektoratet.
- ✓ **Sømløst** – 1. og 2. linjetjenesten utgjør i fellesskap en sammenhengende behandlingkjede som gir et helhetlig tilbud.

Liste over figurer

Første tall i nummereringen refererer til kapittelnummer.

Figur 3.1 Modell for pasientforløp (Egen modell)	s 21
Figur 4.1 Interessentmodell (Egen modell)	s 23
Figur 4.2 Kart over Norge, Nord-Trøndelag, nordre del av Sør-Trøndelag og søndre del av Nordland	s 27
Figur 5.1 Kommunikasjonsprosessen (Busch og Vanebo 2005:354)	s 33
Figur 5.2 To ulike kommunikasjonsklima (Rennemo 2006:102)	s 34
Figur 5.3 Situasjonsavhengig eller generell kunnskap (Gottschalk 2004:20)	s 38
Figur 5.4 Kunnskapshjelpere (Krøgh et al 2005:23)	s 39
Figur 5.5 Åtte typer ”Muda” – ”Waste” – sløsing (Graban 2009:43)	s 43
Figur 5.6 Horisontal tjenesteyting og vertikal organisering (Etter Aleidis Skard Brandrud)	s 45
Figur 5.7 Faser i standardisering av pasientforløp (Rådgiver Ingerid Gunnerød, HMN RHF)	s 47
Figur 5.8 Eksempel på pasientforløp i voksenpsykiatrisk poliklinikk (Psykiatrisk klinikk HNT HF)	s 48
Figur 5.9 Primary care (Starfield 2009)	s 50
Figur 5.10 Structural and Process Elements (Starfield 2009)	s 50
Figur 7.1 Modell for pasientforløp med anvisning til forskningsspørsmål (Egen modell)	s 63
Figur 7.2 Kvalitativ, blandet eller kvantitativ metode (Jacobsen 2005:127)	s 69
Figur 7.3 Kvantitativ og kvalitativ metode (Jacobsen 2005:135)	s 69
Figur 8.1 Respondenter (Egen tabell)	s 74
Figur 8.2 Oppsummering av resultat (Egen tabell)	s 91-92

Liste over vedlegg

1. Forespørsel om deltagelse i intervju
2. Intervjuguide

VEDLEGG 1 - Forespørsel om deltagelse i intervju

Informasjon til den som ringer pasienter

Jeg ønsker å intervju 8-10 pasienter som har avsluttet sin polikliniske behandling eller ble utskrevet før 15.03.09. Pasienter kontaktes fortløpende fra denne dato og bakover i tid.

Informasjon til aktuelle pasienter

Bernt Harald Opdal, som er ansatt ved psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos, holder på å ta masterutdanning (hovedfag) i kunnskaps- og innovasjonsledelse ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Som et ledd i denne utdanningen, skal han skrive en masteravhandling (masteroppgave).

Han har som tema for sin masteravhandling valgt å se på hvordan pasienter opplever at samhandlingen (samarbeidet) fungerer mellom pasienter og behandlere, både innenfor 1. linjetjenesten (kommunene) og innenfor 2. linjetjenesten (sykehuset). I tillegg vil han høre pasienters opplevelse av hvordan samhandlingen (samarbeidet) fungerer mellom 1. linjetjenesten (kommunen) og 2. linjetjenesten (sykehuset).

I den forbindelse ønsker han å intervju 8 – 10 pasienter, der halvparten har gått i poliklinisk behandling i 2. linjetjenesten (sykehuset) og den andre halvparten har vært innlagt i 2. linjetjenesten (sykehuset).

Intervjuet vil foregå ved at Opdal ringer de pasienter som har gitt sitt samtykke. Selve intervjuet vil ta 10 – 20 minutter. Intervjuet vil ikke bli tatt opp på bånd, kun notater som vil bli slettet i etterkant. I sin oppgave vil han kun bruke det pasienten sier, ikke pasientens navn, alder, diagnose. I oppgaven vil det bli laget en oversikt over hvor mange som har svart, hvor mange av hvert kjønn og kommune. Det vil si at ikke det skal være mulig å gjenkjenne den enkelte pasient som har svart.

Deltagelse er selvsagt frivillig. Ønsker du å delta?

13.04.09 Bernt Harald Opdal

VEDLEGG 2 - Intervjuguide

Innledende spørsmål:

Kjønn: Kvinne - Mann

Kommune:

Behandlingssted i 2. linjetjenesten: Poliklinikk - Innleggelse

Er dette 1. gang du søker hjelp for psykiske plager? Ja - Nei

Forskningsspørsmål 1. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 1. linjetjenesten?

Hvis du har fått hjelp av helsetjenesten i kommunen (fastlege, psykiatrisk sykepleier, andre) for dine psykiske plager, vil jeg stille noen spørsmål:

- ✓ I hvilken grad har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg i helsetjenesten i kommunen?
- ✓ Har det vært lett eller vanskelig å få kontakt med ansatte i helsetjenesten i kommunen når du har hatt behov?
- ✓ Hvis det har vært aktuelt? Hvordan synes du helsetjenesten i kommunen samarbeider med ulike offentlige etater for å hjelpe deg med praktiske problemer?
- ✓ Hvis det har vært behov for å trekke inn dine pårørende? Hvordan har de du har hatt kontakt med i helsetjenesten i kommunen samarbeidet med dine pårørende?
- ✓ Er dine psykiske plager blitt bedre eller verre nå, sammenlignet med før du startet behandlingen i helsetjenesten i kommunen?

Forskningsspørsmål 2. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer internt i 2. linjetjenesten?

Jeg vil nå stille noen spørsmål om behandlingen du har fått ved sykehuset (sengepost eller poliklinikk):

- ✓ I hvilken grad har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg i sykehuset?
- ✓ Har det vært lett eller vanskelig å få kontakt med ansatte i sykehuset når du har hatt behov?

- ✓ Hvis det har vært aktuelt? Hvordan synes du sykehuset samarbeider med ulike offentlige etater for å hjelpe deg med praktiske problemer?
- ✓ Hvis det har vært behov for å trekke inn dine pårørende? Hvordan har de du har hatt kontakt med i sykehuset samarbeidet med dine pårørende?
- ✓ Er dine psykiske plager blitt bedre eller verre nå, sammenlignet med før du startet behandlingen i sykehuset?

Forskningsspørsmål 3. Hvordan opplever pasienter at samhandlingen fungerer mellom 1. og 2. linjetjenesten?

- ✓ Opplever du at ansatt(e) i kommunen og sykehuset kjente til din situasjon og forutgående behandling da du skiftet tjenesteområde?
- ✓ Opplever du at det er sammenheng i behandlingen mellom kommunen og sykehuset?
- ✓ Hvordan opplever du at kommunen og sykehuset samarbeider med hverandre i forhold til dine behov?

Forskningsspørsmål 4. Hva mener pasienter det er viktig å prioritere framover i forhold til samhandling?

- ✓ Hva mener du er det viktigste framover for helsetjenesten i kommunen, for å bedre samarbeidet med og rundt sine pasienter lokalt?
- ✓ Hva mener du er det viktigste framover for sykehuset, for å bedre samarbeidet med og rundt sine pasienter?
- ✓ Hva mener du er det viktigste framover, for å bedre samarbeidet mellom kommunen og sykehuset i behandlingen av sine pasienter?