

MASTEROPPGAVE

Akutteamet, en suksess i psykisk helsevern?

Utarbeidet av:

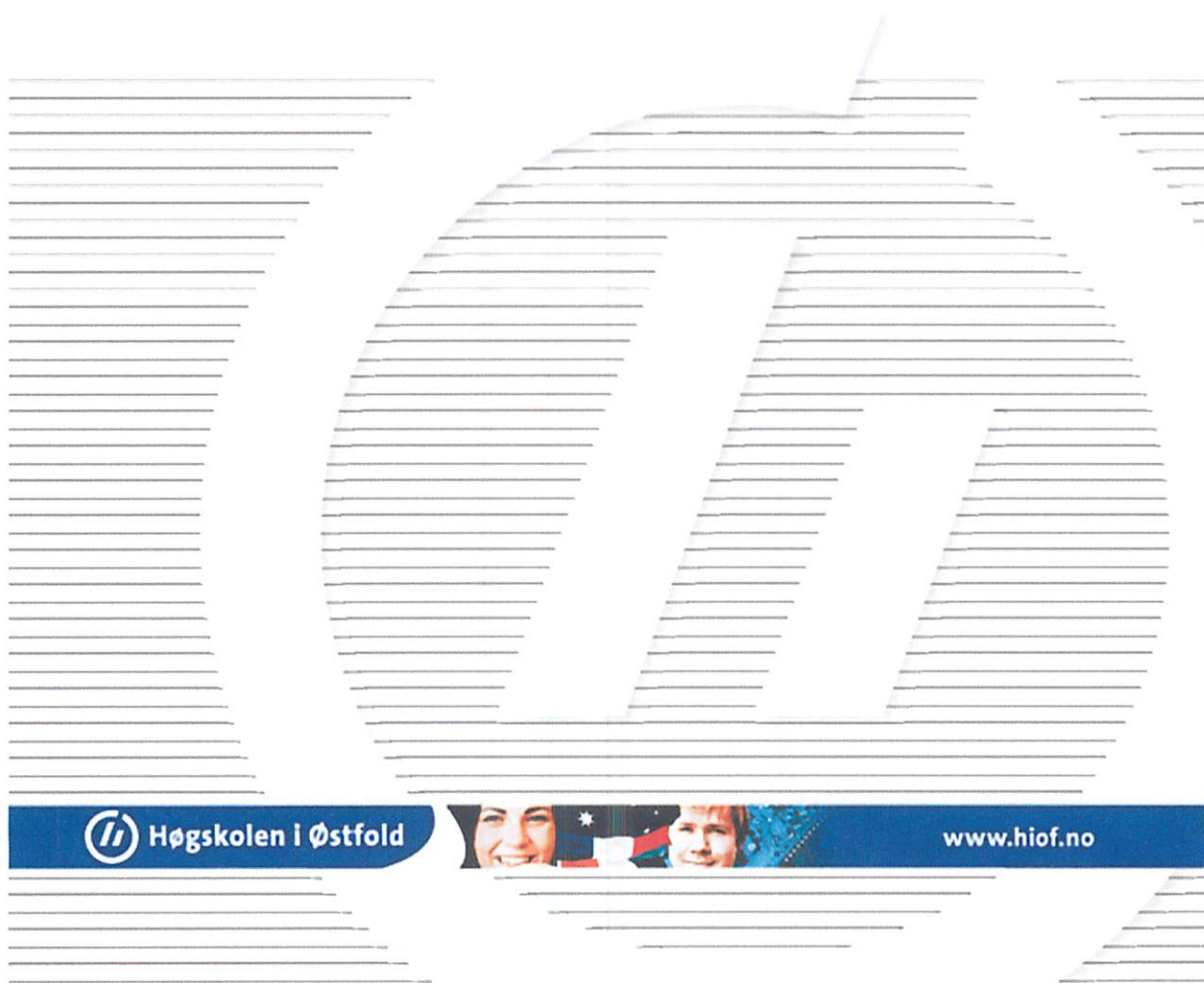
Lena Adele Søderlund

Fag:

Mastergrad i Organisasjon og ledelse

Avdeling:

Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, 2012



Forord

Avhandlingen er et resultat av arbeidskravet i studieprogrammet ved Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag ved Høgskolen i Østfold. Jeg har fulgt masterstudiet i organisasjon og ledelse, som gir 120 studiepoeng, på deltid i over fem år. Studiet gir avansert kunnskap innenfor sentrale deler av fagområdet organisasjon og ledelse. Spesielt har jeg ønsket å trene opp mine analytiske evner og lære meg gode problemløsningsmetoder i min egen organisasjon. Jeg tror at det gir meg større handlingsfrihet i hverdagen, og at jeg på denne måten hever organisasjonens handlingskapasitet og bedrer pasientbehandlingen. Undersøkelsen er relatert til akutteamet, Fredrikstad Distriktpsikiatrisk senter (FDPS). Spesielt spennende for meg har det vært å lære om forskningsetiske problemstillinger og hvordan en kvalitativ undersøkelse gjøres.

Jeg har samarbeidet med flere, som har gjort dette mulig for meg. Først og fremst vil jeg takke alle mine informanter, ansatte i akutteamet og representanter fra brukerorganisasjonene, som uten honorar har stilt opp i intervjuene og besvart pasientcasene. Dette gav meg et godt grunnlag for hele undersøkelsen.

En stor takk til min veileder Gunnar Vold Hansen, som i hele forskningsprosessen har bidratt med en god dialog og interesse for temaet.

Uten min arbeidsgivers samtykke ville ikke avhandlingen ha kommet i stand. Samtykke er gitt til å forske i egen organisasjon, og enhetsleder Turid Backe-Hansen har lagt til rette for studiepermisjon.

Fagbiblioteket på sykehuset har vært enestående med å hjelpe meg å finne frem til litteratur og har lært meg å anvende referanseverktøyet Ref Works.

Med min finlandssvenske bakgrunn har språket vært en ekstra utfordring.

Språkvasken er gjennomført av Godt språk ved Yngve Nordgård (www.godtsprak.no).

Takk til min familie, som har vist stor forståelse og har lagt til rette for at jeg kunne utføre studiet i hjemmet vårt. Familiens støtte, datahjelp og korrekturlesing av Audun Møller og Elisabeth Engh har vært nødvendig for å få gjennomført studiet.

Fredrikstad, 24. oktober 2012

Lena Adele Söderlund

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	2
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunnen for valg av tema og arbeidstittel.....	7
1.2 Antakelser	8
1.3 Forskningsspørsmål	9
2 Valg av teorier og teoripresentasjon.....	10
2.1 Mintzbergs organisasjonsteori	10
2.2 Kvalitetsledelse	19
2.3 Teamorganisering	22
2.4 Brukermedvirkning	27
2.5 Samtaleteorier i Norge	30
2.5.1 Kognitiv terapi (KAT).....	32
2.5.2 Motiverende intervju (MI).....	33
2.5.3 Åpne nettverkssamtaler med refleksjon	34
2.6 Helsesektoren i Norge.....	35
2.6.1 Helseforetak.....	36
2.6.2 Sykehuset Østfold.....	37
2.6.3 Klinikk for psykisk helsevern.....	40
2.6.4 Distriktpsikiatrisk senter, Fredrikstad (FDPS).....	41
2.6.5 Akutteamet	42
3 Metode.....	44
3.1 Metode	46
3.2 Hovedproblemstilling	47
3.3 Delproblemstilling	49
3.4 Undersøkelsesopplegget	49
3.4.1 Kvantitativ metode	51
3.4.2 Kvalitativ metode	51
3.4.3 Gjennomføring av selve intervjuet.	53
3.5 Transkribering.....	54
3.6 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuet.....	55
3.7 Analysemetoden.....	57
3.8 Tolkning av resultatene.....	58
3.9 Metodiske vurderinger	58
3.10 Data og analyse	59
3.11 Anonymisering av informantene.....	60
3.12 Kategorisering og koding	61
4 Analyse og funn.....	63
4.1 Sykehusorganisering.....	63
4.2 Teamorganisering	68
4.2.1 Samtale	70

4.2.2	Hjemmebesøk	72
4.2.3	Brukermedvirkning.....	77
5	Diskusjon og konklusjon	81
5.1	Konklusjon.....	84
5.2	Videre forskningsspørsmål	86

LITTERATURLISTE.....	87
----------------------	----

LOVER.....	91
------------	----

NETTSIDER.....	92
----------------	----

VEDLEGG.....	93
--------------	----

1 Innledning

Politiske beslutninger har gjort at man har etablert nye tilbud i det psykiske helsevernet, og en undersøkelse fra 2010 viser at 52 av landets 78 distriktpsikiatriske sentra har etablert et akutteam. Det viser seg fra andre land og fra undersøkelser at mennesker som har hatt kontakt med akutteam under en psykisk krise, har opplevd økt mestringsevne. Brukerinteressene er således blitt ivaretatt bedre. Dette er også veien videre for en mer menneskelig og moderne psykiatri.

Det er spennende å undersøke hvordan sykehusets organisering og kvalitetsideologi innvirker på akutteamet i Fredrikstad.

Det er innenfor det psykiske helsevernet akutteamet har sitt virkeområde.

En god helsetjeneste på like vilkår utgjør en av de største utgiftspostene et samfunn har. Helsetjenesten bygger mye på den sosialdemokratiske modellen, som har lange tradisjoner når det gjelder å sikre alles rett til skolegang, helsetjeneste og et godt fungerende rettsvesen. Jeg ser også at ulike strømninger fra bedriftsøkonomiske tradisjoner integreres i offentlig sektor.

Målet med oppgaven er å gi svar på problemstillingen, som jeg finner relevant, ved å benytte teoretisk kunnskap og metodiske tilnærminger. Jeg håper også at det vil være nyttig å knytte noen av funnene direkte til min arbeidssituasjon.

Empiriske undersøkelser viser at terskelen for å oppsøke hjelp er høyere for personer med rus og psykiatrisk sykdom. Dette kalles også terskelproblematikken (G. V. Hansen & Fugletveit, 2010) (Karlsson Bengt et al., 2011; Larsen, Nordal, Aasheim, & Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Wisløff et al., 2005).

I St.prp. nr. 1 (2004–2005) ble det forutsatt at ambulante akutteam skulle etableres ved samtlige DPS. Det ble vedtatt at dette skulle være etablert innen 2008 (St.meld. 25).

Akutteamet i Fredrikstad ble etablert i 2007.

Tilgjengelighet og fleksibilitet er hovedintensjonen i Veileder IS-1358 (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Veileder IS-1162, ... *og bedre skal det bli*, gir strategier for ledere og behandlere for hvordan kvaliteten på helsetjenesten kan forbedres.

Avhandlingen vil belyse det dilemmaet som ansatte kan ha i en stor organisasjon. Den setter søkelyset på hvordan endringer innad i virksomheten innvirker på pasientbehandlingen.

Jeg håper at jeg i samarbeid med ledelsen og veilederen ved høgsolen kan komme frem til konklusjoner som kan være til nytte for både Sykehuset Østfold, pasientene og innbyggerne i Fredrikstad.

1.1 Bakgrunnen for valg av tema og arbeidstittel

Jeg jobber selv som sykepleier ved akutteamet i Fredrikstad og har gjort det siden 2007. Det har derfor vært interessant å fordype seg enda mer i de ulike arbeidsprosessene i akutteamet.

Jeg har under hele min studietid ved Høgsolen i Østfold vært interessert i å knytte fordypningsoppgaver og prosjektoppgaver til akutteamet. Jeg har fordypet meg i ulike tema underveis i studieperiodene, og det kommer til nytte nå når jeg er i gang med selve avhandlingen. Jeg har jobbet systematisk for å ha mest mulig teoretisk grunnlag for selve undersøkelsen.

På slutten av min veiledning under OLU, som er en forberedelse til

avhandlingen, jobbet jeg med følgende arbeidstittel:

Akutteam, suksess i psykisk helsevern

Tittelen fengte meg umiddelbart med sin positive klang. Ordet *suksess* er det ikke så ofte man hører innenfor den psykiatriske konteksten. Det kan være mange årsaker til det, og muligens er kompleksiteten i den psykiatriske behandlingen en av dem. Funn fra kvalitativ forskning er

ikke helt absolutte i sin objektivitet. I kvalitative undersøkelser måles for eksempel pasienttilfredshet og brukermedvirkning. Begrepene er diffuse i seg, men jeg håper at brukerstemmene i denne avhandlingen gir mening i analysen.

Samfunnsvitenskapelig litteratur og fagartikler har også inspirert meg, spesielt *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.

Temaord som følger avhandlingen, er: organisasjon, team, samtale og brukermedvirkning.

1.2 Antakelser

Man har gjennom ulike undersøkelser prøvd å finne pålitelige forskningsresultater som viser om psykiatrisk behandling har noen effekt. Det er mange faktorer som spiller inn, fordi psykiske fenomener kan forklares både med naturvitenskapelige og med samfunnsvitenskapelige forklaringsmodeller. Dette gjør ofte at resultatene er veldig varierende. Akutteam har ikke eksistert så lenge her i Norge, så det finnes kun noen korte studier. Undersøkelser der pasienten står i fokus og de ansatte er i klinisk virksomhet, har så vidt jeg vet, ikke vært gjort i Norge. Det var derfor ikke mulig å se etter funn fra andre studier.

Det antas at akutteams behandling i Norge kan sidestilles med annen psykiatrisk behandling. Tilnærmingen kan være bruker- og pasientvennlig, men tilfredsstiller muligens ikke sykehusets krav til de ansatte og kvaliteten på pasientbehandling.

Antakelser og spørsmål før avhandlingen:

- Hva vet du om akutteamets arbeidsmetoder i Fredrikstad?
- Hvilket forbedringspotensial har akutteamet i Fredrikstad?
- Hvis akutteamet er en suksess, hvordan fungerer dette i sykehuset?

Naturvitenskapelige studier har lagt mest vekt på effektivitetsmål, for eksempel om antall innleggelser i det psykiatriske akuttmottaket er blitt redusert etter at akutteamet ble etablert. Funnene viser så langt at akutteams behandling kan sammenlignes med tradisjonell akuttpsykiatrisk behandling og kan redusere innleggelser og redusere tilbakefall (Gråwe, Ruud, & Bjørngaard, 2005).

Den teoretiske artikkelen av Gullslett og Ekeland har funnet at der hvor akutteamet er aktør fungerer samspillet mellom de ansatte og pasientene godt (Gullslett og Ekeland 2012).

Det er flere ulike undersøkelser, som benytter samfunnsvitenskapelige metoder. Borg, Karlsson, Herrestad og Biong har publisert resultater av undersøkelser av arbeidsmetodene og virkningene av akutteam i en norsk kontekst (Herrestad & Biong, 2011; Karlsson Bengt, Borg, & Sjølie, 2011; B. Karlsson & Andersen, 2011).

1.3 Forskningsspørsmål

Det foreligger få evalueringer av hvordan akutteamet fungerer i Fredrikstad for pasientene og/eller de ansatte. Man har her, som i andre helseforetak, vært mest opptatt av kvantitative målinger, for eksempel antallet innleggelser før og etter oppstart. Det kan tenkes at disse målingene har vært ensidige, og derfor er det interessant for meg å undersøke andre, kvalitative sider ved arbeidet til akutteamet. Forskningstemaet mitt har derfor en mer kvalitativ tilnærming fordi dette best får frem stemmene til brukerne og de ansatte.

Min problemstilling når det gjelder denne avhandlingen, er todelt, med følgende nøkkelord: **arbeidsmåter og virkning.**

«Hva slags arbeidsmåter benyttes i akutteamet i Fredrikstad?»

Antakelser og spørsmål før avhandlingen:

- Hva vet du om akutteamets arbeidsmetoder i Fredrikstad?
- Hvilket forbedringspotensial har akutteamet i Fredrikstad?
- Hvis akutteamet er en suksess, hvordan ser du på det?

2 Valg av teorier og teoripresentasjon

Fordypningen har for meg gått ut på å finne teorier som kan favne organisasjonen og akutteamets arbeidsmetoder.

Jeg ser det derfor i denne avhandlingen som nyttig å presentere Mintzbergs organisasjonsteorier og teorier om kvalitetsledelse med Aunes tolkninger. Sykehuset er en meget stor offentlig organisasjon med gamle og dype røtter innenfor fagbyråkratiet. Spesialisthelsetjenesten Sykehuset Østfold er en stor profesjonell organisasjon.

Underveis i avhandlingen har det fremkommet behov å presentere teamteorier, spesielt teorier om hvordan et godt team kan fungere, og hvilke rammer teamet jobber innenfor. Navnet *akutteam* henviser til organiseringen i team.

Jeg presenterer norske samtaleteorier i psykisk helsearbeid: kognitive teknikker, dialogismen og det motiverende intervju. Dette gjør jeg fordi samtalen er det viktigste verktøyet i det psykiske helsevernet.

Brukermedvirkning er det naturlig å presentere i denne konteksten fordi pasientene er oppdragsgiverne for den offentlige helsetjenesten. Sykehuset Østfold legger også stor vekt på det i sin organisering, jf. brukerråd, pasientombud.

Sykehusorganiseringen ved Sykehuset Østfold beskrives kort. Psykisk helsevern i Østfold og akutteamet i Fredrikstad beskrives mer detaljert, for eksempel med tanke på åpningstider og henvisningsrutiner.

2.1 Mintzbergs organisasjonsteori

Henry Mintzberg (f. 1939) er en kjent canadisk professor innenfor ledelse og organisasjon. Hans spesialitet er organisasjonsteori. I følge Mintzberg er det et mål at samarbeidet internt skal gi mest mulig effekt. Arbeidet er fordelt på gruppenivå og individnivå.

Mintzberg viser til fem sektorer som en organisasjon er oppbygd av:

1. Operativ kjerne. Mennesker som produserer eller skaffer frem varer. På et sykehus er det legene og sykepleierne som mottar pasientene og utfører oppgaver knyttet til behandling, diagnostikk og pleie;
2. Administrative komponenter, som mellomledere fører tilsyn med, kontrollerer, styrer og sørger for ressurser til produksjonen. På sykehuset er det overleger, koordinatore og andre med administrative oppgaver, som representerer de administrative komponentene. Kontroll og overvåkning av at de ansatte følger prosedyrene;
3. Det strategiske toppunktet er den øverste ledelsen, som konsentrerer seg om omgivelsene rundt organisasjonen. Ved et sykehus er dette sykehusets direktør og styre. Disse igjen er underordnet Helse- og omsorgsdepartementet, som styrer klinikkene;
4. Teknostruktur. Denne består av avdelinger som standardiserer, måler og inspiserer de ulike prosessene for eksempel i den operative kjernen. Arbeidsoppgaver standardiseres i for eksempel interne prosedyrer, som ikke styres direkte av ledersjiktet, men av menneskene i den operative kjernen. Ved Sykehuset Østfold har vi for eksempel EK-prosedyrer;
5. Støttestaben. Denne utfører oppgaver som støtter og letter de øvriges arbeid, og består av for eksempel IKT, kantinepersonell og annet støttepersonell.

Mintzberg mener at også ledelse foregår på tre plan: informasjon, mennesker og handlinger. Dette må flettes inn i samhandling og kommunikasjon.

Han deler også inn strukturene avhengig av hvor store de er. For sykehusets del er det fagbyråkratiet i divisjonalisert form som er den største strukturen.

Fagbyråkratiet kjennetegnes av at den operative kjernen er stor sammenlignet med de øvrige delene av strukturen, særlig teknostrukturen og administrasjonen. Styringen er mer eller mindre basert på den operative kjernens egen faglige skolering. Fagfolkene skjermes mot direkte innblanding fra toppunktet, utover det som fremkommer i prosedyrene. Dette kan gi spesielle utfordringer ved samarbeid og samordning mellom toppunktet og fagfolkene. Fagbyråkratier reagerer langsomt på endringer i omgivelsene og mislykkes ofte når toppunktet forsøker å styre den operative kjernen.

Adhocratiet er en løs, fleksibel, selvfornyende organisasjonsform som holdes sammen av de ansatte selv. Denne strukturen finnes ofte i store organisasjoner der hovedkontorene er langt fra den operative virksomheten. Arbeidets art er meget spesialisert, og det foregår en gjensidig tilpasning ved at arbeidstakerne fjerner seg fra etablerte mønstre i organisasjonen. Her kan ulike faggrupper samles om et spesielt fagfelt. Styrken er at positive gruppeprosesser aktiveres, og på denne måten aktiveres også kreativiteten. Adhocratiet strever etter å finne en kreativ løsning for den enkelte pasienten/klienten/kunden. Det kan deles inn i det operative og det administrative adhocratiet (Sørensen, 1991; Bolman & Deal, 2007; Strand, 2007).

Ifølge Sørensen koordineres arbeidet via standardisering av ferdigheter for hele grupper. Den enkelte profesjonelle arbeider utfører sine oppgaver uavhengig av sine kolleger, men ofte tett knyttet til for eksempel sine pasienter. Systemet fungerer fordi det forutsettes at de ansatte arbeider under de samme faglige rammer.

Det absolutte resultatet i det profesjonelle arbeidet er det vanskelig å måle. Den profesjonelle i sykehuset har to oppgaver:

1. å kategorisere og diagnostisere plagen og finne ut hvilken prosedyre som skal brukes
2. å anvende disse prosedyrene

Det moderne mennesket har kunnskaper om sine egne plager og sykdommer. Legenes autoritet som nærmest enerådende bærere av medisinsk faktakunnskap har endret seg betydelig, særlig de siste årene med tilgjengeligheten av fagkunnskap på Internett. Pasientene kan derfor selv langt på vei finne ut hvilken sykdom de har, og hvilken behandling de tror kan hjelpe.

Fagbyråkratiet har ofte parallelle administrative hierarkier:

1. Det demokratiske: nedenfra og opp

Det demokratiske hierarkiet kan bestå av utvalg og samarbeidsgrupper. Det finnes brukerråd ved Fredrikstad DPS. I tillegg er det ulike forbindelsesfora for samarbeid mellom toppledelsen, mellomledelsen, de ansatte og pasientene. Alle disse har hver sin fagforening og pasientforening. Det finnes i tillegg brukerombud i Fredrikstad kommune og pasientombud her på sykehuset. Den demokratiske samhandlingen har alltid en administrator.

2. Det profesjonelle: ovenfra og ned

Overlegen dirigerer og koordinerer støttestaben med ansatte med helsefaglig utdanning. Det er han/hun som er ansvarlig for pasientbehandlingen og har størst innflytelse på behandlingen. Legen arbeider hovedsakelig etter en naturvitenskapelig tilnærming, mens sykepleiere og vernepleiere har en blanding av natur- og samfunnsvitenskapen.

Ansatte blir ofte koordinert av en profesjonell administrator. Administratoren får tillit av de ansatte så lenge disse opplever at han/hun betjener deres interesser effektivt. Som tidligere beskrevet er de ansatte igjen nær knyttet til sine pasienter. Man kan si at de ansatte er pasientens advokater. Det er få administratorer som vil bestride skjønn i pasientbehandlingen. Systemet gjør at de ansatte kan ha litt autonomi i utførelsen av pasientarbeidet.

Det meste av arbeidet er ordnet med mange standardiseringsdirektiv, som er utarbeidet av klinikkledelsen med noen innspill fra mellomlederne. På sykehuset finnes EK-prosedyrer som gir direktiv om hvordan pasientarbeidet skal foregå, for eksempel:

- selvmordkartleggingsprosedyrer
- overføringsprosedyre for pasienter som er somatisk klarert etter forgiftning

Toppledelsen ønsker å utøve kontroll med de ansatte, og oppretter EK-prosedyrer som skal følges. Dette skaper spenninger mellom toppledelsen og den operative kjernen ved sykehuset. Mange av målene i pasientbehandlingen går ikke an å måle med kvantitative metoder. Toppledelsen forsøker ofte å kompensere for dette ved hjelp av kvalitative undersøkelser, for eksempel målinger av pasienttilfredsheten.

Endringer i fagbyråkratiet kan gjennomføres kun ved langsomme prosesser, og helst av de profesjonelle selv (125Sørensen, 2000:131).

En divisjonalisert struktur legger vekt på spesialavdelinger, som på en måte er selvstyrte. Divisjonsdirektøren er ansvarlig for resultater, fortjeneste og utnyttelse av ressursene. Strukturen gir en stor fordel; den har rikelig med ressurser og har muligheter til raske reaksjoner, uten unødvendig økonomisk risiko. Toppledelsen vil helst ta alle de viktigste beslutningene selv. Det oppstår spenninger mellom toppledelsen og de ulike divisjonene fordi divisjonene ønsker å unnsnippe kontroll og være mest mulig uavhengige. Hver divisjon har sitt eget marked og sin egen støttestab.

Ofte er denne strukturen brukt i nonprofitorganisasjoner, for eksempel sykehus. Det skaper særlig store utfordringer når målene ikke alltid er objektivt målbare (98Bolman, Deal, & Thorbjørnsen, 2009105).

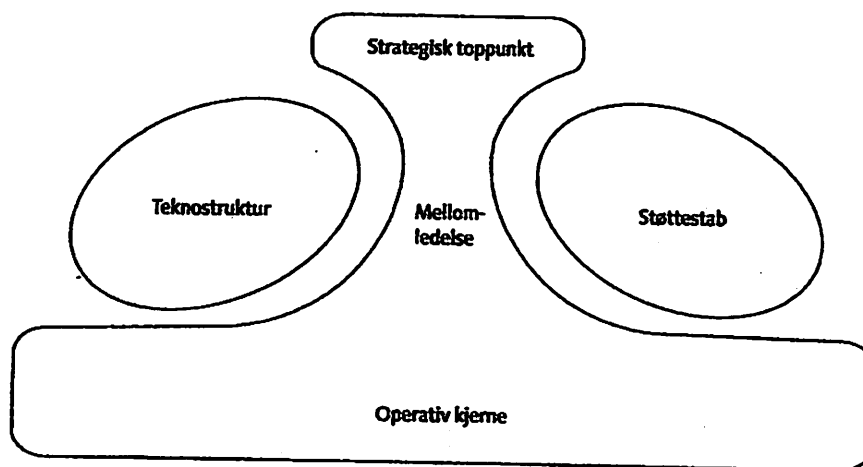
Sørensen mener topplerne har et bredt innflytelses- og kontrollområde. Kommunikasjonen mellom toppledelsen og den operative kjernen er begrenset og meget formell. Det evalueres ofte med utgangspunkt i prestasjonsresultater som toppledelsen definerer selv. De kontrollerer driften og markedet. Det kan beskrives som prestasjonskontrollsystemet, som ofte måler økonomiske konsekvenser (133Sørensen, 2000138).

Overført til sykehuset kan dette bety for eksempel tellinger av sykehusinnleggesdøgn og organisering av pasientflyten (markedet) inn til sykehuset.

Ut fra Mintzbergs modell kan hver avdeling på sykehuset beskrives som et fagbyråkrati. De ansatte i den operative kjernen har stor lojalitet overfor sitt fag og arbeid fordi de igjen er underlagt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Kommunikasjonen mellom sektorene er et av problemene når man skal skape balanse mellom utøverne på de ulike nivåene. Det kreves velvilje og respekt fra begge parter, så samspillet kan være til nytte for organisasjonen.

Fagbyråkratiet vist med nyremodellen:



(Bolman et al., 2009)

Hvis denne figuren legges ved siden av sykehusets organisasjonskart, ser man at de to ligner litt på hverandre. Likeledes kan også den divisjonaliserte strukturen ved klinikkene legges oppå fagbyråkratiet. Hver enkelt lille divisjon/klinikk fungerer helt selvstendig og har egne mål. Toppledelsen er helt avhengig av målinger av klinikkens produksjon. Ansatte er ofte tett knyttet til sine pasienter og er høyt spesialisert. Mellomledelsen er helt avhengig av å lede på en måte som tilfredsstiller både de ansattes krav om å kunne utføre arbeidet med høy kvalitet og kravene i kvalitative målemetoder. I tillegg må mellomlederne også vise resultater som er målbare for toppledelsen.

Fagbyråkratiet forventer at den operative kjernen bruker de beste samtalemetodene, metoder som er kunnskapsbaserte og etisk forsvarlige. Sykehuset har tilrettelagt for den tradisjonelle psykiatriske samtalebehandlingen.

Akutteamets arbeidsmetoder er slik jeg oppfatter det sammensatt av samtaler, praktiske gjøremål og samhandlingsprosesser. Det passer derfor veldig dårlig for sykehuset at det meste av akutteamets arbeidsmetoder ikke kan måles med kvantitative målemetoder og er forankret i samfunnsvitenskapen. Det blir uoversiktlig for toppledelsen hva ansatte egentlig gjør, og ikke minst at behandlingen foregår hjemme hos pasientene. Toppledelsen og administrasjonen mister denne oversikten og vil derfor begrense friheten og kontrollere den operative kjernen.

Strukturen er rigid og skaper utfordringer spesielt i prosesser der man skal koordinere for eksempel klinikker. Ledelsen innfører nye prosedyrer for å konkretisere akutteamets arbeidsmetoder, men disse virker dårlig, da de ansatte og pasienten selv ikke er med på endringene. Det ser ut som om akutteamet likevel på grunn av den sterke teamorganiseringen og høye fagkunnskapen og -etikken klarer å nå frem til sine pasienter.

Spesielt i ikke-produksjonsorganisasjoner som sykehus er arbeidsprosessene komplekse, og erfaringer viser at det er lite hensiktsmessig å detaljstyre de ansatte. Dette gir store utfordringer til mellomledelsen, som skal påse at de ansatte til enhver tid følger elektronisk kvalitetssystem, heretter kalt EK-prosedyrer.

Klinikkledelsen fastholder likeledes kvantitative målinger.

- Man teller antallet innleggelser i psykiatrisk akuttmottak før og etter oppstart av akutteamet.
- Tellingene gjøres i pasientjournal systemet DIPS.

Så lenge organisasjonen viser til målbare resultater, kan den styre seg selv og ta beslutninger om hvordan den vil organisere seg. Det kan være vanskelig for toppledelsen å ha oversikten og kontrollen over driften. Muligens er det derfor toppledelsen også i nonprofitorganisasjoner likevel tyr til disse målemetodene. Ansatte i den operative kjernen etterlyser igjen flere målinger av resultat av pasientbehandlingen. Det kan også være en maktkamp innenfor faggruppene. En grunnforutsetning for spesialisthelsetjenesten på sykehus er tilstedeværelsen av overlegene. Tilsvarende ville det være umulig å drifte et flyselskap uten piloter.

Det er utfordrende for fagbyråkratiet å drive samfunnsøkonomisk riktig. Sykehuset er en nonprofitorganisasjon og er avhengig av tillit fra befolkningen. Det moderne mennesket stiller høye krav til pasientbehandlingen. Fordi det finnes mye informasjon om sykdommer og behandling på Internett, vil den opplyste pasient stille selv krav til behandlingen.

Toppledelsen kan endre driften uten noen stor økonomisk risiko, men dette skaper igjen spenninger i den operative kjernen, som ikke ønsker endringer. Mintzberg kaller dette katt-og-mus-leken mellom toppledelsen og klinikkene.

Ledelsen vet at innleggelse på psykiatrisk akuttavdeling er den mest kostbare behandlingsformen i klinisk psykiatri, og derfor vil den gjøre det den kan for å minske antallet liggedøgn.

Det mangler helt klare instrumenter for å måle hva psykiatrisk behandling koster. Sykehuset har innført DRG (diagnoserelaterte grupper) og ISF (innsatsstyrt finansiering) i den kirurgiske helseøkonomiske strukturen. Det har også vært drøftet å innføre dette systemet i psykisk helsevern, men foreløpig er ikke det implementert.

Den operative virksomheten ønsker igjen å drive moderne i nær relasjon til sine pasienter ut fra nyere kunnskapsbasert forskning. Det økonomiske tenkesettet er fraværende hos ansatte som er vant til at sykehuset er en stordrift med store ressurser. Divisjonalisert fagbyråkrati i offentlig sektor har rikelig med ressurser grunnet statlig eierskap.

Fagbyråkratiet, for eksempel sykehus og høyskoler ønsker at ansatte skal representere en høy faglig standard. Den operative kjernen består av legespesialister og høyskoleutdannede. Dette er i seg selv et bevis på at organisasjonen er en ekspertorganisasjon. Alt fungerer bra så lenge den operative kjernen styrer seg selv og administrasjonen og toppledelsen ikke blander seg inn i pasientbehandlingen. Toppledelsen er igjen avhengig å ha legespesialister for å drive forsvarlig. Profesjonelle har på sin side høy fagetikk og vil helst være selvstendige i sitt fag. Det viser seg også at ansatte i akutteamet er enda mer fri når de ikke arbeider på sykehuset. Frihet skaper kreativitet, som kommer pasientene til gode, med enda bedre pasientbehandling som resultat.

Ansatte ønsker å arbeide uten så mye innblanding fra administrasjonen, men denne ønsker igjen å utøve kontroll. Pasientene elsker akutteamet fordi de er litt avhengige av dem. Ansatte liker å fjerne seg fra sykehusets kontroll. De vil gjerne være mer frie og uavhengige av administrasjonen. Dette kommer pasientene veldig til nytte, da ansatte er kreative og tenker nytt om «hva som kan hjelpe».

Etter sykehusets innføring av ulike bedriftsøkonomiske reformer, hvor resultatvurderinger kobles opp mot objektive mål, kreves det kvantitative målinger av organisasjonens resultater. Litt underlig for meg er det at til tross for at mange av New Public Management (NPM) - reformene innføres, helt eller delvis, blir ikke brukerfokuset likt verdsatt – til tross for at kundeperspektivet er et av hovedpoengene med denne reformen. Ifølge denne bedriftsøkonomiske tankegangen har kunden eller pasienten rett til å velge produkt. Dette sammenliknes på et sykehus med at pasienten alltid vet best hva som er best for ham eller henne. Det vektlegges at mennesket skal ha mulighet til å velge fritt i markedet, og på dette vis få god service og kvalitet på de tjenester man ønsker utført.

Fagbyråkratiet beskriver toppledelsens mål for organisasjonen. Ledelsens mål for akutteamet ved oppstart var å forhindre og gi andre alternativ til innleggelse for pasienter med akutte psykiske problemer. Dette skulle man gjøre ved å bruke teamprosesser og andre alternative metoder. Det fremkommer i 2011 at ledelsen ikke har fått det ønskede resultatet med reduksjon i innleggelsene i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Fagbyråkratiet ønsker at den operative kjernen skal styre seg selv så lenge det fører til reduksjon av antall innleggelser.

Det er ikke like klart hvilke oppgaver som er de utenomterapeutiske. Disse er heller ikke definert i prosedyrene, men det er mer opp til teamet og den enkelte ansatte å hjelpe pasienten med å gå i banken eller kjøre til legen. Disse aktivitetene forgår også utenfor sykehuset, og det er veldig vanskelig å måle effekten. Behandlingen utføres mye ut fra fagets profesjonelle holdninger og handlinger. Denne virksomheten i organisasjonen er avhengig av den som er ansatt. På en måte ønsker organisasjonen en effektiv og fleksibel pasientbehandling, men klinikken har ikke utarbeidet instrumenter som kan måle disse faktorene på en måte som kan tilfredsstille toppledelsen. Mange undersøkelser viser at langvarig samtalebehandling, med kun samtaler, noen ganger har liten effekt.

Likevel foregår mye av behandlingen på sykehus. Det kan være gammel fagtradisjon eller toppledelsens behov for kontroll over behandlingen som gjør at organisasjonen motsetter seg den type behandling som akutteamet driver.

Ifølge Mintzberg er det organisasjonen som kontrollerer og administrerer hvilke kunder/pasienter som skal komme inn til virksomheten, så dette skal passe godt inn i fagbyråkratiet. Administrasjonens og toppunktets innblanding i pasientbehandlingen oppleves av den operative kjernen som et irriterende uromoment. Dette i seg selv kan gjøre at den operative kjernen reagerer langsomt på direktiver og innstramninger i pasienttilstrømningen. Den administrative delen av fagbyråkratiet styrer den operative kjernens selvbestemmelse med for eksempel å ha en åpen telefon, der B-3 sier «når det brenner som mest». Som et eksempel fra sykepleie er høy feber, 40 grader, en tilstand som kan trenge hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hvis dette omskrives til psykisk helsevern, kan dette utsagnet være en beskrivelse på et kraftig angstanfall (98Bolman et al., 2009:102, Horton, 2006).

Pasientbehandlingen er helt avhengig av tillit mellom pasient og ansatt. Det viser seg at de ansatte i fagbyråkratiene ofte er tett knyttet til sine pasienter. Metodene i kontakten ser ikke ut til å være så avgjørende, men pasientene opplever denne tilknytningen som god og hjelpende.

2.2 Kvalitetsledelse

Sykehuset endret sin organisasjonsmodell fra 1. oktober 2011, fra en Stab-linje-organisasjon til en kvalitetsorganisasjon, hvor vekten ligger på faglighet og kvalitet, med andre ord en kvalitetsledelse.

Sykehuset gjennomfører dette i disse tre avdelingene:

- HR-avdelingen
- økonomiseksjonene
- klinikkene

Kvalitetsbegrepet er blitt integrert i helseinstitusjonene siden begynnelsen av 90-tallet. Det har vært utarbeidet ulike strategiplaner og føringer fra Sosial- og helsedepartementet når det gjelder dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Dette kan være noe av det Aune mener med massebevegelse for å øke produktiviteten og lønnsomheten. Han mener alle ansatte må være med på å utvikle organisasjonen for å skape bedre kvalitet (Aune, 2000).

Helhetlig kvalitetsledelse er en strategi som kombinerer elementer fra det strukturelle perspektivet og Human Resource (HR) perspektivet. Den bygger på engasjement, deltakelse og teambygging.

Aune beskriver begrepet *total kvalitetsledelse* (TKL) som en massebevegelse i en organisasjon som må omfatte alle medarbeiderne. Det ligger store utfordringer i en slik mobilisering.

Målet er å skape en organisasjon der

- alle forstår at kvalitet er en betingelse for økt produktivitet, lønnsomhet og suksess

- man forebygger feil og gjør forbedringer
- kvalitet er absolutt og gjelder alle

Begrepet *innfasing* brukes i stedet for *innføring* i endringsprosessene. Man legger til grunn Puvi-sirkelen som verktøy for å få til de ønskede endringene. Ifølge Aune må det en ny mental modell og endret tankemåte til for at man skal se samfunnsnyttene med utvikling av verdier og arbeidsmiljø. Hvordan dette gjøres i praksis, er opp til topplederens egen stil, bedriftens kultur og tradisjon (332Aune, 2000225).

Aune har fordypet seg i utviklere innenfor kvalitetsstyrt ledelse. Ifølge Aune var W.E. Deming den som brukte statistikken som hjelp til å løse problemstillinger i industrien. Han har vært en av hovedpersonene innenfor japansk industri og har også gitt navnet til kontrollsløyfen.

Fagforeningen og ledelsen legger vekt på samarbeid, og på denne måte berøres alle funksjoner i kvalitetsprosessene (179Bolman et al., 2009182).

Hvis organisasjonen mislykkes i å utnytte TKL-ideen, er det ikke ideen som har sviktet organisasjonen, men organisasjonen som har sviktet ideen (Aune, 2000).

Regjeringen setter pasienten i fokus for sin politikk. Kvalitet i denne prosessen er knyttet til

- resultat
- trygghet
- tilgjengelighet
- omsorg
- respekt
- samhandling

De lovene som er mest aktuelle for akutteamet, er

- lov om spesialisthelsetjenester
- lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- lov om pasientrettigheter
- lov om helsepersonell

Mange av lovene er direkte knyttet til kvalitetsarbeidet på sykehuset. Kvalitetsbegrepet kan innflettes og kan skape et grunnlag for stadig utvikling, som i større grad tar hensyn og respekterer for eksempel pasientrettigheter og pasientens rett til innflytelse og påvirkning i sin egen bedringsprosess.

Begrepet kvalitet kan defineres på ulike måter innenfor helsevesenet. NS (Norsk standard) definerer det slik: «Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller et krav» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Definisjonen bygger mye på det lovverket som styrer utførelsen av offentlige tjenester på sykehus.

Aune beskriver og analyserer ordet *kvalitet* litt dypere ut fra latin *qualis*, som betyr «hvordan sammensatt» eller «noe som er i den». Han deler ordet inn i tre betydninger: produktbasert, brukerbasert og følelsesbasert.

Ifølge Colbjørnsen (2003) er "Fleksibilitetsbegrepet" også et uttrykk innenfor organisasjonsendringer: Riv pyramidene, opphev grensene, grip markedet, stol på deg selv, og gjør organisasjonene mer «funky». Viktige forhold innenfor organisasjonsendringer er ifølge Colbjørnsen nettverk, eget initiativ, drømmer og dristighet. Begrepet i seg selv fremmer at hver enkelt ansatt kan gjøre organisasjonen bedre.

Begrepene går ofte over i hverandre. Her i Norge har det vært tradisjon for å forstå begrepet *kvalitet* i den mer folkelige betydningen, som også er knyttet til følelser.

På bakgrunn av at begrepene ofte går over i hverandre lyder den internasjonale standardiseringsorganisasjonens (ISOs) definisjon slik: «Helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte eller underforståtte behov» (Aune, 2000).

Dette er en mer helserelatert definisjon: «God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Sosial- og helsedirektoratet har delt innkvalitetsbegrepet slik:

- trygge og sikre tjenester
- brukerinvolvering og brukerinnflytelse
- god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet

- god ressursutnyttelse
- tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Tilgjengelighet betyr sannsynligheten for at systemet er klart til bruk på et vilkårlig tidspunkt (Aune, 2000).

På sykehuset finner jeg også kvalitetsbegrepet i visjons- og strategiplaner: «Kvalitet og kunnskap – er vår virksomhet basert på, og våre beslutninger blitt bygget på.» Flere av de ovennevnte føringer er nøye flettet inn i for eksempel «leveregler», som jeg finner i sykehusets styringspyramide.

I forbindelse med opprettelsen av akutteamet er de fleste av disse føringene tatt med i den første målsettingen. Målet er å bedre den akutte situasjonen og bidra til rask og god håndtering av den oppståtte situasjonen. At noe er akutt, betyr at det krever rask behandling, og akutteamet har mulighet til dette i samarbeid med sine samarbeidspartnere som henviser pasientene. Det er fastlegene og legevaktene som i dag henviser pasienter til akutteamet.

2.3 Teamorganisering

Begrepet *teamorganisering* er noe upresist. Det kan derfor være riktig å presisere hva som menes med *team* i denne sammenheng.

Seksjonens navn er Akutteamet, og det er der undersøkelsen finner sted. Begrepet *akutt* sykdom betyr ifølge *Store norske leksikon* (SNL) plutselig sykdom som begynner brått og utvikler seg raskt. Begrepet brukes også for å betegne sykdommer som går fort over igjen.

Enkelt kan team beskrives som et lag eller en gruppe, som opptrer sammen for å utføre en oppgave. Laget ledes av en leder, som også er gruppens tillitsmann.

Vellykket teamarbeid avhenger av hva teamet skal gjøre. Keidel nevner flere viktige faktorer som bør være avklart når strukturen legges. Han knytter mange av sine teorier til idretten og lagspill. Samordning, lagoppsett, kampplan og selvbestemmelse kan være viktige faktorer å ta hensyn til. En god og tydelig struktur er viktig for teamets prestasjoner. Ved at toppledelsen gir teamet et klart myndighetsområde og holder lederen litt tilbake, frigjøres kollektiv energi og kreativitet. En fokusert og sammenhengende struktur er grunnlaget for høy yteevne i teamet. Team med høy yteevne er ikke altfor store; 2–25 personer er det beste. En annen

konklusjon er at 10 personer med langt større sannsynlighet vil kunne samarbeide enn 50 personer (128Bolman et al., 2009:133).

Ifølge Colbjørnsen (2003) tilrettelegger teamet samarbeidet mellom spesialister og fastleger, og skaper en gruppedynamikk der hver enkelt bidrar til teamets felles suksess. Noen ganger kan team skape sterk motivasjon og utløse mye energi. De fleste team måles på kvalitet, motivasjon og effektivitet. Det er mer usikkert om team kan måles på økonomiske resultater. Det er vanlig med denne organiseringen på sykehus, da den gjør arbeidsdelingen fleksibel. Alle medlemmene i teamet utfører alle oppgaver. Når man har tilgang på hverandres erfaringer, har man mulighet til å utvikle sine faglige kunnskaper.

Teamlederens rolle kan være tilrettelegger og inspirator. Denne tankegangen bryter med den tradisjonelle fagbyråkratiske lederrollen, som bygger på instruksjon, inspeksjon og sanksjonering.

Systematisk resultatgjennomgang vil synliggjøre den enkeltes bidrag, noe som igjen skal stimulere til økt innsats.

Selv om denne teamorganiseringen er vanlig, ca. 27 prosent av organiseringen i offentlig sektor, viser undersøkelser at teamene ikke gjør organisasjonene mer fleksible. Teamene blir målt på kvalitet og effektivitet. Samtidig kan toppledelsen ta beslutninger som påvirker resultatene til tross for teamets suverenitet og selvstendighet.

Teamet kan ha to ledere, én for resultatmål og én for det faglige målet. Dette kan lede til at teamet har krav om dobbeltrapportering.

Slik jeg oppfatter det, stilles det krav til toppledelsen at de må beherske kommunikasjon, dialog og god konflikthåndtering, hvis disse ledernes mål skal kunne sammenslås.

Videre vurderer jeg at teamorganisering muligens kan motvirke den rigide spesialiseringen som er vanlig på sykehus, slik at teamene bidrar til å ivareta pasientenes helhetlige behov for en sterkere medvirkning i bedringsprosessene. Dette gjøres med bedre samordning og grenseoverganger mellom nivåer.

Det er også min oppfatning at teamorganiseringen må integreres i et fagbyråkrati. Jeg ser det derfor som nyttig at toppledere lærer seg å håndtere denne organisatoriske kompleksiteten med å kommunisere, forhandle og påvirke hverandre på konstruktive måter som kan hjelpe pasientene.

Teamorganisering i spesialisthelsetjenesten sikrer ikke automatisk en tverrfaglig og fleksibel arbeidsmåte. Det må ligge til grunn noen prinsipper som kan skape forutsetninger for et godt fungerende team. Ifølge Øverås (2003) er disse faktorene viktige:

- å sikre tverrfaglighet, ha ekspertise på ulike fagområder, for eksempel rus og psykisk lidelse
- å vektlegge høy grad av tilgjengelighet, og å gi intens behandling og høy faglig kvalitet i virketiden.
- å ha noe tilgjengelighet på kvelder og i helger

Hansen og Fugletveit har brukt Bangs teorier, som deler inn teamene i lederteam, planleggingsteam og produksjonsteam. Akutteamet er en blanding av planleggings- og produksjonsteam. Produksjonen er pasientbehandlingen. Organiseringen av teamet er avgjørende for samarbeidet.

Øvretveit, Hansen og Fugletveit har inndelt organiseringen i følgende fem dimensjoner:

- Integrasjon. Teamet har et fellesskap som utformer beslutninger.
- Kollektivansvar. Alle teammedlemmer føler seg ansvarlige for at pasientene får den behandlingen de har krav på.
- Medlemskap. Dette blir som et medlemskap i en forening, hvert enkelt medlem eller ansatt er lojalt overfor de beslutninger som er gjort i fellesskap.
- Behandlingsforløp. Ansatte arbeider på den måten at pasientene får et helhetlig og koordinert tilbud.
- Ledelse. Teamlederen har full instruksjonsmyndighet overfor alle teammedlemmer.

Sammen blir disse ulike dimensjonene basis i teamarbeidet, og man ser det som riktig og viktig å ha gode kommunikasjonsarenaer for å fremme alle dimensjonene på beste vis.

Øverås beskriver teamorganiseringen som ikke bare en døråpner, jf. her akutteamets arbeidsmetoder, som omfatter hjemmebesøk, men også noe som gir den enkelte pasient rett tjeneste og dekker dennes spesifikke akuttbehov (Øverås, 2003).

Tittelen på Øverås' prosjektoppgave/evalueringsoppgave er *Fra portvakt til døråpner*. På akutteamets fagspråk har også begrepene *portvakt* og *døråpner* vært brukt om akutteamets funksjon. Disse begrepene er upresise.

Øverås har omskrevet rollen til *døråpner*. Pasienten oppsøker legevakt/fastlege, som tar kontakt/henviser til døråpner (akutteamet), som vurderer behovet for hjelp og anbefaler og tilrettelegger helsehjelp.

Terskel- eller trappehindringene betyr at prosessen frem til kontakten med helsevesenet kan ta tid. Dette gjelder spesielt pasienter med rusproblemer og psykiske helseplager, som har store vansker i utgangspunktet med å ta kontakt med helsevesenet. Det kan også være at opplevd behov for hjelp hos brukeren ikke automatisk gir grunnlag for hjelp i helsevesenet.

Iverksetting av telefonstengning har gitt en ekstra terskel for pasientene. Pasientene blir igjen stoppet av terskler, og det igjen gjør at det tar lengre tid for pasientene å få avklart sitt psykiske problem. Dette igjen kan øke behovet for innleggelse på psykiatrisk akuttmottak fordi pasientene er sykere når de endelig har kommet i kontakt med helsevesenet.

Det kan tenkes at teamorganiseringen med akutteam kan være en kanal til en mer helhetlig og samordnet helsetjeneste. Teamet har oversikt over de tjenestetilbudene som finnes, og i tillegg klarer de å skape en relasjon til pasienten for å kartlegge hva hans eller hennes egentlige hjelpebehov er. Pasientene får et mer tilpasset tilbud fordi teamet klarer å finne frem til løsninger som er de beste for pasienten og sykehuset. Det viser seg også at teamene er gode på det.

Teammedlemmer har en sterk tilknytning til hverandre, noe som igjen skaper positive, helhetlige og samordnende tiltak for pasientene. Teamet sees på som et supplement til det ordinære tjenesteapparatet. Pasientene opplever at teamet er gode til å formidle riktig helsetilbud til den enkelte.

Virkningen av assertive community treatment (ACT-team), eller akutteam har det vært vanskelig å måle. Det eksisterer ikke engang i dag helt kunnskapsbaserte store undersøkelser som kan vise til funn ut fra effektivitetsmål og kvalitetsmål. Muligens har effektivitetsmålene vært begrenset til kun antall liggedøgn i en døgntilnærmet behandling på sykehus. Her finner man ikke noen store forskjeller.

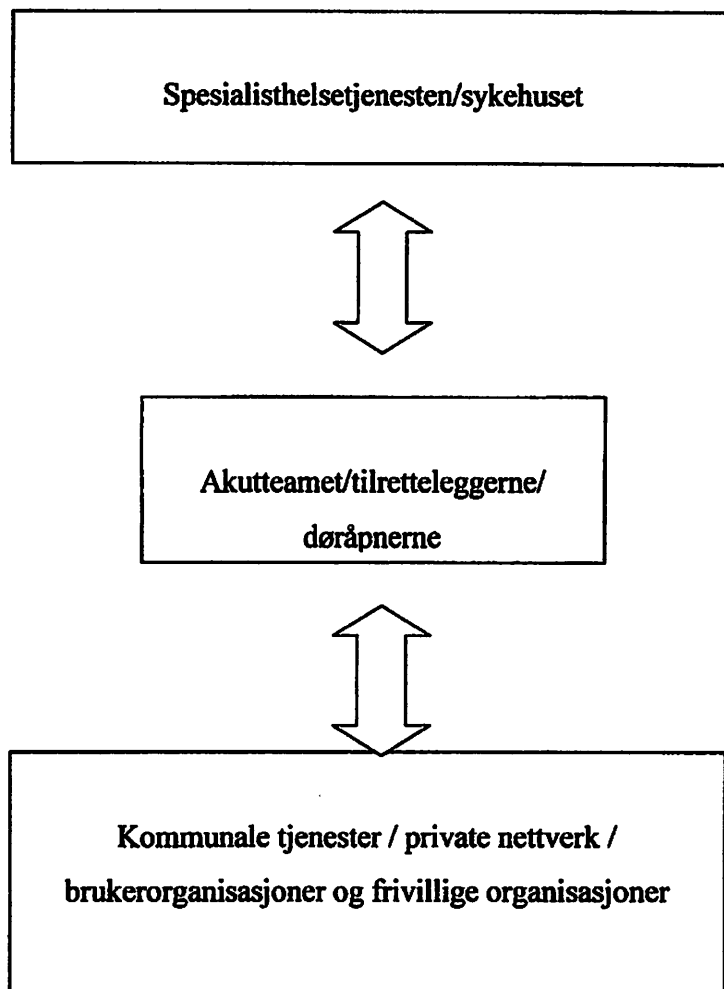
Derimot er det samfunnsvitenskapelige undersøkelser som viser funn i undersøkelser om teamarbeid i akutteam:

- gode helhetlige tjenestetilbud for pasienter
- tilrettelegging individuelt
- god ivaretagelse av pasientrettigheter
- god utnyttelse av eksisterende helsetilbud

Borg og Topor ønsker en administrasjon av helsetjenester som ivaretar brukerinteressene. Dette kan bety at man må se nærmere på hvordan organiseringen av helsetjenestene kan dekke pasientenes reelle behov og samtidig skape relasjoner. Det er kjent at hos pasienter med psykiske helseplager hjelper sterke relasjoner på bedringen. Ifølge Borg og Topor knytter pasienter 40 prosent av bedringen til utenomterapeutiske prosesser, for eksempel å handle mat og å hjelp til med transport (Borg & Topor, 2007a).

Det er åpenbart at pasientene jevnlig har ulike tjenestebehov. Dette stiller større krav til å justere omfang og innhold i tjenestene. Det kan være en fare at samarbeid er teamets ansvar og ikke inngår i resten av tjenestene på klinikken.

Man kan tenke seg en modell der teamet er godt egnet til å finne et samlet helsetilbud som kan passe for pasienten. Det generelle samarbeidet kan bedres mellom klinikkene.



2.4 Brukermedvirkning

Det overordnede målet er ifølge IS-1948 at brukerne skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene, både på individuelt nivå og på systemnivå. Brukermedvirkningen er viktig utefra et eksistensialistisk og et behandlingsmessig perspektiv; jeg mener at det er viktig at pasientene oppnår kontroll over viktige avgjørelser i eget liv. Behandlingen bør innrettes på den måten at pasientene blir i stand til å ta egne valg. Brukermedvirkning kan bidra til bedre planlegging, utforming og drift av helsetjenestene.

Alle de psykososiale behandlingsmetodene i akutteamet benytter seg nettopp av brukerens egne ressurser. Det sees som nyttig at helsevesenet tydeliggjør de ulike alternativene for pasientene så de selv kan veie ulike tiltak opp mot hverandre. Den individuelle planen er det

verktøyet man bruker for å styrke brukervedvirkning. Det utarbeides ofte andre instrumenter/verktøy for samordning, for eksempel behandlingsplan og kriseplan (IS-1948, s. 41).

Endringer i sykehusorganisasjonen gjennomføres ofte med økt vektlegging av brukervedvirkning, der brukerutvalget treffer ledelsen en gang i måneden og kan komme med direkte innspill til kvaliteten i pasientbehandlingen. Tillitsvalgte og ansattes representanter er også mer delaktig i forhandlinger med ledelsen enn tidligere.

De siste 20–30 årene har man lagt vekt på effektivitet og økonomistyring i offentlig sektor. Flere omorganiseringer i sykehuset har vært basert på bedriftsøkonomiske prinsipper. Den bedriftsøkonomiske tankegangen er ment å skulle gi økt lønnsomhet. Man tar i bruk nye begreper som hører til forretningsmarkedsspråket, som *kunde* i stedet for *pasient*.

Tankegangen har til dels fått innflytelse ved at pasientene er mer informert og delaktig i sin behandling. Innenfor helse- og sosialsektoren har begrepet *tjenestemottaker* vært brukt.

Likevel har ikke dette hatt særlig gjennomslag innenfor spesialisthelsetjenesten på sykehus. Sykehuset bruker noen av delene fra NPM, for eksempel økt konkurranseeksponering, resultatstyring og økt brukerinnflytelse i alle delene av helsetjenestene (Røvik, 2007).

Kundebegrepet kan forstås å gi markedsmakt til den som kan stille krav til leverandøren (S. K. Hansen & Negaard, 2006). Det vektlegges at man fritt skal ha mulighet til å velge i et marked, og på den måten få god service og kvalitet på de tjenester man ønsker å få utført. På denne måten kan sykehusene beskrives som tjenesteytende bedrifter.

Brukermedvirkning er et mangetydig begrep, og innenfor organisasjonsteorien vil dette beskrives som et nedenfra-og-opp-perspektiv (bottom-up). Det er viktig for tjenestenes kvalitet at ansatte i helsevesenet er sensitive for brukernes synspunkter. Sykehuset har lagt mer vekt på brukervedvirkning. Brukerutvalget treffer ledelsen en gang i måneden og kan komme med direkte innspill til kvaliteten i pasientbehandlingen. Tillitsvalgte og ansattes representanter er også mer delaktig i forhandlinger med ledelsen enn tidligere.

Brukerorganisasjonene har ulike tilbud til sine medlemmer. En av tjenestene de yter, er hjelpetelefoner. Det finnes tre hjelpetelefoner i Norge:

- Mental helses hjelpetelefon, som er gratis utover vanlig lokal takst og er åpen 24 timer i døgnet. Den er landsdekkende.
- Krisetelefonen, Kirkens SOS som koster 0,59 fra første tellerskritt. Den er landsdekkende.
- Røde Kors' kontakttelefon for barn og unge, «Kors på halsen», som er gratis utover vanlig lokal takst. Den er landsdekkende.

Ifølge Rønning og Solheim skilles det mellom brukerstyring og brukervedvirkning.

Brukerstyring betyr at brukeren har den reelle beslutningsretten for utformingen av tjenesten for seg selv. Brukervedvirkning er ifølge Rønning at brukerne får mer innflytelse på hele beslutningsprosessen og utformingen av tjenestetilbudet. Brukervedvirkningen er en relasjon mellom to parter og kan ha ulike dimensjoner på individnivå og i administrative prosesser, ved ledelse og administrasjon. Her vil jeg henvise til brukerutvalget, som består av representanter fra administrasjonen og representanter fra brukerorganisasjonene, og brukerråd, som er på et litt lavere nivå og består av mellomledere fra DPS og representanter fra brukerorganisasjoner (Rønning & Solheim, 1998a).

Rønning og Solheim beskriver hjelpeapparatet som et trehodet troll. De har analysert brukervedvirkningen, og mener at det er helt avgjørende at tre forhold er på plass for at man skal få til endringer i en organisasjon. Disse tre forholdene eller hodene er følgende:

- Det politiske hodet, som inneholder det demokratiske prinsipp. Her ligger medvirkning som en rettighet som alle borgere har i Norge. Det kan også beskrives som deltakerdemokrati. Helseforetaket SørØst er styrt av staten, og i helseforetaket finnes foretaksstyret, som ved sykehuset i Fredrikstad er sammensatt av syv medlemmer valgt av eierne og fire medlemmer valgt av de ansatte.
- Det byråkratiske hodet. Det kan på folkelig språk kalle byråkratiet. Ifølge Rønning og Solheim er Kafkas *Proessen* den mest kjente beskrivelsen på byråkratiet. Helsetjenestene i Norge forvaltes gjennom et stort administrativt apparat. Tidligere undersøkelser har vist at brukervedvirkningen ofte fungerer dårlig når det gjelder svakstilte grupper. Systemet legger stor vekt på kontroll og er opptatt av likeverdighet og trygghet. Sykehuset er et profesjonsbyråkrati på grunn av de faglige og formelle hierarkiene.

- Hjelpeapparatets profesjonelle hode. Dette spesialiserte samfunnet preges av mål- middel-rasjonalitet. Det er legene som har mest innflytelse og synliggjør profesjonenes funksjoner. Målet er at den profesjonelle har ansvar for å stille diagnosen og velge riktig løsning/behandling. På en måte fremstår den profesjonelle annerledes enn byråkraten. Den profesjonelle skal alltid velge den beste løsningen og stå ansvarlig for valg av midler for å nå det ønskede målet. Profesjonaliseringen øker også kunnskapen i hjelpeapparatet og bedrer på denne måten pasientbehandlingen (Rønning & Solheim, 1998b:123).

Neste tema omhandler samtalemetoder i Norge slik jeg ser det.

2.5 Samtaleteorier i Norge

Psykisk helsearbeid er blitt influert av flere vitenskapsdisipliner. Det er ofte en blanding av natur- og samfunnsvitenskap. Det vektlegger individ, familie og offentlig nettverk. Rønning og Solheim har sett på tre aspekter ved psykisk helsearbeid i Norge:

- konkrete tiltak som gjør at den enkelte kan leve et selvstendig liv, ha egen bolig, økonomi og fellesskap
- gode arbeidsformer for det mellommenneskelige møtet
- åpenhet for samtaler og refleksjoner om livet (Rønning & Solheim, 1998a)

Det etiske aspektet i møtet mellom mennesker gir spesielle utfordringer, der den profesjonelle møter den kriserammede pasienten. Etikken henger derfor nær sammen med dialogen mellom mennesker. Gjennom dialogen skapes virkelighetsforståelser som kan hjelpe pasienten. Det forutsettes selvfølgelig at den enkelte ansatte følger Sykehuset Østfolds leveregler, og den egne yrkesgruppens etiske retningslinjer, for eksempel sykepleierforbundets etiske veileder.

Divisjon psykiatri ved Sykehuset Østfold er som beskrevet ovenfor delt inn i ulike avdelinger. Her vil jeg avgrense meg til behandlingen av voksne innenfor spesialisthelsetjeneste.

Rusbehandlingen har tradisjoner i atferds- og samfunnsvitenskapen. Tverrfaglighet har vært et nøkkelverktøy i miljøterapien, som i høy grad er den samme for psykiatri- og rusbehandlingen (B. Karlsson & Andersen, 2011).

Det er ofte direktiver fra HOD som styrer behandlingstilnærmingen, basert på erfaringer fra andre lignende behandlinger, og i noen grad behandlinger som finnes i England eller Amerika.

Det kan også være prosesser i etableringen av et tilbud som selv kan forme behandlingsopplegg. I tillegg skaper de ansatte med sin fagkunnskap og gjennom erfaring og formell kompetanse et grunnlag for helsetjenesten.

Ansatte i akutteamet har ulik grunnutdannelse (formell kompetanse) og arbeidserfaring (erfaringskompetanse). Vernepleiere og sykepleiere har erfaring fra ulike nivåer og fagområder, for eksempel kommune, rusbehandling og spesialisthelsetjeneste (rus/psykiatri). Ofte fungerer den spesialiserte kunnskapen for hver enhet slik at seksjonen kjøper tjenester fra en ekstern enhet ved å kurse og utdanne de ansatte i en spesiell pasientbehandlingsmetode.

Det er spesielle metoder innenfor kommunikasjon, også kalt metakommunikasjon (kommunikasjon om kommunikasjon), som spesialisthelsetjenesten har skaffet seg mer spesifikk kompetanse på (Jørgensen, 1996).

Et annet maktmiddel er ifølge Bøe språket, og hvordan man behersker språket i de ulike kontekstene. Den hjelpetrengende mangler kanskje dette avgjørende midlet til deltakelse og makt. Ensidig bruk av fagspråk kan ekskludere. Bøe ser at det kan både ekskludere og inkludere. Det er viktig å knytte dialogen i første rekke til kontakten med pasientene (Bøe & Thomassen, c2000; Bøe & Thomassen, c2007; Seikkula & Arnkil, 2007; Seikkula & Arnkil, 2008).

Maktbegrepet kan også ses med Foucaults teorier, der pasienten bruker rollen sin mer aktivt, for å bestemme selv over sitt liv og sine handlinger. Et annet uttrykk er for eksempel «herre i eget liv, ekspert på eget liv». Disse forskyvninger er mye mer positive og skaper handling (113Borg & Topor, 2007a116).

På bakgrunn av den erfaringen jeg har gjort som sykepleier i akutteamet i Fredrikstad DPS, har jeg kommet frem til at spesialisthelsetjenesten i Østfold innenfor rus- og psykiatribehandling har tre tilnærminger, hvilke er implementert i behandlingen. Disse er følgende:

- kognitiv terapi (Wilhelmsen, 2004)

- MI-motiverende intervju (Nielsen, Underland, & Johansen, 2010) (Barth & Näsholm, 2007; Ivarsson, 2010)
- åpne samtaler med reflekterende prosesser (Seikkula, 2000; Seikkula & Arnkil, 2007; Seikkula & Arnkil, 2008)

Disse kommunikasjonsmetodene finner vi i veiledere og direktiver fra HOD. Det sees som riktig at sykehuset følger disse og implementerer undervisningen for sine ansatte for å lære seg kunnskapsbaserte metoder.

2.5.1 Kognitiv terapi (KAT)

Kognitiv terapi er kjent innenfor både rusbehandling og psykisk helsevern. Det er en form for psykoterapi utviklet av Aaron Beck, med utspring i psykoanalysen og atferdsterapien, primært for å behandle angst og depresjonslidelser.

Grunntanken i terapien er at følelser og atferd er bestemt av tankeprosesser. I dag er terapiformen godt kjent også ved vårt sykehus. Studier fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) viser at 90 prosent av voksne blir kvitt plagene ved hjelp av metoden.

Metakognisjonen er tenkning om kunnskap og innsikt i egne tankeprosesser.

Teorien beskrives som enkel, men med sofistikert praksis. Terapeuten starter med å få oversikt over problemstillingene, sorterer disse for deretter å bli enig med pasienten om ett tema som man starter med. Hovedsaken er pasientens kognisjon og tanker. Det er forskjell på kognisjonen og den indre opplevelsen. Terapeuten arbeider med holdninger pasienten har, og ser på hvordan han/hun tolker en hendelse med tankene og følelsene. Deretter dreier behandling seg om å bli seg bevisst de automatiske tankene og følelsene. Det er et samspill mellom individ og omgivelser.

Terapien kan brukes individuelt, i gruppe og i familieterapi (Hellevik, 1991). Terapeutens utfordring blir å se på hvordan pasienten kan velge ulike holdninger i fra en gitt situasjon, så han/hun kan nå sine mål. (11Wilhelmsen, 200418)

Terapien har som mål å lære pasienten å mestre sine livsproblemer med å hjelpe til med å endre uhensiktsmessige tankemønstre. Pasienten hjelpes til å bli en aktiv problemløser og medarbeider i terapien.

Terapeuten samtaler aktivt, informerer, forklarer og gir råd. Det er viktig at pasienten har en klar og tydelig person å forholde seg til. Behandlingsalliansen står sentralt; det er viktig at

begge to arbeider mot et felles mål. Det er avgjørende at pasienten er engasjert på samme måte som terapeuten.

2.5.2 Motiverende intervju (MI)

Det er mange forskjellige betegnelser på denne samtalemotoden. Her i Østfold har begrepet *endringsfokusert rådgivning* vært mest brukt. Metoden er spesielt nyttig og godt egnet for mennesker som sliter med motivasjon i endringsprosesser. Metoden har god innvirkning om pasienten sliter med risikoatferd, som rusavhengighet, røyking, dårlig kost og mangel på fysisk aktivitet.

Den motiverende samtalen har sin opprinnelse hos Scott og Miller, og er inspirert av kognitiv atferdsterapi. Miller var også inspirert av Carl Rogers teori om empatisk lytting.

Rusbehandlingen i Østfold har mest vært inspirert av Kristina Näsholms tolkninger av Millers og Rollnicks hovedbok.

I fokus for metoden står samtalen, som deles inn i fem temaer. Disse er kontakt, utforskning, perspektiv, motivasjon og beslutning eller forpliktelse (Barth & Näsholm, 2007).

Samtalemotodikken kan brukes i både lange og korte behandlingskontakter. Det er mye opp til terapeuten raskt å vurdere hvilken fase pasienten befinner seg i, for deretter å konsentrere samtalen om det mest sentrale temaene.

Samtaleprosessen har noen leveregler. Disse kan være at terapeuten må være en likeverdig samtalepartner. Terapeuten skal lokke frem klientens egne tanker og ideer om det livsstilsfarlige problemet, og om hvordan dette skal løses. Respekten for pasientens autonomi og selvbestemmelse over eget liv må alltid ligge til grunn.

Terapeuten skiller mellom ytre og indre motivasjon. Målet med samtalene er å øke den indre motivasjonen til positiv endring i en empatisk atmosfære.

Hovedmålet er å utforske og bearbeide ambivalensen i en atferdsendring.

2.5.3 Åpne nettverkssamtaler med refleksjon

Den åpne nettverkssamtalen er en metode utviklet av den finske psykologiprofessoren Seikkula. Samtaleformen er nettverksbasert og har lagt spesiell vekt på kriser og psykoser. Seikkula kaller behandlingen nettverksterapi, der terapeuten integrerer nettverket, privat eller offentlig, eller begge deler, slik at alle kan være delaktig i den totale situasjonen. Pasienten er i sentrum og er en aktiv deltaker i alle prosesser, noe som gjør at han/hun får det bedre (Seikkula, 2000:19).

Metoden bruker prinsipper innenfor dialogismen. Den nettverksinkluderende behandlingen har vist seg å ha vært spesielt praktisk i kritesituasjoner (Seikkula & Arnkil, 2007).

Det sees som nyttig å treffes innen 24 timer. Det er viktig at den som er bekymret, treffer resten av nettverket eller store deler av dette. Det legges stor vekt på dialogen mellom pasienten, terapeuten/terapeutene og det private nettverket/pårørende (Bohm & Nichol, 2010).

Den reflekterende filosofiske terapiretningen har størst fotfeste i Nord-Norge. Dette har sin årsak i at professor Seikkula samarbeidet med professor Tom Andersen fra Tromsø. Sammen utviklet de behandlingsformen det_reflekterende_team, som kan brukes i nettverksarbeid. Teamet består vanligvis av to eller flere, som først lar pasienten snakke med en av terapeutene uforstyrret. Deretter kommenterer og diskuterer teamet det de ser og hører. Ved å lytte til hverandres samtaler kan begge to lettere komme til løsninger på det som er vanskelig. Tom Andersen var veldig opptatt av den sosiale sammenhengen et menneske står i. Terapeuten tar avstand fra ekspertrollen, og det reflekterende teamet inntar en posisjon der de ikke alltid har svar på alle spørsmål, men gjennom gjensidig påvirkning og samarbeid samt samhandling oppnås en positiv forandring (Andersen, T. 2005). Behandlingsformen vektlegger åpne, positive spørsmål fremfor problemer og sykdommer. Terapeutene og pasienten veksler på å være aktivt lyttende og nærværende.

Viktige hjørnebegreper i denne metoden er følgende:

- intervju: åpne spørsmål;
- refleksjon fra teamet: Mange ideer skal eller kan komme frem;
- intervju: Pasienten gir tilbake det han har hørt eller opplevd;
- åpen dialog: Terapeuten og pasienten snakker igjen om samtalen.

2.6 Helsesektoren i Norge

Helsesektoren i Norge omfatter alle offentlige og private helsetjenester til innbyggerne, som sykehus, helsesenter, sykehjem, ambulanser, leger og lignende tjenester.

Helsevesenet deles inn i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det er kommunene som har ansvaret for primærhelsetjenesten, for eksempel tilgjengelighet av fastleger, sykehjem og helsestasjoner i sitt geografiske område.

Spesialisthelsetjenesten er inndelt i fire regionale helseforetak, som igjen er inndelt i ulike helseforetak, for eksempel Sykehuset Østfold HF.

Det offentlige helsevesenet skal gi helsehjelp til alle som befinner seg på norsk jord. Det omfatter tjenester som har til oppgave å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom, og å yte omsorg til syke mennesker.

Det kan også beskrives som velferdsstaten (keynesianisme). Velferdsstaten (ty.

Wohlfahrtsstaat) omfordeler normalt ressurser fra høyinntektsgrupper til lavinntektsgrupper. Velferdsstatens oppgaver er skole, helse og sosialforsikring/trygdeforsikring.

Den skandinaviske samfunnsmodellen er et begrep som beskriver samfunnsoppbyggingen i Sverige, Norge og Danmark. Disse landene har stabile og lange tradisjoner for demokratiske prosesser på ulike nivåer og områder. Norge har en blandingsøkonomi og er en velferdsstat. Staten står for de offentlige tjenestene, hvorav helsetjenesten er én.

De ulike delene av helsetjenesten, for eksempel primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, må bygge på gjensidig respekt for og tillit til hverandre. Dette må gjelde alle aktørene i helsetjenesten. Innenfor spesialisthelsetjenesten blir oppgavene stadig mer spesialiserte, og kravet om effektivitet og ekspertise øker. Til slutt er det ingen av yrkesgruppene som er ekspert på helheten. Høy kvalitet forutsetter ofte god samhandling mellom tjenesteutøverne. En god helsetjeneste forutsetter at den enkelte tjenesteutøver hver for seg innretter sitt arbeid i samsvar med norske standarder, basert på evidensbasert kunnskap og gjeldende myndighetskrav på området (Wisløff, Helse- og omsorgsdepartementet, & Utvalg for å vurdere samhandlingen innen helsetjenesten, 2005).

Åpenhet om kvalitet er viktig, ifølge Helsedirektoratet. Helsemyndighetene ønsker at alle borgere skal få bedre kunnskap om kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten.

Kvaliteten på norsk helsevesen er høy, men det er vanskelig å finne målemetoder som viser den totale kvaliteten.

Helsesektoren er inndelt i mange ulike forvaltningsnivåer, som styrer og organiserer. Ifølge offentlige nettsider har alle innbyggere i Norge rett til nødvendig helsehjelp. Lovverket skal bidra til at det er lik fordeling av all helsehjelp med høy kvalitet, og at pasientrettighetene er ivarettatt.

Helsevesenets inndeling er slik:

- Helse- og omsorgsdepartementet
- Helsedirektoratet
- helseforetak
- helseregioner
- kommuner

Lovverket som styrer og regulerer helsetjenesten, er følgende:

- helse- omsorgstjenesteloven
- helsepersonelloven
- pasient- og brukerrettighetsloven
- psykisk helsevern-loven
- lov om spesialisthelsetjenesten

2.6.1 Helseforetak

Helseforetaket har et ansvar for å sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. Staten har vært suveren eier av alle helseforetakene siden 2002. I tillegg til å drive sykehusene med god pasientbehandling, som innebærer å undersøke, diagnostisere og behandle sykdommer, må helseforetakene også ha virksomheter som legger til rette for forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Helse Sør-Øst RHF eier ti helseforetak og har hovedkontor på Hamar. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF et forpliktende samarbeid med private ideelle sykehus.

2.6.2 Sykehuset Østfold

Det er utfordrende for sykehuset å drive samfunnsøkonomisk riktig. Sykehuset er en nonprofitorganisasjon og er avhengig av tillit fra befolkningen. Det moderne mennesket stiller høye krav til pasientbehandlingen. Fordi det finnes mye informasjon om sykdommer og behandling på Internett, vil den opplyste pasient selv stille krav til behandlingen.

Sykehuset Østfold HF består av mange ulike enheter, men hovedvirksomheten er lokalisert i Fredrikstad.

Følgende spesialisttjenester er underlagt dette helseforetaket:

kirurgi

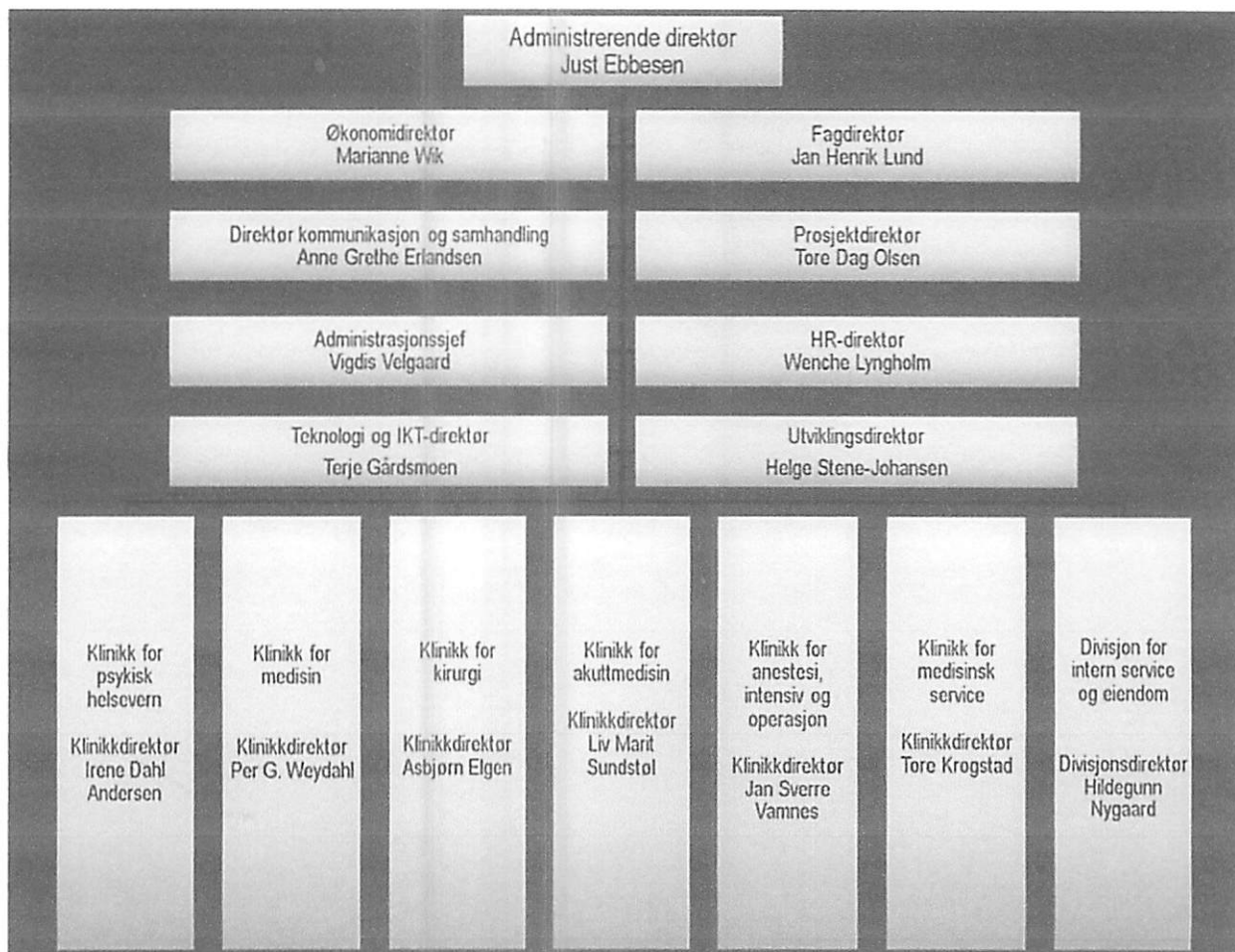
medisin

psykiatri

prehospital akuttmedisin

radiologi og laboratorier

Organisasjonskart over Sykehuset Østfold HF:



(SØs internettside, februar 2012)

Sykehuset har ca. 4800 ansatte og er representert i byene Fredrikstad, Moss, Halden, Askim, Eidsberg og Sarpsborg.

Hver enhet er en selvstendig administrativ og økonomisk enhet ledet av en klinikkdirektør.

Sykehuset slutter seg naturlig til nasjonale verdier og visjoner for spesialisthelsetjenesten:

«Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi» (Fritt fra SØ, 31.01.12).

Styret består av elleve medlemmer, hvorav fire er valgt av og blant de ansatte. De resterende kommer fra eieren, det vil si staten; av dem er fire medlemmer politisk valgt. En fastlege er representert, og de siste to medlemmene er selvfølgelig styreleder og nestleder.

Sykehusledelsen består av 16 medlemmer, hvorav halvparten av medlemmene representerer sine fagklinikker, beskrevet ovenfor. Det er i tillegg medlemmer fra andre driftsenheter, for eksempel HR, IT og økonomi, samt et medlem som ivaretar det nye sykehuset som er under bygging på Kalnes.

Kostnadene for en god helsetjeneste på like vilkår er en av de største utgiftene et samfunn har. Helsetjenesten bygger mye på den sosialdemokratiske modellen, som har lange tradisjoner når det gjelder alles rett til skolegang, helsetjeneste og et godt fungerende rettsvesen.

Jeg ser også at man prøver å integrere ulike strømninger fra bedriftsøkonomiske tradisjoner i offentlig sektor, kombinert med innslag fra HR-rammen. Sykehuset endret sin organisasjonsmodell 1. oktober 2011, fra en stab-linje-organisasjon til en kvalitetsorganisasjon, hvor oppmerksomheten mer er rettet mot faglighet og kvalitet, med andre ord en kvalitetsledelse.

Sykehuset gjennomfører dette i disse tre avdelingene:

- HR-avdelingen
- økonomiseksjonene
- klinikkene

Etter endringen legger man mer vekt på brukermedvirkning, der brukerutvalget treffer ledelse en gang i måneden og kan komme med direkte innspill til kvaliteten i pasientbehandlingen. Tillitsvalgte og ansattes representanter er også mer delaktig i forhandlinger med ledelsen enn tidligere.

Sykehusledelsen selv skriver at ledelsesmodellen har gått fra å være en linje-stab-modell til å bli en kvalitetsledelsesmodell. Med dette mener de at pasientbehandlingen får en dreining mot mer faglig riktig fokus. Man vektlegger prosesser som øker kvaliteten i behandlingen.

Sykehusets leveregler har også tre punkter om ønskede egenskaper hos ansatte på sykehuset:

- Vi omgås pasientene med høflighet og respekt.
- Vi representerer arbeidsplassen vår på en god måte.
- Vi deltar i prosesser og er lojale til beslutninger.

Det vektlegges også økt medvirkning fra pasienter, tillitsvalgte og pårørende i behandlingen. Opprettelsen av brukerutvalget er et eksempel på dette. Brukerutvalget er et organ for samarbeid mellom sykehuset og alle brukerorganisasjonene, som igjen er rådgivere for administrerende direktør. Utvalget møtes en gang i måneden.

2.6.3 Klinikk for psykisk helsevern

Klinikk for psykisk helsevern består av flere avdelinger, ledet av samme direktør.

Disse avdelingene er:

- akuttpsykiatriskavdeling
- psykiatrisk intermediæravdeling og voksenhabilitering
- avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering
- avdeling for distriktspsykiatri nord
- avdeling for distriktspsykiatri sør
- avdeling for rusbehandling

Divisjonsdirektøren sa i et intervju med sykehusets internavis følgende:

- Det er ikke noe mål i seg selv at pasienter med psykiske problemer skal legges inn ved sykehuset, kanskje tvert om!
- Når det skjærer seg i psyken til noen, er folk i villrede om hva de skal gjøre.
- Vi må fortsette å tenke nytt og annerledes både på og utenfor sykehuset.

Antall innleggelser på psykiatriske akuttavdelinger har økt over hele Norge, også på vårt sykehus. Det sees som naturlig å forsøke å finne årsakene til dette, og ikke minst til hva som kan stoppe eller redusere innleggelsene.

Innenfor psykisk helsevern har sykehuset tre team, som arbeider ambulant. Alle har som et av sine mål om å forhindre innleggelser på akuttpsykiatrisk avdeling:

- ACT-team, Moss
- akutteamene, i Fredrikstad, Moss, Mysen og Halden/Sarpsborg
- ambulant team fra sikkerhetsposten

Ut fra den informasjon som finnes nå i 2012, er det ikke noen merkbar direkte effekt, med reduksjon av innleggelser, etter oppstarten av disse teamene.

2.6.4 Distriktpsikiatrisk senter, Fredrikstad (FDPS)

Ansvarsområdet til FDPS er ifølge egne internettsider det allmenne psykiske helsevesen for den voksne befolkningen i Fredrikstad og Hvaler. FDPS består av 4 ulike enheter som skal tilby spesialisthelsetjenester for ca. 72 000 innbyggere, med nedre aldersgrense 18 år.

FDPS hører sammen med Sarpsborg og Halden distriktpsikiatriske senter (HSDPS) til distriktpsikiatri sør og har følgelig samme avdelingssjef som disse. Det finnes også brukerråd i begge disse DPS-ene. Representanter fra Hvite Ørn, Mental Helse, Landsforeningen for pårørende og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon sitter i begge rådene.

Spesialisthelsetjenesten er oppdelt i to nivåer. Den ene delen finansieres delvis med egenandeler på kr 310 for poliklinisk behandling i psykiatrisk poliklinikk. Egenandelstaket er på kr 1300; deretter er behandlingen gratis. Ofte er pasientens egenandel for dennes medisiner så høy at egenandelstaket nås allerede ved innkjøp av disse. Vanligvis er lengden på en behandlingsserie ved poliklinikken ca. ti ganger. Den andre delen er innleggelse i psykiatrisk avdeling, som er på sykehuset i Fredrikstad. Seksjon for døgnbaserte tjenester består av to allmennpsykiatriske sengeavdelinger.

Sykehusinnleggelse og akutteambehandlinger er helt fritatt for egenandeler.

Det er vanskelig å måle den eksakte kostnaden ved en poliklinisk behandling kontra en innleggelse på en DPS-avdeling eller psykiatrisk akuttavdeling.

Seksjon for poliklinisk psykiatrisk behandling består av følgende tjenester:

- allmennpsykiatrisk poliklinikk
- enhet for gruppebehandling
- ambulant akutteam

Man må ha en henvisning fra lege/fastlege eller for eksempel fra legevakt for å få behandling.

2.6.5 Akutteamet

Akutteamet ble etablert i Fredrikstad i 2007 og følger retningslinjer gitt ved vedtak fra sykehusstyret.

I veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet ble det forutsatt at alle DPS-er i Norge skulle etablere akutteam, som skulle vektlegge frivillighet, ansvar og deltakelse i eget behandlingsforløp.

Det er nå etablert 52 ambulante akutteam i Norge. Helsedirektoratet ønsket i 2010 at Akuttnettverket skulle etablere en arbeidsgruppe som hadde som mål å revidere, evaluere og videreutvikle veilederen fra 2006.

Dette arbeidet finnes nå i et utkast som ble levert i oktober 2011. Ny veileder er forespeilet medio 2012. Dette styringsdokumentet fra Helsedirektoratet gir klare føringer på hvordan tjenesteutøvelsen og utviklingen skal være.

Akutteamet i Fredrikstad har ut i fra disse føringene valgt å organisere pasientbehandlingen langt i tråd med veilederen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Det blir også lagt mye vekt på samarbeid og samhandling, i tillegg til at tjenestene skal bli mer tilgjengelige. Det forutsettes at nettverkene, både offentlige og private, blir med på å skape en arena for samhandling på pasientenes premisser. Det er ønskelig at behandlingen fortrinnsvis foregår i pasientens hjem.

Opptaksområdet er det egne aktuelle DPS-et, med de menneskene som oppholder seg der.

Akutteamet kan bistå når pasientens eller pårørendes mestringsstrategier ikke strekker til (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Akutteamet i Fredrikstad har tolv ansatte, og personalgruppen er tverrfaglig sammensatt og består av sykepleiere, vernepleiere og en hjelpepleier. Teamet har også en koordinator.

Åpningstidene er mellom kl. 9 og kl. 22 på hverdager og kl. 12 og kl. 20 i helgene.

Ved oppstarten i 2007 var telefonen og kontakten helt åpen og tilgjengelig, slik at enhver som oppholdt seg i opptaksområdet, kunne ta kontakt og be om hjelp ved for eksempel å ringe akutteamet.

Den direkte linjen, der pasienter selv kunne ringe til akutteamet, ble stengt i januar 2010.

Henvisning til spesialisthelsetjenesten og akutteamet skulle heretter skje på ordinær måte.

Det betyr at pasientens fastlege og for eksempel legevakt kan henvise pasienten til akutteamet. Akutteamet samarbeider da med den som henviser, om hastegraden og kontakter pasienten. Det tilbys fortsatt fortrinnsvis hjemmebesøk, og det anbefales at pasientene involverer sitt private nettverk ved besøkene. Minimum to av de ansatte er med på møter med den enkelte kriserammede og i samhandlinger med samarbeidende nettverk. Det legges stor vekt på at den enkelte ansatte har erfaring med og kompetanse innen akuttpsykiatrisk krisehåndtering samt har et godt kjennskap til tjenestenettverket i opptaksområdet. De ansatte arbeider ut fra sykepleieprosessen, med sine problemløsningsmodeller (Eriksson, 2000; Hummelvoll, Jensen, Dahl, & Olsen, 2004; Lindström, 2003).

Det stilles krav til gode kommunikasjonsferdigheter, men det er opp til hvert enkelt team å ha en enhetlig forståelse av pasientbehandlingen og av hvilke krav virksomheten stiller til den enkelte ansatte for å tilfredsstille pasientrettighetene i spesialisthelsetjenesten. Demografiske faktorer i Østfold har også ført til at den psykiatriske spesialisthelsetjenesten har egne retningslinjer når det gjelder utredning av selvmordsproblematikk og avhengighet av rusmidler.

Hovedmålet for akutteamet i Fredrikstad er ifølge Dokument 40/2–02, SØ følgende:

- å bedre den akutte situasjonen og bidra til rask og god behandling av den oppståtte tilstanden
- å forebygge og forhindre innleggelser på sykehus
- å formidle kontakt til det øvrige hjelpeapparatet der det er nødvendig
- å gjøre nødvendige innleggelser minst mulig belastende

Neste tema er beskrivelse av avhandlingens metode.

3 Metode

Valget av åpent intervju som hovedmetode i denne undersøkelsen falt naturlig grunnet den kvalitative tilnærmingen i problemstillingen. Ifølge Jacobsens teorier gir resultatene fra intervjuer høy pålitelighet. Det er nettopp det som blir uttalt, altså sitatene som skaper grunnlaget for en analyse og gir antakelser til hypoteser. Her er båndopptaker og transkribering fenomenale hjelpemiddel. Både ansatte og brukerorganisasjoner er kjent med samtalen som hjelpemiddel for å oppnå kontakt. Denne metoden valgte jeg fordi den var den beste både for meg og for informantene.

Metoden er en fremgangsmåte, et middel å løse problemer, og på denne måten komme frem til ny kunnskap (Hellevik 1991).

Ut fra undervisningen på Høgskolen har de ulike fasene vært en veileder i oppbyggingen av avhandlingen. Flere forelesere har i undervisningen brukt «forskningsfisken»:

Bakgrunn \leftrightarrow problem \leftrightarrow teori \leftrightarrow metode \leftrightarrow empiri \leftrightarrow analyse \leftrightarrow konklusjon

Ifølge figuren utgjør metoden en av de største oppgavene i en undersøkelse som skal resultere i en vitenskapelig avhandling. Det er ulike strategier som er egnet til å få tak på virkeligheten, induktive og deduktive. Den induktive formen innebærer å samle inn data uten hypotese, mens den deduktive innebærer at innsamleren av data har en forventning om virkeligheten, for siden å gå ut og teste om dette stemmer. På en måte er denne avhandlingen litt blandet fordi jeg har en problemstilling i min oppgave. Innsamlingen av data gjøres med et åpent sinn, men er avgrenset i kontekst.

Det er mulig at denne undersøkelsen ikke finner noen nye resultater, men at jeg har muligheter til å studere virkeligheten på en fri og åpen måte, uten så mye forutinntatthet.

En faktor som kan gjøre meg noe ufri, er at jeg selv er ansatt som sykepleier i akutteamet. Det betyr at jeg har noen antakelser, som muligens kan påvirke innsamlingen av data. Spesielt innebærer intervju av ansatte og kolleger utfordringer for begge parter.

Diskusjonen om virkning har vokst frem underveis i studietiden ved høgskolen og i arbeidet i akutteamet og med pasientene.

Det var naturlig for meg å anvende en kvalitativ forskningsmetode, som favner både de ansattes og brukernes opplevelser av behandlingen i akutteamet. Min metode har vært å samle inn empiri eller data om virkeligheten. Ifølge Jacobsen er metoden et hjelpemiddel til å få undersøkt virkeligheten. Han fordyper seg i begrepene *virkelighet*, *sannhet* og *kunnskap*. Samfunnsvitenskapen er ofte i debatter når det gjelder ontologi (slik ting faktisk er), fordi studier av mennesker ofte må avgrenses til tidsaspekt og en spesiell kontekst (Jacobsen, 2005).

Jeg har fordypet meg i rapporten «Du har kommet til rett sted ...». Denne tar for seg de ulike dilemmaene når det gjelder utvikling og implementering av akutteam i Norge. Det har vært interessant å følge denne prosessen fra innsiden (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Jeg har hatt samtaler med kolleger, ledere og pasienter underveis om virkningen og effekten av akutteamet her i Fredrikstad.

De ulike gruppene har lagt vekt på forskjellige ting:

- Ansatte/kolleger er opptatt av utviklingen av metoder og av faglige spørsmål, med særlig det som har med kvalitet å gjøre.
- Ledere ser på den økonomiske nytten og effektiviteten, for eksempel om akutteamet reduserer innleggelser.
- Pasientene ønsker ofte å komme raskt i kontakt med hjelpeapparatet, uavhengig av nivå i helsetjenesten.

Å velge en metode som favner alle tre gruppene, ble for omfattende. Jeg valgte derfor å konsentrere meg om de ansatte og pasientene. Jeg tror at begge gruppene er opptatt av hverandre og kontakten i møtet dem imellom. Smith mener at alle mennesker har en evne til sympati for hverandre. Det er noe iboende i mennesket, som et grunnleggende prinsipp, å interessere seg for den andres skjebne. Denne følelsen er gjensidig i et møte.

Det faller derfor naturlig å begrense seg til akutteamets ansatte og pasienter. Jeg ønsket å ha åpenhet overfor alle ansatte, og for å integrere pasientene valgte jeg å kontakte de tre brukerorganisasjonene som er aktuelle for psykisk helsevern her i Østfold.

Brukerorganisasjonene for rusmisbrukere og mennesker med psykiske problemer er fra tidligere godt integrert i brukerutvalg og brukerråd på sykehuset, så det var naturlig å gi disse tilbud om å delta.

I samarbeid med veileder startet jeg datainnsamlingen hos akutteamets ansatte. Samtlige ansatte fikk tilbud om å delta i undersøkelsen med skriftlig beskrivelse av hvordan de ville løse pasientcase og ved deltakelse i et åpent intervju.

Caset ble besvart av åtte ansatte og fem som takket ja til intervju. Ut fra denne responsen valgte jeg å konsentrere meg kun om intervju med brukerorganisasjonene.

Her ser jeg fordelene med å ha mulighet til å justere innsamlingsmetoden underveis i undersøkelsen. Et funn er at datainnsamlingsmetoden jeg først valgte, med både skriftlig og muntlig resultat, kan vise seg å være for omfattende for en informant. Fordi undersøkelsen er kvalitativ, valgte jeg derfor å konsentrere meg om intervju. Dette er en av fordelene med den kvalitative forskningsmetoden, der forskeren kan justere spørsmål og omfanget av data.

Jeg fikk til sammen åtte intervjuer til analysen fordi jeg der hadde materiale fra både ansatte og brukerorganisasjoner (fem ansatte og tre brukerorganisasjoner).

Dataanalysen ble gjort med meningsfortetning og kategorisering, og deretter fant jeg aktuell empiri fra sykehuset og teori. Hovedtemaene i meningsfortetningen var sykehusorganisasjon, samtale, brukermedvirkning og team.

3.1 Metode

Metoden besto av intervju med ansatte og brukerorganisasjoner. Denne datainnsamlingsmetoden er den vanligste ved kvalitative undersøkelser. Informanten er den som gir data i en dialog. Da jeg allerede har gjort en avgrensning av informanter til 15 stykk, så jeg så muligheten av å foreta åpne personlige intervjuer.

Det var derfor naturlig å intervju i en rolig atmosfære, på et avtalt sted.

Jeg var også opptatt av språket til det enkelte mennesket fordi jeg ville se om det finnes noe sammenligningsgrunnlag i casebesvarelsene.

Personlige intervjuer blir alltid intime og får frem den enkeltes holdninger og oppfatninger av virkeligheten. Det ser ut som om personer har lettere for å snakke om følsomme tema når man samtaler ansikt til ansikt og muligheten for personlig kontakt skapes.

Jeg har i tidligere prosjektoppgaver ved høgskolen vært opptatt av intervjuet som datainnsamlingsmetode. Derfor ser jeg det som naturlig å legge til rette for et godt intervju. Det kan tenkes at «intervjueffekten» oppstår, der informanten kan bli mer reservert og muligens opptre unormalt. Faktorer som spiller inn, er at jeg er en kollega og sykepleier og er ansatt i akutteamet. For å avklare noe av disse faktorer for brukerorganisasjonene valgte jeg å kontakte lederne for disse her i Fredrikstad via e-post og telefon samt SMS. Jeg presenterte meg og sa at jeg selv var ansatt i akutteamet. Lederne valgte selv internt en person som deltok på intervjuet. Jeg tenker at lederne i organisasjonene foretok et valg ut fra etiske og demokratiske prinsipper. Det var ikke ønsket verken av lederen eller av meg at vedkommende person tidligere skulle ha hatt kontakt i et pasient–sykepleier-forhold. Dette ble avklart, og ingen av de tre som takket ja, hadde hatt et slikt forhold til meg på intervjutidspunktet. Dette var viktig for å få avklart og utelukket «intervjueffekten».

3.2 Hovedproblemstilling

Underveis i utarbeidelsen av OLU-oppgaven i 2010, med min veileder Tom Gundersen ved høgskolen, vokste arbeidstittelen frem. Det var naturlig å finne en problemstilling som favner både organisasjonen, ansatte og pasienten.

Spesielt Borg og Topor samt Bøe og Thomassen har belyst virkningen av relasjonen i psykisk helsearbeid. Etter mange år som sykepleier i pasientbehandling ved sykehuset er jeg opptatt av hvordan virkningen av en behandling er. (Bøe & Thomassen, c2007; B. Karlsson & Andersen, 2011)(Borg & Topor, 2007a)

Derfor ble problemstillingen følgende:

«Hva slags arbeidsmåter benyttes i akutteamet i Fredrikstad?»

Problemstillingen er i spørsmålsform, og jeg håper at jeg i løpet av oppgaven kan finne svar på alle delene ut fra den metoden jeg har valgt å benytte. Sannsynligvis kan ordet *arbeidsmåter* være noe uklart, da arbeidsmetoden er noe av selve verktøyet i pasientbehandlingen. Slik jeg ser det, er arbeidsmåten mer knyttet til det etiske fundamentet man har som ansatt ved sykehuset i Fredrikstad.

Arbeidstittelen i hele forskningsprosessen har vært følgende:

«Akutteam, suksess i psykisk helsevern»

Suksess betyr her å møte pasientene med respekt. Det i seg selv kan gi bedring i den psykiske helsen. Dette er bare en antakelse. Spørsmålet i selve arbeidstittelen vil jeg ikke besvare, men det følger meg som en inspirasjonsskilde gjennom hele mitt arbeid med avhandlingen.

Intervjuguiden hadde følgende tre temaer:

- Hva vet du om akutteamets arbeidsmetoder i Fredrikstad?
- Hvilket forbedringspotensial har akutteamet i Fredrikstad?
- Hvis akutteamet er en suksess, hvordan fungerer dette i sykehuset?

Bakgrunnen for at jeg bruker ordet *suksess*, er at det ofte brukes ved oppnåelse av gode resultater etter kvalitative undersøkelser av mennesker, helse, sykdom og atferd.

Ifølge ordboka er suksess fremgang, det å gjøre lykke, særlig om kunst og fremføring av musikk og skuespill.

Det er et positivt ladet ord og gjenspeiler også noe av grunntanken i samtaleteknikkene som benyttes i dialogen, jf. kapittel 2.5, «Samtaleteknikker».

Behandlingsteknikker og behandlingsformer skal være gode for dem det gjelder, her pasientene.

Etter klargjøring av selve problemstillingen og arbeidstittelen, er det nyttig med en kort klargjøring av hvorfor det var nettopp dette jeg konsentrerte meg om. Det er viktig å tilfredsstille den samfunnsvitenskapelige forskningsmetoden, som består av kvalitativ datainnsamling. Dette er en begrenset casestudie med tolv ansatte i akutteamet og tre representanter fra brukerorganisasjoner. Jeg har også en lokal forankring, med brukere fra

opptaksområdet for DPS Fredrikstad. Problemstillingen blir derfor avgrenset i geografi og av personer.

Undersøkelsen følger et intensivt opplegg, som gir gode muligheter til å generalisere empiri og teori fra de åtte intervjuene som blir analysert.

3.3 Delproblemstilling

Forskningsspørsmålene og delproblemstillingen har mye av samme innhold.

Delproblemstillingen hjelper meg med å kategorisere og strukturere delene i problemstillingen. Det er også et verktøy til å få gjennomført avhandlingen. I denne avhandlingen har jeg vektlagt sykehusets organisasjon og pasientene. For å få en sammenheng i dette var det naturlig å ta med også de ansatte, som fra sitt ståsted i den operative virksomheten kan belyse det som skjer i pasientbehandlingen. Metoden for å samle inn data må være enkel og fortlørlig nok, så troverdigheten i funnene blir høy. Det åpne intervjuet sees som den beste metoden å samle inn data på. Det åpne intervjuet har tre hovedtemaer, som er flettet inn i forskningsspørsmålene.

3.4 Undersøkelsesopplegget

Alle undersøkelser har sine etiske dilemmaer. For meg som har valgt å undersøke egen organisasjon, stilles det selvfølgelig større krav til tydelighet, respekt og redelighet overfor informantene, og lojalitet til sykehuset. Det er noe enklere med rollen til eksterne informanter – for meg vil det si brukerorganisasjonens representanter. Jeg har derfor brukt de alminnelige retningslinjene for undersøkelsen og forholdt meg til FoU-avdelingens råd og veiledning. Jeg startet derfor med å søke om godkjenning fra NSD. Prosjektet ble godkjent 12.05.11 med prosjektnummer 26923.

I samarbeid med FoU-avdelingen fikk jeg veiledning om hvilke retningslinjer sykehuset har for sine ansatte i forbindelse med forskning i egen organisasjon.

1. Registrering av mastergradsprosjekter og øvrige prosjekter innen høyere utdanning F/20.2–24. Godkjent 5/7.11.
2. Avtale i forbindelse med prosjektarbeid som inngår i høyere utdanning. S03/6–17. Godkjent august 2011.

Deretter inviterte jeg hele akutteamet til å delta i undersøkelsen. Jeg presenterte de undersøkelsesmetodene som ville bli benyttet. Det åpne ustrukturerte intervjuet har spørsmål fra arbeidstittelen og problemstillingen. Jeg ga informasjon om at det var mulig å delta på kun den ene delen av undersøkelsen anonymt. Samtykkeerklæring med underskrift var et krav kun hvis den ansatte også ønsket å delta i intervjuet. Den som ønsket å delta anonymt, kunne levere casebesvarelsen i min arbeidspostkasse eller sende den til meg i posten uten avsender.

Det oppstår flere dilemmaer når man skal forske i egen organisasjon. Et dilemma er at jeg jobber i den enheten som undersøkelsen gjelder. Det å håndtere flere roller kan være utfordrende i seg selv, og her fungerer undersøkeren også som kollega. Det er viktig å klargjøre sin rolle i virksomheten når undersøkelsen pågår, for seg selv og for kollegene. Det ligger forskningsetiske utfordringer her; hvis undersøkeren for eksempel er leder for den vedkommende ønsker informasjon fra, så kan informantene holde tilbake informasjon som kunne være nyttig. Det kan også tenkes at man som forsker er forutinntatt og ser tingene fra sin vante plass. Det er viktig å fri seg fra egne fordommer og løfte blikket som forsker i forhold til de ansatte og brukerorganisasjonene.

Det kan også være fordeler med å undersøke i egen enhet. Man er ofte engasjert i sin egen virksomhet, og det i seg selv kan gi motivasjon i en forskningsprosess. Andre fordeler er at man kan språket og kjenner konteksten. Det kan være nyttig når man skal analysere data å forstå sammenheng. Denne avhandling har to mål. Det ene er å tilfredsstille høgskolens arbeidskrav for masteravhandlinger, og det andre er å analysere, for deretter å øke det faglige innholdet i akutteamet i Fredrikstad. Avhandlingen kan gjennom disse to prosessene gi et faglig løft for hele akutteamet, og derved øke kvaliteten i pasientbehandlingen. Tidligere har jeg nevnt at det trehodede trollet også er aktuelt for sykehuset, og funnene kan være nyttige i alle deler av virksomheten. Akutteamet, som er en ny virksomhet, har et stort utviklingspotensiale for økt suksess.

Da de formelle godkjenningene var på plass, kunne jeg endelig gå ut til min egen seksjon og avdeling, DPS Fredrikstad og akutteamet, for å starte undersøkelsen. Formelt meldte jeg det til personalmøtet gjennom min enhetsleder.

I presentasjonen i september 2011 var jeg mest mulig saklig og tydelig når det gjaldt hensikten, og ønsket om frivillige som kunne delta i hele undersøkelsen, eller bare i deler av den. Kravet om anonymisering ble også presentert. Deretter delte jeg ut konvolutter direkte til hver enkelt ansatt 1. oktober, med frist for besvarelse 15. oktober.

Jeg tok kontakt med tre brukerorganisasjoner samtidig og inviterte dem med i undersøkelsen. Her valgte jeg organisasjoner som er representert i brukerråd og brukerutvalg på sykehuset.

3.4.1 Kvantitativ metode

Den kvantitative metoden er en forskningsmetode som befatter seg med tall og målbare fenomener. Resultatet kan være en rekke med tall, tabeller, grafer eller andre statistiske data. I de fleste naturvitenskapelige undersøkelser brukes denne metoden. Det er tilhengere av denne metode på samme måte som av andre metoder. Kritikerne mener at funnene fra kvantitative undersøkelser dekker til sosiale fenomener. Ut fra forelesninger og vurderinger som jeg har gjort i veiledning, har jeg derfor utelukket denne metoden, da den kvalitative metode passer bedre inn når jeg vil undersøke erfaringer, opplevelser og sosiale prosesser.

3.4.2 Kvalitativ metode

Den kvalitative metoden er mest brukt innenfor sosiologi, psykologi og sykepleievitenskaper. Den kvalitative metodens styrke er at den vektlegger detaljer, nyanser, og det unike ved hver informant. Den kvalitative metoden har «høy begrepsgyldighet», dvs. den har den korrekte forståelsen av et fenomen. Tilnærmingen er også mer fleksibel fordi det mens undersøkelsen pågår, er fullt mulig å justere spørsmålene og problemstillingen. Ifølge Jacobsen blir metoden interaktiv. Skillet mellom de ulike fasene blir mer flytende, og selve forskningsprosessen er ikke låst (129Jacobsen, 2005130).

Den mest vanlige kvalitative datainnsamlingen er det individuelle, åpne intervjuet. Det er en ulempe at metoden kan påvirkes av mange faktorer; for eksempel kan jeg bli påvirket av informanten og omvendt. Det kan også være vanskelig med anonymitet.

Refleksivitet betyr at jeg må ha kunnskap om hva som kan skje i en intervjusituasjon, og reflektere over funnene når det gjelder troverdigheten.

Jeg valgte intervjuet fordi det er en kjent metode for alle informanter. Jeg håpet også at jeg med min kunnskap om kommunikasjon og møteøyeblikket ville klare å skape en ramme for en god samtale og være mest mulig refleksiv.

Intervjuguiden hadde følgende tre temaer:

- Hva vet du om akutteamets arbeidsmetoder i Fredrikstad?
- Hvilket forbedringspotensial har akutteamet i Fredrikstad?
- Hvis akutteamet er en suksess, hvordan fungerer dette i sykehuset?

Jeg valgte å ha veldig lite dialog, men stilte noen enkle oppklaringsspørsmål til ord, for eksempel «hva mener du med hjelp?». På slutten av intervjuet spør jeg om hvordan intervjusituasjonen har vært, og om intervjuobjektet har noen tilbakemeldinger vedrørende undersøkelsen og/eller spørsmål om konfidensialitet.

Ansatteinformanter, fem stk.:

Intervjutidspunkt og -sted har også sine begrensninger, da jeg samler inn informasjon fra egen organisasjon. Informantene er på jobb når de blir intervjuet, og etter avtale med ledelsen får ikke intervjutiden begrense den ordinære driften av pasientbehandlingen. Dette betyr at jeg selv må ha en fridag, mens informanten er på jobb. Intervjuene ble avtalt ca. en uke i forkant, alltid i begynnelsen av en vakt, og det ble også gitt informasjon til ansvarsvakten om hvor informanten, og jeg befant oss, da informantens tilgjengelighet på vakt er en forutsetning ved et akutt behov. Det var også viktig å avtale intervjutid når det var flest mulig ansatte på vakt. Intervjuet foregikk på et samtalerom på DPS Fredrikstad, akutteamets lokaler. Det ble informert om lengden på intervjuet og hvordan diktafonen skulle brukes. I tillegg ble det informert om at jeg tok korte notater.

Brukerinformanter, tre stk.:

Jeg tok kontakt med lederne for Fredrikstads brukerorganisasjoner. Jeg brukte e-post for å gi generell informasjon om studiet mitt ved høgskolen og hensikten med undersøkelsen. Jeg beskrev også enkelt problemstillingen og hvilke spørsmål som kom til å bli benyttet, samt hvor lang tid intervjuet ville ta. Jeg gav også informasjon om kravet til skriftlig samtykke. Kontakt ble opprettet for alle tre organisasjonene, og i telefonen stilte jeg spørsmål om ønsket møtested. Alternativene var å møtes i organisasjonens egne lokaler eller på Høgskolen i Fredrikstad eller Halden. Det var viktig for meg å ikke foreslå sykehusets lokaler som møtested, dels fordi jeg sannsynligvis ville bli mer ufri overfor min egen organisasjon, dels fordi informanten kunne føle seg mer farget av å være i sykehusets lokaler, hvor mange har sykdomserfaringer, som kan vekke følelser som kan påvirke svarene. To av organisasjonene valgte høgskolen som intervjusted, og den siste ville treffes i organisasjonens egne lokaler. Informanten valgte fritt tidspunkt. Alle tre informanter fikk muligheten til å få en kopi av intervjuet. To ønsket det og fikk dette tilsendt straks etter transkribering.

Informantene fikk informasjon om hvordan de skulle gjøre oppgaven, og hvordan den ville bli publisert. Jeg gav muligheten til å delta på selve fremføringen av oppgaven på høgskolen hvis jeg fikk tilfredsstilt arbeidskravene til masteroppgaven. De fikk mulighet til å få et eksemplar til sin organisasjon, forutsatt at oppgaven ble godkjent. Samtlige tre takket ja til deltakelse og til å motta et eksemplar av selve oppgaven.

3.4.3 Gjennomføring av selve intervjuet.

Intervjuet startes uten diktafon, og jeg prøver å legge til rette for en avslappet atmosfære med en kopp kaffe og en liten kjeks. Deretter gir jeg kort informasjon om lengden på intervjuet, hvorfor jeg bruker diktafon, og hvordan jeg behandler båndet etter intervjuet. Jeg bruker en rolig og avslappet stemme i intervjuet.

Jeg gir informasjon om hensikten med intervjuet og gjennomgår samtykkeskjemaet, som informanten har underskrevet. Informantene blir informert om anonymitet og etiske retningslinjer, for eksempel at jeg ikke kan ha hatt noen type pasient-sykepleier-kontakt med

informanten i forkant av intervjuet. Dette kontrolleres av begge en gang til før diktafonen blir startet. Jeg gir informasjon om hvordan lydfilen og transkripsjonen av den blir oppbevart.

Jeg gjør atmosfæren rolig og behagelig for samtalen. Diktafonen startes så, og informanten bes først om å gi informasjon om sin egen brukerorganisasjon. Deretter starter jeg med de tre spørsmålene, som jeg også gir informanten skriftlig. På slutten spør jeg alltid om det er generelle spørsmål eller kommentarer til det vi har gjennomgått.

3.5 Transkribering

Bruken av lydbånd er å foretrekke ved alle intervjuer fordi situasjonen blir mer naturlig og det gir mulighet til å ha konsentrere seg om samtalen og informanten. Lydbåndet må deretter overføres til tekst. Prosessen med å overføre samtalen til tekst kalles transkripsjon (Lund & Haugen, 2006).

Transkripsjon betyr overføring av tale til lydskrift eller av en tekst fra et skriftsystem til et annet, for eksempel fra russisk til latinsk skrift.

Høgskolen anbefaler oss studenter å transkribere intervjuene fra bånd til tekst selv, da det hjelper oss å få teksten «under huden», det vil si å starte den reflekterende forskningsprosessen med å bli kjent med de innkomne data. Det handler også om å håndtere informantenes samtale på en etisk mest mulig skånsom måte. Jeg gir derfor informasjon i begynnelsen av intervjuet om at det er jeg som transkriberer teksten. Informasjon om administrative prosesser rundt innhenting av informasjonen fra ansatte er som kjent problematisk, og det kan muligens dempe noe at det er jeg selv som transkriberer. Slik jeg ser det, er dette også en bra metode for å gi mer gyldighet til svarene, i form av korrekt gjengivelse.

Etter intervjuet transkriberte jeg teksten så raskt det lot seg gjøre, vanligvis samme eller neste dag.

Lydfilene er lagret på en datamaskin uten internettilgang, jf. NSD-retningslinjer.

Intervjuene varte i ca. 30–40 minutter, og totalt varte de 8 intervjuene i ca. 5 timer. Med forberedelser og transport av meg selv ble det til sammen 10 timer.

Sammenlagt ble det 30 sider med intervjumateriale.

Pauser, latter eller andre lyder har jeg ikke transkribert. Dialektuttrykk eller andre folkelige uttrykk har jeg omskrevet, så godt det har latt seg gjøre.

3.6 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuet

Ansatte:

Til ansatte i akutteamet gir jeg kort informasjon om forløpet i intervjuet. Jeg gir også en oversikt over de tre åpne spørsmålene jeg ønsker å stille dem. Jeg forteller litt om formen på det åpne intervjuet, at det er muligheter for pauser, og at det er mulighet til å trekke seg fra studiet også nå. Det gis også informasjon om oppbevaring av intervjumaterialet og om anonymiseringen. Jeg har fremme på bordet samtykkeskjemaet, som er underskrevet, og spør også om informanten/ansatte har noen spørsmål.

Brukerorganisasjoner:

Den første delen av intervjuet bruker jeg til å gi informasjon om studiet og om meg selv og å bekrefte min identitet. Jeg bruker her et ID-kort fra sykehuset og studentkort fra Høgskolen i Østfold. Jeg presenterer samtykkeskjemaet og informerer om nødvendigheten av samtykket. Jeg dobbeltsjekker med brukerorganisasjonens representant at det ikke har vært noen pasientrelasjon til meg tidligere, og informerer om konfidensialiteten og om hvordan dataene oppbevares. I starten av intervjuet ønsker jeg også at representanten informerer litt om sin egen organisasjon.

Det ble opp til lederen å velge om han/hun selv ville representere foreningen eller ut fra demokratiske prosesser valgte en person som var interessert. Det ble gjort litt ulikt. Én av organisasjonene tok opp forespørselen på medlemsmøtet, og en person meldte sin interesse. Lederen formidlet siden kontakt mellom meg og informanten. Det kan tenkes at anmodningen fra lederen om å være positiv til undersøkelsen har bidratt til at svarprosenten er 100 prosent. Det kan også være at temaet opplevdes interessant. Dessuten har disse tre brukerorganisasjonene allerede mye samarbeid med sykehuset. En av informantene oppgav det som en av grunnene til å delta.

«Det er ikke bare festtaler, dette med brukerrådene. Vi blir tatt med på råd, og vi blir hørt, og det blir tatt hensyn til de meninger vi har. Det blir også til dels gjort endringer takket være våre innspill. Så det er bra.»

(B-3)

Jeg valgte å ha en enkel og direkte kontakt med informantene i brukerorganisasjonene i form av intervju. Jeg antok at skriftlige besvarelser kunne gi motstand mot å delta i intervjuet. Undersøkelser som ikke vektlegger direkte kontakt med forskeren, har vist seg å gi liten svarprosent. Det kan også tenkes at dette kunne ha gitt lavere intervjudeltagelse. Da kun tre organisasjoner var invitert, var undersøkelsen sårbar for frafall.

Det ble gitt anledning til å stille spørsmål før jeg startet båndet, og det ble gitt gjentatt informasjon om at det var mulig å avslutte intervjuet når som helst.

Intervjuguiden hadde følgende åpne spørsmål, som ble stilt til de åtte informantene ved oppstart av intervjuet:

Intervjuguiden hadde følgende tre temaer:

- Hva vet du om akutteamets arbeidsmetoder i Fredrikstad?
- Hvilket forbedringspotensial har akutteamet i Fredrikstad?
- Hvis akutteamet er en suksess, hvordan fungerer dette i sykehuset?

Jeg prøvde å være så nøytral som mulig; spesielt var dette viktig ved intervju av ansatte, som også er kolleger av meg. Dette krevde noe mer konsentrasjon fra meg for å frigjøre meg fra kollegarollen. Det var nyttig å ha pauser mellom spørsmålene og alltid å stille følgende spørsmål til slutt: «Var det noe mer du ville si? Har jeg forstått deg riktig?»

På slutten av alle intervjuene takket jeg informanten for at denne velvillig hadde stilt opp frivillig og uten forpliktelse eller mot betaling i undersøkelsen.

Jeg skrev korte sitater under intervjuet for å ha muligheten til å stille oppklarende spørsmål hvis det var behov for det.

Det ble anbefalt å stille samme spørsmål til de ansatte og til representantene for brukerorganisasjonene, også for å ha mulighet til å få inn likeverdighetsprinsippet i datainnsamlingen, hvilket er en av hjørnesteinene i denne undersøkelsen. På grunn av min egen kunnskap om akutteamet og nærhet til konteksten valgte jeg således å ikke ha ulike

spørsmål til gruppene. Det var også viktig å konsentrere seg om noe enkelt og spennende, slik at temaet i seg selv skulle fange oppmerksomheten. Det var med hensikt at ordet *suksess* ble brukt i det siste spørsmålet.

3.7 Analysemetoden

Når man analyserer kvalitative datainnsamlingsmetoder, er metodene ofte meningsfortetning, koding, fortolkning og kategorisering (205Kvale, 2009:214).

Meningsfortetning innebærer en forkortelse og analyse av informantenes uttalelser fra transkriberingen. Meningene komprimeres og sammenfattes ut fra ordene/språket. I praksis skjer det på den vis at intervjuet leses og høres flere ganger. Deretter finner jeg utsagn i den transkriberte teksten som berører forskningsspørsmålene, og som skaper sammenhenger. Alle de åtte intervjuene ble lagt ved siden av hverandre og deretter analysert og komprimert. Lange setninger er blitt komprimert til kortere, og de får umiddelbart en klar mening.

Kategoriseringstema ble utformet mest ut fra spørsmålene fra selve intervjuene. Det ble sett som naturlig, da dette kan knyttes til problemstillingen i avhandlingen. Det siste spørsmålet var også en forlengelse av arbeidstittelen, «Akutteamet, suksess i psykisk helsevern?».

Jeg foretar meningsfortolkning med den bakgrunn, kunnskap og erfaring jeg har, og knytter kategoriseringen direkte til intervjueteksten. Den videre analysen er min egen oppfatning av innholdet.

Jakten på den egentlige meningen kan, som Kvale sier, være en endeløs søken etter udefinert kunnskap. En av farene kan være at jeg ved kategorisering overser det egentlige budskapet. Det er derfor viktig med et åpent blikk, god etikk og «common sense» i behandlingen og analysen av denne omfattende informasjonen.

Ut fra veiledning og egen vurdering har jeg besluttet å bruke abduksjon i analysen av intervjuene. Metoden går ut på å skape et dialektisk forhold mellom teori og innsamlede data. Utgangspunktet er å ha en teori og analysere data, som igjen gir en ny nyanse til teorien. Prosessen går altså frem og tilbake i en bevegelse mellom intervjuene og teoriene. Metoden

gir et større perspektiv på fenomener som kommer frem i konklusjonene. Ifølge Glaser og Straus ønsket de å komme frem til nye oppdagelser fra «eksisterende kunnskap». Begrepet *abduksjon* er det kun disse forfatterne som bruker. Jeg finner begrepet brukt innenfor medisin, der abduksjon betyr utoverføring, bevegelsen fra midtlinjen. Abduksjon i denne sammenheng kan være at funnene er helt nye, i hvert fall på noen områder i denne undersøkelsen.

3.8 Tolkning av resultatene

Å tolke og analysere innsamlet materiale for deretter å koble dette til eksisterende teori, og igjen analysere teori med data, er en møysommelig prosess. Det er nødvendig å fordype seg nøye i de ulike delene og velge ut det som kan være grunnlag for hovedfunnene.

Det fremkommer i meningsfortetningene at språket gir interessante «krysningspunkter», der informantene bruker samme uttrykk for et gitt fenomen eller en gitt opplevelse.

Kategoriseringene er mer helhetlige og omfavner et større materiale fordi kategoriene har flere undergrupper med sammenfallende likheter. Kategoriseringen er også mer knyttet til problemstillingen og arbeidstittelen og kan derfor lettere gi svar på avhandlingens spørsmål.

3.9 Metodiske vurderinger

Jeg har et ansvar for å sikre studiens vitenskapelige kvalitet. Valg av problemstilling og arbeidstittel har vært veiledende og har vært et verktøy til å konsentrere seg om hovedsaken i hele prosessen. Under planleggingen av undersøkelsen var hensikten å gjennomføre en undersøkelse i egen organisasjon og eget nærmiljø. Det fremkommer også at kunnskap og empiri om akutteam er begrenset, da slike har eksistert i Norge kun i ca. ti år. Det sier seg selv at det ikke finnes så mange store empiriske undersøkelser med konkrete funn. Det var også derfor jeg så nytten av å undersøke akutteamet på min egen arbeidsplass.

Det ble tatt en beslutning om å invitere brukerorganisasjonene til å være informanter på lik linje med de ansatte.

Det var naturlig å samle inn data gjennom intervjuer fordi både ansatte og brukerorganisasjoner er kjent med denne måte å samtale på.

Den andre metoden som ble benyttet, var casebesvarelsen til de ansatte. Metoden er veldig vanlig i fagutdanningene ved høyskolene i Norge. Utgangspunktet er at casen er en pasienthistorie der pasienten har behov for helsehjelp. Her ble casen en pasient som får kontakt med akutteamet og et hjemmebesøk. Det ble spurt om hvordan man som ansatt i akutteamet ville løse oppgaven.

Den mest vanlige metoden for å bearbeide og analysere intervjuer er meningsfortetning. Meningsfortetning ivaretar best for eksempel sitater fra den enkelte. Det var viktig for analysen av teksten å få frem det spesielle fra hver enkelt informant. Dette gjør også at undersøkelsen blir pålitelig. Det sees som nyttig med mest mulig åpenhet om prosessene i undersøkelsens faser.

Påliteligheten av funnene kan påvirkes av mange faktorer, for eksempel min egen forforståelse av resultatene. Det kan tenkes at jeg selv kan ha gitt en uønsket påvirkning i selve intervjusituasjonen eller med mitt eget faglige ståsted.

Jeg arbeider selv i akutteamet i Fredrikstad og kjenner derfor virksomheten godt, og jeg har lojalitet til egen organisasjon. Sannsynligvis kunne jeg ha vært mer nøytral hvis undersøkelsen var blitt utført i en annen kommune, i et annet helseforetak.

3.10 Data og analyse

Nå vil jeg presentere mine funn fra intervjuene og analysere funnene ut fra den teorien jeg mener er mest relevant for denne avhandlingen. Jeg valgte etter veiledning å konsentrere meg om følgende:

- Mintzbergs organisasjonsteorier og total kvalitetsledelse sett med Aunes tolkninger.
- Teamorganiseringsteorier; her velger jeg å analysere til Øvretveits dimensjoner.
- Arbeidsmetodene blir analysert i forhold til de tre samtalemetodene som er presentert.
- Brukermedvirkning og hjemmebesøk.

For å gjøre hovedfunnene mere oversiktlige presenterer jeg disse i et eget avsnitt.

3.11 Anonymisering av informantene

Enhver undersøkelse krever en egen gruppeinndeling av informantene for å sikre anonymitet og konfidensialitet. Det er også en måte å klare å forholde seg til de ulike intervjuene på en mer systematisk måte på.

Jeg har delt informantene inn i to grupper: brukerorganisasjoner (B) og ansatte (A).

Jeg vil beskrive hvordan analysen av disse to gruppene er gjort.

I presentasjonen anonymiseres informantene på følgende måte:

Brukerorganisasjoner:

B-1, B-2 og B-3

Ansatte:

A-1, A-2, A-3, A-4 og A-5

Jeg har anonymisert brukerorganisasjonene ved å ikke bruke begrepet *pasientorganisasjon*.

Pasientombud/pasientorganisasjon er tilknyttet spesialisthelsetjenesten.

Innenfor kommunesektoren omtaler man mennesker som mottar tjenester, som brukere. Det ble derfor i denne undersøkelse vurdert at begrepet brukerorganisasjon favner de som mottar sykehustjenester og de som mottar kommunale tjenester.

Jeg har valgt de brukerorganisasjoner som er aktuelle for akutteamet.

Jeg velger ikke å presentere disse organisasjonene mer detaljert. Alle tre organisasjoner er aktive i Østfold. Jeg har også valgt ikke å dele inn i andre variabler, som alder, kjønn eller

hvilken rolle vedkommende har i organisasjonen. Dette har jeg gjort for å sikre trygghet når det gjelder anonymisering.

Ansattes rett til anonymisering i avhandlingen krever også etisk håndtering ved innsamling av data. Jeg valgte å ha åpenhet i personalgruppen om når intervjuene fant sted, og om hvor mange som hadde takket ja til deltagelse. Jeg valgte derfor å kontakte de fem ansatte som hadde skrevet under samtykkeerklæringen, med forslag om intervjutid. Samtlige takket ja til forslaget mitt, og det ble presisert at intervjuet ikke skulle redusere pasientbehandlingen mens det pågikk. Derfor sørget jeg for å ha en fridag, mens informantene var på arbeid. Det ble opplyst til resten av personalgruppen hvor intervjuet foregikk, og at det var mulighet til å avbryte med å ta pauser hvis dette var nødvendig for pasientbehandlingen. Under intervjuene ble det ingen slike avbrytelser. De ansatte er heller ikke delt inn i andre variabler, som kjønn, fagutdannelse, alder eller ansiennitet. Dette øker de ansattes anonymitet.

3.12 Kategorisering og koding

Disse to metodene er vanlige ved analyse av kvalitative data fra for eksempel transkriberte intervjuer. Ifølge Jacobsen betyr å kategorisere å samle ulik informasjon i ulike grupper. Det kan bety at informantene har tatt opp et spesielt fenomen som handler om samme tema. Dette blir da en gruppe. Det er neste fase i bearbeidingen etter meningsfortetning, der jeg har funnet fellesbegreper for de ulike fenomenene. Det er ofte utsagnene som skaper en felles mening. Det blir opp til mitt eget skjønn og egen refleksjon å finne de begreper som passer inn. Kodingen er igjen en enda mer spesifikk måte å trekke ut ord og begrep fra et intervju på. Kvale kaller dette nøkkelord. Disse metodene kan overlappe hverandre, og det er opp til forskeren å finne en måte å få dataene mer oversiktlige på. Det finnes ulike dataprogrammer som kan hjelpe til med koding og kategorisering, men disse kan fort bli uoversiktlige (Kvale, 2009).

Jeg valgte å bruke den manuelle metoden. Dette betyr at alle intervjuene ble skrevet ut og lagt ved siden av hverandre. Analysen ble gjort med ulike farger, og deretter kategorisert i bokser som var enklere å håndtere.

De ulike kategoriene ble lagt i teorigrupper: sykehusorganisering, hjemmebesøk, samtaler og teamorganisering.

Dette ble sett som naturlig, da det på denne måten var mulig å sammenbinde kategoriene.

Samtidig kunne hvert enkelt tema analyseres for seg.

Sammenbinding er ifølge Jacobsen å koble de enhetene som påvirker hverandre, sammen. Det er opp til analysen å finne de bindingene som knytter dem sammen.

Jeg velger derfor i konklusjonene å si «akutteamet», selv om kun fem ansatte fra akutteamet har deltatt. Det er viktig for leseren å notere seg dette.

Brukerorganisasjonene representerer igjen en langt større gruppe; for eksempel ble en av de intervjuede gjennom en demokratisk prosess valgt i sin organisasjon til å dele sine meninger med meg. Organisasjonene er ulike, da de representerer ulike brukeres behov for helse- og sosialtjenester fra offentlig sektor.

4 Analyse og funn

Analysedelen er delt inn i to deler, sykehusorganisering og teamorganisering.

Den første delen beskriver empiri fra sykehuset og hvordan informantene opplever behandlingen av akutteamet.

Den andre delen vektlegger akutteamets arbeidsmetoder: samtale, brukermedvirkning og hjemmebesøk. Sammenbinding av empiri fra intervjuene analyseres med problemstillingen.

Avhandlingen er i en bevegelig prosess mellom de valgte teoriene i den. Med denne bevegelsen svinger og veksler jeg for å få svar på mine åpne forskningsspørsmål.

4.1 Sykehusorganisering

Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenestene har opptatt både akutteamets ansatte og pasientene. Helseøkonomiske aspekter av sykehuset belyses også, spesielt dilemmaet innleggelse på sykehus kontra hjemmebehandling.

Sykehuset ønsker at kjernevirksomheten skal styre seg selv så lenge det tjener organisasjonens mål. Ledelsen avgjorde i 2011 å frata innbyggerne muligheten til å kontakte akutteamet selv. De fratok på denne måten pasientene deres rett og mulighet til å kategorisere seg selv.

Det er uklart for både ansatte og brukerorganisasjoner hvorfor telefonen ble mindre tilgjengelig / stengt for ca. 1 ½ år siden. Det kan antas at det er flere forklaringer på det.

Effekt målet er at akutteamet skal "*forhindre innleggelser*" i akutt psykiatrisk avdeling, er ikke oppnådd. Det har ikke vært noen reduksjon av disse tallene mens akutteamet har eksistert.

En mulig årsak til dette er ifølge ledelsen at det ble antatt at akutteamets telefon ble brukt til samtaler som ikke forhindret innleggelser, men heller hørte hjemme i det kommunale hjelpetilbudet, eller hjelpetelefoner.

- «*Når det brenner som mest.*» (B-1)

Dette oppfattes som uttrykk for alvorlig psykisk plage, for eksempel en sterk angst.

Ledelsen har gått inn og styrt akutteamets selvbestemmelse med for eksempel å ha en åpen telefon, der B-1 kan ringe «når det brenner som mest».

Akutteamet opplever dette som et irriterende uromoment. Ansatte og pasientene klager over ledelsens innblanding i pasientbehandlingen.

«For det første så ønsker jeg meg åpen telefon igjen, det må jeg bare si. Vi hadde det før. Vi har det ikke lenger, og nå stiller jeg det åpne ønsket om det. Fordi at jeg syns et ambulerende akutteam skal kunne nås direkte av befolkningen.» (A-5)

Det er kun én ansatt som vektlegger tilgjengelighet for befolkningen i opptaksområdet. Bare funnet i seg selv er interessant. Brukerorganisasjonene er mye mer opptatt av dette enn de ansatte er. De ansatte har akseptert ledelsens avgjørelse og lar dette i liten grad påvirke arbeidsmåtene internt i akutteamet. A-5 ser på brukerne/pasientene som «befolkningen». Her trekker A-5 inn sykehusets/helsevesenets rolle i samfunnet, og hvordan hele befolkningen skal dra nytte av samfunnsgodene.

Den skandinaviske modellen, som benyttes her i Norge, har en stabil demokratisk blandingsøkonomi. Det kan enkelt beskrives ved at skatten, som alle betaler, finansierer velferden/helsevesenet for alle. Dette skal få vekk ulikhetene i samfunnet og gi den samme retten til alle borgere i landet. Hvis dette overføres til helsevesenet i Fredrikstad, mener A-5 at dette prinsipp ikke forvaltes riktig når toppledelsen kontrollerer hvilke pasienter som skal ha muligheten til å få hjelp av akutteamet. Tidligere var denne myndigheten og tilliten gitt til pasientene selv, pårørende og akutteamets ansatte.

Sykehuset har innført ulike bedriftsøkonomiske reformer, hvor resultatvurderinger kobles opp mot objektive mål. Det savnes fortsatt gode kvalitative målinger av for eksempel pasientbehandlingen som kan tilfredsstille ledelsens krav. Det er ofte en ensidig vektlegging av kvantitative resultater.

Akutteamet må finne praktisk gode løsninger for pasientene, løsninger som ivaretar prioriteringsveilederens krav om hvilke pasienter som trenger hjelp i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Samtidig må akuttperspektivet alltid vurderes, slik at

pasientrettighetene blir ivaretatt. Denne retten eksisterer både i den somatiske og i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det er noe merkelig at akutteamet har valgt en henvisningsplikt for akuttpsykiatriske pasienter som selv mener de kan ha nytte av akutteamet.

«Hvis man ringer til akutteamet og trenger hjelp da, så sier de på akutteamet: De prøver så godt de kan, at folk ikke skal bli lagt inn. Jeg tror at det er enda viktigere at man reiser ut og anerkjenner dette mennesket som samtalepartner, og ikke bare som en pasient, som vi skal spare. Samtidig vil man jo spare penger ved å være der som et medmenneske.» (B- 2)

Brukerorganisasjonen er opptatt av den helseøkonomiske nytten av hjemmebesøket, og at denne nytten oppnås ved at man reiser hjem til de hjelpetrengende.

Sykehusledelsen har gått inn og styrt pasienttilstrømningen. Dette er uvanlig. Den operative kjernen er vanligvis den som pleier å skaffe frem varer/pasienter til organisasjonen. Pasientene mener også selv at de kan «kategorisere» seg selv i dag grunnet kunnskap om seg selv og psykiatriske symptomer og behandlinger. De ansatte på sin side retter seg fort etter toppledelsens direktiver og iverksetter med sine erfaringer og akutteamkunnskaper måter å nå pasientene raskt på. Det ligger i begges interesse å få kontakt med hverandre. Som kjent er denne gjensidige avhengigheten, mellom pasienten og behandleren, drivkraften til at pasientene og de ansatte raskt får kontakt gjennom legevakten og fastlegene. Det er mulig at de ansatte har behov for å få tilbake denne harmonien der pasientbehandlingen foregår.

Offentlige organisasjoner er blitt betraktet som trege, rigide og helt fastlåste. Ansatte opplever at organisasjonen stiller krav om å integrere markedsøkonomiske strukturer, og derfor er ansatte lojale til disse beslutningene. Teamorganisering er også muligens en trend innenfor den offentlige helsesektoren. Teamet sees mer som et arbeidslag som ifølge organisasjonen kun har de positive effektene fra lagarbeid.

«Så hvis dem skulle hatt en døgnåpen telefon i Fredrikstad, så er det lettere å få folk til å snakke og be om hjelp, da. Så rent samfunnsøkonomisk så er det en stor gevinst, for hvis man tenker disse lange oppholdene på Veum og hele ...» (B-1)

«selv om man som politiker tenker alltid kortsiktig, men hvis man tenker langsiktig så har man tjent inn dem pengene på et par år.» (B-1)

«Jeg tror dem hadde tjent på å ha et åpent akutteam, og ta det i forkant så dem ikke blir dårlige.» (B-1)

Spesielt B-1 kommer med flere utsagn om helsevesenets rolle, og hvor økonomisk belastende den er for samfunnet. B-1 viser til kostnadene ved innleggelse på psykiatrisk avdeling. Pasienter med så alvorlige psykiske helseplager at de trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten med innleggelser på psykiatrisk avdeling, er meget kostbare helseøkonomisk. B-1 viser til pasientenes ståsted og den samfunnsdemokratiske prosessen. Folkevalgte i sykehusets styre skal snakke for alle borgere i samfunnet. Det kommer også frem at brukerorganisasjonene ønsker kortere behandlinger på sykehus. At akutteamet er lett tilgjengelig, kan gjøre at noen pasienter ikke har behov for videre hjelp.

«Min teori, da, er at det blir dyrere i den andre enden.» (B-2)

«Det er noen som bare trenger noen å snakke med.» (B-2)

B-2 ser nytten av samtalene. Vedkommende poengterer også at brukeren ikke alltid vet når symptomene er alvorlige nok til at han eller hun kan ta kontakt med helsevesenet. Sykdomsbildet forandres, og hvis han eller hun raskt kan få avklart dette med en telefon eller en personlig samtale, så synker angsten for og stresset ved sykdom. Det i seg selv kan lindre og snu hele situasjonen. Det er mange ensomme mennesker i Norge, og B-2 tenker at telefonsamtaler og samtaler kan være med på å bryte isolasjonen. Angst, uro og andre alvorlige psykiske plager kan utvikles dersom personen er sårbar og meget isolert.

«Tenker at det med den terskelen å gå gjennom et annet ledd er et forbedringspotensial.» (B-2)

B-2 beskriver terskelproblematikken som utfordrende, og ønsker at for eksempel akutteamet skal kunne gjøre noe med den. jf. her tilretteleggings- og døråpningsfunksjonen til akutteamet.

«Og vi som har vært på den andre siden, klart vi må bidra. Vi kan ta inn brukere som er friske, som har en evne å snakke med folk, et samarbeid med en vakttelefon.» (B-3)

En representant for en av brukerorganisasjonene ønsker gjerne å bidra tilbake med sine erfaringer som pasient. Vedkommende mener at brukerorganisasjonene må hjelpe til med sine erfaringer til andre mennesker som har behov for hjelp på grunn av psykiske plager. Det poengteres at det ikke er de mest syke som kan være i denne målgruppen. B-3 ser en mulighet for å ha mer samarbeid om tilgjengeligheten på telefonen, samarbeid med noen av hjelpetelefonene eller et mer lokalt prosjekt med vaktordninger. Vaktordningen skal da også inkludere brukerorganisasjonene på kvelder og i helger. Det kan tenkes at pasienten også kan ha nytte av et medmenneske å snakke med.

«Og der vi ser at vi kan forhindre innleggelse eller forhindre at pasienten skal komme inn i spesialisthelsetjenesten på poliklinikken, så gjør vi det.» (A-2)

«Og så velge mer, så at det er litt mer i den daglige driften i akutteamet, og sikre den kvalitetsmessige faglige biten.» (A-2)

A-2 tar tak i et av målene ved oppstart av akutteam i 2007. Vedkommende poengterer at det fortsatt er et stort satsingsområde i klinikken å forhindre innleggelse. Det kommer også frem som et moment til hos A-2 at akutteamet kan forhindre at pasienten trenger kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det kan være tilstrekkelig med samtaler med akutteamet. Akutteamets arbeidsmetoder egner seg best til å forebygge eller gi et alternativ til behandling i psykiatrisk poliklinikk. Flere pasienter kan ha nytte av akutteamsbehandling, som kan tilby rask hjelp, vektlegger utenompsykiatriske hjelpetiltak og har kjennskap til det eksisterende hjelpeapparatet.

Det er ingen av de ansatte som bruker begreper som *økonomi*, *dyrt* og/eller *uøkonomisk*. Det er et funn i seg selv at ikke ansatte er opptatt av dette.

Brukerorganisasjonene er mye mer opptatt av samfunnsøkonomiske spørsmål enn de ansatte. Det at ingen av de ansatte hadde drøftinger eller refleksjoner om hva sykehusinnleggelse kontra behandling med akutteamet koster, er i seg selv et interessant funn.

Brukerorganisasjonene er opptatt av tilgjengeligheten og mener at det må være god helseøkonomi at en pasient som har behov for å få kontakt med psykiatrisk helsepersonell, uavhengig av tidspunktet på døgnet får dette raskt. Man bruker uttrykk som «høy feber, når det brenner som mest».

Ansatte ønsker å ha høy kvalitet på de helsetjenestene de utfører. Dette samsvarer med sykehusets nye organisering, som bygger på kvalitetsledelse. Ifølge en av de ansatte er refleksjonsmetoden en ypperlig måte for både pasienter og ansatte å sikre god behandling på. Det er kjent fra tidligere at det er spesielt komplisert å måle kvalitet innenfor psykisk helsevern.

Pasienter som har et akutt psykisk problem, har veldig god nytte av rask kontakt med akutteamet. Det viser seg at kontakt med akutteamet flere ganger er tilstrekkelig til å avklare og dempe den akutte helseplagen.

Man ser at brukerorganisasjonene opplever at ansatte i akutteamene er lojale overfor mandatet «forhindre unødvendige innleggelser». Det er blitt en naturlig del ved kartleggingen av pasientens akutte situasjon. Det er også på det rene at heller ikke pasientene ønsker innleggelse, men mer samtaleterapi. Det er positivt for alle parter at pasientene har samme mål som akutteamet og sykehusets toppledelse.

4.2 Teamorganisering

Akutteamet er organisert som et team. Det følger derfor nasjonale føringer og trender innenfor den oppsøkende aktiviteten. Det å gjøre en gruppe til et lag fordrer mye arbeid. Det kreves samstemmighet og god kommunikasjon å få laget/teamet til å «danse» sammen. Det virker også noen ganger som teamutviklingen i offentlig sektor har kommet for å bli. Man ser her at påvirkningen fra næringslivet, med dets bedriftsøkonomiske prinsipper, gjør at teamet får sin legitimitet også på sykehuset.

Fellesskapet / det kollektive ansvaret for pasientene belyses på denne måten:

«For da jeg vet at vet at noen vet at jeg sliter, så er det noen jeg har tillit til.» (B-3)

B-3 beskriver teamets eksistens som lindrende for vedkommendes situasjon. Pasienten er ikke avhengig av den bestemte behandleren.

«Vi skal ikke se bort fra at vi kan bli ganske blinde, at vi blir så selvforherligende, og syns at dette her er helt fantastisk ... å bli litt sånn. Ja, så tar vi ikke andre helt inn, det andre sier, og går litt imot det vi syns selv.» (A- 3)

A-3, tar tak i en negativ effekt fra teamorganisering, at teamets medlemmer har så sterk samhørighet i teamet, og at dette igjen gjør at den faglige selvfølelsen stiger for mye. Dette kan medføre at medlemmene blir mindre ydmyke overfor andre teoritilnærminger. Den åpne holdningen kan hjelpe ansatte å lytte til samarbeidspartnere og pasienter. Språket er det nyttigste verktøyet i akutteamet spesielt og i psykiatrien generelt. Akutteamet er et fleksibelt team, som også er et opplæringssted for hospitanter, studenter og andre som ønsker å få mer kjennskap til det.

Ifølge overordnede mål fra sykehuset skal hver enkelt ansatt løse oppgaver på den beste måten, og gi god pasientbehandling. Alle brukerorganisasjonene trekker frem at personlige egenskaper hos de ansatte er særdeles viktige. Kontakten mellom den ansatte og brukeren/pasienten veksler hele tiden mellom empati og sympati. Det fremkommer i hvert fall at likeverdighet og evne til å skape god dialog er avgjørende for å få til denne gode samtalen.

Teamenergi er blitt beskrevet som at pasienten opplever teamets eksistens som lindrende og trygghetsskapende.

«Suksess er også at vi har denne her muligheten å koble på nettverk, og den kan være en slags motor i behandlingen av pasienten.» (A-5)

«At vi har opparbeidet godt samarbeid med fastleger, og at vi har en link innad i systemet, samarbeider med resten av DPS-et, at vi ikke står alene og trekker.» (A-1)

Utsagnene kan beskrive et behandlingsforløp/linje. Det er viktig at akutteamet gjør det som skal til for at pasientene får det beste helhetlige tjenestetilbudet. Det kreves både smidighet og god kommunikasjon for å få til mest mulig samtidighet i tjenestene. Den enkelte ansattes egenskaper og kreativitet er viktige forutsetninger i pasientbehandlingen.

Akutteamet forteller her at de har stor faglig frihet i hvordan de utøver sin jobb. Ansatte ser nesten seg selv som ledere for det tjenesten de utfører, fordi de ikke fysisk er på sykehuset. Toppledelsen befinner seg langt fra pasientbehandlingen. Lederen i teamet oppleves nærmest som en koordinator for de ulike oppgavene, men ikke når det gjelder det faglige innholdet. De ansatte er nærmest fri til å velge en arbeidsmetode ut fra erfaring, etikk, moral og faglig kunnskap. Dette styres også av konteksten. Ansatte sier selv at konteksten som foretrekkes, er hjemmebesøk, og det for å fjerne seg fra ledelsen.

4.2.1 Samtale

Samtale har vært og er ofte det viktigste instrumentet ansatte i psykiatrien bruker. Det har tidligere blitt sagt at den psykiatriske behandlingen er en blanding av samfunnsvitenskapen og naturvitenskapen. Instrumentet er den psykiatriske samtalen, som man bruker for å oppnå kontakt, foreta vurderinger og deretter å anbefale behandling. Til akutteamet henvises ofte pasientene fra en annen enhet, men likevel er det samtalen med pasienten og kontakten som er det sentrale.

De ansatte i akutteamet mener at forholdet mellom pasienten og den ansatte er helt avgjørende for om man oppnår en terapeutisk effekt. Fagetikk kombinert med gode grunnholdninger til livet er viktige faktorer hos de ansatte. Akutteamets ansatte bruker metodikk inspirert fra dialogismen; her blir de fleste av pasientens krav og rett til autonomi ivarettatt. Metoden er på grunn av sin egenart effektiv på den måten at akutteamet raskt skaper en relasjon til pasienten og dennes nettverk.

«Det er forskjell på akutt og akutt, og hva som feiler pasienten, men noen trenger bare noen å snakke med.» (B-1)

B-1 mener at brukerorganisasjonene har god innsikt i hvilken type hjelp man trenger, og på hvilket nivå. Brukerorganisasjonene sier at pasientene selv vet når det kan være behov for hjelpetelefoner, fastlege eller legevakt. Mange kjenner sine symptomer godt. Felles for mange psykiske symptomer er ofte høy angst, som igjen kan lindres av samtaler, for eksempel på telefon eller i et møte med en ansatt i akutteamet.

«Da tror jeg at det er enda viktigere at man reiser ut og anerkjenner dette mennesket som en samtalepartner.» (B-2)

B-2 igjen var mer opptatt av likeverdighet og at rollene kan byttes om med at ansatte kommer til brukeren. Den vanlige måten å få helsehjelp på er at brukeren oppsøker helsetjenesten.

«Det som jeg fikk mest hjelp til i de samtalene, var å rydde i tankene mine.» (B-3)

B-3 var opptatt av innholdet i samtalene og hva som var det virksomme, det som hjalp.

«Derfor tenker jeg på et vis at refleksjonsmetoden blir en kvalitetssikring i forhold til pasienten, at han/hun er med på det. Ikke bare det at han er med på det, men han er hovedpersonen. Han/hun MÅ også føle at han/hun er herre i eget liv.» (A-3)

A-3 mener det er riktig å benytte refleksjonsmetoden som en stemme inn fra pasienten underveis for å evaluere samtalen og deretter stake om kursen hvis ikke pasienten har opplevd nytte av samtalen. Språket har en stor betydning innenfor psykisk helsevern, og derfor vil metoder som raskt setter ord på det vanskelige, være nyttige i akutteamets arbeid med sine pasienter. A-3 bruker den åpne holdning-metodikken i sin tilnærming til pasienten. Man kan se at Foucaults teorier, der pasienten bruker rollen sin mer aktivt, er gjeldende. Disse forskyvningene er mye mer positive og skaper gode mestringsopplevelser.

«Vi ble ikke avbrutt, og de var der for meg, og det var hjemme hos meg. Og det er sånn at når jeg får besøk, så må jeg jo rydde litt, og da fikk jeg gjort det.» (B-3)

«De ble noen trygge personer å øve seg på, å ha besøk.» (B-3)

Ansatte legger stor vekt på samtalen, men i tillegg også på de utenompsykiatriske handlingene, for eksempel å rydde hjemme.

«At vi sammen kan se hvor langt vi når i løpet av samtalen. At vi ikke nødvendigvis finner noen løsninger, men at løsningen kan ligge i samtalen.» (A-4)

A-4 mener at løsningen er der pasienten får hjelp til sitt problem, og at samtalen blir verktøyet som kan være med på å finne løsningen. Dette er styrt av pasientens egendefinerte problem og pasientens egendefinerte beste løsning.

Samtalen bidrar i seg selv til å bedre pasientens psykiske ubalanse. A-4 legger til grunn for sitt utsagn de prosesser i dialogen som kan knyttes til indre og ytre dialog, jf refleksjonsmetodikk. Den ytre dialogen foregår mellom pasient og ansatt, mens den indre dialogen kommer i gang når pasienten lytter og er i refleksjonsposisjon. Ansatte legger mer vekt på samtalen og dens innhold. Samtalen har alltid vært veldig sentral i den psykiatriske konteksten. Det synes som om ansatte har vanskeligheter med å fri seg fra denne tradisjonelle modellen når det gjelder virkningen av psykiatrisk behandling.

Et sammensatt bilde hos pasientene viser at samtalen har betydning for bedringen, men like viktig er de utenomterapeutiske aktivitetene som hjelper pasienten. Den største utfordringen for pasientene er ikke selve samtalen, men det å komme seg til behandling, og dermed i en posisjon for behandling og bedring.

4.2.2 Hjemmebesøk

Min neste analyse dreier seg om hjemmebesøk og hjemmebehandling. Jeg har valgt å slå sammen disse to elementene. Med *besøk* mener jeg at akutteamet reiser hjem til pasienten, mens det mer konkret er det øyeblikket den ansatte går over terskelen til hjemmet. Med *hjemmebehandling* menes behandling som er ambulant, dvs. foregår i pasientens hjem. Det

kan være at pasienten ikke er i stand til å reise noe sted på grunn av sykdomsbildet, eller at det er psykososiale hensyn å ta, for eksempel at barn trenger omsorg av pasienten samtidig. Retten til medbestemmelse, og valg av tidspunkt for møtet kan ha stor betydning for pasientens tilheling.

«Vi ser at vi ønsker å komme hjem til folk sånn at vi kan komme bort fra sånn maktprinsipper når vi er på sykehus.» (A-2)

A-2 knytter hjemmebesøket til en maktforskyvning. Mennesker med psykiske problemer har ofte liten erfaring med å fortelle om sine egne livserfaringer og bedring. Det kan derfor være nyttig å få inn brukererfarperspektivet og deltakelse som et tema som kan hjelpe til med å forskyve og dele makten. Samtalene foregår da på mer likeverdige vilkår.

Man kan også benytte hjemmebehandling som et alternativ til innleggelse, der det sees som tilstrekkelig, eller til og med er et bedre og mer riktig tilbud.

«Så det er jo positivt at de reiser hjem til folk og tar vare på de der.» (B- 1)

«Det er noen igjen som synes det er veldig bra at de kommer hjem til folk, så det er to forskjellige vinkler her.» (B-1)

«Det er mange som unngår å ringe akutteamet fordi de kvier seg å få dem hjem, til tross for de skulle trengt det.» (B-1)

Her bruker B-1 uttrykket «tar vare på de der» og mener med det å gi dem omsorg og hjelp i deres eget hjem.

Det kan også være symptomer hos pasienten som gjør at hun/han ikke er i stand til for eksempel å oppsøke et legekantor. Tilstander som skaper denne passiviteten, kan være sterk angst og psykosetilstander. B-1 sier også at akutteamenes arbeidsmetoder med å reise hjem kan være negative for noen. Pasienten føler at nye arbeidsmetoder, for eksempel hjemmebesøk, bryter for mye med de tradisjonelle metodene. Det i seg selv gjør at personen ikke kontakter helsevesenet, og heller velger andre, tradisjonelle måter å motta hjelp for sine psykiske plager på. Det kan også være en måte og unnvike å gjøre noe med helseplagen på,

som ledd i en indre motstand. B-1 mener at det er nettopp er personer som ikke ønsker hjemmebesøk, som har størst behov for det.

«Jeg synes det er veldig bra at de drar hjem til folk, og at man burde reist enda mer ut til folk. Fordi da kan en samtidig vurdere om det er rusfremkalt psykose eller ikke, eller om det bare er rus som har foregått i en periode. Det kan jo også være sterk depresjon eller noen annet som har foregått i lang tid.» (B-2)

B-2 er opptatt av avklaring av problemet pasienten har, så han/hun raskest mulig kan få den rette behandlingen. Brukerorganisasjonen har stor tillit til at spesialisthelsetjenesten avklarer og diagnostiserer pasientens psykiatriske problem. Det ble også tatt frem dilemmaer som gjelder rusbruk, og hvordan det kan være vanskelig å finne den rette tilnærmingen. Det ble også avklart i hjemmet om det var uproblematisk rusbruk, eller rusmisbruk som trenger videre behandling i spesialisthelsetjenesten.

«Jeg var hjemme, og de ringte meg på et tidspunkt. Da ble det en trygghet. Kanskje det jeg savnet mest, var å kunne ta en telefon når det brant som mest.» (B-3)

B-3 har erfaring med ulike deler av akutteamets funksjoner; spesielt løfter B-3 fokuset til tilgjengeligheten på telefon. Vedkommende viste til egen erfaring, for å oppnå kontakt og dialog, var telefonen nyttig. Rollene var også byttet om, med at akutteamet ringte til pasienten, noe som opplevdes som positivt.

«Det ble veldig bra å ha de hjemmebesøkene. De var såpass strukturerte, og vi planla fra gang til gang.» (B-3)

«Det med arbeidsmetoden at vi reiser hjem, litt nytt, nytenkning. Både det å ufarliggjøre situasjonen litt og møte folk med problemer på hjemmearenaen.» (A-1)

«Vi tar av oss på bena når vi kommer inn. Det blir en respektfylt holdning.» (A-1)

«Vi kan kanskje løse det, det å støtte hjemmet en periode.» (A-1)

A-1 tenker nytt og ser på dette med hjemmebehandling som det «nye» med å arbeide i hjemmet hos mennesker med psykiske plager. Vedkommende ønsker også å få til likeverdighet mellom pasient og ansatt ved å folkeliggjøre den psykiatriske behandlingen. A-1 bruker også begrepet *problemer* i stedet for ulike diagnoser eller annen medisinsk terminologi for en tilstand. Dette begrepet dekker mer den oppgave akutteamet har som problemløsere i hjemmebehandling. Det å inkludere den tradisjonelle samtalen, og i tillegg tiltak som aktiverer samhandling og praktiske gjøremål, er akutteamets arbeidsmetode. A-1 sier at «å ta av seg på bena» er en handling som skaper starten på hjemmebesøket. Dette markerer også at akutteamet er gjest hos pasienten, og det er sannsynligvis også noen av disse ikke-handlingene som er forutsetningene for gode, likeverdige dialoger.

«Vi må frigjøre oss fra areaene og institusjonen for øvrig.» (A-4)

A-4 ønsker å frigjøre seg fra sykehuset, og ser hjemmebesøket som en mulighet til dette. På denne måte frigjør den ansatte seg fra «spesialist-/ekspertrollen». Det i seg selv skaper kreativitet og en god basis for å tenke fleksibelt og arbeide med utenomterapeutiske aktiviteter.

Utsagnet kan tolkes på ulike måter. Det kan være at den ansatte i spesialisthelsetjenesten har en opplevelse av mye kontroll av effektiviteten, hvis vedkommende fysisk oppholder seg i sykehusets lokaler. Dessuten kan det være slik at den ansatte føler seg mer fri til å bruke ulike kontekster.

Brukerorganisasjonene ønsker mer hjemmebesøk, og de mener også at hjemmebesøk er den eneste muligheten til å hjelpe mennesker med psykiske problemer. De ansatte viser til at hjemmearenaen gjør at de kan føle seg friere til å utøve pasientbehandlingen. Dette samsvarer også med undersøkelser av hjemmebehandling. Dialogismen har god virkning på mennesker med psykiske helsevansker. De ansatte på sin side opplever også større frihet til å utføre utenomterapeutiske handlinger og å vektlegge samarbeid med privat og offentlig nettverk. Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012, og denne skal bedre samarbeidet om overføringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det ser ut som om akutteamets tilrettelegger-/døråpnerfunksjon er perfekt her.

«Akkurat nå tenker jeg en smidighet, for resten av systemet. Ha tilgang på personale, jeg tenker spesialister for eksempel.» (A-1)

«En må jo være fleksibel.» (A-1)

A-1 er opptatt av fleksibilitet som et uttrykk for hvordan organisasjonen og ansatte selv kan utvikles. Samarbeidet mellom ulike personalgrupper sees som en helt nødvendig forutsetning for god pasientbehandling.

Brukerorganisasjonene opplever at effekten av hjemmebehandlingen er meget positiv, og at det er den som er årsaken til at kvaliteten er så god. De mener at ansatte føler seg mer fri til å være i dialog som samtalepartner når de arbeider hjemme hos pasientene. De metodene som benyttes, passer godt inn i den konteksten ansatte i akutteamet arbeider i. Samtlige tre brukerorganisasjoner sier i intervjuene at de ønsker flere hjemmebesøk til mennesker som sliter med psykiske vansker. Det er mulig at det er denne arbeidsmåten, der den ansatte kan være litt medmenneske og litt profesjonell samtidig, som er den beste. Et eksistensialistisk menneskesyn og en god etikk er viktige egenskaper hos de ansatte i sykehuset, jf. her sykehusets leveregler. Brukerne sier at de ikke har noen negative opplevelser med akutteamets hjemmebesøk, og at de egentlig ønsker mer hjemmebehandling fremfor behandling i døgnavdeling.

Ansatte på sin side vektlegger samarbeid, fleksibilitet og kunnskaper om samtaleteknikker. Begge gruppene ser at ansatte og pasienter oppnår god effekt av behandlingen når dialogen er på plass i en samtale. Ifølge brukerorganisasjonene passer ikke akutteamets arbeidsmetoder for behandling av de aller sykeste pasientene, da de må innlegges på sykehus.

Mandatet for akutteamene i Østfold kan trenge noen justeringer ut fra de erfaringene som er kommet frem så langt. Det viser seg at når det private nettverket ikke strekker til, og heller ikke det eksisterende kommunale hjelpeapparatet, er akutteamet det beste tilbudet pasienten kan få.

4.2.3 Brukermedvirkning

Brukerorganisasjonene ønsker å nå akutteamet direkte. Akutt sykdom inntreffer ikke alltid i kontortiden til fastlegen. Det er viktig å ha mulighet til å oppnå kontakt også om natten, da det sees som en trygghet.

«Sånn som det har blitt, kommer du ikke direkte frem til akutteamet, du må gjennom fastlegen eller legevakta. Det er jo sjelden akutt i kontortiden.» (B-2)

*«I hvert fall en som tar imot telefoner på natta, så kan dem heller komme ut i kontortiden.»
(B-2)*

Det som er gjennomgående i sitatene, er behovet for å få kontakt med akutteamet. Brukerorganisasjonene ønsker at de menneskene i Fredrikstad som har behov for akutteamet, skal bli møtt der og da. De utfordrer sykehuset til å finne smidige måter å løse dette på. Metoden må være fleksibel, slik at den belaster den hjelpesøkende minst mulig. Erfaringer viser at det i akutte situasjoner kan være mest effektivt at akutteamet selv vurderer hva som er den beste helsehjelpen. Det kan være mer belastende for organisasjonen og for pasienten/pårørende å vente på en avklarende henvisning, for eksempel fra fastlege og legevakt. Akutteamet har også erfart at samarbeidet mellom enheter raskere kommer i gang hvis akutteamet i første omgang vurderer pasientens behov for helsehjelp. Dermed forkortes også pasientens plager.

«Men for et par år siden hadde vi et direktenummer til akutteamet, og jeg tror det var mye enklere for mange, i forhold til kontakt, da. Nå er det liksom mer tungvint, for nå må fastlegen henvise til akutteamet. Det tar lenger tid òg.»(B-1)

«Jeg syns vi burde få tilbake direktetelefon. For da tror jeg det er lettere for folk å ta kontakt, for da behøver man ikke gå gjennom så mange ledd, og det å gå på legevakta er jo et stort skritt for mange.»(B-1)

*«Det er jo mange som ringer til Mental Helses hjelpetelefon, og samme kunne dem gjort med akutteamet, syns jeg, i stedet for. Da hadde dem fått hjelp i nærmiljøet.» (B-1)*B-1 er opptatt

av at pasienter skal få hjelp på telefonen i sitt nærmiljø og ikke få støttesamtaler i en sentral som for eksempel ligger i Oslo. Det føles mer trygt å benytte det lokale hjelpeapparatet. Kontakten med helsepersonell er viktig. Det kan tenkes at hjelpetelefonene har en funksjon når det gjelder å lindre angst og ensomhet, men den kan aldri erstatte kontakten med helsevesenet.

«Ja, kanskje man skal ha en sånn kaffeslabberaslinje? Det kan også forebygge. Man trenger kanskje ikke de heftige samtalene hele tiden. Man må ha en linje inn som man kan ringe til. Og man skulle hatt en sånn bank man kunne ringe til. Det å nå helsevesenet lett kan for eksempel kalles kaffeslabberastelefonen.» (B- 3)

B-3 bruker ordet *kaffeslabberastelefon*. Ordet i seg selv ufarliggjør det å kontakte helsevesenet når det er vanskelig. B-3 mener også at denne typen telefon, der det er lov å ringe inn, har en sekundær effekt ved at også pårørende kan kontakte helsevesenet når de har bekymringer. Sannsynligvis mener ledelsen at denne oppgaven kan gjøres av kommunale hjelpetelefoner, men i dag eksisterer det ikke noe lignende tilbud i Fredrikstad kommune.

Det kan fra et brukerståsted alltid være nyttig å vurdere om hjemmebehandling kan være tilstrekkelig for å gi et bedre alternativ. Ansatte må alltid vurdere hver enkelt situasjon etter mange ulike kriterier – for eksempel faglige og etiske – og ledelseskrav.

«De menneskene som var hjemme hos meg, var så uhyre profesjonelle, veldig varme og tilstedeværende.»(B-3)

«Og dette hadde de gjort før.»(B-3)

«Denne hjertelige tilstedeværelsen, de var der for meg.» (B-3)

«Og i akutteamet får de det bedre til.» (B-3)

B-3 sier at i akutteamet får de det bedre til enn i andre deler av sykehuset. Akutteamets positive energi har kommet til uttrykk hos B-3, som bruker ordet *tilstedeværelse* som noe positivt i pasientbehandlingen.

Det finnes mange teorier om medmenneskelighet og likeverdighet. De fagetiske retningslinjene vises i sitatene fra B-3. Akutteamets ansatte håndterer bra de fagetiske retningslinjene i den psykiatriske konteksten på en god måte.

Ordet *profesjonell* brukes av B-3, som beskriver kunnskaper om psykiske sykdommer og problemer. Jeg tolker derfor utsagnet som at B-3 mener at dialog og egenskaper som fremmer samhandling, er bra å ha dersom man skal arbeide i akutteamet.

Hovedhensikten med oppstart av akutteam var å forhindre innleggelser, noe som altså er kjent for alle de tre brukerorganisasjonene. Brukerorganisasjonene er bekymret over målet med å forhindre innleggelser, da dette kan overskygge mye av de andre psykiatriske helsetiltakene som akutteamene har mulighet til å bistå med.

Brukerne mener at det viktigste akutteamet kan gjøre, er å være gode samtalepartnere. Med en god samtalepartner mener brukerorganisasjonene er å være et likeverdig. Det er viktig å skape trygget i en relasjon. Dermed skapes en mening i en ellers vanskelig livssituasjon. Manglende selvfølelse, sterk angst og avbrutte private relasjoner kan prege den kriserammede. Livet til pasienten kan være ensomt, og vedkommende trenger å trene seg opp til å klare å få til en relasjon igjen med sitt private nettverk. Akutteamet er med sin arbeidsmåte ypperlig når pasientene trenger å trene seg på relasjoner. Det er viktig å optimalisere pasientens funksjonsnivå, som er blitt borte på grunn av det psykiske problemet. Det er viktig å bli møtt og sett som et helt menneske.

«Og hvis dem skulle hatt en sånn døgnåpen telefon i Fredrikstad, så er det lettere å få folk til å snakke om å få hjelp, da.» (B-1)

Det fremkommer igjen at det sees som et problem at det er vanskelig å nå helsetjenesten når behovet for den er som størst. Mennesker med psykiske problemer har ofte vanskelig for å kontakte helsevesenet, til tross for at det ville vært både nyttig og nødvendig for å minske de psykiske plagene og redusere deres varighet. Terskelproblematikken gjør dette enda vanskeligere. Her knytter brukerorganisasjonene dette til organisasjonens mål å forhindre innleggelser, som de mener vanskeliggjør kontakten med helsevesenet.

Brukerorganisasjonene ønsker å gjenopprette den åpne telefonen til publikum i et samarbeid med ledelsen. Det kan virke som om ledelsen ikke har sett det som økonomisk fornuftig, eller

som god sykdomsbehandling å opprettholde telefonkontakten, da den ikke har redusert innleggelser i akuttpsykiatrisk avdeling på kort sikt.

Alle tre brukerorganisasjonene ønsker akutteamet blir mer tilgjengelig; de ser det som en bedre måte på sikt å forhindre innleggelser og forebygge psykisk lidelse på. Dette er også knyttet til helseøkonomisk tenkning, med at brukerorganisasjonene ønsker å gi noe tilbake til samfunnet, for eksempel brukerforum og brukerutvalg.

5 Diskusjon og konklusjon

Hovedmålet med avhandlingen har vært å undersøke hvilke arbeidsmetoder ansatte i akutteamet benytter, og hva pasientene synes om behandlingen. Undersøkelsen har foregått i DPS Fredrikstad. Sykehuset Østfold.

Det har vært nyttig å se på hvordan akutteamet integrert i sykehusets organisasjon, og hvordan akutteamet påvirker samspillet mellom pasienter og organisasjonen for øvrig.

Det viser seg at dette nye tilbudet er et bevis på hvordan brukerdeltaktighet ved hjelp av dialogismen og de positive kreftene i teamorganiseringen har klart å skape vekst og utvikling i et ellers rigid og byråkratisk system.

TKL – ledelse og leveregler fremkommet i Sykehusets nyorganisering, understreker at hver enkelt ansatt kontinuerlig må strebe etter å forbedre sitt arbeid. Dette kan lede til suksess. Teoretisk er dette bra, men hva mener toppledelsen om pasientbehandlingen?

Jeg har delt inn undersøkelsen ut fra problemstillingen. I diskusjonen vil jeg også ta opp hvordan funnene innvirker på organisasjonen. Det er Rønnings beskrivelse av det trehodede trollet som har inspirert meg til inndelingen.

Avhandlingen er en kvalitativ studie, der jeg har prøvd å være i en bevegelig, interaktiv prosess, der jeg har samlet data og beskrevet dem, analysert dem ut fra teori og trukket frem hovedfunn for hver dimensjon.

Arbeidstittelen har vært en inspirator for meg særlig i begynnelsen av avhandlingen, men også underveis. Det er selvfølgelig interessant at suksessbegrepet er brukt innenfor kvalitets- og teamorganisering. I de reflekterende prosessene, jf Teorikapittelet, er det første møtet med pasienten beskrevet som en kunstnerisk opplevelse, som kan være en suksess eller ikke. Derfor ser jeg at valget av arbeidstittel har fulgt avhandlingen som den «usynlige hånden», jf. Adam Smith.

Jeg ser det positive i å trekke inn brukerens meninger i styring, ledelse, og organisering av helsetjenesten. Det er også blitt vist i min undersøkelse at brukerne gjerne vil bidra praktisk

for mennesker som sliter psykisk. Dette er kanskje et tiltak der det offentlige kan samarbeide nært om et felles mål. Målet er her å hjelpe mennesker med psykiske vansker. Det fremkommer også at det ikke er de sykeste pasientene som har nytte av akutteamet. Pasientene sier at de selv har så mye innsikt i sine psykiske problemer at de selv vet når de skal kontakte det psykiatriske helsevesenet. Både ansatte og brukerorganisasjonene ønsker større valgmuligheter når det gjelder tjenester. Det er uavhengig av hvem som tilbyr disse, altså om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

Metaforer som «kaffeslabberastelefon» og «jeg vil ha et kinderegg som har ulike figurer», har vært brukt, og det viser til at begge parter ønsker mer fleksibilitet i de offentlige tjenestene.

Fagbyråkratiets organisasjonsmodell, hvor akutteamet blir styrt av effektivitet, hurtig diagnostisering og avklaring av behandlingsforløp, har gitt ansatte utfordringer med å klare å ivareta brukermedvirkningen. Like viktig som fagbyråkratiets organisasjonsmodells intensjoner om effektivitet, har det vært å få inn de andre helsepolitiske målene som brukermedvirkning, etikk og god kommunikasjon. Brukermedvirkningen må være et samspill mellom ansatt, pasient og kontekst. Undersøkelsen har her vist at akutteamet med sin arbeidsmåte klarer dette samspillet godt.

De ansatte mener selv at dersom akutteamet har gjort en god jobb, beror dette på at samarbeidet mellom de ansatte og pasienten/pårørende har fungert godt. Samarbeid har også vært lagt mye vekt på i annen forskning. Det er vanskelig å måle dette samarbeidet, som går på kvalitative opplevelser.

Akutteamets funksjon som døråpner og tilrettelegger er et av de viktigste funnene i denne undersøkelsen. Funnene bygger på både de ansattes og pasientenes egne utsagn.

De ansatte er veldig fleksible og lojale overfor sin organisasjon når toppledelsen fratar dem retten til selv å regulere pasientflyten inn til organisasjonen. Akutteamets ansatte viser minimal motstand, men tilpasser seg heller raskt til denne nye måten å komme i kontakt med sine pasienter på. Det ser ut som om samhandlingen har pekt seg ut som en av de faktorene som skaper begeistring.

En annen faktor er at akutteamet arbeider på pasientens hjemmearena, noe som gjør at det er lettere å utføre «utenomterapeutiske handlinger», for eksempel gå i butikken eller hjelpe pasienten til å komme seg til NAV. Utsagn som «en sulten rusbruker i krise trenger først mat» er en beskrivelse av hvordan virkeligheten ofte er. Det har vist seg at akutteamet må være både fleksibelt og kreativt for å løse disse primærbehovene. Når disse behovene er ivaretatt, kan man gå videre i pasientbehandlingen, som å kartlegge symptomer, diagnostisere og behandle. Det kan også være tilfeller der ikke-språklige arbeidsmetoder er vel så nyttige. Det strides om hvor virksom den tradisjonelle samtalebehandlingen egentlig er. I denne undersøkelsen har det vist seg at samtals betydning fra et akutteams perspektiv må sees i sammenheng med de andre handlingene akutteamet utfører.

Det fremkommer at en åpen holdning med refleksjon ivaretar brukerinteressene. Medvirkning og deltakelse ivaretar og aktiverer det private nettverket på en ærbødig måte. Det vektlegger menneskeverd, likeverd og respekt. Pasienter som har opplevd krenkelser, finner derfor behandlingen kjærlig, vennlig og omsorgsfull. Det viser seg at akutteamet ikke har redusert antallet innleggelser i psykiatrisk akuttavdeling for dem med de alvorligste psykiske plagene. Derimot viser erfaringer heller at en kort intervensjon fra akutteamet kan forhindre at pasienter blir henvist til langvarige behandlinger i spesialisthelsetjenesten.

Brukerorganisasjonene er meget positive til akutteamet og dets tilnæringsmåte med hjemmebehandling og hjemmebesøk. Det vises i undersøkelsen at alle brukerorganisasjonene ønsker mer av dette.

Brukerorganisasjonene opplever at behandlingsprosessen er godt startet i det faktum at brukeren har våget å ta kontakt med helsevesenet, da denne kontakten oppleves som den første hindringen, og kanskje den vanskeligste, for å oppnå bedring.

Akutteamets samtalemetoder er gjennomgående positive. Det ble sett på som kvalitetssikring at ansatte har denne dialogiske tilnærmingen til pasientene, og at de har et humaneksistensialistisk menneskesyn.

Spesielt temaene frihet og kjærlighet opptar pasientene, da de mener at disse elementene har stor innvirkning på bedringen. Samtidig mener pasienter at akutteamet egnest seg spesielt ved

psykiske tilstander som ikke er så alvorlige at de trenger innleggelse. Det kan holde med to til tre samtaler med akutteamet i stedet for langvarig terapi ved for eksempel en poliklinikk. Brukerorganisasjonene sier at akutteamet også kan hjelpe til med andre tiltak for å heve det nedsatte funksjonsnivået, for eksempel ved å etablere kontakt med pasientens private nettverk, NAV, fastlegen, og andre som for eksempel frivillighetssentralen.

Jeg håper at min kvalitative undersøkelse kan være en motvekt til de kvantitative undersøkelsene som er gjort i forbindelse med akutteam i Norge, og en inspirasjon til videre utvikling av akutteamarbeidet i Fredrikstad.

5.1 Konklusjon

Min problemstilling i denne avhandlingen har nøkkelordene *arbeidsmåter* og *virksomheter*. Akutteamets arbeidsmetoder er sammensatt av samtaler, praktiske gjøremål og samhandlingsprosesser. Sykehuset er tilrettelagt kun for den tradisjonelle psykiatriske samtalebehandlingen. Det passer derfor veldig dårlig for organisasjonen at det meste av akutteamets arbeidsmetoder ikke kan måles med kvantitative målemetoder. Det blir uoversiktlig for toppledelsen hva ansatte egentlig gjør, og ikke minst at behandlingen foregår i hjemmene til pasientene. Toppledelsen og administrasjonen mister oversikten, og vil derfor begrense friheten og kontrollere ansatte. Strukturen er rigid og skaper utfordringer, spesielt når man skal koordinere for eksempel klinikker. Ledelsen prøver med ulike nye prosedyrer å konkretisere akutteamets arbeidsmetoder, men de virker dårlig, da ansatte og pasienten selv ikke er med på endringene. Det ser ut som om akutteamet likevel på grunn av den sterke teamorganiseringen og den høye fagkunnskapen og -etikken har funnet sin plass i organisasjonen.

Funn i akutteamets arbeidsmetoder er følgende:

- samtalene har en dialogistisk, åpen holdning, og med delvis reflekterende samtaleteknikker;
- hjemmebesøk og behandling hjemme hos pasienten, der akutteamet legger til rette for stor brukermedvirkning. Dette gir de ansatte frihet til å gi pasienten omsorg i

bevegelse mot friskhet, og på dette vis lindre psykisk lidelse. Hjemmearenaen gjør også at ansatte kan arbeide på brukerens egen arena, utenfor sykehuset.

- Profesjonelle på sin side har høy fagetikk og vil helst være selvstendige i sitt fag. Det viser seg også at ansatte i akutteamet er enda mer fri når de ikke arbeider på sykehuset. Frihet skaper kreativitet, som kommer pasientene til gode, med enda bedre pasientbehandling som resultat;
- Det har alltid vært utfordringer for etater knyttet til det å samarbeide, og utallige tiltak er iverksatt for å få til dette. Akutteamet viser seg å være gode til samarbeid, ved å starte prosesser som får til mer samtidighet, for eksempel med nettverksmøter.
- Ansatte har mye kunnskap om psykisk helsevern i tillegg til raushet og et eksistensialistisk menneskesyn.
- Akutteamets ansatte og pasientene mener god pasientbehandling i akutteamet er samtaler, praktiske gjøremål og samhandling.

Funn av akutteamets virkning er følgende:

- Samtlige brukerorganisasjoner opplever metodene som gode, moderne og kjærlige, noe som igjen ivaretar pasientrettighetene på en glimrende måte.
- Samtalene oppleves bedre fordi de foregår i hjemmet. Det viser seg at mennesker som sliter med psykiske helseplager, har særlige utfordringer med å oppsøke helsevesenet. Ifølge pasientene og akutteamets ansatte er tilgjengeligheten for dårlig. Det legges stor vekt på at akutteamet arbeider på ulike arenaer, dels med det dialogiske, dels med andre utenomterapeutiske tiltak. Tiltakene viser seg å være like effektive hos akutteamets pasienter som for eksempel samtaleterapi i spesialisthelsetjenesten.
- Teamorganiseringen fungerer som en buffer/katalysator for organisasjonen. Den ivaretar og fungerer godt for ansatte, som opplever stor selvbestemmelse i utøvelsen av faget sitt. Pasientene opplever å være med på å påvirke behandlingsprosessen, ikke minst fordi behandlingen foregår i hjemmet og ikke i spesialistorganisasjonen/sykehuset.
- Fagbyråkratiet og adhokkratiet styrer akutteamets organisering. Det sterke medlemskapet i teamet/akutteamet gjør at alle teammedlemmene har et felles ansvar

for at tjenestene har høy faglig og etisk standard. I tillegg fungerer medlemskapet som et lim i personalgruppen.

5.2 Videre forskningsspørsmål

Jeg håper at jeg med avhandlingen har inspirert andre til å undersøke virkningen av akutteamets arbeidsmetoder i Norge.

Som en videreføring ville det vært interessant å undersøke andre akutteam med samme kvalitative forskningsmetode som jeg selv har valgt. Mine funn gjelder kun akutteamet i Fredrikstad. Det finnes over 50 akutteam i Norge, og det ville vært spennende å jamføre med andre team med denne undersøkelsesmetoden.

Kvalitative undersøkelser som involverer både ansatte og pasienter, har høy gyldighet. Det i seg selv burde være inspirasjon til å fortsette dette viktige arbeidet.

Litteraturliste

- Andersen, T. (2005). *Reflekterende prosesser: Samtaler og samtaler om samtalene* (3 utg ed.). København: Dansk Psykologisk Forl.
- Aune, A. (2000). *Kvalitetsdrevet ledelse - kvalitetsstyrte bedrifter* (3 utg ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barth, T., & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale - MI: Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforl.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (c2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri: Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (c2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Bohm, D., & Nichol, L. (2010). *Om dialog*. [Oslo]: Flux forl.
- Bolman, L. G., Deal, T. E., & Thorbjørnsen, K. M. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: Strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (4 utg ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borg, M., & Topor, A. (2007a). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (2 rev utg ed.). Oslo: Kommuneforl.
- Boye, K. (1992). Totalkvalitetsledelse.3/1992, 157.
- Colbjørnsen, T. (2003). *Fleksibilitet og forutsigbarhet: Arbeid og organisasjoner i endring*. Oslo: Universitetsforl.
- Eriksson, K. (2000). Vårdprocessen., 133.
- Gråwe, R. W., Ruud, T., & Bjørngaard, J. H. (2005). Alternative emergency interventions in adult mental health care. [Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne] *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 125(23), 3265–3268.
- Gullslett, Monika & Ekeland, Tor-Johan.(2012) Autonomiens betydning og vilkår ved ambulante akutteam. En teoretisk analyse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol.9.Nr.1.2012.
- Håndbok i kvalitetsledelse*. Oslo: Kompetanseforlaget.
- Hansen, G. V., & Fugletveit, R. (2010). »-Vi driver og rydder hver uke vi-»: Evaluering av oppsøkende rusteam i MossRygge.2010:2, 131.
- Hansen, S. K., & Negaard, A. (2006). *Økonomi På tvers*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Hellevik, O. (1991). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Herrestad, H., & Biong, S. (2011). To inspire and arrange things in order to create movements in deadlock situations: About hopeful practice in a crisis resolution/home treatment team (CR/HT). [Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner: om håpefull praksis i et ambulant akuttpsykiatrisk team] *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 8(2), 109–119.
- Horton, S. (2006). *New public management*. Bradford, England: Emerald Group Publishing.
- Hummelvoll, J. K., Jensen, P., Dahl, T. E., & Olsen, P. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ivarsson, B. H. (2010). *MI - motiverende intervju: Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2 utg ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jørgensen, R. R. (1996). *Naturens skapende dialog: Gregory batesons vei mot en økologisk erkjennelsesteori*. [R.R. Jørgensen]), , 117 s.
- Karlsson, ,Bengt, Borg, ,Marit, & Sjølie, ,Hege. (2011). Crisis resolution home treatment teams in community mental health centres - a survey. [Ambulante akutteam ved distriktskykiatriske sentre] *Sykepleien Forskning*, 6(1), 62–69.
- Karlsson, B., & Andersen, A. J. W. (2011). *Variasjon og dialog: Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, E., Nordal, A., Aasheim, F., & Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet: Mål, anbefalinger, og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Lindström, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie: Teori, verdier og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindström, U. Å., Lindholm, L., & Zetterlund, J. E. (2006). Katie eriksson: Theory of caritative caring. In ()
- Lund, T., & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub.
- Martinsen, K. (1995). Om de metafysiske og etiske grunn for sykepleien: En dialog med katie eriksson. In ()

- May, R. (1991). *Kjærlighet og vilje* (3 oppl ed.). Oslo: Aventura.
- Nielsen, E. S., Underland, V., & Johansen, M. (2010). *Motiverende samtale for å endre levevaner*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Norge . Sosial- og helsedepartementet. (1997). Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.nr 25 (1996–97), 165.
- Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper: Evaluering av forsøk med ACT (assertive community treatment) i mosseregionen : Utarbeidet for moss, våler, råde og rygge kommuner og sykehuset østfold HF* (2011).Oslo: Econ Pöyry.
- Rønning, R., & Solheim, L. J. (1998a). *Hjelp på egne premisser?: Om brukervedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforl.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforl.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2008). *Sociale nettverk i dialog*. København: Akademisk forlag.
- Sjölie, H., Borg, M., & Karlsson, B. (2008). Crisis intervention and home-based treatment in mental health services. just as high fever. [Om krisehåndtering og hjemmebehandling i psykisk helsevern. Akkurat som høy feber] *Sykepleien Forskning*, 3(3), 136–143.
- Sørensen, N. B. (2000). *Organisationers form og funktion: Om mintzbergs teori i en dansk sammenheng* (4 udg ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *-Og bedre skal det bli!: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015) : Til deg som leder og utøver*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *«Du er kommet til rett sted..»: Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse-ROP lidelser. Oslo:Helsedirektoratet.
- Wilhelmsen, I. (2004). *Sjef i eget liv: En bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertervig forl.
- Wisløff, N. F., Helse- og omsorgsdepartementet, & Utvalg for å vurdere samhandlingen innen helsetjenesten. (2005). *Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste : Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003 : Avgitt til helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005*.*NOU 2005: 3*, 156.

Øverås, S. (2003). Fra portvakt til døråpner: En midtveisevaluering av tøyen-prosjektet (ROP-tøyen).2003:22, 74.

Øvretveit, J.(1996).Five ways to describe a multidisciplinary team., «Journal of interprofessional care». Vol 10, No 2 pp.177- 185.

Lover

Psykisk Helsevernloven. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. LOV-2011-06-24-30

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-2011-06-24-30

Spesialisthelsetjenesteloven. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-2011-06-24-30

Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. LOV -2011-06-24-30

Nettsider

Helsebiblioteket : www.helsebiblioteket.no

Fritt sykehusvalg: www.frittsykehus.no

Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no

Helse Sør – Øst: www.helsesorost.no

Sykehuset Østfold: www.sykehuset-ostfold.no

Store norske leksikon: www.snl.no

Mental helse: www.mental.helse.no

Rusmissbrukernes interesseorganisasjon: www.rio.no/

Hvite Ørn: www.hviteorn.no

Adam Smith på norsk: www.adamsmith.no

Senter for kognitiv praksis: www.senterforkognitivpraksis.no

Motiverende Intervju: www.kunnskapssenteret.no

Reflekterende team: www.psykologtidsskriftet.no

Lovdata: www.lovdata.no

Wikipedia : www.wikipedia.no

Høgskolen i Østfold: www.hiof.no

Avtale mellom Sykehuset Østfold HF og Høyskolen i Østfold, Avdeling for Økonomi, språk og samfunnsfag.

med hensyn til LENA ADELE SÖDERLUND sin mastergradsoppgave.

Sykehuset Østfold (SØ) og Høyskolen i Østfold samarbeider om gjennomføring av følgende Akutteamet, Suksess i psykisk helsearbeid ?

Arbeidet blir gjennomført i divisjon for DPS- Fredrikstad ved avdeling Akutteamet etter avtale med avdelingssjef Astrid Rødseth .

I samsvar med prosjektbeskrivelsen, vil arbeidet innebære:

Formålet er å undersøke arbeids måter og metoder i Fredrikstad Akutteam, alle 12 ansatte er med i undersøkelsen.

Arbeidet medfører bruk av sykehusets ressurser slik:

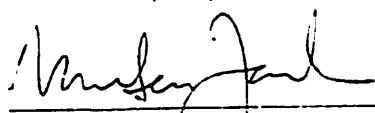
Opplysningene til undersøkelsen samles in med besvarelse av oppdiktet case og intervju. Dette foregår i arbeidstiden til ansatte.

Prosjektet er meldt forskningsenheten på fastsatt registreringsskjema. De prosedyrer som gjelder i sykehuset blir overholdt i prosjektet, slik som taushetsløfte, melderutiner, personvern, journaltilgang, data- og IT-sikkerhet. Nødvendige godkjenninger fra eksterne instanser foreligger. Prosjekt nr; 26923, NSD. Godkjent 12.05.11.

Hvis prosjektet resulterer i et kommersialiserbart produkt, skal sykehusets regler for kommersialisering i hht prosedyrer følges.

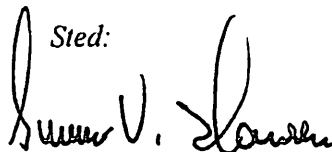
Hvis resultater fra dette arbeidet skal publiseres i fagfellevurdert tidsskrift, skal SØ-ansatt være gjort i stand til å fylle reglene for medforfatterskap i hht Vancouverkonvensjonen, slik at hans/hennes navn kommer på forfatterlisten med adresse Sykehuset Østfold HF. Dersom andre i sykehuset oppfyller kriteriene for medforfatterskap i henhold til Vancouverkonvensjonen, skal disse inkluderes på forfatterlisten.

Fredrikstad (åato)



Forskningssjef

Sted:

Dato:



Undervisningsinstitusjon


Divisjonsdirektør
Student

**Registrering av mastergradsprosjekter
og øvrige prosjekter innen høyere
utdanning; skjema**Felles SØ
Prosjektprosessen
[]

Gjelder fra: 12.08.2009 Utgave: 1.00 Dokumentnr: F/20.2-24

Utarbeidet av:
rådgiver Marianne EckhoffGodkjent av:
Adm. dir. Just Ebbesen**Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 21.05.2011**

1. **Prosjektets kortnavn** Akutteam, Suksess i psykisk helsearbeid? _____
2. **Prosjektleder/student** Lena Adele Söderlund, sykepleier i Akutteamet.

3. **Utdanningsinstitusjon** Høyskolen i Østfold, Avdeling for Økonomi, språk og samfunnsfag. _____
4. **Prosjektets tilhørighet i Sykehuset Østfold (SØ)** Divisjon, Psykisk helsevern, DPS-Fredrikstad _____ Avdeling Akutteam _____
5. **Prosjektperiode** Mnd/år oppstart 01.06.11 _____ Mnd/år forventet avsluttet 30.05.12 _____
6. **Prosjektpresentasjon i noen få setninger** (egnet til presentasjon i intranettets prosjektregister)

Formålet er å undersøke arbeidsmåter og metoder i Fredrikstad Akutteam. Alle 12 ansatte i Fredrikstad er med i undersøkelsen. Opplysningene til undersøkelsen skje med besvarelse av oppdiktet case og intervju. Delmål i oppgaven vil være å se på mulige årsaker i suksessfaktorer.

7. Kategorisering av prosjekt (sett kryss)☐ Litteraturstudie eller lignende☐ Prosjekt som inkluderer *pasienter* ved SØ (må ha eksterne tillatelser – se pkt. 11)☒ Prosjekt som inkluderer *ansatte* ved SØ – i tilfelle: DPS- Fredrikstad, Akutteam

Antall ansatte som skal inngå i undersøkelsen: 12 _____ Tid brukt pr ansatt i arbeidstiden: ca 2 timer

(Kan være nødvendig med ekstern godkjenning – se punkt 11)

☐ Annet – forklar: _____**8. Veileders navn og tittel:** _____ Gunnar Vold Hansen, Høyskolen i Østfold.**9. Finansiering**Får prosjektet finansiell støtte? ☐ Ja, fra _____☒ Nei**10. Lagring av data****Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 21.05.2011**

Forskning og utviklingsoppgaver

Dokumentnr:
F/20.2-24Gjelder fra:
12.08.2009Utgave:
1.00

Registrering av mastergradsprosjekter og øvrige prosjekter innen høyere utdanning; skjema

Side 1 av 3

☐ Prosjektet har personidentifiserbare data

Dersom prosjektet innhenter personidentifiserbare data, skal det opprettes egen mappe på sikker sone. Ta kontakt med Kvalitets- og forskningsavdelingen.

☒ Prosjektet har IKKE personidentifiserbare data

11. Eksterne meldinger (sett kryss i hver rad)

NB! Kvalitets- og forskningsavdelingen skal ha kopi av alle søknader og svar!

MELDINGER/GODKJENNINGER	Skal søkes	Innvilget	Ikke aktuelt
a) Personvern: Er prosjektet meldt <u>NSD</u> (Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste)? (SØ har avtale med NSD for vurdering av prosjekters personvern hensyn)		X, nr: 26923	
b) Etikkk: Foreligger godkjenning fra <u>REK</u> (Regional Etisk komité)?			X

12. Avtale mellom Sykehuset Østfold og undervisningsinstitusjonen

☐ Prosjektet benytter data fra Sykehuset Østfold

Dersom det i forbindelse med prosjektet innhentes materiale fra SØ skal det inngås en skriftlig avtale mellom undervisningsinstitusjonen ved adm. leder og SØ ved forskningssjefen. Avtalen skal regulere ansvar og rettigheter – for eksempel med hensyn til publisering. Bruk evt. mal.

☒ Prosjektet har IKKE personidentifiserbare data

Dato 21.05.11 Lena Adele Søderlund

Lena Adele Søderlund

Prosjektet er i tråd med avdelingens behov for kompetanse. Bruk av ressurser som beskrevet i punkt 7 godkjennes.

Dato X 7/06 - 11 Ørvid Tødalen
Sign avdelingssjef

Dato 5/7 - 11 Jane Dahl Andersen
Sign divisjonsdirektør

Dokumenter som skal legges ved registreringsskjemaet:

- Prosjektbeskrivelse
- Godkjenninger fra relevante instanser, dvs. NSD, REK. NB! Må evt. ettersendes.

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 21.05.2011

Forskning og utviklingsoppgaver	Dokumentnr: F/20.2-24	Gjelder fra: 12.08.2009	Utgave: 1.00
Registrering av mastergradsprosjekter og øvrige prosjekter innen høyere utdanning; skjema			Side 2 av 3



Sykehuset Østfold

Ambulante akutteam ved DPS Edwin Ruud og DPS Fredrikstad. Divisjon for psykisk helsevern

Divisjon for psykisk helsevern

Felles, avdeling for distriktpsikiatriske sentra
(DPS)

[]

Gjelder fra:
15.11.2007

Utgave:
1.00

Dokumentnr.
DP40/2-02

Utarbeidet av:
Irene Dahl Andersen

Godkjent av:
Divisjonsdirektør Irene Dahl Andersen

De ambulante akutt-teamene er bredt sammensatte team ved DPS som samarbeider direkte med spesialistene ved døgnposten og i poliklinikken samt med psykiatrisk akuttmottak på Veum. Teamet skal bidra til å sikre bedre og mer helhetlig spesialisthelsetjeneste til mennesker med psykiske lidelser. Sentrale kjennetegn ved de ambulante akutteamene er: Tilgjengelighet, fleksibilitet og mestring.

MÅLGRUPPER:

Personer fra det aktuelle opptaksområdet som befinner seg i en akutt psykisk krisesituasjon og som har behov for rådgivning eller behandling.

MÅLSETTING:

- Bedre den akutte situasjonen og bidra til rask og god håndtering av den oppståtte situasjonen.
- Forebygge og forhindre unødvendige akuttinnleggelser i sykehus.
- Formidle kontakt til det øvrige hjelpeapparatet der det er nødvendig
- Gjøre nødvendige innleggelser minst mulig belastende.

KJERNEOPPGAVER:

- Kriseintervenering og korttidsoppfølging.
- Rask vurdering av pasientens psykiske tilstand med spesielt fokus på selvmordsfare.
- Rask vurdering av pasientens generelle behov for psykiatrisk hjelp.
- Koordinering – sikre at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp blir kanalisert til rett sted.

Akutteamet kan gi råd og veiledning på telefon, motta pasienter i egne lokaler ved DPS eller rykke ut til hjemmet, til fastlegen, legevakten, mottakelse ved sykehuset eller der det passer.

Akutteamet disponerer døgnplasser ved DPSet. Disse er ikke å betrakte som ordinære behandlingsplasser. Normalt skal varigheten på opphold ikke overstige 3 døgn.

HENVISNING/INNTAKSRUTINER:

Pasienter og pårørende kan ta direkte kontakt. Henvvisning blir ved behov innhentet i ettertid.

Beskrivelse av virksomheten

Dokumentnr.
DP40/2-02

Gjelder fra:
15.11.2007

Utgave:
1.00

Ambulante akutteam ved DPS Edwin Ruud og DPS Fredrikstad. Divisjon for
psykisk helsevern

Side 1 av 2

Likeledes kan fastlege, legevakt, og andre kommunale instanser henvende seg direkte når de vurderer at det er behov for spesialisthelsetjeneste.

ÅPNINGSTID:

DPS Fredrikstad:

Hverdager: Kl. 08 – 21

Helger og helligdager: Kl. 11 - 18

Edwin Ruud:

Hverdager unntatt fredag: kl. 08– 21

Fredag: 08 – 14

Helger og helligdager: stengt

Vedtatt i ledermøte divisjon for psykisk helsevern 24.10.07

Referanser

Slutt på prosedyren



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Gunnar Vold Hansen
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag
Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 12.05.2011

Vår ref: 26923 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.04.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26923

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Akutteamet. Suksess i psykisk helsearbeid ?

Høgskolen i Østfold, ved institusjonens overste leder

Gunnar Vold Hansen

Lena Adele Søderlund

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Lena Adele Søderlund, Gamle Kirkevei 107 A, 1617 FREDRIKSTAD



Formålet er å undersøke arbeidsmåter og metoder i Fredrikstad Akutteam.

Utvalget omfatter 12 ansatte v/ Dps- Fredrikstad, Akutteam. Førstegangskontakten skjer gjennom seksjonsleder.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner skrevet tilfredsstillende.

Prosjektleder har ikke lagt ved endelig kopi av intervjuguide så personvernombudet forutsetter at denne ettersendes ombudet før intervjuene tar til.

Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Høgskolen i Østfold sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlede opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest ved utgangen av 2012. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Ved publisering vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes.

Samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i intervju og narrativ fortelling i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i Organisasjon og Ledelse ved Høgskolen i Østfold og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er arbeidsmåter og metoder i Akutteamet i Fredrikstad, og jeg skal undersøke begrunnelsen og virkningen av disse.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju og bruke den narrative metode for å samle in data til min oppgave. Spørsmålene vil dreie seg om arbeidsmetodene og måtene for eksempel refleksjon. Som en del av oppgaven vil jeg også forsøke å finne ut om årsaker til mulige suksessfaktorer.

1. Jeg vil presentere et oppdiktet pasientcase som jeg ønsker deltakerne skal løse med en narrativ fortelling.
2. I forbindelse med intervjuet vil jeg bruke diktafon og ta enkle notater. Til sammen tar dette ca 2 timer. Vi blir enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2012.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 69 38 20 23, eller mobil 994 00569 eller sende en e-post til lanaadelesoderlund@hotmail.com Du kan også kontakte min veileder Gunnar Vold Hansen ved Høgskolen i Østfold på telefonnummer 69 30 30 41.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S, DPS- Fredrikstad, v/ Seksjonsleder Bertil Jørgensen.

Med vennlig hilsen

Lena Adele Søderlund
Gamle Kirkevei 107 a
1617 Fredrikstad

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien i Akutteamet og ønsker å stille på intervju og narrativ fortelling.

Signatur.....

Telefonnummer

Dato.....

CASE 1,

Oppdiktet pasienthistorie av Lena Adele Søderlund, 2011-04-03.

Dag 1.

Mor , 42 år ringer til Akutteamet i Fredrikstad . Hun forteller at hennes datter 19 år er bekymret for sin kjæreste som muligens kan trenge hjelp fra psykisk helsevern.

Det har oppstått en konflikt mellom kjærestene, derfor kommer datteren til sin mor for råd. Konflikten dreier seg om bekymringer for kjæresten og hans økte aktivitet og søvn mangel, dette igjen gjør han veldig irritert og det oppstår store konflikter av " små bagateller".

Kjæresten 25 år har en alvorlig psykisk lidelse. Han har siden 3 måneder tilbake sluttet med sine medisiner som stabiliserer sykdommen. De siste 10 dagene har han sovet lite hans aktivitets nivå er økt, han trener mye, bruker mye penger. Tidligere har kjæresten vært innlagt psykiatrisk sykehus for behandling av sin psykiske sykdom.

Akutteamet anbefaler moren å snakke litt med ungdommene om bekymringene til datteren alle 3, samme kveld. Akutteamet gir veiledning til moren å prøve å se sammen med kjæresten om de kan ringe Akutteamet. Det beste er hvis moren ringer til Akutteamet når alle sammen er samlet.

Litt senere på dagen ringer moren når ungdommene er hjemme hos dem. Kjæresten 25 år, har sagt ja til ringe Akutteamet for å se hvordan sammen de kan få denne negative utvikling å snu.

Akutteamet snakker først med moren, deretter starter dialog på telefonen med Kjæresten 25 år. Akutteamet forteller om morens og datterens bekymringer, og spør han hva han tenker. Kjæresten sier han har det litt vanskelig, han har ikke tatt kontakt med sin fastlege, vet ikke helt hva som hjelpe han. Han er redd for at han kan bli dårligere, og ønsker helst ikke innleggelse i psykiatrisk sykehus. Han ønsker denne gangen "komme gjennom det", på en annen måte. Akutteamet spør om han kan tenke seg et hjemmebesøk hos moren til kjæresten ? Akutteamet informerer at det kan være nyttig å ha med seg de som er bekymret under hjemmebesøket.

Kjæresten sier han vil gjerne at kjæresten og moren til kjæresten kan delta på deler av hjemmebesøket. Akutteamet avtaler hjemmebesøk neste dag.

Dag 2.

Akutteamet i Fredrikstad (2 st) reiser ut til pasienten, hjemmebesøket er i kjærestens hjem. Du ringer på hos moren, skal lede samtalen. Du har mottatt bekymringene i telefonen.

Det praktiske med plassering i rommet gjøres, Akutteamet gir nødvendig informasjon. Deretter starter samtalen.

Oppgave;

Skriv en fortelling om hvordan samtalen med familien kan bli.

Legg spesielt fokus på ditt eget språk som arbeidsmetode.

Annet;

Fint hvis du har anledning å begrense deg til ca 1 side, data skrevet.

Leveres direkte til masteravhandlings studenten på jobben, eller legg det i hyllen innen 30 september 2011.

Hvis du også ønsker å delta i intervjuet som tar grunnlag i Din egen tekst/svar , kan du skrive under "samtykke skjema" som jeg har lagt ved.

Det er mulighet å kun delta i caset, da trenger du ikke skrive under samtykke skjema, svaret behandles og tas med i undersøkelsen likevel. Hvis du velger å levere i min hylle (anonymt) kan du skrive dine Initialer på slutten av teksten, så jeg kan kategorisere svarene . Ved publisering vil ingen enkelt personer gjenkjennes.

Mvh,

Lena Adele Søderlund, masteravhandlings student.

Fredrikstad, 09.09.11