

MASTEROPPGAVE

ACT-team som virkemiddel for bedre samhandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Ida Marie Mørk Snopestad

5. desember 2017

Masterstudium i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold



Sammendrag

Denne oppgaven omhandler rollen ACT-team får i samhandlingen mellom ulike tjenesteytere for personer med alvorlig psykisk lidelse. ACT-modellen har vært gjenstand for omfattende internasjonal forskning. Resultatene fra de første studiene viste en dramatisk hospitaliseringsreduksjon, mens senere forskning har hatt varierende resultater (Burns, 2010). Burns, Catty og Wright (2006) fant seks komponenter som påvirket hospitaliseringsreduksjonen; 1) Mindre caseload (lavt forholdstall brukere/ansatte), 2) regelmessige hjemmebesøk, 3) høy kontaktandel hjemme hos pasientene 4) ansvar for helse- og sosialtjenester, 5) tverrprofesjonelt team og 6) psykiater inkludert i teamet. En Cochrane reivew (Dieterich, Irving, Bergman, Khokhar & Park 2017) fant at grad av modelltrofasthet til ACT-modellen også var viktig for hospitaliseringsreduksjonen. Ved implementeringen av ACT-team i Norge har det blitt gjort tilpasninger av modellen hvor teamene ikke har fullt ansvar for helse- og sosialtjenester for alle pasientene, men samarbeider blant annet med kommunale tjenesteytere. Dette avviker altså fra en av de nevnte seks viktige komponentene til Burns et al. Til tross for dette viste den nasjonale forskningen av 12 ACT-team blant annet en reduksjon på 49 % i antall innleggelsesdøgn for pasientene i teamet (Ruud & Landheim, 2014). To studier fra Norge viser at ACT-team kan fungere som brobygger mellom tjenestenivåene, men det er fortsatt lite forskning på hvilken rolle ACT-team får i samhandlingen. Denne studien søker derfor å bidra med kunnskap om dette, og har følgende problemstilling:

I hvilken grad bidrar ACT-team til bedre samhandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse?

Problemstillingen er besvart ved hjelp av tre forskningsspørsmål og tre teoretiske innfallsvinkler som favnet inn i de ulike forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmålene var:

- 1) I hvilken grad har ACT-teamet behov for å samarbeide med andre tjenesteytere?*
- 2) Hvordan påvirker psykiaterfunksjonen i teamet og teamets forankring i spesialisthelsetjenesten samarbeidet med primær- og spesialisthelsetjenesten?*
- 3) Hvilken rolle får ACT-team i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere?*

Ved gjennomgangen av litteraturen og tidligere forskning fant jeg tre aspekter som var spesielt relevant for min studie. De tre dimensjonene var 1. egenskaper ved teamet, 2.

egenskaper ved pasientene, og 3. samhandlingen mellom ulike tjenesteytere, spesielt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. For å belyse problemstillingen empirisk benyttet jeg en kollektiv casestudie for å samle mye informasjon om fenomenet ACT-team i samhandlingen. Enhetene jeg undersøkte var psykiatriske enheter i kommunen, psykiatriske døgnseksjoner på DPS/sykehus og ACT-team, og jeg gjennomførte tre intervjuer fra hver av disse enhetene. I tillegg til disse ni intervjuene gjennomførte jeg 20 timer deltagende observasjon i et ACT-team for å observere teammøter og møter mellom teamet og andre samarbeidsaktører. Jeg benyttet også ulike dokumenter for å belyse empirien.

Resultatene viste at ACT-teamet bidro til å fremme samarbeidet mellom teamet og samarbeidspartnere. Dette på bakgrunn av at ACT-teamet hadde regelmessig kontaktpunkter med alle relevante samarbeidspartnere for pasientene, også utover primær- og spesialisthelsetjenesten. Denne kjennskapen og relasjonen gjorde det lettere for ACT-teamet å koordinere pasienttiltak tilpasset alle aktørenes muligheter og begrensninger. ACT-teamet brukte også kjennskapen til de ulike aktørene for å øke forståelsen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, hvilket kan forstås som en oversetterrolle. Teamet bidro til kompetanseheving i kommunen og fungerte som et bindeledd mellom nivåene.

Studien bidrar med innsikter i arbeidsmetodene i et ACT-team for å tilrettelegge for helhetlige tjenester mellom alle tjenesteyterne. I tillegg gir studien innsikt i kompleksiteten av problemstillinger knyttet til brukergruppen som inkluderes i ACT-team. Studien tydeliggjør behovet pasientene har for at ACT-teamet bør samarbeide med andre tjenesteytere, og potensialet dette gir for bedre samhandling. Implikasjoner av min studie er at tilpasningen av modellen i Norge kan være en årsak til de gode resultatene i den nasjonale evalueringen. Det impliserer også at istedenfor at ACT-teamene skal tilstrebe å jobbe modelltro for å ivareta helhetlige tjenester alene, bør ACT-teamenes rolle som virkemiddel for bedre samhandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, isteden synliggjøres og videreutvikles. Det er følgelig mulig at i Norge kan Burns et al. fjerde element, ansvar for helse- og sosialtjenester, muligens bedre erstattes med at ACT-teamene må samarbeide med de aktørene som er nødvendig for å gi pasientene individuelt tilpasset og adekvat behandling og oppfølging.

Forord

Nå er endelig siste punktum satt i masteroppgaven! Det har vært en lang vei dit med særdeles lange arbeidsøkter, inkludert kontinuerlig utfordringer med å kombinere arbeid, studier og familie. I ettertid vet jeg imidlertid at jeg kommer til å savne denne perioden med selvutvikling og enorme lettelser da jeg plutselig så løsningene fremfor problemene jeg møtte i prosessen.

Det er mange som har støttet meg i dette arbeidet, og som jeg vil uttrykke min takknemlighet til. Først vil jeg takke min veileder professor Helge Ramsdal som har tilpasset veiledningstider og hyppighet i forhold til mine behov for innspill og avklaringer. Dette har vært svært viktig for at jeg nå har fått ferdig oppgaven. Tusen takk for samarbeidet!

Jeg vil også takke alle informantene som stilte opp i undersøkelsen, og spesielt ACT-teamet som lot meg observere dem i en uke. Alle deres erfaringer, kunnskap og refleksjoner har vært helt avgjørende for min studie. Takk til alle forelesere og veiledere jeg har hatt underveis i studiene. Spesielt takk til den faste basisgruppen min. Vi har støttet hverandre når motivasjonen var på det laveste. Jeg vil også uttrykke min takknemlighet til mine flotte arbeidskollegaer som har vist interesse og tålmodighet i mitt periodevis fravær. Spesielt takk til min leder Ingmar som har motivert, tilrettelagt for studiet og lest korrektur.

Stor takk til min bror Bjørn Erik som har stilt opp med innspill til metodisk design, svart på spørsmål om ulike sider ved prosessen med masteroppgaven til alle døgnets tider, og korrekturlesning. Dette har vært svært lærerikt og utviklende! Takk til min far som også har lest korrektur og tålmodig lyttet til hva jeg har arbeidet med. Jeg vil også spesielt takke min mor, som dessverre ikke er her lengre og får lest det ferdige produktet. Hun stilte alltid opp for å lese, rette, lytte og diskutere fag. Sist, men ikke minst, vil jeg takke mine barn Jeanet, Michelle og Desiree og min ektemann Ole for stor tålmodighet og støtte gjennom ti år med studier. Nå kan vi endelig reise på en etterlengtet ferie!

Askim, 5. desember 2017

Ida

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Tema	1
1.2	Bakgrunn og aktualitet.....	2
1.3	Kunnskapsstatus.....	4
1.3.1	Internasjonal forskning på ACT-team	4
1.3.2	Nasjonal forskning på ACT-team	6
1.4	Problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.5	Empirisk setting og egen rolle	10
1.6	Avgrensninger og begrepsavklaringer	11
1.7	Leserveiledning.....	12
2	Teori.....	13
2.1	Egenskaper ved teamet	13
2.1.1	ACT-modellen	13
2.1.2	Instrumentell teori og de-kontekstualisering.....	15
2.1.3	Institusjonell teori og re-kontekstualisering.....	16
2.2	Egenskaper ved pasientene	18
2.2.1	Wicked problems	20
2.3	Samhandling mellom ulike tjenesteytere.....	21
2.3.1	Revirtenkning og altruisme	22
2.3.2	Cure and care	23
2.3.3	Primær og fellesoppgaver	23
2.3.4	Definisjonsmakt og maktasymmetri	24
2.4	Analytisk rammeverk	25
3	Metode	27
3.1	Vitenskapsteoretisk posisjonering.....	27
3.2	Forskningsdesign og valg av case	27
3.3	Datainnsamling	30
3.3.1	Observasjon.....	30
3.3.2	Dybdeintervjuer	33
3.3.3	Dokumenter.....	37
3.3.4	Oppsummering datainnhenting.....	38
3.4	Analyse	38
3.5	Etiske refleksjoner	42
3.6	Refleksjoner over studiens kvalitet.....	43
3.6.1	Studiens reliabilitet.....	44
3.6.2	Studiens validitet.....	46
3.7	Oppsummering.....	49
4	Funn.....	50
4.1	"De faller ikke mellom stolene - de river jo over stolene"	50
4.1.1	"De som er dårligst"	50
4.1.2	Status pasientene	52
4.1.3	Funksjonsnivå og prognose	53
4.2	"Sesam lukk deg opp"	55

4.3	"Vi har samarbeid med alt mellom himmel og jord"	58
4.4	"De går med innesko"	63
4.4.1	Samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten	63
4.4.2	Samarbeidet mellom spesialist-, primærhelsetjenesten og ACT-teamet	66
4.4.3	ACT-teamet som bindeledd mellom spesialist- og primærhelsetjenesten	70
4.5	Oppsummering	74
5	Diskusjon	76
5.1	I hvilken grad har ACT-team behov for å samarbeide med andre tjenesteytere? .	76
5.2	Hvordan påvirker psykiaterfunksjonen i teamet og teamets forankring i spesialisthelsetjenesten samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?....	80
5.3	Hvilken rolle får ACT-team i samarbeidet med andre tjenesteytere?.....	84
5.3.1	Samarbeidsforumer	84
5.3.2	Øvrige samarbeidspartnere	86
5.3.3	Samarbeidstiltak på organisatorisk nivå	87
5.3.4	Samarbeid med kommunale botiltak	89
5.3.5	Organisering på tvers av tjenestenivåene	89
5.4	I hvilken grad bidrar ACT-team til bedre samhandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse?	91
6	Avsluttende betraktninger	97
6.1	Bidrag og implikasjoner	97
6.2	Begrensinger ved oppgaven og behov for videre forskning	98
	Litteraturliste	100
 Vedlegg		
	Vedlegg 1: Personvernombudet	103
	Vedlegg 2: Regional etisk komite	104
	Vedlegg 3: Intervjuguide ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten	106
	Vedlegg 4: Intervjuguide ansatte i ACT-teamet	109
	Vedlegg 5: Informasjonsbrev med samtykkeskjema teamleder	111
	Vedlegg 6: Informasjonsbrev med samtykkesjema intervjuinformanter	114
	Vedlegg 7: Ukeplan deltagende observasjon	117
	 Bilde 1: Illustrasjonsbilde av møterom til et ACT-team	 59
	 Tabell 1: Eksempel på feltnotat fra et teammøte	 32
	Tabell 2: Oversikt over intervjuinformanter	35
	Tabell 3: Studiens datagrunnlag	38

Tabell 4: Eksempel på empirinær koding.....	39
Tabell 5: Eksempel på strukturering av de empirinære kodene.....	40
Tabell 6: Oversikt over status på pasientene i observasjonsuke.....	52

1 Introduksjon

1.1 Tema

Denne oppgaven handler om hvordan ACT¹-team potensielt kan være et virkemiddel til bedre samhandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Teoretisk er temaet for det første interessant fordi samarbeid mellom sektorer og nivåer beskrives som den mest komplekse formen for samarbeid (Willumsen, 2009). I følge Melby and Tjora (2013) forutsetter nettopp spesialiseringen og den fragmenterte organiseringen i helsevesenet i Norge komplekse samarbeidssituasjoner hvor de ulike systemene, kulturene og profesjonene møtes. For det andre gir ACT-team behandling og oppfølging til en pasientgruppe som ofte har sammensatte problemer, såkalt ”wicked problems”. ”Wicked problems” innebærer at vanlig problemløsning er dømt til å mislykkes (Hansen, 2013). For det tredje uttrykte Stein and Santos (1998 s. 3): *”No psychosocial intervention has influenced current community mental health care more than ACT. It has truly revolutionized how we provide services to help people suffering from severe mental illness”*. Dette støttes også av Ruud (2017²) som sa at ACT-modellen i stor grad har påvirket utviklingen av lokalt baserte tjenester for psykiske lidelser i store deler av verden. ACT-team har kun vært i Norge i ti år, men i aktuelle nasjonale retningslinjer fra 2012 og 2013 for arbeidet med henholdsvis ROP³-pasienter og psykosepasienter anbefales allerede ACT-team til den definerte målgruppen til teamene.

Det er fire årsaker til at temaet er empirisk interessant. For det første fordi det har blitt gjennomført en omfattende nasjonal evaluering av ACT-team i Norge til denne pasientgruppen med gode resultater (Ruud & Landheim, 2014). Det finnes imidlertid liten nasjonal forskning på ACT-teamenes rolle i samarbeidet med andre tjenesteytere. For det andre har det ved innføringen av ACT-modellen i Norge blitt gjort enkelte tilpasninger av modellen. Blant annet at teamet skal ha fullt ansvar for arbeidstjenester og styrke pasientenes evne til egenomsorg, mens dette i praksis for en del pasienter har blitt gjort i et samarbeid mellom ACT-teamet og øvrige tjenesteytere. Dette kan ha ført til mer sammenhengende tjenester for brukergruppen og ha påvirket samhandlingen mellom tjenesteyterne. For det

¹ Assertiv Community Treatment-team. ACT-team er et oppsøkende psykoseteam til en definert målgruppe som personer med alvorlig psykisk lidelse med tillegg utfordringer. ACT-team arbeider etter en konkret modell. Se nærmere beskrivelse av modellen og målgruppen i del 2.

² På konferanse 25.08.17, 10-års markering av ACT-teamet i Moss.

³ Rus og psykiatri. Se nærmere begrepsavklaring i del 1.6.

tredje er ACT-teamene ofte organisert i spesialisthelsetjenesten med psykiater som en del av teamet, noe som kan påvirke samarbeidet med øvrig spesialisthelsetjeneste. For det fjerde er det i forskningen presentert seks komponenter i ACT-modellen som er avgjørende for de gode resultatene til ACT-teamene, og teamets samarbeid med andre er ikke inkludert i disse seks. Det finnes fortsatt lite nasjonal forskning på ACTs rolle i samhandlingen, og det kan betegnes som et forskningsmessig kunnskapshull. Jeg skal undersøke hvilken rolle ACT-teamet får i samhandlingen mellom tjenesteyterne, for å bidra til helhetlige tjenester for brukergruppen. Funnene kan videre enten styrkes eller svekkes i forhold til sammenligning med tidligere forskningsfunn.

I det følgende vil jeg først gjøre rede for bakgrunnen og aktualiteten for mitt valg av tema. Deretter vil kunnskapsstatus beskrives, før presentasjon av studiens problemstilling med tre forskningsspørsmål. Innledningen avrundes med redegjørelse for empirisk setting, min faglige bakgrunn, begrepsavklaringer, avgrensninger og leserveiledning.

1.2 Bakgrunn og aktualitet

De siste fem årene er det spesielt to retningslinjer og en veileder som har gitt sentrale føringer og anbefalinger for ansatte i rus- og psykiatritjenestene, nemlig psykoseretningslinjen, ROP-retningslinjen og veilederen ”sammen om mestring”. I disse nasjonale føringene anbefales ACT-team eksplisitt. I retningslinjene fremkommer det:

Oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team, med ansatte fra både spesialisthelsetjeneste og kommune bør vurderes for personer med sammensatte problemer og lavt funksjonsnivå (Helsedirektoratet, 2012 s. 92).

Det anbefales at personer med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte tjenestebehov, som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, tilbys behandling og oppfølging etter ACT-modellen (Helsedirektoratet, 2013 s. 119).

I Samhandlingsreformen i St.meld.nr. 47 (2008-2009 s. 70) står det: ”Det vil i det videre arbeidet vurderes om ACT-team skal bli en lovpålagt kommunal oppgave.” Sitatene viser de sterke nasjonale føringene satsning på ACT-team i Norge. En Sintefrapport fra 2013 på bestilling fra Helsedirektoratet kartla utskrivningsklare pasienter på institusjon. De fant at de ventende utskrivningsklare pasientene trengte mer enn botiltak i kommunen, og at kommunen ikke vil klare å ivareta disse uten et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. 1/4 av

innleggelsene i psykisk helsevern kunne vært unngått, og de sier også at ACT-team bør være satsningsområde for forpliktende samarbeid mellom tjenestenivåene fremover. ACT-team fører til færre innleggelseser for brukerne som får tilbudet, og teamet kan gi sammenhengende og helhetlige tjenester (Ose & Slettebak, 2013). I november 2017 er kun 5 av de første 12 teamene fortsatt ACT-team. Flere nye ACT-team er opprettet siden 2012, men totalt er det nå kun 10 ACT-team⁴. Flere ACT-team har blitt til Flexible ACT-team (FACT⁵) eller blitt avviklet. I følge Ruud (2017⁶) er det kun et fåtall av de som har behov for ACT-team i Norge som får dette.

Bakgrunnen for ACT-team i Norge var den tiårige opptrappingsperioden for psykisk helsearbeid frem til 2008. Målet var å utbedre svikt i behandlingsskjedene og bygge et sammenhengende behandlingsnettverk (St.prp nr. 63 1997-1998). St.meld.nr.25 (1996-97) påpekte nødvendigheten av bedre og sammenhengende tjenester til personer med psykiske lidelser. Til tross for mye satsning de ti årene viste evalueringen at det fortsatt var ca. 4000 mennesker med stort behov for tjenester som falt utenfor hjelpeapparatet. Disse personene hadde alvorlig psykisk lidelse og utfordringer som rusmiddelmisbruk, kognitiv svikt og betydelig funksjonsnedsettelse. De kunne ha behov for oppsøkende tjenester, og trengte kontinuitet og samhandling mellom tjenestene (Sosial - og helsedirektoratet, 2008). Sintef gjennomførte i 2007 en spørreundersøkelse i 67 kommuner og intervjuer i 10 kommuner om hva brukere innen psykisk helse i kommunene opplevde som særlig krevende. De fant at samarbeidet internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten var blant de største utfordringene. Samtidighet og felles ansvar fremheves som de viktigste bidragene for å møte utfordringen (Steihaug & Loeb, 2007). 10 år etter St.meld.nr. 25 var det altså fortsatt behov for mer sammenhengende tjenester til personer med psykisk lidelse.

I 2007 ble det første ACT-teamet i Norge etablert med nasjonale tilskuddsmidler på initiativ fra sykehuset og kommunene i Mossregionen. Dette teamet ble eksternt evaluert som et pilotprosjekt (Pôyry, 2009). De foreløpige resultatene fra ACT-teamet i Moss, den omfattende

⁴ Informasjon fra nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) via personlig mailkorrespondanse.

⁵ FACT-modellen er et utspring fra ACT-modellen. FACT-teamene har dobbelt så mange pasienter per behandler, halvparten så stort opptaksområde og utvidet målgruppen. Teammedlemmene arbeider som enkeltbehandlere (ikke teamtilnærming) til pasientene som er i stabil fase (Aakerholt, 2013).

⁶ Ruud på konferanse 25.08.17.

internasjonale evidensen på modellen og den nevnte evalueringen av opptrappingsperioden medførte at det fra 2009 ble lyst ut midler til oppstart av flere ACT-team, og i 2012 var det 14 slike team (Aakerholt, 2013). 12 av disse teamene ble evaluert (Ruud & Landheim, 2014). ACT-metodikken er grundig beskrevet i litteraturen. Teamene er tverrfaglig sammensatt og skal ivareta et helhetlig behandlings- og oppfølgingstilbud til pasientene (Aakerholt, 2010). Sistnevnte er interessant da ACT-modellen ble innført som tiltak i forhold til utfordringer med samhandlingen mellom tjenesteyterne, selv om modellen innebærer at alle tjenestene skal ivaretas selvstendig av teamet. Da ACT-modellen ble implementert i Norge ble det gjort tilpasninger av modellen, og teamene samarbeider med eksisterende tjenestetilbud (Ruud & Landheim, 2014). Dette har sammenheng med organiseringen med NAV, fastleger, DPS⁷, Sykehuset, kommunale tjenesteytere m.fl. ACT-teamene som yter både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, kan ha gitt endringer i det tverrfaglige samarbeid mellom tjenesteyterne. I neste del presenteres internasjonal og nasjonal forskning om ACT-modellen.

1.3 Kunnskapsstatus

1.3.1 Internasjonal forskning på ACT-team

ACT-modellen har vært gjenstand for omfattende internasjonal forskning fra 1980-tallet. ACT-modellen ble utviklet i Wisconsin, USA, på 70-tallet i forbindelse med den psykiatriske deinstitutionaliseringen (Aakerholt, 2010). Finansieringsløsningene medførte at det var lønnsomt å fokusere på lokalpsykiatri, men med få lokale behandlingsmetoder ble resultatet mange ”svingdørspasienter”. Delstaten prøvde derfor ulike metoder for gradvis overføring fra sykehus til lokalsamfunnet (Aakerholt, 2010). Samme utviklingen skjedde i andre vestlige land, hvor metoder for case-management ble utprøvd (Aakerholt, 2010). ACT ble første gang beskrevet i 1980, men ble kalt ”Training in Community Living” (TCL) (Burns, 2010). Arbeidet var basert på klinisk erfaring og litteratur. De ansatte skulle bistå pasientene med basisbehov, og hjelpe dem til å utvikle nødvendige ferdigheter for å fungere i samfunnet. Tjenestene skulle være oppsøkende, og støtte og veilede pasientens nettverk (Stein & Test, 1980). Etter 14 måneder var det en signifikant⁸ forskjell mellom TCL-pasientene og

⁷ Distrikpsykiatrisk senter.

⁸ Statistisk signifikans innebærer ved hjelp av statistiske metoder å beregne sannsynligheten for om manipulasjonen forskeren vil undersøke er årsak til resultatet. Altså forskjellen i effekt mellom for eksempel to behandlinger. Vanligvis regnes statistisk signifikans som sannsynlighetsverdi (p-verdi = probability) på 0,05 (5 %), 0,01 (1%) eller 0,001 (0,1 %). Jo lavere p-verdi/prosent jo større sannsynlighet. P-verdi 0,05 vil for eksempel innebære at det er 5 % sjans for at resultatet er en tilfeldighet. Dette innebærer imidlertid ikke at

kontrollgruppen med hensyn til innleggelser, tid som arbeidsløs, kontakt med en nær venn, og grad av tilfredshet⁹ (Stein & Test, 1980). Denne forskningen fikk i følge Burns (2010) stor innflytelse på grunn av den dramatiske hospitaliseringsreduksjonen, og den detaljerte beskrivelsen av metoden.

En viktig studie for videreutvikling av modellen ble gjort i Australia på starten av 1980-tallet (Burns, 2010). 120 pasienter ble delt i en kontrollgruppe og en eksperimentell gruppe. Kontrollgruppen fikk standard behandling og oppfølging, mens eksperimentgruppen fikk ”Community Treatment” (Hoult, Rosen, & Reynolds, 1984). 3/4 av pasientene hadde psykoselidelser. De fant en signifikant¹⁰ forskjell mellom gruppene i antall innleggelser og innleggelsesdøgn, og pasientene og pårørende var også mer fornøyde med behandlingen i Community Treatment teamet (Hoult et al., 1984). Artikkelen beskriver arbeidet i teamet enda tydeligere, og gir mange likhetstrekk med ACT-modellen slik den beskrives i dag (Hoult et al., 1984). Teamet skulle gi helhetlige tjenester, men med en koordinator til hver pasient (Hoult et al., 1984). Navnet ACT ble først brukt senere. ACT-metoden ble raskt en standard behandling i USA, og i Australia etter studien til Hoult (Burns, 2010). På bakgrunn av Cochrane-studiene i 1997/1998 som konkluderte med at ACT reduserte sykehusinnleggelsene, satset England også på metoden. ACT-modellen spredte seg til begge sider av Atlanteren og Australasia, med begrenset utvikling i fastlands-Europa (Burns, 2010). I Storbritannia fant forskerne ikke noen signifikant reduksjon i innleggelsesdøgn for pasientene som fikk oppfølging av ACT-team sammenlignet med standard behandling (Killaspy, Mas-Expòsito, Marston, & King, 2014). Burns et.al (2006) hevdet at dette kan skyldes at flere av komponentene i ACT-modellen allerede var tilstede i Storbritannia. I forhold til målfaktoren gjorde man imidlertid motsatt funn i Sør-Afrika med signifikant reduksjon i antall liggedøgn¹¹ (Botha, Koen, Galal, Jordaan, & Niehaus, 2014). Burns (2010) oppsummerer den internasjonale forskningen i sin artikkel med at fra 1980-1998 viste forskning i USA at ACT-team medførte en signifikant hospitaliseringsreduksjon. Men at senere funn har hatt varierende resultater, også i USA. Hvilken ”standard behandling” forskerne sammenligner ACT-team med er imidlertid varierende, som ulike former for case-

forskerne har funnet et årsaksforhold og p-verdien må også vurderes i forhold til statistisk styrke som reliabiliteten (Store norske leksikon, 2017) (Malt, Retterstøl, & Dahl, 2005).

⁹ Innleggelser: 52 % mindre innleggelser, mindre tid som arbeidsløs: p-verdig 0,001, mer kontakt med en nær venn; p-verdi 0,05, mer tilfredshet med livet; p-verdi 0,05 .

¹⁰ p-verdi 0,001.

¹¹ p-verdi 0,013, hvilket vil si statistisk signifikant.

management (Burns, 2010). Burns et al. (2006) fant seks felles komponenter for ulike hjemmebaserte tjenester til personer med psykiske lidelse som påvirket hospitaliseringsreduksjonen. Disse var: 1) Mindre caseload¹², 2) regelmessige hjemmebesøk, 3) høy kontaktandel hjemme hos pasientene, 4) ansvar for helse- og sosialtjenester, 5) samt tverrprofesjonelt team med 6) psykiater inkludert i teamet. Alle komponentene er inkludert i ACT-modellen (Aakerholt, 2010), og var også beskrevet i de første artiklene om ACT-team (Hoult et al., 1984; Stein & Test, 1980).

En Cochrane review fra 2017 undersøkte Intensiv Case Management (ICM) for personer med alvorlig psykisk lidelse, og sammenlignet dette med standard oppfølging. ICM og ACT brukes ofte om hverandre som begrep. ICM mangler imidlertid ofte noen elementer fra ACT-modellen (Burns (2001) i Dieterich et al., 2017). Reviewen bygger på 40 randomiserte kontrollerte studier og 7524 deltagere, og den fant at antall innleggelser kan reduseres og at flere holder kontakten med helsevesenet. Grad av hospitaliseringsreduksjon hadde sammenheng med i hvilken grad teamene arbeidet etter ACT-modellen, og hvor hyppig pasienten hadde vært lagt inn før inntak. De fant også at antall selvmord og død sannsynligvis reduseres, og at pasientene fikk bedre sosial fungering. De fant imidlertid ingen sikker forskjell i livskvalitet og psykisk helse. Forskerne konkluderer med at de ikke mener at det er nødvendig med flere studier med sammenligning av ICM og vanlig tilbud (Dieterich et al., 2017).

I år er det ti år siden Norges første ACT-team. Jeg vil nå beskrive den nasjonale forskningen på ACT-team generelt og om ACT sin rolle i samarbeidet mellom tjenesteytere spesielt.

1.3.2 Nasjonal forskning på ACT-team

Som Ruud and Landheim (2014) påpeker vet vi lite om nytten av ACT-team i Skandinavia og Norge, til tross for flere internasjonale randomiserte kontrollerte studier gjennom snart 40 år. Forskerne beskriver at organiseringen av tjenestene i Norge mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, NAV m.m. gjør det interessant å undersøke om ACT-teamene kan

¹² Caseload sikter til forholdstallet mellom brukere og ansatte. I dette tilfellet innebærer det at det er færre pasienter per behandler som er den virksomme komponenten.

bidra med sammensatte tjenester til den definerte målgruppen som er vanskelig å nå (Ruud & Landheim, 2014). Forskerne fant at alle 12 ACT-teamene var organisert som et forpliktende og likeverdig samarbeid mellom førstelinjetjenesten ved kommuner(er) eller bydel(er), og spesialisthelsetjenesten ved DPS. De fleste hadde organisert teamet under DPS. Tre ACT-team hadde valgt en organisering hvor både DPS og bydel/kommune hadde arbeidsgiveransvar.

Utprøvingen av ACT-team i Norge ble ikke startet som et forskningsprosjekt, og ga ikke forskningsgruppen mulighet for en randomisert studie (Ruud & Landheim, 2014). Evalueringsperioden varte fra 2009-2014 og inkluderte kartlegging av brukerne ved inntak og etter to år. De kartla også hyppighet og varighet på innleggelser i psykisk helsevern siste to år før inntak og to år etter inntak, samt innhold i kontakten teamet hadde med brukerne ved hjelp av ukesskjema. Teamene ble også vurdert i forhold til modelltrofasthet. Forskerne kartla også brukernes, pårørendes og teamansattes erfaringer (Ruud & Landheim, 2014). Den nasjonale evalueringen av ACT-team viser en reduksjon på 49 % i antall liggedøgn for pasienter i psykisk helsevern i toårsperioden før og etter inkludering i ACT-teamet. De fant ingen signifikant reduksjon i antall innleggelser (Ruud & Landheim, 2014). Det var en signifikant nedgang i bruk av rusmidler¹³, økning av frivillige innleggelser fremfor tvangsinnleggelser, funksjonsbedring og reduksjon av depresjon og selvmordsfare. Dette er oppsiktsvekkende da man i Storbritannia ikke fant noen signifikant reduksjon i innleggelsesdøgn for pasientene som fikk oppfølging av ACT-team sammenlignet med standard behandling (Killaspy et al., 2014).

Resultatene fra Norge samsvarte altså med resultatene fra de første 20-årene i USA. Norge har godt utbygde kommunale tjenester, og resultatene i Norge kunne blitt tilsvarende som i Storbritannia. Mandelid (2010) påpeker at nytten av ACT i Norge reduseres hvis metoden er for lik andre deler av psykisk helsearbeid. Imidlertid fant Huus, Storm-Olsen, and Herheim (2008) store variasjoner i hvordan kommunene hadde organisert det psykiske helsearbeidet, og kun et fåtall hadde valgt en integrert tjenestemodell hvor psykisk helsearbeid ikke var

¹³ Antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern; p-verdi 0,001, Rusproblemer ved inntak og etter 24 måneder; p-verdi (probability) 0,05. Reduksjon av tvangsinnleggelser; p-verdi 0,19. Depresjon; p-verdi 0,04 og selvmordsfare; p-verdi 0,05. Funksjonen målt i GAF; p-verdi 0,01.

organisert som en egen enhet/tjeneste. I nevnte Sintef-undersøkelse fra norske kommuner fremkom det fra nesten alle informantene, at det fantes brukere kommunen ikke ga et tilfredsstillende tilbud. Dessuten etterspurte flere kommuner mer samhandlingskompetanse og utvikling av tverrfaglig samarbeid (Steihaug & Loeb, 2007). Dette kan indikere at organiseringen av det psykiske helsearbeidet i Norge er fragmentert, og et stort behov samhandling mellom tjenesteyterne.

Ruud og Landheim (2014) hadde også i den nasjonale evalueringen som formål å undersøke hvilke erfaringer sentrale samarbeidspartnere hadde med ACT-teamene. Forskerne valgte ut fire ACT-team hvor disse teamene skulle utarbeide en liste over sentrale samarbeidspartnere for dem. Samarbeidspartnerne ble deretter invitert til et evalueringsseminar og det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer, fire individuelle intervjuer, et telefonintervju, samt at to samarbeidspartnere sendte inn skriftlige svar (Ruud & Landheim, 2014). Samarbeidspartnere hadde, i følge forskerne, stort sett mange felles synspunkter. I intervjuene fremkom det at samhandlingen med ACT-team har påvirket eksisterende tjenester på ulike måter, blant annet ved at kvaliteten i ansvarsgruppene har økt ved at det foregår gjensidig veiledning og erfaringsutveksling. Det fremkom også at de hadde savnet et tilbud til pasientene som manglende poliklinisk evne og at ansatte i kommunen opplevde større trygghet grunnet ACT-teamets fleksibilitet og tverrfaglighet. Det ble også opplevd som at teamet og ansatte i kommunen var sammen om avgjørelser og at dette gav mulighet for å være i forkant og treffe beslutning på rett nivå. Noen informanter uttrykte at ACT-teamets involvering medførte at behov for institusjonsplasser utenfor kommunen ble redusert, mens andre informanter mente at noen pasienter burde hatt et høyere behandlingsnivå som de ikke fikk grunnet at ACT-teamet hadde et tilbud til pasienten. At ACT-teamet er tett på kommunen ble opplevd som at det førte til kompetanseheving og bedre håndtering av kriseplaner. Noen fremholdt også at ACT-teamet påtok seg veiledningsoppgaver. Flere informanter sa at de opplevde at ACT-teamet var en brobygger eller både-og-aktør mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og at dette motvirket splittelser i tjenestene. Flere fastleger uttrykte at teamet hadde en koordinatorfunksjon. Det at teamene arbeider helhetlig ut fra pasientenes psykososiale situasjon påvirker de andre tjenestene positivt, samt at teamet ikke jobbet etter vedtak slik som i kommunen. Noen informanter opplevde at det kunne være uklart hva teamet skulle gjøre og hva kommunen skulle gjøre, spesielt de som hadde bolig med oppfølging fra kommunen. Forskerne oppsummerer med at teamets funksjon mellom første- og

andrelinjetjenesten bidrar til å gi brukerne helhetlige tjenester (Ruud & Landheim, 2014). Funnene presentert i den nasjonale evalueringen understøtter således antakelsen om at ACT-teamene kan fungere som er virkemiddel for bedre samhandling mellom tjenesteyterne. Det må imidlertid understrekes at det er begrenset med empiri om dette, så en må være forsiktig med å trekke konklusjoner.

To år før den nasjonale evalueringen var ferdig undersøkte Haugens (2012) masteroppgave funksjonen ACT-team hadde for botiltakene i kommunen og for forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Hun gjorde 9 dybdeintervjuer av ansatte i botiltak og ACT-team, 4 fra ACT-team og 5 fra botiltak. I tillegg observerte hun et ACT-team i en uke, og deltok på en nettverkssamling for ACT-team. Hun fant at teamene kan ha en brobyggerfunksjon mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av samarbeidet mellom boligpersonalet og teamet. Teamet hadde også en funksjon som veileder for boligpersonalet. Samarbeidet mellom teamet og boligen beskrives som viktig for brukerne i forhold til deres bedringsprosess (Haugen, 2012). Hun gjorde ikke intervjuer med ansatte på DPS og sykehuset. Studien viser imidlertid teamets funksjon for samarbeidet med ansatte i kommunale botiltak.

Det har også vært gjort flere forsøk og evalueringer av andre samhandlingsformer enn ACT-team. Et av disse er Romeriksprosjektet, som ville gi et tilbud til den samme målgruppen som ACT-teamene. Det interessante med dette prosjektet var at samhandlingen ble organisert i fem forpliktende samarbeidsgrupper mellom DPS, sykehuset og kommunene. Målsetningen var å se på hvordan slike samarbeidsgrupper kunne bidra til mer helhetlig og samordnet tjenestetilbud til brukergruppen. De som deltok i samarbeidsgruppene var ansatt i andre etater, og var ikke fristilt til å arbeide i team med målgruppen slik som ACT-teamene. Eksisterende tjenestetilbud skulle altså brukes mot målgruppen (Hansen & Ramsdal, 2015). Forskerne fant at dette førte til en del utfordringer da deltagerne i samarbeidsgruppene ofte var ansatt på overordnet nivå og ikke deltok i den direkte oppfølgingen av brukerne. Deltagerne i gruppen svarte også til sin egen etat i tillegg til samarbeidsgruppen. Resultatene viste også at samhandlingsarenaer imidlertid førte til bedre samhandling, og at det var behov for flere slike arenaer, men ikke i formen som var i Romeriksprosjektet (Hansen & Ramsdal, 2015).

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Jeg har vist at helsedirektoratet valgte å innføre ACT-modellen i 2009 på bakgrunn av samhandlingsutfordringer mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten, samt omfattende internasjonal forskning på ACT-modellen med gode resultater. Dette er interessant da ACT-team etter modellen skulle ha samlet alle nødvendige tjenester i et team, hvilket ville medført at teamet ville hatt begrenset behov for å samarbeide med kommunale tjenester. Nasjonal forskning viser imidlertid at ACT-teamene i Norge har tilpasset innføringen av modellen noe slik at teamene også samhandler med eksisterende tjenesteytere. Det er få studier av ACT-teamets rolle i denne samhandlingen, men de funnene som har blitt gjort indikerer at ACT-teamene kan ha fått en rolle som brobygger mellom nivåene. Et av de seks virksomme komponentene Burns et al. (2006) fant var at teamene hadde inkludert psykiater. Helsevesenet i Norge er også hierarkisk organisert, hvor psykiatere er på DPS/sykehusnivå. Denne funksjonen i teamet kan således trolig påvirke samhandlingen med øvrige tjenesteytere. På bakgrunn av dette er det behov for å se nærmere på følgende problemstilling:

I hvilken grad bidrar ACT-team til bedre samhandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse?

Svaret på problemstillingen kan i neste omgang gjøre det mulig å dra erfaringer fra dette i forhold til videreutvikling av lignende samarbeid rundt andre brukergrupper. For å belyse problemstillingen vil oppgaven også ta for seg følgende tre forskningsspørsmål til:

- 1) I hvilken grad har ACT-teamet behov for å samarbeide med andre tjenesteytere?
- 2) Hvordan påvirker psykiaterfunksjonen i teamet og teamets forankring i spesialisthelsetjenesten samarbeidet med primær- og spesialisthelsetjenesten?
- 3) Hvilken rolle får ACT-team i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere?

1.5 Empirisk setting og egen rolle

Empirien jeg har innhentet for å besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen er innhentet fra ni dybdeintervjuer. Informantene var tre fra ACT-teamet jeg studerte, tre informanter fra primærhelsetjenesten og tre informanter fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg har jeg gjort deltagende observasjon av det aktuelle ACT-teamet i 20 timer i løpet av en

arbeidsuke. Under observasjonen deltok jeg på syv formelle teammøter og ulike samarbeidsmøter mellom teamet- og primærhelsetjenesten, DPS og fastlegekontor. Jeg observerte også telefoner mellom teamet og andre samarbeidspartnere. I tillegg har jeg analysert dokumenter. Jeg vil gi mer informasjon om metode i kapittel 3.

For øvrig er min faglige tilhørighet psykiatrien hvor jeg har arbeidet i tre ulike helseforetak og ulike enheter i totalt 12 år. De siste fem årene har jeg arbeidet i to ulike ACT-team, og de siste to årene har jeg vært leder for et ACT-team. Undersøkelsen min er selvstendig finansiert uten påvirkning eller bestilling av undersøkelsen. Dette er viktig for studiens integritet (Tjora, 2017). Jeg har derfor vært opptatt av å ha en eksplorerende og balansert tilnærming i studien, og at informanter med ulike perspektiver fikk presentere sine perspektiver. Dette har jeg vært bevisst på gjennom hele forskningsprosessen.

1.6 Avgrensninger og begrepsavklaringer

De psykiatriske pasientene avgrenses til pasientgruppen som inkluderes i ACT-team etter ACT modellen. Disse har alvorlig psykisk lidelse i form av psykose- og tilleggsproblematikk og de nyttiggjør seg i liten grad av eksisterende tjenestetilbud (Aakerholt, 2010). Oppgaven avgrenses også til å undersøke ACT-teamets samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten spesielt og andre tjenesteytere generelt. Undersøkelsen inkluderer ikke en evaluering av teamets arbeid direkte med pasientene. Sistnevnte har vært grundig evaluert i internasjonal og nasjonal forskning. Det tverrfaglige samarbeidet innad i ACT-teamet er heller ikke en del av undersøkelsen. Jeg har også valgt å gjøre en avgrensning i forhold til at oppgaven ikke går inn i problemstillinger rundt de ulike lovverkene de ulike tjenesteyterne opererer med. Til tross for grundig politisk beskrivelse av bakgrunnen for etableringen av ACT-team i Norge, velger jeg å ikke gå inn i Samhandlingsreformen fra 2009. I følge Tjora and Melby (2013) legger også Samhandlingsreformen lite føringer på kommunikasjonen og relasjonsbyggingen som foregår vertikalt og horisontalt, men mer på overordnet nivå. Studien min søker nettopp å se på hvordan samhandlingen faktisk fungerer mellom etatene jeg undersøkte. Oppgaven vil heller ikke gå dypere inn i bestiller-utførermodellen eller elektronisk kommunikasjon mellom tjenestenivåene, utover det informantene uttrykker om disse tiltakene. Dette siden det både ville blitt for omfattende, og fordi jeg vurderer at det ikke er like sentralt for å besvare min problemstilling.

Begreper som presenteres i oppgaven vil bli forklart etter hvert som de brukes. Imidlertid er det tre sentrale begreper som avklares her:

1. **Dobbeltdiagnoser/ROP-pasienter:** Begrepet dobbeltdiagnoser vil si at en person har to selvstendige medisinske lidelser, vanligvis referert til som alvorlig psykiske lidelser i kombinasjon med omfattende rusmisbruk (Evjen, Øiern, & Kielland, 2012 s. 29 og 30). ROP-pasienter brukes i litteraturen ofte synonymt med dobbeltdiagnosepasienter. ROP er forkortelse for rus- og psykisk lidelse i kombinasjon.
2. **Pasient/bruker:** Begrepene ”bruker” og ”pasient” brukes om hverandre i litteraturen. I primærhelsetjenesten er ofte begrepet ”bruker” mest brukt, mens spesialisthelsetjenesten bruker begrepet ”pasient”. I oppgaven bruker jeg begrepet ”pasient” da dette begrepet ble brukt av majoriteten av mine informanter. I dette legger jeg ikke en mening om at en pasient er mindre delaktig i sin behandling og oppfølging enn en bruker er.
3. **Tverrfaglig samarbeid:** I forhold til samarbeid er det ulike begreper som brukes, som tverrprofesjonelt samarbeid, flerfaglig samarbeid, tverrfaglig samarbeid og tverretatlig samarbeid (Willumsen, 2009). Begrepene har noe ulike betydning i forhold til grad av samarbeid og hvem som samarbeider. Jeg velger å bruke begrepet tverrfaglig samarbeid som en samlebetegnelse for samarbeidet både mellom profesjoner, fag og etater. I teksten vil det fremkomme hvem de ulike samarbeidsaktørene er i de aktuelle situasjonene.

1.7 Leserveiledning

Denne oppgaven består av seks deler. I kapittel 2 vil relevante teorier i forhold til mitt tema og problemstilling beskrives. De teoretiske bidragene er strukturert i tre emner. Kapitlet avrundes med en oppsummering av mitt analytiske rammeverk som jeg vil bruke i diskusjonen av mine funn i kapittel 5. Forskningsdesignet og metodene jeg har valgt, redegjøres for i kapittel 3 med etiske refleksjoner og vurderinger av kvaliteten på studien. Undersøkelsens funn og analyse fremkommer i kapittel 4, som også er det største kapitlet. Kapitlet avrundes med en oppsummering av mine hovedfunn. I kapittel 5 diskuteres funnene opp i mot mitt teoretiske rammeverk, og problemstillingen og forskningsspørsmålene besvares. Oppgaven avrundes i kapittel 6, hvor jeg vil gjøre noen flere betraktninger i forhold til studiens bidrag og kvalitet, samt behov for videre forskning.

2 Teori

I dette kapittelet presenteres ulike teorier for å belyse mine forskningsspørsmål og problemstilling. Disse kan kategoriseres i tre forskjellige temaer:

1. *Egenskaper ved teamet* og hvordan dette kan påvirke samhandlingen. Dette belyses gjennom teorier om ACT-modellen og global standard i lokal kontekst.
2. *Egenskaper ved pasientene* og hvordan dette kan være utfordrende for samhandlingen. Egenskapene beskrives med teorier om målgruppen til ACT og problemløsningen for disse, som kan være ”wicked”.
3. *Samhandling mellom ulike tjenesteytere*, spesielt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette synliggjøres med ulike teoretiske bidrag som revirtenkning og altruisme, ”cure and care”, primær og fellesoppgaver, samt maktasymetri og definisjonsmakt.

Kapittelet følger samme struktur som de overnevnte temaene. Strukturen avviker noe fra de tre forskningsspørsmålene, men siden teoriene går på tvers av spørsmålene, var det hensiktsmessig å heller følge nevnte struktur. De presenterte teoriene sammen med forskningsstatus ligger til grunn for mitt analytiske rammeverk. Vi starter med egenskaper ved teamet.

2.1 Egenskaper ved teamet

2.1.1 ACT-modellen

ACT-modellen gir en ramme for hvordan teamene skal jobbe for å være et ACT-team. Modellen er konkretisert i et detaljert måleinstrument for modelltrofasthet, såkalt fidelityskala. Den nevnte Cochrane-studien påviste en sammenheng¹⁴ mellom grad av modelltrofasthet til ACT-modellen og reduksjon i sykehusdøgn (Dieterich, Irving, Park, & Marshall, 2010). Dette innebærer en antakelse om at dersom ACT-teamene følger modellen, så er det sannsynlig at man kan få den samme effekten som i de tidligere kontrollerte studiene. Den opprinnelige fidelityskalaen er revidert til den nå nyeste TMACT¹⁵, et måleinstrument med seks hovedområder og 47 underområder/elementer (Aakerholt, 2010).

¹⁴ Sammenhengen var ikke signifikant.

¹⁵ Tool for Measurement of Assertive Community Treatment.

Ett av underområdene beskriver teamenes drift og struktur, hvor teammøtenes innhold og hyppighet er beskrevet, teamtilnærming, målgruppe og antall pasienter per ansatt (Aakerholt, 2013). To andre områder er kjerne- og spesialistbemanning i teamet med tilhørende oppgaver. De øvrige skalaene er detaljerte, og omhandler teamets kjerneaktiviteter, kunnskapsbaserte praksiser og individuelle behandlingsplaner (Aakerholt, 2013). ACT-teamene skal være tverrfaglig sammensatt. I modellen fremkommer det at det skal være psykiater, sykepleiere, merkantil og leder (Aakerholt, 2013). ACT-teamene har ofte flere profesjoner inkludert som psykologer, sosialarbeidere/sosionomer og ergoterapeuter (Evjen et al., 2012). Sosialarbeiders rolle i teamene fremheves i flere kilder. I tillegg skal teamene ha tre spesialistroller som arbeid-, rus- og brukerspesialist. Rollene til disse spesialistene, merkantil, leder, psykiater og sykepleiere i teamet og i pasientbehandlingen beskrives også i modellen. Psykiater skal ha det overordnede kliniske ansvaret og oversikt over behandlingen til pasientene, samt undervise og veilede øvrige i teamet. I behandlingen skal psykiater gi kortvarig behandling, oppsøke pasientene der hvor de er, og ha oversikt over den somatiske statusen og medisiner. Psykiater skal også kommunisere med overlege på institusjon, hvis pasienten er innlagt, for å sikre kontinuitet i behandlingen. I modellen står det at det skal være teambasert tilnærming til alle pasientene som er inkludert i teamet, så alle i teamet deler ansvaret og arbeider med alle pasientene hele tiden. Teamarbeidet koordineres ved daglige teammøter, hvor status for alle pasientene, vurderinger og planlegging av uken gjøres i teamet. Teamet skal ha en bemanning som tilpasses slik at teamet hele tiden kan sørge for kontinuitet i behandlingen og tverrfaglig dekning av oppgavene, maks 100 pasienter til 10 behandlere (caseload). I sistnevnte beregning er ikke psykiater og merkantil inkludert. Leder av teamet skal også arbeide minimum åtte timer med pasientbehandling i uken (Aakerholt, 2013).

Teamet gir langvarige og lokalbaserte tjenester der hvor pasienten oppholder seg, og minimum 75 % av pasientkontakten skal være utenfor kontoret. Teamet skal treffe pasientene minimum tre ganger per uke med intensitet på minimum to timer ukentlig med direkte pasientkontakt. Teamene skal skape engasjement hos pasientene og tilstrebe lav dropout, ved å tilby tjenester tilpasset pasientenes behov. Ved innleggelser av pasienter skal teamet ha en aktiv rolle i vurdering av behovet for innleggelse, samt ved å samarbeide med sykehuspersonalet under oppholdet. Teamet skal også koordinere utskrivelsen og oppfølgingen etter innleggelsen på institusjon. For pasienter med dobbeltdiagnose med rusproblematikk skal teamet gi integrert behandling av dette. I tillegg skal teamet arbeide med

å hjelpe pasientene ut i arbeidsmarkedet gjennom en modell for arbeid med støtte, de skal tilby kunnskapsbasert psykoterapi og boligstøtte for pasientene. Teamet skal også følge opp pasientenes nettverk. Alle pasientene skal ha individuelt tilpassede behandlingsplaner med fokus på alle livsområder, og teamet skal hjelpe pasientene til mest mulig selvbestemmelse over eget liv (Aakerholt, 2013).

I følge modellen skal teamet tilby helhetlige tjenester, og teamet har derfor lite behov for slike tjenester fra andre instanser (Aakerholt, 2013). Teamet skal ha fullt ansvar for følgende områder: Psykiatriske tjenester, rehabiliteringstjenester, dobbeltdiagnosebehandling, arbeidstjenester og det å styrke pasientenes evne til å utvikle og ivareta egenomsorg (Aakerholt, 2013). Ideelt sett skal 90 % av de pasientene som har behov for disse tjenestene motta disse tjenestene fra teamet (Ruud & Landheim, 2014). I tillegg skal teamet være tilgjengelig for pasientene 24/7 og ha ansvar for krisetjenester (Aakerholt, 2013). I modellen står det også at ACT-teamene selv har inntaksmyndighet i forhold til hvilke pasienter som tas inn i teamet, og at teamet skal drive med aktiv rekruttering av nye pasienter. Teamet skal også kontinuerlig vurdere når pasientene er klare til å overføres til mindre intensive tjenester fra andre instanser. Ved behov skal også teamet følge med på hvordan det går med pasientene etter utskrivelsen, og det skal være mulig å komme tilbake til teamet hvis det er nødvendig (Aakerholt, 2013).

I det neste underkapittelet vil jeg ved hjelp av teori beskrive hvordan implementeringen av ACT-team og ACT-modellen i Norge kan forstås.

2.1.2 Instrumentell teori og de-kontekstualisering

Instrumentell teori innebærer å forstå organisasjoner som instrumenter for å oppnå et fastsatt mål (Røvik, Roness, Lægreid, & Christensen, 2009). Organisasjoner kan defineres som *”et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål”* (Jacobsen & Thorsvik, 2007, s.13). Det formålsrasjonelle kan være et resultat av virkningen av organisasjonsstrukturen, men også av prosessene organisasjonen utformes gjennom (Røvik et al., 2009). Formell organisasjonsstruktur er upersonlig og sikter til hvem som skal gjøre hva på organisasjonens vegne (Røvik et al., 2009). Instrumentalister er opptatt

av å kunne organisere observasjoner slik at man kan predikere interessante fenomener (Hvidsten, 2014). Røvik et al. (2009) påpeker at det er mulig å styre gjennom strukturen og ved å definere rammer som reduserer handlingsrommet.

ACT-team kan forstås som en organisasjon ment som et instrument som har som mål å gi behandling og oppfølging til en gitt brukergruppe. Effekten av ACT-team måles blant annet i forhold til reduksjon i antall liggedøgn (Botha et al., 2014; Killaspy et al., 2014), hvilket vil innebære at teamet enkelt kan måles og oppfattes som et godt instrument hvis antall liggedøgn reduseres. En instrumentalitet som påvirker prosessen for medlemmene i denne sammenheng innebærer at teamet vil unngå nødvendige innleggelse på bakgrunn av dette. For å sikre en organisasjonsstruktur i ACT-teamene i et instrumentelt perspektiv, kan man tolke det som at dette var grunnlaget for at forskerne i USA utviklet den nevnte fidelityskalaen for modelltrofasthet. Dette sikret også en de-kontekstualisering av enkelt-teamenes arbeid. I tillegg ga det anledning til å sammenligne resultater i forhold til grad av modelltrofasthet (Burns, 2010). Ut fra instrumentell teori kan følgelig ACT-team som organisasjonsform forstås som et godt instrument i forhold til målet om hospitaliseringsreduksjon. Fidelityskalaene skulle også bidra til å sikre teamenes organisering slik at de arbeidet noenlunde likt, uavhengig av re-kontekstualiseringen. Disse gjorde det mulig å sammenligne resultatene fra ACT-teamene nasjonalt og internasjonalt, hvilket igjen kunne øke predikasjonen for metoden hvis målet ble nådd i de ulike teamene.

I det følgende vil jeg beskrive hvordan re-kontekstualisering av ACT-modellen med fidelityskalaen kan ha blitt gjort i Norge.

2.1.3 Institusjonell teori og re-kontekstualisering

Organisasjoner har sine institusjonaliserte standarder/oppskrifter på hvordan deler av organisasjonen bør utformes, som organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen (Røvik, 1998). Ny-institusjonell teori forstår ikke institusjonelle standarder nødvendigvis som permanente (Røvik, 1998). Røvik (1998) beskriver første fasen av implementering av en institusjonalisert standard som motivasjonsfasen, hvor organisasjonen blir oppmerksom på oppskriften og foretar et valg. Bakgrunnen for innføringen av ACT-team i Norge er beskrevet

i del 1.2. Det kan altså forstås som at helsedirektoratet på bakgrunn av problemer med de eksisterende tilbudene etter evalueringen av opptrappingsperioden i psykisk helsevern, var på jakt etter nye løsninger, og som en begynnende motivasjonsfase. Etter motivasjonsfasen kommer innføringsfasen hvor oppskriften tilpasses organisasjonen (Røvik, 1998), og instrumentet eller verktøyet skal rekontekstualiseres. En måte å forstå denne implementeringen er ”oversettelsesteori”, hvilket innebærer at innføringen gjennomføres delvis og oversettes slik at den tilpasses eget bruk. Oversettelsen kan foregå på ulike måter, som delvis imitering og omsmelting. Delvis imitering vil si at man kun adopterer et fåtall av elementene i modellen (Westney (1987) i Røvik, 1998 S. 164), mens omsmelting eller hybridisering medfører at det lages en ny variant (Pieterse (1995) i Røvik, 1998 s. 166). I det følgende velger jeg å forstå ACT-modellen som en institusjonalisert standard som skal tilpasses i organisasjonen, hvor modellen har vist seg enkelte steder å bli en døgnflue ved at den av-institusjonaliseres. Å vurdere ACT-modellen som en oppskrift gir åpning for å kunne bruke teorien til å forstå prosessen med implementeringen av modellen i Norge. Det interessante er da hva som skjedde i Norge når instrumentet ACT møtte organiseringen av helsevesenet i Norge.

Ved implementeringen av ACT i Norge fikk Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) ansvar fra Helsedirektoratet for å iverksette opplæring i ACT-modellen til ansatte og etablerere av ACT-team. ACT- håndboken ble også utarbeidet (Aakerholt, 2010). Som nevnt i del 2.1.2 ble det utviklet fidelity-skalaer for ACT-teamene i forbindelse med dekontekstualiseringen. Ved innføringen av ACT-modellen i Norge ble det ikke gjort endringer i fidelityskalaen, nettopp for å kunne gjøre sammenligninger med andre land som følger dette måleinstrumentet. Gjennomsnittlig ble ACT-teamene i Norge målt til å ha moderat modelltrofasthet (Ruud & Landheim, 2014). Flere av disse underområdene i fidelityskalaen har ikke blitt implementert i Norge. Dette kan forstås som at det har skjedd en delvis imitering. Dette dreier seg spesielt om at modellen beskriver at teamet skal ha fullt ansvar for arbeidstjenester og å styrke brukernes evne til å utvikle og ivareta egenomsorg (Ruud & Landheim, 2014). At disse områdene ikke er adoptert for alle pasientene i teamet, har sammenheng med organiseringen av kommunale tjenester og NAV i Norge. På disse delområdene kan det ha skjedd en omsmelting som medførte at det tverrfaglige samarbeidet mellom disse tjenestene har blitt styrket, da det ikke har vært mulig for ACT-teamene å

ivareta disse områdene kun i teamet. I tillegg har det, som nevnt, heller ikke vært mulig for de eksisterende tjenestene før ACT å ivareta denne pasientgruppen på en tilfredsstillende måte.

Hvorvidt ACT-modellen vil av-institusjonaliseres som institusjonell standard i Norge har sammenheng med legitimiteten fra omgivelsene. Legitimiteten kan oppnås hvis forventninger innfris (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Sluttevalueringen av ACT-teamene i Norge har gitt teamene legitimitet. Til tross for dette har, som nevnt, flere team blitt omgjort til andre team eller avviklet.

I neste underkapittel vil jeg gjøre rede for egenskaper ved pasientgruppen i ACT-teamene, og hvorfor denne pasientgruppen har et spesielt behov for tverrfaglig samarbeid mellom ulike aktører.

2.2 Egenskaper ved pasientene

I følge Burns and Firm (2002) er det viktig når målgruppen til ACT-teamene klargjøres å først og fremst se på hvilke pasienter som har behov for ”assertive outreach¹⁶”. Hovedmålet med ”assertive outreach” kan beskrives som å opprettholde regelmessig kontakt med pasientene for å vurdere vedkommenes kliniske tilstand, som igjen kan føre til at man kan gi effektiv behandling og oppfølging (Burns & Firm, 2002). Det har blitt forsket på utprøving av ACT-modellen til ulike pasientgrupper. Hovedvekten av forskning har identifisert at ACT er spesielt effektiv til psykosepasienter med ofte tilbakefall som medfører innleggelses. Dette kan ha sammenheng med at en viktig målfaktor i utprøvingen av ACT har vært målet om hospitaliseringsreduksjon (Burns & Firm, 2002). Spesielt unge ustabile og kaotiske psykosepasienter har vist seg å ha mest effekt av ACT. I tillegg at pasientene i liten grad nyttiggjør seg eksisterende tilbud og i liten eller manglende grad samarbeider om behandlingen. De fleste teamene har også prioritert pasienter som har høy risiko ved tilbakefall, som da kan skade seg selv eller andre. Oppsummert har ACT-teamene ofte psykotiske pasienter som er i de første 10-15 årene av sykdommen, de har overvekt av

¹⁶ Assertive outreach har ingen dekkende oversettelse til norsk, men refereres ofte til som aktiv pågående/oppøkende.

positive symptomer¹⁷, oftere menn og mange har dårlig rykte hos tjenesteyterne. I tillegg kan de ofte være impulsive og truende når de er syke (Burns & Firm, 2002).

I ACT-modellen er målgruppen operasjonalisert i fidelityen til følgende målgruppe: Voksene med alvorlig psykisk lidelse, inkludert schizofreni, bipolar lidelse og andre psykotiske lidelser i kombinasjon med betydelig funksjonssvekkelser og tilleggsbelastninger som rusmiddel-misbruk. Pasientene har ofte også kontinuerlig og omfattende behandlingsbehov (Aakerholt, 2013). ACT-modellen er ment å gi behandling og oppfølging til pasienter det er vanskelig å etablere kontakt med og som i liten grad evner å samarbeid om behandlingen. Flere pasienter i målgruppen kan også ha vansker med å opprettholde boligtilbud og sliter med sosial isolasjon. Pasientene kan ofte ha flere langvarige krisepregede innleggelses, ofte på tvang. I litteraturen blir pasientene ofte beskrevet som "hard to reach and hard to treat" (Aakerholt, 2013). Nettopp denne gruppen ble evaluert i Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008), og man fant at tjenestetilbudet fortsatt ikke nådde frem til denne brukergruppen (Ruud & Landheim, 2014).

Det var anslått at dette dreier seg om 1 promille av befolkningen, hvilket evalueringen av ACT i Norge fant at stemte med det antallet pasienter teamene hadde rekruttert fra sine opptaksområder (Ruud & Landheim, 2014). Til sammenligning anslås det at ca. 3 promille av befolkningen til en hver tid lider av schizofreni (Malt et al., 2005). Oppsummert dreier målgruppen til ACT seg om personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte dobbeltdiagnose, og betydelig funksjonssvikt på flere områder som tidligere behandlingstilbud både i primær- og spesialisthelsetjenesten ikke har klart å gi et godt nok tilbud. I tillegg er dette en gruppe pasienter som det er vanskelig å etablere en behandlingsrelasjon med. Prognosen for disse pasientene er vanskelig å anslå. Ved utgangspunkt i kun de med schizofrenidiagnose i teamet dreier dette seg sannsynligvis om den 1/3 av pasientene med denne diagnosen som er dårligst fungerende på flere livsområder. Malt et al. (2005) sammenfatter undersøkelser på prognosen for pasienter med schizofreni med at 2/3 vil trenge videre behandling og at 1/3 vil trenge reinnleggelses over år. Andre hevder at halvparten til 2/3 av pasientene med schizofreni vil komme seg eller få en bedring, selv om "å komme seg" kan defineres ulikt så er det en

¹⁷ Positive symptomer er symptomer som hallusinoser og vrangforestillinger, mens negative symptomer kan være matthet og manglende initiativ (Malt et al., 2005).

bedringsprosess (Borg & Topor, 2007). I nevnte forskning fra Stein and Test (1980) på utprøving av forløperen til ACT fant de at ved avslutning av oppfølgingen fra teamet etter 14 måneder, så ble flere av pasientene dårligere igjen og de gode resultatene reverserte. De konkluderte derfor med at oppfølgingen burde være langvarig.

For ACT-teamene og teamets samarbeidspartnere innebærer den definerte avgrensede målgruppen at ACT-teamet fungerer som et spesialistteam på pasienter med psykoseproblematikk med tilleggsutfordringer. Jeg vil nå beskrive hvilken målgruppe den nasjonale evalueringen fant at ACT-teamene hadde rekruttert, og hvorfor problemløsning med denne målgruppen kan være svært utfordrende.

2.2.1 Wicked problems

Ifølge Einstein (2007) innebærer tradisjonell problemløsningsprosess å definere problemet ved datainnsamling, formulere en løsning og deretter implementere denne. Prosessen er lineær og kan startes på nytt hvis nødvendig. Teorien om wicked¹⁸ problems kan forstås som et annet utgangspunkt for problemløsning (Hansen, 2013). Rittel and Webber (1973) hevder at vanlig problemløsning er dømt til å mislykkes hvis problemet er wicked.

Wicked problems er det motsatte av ”tame problems”, og innebærer at kunnskapsgrunnlaget er ufullstendig og at delproblemene henger sammen eller kan representere motsetninger. Det kan derfor være vanskelig å definere mål, og utfallet av intervensjoner kan være usikre (Hansen, 2013). Ofte kan det være bred uenighet om hva problemet faktisk er (Roberts, 2000). Intervensjonene som er gjort, kan ikke gjøres ugjort igjen, og konsekvensene kan bli dårlige (Rittel & Webber, 1973). Ethvert wicked problem er unikt og har ingen gitte alternative løsninger (Einstein, 2007). Wicked problems har ingen ende, da de ofte henger sammen og kan være symptom på et annet problem (Rittel & Webber, 1973). Einstein (2007) uttrykker at et problem er tame hvis problemstillingen ikke endrer seg, alle er enig i den, og det er klart om intervensjonen løser problemet eller ikke. Nesten 90 % av pasientene i ACT-teamene i Norge har en schizofreni/psykose- eller bipolar lidelse (Ruud & Landheim, 2014).

¹⁸ Jeg velger å bruke de engelske begrepene ”wicked” og ”tame”, i likhet med andre norske kilder, da det ikke er funnet noen god dekkende oversettelse av disse begrepene til norsk.

60 % har også et problemfylt rusmiddelbruk. Funksjonsmålinger viser at gjennomsnittet har stor funksjonssvikt. Pasientene i teamene i Norge samsvarer altså med målgruppen etter fidelityskalaen til ACT (Ruud & Landheim, 2014; Aakerholt, 2010). Dette betyr at mange av problemløsningsprosessene rundt disse personene er wicked.

For å forholde seg til wicked problems må man for det første innse at problemet er wicked, og at utfordringene kun kan reduseres (Hansen, 2013). Problemforklaringen blir omfattende, og de som skal forsøke å forstå problemet, kan ofte velge forklaringer som passer deres forståelsesramme (Rittel & Webber, 1973; Roberts, 2000). Valg av forklaring vil påvirke hvilket tiltak man iverksetter. Dette innebærer at man må forsøke ulike tiltak ut fra tilgjengelig data, som så vil gi erfaringer, som igjen kan føre til nye tiltak (Rittel & Webber, 1973). Brukermedvirkning og tett samarbeid mellom tjenestene er avgjørende for en god datainnsamling som foregår kontinuerlig for å tilrettelegge tjenestene best mulig (Hansen, 2013).

Som vist, kan behovet for et godt tverrfaglig samarbeid rundt pasientene i ACT-teamet begrunnes ut fra teori om wicked problems. Pasientgruppen til ACT-teamene har behov for hjelp både fra primær- og spesialisthelsetjenesten, NAV, private tjenesteytere m.fl. for å kunne motta helhetlig tilnærming til alle livsområder. Jeg vil nå beskrive andre teorier som belyser både utfordringer i samarbeidet mellom tjenesteytere generelt, og primær- og spesialisthelsetjenesten spesielt.

2.3 Samhandling mellom ulike tjenesteytere

Hovedprinsippene for behandling i psykisk helsevern har vært at behandlingen skal legges på lavest mulig omsorgsnivå (LEON-prinsippet), behandlingen skal være individuelt tilpasset og den skal skje så nært pasientens bosted som mulig (Malt et al., 2005). Disse prinsippene legger fortsatt føringer i forhold til prioriteringer for tjenesteyterne, og for at disse skal etterleves krever det for denne målgruppen en stor grad av helhetlig behandling og oppfølging. Et slik helhetlig arbeid krever ofte et tverrsektorielt samarbeid, som innebærer samarbeid både mellom etater, ulike sektorer og ulike profesjoner. I litteraturen betegnes dette som den mest komplekse formen for samarbeid (Willumsen, 2009). Sykehuset og kommunen

har heller ingen styringsrett over hverandre, og de nasjonale styringsmaktene har også begrensede styringsverktøy ovenfor begge disse organisasjonene. Sektoren preges av spesialisering og arbeidsfordeling (Bukve & Kvåle, 2014). Sykehuset har også hatt en dominerende plass i det psykiske helsevernet, til tross for deinstitutionaliseringen (Pedersen (2001) i Norvoll, 2002 s. 138). Kommune-tjenesten skal samtidig håndtere innbyggere med større utfordringer, kombinert med økt arbeidspress og reduserte ressurser. Dette kan redusere deres fleksibilitet i forhold til samarbeid (Hudson, Hardy, Henwood, & Wistow, 1997). Hva som faktisk fremmer og hemmer tverrfaglig samarbeid kan struktureres på tre nivåer; relasjonelt-, organisatorisk- og systemnivå (San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005). De to siste kan ses på som de ytre rammene for samarbeid, mens det relasjonelle sikter til det direkte samarbeidet mellom ulike personer. Faktorer som kan påvirke det relasjonelle samarbeidet er kommunikasjon, tillit og respekt. Av de ytre rammene er faktorer som tid til å møtes, arbeidsklimatelementer og ressurser sentrale elementer. Ved utvikling av samarbeidspraksis er det uansett avgjørende med anerkjennelse av nødvendigheten av samarbeid, siden samarbeid av natur er frivillig (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

I det følgende vil jeg beskrive fire teorier som kan belyse samarbeidet mellom ulike tjenesteytere, og primær- og spesialisthelsetjenesten spesielt.

2.3.1 Revirtenkning og altruisme

Utover lovreguleringer og administrative grenser, så kan samarbeidet også være utfordrende i forhold til kultur og revirtenkning. Sistnevnte kan både være i forhold til å ivareta profesjon og egen tjenestetilhørighet ofte i byråkratiske nivåer (Willumsen, 2009). Motsetningen til dette er altruisme hvor brukeren settes i fokus for samhandlingen, og alle samarbeider for å unngå at tjenestene blir fragmenterte. Dette innebærer at tjenesteyterne må gå utover revirtenkningen. En utfordring for å få til dette er tillit og kontinuitet i forhold til hvilke personer som deltar i samhandlingen spesielt i multidisiplinære team (Willumsen, 2009). Dette kan gjøre seg gjeldene ved ansvarsgrupper og gjentatte samarbeidsmøter for å planlegge videre behandling og oppfølging av en pasient som er innlagt på institusjon. En utfordring i forhold til nettopp kontinuitet kan være at når en pasient overføres fra kommune til sykehus, så møter pasienten nye personer med annen forståelse og behandling i en dårlig fase av sykdommen hvor pasienten har størst behov for kontinuitet. De som har arbeidet med

pasienten ute i bedre faser og derav har erfaring med bedringsprosessen har imidlertid ofte ikke lik stor definisjonsmakt i forhold til behandling og diagnose som de ansatte på sykehuset har. I tillegg vil de ansatte på sykehuset ofte ha mindre tid, og oppfølgingen avsluttes når pasienten er bedre og da overføres til de kommunale tjenestene igjen (Nyttingnes og Skjerve (2005) i Bøe & Thomassen, 2007 s. 226 og 227). Som Bøe and Thomassen (2007) påpeker motvirker selve tjenesteorganiseringen helhetlige tjenester.

2.3.2 Cure and care

Glouberman and Mintzberg (2001) presenterer også en teori gjennom et rammeverk, av hvorfor det kan være så vanskelig å administrere helsevesenet. I rammeverket skilles det mellom "care"/omsorg og "cure"/behandling, hvor sykehuset hovedsakelig bedriver behandling mens de kommunale tjenestene i større grad gir omsorg (Glouberman & Mintzberg, 2001). De ulike tilnærmingene innebærer ulike aktiviteter, ulik organisering og ulike tenkemåter. Begrepsmessig betegnes de ofte som henholdsvis "behandlingsintervensjoner" og "koordinering av omsorg", hvilket tydeliggjør skillet mellom disse. Ifølge Glouberman and Mintzberg (2001) er det avgjørende å øke forståelsen for disse forskjellene, samt bryte ned barrierene for å få til et godt samarbeid mellom nivåene. Dette kan blant gjøres ved hjelp av organiseringer på tvers av rammene, noe en bør være åpen for, for å kunne få en bedre balanse og koordinering mellom nivåene (Mintzberg & Glouberman, 1998).

2.3.3 Primær og fellesoppgaver

Som beskrevet i 2.3 om målgruppen, så vil ofte flere pasienter fra denne målgruppen ha en dobbeltdiagnose og tidvis være innlagt i institusjon. Overgangen fra institusjon til hjemmet for disse pasientene kan være stor, da rammene ute og inne er ulike. På institusjon er kontrollen på rusmisbruk bedre, det er mindre sosial isolasjon og mer trygghet i form av klare rammer. I hjemmet vil pasienten lettere ha tilgang på rusmidler og det er et større krav til selvstendighet i hverdagen. Dette krever et godt behandlingsopplegg etter utskrivelsen, ofte ved hjelp av blant annet adekvat boligsituasjon. Å finne egnet bolig kan være ekstra utfordrende for en dobbeltdiagnosepasient, og fungering i boligen kan være begrenset. Dette innebærer at det ofte er behov for tjenester fra både ulike nivåer og etater (Evjen et al., 2012). I forhold til integrering av tjenester mellom ulike tjenesteytere kan det i følge Willumsen and

Ødegård (2016) være relevant å skille mellom primær- og fellesoppgaver. Sistnevnte sikter til områdene hvor flere tjenesteytere har et ansvar, mens primæroppgaver dreier seg om oppgavene en virksomhet gjør som skiller seg fra oppgavene andre virksomheter gjør. Primæroppgaver ACT-teamet gjør er for eksempel tvangsvurderingene psykiater i teamet gjør av pasientene. Mens fellesoppgaver kan være samtaler om daglig utfordringer med pasientene, som både ansatte i ACT-teamet og boligpersonalet i kommunen kan gjøre. I samarbeidet i for eksempel ansvarsgrupper skal nettopp de ulike tjenestene fungere sammen, og det er derfor viktig med en avklaring på ansvarsfordeling (Willumsen & Ødegård, 2016). Dette vil også gjøre seg gjeldende i forhold til det daglige samarbeidet mellom enhetene som yter tjenester til pasientene i teamet jeg observerte. Både at bidragene blir for like og for forskjellige kan være en utfordring i samarbeidet, og det kan være avgjørende at bidragsyterne anerkjenner forskjellene og klarer å tenke helhetlig og fleksibelt (Willumsen & Ødegård, 2016).

2.3.4 Definisjonsmakt og maktasymmetri

Utskrivningsprosessen fra institusjon er en stor del av der primær- og spesialisthelsetjenesten utveksler informasjon. Informasjonen fremkomme ofte skriftlig eller på samarbeidsmøter (Tjora & Melby, 2013). Dette kan kategoriseres som synlig arbeid. I følge Star og Strauss (1999) foregår det også ofte usynlig arbeid utover skjemaer og formelle organisasjonsmodeller. En del av det usynlige og uformelle arbeidet ses ikke og verdsettes derfor heller ikke på samme måte som det synlige arbeidet (i Tjora & Melby, 2013 s. 226). Dette kan likevel være avgjørende for arbeidet som gjøres i for eksempel utskrivelsesprosessen. Selve utskrivningsprosessen krever kunnskap, fleksibilitet og forhandlingsevne. Det kan også være forskjellig syn på omsorgsnivå pasienten skal få etter utskrivelsen (Tjora & Melby, 2013). Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og mellom sykepleiere og leger kan imidlertid forstås maktasymmetrisk hvor de ulike aktørene som nevnt har ulik definisjonsmakt. Det er legene som har det endelig ordet for når de mener at en pasient er utskrivingsklar, selv om de rådfører seg med andre (Tjora & Melby, 2013). Diskusjonen om når en pasient er utskrivingsklar kan forstås som forhandlings situasjoner hvor de ulike aktørene kan ha ulike planleggingshorisonter, som tiden å forberede å ta i mot pasienten i kommunen. Tidsperspektivet i pasientoppfølgingen vil også være svært forskjellig for helsepersonell i kommunen og sykehuset (Tjora & Melby, 2013), hvor kommunen for enkelte brukere skal gi oppfølging over flere år. ACT-teamene skal også

gi langvarig oppfølging til pasientene som er inkludert i teamet, slik at tidsperspektivet er mer sammenfallende for ACT-teamet og personellet i kommunen.

2.4 Analytisk rammeverk

I denne delen har jeg ved hjelp av ulike teorier belyst hvordan egenskaper ved teamene slik de har blitt implementert i Norge, egenskaper ved pasientgruppen, samt organiseringen av helsevesenet kan ha innvirkning på samarbeidet mellom ulike tjenesteytere. Disse tre dimensjonene bidrar til å belyse mine tre forskningsspørsmål:

- 1) I hvilken grad har ACT-teamet behov for å samarbeide med andre tjenesteytere?
- 2) Hvordan påvirker psykiaterfunksjonen i teamet og teamets forankring i spesialisthelsetjenesten samarbeidet med primær- og spesialisthelsetjenesten?
- 3) Hvilken rolle får ACT-team i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere?

For det første viser teorier om globale standarder og implementeringsfasen, hvordan det trolig skjedde en delvis imitering ved innføringen av ACT-modellen i Norge. Dette skjedde ved at teamene for noen pasienter samarbeider med flere tjenesteytere, istedenfor å ivareta helse- og sosialtjenester alene. I tillegg viser teorier at egenskaper ved teamet er at de er tverrfaglig sammensatt, inkludert psykiater, arbeider i pasientens nærmiljø, samt at teamet etter modellen skal treffe pasientene tre ganger i uken i til sammen to timer (Aakerholt, 2013). I forhold til egenskaper ved pasientene viser teori om ACT-målgruppen og ”wicked problem” at dette er en brukergruppe med sammensatte behov og lavt funksjonsnivå. Dette medfører at problemløsning for denne brukergruppen er sammensatt og at det derfor kan være behov for tett samarbeid mellom tjenesteyterne. Hvis man ser teoriene om egenskapene ved teamet og egenskapene ved pasientene i forhold til hverandre, så bidrar det til å belyse forskningsspørsmål 1 om ACT-teamene har behov for å samarbeide med andre tjenesteytere.

Teorien viser i forhold til samarbeid mellom ulike tjenesteytere at samhandlingen mellom tjenestenivåene er komplekst og at sykehuset og kommunen ikke har styringsrett over hverandre. Det kan også være fremme og hemme for dette samarbeidet både på det relasjonelle og organisatoriske nivået. utfordringer i samarbeidet kan være revirtenkning, som innebærer ønske om å ivareta egen profesjon og tjenestetilhørighet. En annen utfordring i

samarbeidet er ulike forståelse mellom sykehuset og kommunen, såkalt cure/care. Teorier viser også at sykehuset har større definisjonsmakt enn ansatte i kommunen har, samt at det er en maktasymerti mellom leger/sykepleiere og mellom primær-/spesialisthelsetjenesten. Sistnevnte kan sammen med egenskaper ved teamet som er forankret i spesialisthelsetjenesten med psykiater, belyse forskningsspørsmål 2 om hvordan teamet påvirker samarbeidet mellom tjenestenivåene. Forskningsspørsmål 3 om hvilken rolle ACT-team får i samarbeidet mellom tjenesteyterne belyses gjennom alle de teoretiske innfallsvinklene.

I kunnskapsstatusen fremkom det at ACT-modellen har vært gjenstand for omfattende internasjonal forskning. Resultatene fra tidlige studier viste en betydelig hospitaliseringsreduksjon, mens senere forskning har hatt varierende resultater (Aakerholt, 2010). I følge Burns et al. (2006) er det seks elementer fra ACT-modellen som har vist seg å være viktig for det nevnte resultatet: 1) Mindre caseload, 2) regelmessig hjemmebesøk, 3) høy kontaktandel hjemme hos pasientene, 4) ansvar for helse- og sosialtjenester, 5) tverrprofesjonelt team og 6) psykiater inkludert i teamet. En Cochrane review fant også at grad av modelltrofasthet var viktig (Dieterich et.al, 2017). Nasjonalt fant forskerne de samme gode funnene for ACT-teamene, som ved utprøvingen av ACT nasjonalt de første årene. Forskerne fant at ACT-teamene i samarbeidet med andre tjenesteytere fungerte som en brobygger, bidro til økt kompetanse i kommunen og avlastet andre tjenester (Ruud & Landheim, 2014). Det at teamet fungerte som en brobygger fant også Haugen (2012) i sin undersøkelse. Et annet bidrag er resultatene fra utprøving av et annet type samarbeidsprosjekt til samme målgruppe som ACT-teamene, Romeriksprosjektet. Her ble det opprettet samarbeidsgrupper mellom de ulike nivåene, med mål om at gruppene skulle bidra til samordnet tjenestetilbud. Evalueringen viste at deltagerne i gruppene ikke deltok i den direkte oppfølgingen av brukerne, hvilket førte til utfordringer (Hansen & Ramsdal, 2015).

Nevnte teorier og kunnskapsstatus er mitt analytiske rammeverk som i kapittel 5 vil bli diskutert opp mot mine empiriske funn fra kapittel 4.

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvordan jeg kom frem til funnene mine. Den opprinnelige betydningen av det greske ordet metode er nettopp ”veien til målet” (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015: s. 99). Kapitlet starter med å beskrive mitt vitenskapsteoretiske perspektiv, før det redegjøres for forskningsdesignet. Deretter presenteres metodene som ble benyttet, hvordan innhenting av teori og kunnskapsstatus ble gjennomført, samt analyseprosessen. Avslutningsvis diskuteres etikk og kvaliteten.

3.1 Vitenskapsteoretisk posisjonering

Jeg har en fenomenologisk forståelse av muligheten til å innhente objektive eller subjektive data. Det innebærer en forståelse av virkeligheten slik hvert enkelt subjekt erfarer og forstår den. Subjektet forstås som en del av verden, og skiller seg fra positivismens ønske om å observere målbare egenskaper ved den ytre verden (Thornquist, 2003). Ved fenomenologiske design er det vanlig å se på meningsinnholdet, ofte ved intervju (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010). Forskeren er interessert i hvordan medlemmer i samfunnet forstår samhandlingen med andre (Tjora, 2017). I det følgende vil jeg ta for meg forskningsdesignet.

3.2 Forskningsdesign og valg av case

Forskningsdesign innebærer en beskrivelse av hva og hvem som skal undersøkes, samt når og hvordan undersøkelsene skal gjennomføres (Johannessen et al., 2010). Valg av forskningsdesign påvirker hvilke data som innsamles, og i hvilken grad disse er egnet for å besvare problemstillingen (Johannessen et al., 2010). Ulike design kunne brukes for studien. Da problemstillingen bruker formuleringen ”i hvilken grad” og er kausal, innebærer det et ønske om å få svar på hvorvidt ACT-team bidrar til bedre samhandling mellom tjenestene, men også et ønske om en form for måling av kvaliteten på samarbeidet. For å måle effekten av et tiltak brukes det ofte et eksperiment, hvor forsøkspersonene fordeles tilfeldig mellom en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe (Johannessen et al., 2010). For å kunne gjennomføre en RCT-studie, måtte jeg derved ha valgt et opptaksområde som har tilbud om ACT-team, og deretter plukket ut forsøkspersoner/pasienter som skal bli inkludert i ACT-teamet. Et visst antall av disse pasientene måtte så tilfeldig blitt fordelt i eksperimentgruppe og

kontrollgruppe. I tillegg måtte data innhentes ved flere tidspunkter for å måle effekten. Et alternativ til denne metoden er å organisere prosjektet som et kvasieksperiment, hvor jeg sammenligner et opptaksområde som har ACT-team med et annet som ikke har dette tilbudet. En svakhet ved dette kan være ulikheter mellom stedene i hvordan tjenestene er organisert og kvaliteten på disse. Begge disse designene er svært ressurskrevende. Gjennom den nasjonale evalueringen av ACT-modellen i Norge er det allerede avdekket ulike variabler som påvirket samarbeidet (Ruud & Landheim, 2014). Det er derfor mulig å ta utgangspunkt i funnene fra disse fokusgruppeintervjuene og deretter innhente kvantitative data for å teste disse mot et større utvalg/antall samarbeidspartnere. Dette vil i så fall styrke overføringsverdien til populasjonen. Det er imidlertid alltid en usikkerhet knyttet til generaliserbarheten av funnene (Johannessen et al., 2010). Ved kvantitative data i form av spørreundersøkelser vil ofte kategoriseringen av data allerede være gjort ved utarbeidelsen av skjemaet, hvilket gir lite fleksibilitet og høy grad av strukturering i hvilke svar forskeren får (Johannessen et al., 2010).

På bakgrunn av den tidligere forskningen på mitt tema, jamfør kunnskapsstatus, ønsker jeg å utforske temaet ytterligere ved å velge en metode som åpner for andre perspektiver enn jeg har tenkt på før datainnsamlingen. For å forstå et sosialt fenomen er kvalitativ tilnærming godt egnet, grunnet omfattende data om personer og situasjoner (Thagaard, 2013). Ved kvalitative datainnhenting får også informanten mulighet til å påvirke informasjonen som kommer frem (Johannessen et al., 2010). Informanten får dermed mulighet til å komme inn på områder forskeren ikke hadde tenkt på forhånd (Tjora, 2017). I hvilken grad forskeren får mer utfyllende informasjon ved kvalitativ metode avhenger av både informanten og forskeren, situasjonen, samt hvordan dataene analyseres (Johannessen et al., 2010) (Tjora, 2017). Min studie har en abduktiv tilnærming der man tar utgangspunkt i teori for å definere en problemstilling, såkalt deduktiv tilnærming, for deretter å benytte andre teorier og perspektiver i løpet av forskningsprosessen, såkalt induktiv tilnærming (Tjora, 2017). Grunnet begrensede ressurser og tid valgte jeg en tverrsnittundersøkelse. Det innebærer at virkeligheten studeres på et gitt tidspunkt for å gi et bilde av øyeblikket fenomenet undersøkes (Jacobsen, 2005; Johannessen et al., 2010). I min undersøkelse er dette tidspunktet hvor jeg gjorde datainnhenting. Ved tverrsnittdesign er det imidlertid vanskelig å si noe om en utvikling over tid, samt avdekke årsakssammenhenger (Johannessen et al., 2010).

I studien min valgte jeg et kollektivt casestudie for å studere flere enheter for utfyllende informasjon om et fenomen (Thagaard, 2013). Fenomenet jeg studerte var ACT, og hvilken rolle ACT har i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere generelt, og primær- og spesialisthelsetjenesten spesielt. Jeg studerte ACT-teamet, psykiatriske oppfølgingstjenester i kommunen og de psykiatriske døgnsesjonene på DPS/sykehuset. Jeg startet med et ACT-team, før jeg deretter valgte informanter fra enhetene kommune- og spesialisthelsetjenesten som samarbeider med dette teamet. Sistnevnte for å samle bredde- informasjon om fenomenet ACT sin rolle i samarbeidet. Mine utvalgsriterier for valg av enheten ACT-team var:

1. Det skulle være et av de 12 teamene som deltok i den nasjonale evalueringen av ACT, fordi jeg ønsket å gjøre undersøkelsen i et team som var godt etablert og evaluert.
2. Teamet skulle være i spesialisthelsetjenesten. Noen ACT-team i Norge er organisert på kommunalt nivå. Jeg ønsket å undersøke om organiseringen innvirket på samarbeidet mellom tjenestenivåene. Jeg antok ut fra teori at organiseringen i sykehuset kunne lette teamets samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste.
3. Teamet skulle ha blitt evaluert til middels til høy modelltrofasthet i den nasjonale evalueringen, og derav faktisk jobbet som et ACT-team.
4. Det skulle være et team jeg ikke hadde arbeidet i, da dette kunne påvirket datainnhenting.

På bakgrunn av dette undersøkte jeg nr. 1, antall ACT-team av de 12 som fortsatt eksisterte. Jeg tok i november 2016 kontakt med opplæringsansvarlig i NAPHA, Kari Nysveen. Hun informerte meg om at 5 av de 12 var igjen. To av disse ble ekskludert på bakgrunn av kriteriet nr. 4. For å undersøke nr. 2 og 3, grad av modelltrofasthet og organisering, kontaktet jeg prosjektansvarlig for den nasjonale evalueringen, Anne Signe Landheim. Hun informerte meg om at to av de tre teamene var organisert i spesialisthelsetjenesten og at de skåret omtrent likt i den nasjonale evalueringen. Jeg valgte derfor et av teamene som stemte med mine kriterier.

Innen kvalitativ metode kombinerte jeg observasjon og dybdeintervjuer for å etablere en kontakt mellom dem man studerer og forskeren (Thagaard, 2013). I tillegg gjorde jeg dokumentanalyser for å øke forståelsen for ACT-modellen og teamet. Denne metodetrianguleringen øker gyldigheten av funnene (Thagaard, 2013). Jeg utarbeidet også en prosjektbeskrivelse før jeg kontaktet praksisfeltet, som inneholdt elementene i Thagaard (2013); plan for hvor lenge prosjektet skal vare, hvem som skal delta, finansieringen av

prosjektet og undersøkelsesopplegget. Prosjektbeskrivelsen ble etterspurt av flere av informantene.

3.3 Datainnsamling

I det følgende vil jeg beskrive hvordan jeg brukte observasjon, intervjuer og dokumentanalyser for å samle inn empiri.

3.3.1 Observasjon

Empiri fra observasjon har den fordel at den gir førstehåndserfaring ved at forskeren selv observerer folks virkelighet, og ikke får informasjon via intervjuobjektet. I tillegg gir det en unik mulighet for å studere mennesker og samhandling, ved at forskeren følger de menneskene som studeres en viss tid og deltar sammen med dem (Fangen, 2010). En observatør kan imidlertid aldri vite bedre enn aktøren eller si mer om kulturen enn aktøren, men observatøren kan se andre ting enn aktøren (Czarniawska, 2013). Deltagende observasjon sikter til at forskeren studerer det folk sier og gjør i sine normale omgivelser, og at forskeren må delta i samhandlingen med de som observeres (Fangen, 2010). Et alternativ til deltagende observasjon er shadowing, som også har blitt kalt strukturert- eller direkte observasjon. Ved shadowing kan det imidlertid også være noe dialog mellom den som observeres og forskeren, for at forskeren skal gli mer inn i miljøet (Czarniawska, 2013).

Som beskrevet innhentet jeg data på bakgrunn av teorigrunnlag, dokumenter, forskningsspørsmål og problemstilling, samtidig som jeg arbeidet induktivt ved å være åpen for andre forståelser av fenomenet. Ved observasjonsstudier har forskere som regel et utgangspunkt i teorier og spørsmål (Fangen, 2010). I mitt tilfelle utarbeidet jeg tre forskningsspørsmål, med antakelse om at svaret på disse kunne bidra til å besvare problemstillingen. Et kjennetegn ved deltagende observasjon er fleksibiliteten til forskningsspørsmålene, og at forskeren setter seg inn i feltet den skal observere før datainnhenting (Fangen, 2010). Da min problemstilling var i hvilken grad ACT-team påvirker samarbeidet mellom ulike tjenesteytere, valgte jeg å gjøre deltagende observasjon i et ACT-team for å belyse caset. Jeg ønsket å observere samarbeidsmøter de deltok i og hvordan de samarbeidet med andre instanser i løpet av uken. Jeg var også nysgjerrig på

omfanget av samhandling med tanke på at pasientene i teamet kjennetegnes av å ha store utfordringer på flere livsområder. Tidsperspektivet mitt var en uke med deltagende observasjon kombinert med gjennomføring av intervjuene den samme uken.

Siden jeg skulle gjøre deltagende observasjon av samarbeidsmøter, uten pasienter tilstede, men hvor taushetsbelagte opplysninger om pasientene ble delt, søkte jeg regional etisk komite (REK) om dispensasjon fra taushetsplikt (se vedlegg 2). Etter nødvendige godkjenninger både av REK og norsk senter for forskningsdata (NSD, se vedlegg 1) kontaktet jeg teamleder for aktuelt team i uke 17 med ønske om innhenting av data i uke 24. Jeg var tydelig på at jeg vil disponere egen bil, bo et selvstendig sted i nærheten av teamlokalene og selv gjøre avtaler med informanter til intervjuene. Dette slik at merbelastningen på teamet ikke skulle bli mer enn nødvendig. Teamleder uttrykte å være positiv til dette. Jeg sendte deretter teamleder prosjektbeskrivelsen, godkjenningene fra NSD og REK, samt informasjonsskriv med samtykkeskjema til teamleder (Se vedlegg 5). Teamleder innhentet på bakgrunn av dette nødvendige godkjenninger i egen organisasjon, før videre dialog mellom teamleder og meg om gjennomføringen av uken. Teamleder informerte om ukeplanen til teamet i forhold til aktuelle teammøter og samarbeidsmøter, som jeg burde delta på i den deltagende observasjonen. Dette muliggjorde at jeg kunne planlegge tidspunktene for intervjuene i forhold til å få deltatt på flest mulig relevante møter.

Jeg deltok på alle møter, uten pasienter tilstede, som det var mulig å delta på i løpet av uken. Dette dreide seg om totalt syv formelle teammøter, fem uformelle morgensamlinger i teamet, tre formelle samarbeidsmøter med ulike instanser, et uformelt møte med annen instans og fire telefoner mellom teammedlem og andre instanser. Da jeg ble med teammedlemmer i møter/overhørte telefoner med samarbeidspartnere informerte teammedlemmet om at jeg var tilstede som observatør av teamets samhandling med øvrige tjenesteytere. Ingen av samarbeidspartnerne uttrykte noen motforestilling til dette. De 20 timene med deltagende observasjon var hektiske bestående av totalt 20 samarbeidsforumer. Jeg var bevisst på at jeg kun skulle ha en ren observerende rolle i møtene, såkalt shadowing, hvor jeg ikke påvirket møtenes innhold ved avbrytelser for avklaringer. Spørsmål jeg hadde under møtene, noterte jeg, og stilte teammedlemmene i løpet av uken. Kun unntaksvis stilte jeg spørsmål under interne teammøter. Spørsmål jeg trengte svar på fra andre enn teamet, integrerte jeg som

tilleggsspørsmål til intervjuguiden. Jeg hadde bevisst fordelt informanter fra de ulike enhetene utover uken i så henseende. Mellom de strukturerte møtene hadde jeg en mer deltagende rolle, hvor jeg hadde dialog med teammedlemmene og samarbeidspartnere av disse.

Under observasjonen skrev jeg feltnotater, og brukte ikke lydopptaker. Feltnotatene var delt i notater fra møter og øvrige notater fra observasjonen. I notatene fra møtene hadde jeg tredelt notatsidene i tema, innhold og refleksjoner. Den tredelte inndelingen gjorde det lettere for meg i analysen å skille hva som ble sagt og hva som var mine refleksjoner. Inndelingen i temaer i møtenotatene gjorde det også lettere i analysen å holde oversikt. Eksempel på møtenotater fra et teammøte:

Tema	Innhold	Refleksjoner
ACT hjelpe pas. søke bolig.	En i teamet skal ringe "kommunen" ¹⁹ om bolig til en pas. "Har pas. søkt?" "Hjelpe pas. å søke i dag." Sosionomen kan gjøre klart skjemaet den andre i teamet skal ta med.	Drar veksler på hverandres kompetanse i teamet – se ACT-håndboken.
ACT henviser avrusning.	Pas. hvor sosionom i teamet arbeider med henvisning til avrusning. Spør en annen i teamet om å spørre pas. hva han ruser seg på. Annen i teamet sier: "Jeg vet det – amfetamin." Psykiater: "Vær nøye skrive hvor lite psykotisk pas. er."	Viktig fremkommer at adekvat psykiatrisk – ikke psykotisk. Se dette mot intervju.

Tabell 1: Eksempel på feltnotat fra et teammøte

Etter endt arbeidsdag og mellom intervjuer fylte jeg ut i feltnotatene og leste inn tanker og refleksjoner på en lydopptaker. Dette viste seg å være en god støtte i analyseprosessen. Etter uken renskrev jeg feltnotatene og strukturerte dem i notater fra møter og øvrig observasjon. Jeg hadde også en egen del i feltnotatene med faktainformasjon om antall pasienter, antall pasienter på tvang med mer. I tillegg fylte jeg inn refleksjonene jeg hadde lest inn på lydopptakeren. Struktureringen av feltnotatene tok 45 timer, og mengden ble 41 ½ side med enkel linjeavstand og skriftstørrelse 12. Notatene fra møtene er i stor grad skrevet i stikkordsform med en del direkte sitater.

¹⁹ Navnet på enheten i kommunen er anonymisert.

Jeg har nå beskrevet hvordan jeg gjennomførte observasjonen og begrunnelsen for det. I det følgende vil jeg redegjøre for den andre metoden jeg valgte, nemlig dybdeintervju.

3.3.2 Dybdeintervjuer

Hensikten med å gjennomføre intervju er å forsøke å se verden fra informantens ståsted (Kvale et al., 2015). Det å søke å forstå hvordan mennesker forstår fenomener er typisk for fenomenologer (Kvale et al., 2015). I hvilken grad forskeren klarer å hente ut relevant kunnskap avhenger av relasjonen forskeren og informanten får, samt om informanten opplever å kunne prate fritt (Kvale et al., 2015). Målet med intervjuet er nettopp at informanten skal få mulighet til å reflektere rundt temaene forskeren presenterer (Tjora, 2017). I følge Kvale et al. (2015) skapes det en kunnskap i felleskap i intervjuet mellom forskeren og informanten. Forholdet mellom forskeren og informanten er asymmetrisk da det er forskeren som stiller spørsmålene, avslutter samtalen og analyserer svarene fra informanten (Kvale et al., 2015). I følge Thagaard (2013) vil imidlertid asymmetrien reduseres hvis informantene har kommunikasjonskompetanse, slik ansatte i helsesektoren har.

Et intervjuprosjekt kan deles i syv faser; tematisering, design, intervju, transkripsjon, analyse, verifikasjon og rapportering (Kvale et al., 2015). I det følgende vil jeg beskrive hvordan jeg arbeidet i de første fire fasene. Intervjuguiden ble utviklet på bakgrunn av arbeidet jeg hadde gjort fra teori og kunnskapsstatus, til problemstilling og forskningsspørsmål. Formålet var at intervjuene skulle være utforskende i forhold til samarbeidet mellom tjenesteyterne generelt, og ACT sin rolle i samarbeidet spesielt. Jeg utarbeidet to ulike intervjuguides, en for ansatte i kommunen og sykehuset og en for ansatte i ACT-teamet. Begge intervjuguidene var bygget opp med de samme overskrifter; om informanten, samarbeidet mellom de psykiatriske enhetene i kommunen og sykehuset, tverrfaglig samarbeid og avslutningsvis (se vedlegg 3 og 4). Forskjellene i disse intervjuguidene var at til informanter fra teamet var det inkludert et spørsmål om hvor mye tid teamet bruker på samarbeid. Intervjuguiden fulgte således oppbyggingen Johannessen et al. (2010) refererer til med relasjonsbyggende faktaspørsmål først i forhold til stilling, utdanning og tidligere arbeidserfaring. Deretter fulgte overgangsspørsmål om samarbeidsarenaer deres enhet deltar på med øvrige helsetjeneste. Etterfulgt av nøkkelspørsmålene om ACT sin rolle i samarbeidet mellom de ulike tjenesteyterne. Etter nøkkelspørsmålene inkluderte jeg noen spørsmål om begrepet tverrfaglig

samarbeid, før jeg avrundet intervjuguiden med avsluttende spørsmål om hvor samarbeidet fungerer godt, mindre godt og eventuelt om det var noe mer informanten ønsket å legge til om ACT sin rolle eller generelle tilføyelser til temaene. Alle spørsmålene var formulert som åpne spørsmål, hvor informantene hadde mulighet til å svare utdypende.

I forhold til å kunne sammenligne samarbeidet med og uten ACT-team formulerte jeg tilpassede spørsmål i forhold til hvordan respondentene opplevde samarbeidet mellom de ulike nivåene. Jeg var klar over at pasientene som får ACT-oppfølging har mer sammensatte problemer enn gruppen utenfor tilbudet. Det er også mulig å stille retrospektive spørsmål i intervjuene, for å kunne beskrive et fenomen før og nå. Ulempen med dette er hvorvidt informantene faktisk husker riktig i forhold til datid, og designet er således ikke like reliabel i så henseende som ved en tidsseriestudie (Jacobsen, 2005). I bakgrunnsinformasjonen til informantene kartla jeg hvor lenge informanten hadde arbeidet i helsevesenet og hvor. For de informantene som hadde arbeidet lengre enn teamet hadde bestått, inkluderte jeg også spørsmål om deres erfaringer med samarbeidet i psykiatrien før og etter ACT-teamet ble opprettet. Dette for kunne si noe om eventuelle endringer, slik samarbeidsinstanser opplever det. Etter utarbeidelsen av intervjuguidene gjennomførte jeg to prøveintervjuer av kollegaer, for å eventuelt kunne gjøre noen endringer i spørsmålene. Jeg erfarte at en time sannsynligvis var riktig estimert tid, og at spørsmålene fungerte i prøveintervjuene.

Jeg hadde følgende breddekriterieutvalg for hvem jeg ønsket å intervjuer:

1. Tre ansatte i ACT-teamet med ulike roller i teamet
2. Tre ansatte i Sykehuset/DPS
3. Tre ansatte i den kommunale psykiatritjenesten

Også fra de to siste gruppene var det ønskelig at informantene hadde ulik profesjonsbakgrunn og roller, samt var organisert i ulike enheter. Antallet med tre informanter fra hver enhet skulle hensynta overkommelighet i gjennomføring, samt ivareta anonymitet og bredde i erfaringsgrunnlaget. Det var strategisk viktig for meg at jeg fikk informanter fra alle tre tjenestenivåene for å kunne belyse min problemstilling. Populasjonen min var alle ansatte i psykiatrien i henholdsvis sykehuset/DPS, kommunen og ACT-teamet i opptaksområdet til ACT-teamet jeg skulle observere. Utvelgelsen av informantene ut ifra kriteriene, ble gjort i

samarbeid med leder av ACT-teamet som hadde kjennskap til relevante samarbeidspartnere i sitt opptaksområde. Jeg ønsket å kontakte informantene selv for å informere om studien, koordinere tidspunkt for intervjuene og for å kunne svare på eventuelle spørsmål fra disse. At jeg selv tok kontakt med informantene var første kontaktetablering mellom informantene jeg skulle intervjuer og meg. Sistnevnte var en fordel da jeg møtte informantene, da flere informanter tok opp tråden fra den første samtalen vi hadde hatt da jeg tok kontakt med dem.

Informantene ble kontaktet fire uker før datainnhenting. Dette var for flere av informantene nødvendig tid i forveien for at de skulle kunne sette av tiden. Informantene valgte selv sted for intervjuet og tiden ble koordinert i forhold til når informantene hadde tid, samt ukeplanen min. Rammen for intervjuene var således møterom/kontor som informanten selv valgte og alle intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt. Ukeplanen ble oppdatert med kjøreavstander mellom de ulike stedene ettersom intervjutidspunktene og stedene for dette ble avtalt, for å effektivisere uken. Alle informantene jeg kontaktet stilte opp til intervju og alle intervjuene ble også gjennomført til avtalt tid og sted. I telefonsamtalen informerte jeg om prosjektet og problemstillingen jeg ønsket å besvare og informantene fikk etter samtalen oversendt informasjonsskriv med samtykkeskjema (se vedlegg 6), bekreftelse av tid og sted, samt kontaktinformasjon til meg. I informasjonsskrivet, godkjent av NSD, fremkom bakgrunn, formål og detaljer i forhold til gjennomføringen. Informasjonsskrivet ble i tillegg gjennomgått på starten av hvert intervju og samtykkeskjemaet ble da signert av informantene og meg. I starten av intervjuet informerte jeg også igjen om prosjektet, muligheten for å ikke svare på spørsmål, og trekke seg underveis eller etterpå. Informasjonen var formulert i starten av intervjuguiden min for å sikre lik informasjon til alle informantene. Alle informantene ble kodet med nummer fra 1-9 i tilfeldig rekkefølge (tabell 2 gir en oversikt over informantene). Måten forskeren innleder og legitimerer undersøkelsen kan være avgjørende for datainnhenting (Johannessen et al., 2010).

Informanter	Antall
Overleger	3
Ledere	3
Sosionomer	2
Vernepleiere	1

Sum:	9
------	---

Tabell 2: Oversikt over intervjuinformanter

Etter at alle intervjutidspunktene var avtalt sendte jeg teamleder oversikt over uken (se vedlegg 7), hvor det kun stod informantnummer, tidspunktene, og kjøretid. Ukeplanen ble sendt til teamet slik at de eventuelt hadde mulighet til å planlegge samarbeidsmøter jeg kunne delta på i forhold til ukeplanen. Intervjuene ble gjennomført på informantenes kontor eller nærliggende møterom med døren lukket og uten innsyn. I følge Tjora (2017) kan det være lurt at informanten velger sted for intervjuene og at dette er på deres arena. Under alle intervjuene satt jeg ovenfor eller i en stol ved siden av informanten. Situasjonen i to av intervjuene, hvor disse ble gjennomført på kontor/møterom i enhetens lokaler, var at det ble avbrytelse fra kollegaer av informanten i forhold til pasientsaker. Ved avbrytelse ble båndopptakeren satt på pause og spørsmålet gjentatt ved oppstart etter pausen. Intervjuguidene ble ikke sendt ut i forkant av intervjuet, siden jeg ønsket informantens umiddelbare svar på spørsmålene. Intervjuene varte fra 40 minutter til 80 minutter, i gjennomsnitt en time. I de intervjuene hvor intervjuet varte over en time, avklarte jeg dette med informantene underveis, og passet på at nødvendig spørsmål var stilt innen gitt tidsramme på en time. Flere informanter hadde supplerende informasjon på de siste avsluttende spørsmålene om øvrige refleksjoner om ACT sin rolle i samarbeidet, og om det var noe de generelt ønsket å tilføye. Jeg var da også tydelig før jeg stilte disse spørsmålene, om at jeg hadde noen få siste spørsmål avslutningsvis. Dette samsvarer med Johannessen et al. (2010) anbefaling om avslutning på intervjuet, hvor forskeren bør være tydelig på at intervjuet nærmer seg slutten. Etter intervjuene takket jeg for deltagelsen. Alle informantene takket ja til å få tilsendt masteroppgaven i etterkant. I følge Tjora (2017) er det viktig at resultater fra forskningen formidles tilbake til deltagerne.

Overskriftene i intervjuguiden ble brukt som overgang mellom de ulike emnene. Spørsmålene var formulert som åpne spørsmål som kunne belyse ulike aspekter i forhold til å besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen min. Jeg valgte imidlertid en åpen tilnærming til intervjuguiden og hadde fokus på god dialog med informanten. Intervjuguiden var således kun en veileder under intervjuet slik at det skulle være mulig å analysere dataene mot hverandre ved at de samme momentene ble belyst. Dette innebærer en form for standardisering, hvor svarene kan sammenlignes og lettere analyseres (Johannessen et al., 2010). Jeg valgte å inkludere spørsmål for å teste ut hva tidligere informanter hadde sagt eller

uklarheter etter den deltagende observasjonen. Jeg stilte også oppfølgingsspørsmål i forhold til hva informantene fortalte, og var hele tiden åpen for nye aspekter jeg ikke hadde tenkt på. Formen på intervjuet var således semistrukturert, hvilket innebærer at forskeren bruker intervjuguiden overordnet med tilpasninger og fleksibilitet underveis (Johannessen et al., 2010). At forskeren tilpasser intervjusituasjonen i forhold til innspillene fra informantene viser at intervjueren lytter og det bygger tillit. Dette igjen har innvirkning på datainnhenting (Thagaard, 2013). Såkalte prober eller utfyllingsord som hm... ja.. nikke kan skape flyt i samtalen og bidra til mer informasjon om det informantene prater om (Thagaard, 2013). Jeg benyttet meg av dette i stor grad.

Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker etter samtykke fra alle informantene. Bruk av båndopptaker medførte at jeg kunne utelukkende fokusere på dialogen. Alle intervjuene transkriberte jeg ifra båndopptakene til bokmål, hvor transkriberingen ble gjort fullstendig i forhold til pauser, prober, latter og avbrytelser i intervjuet. Transkriberingen sjekket jeg flere ganger mot originalopptaket i etterkant av transkriberingen. I følge Tjora (2017) er det vanskelig i transkriberingsfasen å vite hva som kan ha betydning i analysen, og det kan derfor være lurt å fullstendig transkribere lydopptakene. Å transkribere teksten til bokmål kan bidra til anonymisering (Tjora, 2017). Mengden data ble 303 sider transkriberte tekstsider med skriftstørrelse 12, enkel linjeavstand, men med mellomrom mellom linjene når informant og jeg sa noe. Transkriberingen tok 65 timer.

I det overnevnte har jeg beskrevet hvordan jeg benyttet observasjon og dybdeintervju til innhenting av empiri. Som beskrevet benyttet jeg meg også av dokumenter for å øke min forståelse for praksisfeltet, som jeg nå vil redegjøre for.

3.3.3 Dokumenter

I casestudie innhentes mye informasjon om få enheter. I tillegg til gjengitt litteratur i kunnskapsstatus og teori benyttet jeg i stor grad ACT-håndboken som i detalj beskriver ACT-modellen. Håndboken inneholder informasjon om hvordan teamene skal være organisert, hvilke pasienter som skal inkluderes, samt hvordan teamene skal jobbe for å være et ACT-team (Aakerholt, 2010). I tillegg fikk jeg tilgang på bakgrunnsdokumenter med oversikt over

antall henvisninger og avslag til/fra teamet det siste halvannet året. Jeg har benyttet dokumentene både i funn, drøfting og teorigrunnlag.

3.3.4 Oppsummering datainnhenting

Oppsummert har studien følgende datagrunnlag:

Observasjon	Dybdeintervju	Dokumenter
20 timer deltagende observasjon: <ul style="list-style-type: none"> • 7 formelle teammøter • 5 uformelle teamsamlinger • 4 samarbeidsmøter • 4 samarbeidstelefoner • Fulgt psykiater i teamet 3 ½ time (ikke pas. kontakt). 	9 dybdeintervjuer: <ul style="list-style-type: none"> • 3 kommunalt ansatte • 3 ansatt i sykehuset/DPS • 3 ansatt i ACT-teamet 	Benyttet teorier, forskningsartikler og bakgrunnsdokumenter for å belyse praksisene.

Tabell 3: Studiens datagrunnlag

I det følgende vil jeg redegjøre for hvordan jeg analyserte empirien jeg hadde samlet inn.

3.4 Analyse

Etter innhenting av empiri vil forskeren gjøre en utvelgelse av hvilke data som presenteres og hvordan disse tolkes. Kvalitative forskningsdata gir større rom for tolkninger (Johannessen et al., 2010). Etter datainnhenting hadde jeg omfattende datamengder med transkriberte intervjuer og feltnotater fra deltagende observasjonen. Som beskrevet valgte jeg en adaptiv teknikk. Dette innebærer at jeg gjennomførte datainnhenting og deler av analysen deduktivt på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål som jeg utviklet fra teorien og kunnskapsgrunnlaget. Teorier og spørsmålene ble benyttet underveis i datainnhenting, for å vurdere deres relevans for å forstå ACT-teamets rolle i samarbeidet. I tillegg var jeg åpen for induktive slutninger fra empirien til relevante teorier.

I min studie var jeg også interessert i hvordan de ulike enhetene/nivåene oppfattet ulike temaer. Fokuset var således ikke på enkeltinformantene fra de ulike nivåene, men hvordan de ulike nivåene kunne ha sammenfallende eller ulike meninger om samme tema representert i mitt utvalg. For å kunne analysere hva de ulike informantene mener om samme temaer er det

viktig at forskeren har informasjon fra alle informantene om de samme temaene (Thagaard, 2013). Dette var også utgangspunktet for at jeg valgte en semistrukturert intervjuguide. I alle intervjuene fremkom det nyanser jeg ikke hadde tenkt på. For å unngå å hoppe til raske kategorier ut ifra tilegnet teorikunnskap og antakelser før datainnhenting og derav stod i fare for å miste de nye nyansene valgte jeg å benytte en stegvis-deduktiv induktiv (SDI) analysestrategi. SDI analysen innebærer at forskeren i starten av analysen skal kode empirien induktivt. Dette gjøres ved at det skriftlige datamaterialet gjennomgås og kodes, gjerne med koder som ord eller setninger informantene uttrykte. Kodene utvikles således kun på bakgrunn av empirien og ikke etter planlagte temaer eller antagelser (Tjora, 2017).

I analysen tok jeg utgangspunkt i de transkriberte intervjuene som primærkilde. Feltnotatene fra observasjonen ble brukt som sekundærkilde i etterkant for å belyse dataene fra intervjuene. Alle intervjuene ble satt i en tabell med to kolonner, hvor kodene kunne settes i kolonne to ved siden av teksten i intervjuet. På bakgrunn av de transkriberte intervjuene utarbeidet jeg i først 143 koder basert på fraser eller stort sett utdrag av setninger fra den første intervjuinformanten, hvilket viste seg å være for omfattende. Eksempel på dette:

Transkribert intervju	Empirinær koding
<p>I: Altså det som er hovedforskjellen er at når jeg begynte her så... hadde vi mer samarbeid med ”²⁰sykehuset” fordi vi hadde mer innleggelser... eller flere innleggelser...</p> <p>MS: Mmm....</p> <p>I: Eh... Nå er det litt mindre... for vi har jo folk som blir akuttinnlagt, og som blir langtidsinnlagt også.</p> <p>MS: Mmm....</p> <p>I: Eh... Det jeg opplever med akuttpostene, for eksempel, det er at samarbeidet er veldig avhengig av hvilken behandler eller hvilke kontakter den har i postene.</p> <p>MS: Enkelt personer altså?</p> <p>I: Ja.</p> <p>MS: Mmm....</p> <p>I: At du opplever veldig godt samarbeid med noen.</p>	<p>Hadde mer samarbeid ”sykehuset” før fordi flere innleggelser. Nå mindre.</p> <p>Samarbeidet eks. akutt avhengig av behandler eller kontakter.</p>

²⁰ Navn på sykehuset er anonymisert

<p>MS: Mmm...</p> <p>I: Og... eh... (pause) noen ikke.</p> <p>MS: Mmm....</p> <p>I: At det alltid er greit å... at det er... at vi har noen som er akuttinnlagt som får den samme behandleren hver gang.</p> <p>MS: Mmm...</p> <p>I: Det er en kjempe fordel.</p> <p>MS: Mmm...</p> <p>I: Og der hvor behandleren er med i ansvarsgruppen til vedkommende.</p>	<p>Noen samme behandler hver gang. Kjempe fordel.</p> <p>Behandler med i ansvarsgruppen.</p>
---	--

Tabell 4: Eksempel på empirinær koding

I følge Tjora (2017) kan det vanligvis være 100-300 koder etter 10-30 intervjuer. Jeg gikk derfor tilbake til kodene fra det første intervjuet og forholdt meg til spørsmålene til gode koder fra Tjora (2017:203): 1) kunne man laget kodene før kodingen? og 2) gjenspeiler koden konkret innhold fra det som ble sagt? Etter grundig gjennomgang av de 143 kodene på nytt reduserte jeg antallet til 114. Det fremkom i gjennomgang nummer to at informanten kom tilbake til samme fenomen flere ganger, slik at en del av kodene kun var ulike formuleringer om det samme. For å fjerne dobbeltføringene satt jeg disse 114 kodene i tabell og sammenfattet kodene som kun var synonymer eller videreføring av hverandre. Dette dreide seg imidlertid ikke om neste trinn i SDI, nemlig gruppering etter tema, men var kun en samling av de empirinære kodene som gikk igjen i teksten. Eksempel på dette:

Første kodene	Strukturering/sammenfatning av kodene
<ol style="list-style-type: none"> 1. Veldig spesialiserte i Norge. 2. DPS lite å gjøre med. 3. De i botiltak for syk åpent DPS-miljø. Må "sykehuset". 4. Da kjempe syk. 5. Ikke så stor skille hjemme og DPS. 6. Mer med "sykehuset" og ACT. Samarbeider mer med enn DPS. 7. ACT utspring DPS. 8. "Sykehuset" akuttnivå. 9. Innlagt to døgn, ute igjen. 10. Nesten ikke samarbeid akutt. Mer før når ikke to døgn. 11. Liggedøgn drastisk ned. 12. Ikke tid møte. Skrevet ut før snakket sammen. 13. Av og til telefonutveksling. 14. Ikke møtepunkter. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spesialisert i Norge. 2. DPS lite samarbeid med – de i botiltak for syke – må "sykehuset" og kjempe syke - akutt. 3. Ikke så stor skille DPS og hjemme. 4. Nesten ikke samarbeid akutt – inne to døgn og ut igjen – ikke tid møte. Av og til telefon. 5. E-link. Nytt. Fungerer ikke helt. Ikke alle fått informasjon. Tidsfrister. 6. Innleggsrapport fra bolig. Tilbakemelding etter utskrevet. Ofte ringer de – ikke skjønt fått noe. Varierende grad lest. 7. Informasjon fra bolig ikke videreformidlet neste vaktlag akutt. De ringer da igjen med samme spørsmål. Ikke lest E-link. 8. Sjelden langtidsinnlagte. Annerledes. Møter underveis.

15. E-link innført 16. Når legger inn innleggelsesrapport. Hva vært, medisiner. 17. Informasjon tilbake lenge etter kommet hjem. 18. Fungerer ikke helt – informasjon E-link. 19. E-link et år. 20. Suksessivt innført. 21. Ikke alle fått informasjon, ta det i bruk. 22. Varierende grad lest notatene sender inn.	9. Vi inviterer oss. Vite hva skjer og vil videreføre.
---	--

Tabell 5: Eksempel på strukturering av de empirinære kodene

Summen ble 32 empirinære koder fra det første intervjuet. Jeg beholdt likevel den første versjonen jeg utarbeidet i tillegg, for å lettere finne tilbake til sammenhengen hvor det fremkom i teksten i den senere analysen. Det er viktig at forskeren sørger for en link mellom kodene og utdragene fra datamaterialet (Tjora, 2017). Deretter gikk jeg videre til de åtte andre intervjuene og utarbeidet koder fra disse på samme måte. Totalt endte jeg da med 325 ulike koder som utgjorde mitt kodesett ut ifra det informantene hadde sagt. Etter dette laget jeg en tabell med tre kolonner, en kolonne for hver informant fra samme nivå eks. ansatte på sykehuset/DPS, hvor jeg satte kodene fra informantene ved siden hverandre. Dette for å sammenligne kodene fra informantene fra samme enhet, da ulik erfaring, stilling og profesjon kunne medføre ulik oppfatning om fenomenene til tross for at de arbeidet på samme nivå. Samme systematisering gjorde jeg også med de resterende seks informantene fra de to resterende enhetene. I følge Tjora (2017) vil disse kodene beskrive hva informantene sa og ikke hva de snakket om. Neste steg er da å gruppere disse kodene i kodegrupper (Tjora, 2017). I første omgang identifiserte jeg 6 kodegrupper, hvor en del av de empirinære kodene ble plassert i en restgruppe som ikke skulle brukes i den videre analysen. Etter dette gikk jeg tilbake til teori for å se om teoriene kunne belyse kodegruppene, om noen av kodegruppene omhandlet samme tema og om jeg hadde en kodegruppe hvor jeg trengte å søke etter andre teorier for å belyse temaet. Etter ny gjennomgang av kodegruppene mot ulike teorier og spørsmålene jeg skulle besvare endte jeg opp i fire temaer med tilhørende kodegrupper. Jeg måtte også finne nye teoretiske innfallsvinkler som kunne belyse temaene, samt justere de to første forskningsspørsmålene mine i forhold til funnene mine. Temaene var utgangspunkt for presentasjon av funn. En slik analyseprosess er abduktiv da denne begynner induktivt/empirisk basert og deretter går over i teorier og tidligere forskning, deduktivt (Tjora, 2017). De ulike nivåene av koding jeg hadde gjort gjorde det lettere i analysen å sammenligne enhetene og finne tilbake til de direkte sitatene fra de transkriberte intervjuene. Som beskrevet i 3.3.1 systematiserte jeg også feltnotatene, som dannet utgangspunkt for mine funn.

I det følgende vil reflektere over etiske aspekter som var viktig i min undersøkelse.

3.5 Etiske refleksjoner

Nærheten mellom forskeren og de som studeres ved kvalitative metoder medfører noen etiske og metodologiske utfordringer (Thagaard, 2013). I observasjonen av samarbeidsmøter ble møtedeltagerne informert om min deltagelse som observatør og de samtykket muntlig til dette. Teamleder samtykket skriftlig til min deltagende observasjon i teamet. At teamleder samtykket på vegne av teamet kan ha medført at enkelte teammedlemmer opplevde lite medvirkning i forhold til avgjørelsen om min deltagende observasjon. Alle i teamet var informert om min tilstedeværelse, og observasjonen var åpen. Det var imidlertid frivillig for teammedlemmene hvem jeg var med for å observere samarbeidsmøter. Teammedlemmene uttrykte å være positive til at jeg deltok på møter. Informasjon om prosjektet er viktig for legitimiteten (Tjora, 2017). Å være deltagende observatør i et team i en uke innebar også at jeg var tilstede på de mer uformelle samlingene, som morgenkaffen. Ved et tilfelle fremkom det i en slik setting, tilleggsinformasjon til et møte jeg hadde deltatt på dagen før. Jeg noterte derfor punkter i feltnotatene mine. Et teammedlem kommenterte da at det var ubehagelig at jeg noterte det hun sa. Jeg beklaget da dette, og la vekk notatene. I den videre observasjonen skrev jeg feltnotatet i, eller mellom, møtene.

Å gjøre observasjon i en organisasjon hvor pasientopplysninger deles krever et spesielt hensyn i forhold til ivaretagelse av sensitiv informasjon og anonymisering (Tjora, 2017). Jeg noterte ingen opplysninger i feltnotatene som kunne identifisere enkeltpasienter. I følge Tjora (2017) har sjelden personopplysninger noen betydning i forhold til analysen, slik at det kan være en fordel å unngå og i det hele tatt skrive ned disse opplysningene i feltnotatene. Da mitt utvalg av intervjuinformanter var ansatte i ulike tjenester, er det mindre sannsynlig at deltagelse i undersøkelsen opplevdes fysisk eller psykisk belastende for disse. Det var heller ingen hensikt å skule agendaen for min undersøkelse for informantene. Det er viktig med informert samtykke, og at privatlivet vernes i forhold til muligheten for å identifisere enkeltpersoner (Jacobsen, 2005). Jeg var bevisst om noen av spørsmålene kunne oppleves sensitive for informantene, i forhold til informantens verbale og nonverbale utsagn i så henseende. Dette gjaldt spesielt spørsmålet hvor informanten skulle komme med betraktninger om forbedringer i samarbeidet. Siden dette kunne være et sensitivt spørsmål ble

intervjuet avrundet med to mer nøytrale spørsmål om andre refleksjoner. I følge Johannessen et al. (2010) er det viktig at intervjuene ikke avsluttes med eventuelle sensitive spørsmål, slik at informanten ikke forlater intervjuet med en ubehagelig følelse.

Forskningen er avhengig av en tillit mellom informantene og forskeren i forhold til hvordan forskeren presenterer funnene (Tjora, 2017). Det er kun veileder og jeg som har hatt tilgang til de transkriberte intervjuene, og disse var også anonymisert med informantnummer, hvor kun jeg hadde kodingsnøkkelen til dette. Lydopptakeren jeg benyttet var innelåst i et skap kun jeg hadde tilgang til. På lydopptaket var det også kun nummer på informantene som fremkom. Kodingen mellom navn og informantnummer var oppbevart på passordbeskyttet PC, som kun jeg hadde tilgang til. De transkriberte intervjuene og feltnotatene var også oppbevart på passordbeskyttet PC på annet område enn kodingsnøkkelen. Lydfilene ble slettet etter transkriberingen. Alle disse aspektene ble redegjort for og godkjent av NSD. Mye av etikken rundt intervjuer dreier seg imidlertid om hvordan dataene presenteres i forhold til blant annet anonymisering (Tjora, 2017). Forskeren har et ansvar for å ikke stille informanten i et dårlig lys. I min presentasjon av funn brukte jeg ikke sitater fra dybdeintervjuene eller fra observasjonen som kunne medføre at anonymiseringen av informantene ble satt i fare.

I det følgende vil jeg redegjøre for studiens gyldighet, pålitelighet og generaliserbarhet.

3.6 Refleksjoner over studiens kvalitet

I metoderefleksjon er det viktig å vurdere validiteten og reliabiliteten ved de valgene man har foretatt, og hvordan man har gjennomført undersøkelsen i forhold til empirien man har samlet inn (Tjora, 2017). I følge Tjora (2017) er kriteriene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet gode kriterier, også innenfor kvalitativ forskning, for å vurdere kvaliteten på forskningen²¹.

²¹ I følge Jacobsen (2005), så har enkelte forskere forkastet begrepene validitet og reliabilitet da disse er basert på kvantitativ logikk.

3.6.1 Studiens reliabilitet

Forskningens reliabilitet eller pålitelighet dreier seg om en kritisk vurdering av sammenhengen gjennom hele forskningsprosessen (Tjora, 2017). Ytre reliabilitet sikter til hvorvidt en annen forsker ved å bruke de samme metodene ville gjort de samme funnene, såkalt repliserbarhet. Repliserbarheten er imidlertid ikke like relevant ved kvalitativ forskning da funnene skapes i en relasjon mellom informant og forsker, som ikke lar seg kopiere (Thagaard, 2013). Det som derimot er relevant ved kvalitativ studier er å kritisk vurdere den interne reliabilitet og derav kvaliteten på resultatene (Thagaard, 2013). Den interne reliabiliteten kan styrkes ved at forskningsprosessen gjøres transparent, slik at andre har mulighet til å vurdere resultatene. Dette innebærer også at det teoretiske ståstedet til forskeren presenteres (Silverman 2011:360 i Thagaard, 2013:202-203). Dette har jeg søkt å tydeliggjøre i denne masteroppgaven, hvor jeg har beskrevet og begrunnet gjennomføringen av prosjektet fra valg av tema til resultater. Reliabiliteten kan også styrkes hvis flere forskere deltar i prosjektet (Thagaard, 2013). I mitt prosjekt har jeg arbeidet selvstendig. Imidlertid har jeg i stor grad diskutert relevante teorier og temaet mitt med andre erfarne praktikere både i forskermiljøet og i fagmiljøet, hvilket styrker både min reliabilitet og validitet. Jeg var også bevisst på ”confirmation bias,” og valgte også derfor en analyseteknikk som tok utgangspunkt i hva informantene uttrykte. Dette gjorde at jeg ikke hoppet til raske konklusjoner av funn. I tillegg ble funnene sammenlignet med tidligere forskning om ACT-team.

Hvor deltagende forskeren er i den deltagende observasjonen kan også påvirke påliteligheten av dataene både hvis forskeren opptrer for passivt og for aktivt (Jacobsen, 2005). I følge Tjora (2017) er det viktig at forskeren tilpasser observasjonen slik at det virker minst forstyrrende for de man observerer, samt at forskeren finner en rolle som passer inn i miljøet. Dette var også medvirkende til at jeg valgte en mer deltagende rolle mellom møtene, hvor jeg også deltok i samtalene i teamet om ulike temaer. I de formelle møtene skriver som regel majoriteten av møtedeltagerne notater, slik at det at jeg noterte der ikke skilte seg ut. I forhold til studiens reliabilitet er også forskningseffekten noe forskeren må ta høyde for ved datainnhenting gjennom observasjon. Dette innebærer at de man observerer oppfører seg annerledes når de er klart over at de blir observert. I følge (Tjora, 2017) bør en imidlertid ikke overdrive denne effekten, særlig hvis det ikke dreier seg om videopptak. Det at jeg ikke brukte båndopptaker kan således ha redusert forskningseffekten. Det kan også foregå en omvendt forskningseffekt, hvor forskeren blir påvirket av det som observeres. Dette var noe

jeg var bevisst på, særlig siden jeg til daglig arbeider i et lignende team som det jeg observerte. Intervju kan derimot betegnes som forskningseffekt, siden situasjonen er satt opp av forskeren Tjora (2017). Ved intervju vil også konteksten, altså hvor intervjuet gjøres, kunne påvirke reliabiliteten. Det kan derfor, som nevnt, være en fordel at intervjuene gjøres i informantens naturlige kontekst og at intervjuet er planlagt (Jacobsen, 2005). Som beskrevet fikk informantene selv velge hvor de ønsket at intervjuene skulle gjennomføres og intervjuene var planlagt i god tid med tilstrekkelig informasjon i forkant. Dette kan styrke reliabiliteten.

I intervjuene jeg gjennomførte kan reliabiliteten også svekkes hvis jeg stilte spørsmål informantene ikke forstod, slik at informantene tolket spørsmålet ulikt. Jeg erfarte at spørsmålene jeg stilte om samarbeidet mellom sykehuset og kommunen kunne bli oppfattet forvirrende for informantene. Spurte jeg om samarbeidet mellom kommunen og DPS, kommunene og de psykiatriske seksjonene på Sykehuset, samarbeidet mellom kommunen og ACT-teamet eller alle aktørene? Heldigvis spurte informantene i de første intervjuene hvem jeg siktet til, slik at jeg fikk klargjort dette. Erfaringen fra de to første intervjuene medførte også at jeg var tydeligere i spørsmålsformuleringen i de etterfølgende intervjuene. Bevissthet om dette og tilpasningen bidro til å styrke reliabiliteten.

Reliabiliteten har også sammenheng med hvordan transkripsjon og feltnotater skrives (Fangen, 2010). Som jeg har beskrevet har jeg valgt å fullstendig transkribere alt som fremkom i lydopptaket. Feltnotater vil imidlertid alltid være en forkortning av det som observeres i forhold til hva forskeren vurderer som relevant der og da under observasjonen, og i de utfyllende feltnotatene i etterkant. Som beskrevet, valgte jeg å skille notatene i møtene mellom hva som faktisk ble sagt og mine refleksjoner til dette. At forskeren tolker dataene feil eller setter de i en helt annen sammenheng kan også svekke reliabiliteten (Thagaard, 2013). Den systematiske kodingen jeg benyttet, som beskrevet i del 3.3., gjorde det lettere å finne tilbake til sammenhengen informantene uttrykte seg. Relasjonen forskeren og informanten får blant annet på bakgrunn av kjønn kan også påvirke reliabiliteten (Thagaard, 2013). I min studie hadde informantene ulikt kjønn, roller og alder.

3.6.2 Studiens validitet

Gyldighet eller validitet sikter til om det er en logisk sammenheng mellom det man ønsker svar på og funnene man har gjort (Tjora, 2017). Validitet knytter seg til tolkningene av data og gyldigheten av dette, og om forskeren faktisk har funnet svar på spørsmålene (Thagaard, 2013). Også ved validitet kan det skilles mellom intern og ekstern validitet. Førstnevnte sikter til om fortolkningene stemmer med det enkeltstudie forskeren har gjort, mens ekstern validitet dreier seg om hvorvidt funnene har overførbarhet til andre sammenhenger (Seale 1999:38-41 i Thagaard, 2013:205). For å vurdere den interne validiteten er det viktig at analysen beskrives detaljert, slik at den som vurderer forskningen har mulighet til å vurdere hvordan tolkningene av dataene har blitt gjort. Observasjon som metode gir høy validitet i forhold til om forskeren måler det den skal måle, da situasjonen ikke er betinget av forskeren som ved intervju og spørreskjemaer (Fangen, 2010).

Et viktig element å vurdere i forhold til validitet er om forskeren har fått tak i de riktige kildene og om informasjonen fra disse er riktig (Jacobsen, 2005). Som beskrevet gjorde jeg et nøye utvalgt av ACT-team på bakgrunn av diverse kriterier. ACT-teamet jeg studerte var således riktig kilde til min studie. Av de ni informantene jeg intervjuet var det tre overleger. Øvrige var ansatt på ulike nivåer i organisasjonene med ulik profesjonsbakgrunn, hvor alle hadde relevant videreutdanning. Alle informantene hadde i tillegg flere års erfaring fra arbeidet med pasientgruppen, og majoriteten av informantene hadde erfaring med pasientgruppen fra ulike arbeidssteder i samme opptaksområdet. Flere hadde også erfaringer fra arbeidet med pasientgruppen fra samme opptaksområdet, før ACT-teamet ble opprettet. Utvalget varierte i alder- og kjønns sammensetning. Intervjuinformantene representerte således breddekriteriene jeg hadde forhåndsdefinert. Hvorvidt informantene snakket sant har jeg klar oppfatning om at de gjorde.

Forskeren må reflektere over hvordan relasjonen forskeren har til informantene kan ha påvirket funnene (Thagaard, 2013). Jeg gjorde studien i eget fagfelt, psykiatrien. At forskeren har en posisjon i miljøet kan på den ene siden medføre at forskeren blir mindre åpen for nyanser som ikke samsvarer med egne erfaringer. På den annen side kan nærheten til miljøet også medføre at forskeren har en større forståelse for situasjonen (Thagaard, 2013). Validitetsvurderingen må gjøres på bakgrunn av hvordan kritikere vurderer at ståstedet kan ha

påvirket forskerens tolkninger, hvilket krever transparens i forskningsprosessen fra forskeren (Thagaard, 2013). Teamet jeg besøkte var klar over min faglige bakgrunn, men ingen av øvrige informanter ble informert om dette. Jeg var likevel åpen om dette hvis informantene spurte om det. Jeg valgte å ikke informere eksplisitt om det for å redusere graden av påvirkning dette kunne få i datainnhenting. Forventningen informanten har til intervjueren er med på å skape rammen for kommunikasjonen i intervjuet (Tjora, 2017). Kunnskap om at jeg arbeidet i et ACT-team selv kunne sannsynligvis ha påvirket datainnhenting fra informantene. Kjennskap til fagfeltet bidro til at jeg hadde god forståelse for en del situasjoner og begreper som ble brukt i intervjuer og observasjon. Eksempler på begreper er TPH m/døgn, TUD, KK, depotmedisinering m.fl. som sikter til ulike regler for tvangsbehandling, kontrollkommisjonen og urinprøver i forhold til rusinntak. I stedet for å bruke tid på å avklare disse begrepene, kunne jeg fokusere på å avklare uklarheter fra datainnhenting relatert til å besvare min problemstilling. Validiteten av data relatert til problemstillingen kan således ha blitt styrket grunnet mitt kjennskap til feltet ved at ressursene ble brukt til å undersøke de sentrale temaene til min studie. Jeg hadde et bevisst forhold til at jeg kunne gå glipp av visse nyanser grunnet min faglige tilhørighet. I de transkriberte intervjuene fremkommer det at jeg viste like stor nysgjerrighet til hva informantene fortalte uavhengig av mine førantakelser. Jeg lot informantene prate rimelig fritt og utforsket de ulike temaene informantene tok opp. Jeg var i tillegg bevisst på å etterspørre hva de mente i saker hvor jeg raskt kunne antatt at jeg trodde jeg forstod det ut ifra min forforståelse. Det at jeg var presentert som mastergradsstudent for intervjuinformantene, gjorde også at de ofte fortalte hva de mente med ulike begreper og utsagn.

Validiteten kan også styrkes ved at resultatene fra studien sammenlignes med resultater fra andre undersøkelser (Thagaard, 2013). Ved sammenfallende resultater som tidligere forskning vil gyldigheten av studien bli styrket, særlig hvis den tidligere forskningen har benyttet andre metoder (Jacobsen, 2005). I min studie vil kombinasjonen av flere metoder, som nevnt, også styrke validiteten. Flere av mine funn samsvarer også med den nasjonale evalueringen av ACT-teamene fra 2014, samt undersøkelsen til Haugen fra 2012 (se del 1.3.2). Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 5 og 6. Sistnevnte benyttet også intervjuer og observasjon, men inkluderte ikke DPS og sykehuset som intervjuinformanter. Den nasjonale evalueringen innhentet, som nevnt i del 1.3.2 dataene fra fire fokusgruppeintervjuer, fem intervjuer og ved skriftlig svar.

For å styrke validiteten er det også viktig at analysen skiller mellom ytringer fra informanter og egne refleksjoner. Det må også redegjøres for hvordan dataene er brukt i analysen (Tjora, 2017). I presentasjonen av funn i kapittel 4 har jeg i stor grad brukt sitater, hvor jeg også har oppgitt hvilket informantnummer som har sagt hva. Dette tydeliggjør hva informantene faktisk har uttrykt. I følge Tjora (2017) vil dette kunne styrke studiens pålitelighet. I etterkant av førsteutkast av kapittel 4 gikk jeg tilbake til de empirinære kodene for å dobbeltsjekke at jeg ikke hadde utelatt viktige elementer i forhold til å belyse problemstillingen. Ved denne gjennomgangen så jeg også kritisk over hva som var utelatt i presentasjonen av funn. Gjennomgangen førte til noen tilføyelser i kapitlet.

Generaliserbarhet vil si om forskningsresultatene også kan overføres til å gjelde for andre sammenhenger (Tjora, 2017), såkalt ekstern validitet. I min undersøkelse vil dette dreie seg om hvorvidt funnene jeg har gjort også er gjeldende for andre geografiske områder i Norge som har et ACT-team. I vurdering av generaliserbarhet er utvalget til studien sentralt (Thagaard, 2013) Som beskrevet avgrenset jeg antall intervjuinformanter til tre stykker fra hvert nivå, grunnet studiens ressursbruk og kombinasjonen med metoden observasjon. En vanlig avgrensning av antall informanter er at forskeren når en metning, hvor det ikke fremkommer nye momenter i intervjuene av nye informanter (Tjora, 2017). I min undersøkelse vil ikke tre informanter være tilstrekkelig til å nå en metning når hver av informantene representerte en kompleks organisasjon. Jeg erfarte likevel at informantene fra samme nivå hadde mange felles refleksjoner rundt temaene. Likeledes var det en viss konsens mellom informantene fra de ulike nivåene. Utvalg bestående av representanter fra alle nivåene er imidlertid et godt utvalg med henblikk på å belyse erfaringer fra alle nivåene. Det at jeg valgte å kombinere intervju med observasjon medførte også, som nevnt, at jeg fikk førstehåndskunnskap om hvordan samarbeidspartnere samarbeidet om brukerne. Statistisk generaliserbarhet fra en kvalitativ studie til en større populasjon vil imidlertid ofte ha lav validitet (Jacobsen, 2005). Studier kan imidlertid ha en teoretisk generaliserbarhet ved at resultatene kan argumenteres for å beskrive fenomener som vil ha overførbarhet til andre sammenhenger (Seale 1999:109 i Thagaard, 2013:211). At lignende studier har funnet de samme resultatene kan også styrke generaliserbarheten. Studien min sitt bidrag og behov for mer forskning, vil jeg komme tilbake til i kapittel 6.

3.7 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg grundig redegjort for hvordan undersøkelsen er gjennomført for å øke transparensten og troverdigheten av studien. På bakgrunn av tilgjengelige ressurser og begrenset nasjonal forskning på temaet valgte jeg kvalitativ metode. Jeg valgte følgelig også en casestudie, for å samle mye informasjon fra flere enheter om fenomenet ACT-team. Metodene var dybdeintervjuer, observasjon og dokumenter. Enhetene jeg undersøkte var ACT-team, psykiatriske seksjoner på sykehus/DPS og den kommunale psykiatritjenesten. Utgangspunktet for valg av enhetene var et ACT-team som stemte med forhåndsdefinerte kriterier. De øvrige to enhetene tilhørte det samme geografiske område som dette teamet. Empirien ble samlet gjennom 9 dybdeintervjuer og 20 timer observasjon av samarbeidsarenaer mellom ACT-teamet og øvrige samarbeidspartnere, samt interne teammøter. Utvalget av informanter ble gjort i samarbeid med teamleder også etter forhåndsdefinerte kriterier, hvor det ble rekruttert tre informanter fra hver enhet. Dybdeintervjuene ble gjennomført med semistrukturert intervjuguide, hvor jeg var åpen for nye innfallsvinkler fra informantene. Analysen ble gjort abduktivt og ledet ut i fire temaer, som er utgangspunkt for presentasjonen av funn i det neste kapittelet. Avslutningsvis i metodekapittelet har noen etiske aspekter ved min undersøkelse blitt belyst, og jeg har vurdert studiens kvalitet i form av funnernes pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet. Alle intervjuer ble fullstendig transkribert og feltnotatene ble strukturert i observasjoner og egne refleksjoner. Funnene er ikke diskutert med informantene, men jeg har diskutert studien min med erfarne forskere og praktikere, for at disse kunne gi tilbakemelding på om det jeg skrev og sa muntlig ga mening. Jeg også vurdert min egen rolle og faglig tilhørighet, og tilstrebet å unngå confirmation bias, blant annet ved at jeg brukte semistrukturert intervjuguide og abduktiv analyseteknikk. I tillegg benyttet jeg ulike metoder for å styrke funnernes gyldighet, og jeg har vurdert mine funn mot tidligere forskningsresultater og ulike teoretiske vinklinger. Mine funn samsvarer i stor grad med tidligere nasjonale forskningsfunn. I presentasjonen av funnene har jeg hovedsakelig benyttet direkte sitater. Jeg har også vektlagt at ingen informanter i for stor grad skal dominere i teksten. I kapittel 6 vil jeg redegjøre for studiens bidrag og begrensninger.

4 Funn

Denne delen presenterer funn om oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål . Oppgavens problemstilling er: *”I hvilken grad bidrar ACT-team til bedre samhandling for personer med alvorlig psykisk lidelse?”*, mens forskningsspørsmålene er:

1. *I hvilken grad har ACT-team behov for å samarbeide med andre tjenesteytere?*
2. *Hvordan påvirker psykiaterfunksjonen i teamet og teamets forankring i spesialisthelsetjenesten samarbeidet med primær- og spesialisthelsetjenesten?*
3. *Hvilken rolle får ACT-team i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere?*

Som beskrevet i 3.3 fant jeg i analyseprosessen fire temaer: 1) ACT-teamets pasientgruppe 2) psykiater i ACT-teamet, 3) samhandling mellom ACT-teamet og ulike tjenesteytere, og 4) samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Denne strukturen brukes i dette kapittelet. Det første temaet belyser det første forskningsspørsmålet. Del 4.2 presenterer funn om tema 2 og besvarer forskningsspørsmål 2, mens del 4.3 og 4.4, inneholder funn relatert til forskningsspørsmål 3. Kapittelet avsluttes med en oppsummering og analyse av funnene.

4.1 ”De faller ikke mellom stolene – de river jo over stolene”

I løpet av uken med deltagende observasjon og intervjuer fikk jeg innsikt i hvilken pasientgruppe det aktuelle ACT-teamet, med 12,2 stillinger, hadde inkludert i teamet. Spørsmål om pasientgruppen var ikke med i intervjuguiden, men informasjonen fra informantene kom likevel frem. En informant uttrykte: *”... jeg tror at mange av de som sitter utenom ACT-teamet skjønner litt lite av hva vi sitter med...”* I det følgende redegjøres det for ACT-teamets vurderinger av hvilke pasienter som ble inkludert i teamet, samt turnoveren av pasienter.

4.1.1 ”De som er dårligst”

I ACT-håndboken beskrives målgruppen til ACT-teamene å være voksne med alvorlig psykisk lidelse, inkludert schizofreni, bipolar lidelse og andre psykoselidelser. I tillegg har pasientene omfattende behandlingsbehov og betydelig funksjonssvekkelse (Aakerholt, 2010).

Den nasjonale evalueringen av ACT-teamene viste at teamene hadde lyktes i å rekruttere denne målgruppen (Ruud & Landheim, 2014). Informant 6 forklarte utvalget slik:

De skal ha en psykoselidelse og det skal ikke ha fungert tilstrekkelig med eksisterende tilbud, eller være en reel gevinst på at man går inn som team.. At de hele tiden glipper, isolerer seg.. nekter å åpne til de som kommer fra kommunen, blir dårlige, kommer inn, kommer på tvang, ut også sånn... Den runddansen vi på en måte i utgangspunktet er satt for å forebygge.. (Informant 6).

Som sitatet viser inkluderte teamet pasientene som ikke hadde fungert i eksisterende tilbud, og som ofte var «svingdørspasienter» mellom sykehuset og kommunen. Informant 6 sa at teamet de siste årene hadde samme antall pasienter. Teamet mottok flere henvisninger fra spesialisthelsetjenesten enn fra kommunen, ofte pasienter under tvangsbehandling. To informanter uttrykte at de opplevde et økt trykk fra kommunen om å inkludere pasienter som kommunen hadde ivaretatt, og relaterte dette til ressursbesparelser i kommunen kombinert med økt fokus i kommunen på oppfølging av forløp 1 og 2 pasienter²². På den ene siden uttrykte en informant at teamet hadde en håndfull pasienter de gjerne ville overført til kommunal oppfølging, og en annen informant sa at overgangene til kommunal oppfølging kan være en utfordring i forhold til å avvikle pasienter fra teamet. På den annen side sa informant fra kommunalt nivå at overføring av pasienter til teamet ser ut til å gå fra spesialisthelsetjenesten, mens denne kanskje burde gått via kommunen. Informanten sa også at kommunen var usikker på om teamet inkluderte de som trengte tilbudet mest. Informant 4 på sykehusnivå sa: ”ACT er et team vi vet hva gjør, hva står for og hvem søke. De er tydelig i egen framstilling”. Så langt i 2017 hadde teamet 1 henvisning fra kommunen og 7 fra sykehus/DPS. 6 av disse ble inkludert i teamet. I 2016 hadde teamet 21 henvisninger, hvor 16 av disse var fra sykehus/DPS, 2 fra fastlege, 2 fra kommunen og 1 fra rusinstitusjon. 16 av disse pasientene ble tatt inn i teamet, hvilket innebærer at ca. 16 pasienter i ACT-teamet hvert år skrives ut til et annet tilbud. Informant 2 uttrykte:

Man er frustrert over at vi driver og skal plukke pasienter, men hadde de sett hva vi har av pasienter så ser de jo at vi plukker jo ikke... Vi tar de der det virkelig.... De som er dårligst.

Sitatet illustrerer ACT-teamets fokus på å gi et tilbud til de pasientene som har størst behov. Vi skal nå se på funksjonsnivået til pasientene som har ACT-tilbudet.

²² Forløp 1 omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige. Forløp 2 omfatter kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (Helsedirektoratet, 2014).

4.1.2 Status pasientene

ACT-teamet hadde på undersøkelsestidspunktet i underkant av 100 pasienter. 31 av disse var på tvang utenfor døgninstitusjon (TUD), hvilket medførte at teamet hadde ansvar for å forvalte tvangsoppfølgingen. 11 pasienter var tvangsinnlagte på psykiatrisk seksjon på sykehuset under tvungen psykisk helsevern med døgnopphold. 3 av pasientene på TUD hadde også tvangsmedisineringsvedtak. I følge informant 6 håndterte teamet majoriteten av tvangspasientene tilknyttet DPSet. En informant anslo at 10-30 pasienter i teamet kun var aktuelle for innleggelser på sykehusnivå, og ikke på DPS nivå, ved behov for innleggelser. 1/3 av pasientene i teamet bodde i kommunale botiltak med boligpersonalet tilgjengelig for pasientene hele eller store deler av døgnet. Informant 1 uttrykte om disse:

”... de som bor i botiltak, de er såpass syk at de passer ikke inn i et sånt åpent DPS-miljø... Hvis de blir sykere enn at de kan være hjemme, så må de nesten på ”Sykehuset”²³... .. for da er de kjempe syk. ”

Sitatet illustrer det lave funksjonsnivået til pasientene som bodde i bemannet bolig i kommunen, i perioder hvor de blir psykisk dårligere. Tilsvarende sa informant på sykehusnivå om de pasientene de behandlet inneliggende:

Vi jobber ofte med ekstremt kompliserte saker... kanskje de mest kompliserte sakene som er..... Vi jobber jo med en kombinasjon av psykoselidelse, en rusproblematikk ofte og kanskje spesielt noe voldsproblematikk...(Informant 5)

Sitatet viser at pasientene som har behov for innleggelse på spesialpost på sykehuset ofte har sammensatte utfordringer i tillegg til den alvorlige psykiske lidelsen. Informant 6 og 2 uttrykte også at teamet hadde fått flere pasienter som var dømt til tvungen psykisk helsevern. En av pasientene i teamet hadde begått flere drapsforsøk. Teamet opererte med fargekoding av status:

Fargekode	Forklaring	Antall
Rød	Pasienter i krise eller fare for: skade seg selv eller andre, bli utnyttet av andre, ustabil bopel, ukritisk bruk rusmidler/endret rus-atferd, randen av tilbakefall, nekter å ta medisiner, ikke mottar helsetjenester, omfattende behov ikke tatt hånd om.	19
Gul	Samarbeider med helsevesenet, men fortsatt ustabil, ingen stor risiko/fallhøyde, behov omfattende behandlingsplan, ustabil bopel/eller sosiale omstendigheter.	29
Grønn	Pasienten er stabil og mottar tilbudte tjenester, klar for å overføres til andre tjenestetilbud.	27
Svart	Pasienten befinner seg i avdeling.	19

²³ Navnet på sykehuset er anonymisert.

Stripete	Dømt til tvunget psykisk helsevern	3
----------	------------------------------------	---

Tabell 6: Oversikt over status på pasientene i observasjonsuken

Tabell 6 viser at teamet på fredag i observasjonsuken hadde behandleransvar for 48 hjemmeboende pasienter i ustabil fase, rød eller gul, samt 3 pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern. Statusen på pasientene ble endret daglig ved behov. I neste underkapittel beskrives funksjonsnivået og prognosen til pasientene ytterligere.

4.1.3 Funksjonsnivå og prognose

I følge flere informanter hadde mange av pasientene i teamet rusproblematikk i tillegg til den alvorlige psykiske lidelsen. Informant 2 uttrykte følgende om denne pasientgruppen: *”Det er de her dobbeltdiagnosepasientene som virkelig bare... de faller ikke mellom stolene – de river jo over stoler.”* Det fremkom også fra flere informanter at flere av pasientene hadde svært lavt funksjonsnivå i forhold til daglig fungering.

Det er så kaotisk i den leiligheten og det er håndduker oppi toalettet, og det er avføring oppetter veggene. Det er så trasig.... han har revet ned brannvarsleren... han har tent bål på bordet sitt. Han ruser seg med alt, og hvis han får tak i noen tabletter.. så tar han de og... (Informant 2).

Det ble også beskrevet fra informanter fra ulike enheter at mange av pasientene i liten grad klarte å møte opp på tilbud på egenhånd. Informantene uttrykte også bekymring for hvem som skulle ivareta disse pasientene, hvis pasientene selv måtte oppsøke hjelp.

Pasienter som egentlig har veldig behov for oppfølging, men ikke klarer å møte opp på de tilbudene. De har behov for en å geleide de dit... det vil si alle pasienter med schizofreni... preget av negative symptomer (Informant 9).

Vi ser at med mange av de vi har, så er det jo ikke sånn at de dukker opp så veldig mye for egen maskin, så det å være på er viktig for å få ting til å skje (Informant 6).

Informant på kommunalt nivå var også bekymret for tilbudet til disse pasientene:

En del av de, forutsatt at de hadde hatt bare kommunale tjenester, så ville man mistet dem... vi ville sagt at nei, vedkommende ønsker ikke... han viser med all sin kroppsholdning og sin væren og verbalt at han ikke vil ha noen ting med oss å gjøre... så vi hadde skrevet de ut (Informant 3).

Et funn var også at dette i følge informant 6 ikke var en pasientgruppe som var opptatt av sine pasientrettigheter med langtidsbehandling for sin psykiske lidelse.

Man implementere jo et psykoseforløp som sier noe om alle rettighetene pasienten har... Den utfordringen vi har er jo stort sett at pasientene ikke ønsker noen behandling. Så det at de har rett på behandling i fem år er dem revnende likegyldig når de helst vil slippe å se oss igjen.

To ulike informanter fra ulike enheter beskrev at pasientene i ACT-teamet hovedsakelig var forløp 3 pasienter²⁴. Erfaringer med prognosen for denne pasientgruppen var delte, og observasjonsperioden viste også at det varierte hvor godt funksjonsnivå pasientene i teamet hadde. Informant 3 uttrykte: *"I et recovery-perspektiv, så snakket man om bedring. Det betyr utvikling, det må og bety at man må kunne forvente en større turnover i team som jobber med forløp 3."* Det fremkom at en del av pasientene ble skrevet ut fra ACT-teamet kun til fastlegen, mens en informant uttrykte at 5-10 av pasientene som ble skrevet ut ville ha behov for like langvarige tjenester på annet nivå.

Sånn at et-to år så forventer man at folk skal ha kommet seg såpass videre at de kan nyttiggjøre seg mer vanlig tilbud, og klart for enkelte pasienter som har vært 45 år i psykiatrien... så anser jo jeg det som relativt urealistisk at de plutselig skulle begynne å fungere på et mye høyere nivå. Jeg synes jo det er spesielt at en kronisk lidelse skal slutte etter to år, og man ville ikke sagt det til en med diabetes at to år, så mener vi at du med recovery-tankegang vil klare deg på egenhånd uten videre oppfølging (Informant 6).

En schizofren pasient blir ikke mindre schizofren om ti år (Informant 9).

Sitatene indikerer at informantene mente at pasienter med alvorlig psykisk lidelse i flere år ville trenge oppfølging og behandling. Informant 6 sammenlignet dette med oppfølging av en kronisk somatisk lidelse, som også krever langvarig behandling og oppfølging.

Oppsummert så viser funnene om pasientgruppen i ACT-teamet at dette var personer med alvorlig psykisk lidelse med lavt funksjonsnivå, som ofte også hadde ulike tillegg utfordringer som rus og voldsproblematikk. Det fremkom også at flere av pasientene i liten grad selv ønsket hjelp av helsevesenet, og at den pågående måten ACT-teamet jobbet på hadde en viktig funksjon i så henseende. Funnene viser også at denne pasientgruppen hadde

²⁴ Forløp 3 omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser (Helsedirektoratet, 2014).

behov for langvarig behandling og oppfølging. Dette til tross viser også funnene at ACT-teamet klarte å overføre ca. 16 pasienter, 16,5 % av pasientene, hvert år til lavere omsorgsnivå.

Gjennom datainnhenting ble det også tydelig at psykiater i ACT-teamet hadde en spesiell funksjon i teamet. Funnene presentert her belyser forskningsspørsmål 2 om *Hvordan påvirker psykiaterfunksjonen i teamet og teamets forankring i spesialisthelsetjenesten samarbeidet med primær- og spesialisthelsetjenesten?*

4.2 ”Sesam lukk deg opp”

I følge ACT-modellene skal ACT-teamene ha psykiatere inkludert i teamet. 8 av 9 informanter uttrykte at psykiaterne i ACT-teamet hadde en spesiell funksjon. Dette dreide seg blant annet om forankring av behandleransvar, og tvangsoppfølging av pasientene. En informant fra kommunalt nivå uttrykte seg kritisk til at ACT-teamet fungerte som det operative instrumentet for tvangsutøvelse for spesialisthelsetjenesten:

Det jeg får høre... det er jo at de på en måte er det operative instrumentet for tvangsutøvelse i veldig stor grad ... tvangen må jo høre hjemme hos behandler – man må ikke bortsette tvangen hos en annen behandler, bare fordi at det ligger til rette eller at man antar at den instansen har bedre tid til å gjøre det (Informant 3).

Sitatet kan tyde på at informanten var kritisk til at mye av tvangsbehandlingen på DPS var forankret i ACT-teamet, nettopp fordi de hadde psykiater.

Det fremkom også at psykiater i teamet var avgjørende for at teamet skulle fungere som en del av spesialisthelsetjenesten, og derav et av elementene som skilte ACT-teamet fra et ambulant kommunalt team. Psykiatere hadde også en nøkkelfunksjon i samarbeidet med øvrig spesialisthelsetjeneste. Dette illustreres med følgende sitater fra informant 2, 6 og 7:

Man har jo en mer gyldiggjøring tenker jeg, i diskusjoner med andre. Man har folk med samme utdanning, som de som sitter inne på sykehuset og DPS (Informant 6).

Jeg tror det har noe med autoriteten til... spesielt den psykiaterfunksjonen. Jeg har observert det på møter at de har en forståelse for hverandre de legene og psykiaterne. Kombinerer man det med ACT-funksjonen, som den psykiateren jeg tenker på som er flink til å tale kommunens sak da, så blir det bra (Informant 7).

De har hatt en forkjærlighet for at de vil ha oss.. inn som psykiatere. At psykiateren på den avdelingen.. skal snakke med doktoren her (Informant 2).

De første sitatene belyser at psykiaterne kunne ha en annen autoritet og gyldiggjøring i samarbeidet med sykehuset og DPS. Det siste sitatet indikerer i tillegg at overlegene på sykehuset ofte ønsket å kommunisere direkte med psykiateren i ACT-teamet. Dette ble også bekreftet av to informanter på sykehusnivå:

Veldig mye der går gjennom psykiateren... så det er ofte det som er kontaktleddet mitt med ACT (Informant 4).

De må jo på en måte ta den endelige avgjørelsene i forhold til hvordan oppfølging teamene skal tilby i form av... altså dem viderefører det medisinske... Det er jo absolutt ofte psykiateren og lederen man kommuniserer med, i hvert fall hvis det er veldig vanskelige caser hvor det er mye endringer (Informant 5).

Psykiaterne i teamet brukte også mye tid på medisinendringer og samarbeid med fastlege, boligpersonalet, psykiatriske seksjonene på sykehuset og apoteket om dette. Raske medisinjusteringer kan ofte være avgjørende for å unngå unødvendige innleggelser.

Det er jo vi som i det daglige er en slags fastlege for mange... Der vi fra dag til dag sitter på medisinendringer, symptomendringer, funksjonsendringer og har forholdt oss til de lange linjene (Informant 2).

Mange ganger så må man også til med en innleggelse. Men mange ganger så trenger det ikke å bli det... det kan være bare en medisinjustering i boligen av psykiateren i ACT-teamet... sånn at vi får løst det uten å måtte innom sykehuset (Informant 7).

Vi ser at psykiaterne fulgte pasientene tett over tid i forhold til nødvendige medisinjusteringer.

Under teammøtene drøftet to psykiatere i teamet blant annet videre medisinerings av pasienter. Psykiaterne hadde delt pasientgruppen likt mellom seg. I tillegg hadde de en funksjon for øvrige teammedlemmer: *"Det er jo en veldig både fagbyggende og god backing i forhold til alle andre i teamet, som blir tryggere på å stå i oppgaver..."*(Informant 6). Under observasjon av teammøtene veiledet psykiaterne øvrige teammedlemmer ved flere anledninger. Flere informanter hadde også eksempler på at psykiater i teamet også utførte andre ikke spesialistrelaterte oppgaver, i likhet med øvrige teammedlemmer, og at dette kunne være viktig for relasjonen mellom pasientene og psykiaterne. Informant på sykehusnivå forklarte:

Jeg og overlegen på ACT har stått å skrubbet ned en leilighet for en pasient. Det er kanskje ikke det du ser for deg at en velutdannet psykiater skal gjøre.. Det kommer han sikkert alltid til å huske at "hun/han" gjorde (Informant 5).

Flere informanter uttrykte også at det å være psykiater i teamet åpnet opp for å få til andre avtaler og muligheter for pasientene. Dette illustreres gjennom følgende utsagn:

I egenskap av at jeg kommer i overlegeskiltet, så er det jo litt sånn sesam lokk deg opp... Så jeg har muligheten til å få til ting som jeg tror ikke ville vært mulig for den personen ellers (Informant 2).

Og der føler jeg også at jeg sitter og har en meklerrolle mellom rus og psykisk helsevern... Det at ACT nå står som henviser, og at vi forklarer litt om hva vi har tenkt, så tar dem i mot til avrusning og til behandling ... De får henvisninger der det står schizofreni, så har de hatt en historie på at dem nesten ikke leser henvisningen tror jeg. Vi har pasienter med schizofrenidiagnose, men som er super adekvat behandlet og som i aller høyeste grad kan nyttiggjøre seg en sånn type behandling.... Men vi må være kjempe nøye på at når vi gjør den vurderingen, så må den være rett. At vi er pålitelige og at vi tar ansvar, hvis noe skjærer seg så er vi der og følger opp (Informant 2).

Utsagnene kan forstås som at posisjonen en overlege har i helsevesenet kan være avgjørende for behandlingstilbudet pasientene får fra andre tjenesteytere. Psykiaterne kunne også overta behandleransvaret hvis det ikke fungerte i annet tilbud. Dette illustreres med følgende sitat:

Vi sitter i lag og lager avtaler der det er helt uttrykkelig, og det er noe av det viktigste inne på et DPS, at hvis denne personen drar fra DPSen, så gjør det ingenting. Jeg tar ansvaret. Skriv rett ut - da er han min igjen (Informant 2).

Sitatene viser behandleransvaret som fulgte med overlegerollen både på DPS og i ACT-teamet.

Det fremkom også fra flere informanter endringen etter at ACT-teamet med psykiaterfunksjon ble opprettet i forhold til tilbudet til denne pasientgruppen:

Jeg har jobbet i akuttpost også før denne siste perioden, før ACT, og det er absolutt en forbedring i forhold til sånn det var da det var enten DPS eller i hjemmet. Særlig til de kroniske pasienter som har varierende grad av funksjon.. mindre destruksjoner av boliger og kortere innleggelser, ikke minst (Informant 4).

For kommunen så er jo tilgangen på spesialist ute en helt annen nå. For det var jo ikke i realiteten noe tilbud før (Informant 6).

Dette kan indikere at ACT-teamets tilbud, inkludert ambulant arbeidende psykiatere ute i kommunen der pasientene bor, medførte færre innleggelses og mer stabil boligsituasjon:

Når behandler befinner seg i ACT, så er veien lettere til en innleggelse når det er nødvendig. For spesialisthelsetjenesten så er det klart en fordel, fordi antall liggedøgn på kjente pasienter har gått drastisk ned, selv om innleggelsene er hyppigere. Så på den siden, så er jo det her et masterpiece (Informant 3).

Den gruppe pasienter de følger opp har vært mer stabilt etter at ACT har startet behandlingen, og de har fått tror jeg 100 % bedre behandling enn de har hatt før (Informant 9).

Sitatene kan forstås som at mulighet for å legge inn pasienter tidligere medførte kortere innleggelses, samt at ACT-oppfølgingen gav stabilitet til pasientene som fikk dette tilbudet.

Oppsummert ser vi at psykiaterne i ACT-teamet hadde avgjørende funksjon i forhold til behandlingstilbudet pasientene fikk. Kompleksiteten i antall tjenesteytere denne brukergruppen hadde behov for hjelp fra valgte jeg å kategorisere under det neste temaet, som omhandler samhandlingen mellom ACT-teamet og ulike tjenesteytere. Dette temaet belyser forskningsspørsmål 3: *Hvilken rolle får ACT-team i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere?*

4.3 ”Vi har samarbeid med alt mellom himmel og jord”

Jeg følger etter teammedlemmene inn på møterommet. Alle veggene er dekket med diverse tavler, bortsett fra den ene kortveggen som består av vinduer. Rommet er lite med et stort ovalt møtebord med stoler, som fyller det meste av møterommet. Jeg setter meg nederst på den ene langveggen, slik at jeg kan se pasient-tavlene. Ved siden av meg sitter en sommervikar på opplæring, utenom henne er det åtte teammedlemmer tilstede. Alle sitter med notater, avtalebøker og telefoner. Stemningen er god og avslappet. Møtet begynner umiddelbart ved at et en av psykiaterne går igjennom pasientene på tavlen. Den første pasienten som blir tatt opp dreier seg om en pasient kommunen sliter med. ”Det er folk i kommunen som ikke vil være på jobb på grunn av pasienten.” Det diskuteres rundt bordet. Psykiater sier at det skal kuttes ned på intervallene på depotmedisineringen til pasienten og at dette kanskje vil hjelpe... Det tas opp en annen pasient i teamet hvor en i teamet skal ta kontakt med sykehjemmet som pasienten nylig har blitt skrevet ut til, for å høre hvordan det går. ”Det er viktig at sykehjemmet vet at spesialisthelsetjenesten er inne”.... En i teamet informerer om at han har lest i pasientens kommunale journal at pasienten har vært ufin mot hjemmesykepleien. En i teamet skal reise dit i dag.... Det sendes sjokolade rundt møtebordet... En annen i teamet informerer om at han har lest i pasienten sykehusjournal at pasienten igjen er skjermet inne på sykehuset... En annen pasient har klaget på tvangsmedisinering. Pasienten skal ha sagt at hun ikke får glede av narkotikaen med disse medisinene.... Det diskuteres i teamet hvilken fargekode de skal

sette på den ene pasienten. "Er det mer stabilt nå?" En annen pasient ønsker at teamet skal være vitner på signering av testamentet sitt. "Kan vi gjøre dette?" Det informeres om en pasient hvor øre/nese/hals lege frykter at pasienten har fått kreft. Pasienten møter ikke til innkallingene, og den somatiske legen forstår ikke hvorfor. Psykiater i teamet skal prate med pasienten og forsøke å motivere pasienten til å prioritere dette fremfor tannlegen... Annen pasient har refinansiert huset med 22 % kredittgjeld. Sosionomen skal ta opp dette med pasienten og forsøke å hjelpe pasienten. "Vi får være den store stygge ulven"... Det informeres om samarbeid med en verge, hvor vergen har ringt Fylkesmannen om han likevel kan få betale pasientens husleie, selv om pasienten nekter dette. Vergen vil gjerne betale husleien... Pasient som ønsker hjelp til å søke startlån. "Han mener han er Napoleon og vil gjerne bli jurist." "Vi får begynne med bolig."...

Dette er et utdrag fra de daglige teammøtene hvor jeg var tilstede og observerte. Teammøtene varte fra 45 minutter til to og en halv time. Sistnevnte ved ukeskoordinering. Alle teammedlemmer som var på jobb skulle i utgangspunktet delta på disse møtene. Det var et høyt tempo i disse møtene og tidvis vanskelig å henge med på skifte av temaer og problemstillinger. Strukturen var at det ble diskutert rundt hver enkelt pasient, der hvor det var behov for informasjonsutveksling eller drøftinger. Utdraget illustrerer problemstillingene teamet måtte forholde seg til både i forhold til pasientenes psykiske helse og et mangfold av ulike samarbeidspartnere. Dette illustreres med sitat fra informant 6:

Vi har jo samarbeid med alt mellom himmel og jord i kommunen." "Man samarbeider jo med fengsel, politi, apotek, ambulanse, legevakt, vaktmestere i boliger, borettslag, advokater, fylkeslege, NAV, alle i kommunen"²⁵.

I dette sitatet oppsummerte informant 6 ti ulike samarbeidspartnere som eksempel på at teamet samarbeidet med de som var nødvendige for å følge opp pasientenes behov.

I den deltagende observasjonen observerte jeg også at psykiater ble oppringt av ny behandler



på annet DPS angående en tidligere pasient av psykiateren i teamet. Problemstillingen var at pasienten ikke hadde møtt til kontrollundersøkelse i forhold til tvangen hos ny behandler. Psykiater i teamet intervenerte da både med å veilede/drøfte saken med ny behandler, og ved å kontakte pasienten selv for å forsøke å bistå i kontakten mellom pasient og ny behandler.

Teamet var organisert slik at en seksjon i kommunen hadde avgitt fire stillinger til ACT-teamet. Disse fire kommunalt

Bilde 1: Illustrasjonsbilde av møterommet til et ACT-team

ansatte hadde tilgang på den kommunale pasientjournalen, og de hadde delt ledelse til teamleder og til den kommunale ledelsen i kommunen. Sistnevnte ved å blant annet delta på fag – og personalmøter ved den kommunale enheten. De øvrige teammedlemmene var ansatt under et DPS ved sykehuset som en del av spesialisthelsetjenesten med tilgang til pasientenes sykehusjournal. Alle teammedlemmene arbeidet som et tverrfaglig team som delte informasjonen i de daglige teammøtene. Dette illustreres av en informant fra en annen enhet enn teamet: ”Jeg deler ikke inn det teamet i kommunal del og andrelinjetjenestedel. De fungerer som team.... de tar felles vurdering.. For folk har muligheten for å se ting fra begge sider” (Informant 9).

De pasientene som var inkludert i ACT-teamet fikk ikke oppfølging i den tradisjonelle psykiatrienheten i kommunen, men det ble gjennomført overlapp mellom disse to enhetene ved overføringer frem og tilbake. Informant 9 uttrykte om dette:

I det siste så har det blitt en vane om å ikke gi tilbud fra kommunen til pasienter som følges av ambulante team fra andrelinjetjeneste, sånn som ACT. Hvis de teamene skal ... være i stand for å overføre pasienten til videre oppfølging i kommunen etter hvert, så bør det være et parallelt samarbeid og delvis fordeling mellom oppgaver.

Sitatet fra informant 9 kan forstås som et uttrykk for at teamet burde hatt noen felles pasienter med oppfølgingstjenesten i kommunen, for å lette overgangen til lavere omsorgsnivå når det var mulig. I følge informant 3 arbeidet den kommunale psykiatrienheten primært med forløp 1 og 2, mens ACT per definisjon arbeidet med forløp 3. Den kommunale enheten i kommunen ivaretok også forløp 3 pasienter, som ikke var inkludert i ACT-teamet. Det ble beskrevet at det kunne være problematisk hvis det ble for mange ”kokker”, samtidig som en informant uttrykte bekymring rundt belastningen teamet hadde ved å ikke samarbeide med denne enheten i kommunen:

Hvis ACT ikke får den støtte og ikke får muligheten for at en del av oppfølgingen fortsetter i kommunen, så klarer de ikke... De er et lite team og det er over hundre alvorlig psykisk syke pasienter de har kombinert med rus.... mange av dem på tvang... Så de få menneskene tror jeg blir solgt (Informant 9).

Informant 9 sitt utsagn kan indikere at vedkommende mente at teamet hadde for stor belastning med et stort antall alvorlig psykisk pasienter, og at samarbeidet med kommunen derfor var helt nødvendig for at teamet skal kunne fungere på lang sikt.

Som beskrevet av informant 6 bodde 1/3 av pasientene i kommunale botiltak med oppfølging fra en annen enhet i kommunen enn den som hadde avgitt stillinger til teamet. I tillegg mottok noen pasienter tjenester fra hjemmesykepleien og blant annet hjemmehjelp. Informant 3 uttrykte bekymring om pasientene fikk for mye tilbud ved å ha både ACT-teamet og kommunalt botiltak: *”Er det konseptet, eller pakker vi for mye tjenester på en del brukere, og dermed hindrer bedringsprosesser?”* I følge informant 9 erfarte imidlertid denne at antall innleggelses økte når pasientene til teamet mistet de kommunale botiltakene:

Jeg ser at det er flere og flere, for eksempel pasienter som følges av ACT, som blir oftere innlagt fordi de har mistet tilbudet.. Særlig de som for eksempel bor i bolig med base, som har vært avhengig av trygg personale, i helgene og på ettermiddag. De er i utgangspunktet paranoide pasienter som har symptomer, selv om de er godt medisineret, og når de ikke har den tryggheten for å møte de trygge personene på ettermiddagene, så blir de dårlig og da er det mer innleggelses.

Informant 6 uttrykte følgende om kontakthypigheten de hadde med pasientene i teamet:

Den muligheten vi har ute, sånn over en viss tid er jo opptil to ganger i uken til å møte pasienter. Klart har vi pasienter i akutt forverring, så prioriterer vi annerledes kanskje noen uker.

Hvilken rolle ACT-teamet hadde i samarbeidet med blant annet boligpersonalet i kommunen, kommer jeg tilbake til under punkt 4.4.

Det fremkom flere ganger at det tidvis var vanskelig for teamet å komme i kontakt med de aktuelle samarbeidspartnerne. De timene jeg skygget psykiater i starten av uken, dro hun ad hoc til det ene legekantoret i lunsjen deres for å informere flere der om hvordan de kunne gjennomføre urinprøver av ACT-teamets pasienter på deres kontor. Det var også et annet teammedlem som hadde forsøkt å komme i kontakt med en saksbehandler til en pasient på bussen på fritiden, da teammedlemmet ikke hadde fått tak i saksbehandleren.

I intervjuguiden til informantene fra ACT-teamet hadde jeg inkludert et spørsmål om hvor mye tid de anslo at de brukte på samarbeid i løpet av en arbeidsuke. Alle informantene uttrykte at dette varierer i forhold til hvilken stilling teammedlemmet hadde, for eksempel psykiater, og at dette varierte fra uke til uke. En kommunalt ansatt i teamet anslo å bruke gjennomsnittlig ca. en halv dag i uken på samhandling. Psykiater i teamet mente at hun brukte ca. 50 % av tiden sin på samhandling, utenom teammøtene. Informant 2 uttrykte:

Vi er jo Jehovas vitner som jeg sier i forhold til å gå inn til folk... I forhold til å likevel ringe på nytt en gang til. La være i fred, også gjør vi ikke det. Sånn er jeg også til samarbeidspartnere. Men jeg tenker at det er det som har gjort at jeg har fått til en del sånn type avtaler for noen av pasientene våres som kanskje gjør det at det er mulig å få til vellykket prosjekt... (Informant 2).

Sitatet viser at informanten arbeidet pågående i forhold til samarbeidspartnere for å få til avtaler som kunne være hensiktsmessige for pasientene. En annen informant i teamet uttrykte at de også nesten daglig sjekket pasientens kommunale journal i forhold til om ting ble fulgt opp:

Vi har jo kanskje i snitt et møte hver dag, annenhver dag med bolig. Det er sannsynligvis flere telefoner til botiltakene daglig, sånn samlet i teamet. Det er en eller annen form for kommunikasjon med DPS, sykehus daglig og opptil flere ganger daglig.... Fastleger er det veldig mye skriftlig ... Det er nok mye små telefoner og veldig mye småkoordinering. Det er klart ikke det store behandlingsinnholdet i det da, men det er kvalitetssikring og sjekke at alt fungerer. Har hjemmehjelpen vært hos henne, har han vært å tatt den urinprøven... Vi har hatt hendelser med nedtrapping der noen skulle trappe ned i milligram også har dem trappet ned i milliliter, og derfor plutselig doblet nedtrappingen.. De hendige uhellene, og vi må jo rydde opp etterpå da.... (Informant 6).

I følge sitatet fra informant 6 brukte teamet altså mye tid på å sjekke om avtaler ble fulgt opp i henhold til planene, for å unngå blant annet feilmedisinering av pasientene. Oppsummert uttrykte informant 6 om det med samhandling:

En veldig viktig funksjon for å gjøre en god jobb i et ACT-team. Det er det nok veldig vanskelig å både målsette sånn i forhold til at det er en slags kunnskap og ferdighet, og hvor mye tid man bruker på det... sannsynligvis mye av det som ikke vises noe sted, men som er helt sentralt for å få teamet til å fungere.

Sitatet viser at samhandling hadde en såpass sentral plass i teamets arbeidshverdag at dette var en kunnskap teammedlemmene var nødt til å mestre for å yte nødvendig oppfølging.

I del 4.3 har jeg vist funn som indikerer at teamet brukte en stor del av arbeidsuken sin på samhandling med øvrige tjenesteytere, og at nettopp samhandling var en avgjørende ferdighet å mestre som ansatt i ACT-teamet. Funnene viser også at i tillegg til dette skulle teamet møte pasientene opptil to ganger hver uke, og at det tidvis kunne være vanskelig å komme i kontakt med samarbeidspartnerne. Det fremkom også at det var ulike meninger blant informantene i forhold til hvorvidt ACT-teamets pasienter skulle ha oppfølging fra flere enn teamet i form av bemannede boliger og den ordinære psykiatritjenesten i kommunen.

I det neste underkapittelet vil jeg redegjøre for samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette temaet, sammen med funnene presentert i del 4.3 belyser forskningsspørsmål 3: *Hvilken rolle får ACT-team i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere?*

4.4 ”De går med innesko”

Dette temaet er delt opp i tre underkapitler. Det første omhandler formelle samarbeidstiltak på organisasjonsnivå mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Deretter beskriver jeg funn i forhold til formelle samarbeidstiltak mellom ACT-teamet, DPS og primærhelsetjenesten. I det siste underkapittelet presenteres funn i forhold til det konkrete samarbeidet mellom sykehuset og primærhelsetjenesten, og hvilken funksjon ACT hadde i dette samarbeidet.

4.4.1 Samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

Organiseringen av spesialist- og primærhelsetjenesten i området jeg gjorde undersøkelsen var lik slik den er i store deler av landet. Kort skissert så var 1) sykehuset organisert i flere akutt- og spesialposter, 2) DPSet var også organisert i ulike poster som døgnenheter og poliklinikk. 3) I kommunen var også tjenestene organisert i ulike enheter, som enheter for boliger og den ordinære psykiatritjenesten. I tillegg var det en egen bestillerenhet, som fattet vedtak om kommunale tjenester for utførernivået i de andre enhetene i kommunen. Sistnevnte ble av flere informantene nevnt som et forvirrende og forsinkende mellomledd. Dette illustreres gjennom følgende sitater fra to ulike informanter fra to ulike enheter:

Vi har jo denne instansen imellom, som er bestiller... Det er jo for så vidt en god ordning for da vet man hvor man skal henvende seg ... Men ut fra... min mening, så er ikke det en fagkompetanse som er i stand til å vurdere det her, så det hadde vært bedre om vi hadde fått til den direkte kontakten mellom utøver og utøver. Den er mer et hinder enn en befordrende mekanisme for samarbeid (Informant 3).

For meg så er ”bestillerenheten”²⁶ et forvirrende mellomledd... Det er så byråkratisert når det egentlig handler om hvordan kan vi føre linjene i forhold til behandling (Informant 2).

Sitatene viser at informantenes erfaring med bestillerenheten var at den fungerte som et lite hensiktsmessig mellomledd mellom utøverne.

²⁶ Navn på enheten anonymisert.

ACT-teamet var organisert i DPSet, men som egen seksjon. Teamet hadde oppfølging av pasienter fra ulike kommuner/bydeler. Kompleksiteten i antall samarbeidspartnere ble tydelig allerede under de første intervjuene hvor jeg stilte spørsmål om samarbeidet mellom de psykiatriske enhetene i kommunen og sykehuset, hvorpå informantene lurte på om jeg da mente med eller uten ACT-, med DPS-, alle enheter? Dette kan være en illustrasjon på hvor komplekst samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er, og hvor mange aktører det dreier seg om når tjenestenivåene hver for seg består av så mange ulike enheter.

De fleste informantene nevnte at det nylig hadde blitt innført elektronisk meldingssystem mellom kommunen og sykehuset/DPS, såkalt PLO eller E-link. Dette var innført for å kvalitetssikre et minimum av informasjonsutvekslingen, med diverse varslinger, mellom nivåene ved inn- og utskrivelse av pasienter. En informant uttrykte at pasienter i det minste ikke stod uten medisiner fra hjemmesykepleien etter utskrivelsen fra sykehuset. 5 informanter fra sykehuset/DPS og kommunen uttrykte at meldingssystemet ikke fungerte tilstrekkelig grunnet manglende opplæring, og at tidsfrister for å svare begge veier ikke var mulig å overholde for noen av nivåene. 2 informanter fra kommunalt nivå uttrykte også usikkerhet i forhold til hvorvidt deres rapporter til sykehuset overhode ble lest, hvilket en informant på sykehusnivå imidlertid uttrykte at de gjorde.

Så kan det ringe noen på kveldsvakten også og spør om det samme. Ja vi har jo snakket med kollegaen din på formiddagen i dag, og da ble det sagt sånn og sånn, også står det i E-link. Ja, så når vi liksom forklarer hva E-link er, så er det okay skal gå inn og lese der da (Informant 1).

I det siste så har vi fått PLO-meldinger... Hva får vi ut av det? Hvilken dialog eller hvilken verden åpner det? Det er forventet av meg å sende en melding om utskrevet pasient en dag i forveien. Det er meningsløst. Pasienten er innlagt frivillig og den kan skrive seg ut når den vil. Den skal skrive seg ut nå. Jeg har ikke sjanse, kontrollkommisjonen vil spise hode av meg hvis jeg beholder dem tre sekunder lengre..... Jeg sender de informasjon, men hvilken nytte er det at en skriftlig informasjon kommer til en person som har fått 30 hundre slike meldinger i løpet av dagen (Informant 9).

Dette kan indikere at fristene som var innført i forhold til PLO-meldingene ikke var gjennomførbart verken for primær- eller spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan det tyde på at disse meldingene ikke hadde hatt ønsket effekt i forhold til samarbeidet mellom nivåene.

Under spørsmålene som omhandlet samarbeidsarenaer, utenom pasientsaker og uten ACT, mellom sykehuset, kommunen og DPS svarte informantene ulikt uavhengig av hvilken enhet de tilhørte. En informant fra sykehuset uttrykte at egne samhandlingsavdelinger på sykehuset møtte de ulike avdelingene ved DPSene og kommunene. Det var også fagråd. En annen informant på sykehusnivå sa at den ikke kjente til samarbeidsmøter utenom pasientsaker. Informant fra DPS uttrykte at det var et fora mellom kommunen og DPS, men at dette hadde utvannet seg til å bli mer overordnet og mindre konkret. Annen informant fra teamet sa at det var samarbeidsavtaler mellom kommunen og sykehuset. I følge informant 6 ville det ikke være mulig å opprette et regelmessig forum med alle behandlerne på sykehuset: *”På ”sykehuset” så er det syv poster... altså du ville ikke klare å fange 20-25 forskjellige behandlere på en halvtimes møte. Det er ikke noe forum nesten hvor det går an.”* En informant fra primærhelsetjenesten, uten lederansvar, uttrykte at det sannsynligvis var samarbeidsavtaler på overordnet nivå, men at dette ikke hadde nådd praksisen. En annen informant fra primærhelsetjenesten sa at det var ulike samarbeidsfora på overordnet, administrativ, byråkratisk nivå mellom kommunen, DPS og sykehuset.

Det er for mange aktører og det er for kompliserte organisasjoner rett og slett... Jeg tror at det samarbeidet som foregår i det daglige mellom utøvere har langt større betydning for kjennskapen til hverandres tjenester og arena (Informant 3).

At samarbeidspartnere kjente til hverandre ble også bekreftet ved 8 av 9 informanter uttrykte at samarbeidet ofte var personavhengig og at det var en fordel å kjenne samarbeidspartnerne. Følgende sitater illustrerer dette:

Jeg vil tro at det er nettverk og det at personer kjenner til hverandre er minst like viktig vilkår for å samarbeide godt (Informant 3).

Nå kjenner jeg psykiateren i ACT veldig godt, så det har absolutt mye å si (Informant 4).

I forhold til samarbeid om konkrete pasientsaker sa informant fra kommunal bolig at de hadde mer samarbeid med sykehuset før, men at det nå var færre innleggelser av deres beboere. Det fremkom også at boligpersonalet ofte samarbeidet med behandler på poliklinikken på DPS og at dette samarbeidet fungerte bra. Disse pasientene hadde ikke ACT oppfølging. En annen informant tilknyttet de kommunale boligene uttrykte at manglende samarbeid med DPS.

Boligpersonalet hadde fått veiledning av behandlerne på poliklinikken og fra akuttposten på sykehuset. En annen informant fra primærhelsetjenesten uttrykte at samarbeidet mellom kommunen og sykehuset og DPS i det store og hele er godt. Majoriteten av informantene fra alle enhetene hadde varierende erfaringer med samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Hvordan samarbeidet fungerte kommer jeg tilbake til i punkt 4.4.3.

Oppsummert så viser funnene manglende samarbeidsarenaer mellom utøverne i sykehuset, DPS og kommunen. Funnen kan også indikere at elektroniske meldinger og bestillerenheten i kommunen ikke hadde ført til bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I det følgende vil jeg beskrive samarbeidet mellom ACT-teamet, DPS og primærhelsetjenesten.

4.4.2 Samarbeidet mellom spesialist-, primærhelsetjenesten og ACT-teamet

Jeg følger etter psykiater i teamet inn på det jeg antar er vaktrommet/møterommet til boligen. Rommet er luftig, lyst og minner om en dagligstue. Vi setter oss ved en spisestue. Tilstede er to ansatte i boligen, psykiater og jeg. Jeg får inntrykk av at disse tre kjenner hverandre godt og møte har et uformelt preg. Det samtales mellom de tre om tre ulike felles brukere... En pasient ønsker frivillighet og boligpersonalet stiller spørsmålsteget om hensikten med medisinene. Psykiater informerer om at medisinene blokkerer for rus. Hun oppsummerer også tidligere medisinskipper og erfaringer med dette. Videre at hun lurte på om pasienten bør legges inn på bakgrunn av denne drøftingen. "Kan pasienten legges inn på tvang i forhold til rusbehandling?"

Dette er et utdrag fra observasjon av et samarbeidsmøte mellom ACT-teamet og personalet i en kommunalt bemannet bolig. I følge to informanter fra primærhelsetjenesten og ACT-teamet så var det hyppig kontakt mellom teamet og de bemannede boligene. Intervallene mellom de faste møtene mellom disse enhetene varierte. I møtene var det i følge informant 7 mulighet for å ta opp felles brukere og hvis det var noe annet spesielt.

To informanter uttrykte at det var ukentlig i en lang periode, men at det nå var sjeldnere:

Det er noe med at vi har de samme brukerne over ganske lang tid, de vi samarbeider med ACT om, så behovet er ikke så stort for å treffes så veldig ofte for vi har godt samarbeid med dem vi samarbeider om. Det trengs kun en liten telefon så får vi ordnet mye, også er det sånn at hvis noen fra ACT har vært her og snakket med noen..., så kommer de brått innom og forteller det. (Informant 7).

Enkelte baser var man inne flere ganger i uken i årevis, og nå er det nesten så man ikke trenger å komme hver 14.dag, og da tenker jeg man har kommet litt dit man ønsker å være da (Informant 6).

En annen informant sa at deres boliger ikke hadde faste møter med ACT-teamet lengre. I følge informant fra ACT-teamet var det faste samarbeidsmøter mellom de og de kommunale boligene, enkelte boliger hver uke og andre hver 14.dag. Det ble beskrevet at møtene fungerte både som kompetanseoverføring og veiledning av boligpersonalet.

Når man starter opp i nye baser, så er det noe med å bli kjent og finne ut litt hva er hva. Trygge folk som jobber der. Ta ned litt høye skuldre i forhold til hva man kan forvente å få til, og ikke få til... (Informant 6).

Informant 1 fremhevet at ACT-temaets veiledning til boligpersonalet fungerte veldig bra, og passet bedre for dem enn veiledningen fra sykehuset:

Min erfaring er veldig positiv til det, fordi de jobber jo ute de også. Hvis vi får veiledning fra sykehuset, så blir det litt sånn urealistisk veiledning, fordi ting er jo ikke sånn at vi kan lukke døra og si at nå må du være inne hos deg selv.

ACT sin rolle for de som var ansatt i boligene ble beskrevet som følgende:

De som får det innvilgede tilbudet om ACT-team og blir flyttet hit, de er det gjerne litt med. Det bidrar til å skape mer trygghet for oss, spesielt hvis det skal flytte inn noen som må tvangsmediseres, eller bruker mye rusmidler og kanskje har en sånn atferd som er potensielt farlig da. Da er det veldig godt for oss å ha den backupen... noen å rådføre oss med underveis og før... (Informant 7).

Det er litt sånn for oss også... at er det noe trøbbel i tårnet, så kan vi ringe ACT. (Informant 7).

De situasjonene som vi tenker at nå bør kanskje vedkommende legges inn - vi trenger en vurdering av ACT, så er dem der ganske så kjapt... Da kommer de og tar kontakt med oss personalet, også legger vi frem problemstillingen våres, også går dem da som regel og snakker med vedkommende beboer... De fleste gangene, unngår vi innleggelse (Informant 1).

Sitatene viser at boligpersonalet kunne kontakte ACT-teamet hvis de stod i utfordringer med pasientene for å rådføre seg, og/eller for at teamet kunne gjøre en vurdering av pasienten.

I følge informant 6 hadde ACT-teamet brukt mye tid i perioder i enkelte boliger, særlig i saker med utfordrende pasienter. Den siste tiden hadde det begynt å stabilisere seg ved at boligene begynte å bli mer selvgående og at kompetansen i boligene hadde økt. Informanten mente også at avklaringen av ansvar var blitt tydeligere. Informant 2 uttrykte at de etter hvert kjente de ansatte i boligene og visste hvor det var behov for mer ressurser. I følge informant

fra en bemannet bolig var det imidlertid fortsatt litt uklar ansvarsfordeling på enkelte oppgaver:

... også skal de jo da også følge opp vedkommende litt med andre ting, og det er der tror jeg kanskje både vi, og ACT, og brukeren ikke helt forstår hva er det de kan bidra med som ikke vi kan bidra med på basen.... (Informant 1).

En annen informant hadde følgende beskrivelse av det ACT-teamet gjorde i boligene:

Beboere som er her som har tvangsmedisineringsvedtak, så setter vi injeksjoner hvis de er med på det og hvis dem ikke gjør det så er det ACT som kommer å gjøre det da ... Det er en som har samtale hver uke, fast besøk, annen som har stemmeterapi hver uke, fast besøk, og vi kontakter ved behov da eller at brukeren selv tar kontakt ved behov (Informant 7).

Det var i tillegg opprettet et samarbeidsfora med månedlige møter mellom leder av ACT-teamet og lederne av de ulike enhetene i kommunen, blant annet enheten de kommunalt ansatte i teamet tilhørte og som ikke hadde felles brukere med teamet. I følge informant 8 var dette forumet nylig startet opp med hensikt om å blant annet kunne diskutere overføringer frem og tilbake mellom teamet og kommunen. Jeg observerte et slikt samarbeidsmøte. Under møtet ble det diskutert reduserte ressurser i kommunen og videre prioriteringer i kommunen. Leder av ACT-teamet informerte om lovendringer, samt om pasienter teamet hadde oppfølging av som var dømt til tvunget psykisk helsevern. Det ble også diskutert hvorvidt brukere både skulle ha bemannet bolig og andre tjenester samtidig. Det ble også diskutert en anonymisert sak som hadde blitt henvist fra kommunen til ACT-teamet, hvor pasienten ikke hadde fått ACT. Kommunen uttrykte ønske om ACT-teamet kunne komme på fagdag, og at det i neste møte skulle ses på henvisninger som var tatt inn/avslått av ACT-teamet.

ACT-teamet og begge døgnavdelingene på DPS hadde faste ukentlig møter, hvor flere fra teamet og behandlerstaben på døgnavdelingene deltok. I følge informant 2 kunne de i disse møtene diskutere pasienter tilhørende teamet som er innlagte, planlegges innlagt, planlegges overført til DPS fra sykehuset og andre samarbeidssaker. Det var også mulig å gjøre avtaler om at enkelte pasienter i ACT-teamet kunne ringe døgnavdelingen i helgene eller stikke innom. De samarbeidet også om krise-mestringsplaner til pasientene, slik at enkelte pasienter i sin plan hadde mulighet til å legge seg inn selv på døgnavdelingen. I den deltagende observasjonen observerte jeg et slikt møte. Denne dagen var det 7 teammedlemmer tilstede og

8 behandlere fra DPS. Møtet varte i 35 minutter og hadde form som beskrevet av informant 2. I dette konkrete møte jeg observerte diskuterte de 6 pasienter på denne tiden. Det ble blant annet avtalt tid og hensikt med innleggelse av en pasient. Det ble også utvekslet refleksjoner rundt tre pasienter som hadde vært innom DPS. Psykiater i ACT-teamet tok også opp innspill fra boligpersonalet til en pasient om å trappe ned på medisiner, og ba om innspill fra de øvrige behandlerne om dette. Alle intervjuinformantene som var deltagere på disse møtene, uttrykte at møtene var nyttige. I tillegg fremkom det fra flere informanter at samarbeidet mellom disse enhetene også var svært hyppig utenom møtene, og at samarbeidet var godt.

Når det gjelder nye pasienter, så melder vi og henviser vi selvfølgelig til ACT, veldig kort, ikke veldig mye administrasjon rundt det... og da blir vi enige om hvilke pasienter trenger slik oppfølging sammen. Da begynner de å etablere kontakten allerede når pasienten er innlagt. Det er det som er suksessfaktoren; mye enklere for de oppsøker dem, de ser hvis de blir verre, de kan disponere plasser på DPS... (Informant 9).

ACT og vi snakker sammen hele tiden. Vi snakker sammen hver dag og spesielt på møtet. Så de mennesker er hver eneste bidige dag innom "DPS²⁷". Med pasient eller uten pasient, med spørsmål, for å konferere. Vi vurderer sammen. Kommunale delen av ACT kan når som helst banke på døren min og si vet du hva, overlege på ACT har ikke anledning eller er ikke tilstede - kan vi vurdere pasienten sammen (Informant 9).

Vi skriftliggjør disse krise/mestringsplanene og hva som kan gjøres. Hvem som kan utløse og har mandat til hva. Dagen etter innleggelse, så ringer du ACT eller vi kommer inn sånn eller sånn, eller at vi behøver ikke å ha noen kontakt, da vet DPSen hva oppgaven er når den personen er inne, også går det helt fint (Informant 2).

Utsagnene kan indikere at DPS og ACT-teamet samarbeidet daglig for å konferere om videre behandling av felles brukere, samt at enhetene hadde løpende kommunikasjon i forhold til overføringer seg i mellom.

Funnene i 4.4.2 viser at ACT-teamet hadde samarbeidsforumer med enhetene i kommunen, døgnavdelingene på DPS og direkte med de bemannede boligene i kommunen. I tillegg hadde teamet hyppig kontakt med boligene og DPS utenom disse møtearenaene. Neste underkapittel omhandler samarbeidet mellom sykehuset, primærhelsetjenesten og ACT-teamet.

²⁷ Navn anonymisert.

4.4.3 ACT-teamet som bindeledd mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

Ved akuttinnleggelse ble det sjelden gjennomført samarbeidsmøter med alle enhetene da pasientene ofte kun var der i noen få dager.

På akuttpost... de kommer inn, er innlagt i to døgn, også er de ute igjen. Det er nesten ikke noe samarbeid lenger... fordi beboeren blir lagt inn, også blir den skrevet ut før vi rekker å snakke sammen. Kan hende at vi har noe utveksling på telefonen da (Informant 1).

I følge informant fra akuttposten innkalte de innimellom til samarbeidsmøter, men da ofte med pasienter som var gjengangere. Informanten uttrykte at disse møtene fungerte greit. I forhold til i de sakene hvor ACT-teamet var inne beskrev informanten:

Det virker som kommunen og ACT har såpass mye kontakt seg i mellom at ting er i orden. At når vi har behov for å få de ut igjen så går det greit... Vi avtaler ofte mye mer direkte med ACT. Sånn at hvis ACT har behov for bistand eller korte innleggelse, så avtaler vi bare det direkte med ACT... også gjør vi et samarbeid med utskrivelse, også er det ACT som er kontakten med kommunen da, stort sett. Man kutter vel ut et mellomledd da om du vil da... Vi melder fra til kommunen at den skal skrives ut, men selve overgangen.... eventuelt møte med bolig og pasienten og ACT. Det ordner ACT (Informant 4).

Sitatet viser at opplevelsen fra denne informanten på sykehuset var at ACT-teamet fungerte som bindeledd mellom de og kommunen ved korttidsinnleggelse, hvilket gjorde overgangen fra sykehuset til kommunen enklere.

I følge informant 1 var det sjelden de hadde pasienter fra de bemannede boligene inneliggende på langtidspost lengre. Ved langtidsinnleggelse var det samarbeidsmøter mellom kommunen og sykehuset underveis i følge alle informantene. Informantene fra primærhelsetjenesten uttrykte å ønske slike møter for å kunne holde oversikt over behandlingen, eventuelt videreføre og for å unngå plutselige utskrivelser.

Får vi et navn på listen her om noen som skal flytte inn, eller at noen er langtidsinnlagt, så er vi ganske kjapp til å ta kontakt og si her er vi... vi vil være med, tidligst mulig (Informant 7).

Tre informanter fra to ulike enheter sa at disse møtene ofte er stormøter med mange representanter tilstede.

Det er store møter... og vi fra kommunen vi kommer jo aldri mange, for vi er jo ikke så mange. Det blir sykehuset som styrer. Jeg tror det har en sammenheng med at de er veldig mange... (Informant 1).

To informanter fra primærhelsetjenesten sa at de tidvis opplevde at møtene bar preg av bestillinger fra sykehuset til hva de skulle gjøre, og liten forståelse for at rammene og ressursene ute og inne var svært forskjellig.

Det kan være litt vanskelig for de som jobber på sykehuset å forstå konteksten i kommunen. For eksempel at de sier at hvis han ikke står opp, så bare lås dere inn. Det er noe vi ikke kan gjøre, fordi det er ikke et sykehuset. Det er et eget hjem, så hvis ikke brukeren gir oss samtykke til at vi låser oss inn, så kan vi ikke gjøre det. (Informant 7).

Det er noe med realismen i det å skulle sette på så tett oppfølging og vi klarer ikke å følge... fotfølge folk. Som regel så har de ikke lyst til at en person skal være sammen med dem hele tiden (Informant 1).

Informant fra ACT-teamet sa at sykehuset kunne ha urealistiske forventninger til tilbudet ute og det reelle funksjonsnivået til pasientene utenfor institusjon. Denne sa også at noen pasienter kunne bli inneliggende for lenge, og at overgangen da ut med andre krav til sosiale ferdigheter og gjennomføre ting selv kunne bli vanskelig.

Det beskrives også fra informantene fra primærhelsetjenesten at de i liten grad opplevde å kunne komme med bestillinger til spesialisthelsetjenesten, og at deres erfaring med brukerne hjemme i liten grad ble anerkjent.

Det er vanskelig for oss som jobber i kommunen å få komme med bestillinger til spesialisthelsetjenesten.... altså det å bo i kommunen, det er noe vi kan... for det er annerledes å være innlagt på et sykehus, og det å bo ute i kommunen, for vi kan kommunen (Informant 1).

Informant fra ACT-teamet bekreftet delvis dette, og hadde følgende utsagt i forhold til deres mulighet til å formidle ønskene fra kommunen:

Jeg opplever ikke at de tar innspill fra en bolig med base, i det hele tatt (Informant 2).

Jeg tror at det gjør det lettere for de å få informasjon fortløpende når folk er innlagt om hva som skjer under innleggelsen, og de får formidlet inn til sykehuset sine ønsker (Informant 2).

Informant 2 fra ACT-teamet uttrykte også om egen deltagelse i disse møtene:

Jeg kan finne på å ha møte, eller ta kontakt over telefon etter sånne møter for å justere. Jeg kan oppleve at man snakker forbi hverandre... også kjenner jeg jo personlig sykehusansatte, også kjenner jeg de som jobber ute, også kan jeg prøve å

tolke litt. Justere noen forventninger etter møtet... Jeg kan også i møte bidra, føler jeg, med innspill som kan gjøre det lettere...

En informant fra primærhelsetjenesten uttrykte bekymring for om ACT-teamet hadde blitt et mer spesialisthelsetjenesteteteam, og at det kommunale perspektivet hadde blitt mindre fremtredende. Informantene fra DPS og sykehusnivå uttrykte at samarbeidet med kommunen tidvis var utfordrende i forhold til saksbehandlingstid og hvilket tilbud pasientene kunne få etter utskrivelsen. En informant sa at det manglet fellesskapsfølelse og sammenhengende tjeneste til brukerne. Det ble også beskrevet tidvis rigiditet i forhold til rutiner rundt henvisning. I følge informant fra sykehusnivå kunne det tidvis være vanskelig for begge nivåene å forstå hverandres side av saken:

Jeg tror det er vanskelig til tider for oss på det nivået vi er å forstå utfordringene som er på et lavere nivå; mer på hjemmefronten.. og på samme måte at de på kommunalt nivå ikke har den samme forståelsen av at forverring.. ikke nødvendigvis trenger å medføre noe større tiltak... Det er alltid to sider av samme sak, så det er vårt korttenkte synspunkt i forhold til deres tilsvarende som gjør at man ikke helt møtes på midten - det har med innkjøring og tid å gjøre (Informant 4).

Alle informantene uttrykte at ACT-teamet hadde en funksjon i dette samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Flere informanter nevner at ACT-teamet kunne fungere som bindeledd:

Dem er et sånt bindeledd – de er midt imellom der... De kjenner godt til hva ... vi synes er greit å ha ut av avdelingen. Også kjenner de også hva kommunen er i stand til å få til, så da har de en stor rolle der i forhold til å være med å vurdere.... (Informant 4).

Vi er gjerne bindeleddet ofte ved innleggelser, og delvis andre veien... og det er masse perspektiv å ivareta.. personalet truer med å sykemelde seg hvis han kommer hjem, samtidig så er det en kronisk psykotisk rusmisbruker som egentlig er stabil... også må man prøve å megle.. og prøve å påse at alle er ivaretatt. Jeg tror man har hevet kompetansen ute i kommunen. Jeg tror man har hevet kompetansen i sykehuset også på hvordan livet ute i kommunen er. Så jeg tror at man bidrar til en positiv utvikling (Informant 6).

Andre informanter påpekte ACT-teamets plassering mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, som en viktig funksjon:

Vi har jo forskjellige team på de DPSene og, men litt sånn flåsete sagt av meg, så har dem ikke på seg uteskoene sine - de går med innesko, fordi de er vanskelig å få ut. ACT er ute dem (Informant 1).

Det er halv og halv team, som jeg kaller det. Det er veldig god miks hvor folk som er fra kommunesiden bidrar med den type syn.. Og andrelinjetjenesten, det vil si det som kommer fra sykehuset, psykologer og psykiatere, har den andrelinjetjenestetenkning og det er veldig god kombo. Og akkurat den kombo har ført til at den andre kommunale delen blir mer kjent med andrelinjetjeneste (Informant 9).

Jeg tror at den rollen som vi kommunalt ansatte har i ACT har betydning for samarbeidet med kommunen... Vi øker nok sjansene for at vi finner de rette kanalene inn til kommunen.. Vi har både kjennskap til hvor de ulike tjenestene befinner seg hen, og likedan så er det jo ikke noen tvil om at det kan være okay med kjennskap til folk... (Informant 8).

Flere informanter sa også at ACT-teamet kunne fungere som talerør for kommunens perspektiv inn mot sykehuset:

Da har vi ACT som kan hjelpe til å forklare hvordan situasjonen er ute i kommunen eller ved det å bo i eget hjem. Det er veldig fint å samarbeide med noen som vet hvordan det er på sykehusene og hvordan det er i kommunene.. (Informant 7).

Jeg føler på en måte at de har kommunens tankegang med seg når de diskuterer pasienten med oss... sånn at da kan de argumentere på en måte på vegne av kommunen, på vegne av det nivået. De har forståelse for begge sider (Informant 4).

De kan også få noen til å være talerør for seg til å si noe om hva som fungerer, og hva som ikke fungerer og hvorfor. De legger mer vekt på hva vi sier. Vi har mer vetorett inn i sykehuset når ACT-teamet snakker, enn det de har i basene. Også kan vi gå inn og.. stille krav på vegen av kommunen inn til sykehuset. (Informant 2).

Eksemplene kan forstås som at informantene opplevde at ACT-teamet fungerte som et bindeledd og oversetter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ved å ha god kjennskap og tett samarbeid med begge nivåene.

Både informant fra primærhelsetjenesten og ACT-teamet fremhevet at det var viktig at også personalet fra boligene var med i samarbeidsmøtene. Informant fra ACT-teamet sa også at de ikke ønsket å være bindeledd mellom sykehuset og personalet i boligen i de sakene hvor det var mer hensiktsmessig at sykehuset og boligpersonalet kommuniserte direkte. En informant fra primærhelsetjenesten uttrykte:

Det som er mindre bra blir at.. ja, men ACT er jo inne i bildet, fra sykehusets side. Det er noen ganger de stiller spørsmålstegn ved hvorfor vi skal legge inn vedkommende når ACT er inne i bildet... (Informant 1).

Informant 3 sa at ACT-teamenes måte å arbeide oppsøkende kan inspirerer andre:

Den her outreach-måten å jobbe på, den har inspirert også andre til å tenke at vi må jobbe litt ut av institusjon. Jeg tror at ACT og måten man jobber på, gevinsten i form av redusert antall liggedøgn, kan inspirere også andre til å bli litt nysgjerrig på - kan jeg jobbe annerledes?.. Også bryte opp litte grann av det tradisjonelle synet på hvordan man driver behandling... det er ansporende for det som blir morgendagens måte å jobbe på.

Funnene presentert i 4.4.3 indikerer at ACT-teamet kan fungerer som et bindeledd og oversetter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, på bakgrunn av ACT-teamets hyppige kontakt med utøverne på begge nivåene og deres forankring i spesialisthelsetjenesten.

4.5 Oppsummering

Jeg har i dette kapittelet presentert studiens hovedfunn. Med bakgrunn i analyseprosessen valgte jeg å strukturere kapittelet i fire deler: 1) ACT-teamet pasientgruppe, 2) psykiater i ACT-teamet, 3) samhandling mellom ACT-teamet og ulike tjenesteytere og 4) samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I sum har disse fire dimensjonene belyst godt oppgavens problemstilling og de tre forskningsspørsmålene. Det første temaet belyste forskningsspørsmål 1, tema 2 omhandlet forskningsspørsmål 2, mens tema 3 og 4 belyste forskningsspørsmål 3. I det følgende vil jeg kort oppsummere funnene.

I hvilken grad har ACT-teamet behov for å samarbeide med andre tjenesteytere?

Funnen viser at ACT-teamet hadde 12,2 stillinger og 97 pasienter. I følge informant 6 hadde de mulighet til å treffe pasientene to ganger i uken, med mindre det var akutt forverring. Pasientgruppen i ACT-teamet var personer med alvorlig psykisk lidelse med lavt funksjonsnivå, som ofte også hadde andre utfordringer. Nesten halvparten av pasientene i teamet var på undersøkelsestidspunktet i ustabil fase og prognosen for pasientene var usikker. 3 pasienter var dømt til tvunget psykisk helsevern, og en pasient hadde begått flere

drapsforsøk. Pasientene hadde behov for koordinerte tjenester fra mange samarbeidspartnere, og flere av pasientene ønsket i liten grad selv hjelp av helsevesenet. 31 pasienter var underlagt tvang og 1/3 av pasientene bodde i bemannede kommunale boliger. Informant 2 uttrykte om en pasient at denne hadde avføring på veggen og håndduker i toalettet. En informant uttrykte usikkerhet i forhold til om teamet hadde inkludert de pasientene som trengte teamet mest. I tillegg stilte informanten spørsmålsteget i forhold til behovet for bemannet bolig i tillegg til ACT-teamet.

Hvordan påvirker psykiaterfunksjonen i teamet og teamets forankring i spesialisthelsetjenesten samarbeidet med primær- og spesialisthelsetjenesten?

Psykiaterne i ACT-teamet hadde en avgjørende funksjon i forhold til teamets mulighet for å forankre behandlingsansvar og fungere som en del av spesialisthelsetjenesten. Denne hadde også en viktig funksjon i forhold til hvilket behandlingstilbud pasientene fikk, og i samhandlingen mellom tjenestenivåene. Psykiater kunne gjøre raske medisinerendringer og fulgte pasientene over tid. I samarbeidet med sykehuset hadde psykiater mer påvirkning på behandlingstilbudet enn andre i teamet og ansatte i kommunen. Det var også lettere å få til innleggelser når det var nødvendig.

Hvilken rolle får ACT-team i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere?

For personalet i boligene bidro ACT-teamet med veiledning, rådgivning og var tilgjengelig for ad hoc vurderinger av pasientene ved behov. Funn indikerer at teamet følgelig hadde bidratt til økt kompetanse i de bemannede boligene. ACT-teamet generelt, og psykiaterne spesielt, brukte en stor del av arbeidsuken sin på samhandling med et mangfold av ulike tjenesteytere for å tilpasse tilbudet til pasientene og samarbeidspartnere. ACT-teamet hadde, i motsetning til øvrige utøvere i primær- og spesialisthelsetjenesten, samarbeidsarenaer med DPS og de kommunale enhetene. I tillegg samarbeidet teamet med alle nivåene hyppig i forhold til de kompliserte pasientsakene. Majoriteten av informantene uttrykte at ACT-teamet fungerte som et bindeledd mellom tjenesteyterne, og bidro til økt forståelse for ulikhetene og mulighetene blant annet mellom sykehuset/DPS og kommunen.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål diskuteres opp mot funnene fra kapittel 4 og det analytiske rammeverket. Sistnevnte består, som nevnt i del 2.4 av kunnskapsstatus og teorier om egenskaper ved teamet, egenskaper ved pasientene og samhandlingen mellom tjenesteytere. Diskusjonen er organisert på bakgrunn av de tre forskningsspørsmålene. Etter at hvert av disse er belyst, vil del 5.4 besvare den overordnede problemstillingen for oppgaven.

5.1 I hvilken grad har ACT-team behov for å samarbeide med andre tjenesteytere?

For å besvare dette spørsmålet er det sentralt først å se på ressursene teamet disponerer i forhold til arbeidsoppgavene teamet skal utføre etter ACT-modellen. Dette må igjen ses opp i mot brukergruppen og deres behov for tjenester. I besvarelsen av dette forskningsspørsmålet ser jeg bort fra nødvendige samarbeidspartnere av teamet, som NAV, fastleger, politi og psykiatriske institusjoner. Disse samarbeidspartnere ivaretar primæroppgaver som teamet ikke kan overta.

Teamet jeg undersøkte hadde 12,2 stillinger og 97 pasienter i teamet. I følge ACT-modellen skal ikke teamet ha en høyere caseload enn 1-10, 10 behandlere til 100 pasienter (Aakerholt, 2013). Caseloaden i det aktuelle teamet var 9,4 behandlere til 97 pasienter, gitt at en av de to psykiaterne i teamet telles som en behandler²⁸ og leder arbeider 20 % (8 timer) som behandler etter modellen. For å skåre fullt på modelltrofasthet skal teamet treffe pasientene tilpasset pasientens behov, gjennomsnittlig tre ganger per uke, i til sammen to timer. (Aakerholt, 2013). For det aktuelle teamet innebærer dette 291 pasientkonsultasjoner og 194 timer med direkte pasientkontakt. Hver behandler skal altså ha direkte pasientkontakt 20,6 timer per uke og gjennomføre 31 pasientkonsultasjoner. Denne beregningen tar ikke høyde for kjøreavstander og telefonsamtaler med pasientene. På den ene siden kan inneliggende pasienter til dels fratrekkes vanlig oppfølging, mens teamet på den annen side etter modellen

²⁸ I ACT-modellen skal ikke psykiater telles med som behandler i caseloaden, men modellen tar ikke høyde for at teamet har ansatt to psykiatere. Merkantil teller heller ikke som behandler etter modellen.

også skal følge opp arbeidet med inneliggende pasienter. Dette arbeidet regnes ikke som direkte pasientkontakt med mindre teamet treffer pasienten på sykehuset utenom møter. I løpet av uken jeg observerte teamet hadde det i tillegg totalt 8 timer med formelle teammøter som inkluderte morgenmøter, behandlingsmøter, og planlegging- av inneværende uke og sommeren. I disse møtene ble det utvekslet nødvendig informasjon for at pasientene skulle få teamtilnærming. I møtene planla de hvem fra teamet som skulle besøke pasientene, ut ifra pasientenes behov. Disse daglige teammøtene skal gjennomføres i henhold til modellen (Aakerholt, 2013). Totalen av dette gir på den ene siden ikke teamet tid til å samarbeide stort med andre tjenesteytere, på den annen side så skulle teamene etter modellen selv stort sett gitt helhetlige tjenester på de fleste livsområder. Dette innebærer at teamet således ikke skulle brukt mye tid på å samarbeide med andre.

Det fremkom imidlertid fra informantene, og under observasjonen, at teamet bruker en stor del av arbeidsuken på samhandling med andre tjenesteytere. En psykiater i teamet anslo å bruke ca. halve arbeidsuken på samhandling utenfor teamet, en annen at de daglig sjekker pasientens journal for å sjekke at ting følges opp i kommunen, og status på inneliggende pasienter. En annen informant fra teamet sa at teamet daglig har telefoner til blant annet botiltak, DPS og sykehus, samt i snitt møter med blant annet botiltakene annenhver dag. Informant 6 uttrykte at de har mulighet til å gi pasientene i teamet opptil to treff i uken, med oftere treff i en periode med akutt forverring. Tiden teamet kan bruke til direkte pasientkontakt er således redusert tilsvarende tiden teamet bruker på å samhandle med andre tjenesteytere. Spørsmålet blir da at sett at ACT-teamet kun samarbeidet med sykehuset, ved innleggelser av pasientene, og utover det gav alle tjenester fra teamet. I tillegg til dette at teamet mestret full modelltrofasthet med tre treff til hver pasient i uken på til sammen to timer, og hyppigere ved spesielle behov - ville dette vært tilstrekkelig oppfølging til pasientene i ACT-teamet?

Et viktig funn var nettopp funksjonsnivået til noen av pasientene som var inkludert i teamet. Funksjonsnivået til en av pasientene som bodde i bemannet bolig ble beskrevet som at pasienten hadde håndduker oppi toalettet og avføringer på veggen. Observasjon av teammøtene viste også at pasientene hadde behov for oppfølging på alt fra somatisk utredning for alvorlig sykdom, til økonomi og drosjekort. I ACT-håndboken fremkommer det at

brukergruppen har kontinuerlig og omfattende behandlingsbehov (Aakerholt, 2013). Den nasjonale evalueringen fant at 60 % av pasientene i ACT-teamene hadde problemfylt rusmiddelbruk (Ruud & Landheim, 2014). For denne brukergruppen uttrykte informant 2: *”De faller ikke mellom stolene, de river jo over stolene”*. Informanten henviser her til litteratur som beskriver dobbeltdiagnosepasienter til å falle mellom stolene i tjenesteapparatet. Burns and Fim (2002) oppsummerer i forhold til målgruppen til ACT-teamene at flere av disse har et dårlig rykte hos tjenesteyterne, og har høy risiko ved tilbakefall (Burns & Fim, 2002). I det aktuelle teamet var det 3 pasienter som var dømt til tvunget psykisk helsevern, og en av pasientene hadde flere tidligere drapsforsøk. Et funn var også at 48 av de 97 pasientene var av teamet definert til å være i ustabil fase, hvilket innebærer ustabilitet og på randen av tilbakefall. I tillegg var 18 pasienter innlagt på sykehuset, og 1 på DPS.

I følge flere informanter så fikk ikke pasientene i ACT-teamet oppfølging fra den ordinære psykiatritjenesten i kommunen, fordi denne enheten allerede hadde avgitt fire stillinger til teamet som etter modellen skulle gi helhetlige tjenester. Flere informanter var inne på at dette gjorde overgangen av pasienter fra ACT til denne enheten vanskeligere, og forsinket utskrivningene fra teamet. Det viste seg imidlertid at 1/3 av pasientene i teamet bodde i kommunale botiltak med tilgang på personalet fra kommunen, i tillegg uttrykte informant 6 at noen pasienter hadde hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Ved hjemmesykepleie dreide dette seg ofte om daglig medisintdeling. ACT-teamene skal etter modellen derimot ikke treffe pasientene daglig på fast basis (Aakerholt, 2013), slik at daglig medisintdeling vanskelig kan ivaretas av teamet. For pasienter som har behov for tilgang på personalet store deler av døgnet for oppfølging i forhold til daglig fungering, så vil sannsynligvis heller ikke besøk fra ACT-teamet tre ganger i uken være tilstrekkelig. En informant fra DPS-nivå bekreftet dette ved at hun erfarte at når pasienter mistet botilbudet med tryggheten av personalet på kveld og helg, så ble pasientene dårligere og innleggelsene økte. Dobbeltdiagnosepasienter har ofte en ekstra utfordring i forhold til å fungere i bolig (Evjen et al., 2012). Det fremkom også at hovedvekten av henvisninger til ACT-teamet kom fra DPS og sykehuset i forbindelse med at pasienten var i ustabil fase med behov for innleggelse(r). ACT-teamet kan således sannsynligvis ikke erstatte botiltaket for disse pasientene.

Som beskrevet stilte informant 3 på den ene siden spørsmåltegn i forhold til hvorvidt disse pasientene da trengte oppfølging fra ACT-teamet, eller om botiltaket burde være tilstrekkelig tilbud til pasientene. På den annen side uttrykte informant 1 at beboerne i botiltak i perioder er så syke at selv rammene av innleggelse på DPS ikke er tilstrekkelig. I nevnte Sintef rapport i del 1.2 fra 2013 hvor de kartla ventende utskrivningsklare pasienter fant de at disse pasientene hadde behov for mer enn botiltak i kommunen, og at kommunen ikke ville klare å ivareta disse pasientene uten samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Ose & Slettebak, 2013). Funnene fra min undersøkelse viste også at de ansatte i botiltakene i stor grad brukte ACT-teamet til veiledning, rådgøring og for ad hoc vurderinger av felles brukere. Dette i tillegg til den direkte pasientoppfølgingen. Informanter fra botiltakene nevnte også at ACT-teamet satte injeksjoner på pasienter i botiltaket som ikke samarbeidet om dette. Informanter fra teamet uttrykte at ved vurdering av hvilke pasienter som skal få ACT-tilbudet, så er det de dårligste pasientene med psykoselidelse, hvor tidligere tilbud ikke har fungert tilstrekkelig. På bakgrunn av overnevnte er det grunn til å anta at kun bemannet bolig ikke var tilstrekkelig oppfølging av pasientene før de ble tatt inn i ACT-teamet.

Prognosen for denne pasientgruppen er som nevnt usikker, men for pasientene med schizofrenidiagnose anslås det i følge Malt et al. (2005) at 2/3 vil trenge lengre behandling og 1/3 vil trenge reinnleggelse. Borg and Topor (2007) anslår at 2/3 av pasientene med schizofrenidiagnose vil komme seg/være i bedring. 90 % av pasientene i ACT-teamene som ble vurdert hadde schizofrenidiagnose/psykose eller bipolar lidelse (Ruud & Landheim, 2014). ACT-teamene arbeider som nevnt med den 1 promille av befolkningen som tidligere tjenesteytere ikke har klart å gi et tilstrekkelig tilbud. I det aktuelle teamet jeg undersøkte viste det seg imidlertid at teamet hadde en turnover av pasienter på ca. 16 pasienter (16,5 %) hvert år. Dette innebærer at pasientene etter oppfølging av teamet over tid kunne overføres tilbake til lavere omsorgsnivå igjen. I følge flere informanter hadde ACT-teamet bidratt til kompetanseheving i de bemannede boligene, hvilket kan indikere at dette kombinert med stabilisering av pasientene bidro til at tilbakeføringen til kommunen var mulig.

Som svar på forskningsspørsmålet: *"I hvilken grad har ACT-teamet behov for å samarbeide med andre tjenesteytere?"*, kan følgelig spørsmålet snus til: *"I hvilken grad har pasientene i teamet behov for at ACT-teamet samarbeider med andre tjenesteytere?"* Svaret på dette vil

for en del pasienter være at dette har pasientene behov for; både for daglig oppfølging i bolig, daglig utdeling av medisiner og for etter hvert stabilisering til å kunne fungere på lavere omsorgsnivå uten ACT-teamet. ACT-teamet kan også levere mer tilpassede tjenester til brukergruppen, som igjen potensielt kan frigjøre ressurser til det som er viktig for pasientene. Hvis det foregår en kompetanseoverføring mellom ACT-teamet og ansatte i boligene, slik flere informanter hevder, vil dette også medføre bedre oppfølging fra boligene etter utskrivelsen fra teamet. Hvordan den daglige oppfølgingen har blitt ivaretatt i andre land som har innført ACT-modellen, kan ha sammenheng med i hvilken grad helsevesenet som helhet i disse landene har mulighet for å gi beboerne det tilbudet vi har i Norge.

5.2 Hvordan påvirker psykiaterfunksjonen i teamet og teamets forankring i spesialisthelsetjenesten samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?

Det viste seg fra mine funn at psykiater i ACT-teamet hadde en spesiell funksjon i samarbeidet med andre instanser, men også at psykiater var en avgjørende faktor for at teamet skulle fungere som en del av spesialisthelsetjenesten. ACT-teamene er stort sett forankret i DPS (Ruud & Landheim, 2014). Dette var også tilfelle for det aktuelle teamet jeg undersøkte. Informant 6 uttrykte at psykiaterfunksjonen gjorde teamet mer autonom ved at de kunne forankre både behandleransvaret og tvangsoppfølgingen. Disse oppgavene kan ses som primæroppgaver som kun psykiater kan utføre. Disse skiller seg, som nevnt, fra fellesoppgavene som flere tjenesteytere har ansvar for (Willumsen & Ødegård, 2016). Psykiater har også primæroppgaver i forhold til diagnostisering og medisinering av pasientene. Informant 6 sa at nettopp psykiaterfunksjonen var det som i stor grad skilte teamet fra et ambulant team i kommunen. På undersøkelsestidspunktet var det 31 pasienter som var på tvungen psykisk helsevern utenfor institusjon, hvor psykiaterne i teamet måtte vurdere videre tvangsoppfølging av disse regelmessig. På den ene siden uttrykte informant 3 seg kritisk til at mye av tvangen ble forankret i teamet begrunnet med at ACT-teamet hadde psykiater, og fordi teamet sannsynligvis hadde bedre tid til tvangsoppfølgingen. På den annen side så viser diskusjonen i punkt 5.1 at brukergruppen teamet arbeider med i stor grad vil inkludere pasientene som er under tvangsbehandling. I målgruppebeskrivelsen til ACT-teamene fremkommer det også at pasienten i liten grad samarbeider om behandlingen (Aakerholt, 2013), samt at flere av pasientene til teamet kan ha høy grad av risiko ved

tilbakefall (Burns & Firn, 2002). Pasientene som er underlagt tvangsbehandling er også trolig den brukergruppen som kan ha mest å tjene på oppfølgingen av et team med spesialkompetanse og bedre tid, da dette gir bedre rammevilkår for å forsøke å komme i posisjon til frivillig behandling på sikt.

Etter ACT-modellen skal psykiater i teamet ha det overordnede kliniske ansvaret og oversikt over behandlingen til pasientene (Aakerholt, 2013). I teamet jeg undersøkte var det to psykiatere. Disse hadde delt pasientgruppen i teamet i to mellom seg. Psykiater i teamet skal også undervise og veilede de andre teammedlemmene (Aakerholt, 2013). Jeg observerte at psykiaterne gjorde dette i teammøtene. Informant 6 bekreftet dette ved å si at psykiater er fagbyggende og gjør de andre i teamet tryggere på å stå i oppgaver. Denne daglige tilgangen på veiledning som teammedlemmene har vil kunne styrke kompetansen i teamet, og deres arbeid både med pasienter og samarbeidspartnere. At teamene har inkludert psykiatere kan således medføre at samarbeidspartnere møter et samlet team med høyere kompetanse enn de ville gjort uten denne funksjonen i teamet.

Som jeg redegjorde for i 5.1 har pasientene i ACT-teamet omfattende behandlings- og oppfølgingsbehov. For en del av disse pasientene, så er heller ikke oppfølgingen av et tverrfaglig ACT-teamet tilstrekkelig. Problemløsningen for disse pasientene kan betegnes som ”wicked”. Dette innebærer, som nevnt i del 2.2.1, at vanlig problemløsning ikke vil fungere (Rittel & Webber, 1973). En vanlig problemløsning for pasientene kan for eksempel være at de legges inn frivillig i perioder hvor de er dårligere, behandles inneliggende, for deretter å overføres tilbake til kommunen etter stabiliseringsoppholdet. En annen tilleggsutfordring med ”wicked problems” er at det kan være uenighet om hva problemet faktisk er (Roberts, 2000) og at intervensjonene kan være usikre (Hansen, 2013). Et av mine funn i forhold til psykiaters funksjon var at psykiater kunne inngå avtaler i forhold til innleggelse av pasienter på DPS, og at hvis denne intervensjonen ikke fungerte, så kunne DPS skrive ut pasienten til psykiater i teamet som overtok behandleransvaret igjen. Informant 2 sa at nettopp det at noen kunne overta ansvaret kunne være avgjørende for å få til avtaler om innleggelser på DPS-nivå. Flere informanter fortalte at det for en del pasienter var utarbeidet krise/mestringsplaner hvor pasientene selv kunne legge seg inn på DPS. Informant 2 fra teamet uttrykte at de hadde arbeidet med å få til disse avtalene. Dette er tiltak som gir pasientene større påvirkning på

eget behandlingstilbud ut ifra svingninger i symptombelastningen. I tillegg gir det en forutsigbarhet for personalet i boligene ved at pasientene enklere og raskere kan utløse frivillige innleggelse, utenom sykehusnivå. Informant 2 nevnte også muligheter for avtaler for pasienter som skulle legges inn på rusinstitusjon, hvor institusjonene kunne vegre seg for å ta i mot pasienter med schizofrenilidelse. Dette kan skyldes at det kan være uenighet om rusinstitusjon er det rette for pasienten, samt usikkerhet i forhold til hvordan intervensjonen vil fungere. Også i disse tilfellene, kunne psykiater informere om at hun ville overta ansvaret hvis pasienten skrev seg ut før planlagt utskrivelse. Det var også viktig at teamet kunne redegjøre for at pasienten var adekvat behandlet for sin psykiatriske diagnose før innleggelsen. Dette gjorde at pasienten i mindre grad fikk avslag på avrusning på grunn av overdosefare ved plutselig utskrivelse fra pasienten, eller på grunn av sin psykiatriske diagnose. Imidlertid kunne heller ikke teamet vite om intervensjonen ville være vellykket. Andre kjennetegn på wicked problems er nettopp at utfallet er usikkert, samt at problemene henger sammen og følgelig ikke har noen ende (Rittel & Webber, 1973).

Som beskrevet i 2.4 så har verken sykehuset eller kommunen styringsrett i forhold til hverandre, og helsevesenet kjennetegnes av spesialisering og arbeidsfordeling (Bukve & Kvåle, 2014). Sykehusene har ikke tid til å følge opp pasienter over tid, og kontinuiteten kan bli svekket i overgangene mellom institusjon og kommunen (Bøe & Thomassen, 2007). Informant 6 fra min undersøkelse uttrykte at psykiaterfunksjonen i teamet kunne gi mer gyldiggjøring i diskusjoner med sykehuset, siden psykiater har samme utdanning som behandlerne på sykehuset. Det fremkom også fra informant 7 at denne hadde observert at legene kunne ha en annen forståelse for hverandre i møter. I følge Tjora and Melby (2013) kan samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og mellom sykepleiere og leger forstås som maktasymmetrisk. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten og legene har større definisjonsmakt. Det er til sist legene som har det endelige ordet for når en pasient er utskrivingsklar (Tjora & Melby, 2013). Flere informanter fra ulike enheter i min undersøkelse påpekte at mye av samarbeidet mellom sykehuset og ACT-teamet går gjennom psykiateren, samt at legene på sykehuset gjerne vil prate direkte med psykiateren i teamet. Informant 7 uttrykte at det at psykiater prater kommunens sak er nyttig i så henseende. Informant 5 sa at psykiater i teamet sammen med lederen var den som tok den endelige avgjørelsen i forhold til hvordan oppfølging teamet skulle gi til pasientene etter utskrivelsen fra institusjonen. Det kan følgelig forstås som at psykiater i ACT-teamet med samme

profesjon som overlegene på sykehuset, og med forankring i spesialisthelsetjenesten, i større grad kan delta i beslutninger om den videre behandlingen og oppfølgingen enn andre tjenesteytere i primærhelsetjenesten kan. I tillegg har psykiater en spesiell rolle i teamet i forhold til å ha det overordnede ansvaret for behandlingen, slik det også står i modellen.

I forhold til kontinuiteten av medisinerer uttrykte psykiater i teamet at de til daglig fungerer som fastlege for mange med fra dag til dag medisinstjusteringer, symptomendringer og at de forholder seg til de lange linjene. Disse raske medisinstjusteringene uttrykte flere informanter gjorde at pasienten kunne slippe unødige innleggelse. Medisinstjusteringene ble ofte initiert på bakgrunn av bekymringer fra samarbeidspartnere og øvrige teammedlemmer til psykiater i teamet. Dette fremkom både fra observasjon og fra intervjuene. Som nevnt fant Ose og Slettebak (2013) i sin undersøkelse av utskrivingsklare pasienter, at 1/4 av innleggelsene i psykisk helsevern kunne ha vært unngått. Å unngå unødige innleggelse er mindre inngripende for pasientene og er ressursbesparende for spesialisthelsetjenesten. Det at psykiater i teamet har fulgt pasientene over tid og kommuniserer med legene på sykehuset kan også bidra til helhet i pasientbehandlingen. I ACT-modellen står det at psykiater skal ha oversikt over den somatisk status og medisiner, og at psykiater skal ha direkte dialog med psykiater på sykehuset, for å sikre kontinuitet i behandlingen (Aakerholt, 2013). Informant 3 uttrykte at ved at det er psykiater i teamet, så er veien til innleggelse når det er nødvendig lettere. I den nasjonale forskningen fant forskerne at antall innleggelsesdøgn ble redusert med 49 %, men de fant som nevnt ingen signifikant endring i antall innleggelse (Ruud & Landheim, 2014). Mine funn med at unødige innleggelse kunne unngås og at veien til innleggelse ved behov samtidig var lettere, kan således belyse funnene fra den nasjonale forskningen. Det er rimelig å anta at tidlig innleggelse ved behov kan medføre at stabiliseringsoppholdet kan ha kortere varighet, og at bruken av senger således blir mer riktig tilpasset pasientenes behov. Informant 9 sa at pasientene har fått det mer stabilt etter at de fikk ACT-teamet, og at pasientene har fått 100 % bedre behandling. Utover nevnte bekymring for at for mye av tvangsoppfølgingen ble forankret i teamet, var det ingen informanter som uttrykte seg kritisk til psykiaterfunksjonen i teamet.

Forskningsspørsmålet som skulle besvares var: *Hvordan påvirker psykiaterfunksjonen i teamet og teamets forankring i spesialisthelsetjenesten samarbeidet med primær- og spesialisthelsetjenesten?*

Svaret på dette er at psykiaterfunksjonen er avgjørende for ACT-teamets forankring i spesialisthelsetjenesten. ACT-teamet får også økt kompetanse ved inkludering av psykiater i teamet. Psykiater ivaretar i tillegg primæroppgaver som medisinerings og tvangsoppfølging av pasientene. Den langvarige oppfølging psykiater gir til pasientene og den direkte kontakten psykiater har med psykiaterne i spesialisthelsetjenesten, kan bidra til helhetlig behandling og oppfølging. Psykiater kan i tillegg bidra til mer riktig bruk av innleggelses i spesialisthelsetjenesten. I rollen av å være psykiater i spesialisthelsetjenesten kan han/hun også få til spesielle avtaler om videre behandling. Psykiater har dessuten større autoritet og mulighet for å definere den videre behandlingen sammen med behandler på sykehuset/DPS.

5.3 Hvilken rolle får ACT-team i samarbeidet med andre tjenesteytere?

Svaret på dette spørsmålet omfatter en vesentlig del av funnene fra undersøkelsen. Samtidig ligger forskningsspørsmålet nær problemstillingen min, hvilket gjør diskusjonen rundt dette spørsmålet mer omfattende enn de foregående to. På bakgrunn av dette er underkapittelet strukturert i fem deler. Flere av informantene sa at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i all hovedsak var godt, men at det kunne være personavhengig. Informanter på de ulike nivåene uttrykte også forståelse for hverandres rammer og ressurser.

5.3.1 Samarbeidsforumer

Et viktig funn fra intervjuene var hvilke faste samarbeidsforumer som eksisterte mellom tjenesteyterne. Som beskrevet kan tverrfaglig samarbeid styrkes og svekkes både av de ytre rammene og det relasjonelle nivået (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Det å ha forumer hvor samarbeidspartnere møtes regelmessig kan styrke de ytre rammene med tid til å møtes, samt på det relasjonelle nivået ved at tjenesteyterne blir bedre kjent og får mulighet til å bygge tillit. Betydningen av å kjenne hverandre og at samarbeidet i stor grad kunne være personavhengig uttrykte også majoriteten av informanter i min undersøkelse. Det viste seg på den ene siden at det ikke var noen samarbeidsforumer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, utover forumer på høyere administrativt nivå, fagråd og arbeidsgrupper

i forbindelse med pasientforløp. Det viste seg at de færreste av tjenesteyterne deltok i disse, og flere informanter uttrykte dessuten at det ikke var noen samarbeidsforumer. Som informant 6 uttrykte så er det på den annen side vanskelig å samle 20-25 behandlere fra syv poster på sykehuset til regelmessige møter. Det viste seg imidlertid at ACT-teamet og DPS hadde ukentlige samarbeidsmøter, som alle informantene fra disse enhetene uttrykte at fungerte bra. På disse møtene deltok flere teammedlemmer og majoriteten av behandlerne på døgnavdelingene. ACT-teamet hadde også regelmessig kontakt med de ansatte i de kommunale botiltakene, og møter med enkelte av disse boligene hver 14.dag. I disse møtene var det stort sett en fra teamet som deltok. I tillegg hadde teamet regelmessig kontakt med sykehuset i forbindelse med pasienter i teamet som var innlagt der, ofte i form av samarbeidsmøter, telefoner og i forbindelse med at teamet besøkte inneliggende pasienter. Det var også opprettet samarbeidsforum mellom lederne av de ulike enhetene i kommunen og lederen av ACT-teamet. De fire kommunalt ansatte i teamet deltok også på personalmøter og fagdager i enheten de tilhørte fra kommunen. ACT-teamet er følgelig i regelmessige samarbeidsforumer med alle nivåer hver for seg, som både kan være en fremmer på samarbeidet på det organisatoriske og relasjonelle nivået. Det at møtene gjennomføres enkeltvis kan være en fordel i forhold til møtestørrelsen og relasjonsbyggingen. Hvorvidt det ville være gjennomførbart for de øvrige tjenesteyterne å møtes med denne regelmessigheten og tilstedeværelsen er derimot usikkert av flere grunner. For det første ville dette medført at behandlerne på døgnavdelingene ville deltatt i samarbeidsmøter med alle botiltakene i kommunen. For det andre uttrykte en informant i botiltak at de sjelden hadde pasienter innlagt på DPS, siden pasientene var mindre innlagt nå enn før. I nevnte Romeriksprosjektet ble det forsøkt å opprette samarbeidsgrupper med representanter fra alle nivåene. Evalueringen av dette viste at en ulempe med dette var at representantene i gruppene ofte var ansatte på overordnet nivå (Hansen & Ramsdal, 2015). Dette kan være et resultat når mange enheter skal møtes i samme forum, hvor hver enhet møter med få representanter. De øvrige fra disse enhetene bygger følgelig ikke relasjoner og kunnskap om hverandre. Dette kan også være årsaken til at flere av informantene fra min undersøkelse ikke visste at det eksisterte et overordnet samarbeidsforum. Det var derimot samarbeidsmøter i forbindelse med langtidsinnlagte pasienter på sykehuset. Flere informanter uttrykte at disse møtene fungerte greit. Tre informanter sa imidlertid at møtene tidvis kunne bli veldig store med mange aktører tilstede. Noen informanter uttrykte at de opplevde at sykehuset i stor grad styrte disse møtene.

På spørsmål om hvordan samarbeidsmøtene mellom DPS og ACT-teamet fungerte, fremkom det fra flere informanter at i disse møtene ble det diskutert blant annet felles pasienter som var lagt inn på DPS. Informant 9 uttrykte at DPS og ACT-teamet snakker sammen hele tiden, og at teamet er innom DPS hver dag. Den samme informanten sa også at de sammen kan drøfte hvilke pasienter som trenger ACT-oppfølging. Informant 2 sa at når pasienter legger seg inn selv på krise/mestringsplanen, så vet DPS hva de skal gjøre. Dette kan skyldes en avklaring i arbeidsfordelingen mellom DPS og ACT-teamet. Det fremkom også at overlege på DPS gjerne bistod de andre i ACT-teamet med drøftinger av pasienter, hvis psykiatere i teamet ikke var tilgjengelig. Dette tyder på at det regelmessige samarbeidet mellom disse enhetene har vært en fremmer i forhold til samarbeidet på flere områder, og at dette faste møtet prioriteres og oppleves nyttig. Møtehyppigheten mellom ACT-teamet og botiltakene varierte. Informant 7 sa at det nå var sjeldnere møter enn tidligere, og at behovet for disse møtene var redusert siden de hadde hatt de samme felles brukerne over tid og at samarbeidet om disse uansett fungerte godt. I tillegg sa informanten at teamet ofte kom innom basen når de besøkte pasientene. Informant 6 fra teamet bekreftet dette ved at de hadde hatt ukentlig møter med enkelte botiltak i årevis, men at behovet ikke var så stort lengre. Informant 6 sa at ved samarbeid med nye botiltak var første mål å bli kjent og trygge de som jobbet der. Det var viktig å avklare hva de kan forvente å få til med pasientene. Det nyetablerte samarbeidsforumet mellom lederne i enhetene i kommunen og leder i ACT-teamet, var ment for å kunne blant annet diskutere overføringer av pasienter mellom enhetene. Flere informanter fra ulike enheter påpekte at disse overføringene begge veier kunne være utfordrende, ved at begge enhetene ønsket å overføre pasienter til hverandre. Det synes på nåværende tidspunkt som at disse overføringene mellom enhetene ikke fungerte godt nok i forhold til den totale ressurstilgjengeligheten, men at samarbeidsforumet forhåpentligvis kan bidra til større forståelse og enighet om dette.

5.3.2 Øvrige samarbeidspartnere

Et annet funn var også at ACT-teamet samarbeidet med veldig mange flere aktører enn kun sykehuset, DPS og kommunen. Psykiater i teamet anslo å bruke ca. halve arbeidsuken på samhandling med andre. Informant 8 mente å bruke gjennomsnittlig en halv dag i uken på samhandling. Ut fra intervjuene og observasjonen samarbeider teamet blant annet med fengsel, politi, apotek, ambulanse, legevakt, vaktmestere i boliger, borettslag, advokater, fylkesleger, NAV, leverandør av drosjekort, verger for pasientene, pårørende, nye behandlere

av tidligere pasienter, sykehjem, leger i somatikken og kredittselskaper. Dette kan igjen bekrefte tidligere diskusjon om at problemløsningen til disse pasientene er wicked. Brukergruppen har så omfattende utfordringer på de fleste livsområder at de har behov for fleksibel oppfølging av et tverrfaglig team, som kan koordinere tiltakene med nødvendige samarbeidspartnere. Informanter fra teamet uttrykte også at det tidvis tok mye tid å komme i kontakt med de riktige samarbeidspartnere. Informant 2 uttrykte at teamet også arbeidet pågående i forhold til samarbeidspartnere, og kan fungere som pasientens ”advokat”. Som beskrevet i del 2.3.4 foregår det ofte mye usynlig arbeid mellom samarbeidspartnere, som likefult kan være viktig i samarbeidet (Star & Strauss, 1999 i Tjora & Melby, 2013 s. 226). Mye av arbeidet i det aktuelle ACT-teamet kan kategoriseres som usynlig arbeid. Observasjon og intervjuene viste også at teamet bruker tverrfagligheten i forhold til hvem fra teamet som kontakter de ulike instansene. Eksempel fra observasjon var at sosionomen i teamet skulle hjelpe en pasient som hadde refinansiert huset med krittån. Det var også en pasient som hadde tatt kontakt med teamet i forhold til om de kunne være vitner på dennes testamentet. Sistnevnte kan være en indikasjon på at pasientene opplever at teamet kan bistå dem med det meste. Som nevnt har ACT-teamene en caseload på 1-10 og teamet skal også gi teamtilnærming til alle pasientene til enhver tid (Aakerholt, 2013). Antall pasienter teamet skal håndtere vil både være en avgjørende faktor i forhold til grad av fleksibilitet teamet har til å følge opp pasientenes og samarbeidspartnere. Dette kan således være en fremmer på organisasjonsnivå i forhold til tilgjengelige ressurser. Like fullt er det avgjørende for at teamet skal ha nok oversikt til å kunne gi teamtilnærming slik at pasientene får oppfølging av den som har best kompetanse i teamet på de ulike utfordringene.

5.3.3 Samarbeidstiltak på organisatorisk nivå

Som beskrevet kan samarbeidet mellom ulike sektorer, enheter og profesjoner betegnes som den mest komplekse formen for samarbeid (Willumsen, 2009). Kommunen skal i tillegg håndtere stadig flere innbyggere med større utfordringer (Hudson et al., 1997), og tidsperspektivet på oppfølgingen fra sykehuset og kommunen er ofte svært forskjellig (Tjora & Melby, 2013). Samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i min undersøkelse ble av informantene relatert til i forbindelse med at pasienter var innlagt på DPS eller sykehuset. I samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kom majoriteten av informantene også inn på bestillerenheten i kommunen og det elektroniske meldingssystemet som nylig var innført. Dette kan forstås som forsøk på å fremme samarbeidet på det

organisatoriske nivået. Informantene uttrykte imidlertid blandede erfaringer med begge disse systemene. På den ene siden uttrykte informant 9 at denne ikke forstod hvordan de elektroniske meldingene skulle bidra til bedre dialog. Det viste seg også at tidsfristene kunne være vanskelige å overholde for begge nivåer. På den annen side uttrykte en informant at meldingssystemet i det minste ivaretok at pasientene ikke ble stående uten medisiner. Meldingssystemet kan således forstås som en kvalitetssikring av en standard for et minimum av informasjonsutveksling, men bidrar derimot ikke til direkte dialog mellom tjenesteyterne. På den ene siden ble bestillerenhetene beskrevet å synliggjøre hvor spesialisthelsetjenesten skulle henvende seg til kommunen. På den annen side uttrykte flere informanter at denne enheten ble et forvirrende og forsinkende mellomledd. Informant 4 fra akuttnivå i spesialisthelsetjenesten uttrykte at denne ofte kontakter ACT-teamet direkte i forbindelse med utskrivelsen, og at teamet da koordinerte det videre arbeidet med kommunen. Informanten sa også at denne opplevde det som at man kuttet ut et mellomledd og at ACT-teamet håndterte overgangen med de aktuelle aktørene. Informant 5 fra spesialisthelsetjenesten uttrykte at de også ofte kontakter ACT-teamet først ved innleggelser, siden de har fulgt pasienten over tid og har oversikt over bakgrunnen for innleggelsen. Informanter fra kommunalt nivå sa at ved akuttinnleggelser rakk de sjelden å få snakket med behandler på akuttpostene, siden pasientene ofte ble skrevet ut igjen etter to dager. Det fremkom også at informanter fra primærhelsetjenesten ønsket å bli inkludert på møter og tidlig bli varslet om planlagte utskrivelser, men at det var forskjell på seksjonene i hvilken grad de ble involvert. Informant 1 sa også at ACT-teamet hadde blitt flinkere til å si fra til sykehuset at kommunen også måtte være med i møtene. På den ene siden kan det altså synes som at ACT-teamet til dels erstatter et samarbeid som ville vært mellom primær- og spesialisthelsetjenesten uten teamet. På den annen side, som diskutert i punkt 5.2, så kan en del av denne kontakten sannsynligvis dreie som om videreføring av primær oppgavene mellom overlegene i de ulike enhetene ved kortvarige innleggelser. Det kan likeledes være slik at ACT-teamet med sin målgruppe oftere samarbeider med sykehuset, slik at en del av kontakten kan skyldes relasjon, tillit og kjennskap til hverandre. I tillegg kan ACT-teamets regelmessig samarbeid også med kommunen i form av botiltakene gjør at det kan oppleves som hensiktsmessig at de fungerer som mellomleddet. Jeg observerte et eksempel på dette på samarbeidsmøte med botiltak, hvor psykiater i teamet og boligpersonalet drøftet mulig behov for innleggelse av en felles pasient. Senere samme uken observerte jeg at psykiater tok opp dette behovet i samarbeidsmøte med DPS, hvor det ble avtalt dato for innleggelsen. Informant 2 sa at de ikke ønsket å være

bindeledd hvis dette var uhensiktsmessig, og at de i de tilfellene ba sykehuset ta direkte kontakt med kommunen.

5.3.4 Samarbeid med kommunale botiltak

I samarbeidet med boligpersonalet fremkom det at disse i stor grad opplevde det nyttig å enkelt å kunne ringe ACT-teamet ved behov for rådgøring, veiledning og vurdering. Haugen (2012) fant også i sin undersøkelse at ACT-teamene bidro med veiledning til boligpersonalet. Informant 1 fra min undersøkelse uttrykte at teamet alltid var på farten og at de ofte kunne komme raskt innom ved behov for deres vurdering av pasienten. Samme informant sa også at veiledningen fra ACT-teamet var mer nyttig enn veiledningen fra øvrig spesialisthelsetjenesten, fordi den var mer realistisk i forhold til arbeidet de gjorde ute. Informant 7 sa videre at det å kunne ringe teamet for råd i forhold til nye felles brukere med voldsproblematikk var fint. Denne sa også at teamet ikke var så stort slik at man ble godt kjent med de som jobbet der, noe som gjorde det lettere å ringe ACT-teamet. Det som ble påpekt som kunne være utfordrende, det var å bli enige om hvilke fellesoppgaver de i boligen skulle gjøre, og hva ACT-teamet skulle gjøre. Dette er som Willumsen og Ødegård (2016) påpekte viktig å avklare i forhold til integrering av tjenestene. Både at oppgavene blir for like og for forskjellige kan i så hensende være utfordrende i samarbeidet (Willumsen & Ødegård, 2016). Informant 6 fra teamet uttrykte å oppleve at fordeling av disse oppgavene hadde blitt tydeligere etter hvert. Informant 1 fra kommunalt nivå sa at de tidvis opplevde det vanskelig å få lagt inn pasienter, utenom ACT sin åpningstid, hvor de kunne bli møtt med spørsmålsteget i forhold til hvorfor pasienten trengte innleggelse når pasienten hadde ACT-teamet. Informant 6 fra ACT-teamet uttrykte at kompetansen i boligene hadde økt, og at disse hadde blitt mer selvgående. Flere informanter uttrykte også at ACT-teamet hadde bidratt til økt kompetanse i de kommunale boligene.

5.3.5 Organisering på tvers av tjenestenivåene

En utfordring i samarbeidet mellom sykehuset og kommunen er, som nevnt, ulik forståelse i forhold til aktiviteter, organisering og tenkemåter. Det kan hevdes at sykehuset gir mer cure, behandling, og kommunen mer care, omsorg. En mulighet for å bryte disse barrierene kan være å organisere tjenester på tvers av disse nivåene, hvilket kan bidra til å øke forståelsen (Glouberman & Mintzberg, 2001). Det er således interessant om ACT-teamet som er

organisert som et samarbeidsprosjekt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten bidrar til å redusere disse barrierene. Majoriteten av informantene i undersøkelsen min uttrykte at ACT-teamet fungerte som et bindeledd mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. På den ene siden uttrykte informanter fra kommunalt nivå at det kunne være vanskelig for sykehuset å forstå rammene og mulighetene de hadde for oppfølging på kommunalt nivå. Informant 2 fra ACT-teamet uttrykte også at sykehuset kunne ha urealistiske forventninger til funksjonsnivået til pasientene utenfor institusjon, samt at for lange innleggelser også kunne gjøre overgangen ut vanskeligere. Informanter fra kommunalt nivå sa også at de i liten grad opplevde å kunne komme med bestillinger til sykehuset i forbindelse med innleggelser. Dette ble også bekreftet fra informant 2 fra ACT-teamet som uttrykte at sykehuset i liten grad tok innspill fra boligene. Den samme informanten fra ACT-teamet sa også at de nettopp kunne bidra med å ta med innspillene fra kommunen til sykehuset og informere boligene fortløpende om hva som skjer under behandlingen på sykehuset. På den andre siden uttrykte informant 4 fra sykehuset at de opplevde rigiditet og lite fleksibilitet i forhold til for eksempel henvisninger til kommunal oppfølging. En annen informant fra spesialisthelsetjenesten uttrykte at det kunne bli gjennomført møter hvor ting ikke ble fulgt opp i etterkant i forhold til videre avklaring av behov for pasienten etter utskrivelsen. Flere informanter sa at teamet fungerte som et bindeledd. Informant 4 fra spesialisthelsetjenesten sa at ACT-teamet fungerer som et bindeledd ved å kjenne til grensene for innleggelser hos dem, og samtidig hva som er mulig å få til i kommunen ved å argumentere for kommunens ståsted med de på sykehuset. Dette ble bekreftet fra flere informanter på kommunalt nivå, hvor informant 7 sa at det er nyttig at ACT-teamet hjelper dem å forklare sykehuset hva som er mulig å få til i kommunen. Dette kan forstås som en form for oversetterrolle. Informant 2 fra teamet bekreftet også dette ved at de kunne fungere som talerør for kommunens perspektiv og at de har mer vetorett mot sykehuset, enn det boligpersonalet har. Sistnevnte kan ha sammenheng med autoriteten og definisjonsmakten, som psykiater og teamet forankret i spesialisthelsetjenesten, i større grad kan ha i samarbeidet med øvrig spesialisthelsetjeneste. Informant 9 fra spesialisthelsetjenesten sa også at ACT-teamet hadde bidratt til at det kommunale nivået også hadde blitt bedre kjent med andrelinjetjenesten, og at teamet fungerte som en halv og halv team. Informant 6 fra teamet sa at de ofte fungerte som meglere mellom tjenestenivåene for å finne løsninger som alle kunne leve med, og at det i dette var mange perspektiver som skulle ivaretas. Informant 2 fra ACT-teamet fortalte at denne innimellom etter store samarbeidsmøter med alle aktører tilstede, kunne kontakte de ulike for å tolke og justere eventuelle misforståelser fra møtet. I tillegg sa informanten at dette var enklere for denne, siden informanten kjente både de på

sykehuset og de som jobbet ute. Dette ble delvis bekreftet fra informant på sykehusnivå som sa at ting stort sett er på plass i kommunen i de pasientsakene hvor ACT-teamet var inne, og at det virket som at kommunen og ACT-teamet har såpass mye kontakt at ting er i orden. Samme informant sa, som informant fra DPS, at ACT-teamet bare kunne ta kontakt ved behov for innleggelser på sykehusnivå. Sistnevnte kan være et tegn på tillit i forhold til vurderinger av behov for innleggelser fra ACT-teamet, samt ved overføringer ut fra institusjonen igjen. Haugen (2012) fant også at ACT-teamet kunne fungerer som en brobygger mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. I den nasjonale evalueringen fant forskerne også at ACT-teamet bidro til kompetanseheving, samt fungerte som brobygger eller både-og-aktør mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (Ruud & Landheim, 2014). En del av mine funn samsvarer således med tidligere forskning på ACT-teamets rolle i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere.

Oppsummert så skal jeg besvare spørsmålet: *Hvilken rolle får ACT-team i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere?*

ACT-teamet har regelmessige kontaktpunkter med de fleste aktørene i primær- og spesialisthelsetjenesten, hvilket fører til kjennskap og relasjonsbygging mellom samarbeidspartnere og teamet. Sistnevnte gjør det lettere for ACT-teamet å koordinere pasienttiltak tilpasset alle aktørene. ACT-teamet bruker også kjennskapen til de ulike enhetene for å øke forståelsen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Teamet bidrar til kompetanseheving i kommunen og fungerer som et bindeledd mellom nivåene. I tillegg samarbeider ACT-teamet med et mangfold av andre aktører, og bruker betydelig tid på alt det ovennevnte. Dette er i stor grad usynlig arbeid.

5.4 I hvilken grad bidrar ACT-team til bedre samhandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse?

I dette underkapittelet vil jeg sammenfatte svarene fra de tre forskningsspørsmålene. Problemstillingen favner imidlertid enda bredere enn disse. Forskningsspørsmålene fungerte følgelig som hjelpemiddel for struktur og for å belyse viktige aspekter ved problemstillingen. I det følgende er det imidlertid svaret på problemstillingen: *"I hvilken grad bidrar ACT-team til bedre samhandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse"*, som skal besvares. Som

beskrevet i del 2 er det tre teoretiske innfallsvinkler som favner inn i de ulike forskningsspørsmålene og belyser problemstillingen, nemlig egenskaper ved teamet, egenskaper ved pasientene og samhandling mellom ulike tjenesteytere. Disse vil derfor danne rammen for besvarelsen av den overordnede problemstillingen.

Som diskutert i punkt 5.1 så viser både teorier om egenskapene ved brukergruppen til ACT-teamene, og mine funn fra et konkret ACT-team at pasientene hadde omfattende behov for tjenester på flere livsområder. Dette dreier seg om at i tillegg til at pasientene hadde en alvorlig psykisk lidelse, hvor flere hadde en dobbeltdiagnose, så hadde pasientene også lavt funksjonsnivå i forhold til områder som økonomi, bolig og daglig fungering. Nesten 1/3 av pasientene i teamet jeg undersøkte var underlagt tvungen psykisk helsevern og 19 av 97 pasienter var innlagt på institusjon på undersøkelsestidspunktet. Mine funn viser også at flere av disse pasientene trengte oppsøkende og pågående tjenester, og at hvis disse hadde blitt ivaretatt i kommunen så hadde oppfølgingen sannsynligvis blitt avsluttet fordi pasientene ikke ønsket tilbudet fra kommunen. 1/3 av pasientene i teamet jeg undersøkte bodde i bemannede boliger i kommunen med tilgang på personalet store deler av døgnet. Pasientgruppen dreier seg følgelig om den 1 promille av befolkningen, som fortsatt stod uten adekvat tilbud på det tidspunktet hvor man nasjonalt valgte å satse på etablering av ACT-team i 2009. Tilbudet fra primær- og spesialisthelsetjenesten var altså på det tidspunktet ikke tilstrekkelig.

Egenskaper ved ACT-teamene er at de er tverrfaglig sammensatt som et spesialistteam på en avgrenset målgruppe, som er denne 1 promillen av befolkningen. Teamet har også et lavt forhold mellom antall pasienter og antall teammedlemmer (maks 100 pasienter til 10 behandlere, caseload 1-10) (Aakerholt, 2013). Sistnevnte er en viktig komponent for hvor fleksibel teamet har mulighet til å være. Teamene har også inkludert psykiater i teamet, og de fleste teamene i Norge er organisert som en del av spesialisthelsetjenesten (Ruud & Landheim, 2014). Jeg fant at psykiater var en avgjørende faktor for at teamet nettopp skulle fungere som en del av spesialisthelsetjenesten, og at dette gav teamet mulighet for å forankre behandleransvar og oppfølging av pasienter som var underlagt tvunget psykisk helsevern. Som diskutert i 5.2 så vil pasientene underlagt tvunget psykisk helsevern i stor grad være en del av pasientene som er i målgruppen til ACT-teamene, fordi disse i liten grad samarbeider om behandlingen. ACT-teamene skal yte teambasert tilnærming til alle brukerne til enhver

tid, tilpasset pasientens individuelle behov (Aakerholt, 2013). Muligheten for å yte teambasert tilnærming til alle pasientene er også i stor grad avhengig av caseloaden. Under min observasjon fant jeg at de ulike profesjonene i teamet ble benyttet i tilnærmingen til de ulike behovene til pasientene. Et eksempel var en pasient som hadde refinansiert huset med kredittlån, hvor sosionomen i teamet skulle bistå pasienten med dette. Andre egenskaper ved teamet er at tilnærmingen til pasientene skal være oppsøkende, skape engasjement og teamet skal yte tjenester der hvor pasienten befinner seg (Aakerholdt, 2013). Informant 2 fra kommunalt nivå sa at teamet alltid var på farten og hadde på seg uteskoene. Dette relaterte hun til at teamet også arbeidet ute slik som de i kommunen, i motsetning til DPS som hadde på seg inneskoene.

En annen egenskap ved ACT-teamet er også, at etter modellen, så skal teamet treffe hver pasient tre ganger i uken, oftere ved spesielle behov, i til sammen to timer ukentlig (Aakerholt, 2013). Som diskutert i 5.1, så vil imidlertid ikke dette være tilstrekkelig oppfølging for enkelte av pasientene i teamet som har behov for tilgang på personalet store deler av døgnet, tillegg til at de har behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten. Det samme er tilfelle for pasienter som trenger daglig/flere ganger om dagen medisintdeling. Dette er muligens også et skille fra andre land som har innført ACT-team hvor vi i Norge kan gi pasientene både ACT-team og oppfølging fra kommunen, hvis det er behov for enda hyppigere kontakt med helsevesenet enn det ACT-teamet kan gi. Følgelig lar man ikke pasientene sitte i boliger med avføring på veggen, slik det ble beskrevet om en pasient, uten at man forsøker å bidra også med boligpersonalet som kan følge opp dette funksjonsnivået daglig. Egenskapene ved pasientene og teamet gjør at behovet for et samarbeid mellom disse kommunale tjenesteyterne og ACT-teamet er stort, fordi disse brukerne trenger både og med ACT-teamet og kommunalt botilbud. I min undersøkelse fant jeg at pasientene fra det aktuelle teamet ikke fikk oppfølging av den ordinære psykiatritjenesten i kommunen når de hadde oppfølging av ACT-teamet. Det fremkom fra flere informanter at overføringene fra teamet til denne oppfølgingstjenesten tidvis var vanskelig, til tross for overlapping ved overføringen. Dette kan ha sammenheng med pasientene.

I min undersøkelse viste det seg at teamet hadde hyppig og regelmessig kontakt med personalet i de bemannede boligene. Teamet bistod med veiledning ved behov, som ble

beskrevet å være mer realistisk enn veiledning fra øvrig spesialisthelsetjeneste, fordi teamet også arbeidet ute med pasientene. ACT-teamet var ofte innom personalbasene i forbindelse med pasienttreff av felles pasienter, og de hadde møter med enkelte personalbaser hver 14.dag. Tidligere hadde teamet hatt ukentlige møter med noen personalbaser, i oppstartsperioder. Informant 6 uttrykte at de i denne fasen hjalp personalet i boligen med hvilke forventninger de kunne ha til pasientene, trygget personalet, samt at tett kontakt medførte at utøverne i teamet og boligpersonalet ble bedre kjent. Informanter fra disse boligene uttrykte at det var fint å kunne ringe ACT-teamet hvis det var problemer i forhold til pasientene for råd, eller at teamet raskt kom innom for å vurdere pasienten sammen med personalet i basen. Informantene sa også at de ble godt kjent med teamet, og at dette gjorde det lettere å ta kontakt ved behov. Informant 7 sa også at det var nyttig å ringe teamet når de skulle få en ny felles beboer med ACT-teamet, for å få råd om hvordan de skulle forholde seg til pasienten. ACT-teamet kunne følgelig levere mer tilpassede tjenester til brukergruppen, som igjen potensielt kunne frigjøre ressurser til det som var viktig for pasientene. Funnene mine indikerer at ACT-teamet hadde bidratt til økt kompetanse i de bemannede boligene. Dette vil også trolig kunne ha overføringsverdi til andre beboere, som ikke hadde oppfølging av teamet, samt at det økte muligheten for at pasientene etter hvert kunne overføres til lavere omsorgsnivå ved at boligpersonalet var i stand til å gi bedre oppfølging av pasientene. Jeg fant også at ACT-teamet bistod personalet i kommunale botiltak med å forklare sykehuset og DPS hva som var mulig å få til i kommunen, og at teamet spesielt med psykiaterfunksjonen hadde en annen vetorett inn mot øvrig spesialisthelsetjeneste. Dette kan ha sammenheng sykehusets definisjonsmakt (Tjora & Melby, 2013), og at psykiater faktisk overtar behandleransvaret for pasienten etter utskrivelsen i forhold til videre medisinsk behandling. Flere informanter sa at de mente at sykehuset/DPS hadde fått større forståelse for hvilke rammer kommunen kunne tilby pasientene ute i kommunen. Informant fra sykehuset sa at denne opplevde at teamet hadde med seg kommunens perspektiv i dialogen med dem.

Et viktig funn var også at ACT-teamet hadde regelmessige kontaktpunkter med de fleste aktørene i primær- og spesialisthelsetjenesten, i motsetning til kontaktpunktene de øvrige aktørene hadde med hverandre. To informanter problematiserte muligheten for de øvrige til å ha dette med at det var komplekse organisasjoner med mange aktører, og at forumer som favnet alle utøverne var vanskelig å opprette. Dette kan forstås som egenskaper ved organiseringen av helsevesenet i Norge, som er kompleks, spesialisert og fragmentert

(Willumsen, 2009, Bukve & Kvåle, 2014). Egenskapene ved pasientene medførte at flere pasienter i teamet ofte var innlagt på DPS og sykehuset, slik at ACT-teamet følgelig hadde mange felles pasienter med begge disse nivåene til enhver tid. Dette gjorde at samarbeidshyppigheten var stor. Det hyppige samarbeidet kan følgelig bidra til å fremme samarbeidet på det relasjonelle nivået med relasjonsbygging og kjennskap til hverandre (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Informant 9 fra spesialisthelsetjenesten uttrykte også at teamet bidro til at kommunen fikk større forståelse for andrelinjetjenesten. ACT-teamet kunne legge inn pasienter lettere ved behov, samt at overføringen ut igjen ble lettere. Flere informanter sa at innleggelsene var redusert, noe som indikerer at ACT-teamet bidro til bedre ressursbruk av sengene på DPS og sykehuset. Sistnevnte kan være en fordel både for primær- og spesialisthelsetjenesten. Som informant 2 sa så kan langvarige innleggelser også medføre at ferdighetene for å fungere ute og nettverket til pasienten blir redusert. Dette ville i så fall medført at kommunen ville fått tilbake en pasient med lavere funksjonsnivå på disse områdene enn før innleggelsen. I tillegg gjør bedre ressursutnyttelse av sengene på sykehus/DPS at de bemannede boligene lettere får pasientene innlagt ved behov for andre rammer. Sykehuset og DPS unngår ventende utskrivningsklare pasienter. Informant 4 uttrykte at som regel var det meste i kommunen på plass i de sakene hvor ACT-teamet var inne, fordi det virket som kommunen og ACT-teamet samarbeidet tett. Informant 8 fra teamet sa at deres kjennskap til kommunen, også med nøkkelpersoner, var en fordel. En annen egenskap ved teamet er som nevnt psykiaterfunksjonen som også bidro til å kunne få til avtaler med ulike aktører, på grunn av autoriteten og ansvaret som fulgte med denne funksjonen. Flere informanter nevnte at legene på sykehuset ofte kommuniserte direkte med psykiater i ACT-teamet. Dette kan bidra til helhetlige tjenester og tilpasset behandlingstilbud for pasientene, og mer riktig bruk av ressursene for alle nivåene.

De fleste informantene nevnte at ACT-teamet fungerte som et bindeledd mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og at teamet hadde bidratt til bedre forståelse på begge nivåene om de respektive rammene og mulighetene. En teoretisk innfallsvinkel til samhandling mellom tjenestenivåene var nettopp at det var behov for økt forståelse, og at organisering på tvers av nivåene kunne hjelpe på denne forståelsen (Mintzberg & Glouberman, 1998). To informanter fra teamet nevnte at de kunne fungere som en megler og justere forventninger og misforståelser mellom kommunen og sykehuset. Informant 6 sa at det imidlertid er mange hensyn å ivareta i dette arbeidet, og at målet var å finne løsninger som alle kunne leve med. I

tillegg til nevnte samarbeid med sykehus, DPS og kommune så samarbeidet teamet med et mangfold av andre aktører for å imøtekomme pasientens behov. Teamet brukte mye ressurser på å samhandle med alle disse aktørene, hvor en del av dette arbeidet er usynlig arbeid. For den totale ressursbruken på alle nivåene, kan det imidlertid synes som at dette likevel er besparende. I tillegg kan samhandlingsfunksjonen ACT-teamet har vanskelig erstattes av andre aktører fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, da teamet som beskrevet har noen spesielle egenskaper både i organisering og i forhold til å ha bygd en særkompetanse både på en avgrenset målgruppe, på muligheter og begrensninger hos de ulike aktørene, og ved direkte kjennskap til aktører på alle nivåene nettopp på grunn av egenskapene ved pasientene.

Svar på problemstillingen *”i hvilken grad bidrar ACT-team til bedre samhandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse”* er som følgende:

Både egenskaper ved teamet, egenskaper ved pasientene og mulighetene vi har i Norge for å følge opp daglig fungering for denne brukergruppen, fordrer at samarbeid mellom ulike aktører er nødvendig. Organiseringen av helsevesenet i Norge er spesialisert og fragmentert med ulike forståelser for muligheter og rammer mellom de ulike nivåene. ACT-teamets egenskaper med å arbeide i pasientens lokalmiljø, ressurser til fleksibilitet, særkompetanse på brukergruppen og forankring i spesialisthelsetjenesten med psykiater, gjør at teamet har et potensialet for å bidra til helhetlige tjenester. Mine funn viser at det aktuelle teamet hadde regelmessig kontaktpunkter med alle relevante aktørene for pasientene, hvilket førte til kjennskap og relasjonsbygging mellom samarbeidspartnere og teamet. Denne kjennskapen og relasjonen gjør det lettere for ACT-teamet å koordinere pasienttiltak tilpasset alle aktørene. ACT-teamet bruker også kjennskapen til de ulike aktørene for å øke forståelsen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, hvilket kan forstås som en oversetterrolle. Teamet bidrar til kompetanseheving i kommunen og fungerer som et bindeledd mellom nivåene.

6 Avsluttende betraktninger

6.1 Bidrag og implikasjoner

Som beskrevet i del 2.1.3 ble det ved implementeringen av den globale standarden ACT i Norge gjort tilpasninger i forhold til at teamene for en del pasienter ikke har hovedansvar for blant annet å styrke pasientens evne til egenomsorg. Burns et al. (2006) fant imidlertid at teamenes ansvar for helse- og sosialtjenester var en av seks komponenter som var viktig for hospitaliseringsreduksjonen. De øvrige fem komponentene var: 1) Mindre caseload, 2) regelmessig hjemmebesøk, 3) høy kontaktandel hjemme hos pasientene, 4) tverrprofesjonelt team og 5) psykiater inkludert i teamet. Ses dette i sammenheng med nevnte Cochrane review (Dieterich et al., 2017) i del 1.3.1 hvor grad av modelltrofasthet påvirker hospitaliseringsreduksjonen, skulle dette kunne indikere at avvik fra modelltrofastheten for ACT-teamene i Norge kunne ført til dårligere resultater for pasientgruppen. Ved utprøvingen av ACT-team i Norge fant forskerne imidlertid en hospitaliseringsreduksjon på 49 % (Ruud & Landheim, 2014). På den ene siden fant Steihaug og Loeb (2007) at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen var blant de største utfordringene for de brukerne som kommunen opplevde krevende (Steihaug & Loeb, 2007). På den annen siden så har helsevesenet i Norge ressurser til å kunne tilby enkelte brukere daglig oppfølging, utenfor institusjon, med kommunal oppfølging som bemannede boliger. I min studie ønsket jeg derfor å undersøke om tilpasningen som har vært gjort av ACT-modellen, hvor teamene samarbeider med primærhelsetjenesten i forhold til en del av pasientene, kunne være en årsak til de gode resultatene med modellen i Norge.

Som nevnt i 1.3.2 ble det av Ruud og Landheim i 2014 gjort en omfattende nasjonal evaluering av utprøvingen av ACT-team i Norge. De fant blant annet at teamene bidro til kompetanseheving og brobygging mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Sistnevnte fant også Haugen (2012) da hun intervjuet ansatte i botiltak og ansatte i et ACT-team. Mine hovedfunn var at ACT-teamene bidro til økt kompetanse til personalet i de bemannede boligene i kommunen, og at de fungerte som et støttefunksjon for boligpersonalet med de mest utfordrende pasientene. Teamets samarbeid også med DPS, sykehus og øvrige aktuelle aktører for å møte pasientens behov bidro til helhetlige og tilpassede tjenester. Mellom primær- og spesialisthelsetjenesten fungerte teamet som en oversetter og bindeledd, hvilket

førte til økt forståelse mellom de ulike aktørene og løsninger som det var mulig å enes om. Arbeidet ACT-teamet gjør for å få til dette er ressurskrevende, og delvis usynlig arbeid.

Studien bidrar med innsikter i arbeidsmetodene i et ACT-team for å tilrettelegge for helhetlige tjenester mellom alle tjenesteyterne. I tillegg gir studien innsikt i kompleksiteten av problemstillinger knyttet til brukergruppen som inkluderes i ACT-team. Studien tydeliggjør behovet pasientene har for at ACT-teamet bør samarbeide med andre tjenesteytere, og potensialet dette gir for bedre samhandling. Implikasjoner av min studie er at tilpasningen som har blitt gjort av modellen i Norge kan være en årsak til de gode resultatene i den nasjonale evalueringen. Istedenfor at ACT-teamene skal tilstrebe å jobbe modelltro på disse punktene om å alene ivareta helhetlige tjenester, bør ACT-teamenes rolle som virkemiddel for bedre samhandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, isteden synliggjøres og videreutvikles. Dette gjelder blant annet i forhold til klargjøring av ansvarsfordeling på fellesoppgaver for de pasientene som både har kommunale tjenester og ACT-team. For 2/3 av pasientene i teamet så ivaretok teamet selv helhetlige tjenester kun med bistand av hjemmesykepleien til daglig utdeling av medisiner og hjemmehjelp til enkelte brukere. En annen implikasjon av studien er følgelig at i Norge kan Burns et al. nevnte element om ansvar for helse- og sosialtjenester, muligens bedre erstattes med at ACT-teamene skal samarbeide med aktørene som er nødvendig for å gi pasientene individuelt tilpasset og adekvat behandling og oppfølging.

6.2 Begrensinger ved oppgaven og behov for videre forskning

I kapittel 3 har handlet om studiens kvalitet. Jeg vil imidlertid også her påpeke noen begrensninger ved studien. Den første begrensningen er knyttet til om funnene fra det ACT-teamet og tilhørende DPS/sykehus og kommune vil samsvare med undersøkelser av andre ACT-team i Norge. Flere av funnene samsvarer med funn fra den nasjonale evalueringen, hvor forskerne innhentet empiri fra samarbeidspartnere fra fire ulike ACT-team. Den andre begrensningen er knyttet til utvalget av informanter ettersom jeg gjennomførte et relativt begrenset antall intervjuer. Dersom jeg istedenfor å intervju tre informanter fra hver enhet hadde intervjuet flere informanter fra en eller to enheter kunne det potensielt gitt mer dybdeinnsikt. Imidlertid ville jeg da ikke kunne belyst ACT-teamets funksjon slik de ulike nivåene erfarer det. Dette var også begrunnelsen for at jeg valgte å intervju tre ledere fra ulike

enheter og nivåer, for at disse forhåpentligvis hadde oversikt over hva flere av sine medarbeidere mente om de ulike temaene. For det tredje valgte jeg, i likhet med forskerne i den nasjonale evalueringen, å la ACT-teamet selv (for meg ved lederen) identifisere informanter fra de andre to enhetene, som stemte med mine kriterier. Det kan følgelig alltid være en usikkerhet i forhold til om utvalget er mer positivt innstilt til ACT enn andre informanter ville vært. Det at jeg også gjorde deltagende observasjon gjorde imidlertid at jeg fikk førstehåndsempiri i forhold til teamets rolle i samarbeid med ulike samarbeidspartnere. I observasjonene fikk jeg blant annet observere et møte med en bemannet bolig, hvor teamets rolle som veileder og rådgiver fremom. Jeg observerte også både i teammøtene og ved å skygge psykiater en halv dag hvordan teamet arbeidet i forhold til diverse samarbeidspartnere. Funnene fra intervjuene og observasjonen samsvarte. I tillegg støttet jeg meg på interne dokumenter om inntak/utskrivelser siste år og teorier om ACT-modellen. Denne metodetrianguleringen styrker studiens validitet.

Mine faglige tilhørighet og at jeg arbeider i et ACT-team var jeg bevisst gjennom hele prosessen, og jeg søkte å gjøre en balansert studie der ulike perspektiver fikk komme frem, og å unngå ”confirmation bias”. I de transkriberte intervjuene fremkom alt det informantene sa relatert til mitt tema. Jeg valgte også en analyseteknikk hvor jeg arbeidet induktivt ut ifra empirien med hva informantene faktisk uttrykte. Det at jeg tilhørte fagfeltet kan imidlertid også ha gjort i datainnhenting at jeg kunne fokusere på innhenting av empiri tilknyttet mitt tema, og ikke uklårheter i forkortelser og fagbegreper. Dette hadde blitt spesielt utfordrende i teammøtene, hvor mange forkortelser og fagbegreper ble brukt, og tempoet var høyt.

Når det gjelder muligheter for videre forskning, så er det fortsatt begrenset nasjonal forskning på hvilken rolle ACT-team får i samhandlingen med andre tjenesteytere, og det er følgelig behov for mer forskning på dette. En senere studie kunne samlet empiri gjennom spørreundersøkelse sendt ut til et større utvalg for å samle inn informasjon om spørsmål av typen ”hvor mange” og ”hvor ofte” enkelte aspekter var tilstede. En slik tilnærming ville også styrket generaliserbarheten av mine funn dersom aspekter ved min studie var operasjonalisert til spørsmål brukt i en slik survey.

Litteraturliste

- Borg, M., & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (Eds.). Oslo: Kommuneforl.
- Botha, Ulla A., Koen, Liezl, Galal, Ushma, Jordaan, Esme, & Niehaus, Daniel JH. . (2014). The rise of assertive community interventions in South Africa: a randomized control trial assessing the impact of a modified assertive intervention on readmission rates; a three year follow-up. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-17. doi: 10.1186/1471-244X-14-56
- Bukve, O., & Kvåle, G. (Eds.). (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforl.
- Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, 22(2), 130-137.
- Burns, T, Catty, J, & Wright, C. (2006). Deconstructing home based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 33-35.
- Burns, T, & Firn, M. (2002). *Assertive outreach in mental health : a manual for practitioners*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Bøe, Tore Dag, & Thomassen, Arne. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid : om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Czarniawska, Barbara. (2013). *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Abingdon, Oxfordshire: Marston Book Services
- Dieterich, M, Irving, CB, Bergman, H, Khokhar, M, & Park, B. (2017). *Intensive case management for severe mental illness*. Cochrane library: Cochrane database of systematic review.
- Dieterich, M, Irving, CB, Park, B, & Marshall, M. (2010). Intensive care management for servere mental illness. *The Cochrane Collaboration*(10).
- Einstein, Stan. (2007). Substance use (r) treatment and health disparities: Some considerations or an askance look at institutionalized substance use (r) intervention disparities. *Substance use & misuse*, 42(4), 671-686.
- Evjen, Reidunn, Øiern, Tone, & Kielland, Knut Boe. (2012). *Dobbelt opp : om psykiske lidelser og rusmisbruk* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Fangen, Katrine. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Glouberman, Sholom, & Mintzberg, Henry. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1), 56-69.
- Hansen, G. V. (2013). Helhetlige tjenestetilbud med basis i bolig. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(02), 129-137.
- Hansen, G. V, & Ramsdal, H. (2015). *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike ("Romeriksprosjektet") - sluttevaluering*. (Oppdragsrapport 2015:2), Høgskolen i Østfold, Halden.
- Haugen, Cathrine. (2012). *Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten: ACT-team bygger broer og sprer kunnskap*. (Mastergradsavhandling NTNU), Trondheim.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP- lidelser. Sammensatte tjenester - samtidig behandling*. (IS-1948). Oslo.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (IS-2076). Oslo.
- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo.

- Hoult, John, Rosen, Alan, & Reynolds, Ingrid. (1984). Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science & Medicine*, 18(11), 1005-1010.
- Hudson, Bob, Hardy, Brian, Henwood, Melanie, & Wistow, Gerald. (1997). Strategic Alliances: Working Across Professional Boundaries: Primary Health Care and Social Care. *Public Money & Management*, 17(4), 25-30. doi: 10.1111/1467-9302.00088
- Huus, Gitte, Storm-Olsen, Bodil, & Herheim, Åste. (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hvidsten, Andreas H. (2014). Hvorfor tro på formelle modeller?-Om forholdet mellom teoretisk modellering og empirisk analyse. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*(03), 181-200.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, Dag Ingvar, & Thorsvik, Jan. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Johannessen, Asbjørn, Christoffersen, Line, & Tuft, Per Arne. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Killaspy, Helen, Mas-Expòsito, Laia, Marston, Louise, & King, Michael. (2014). Ten year outcomes of participants in the REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-13. doi: 10.1186/S12888-014-0296-6
- Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend, Anderssen, Tone Margaret, & Rygge, Johan. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2005). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mandelid, Leif Jonny. (2010). Kan aktivt oppsøkende behandlingsteam øke bredden i lokalbasert psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(4), 338-347.
- Melby, Line, & Tjora, Aksel Hagen (Eds.). (2013). *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mintzberg, Henry, & Glouberman, Sholom. (1998). *Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part II: Integration*: INSEAD.
- Norvoll, Reidun (Ed.). (2002). *Samfunn og psykiske lidelser : samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ose, Solveig Osborg, & Slettebak, Rune. (2013). Unødige innleggelse, utskrivingsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter - omfang og kjennetegn ved pasientene *Sintefrapport*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Pôyry, Econ. (2009). Evaluering av forsøk med ACT - Midtveisrapportering.
- Rittel, Horst WJ, & Webber, Melvin M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*, 4(2), 155-169.
- Roberts, Nancy. (2000). Wicked problems and network approaches to resolution. *International public management review*, 1(1), 1-19.
- Ruud, Torleif, & Landheim, Anne. (2014). Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene? . *FOU-avdeling psykisk helsevern, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse*.
- Røvik, Kjell Arne. (1998). *Moderne organisasjoner: trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Røvik, Kjell Arne, Roness, Paul G., Lægred, Per, & Christensen, Tom. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

- San Martín-Rodríguez, Leticia, Beaulieu, Marie-Dominique, D'Amour, Danielle, & Ferrada-Videla, Marcela. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19(S1), 132-147.
- Sosial - og helsedirektoratet. (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak.* (IS-1554). Oslo.
- St.meld.nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett sted.* Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- St.meld.nr.25. (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Steihaug, Sissel, & Loeb, Mitch. (2007). De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid - samhandling og organisering *Sintef rapport.* Oslo: SINTEF Helse.
- Stein, L. I, & Santos, Alberto B. . (1998). *Assertiv community treatment of persons with severe mental illness.* New York, USA: W.W. Norton & Company, Inc. .
- Stein, L. I, & Test, Mary Ann. (1980). Alternative to mental hospital treatment. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392-397.
- Store norske leksikon. (2017). Statistisk signifikans. from https://www.snø.no/statistikk_signifikans
- St.prp.63. (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.* Oslo
- Thagaard, Tove. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, Eline. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag.* Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A, & Melby, Line (Eds.). (2013). *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Willumsen, Elisabeth (Ed.). (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, Elisabeth, & Ødegård, Atle (Eds.). (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag.* Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Aakerholt, Amund. (2010). *ACT-håndbok:* KoRus-Øst.
- Aakerholt, Amund. (2013). *ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen:* Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

Vedlegg 1



Helge Ramsdal
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 09.02.2017

Vår ref: 51813 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.12.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

51813	<i>Tverrfaglig samarbeid: En studie av hvordan ACT-team kan påvirke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Helge Ramsdal</i>
<i>Student</i>	<i>Ida Marie Mørk Snopestad</i>

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 2



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Mariann Glenna Davidsen	22845526	21.04.2017	2017/367 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			14.02.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Ida Marie Mørk Snopestad
Høgskolen i Østfold

2017/367 Tverrfaglig samarbeid mellom de psykiatriske tjenestenivåene

Forskningsansvarlig institusjon: Høgskolen i Østfold
Prosjektleder: Ida Marie Mørk Snopestad

Vi viser til søknad om dispensasjon fra taushetsplikt i ovennevnte prosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 22.03.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 d første ledd.

Prosjektbeskrivelse

"ACT-modellen har vært gjenstand for omfattende internasjonal forskning. Det første ACT-teamet i Norge ble etablert i 2007. Da modellen ble implementert i Norge ble det gjort tilpasninger til modellen i forhold til at teamet utførte flere av tjenestene i samarbeid med eksisterende tjenesteytere på kommunalt og spesialisthelsetjenestenivå. Dette kan ha medført endring i det tverrfaglig samarbeidet mellom tjenestenivåene, hvor det mangler nasjonal forskning på dette. Forsknings spørsmål er: 1) Hva fremmer og hemmer samarbeidet mellom tjenestenivåene i psykiatrien i forhold til personer med alvorlig psykisk lidelse med tilleggsproblematikk? 2) Hvilken rolle får ACT-team, som ble opprettet for å ivareta denne målgruppen, i samarbeidet? Prosjektet består av to faser: 1) Innledende fase med deltagende observasjon av arenaer hvor teamet samhandler med ansatte i kommunen og på sykehuset, 2) 7-8 individuelle intervjuer av ansatte på de ulike nivåene. Veilder er professor Helge Ramsdal."

Komiteens vurdering

Dette er et masterprosjekt hvor samhandling mellom kommunen og psykiatriske tjenester er i fokus. Det skal gjøres deltagende observasjon og 7 intervjuer av teamansatte. Det søkes om fritak fra taushetsplikten for deltagende observasjon (for ikke å innhente samtykke fra pasientene). Det skal ikke noteres personopplysninger om pasientene i studien, men informasjon om hvordan samarbeidet fungerer.

Komiteen oppfatter det slik at det søkes primært om dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med deltakelse i samarbeidsmøter, og at formålet med prosjektet ikke faller innunder helseforskningsloven

Komiteen mener at formålet med prosjektet er å anse som annen type forskning, og faller dermed utenfor REK sitt virkeområde. Likevel kreves det at REK innvilger dispensasjon fra taushetsplikten med tanke på deltakelse i møter som nevnt ovenfor. Etter komiteens oppfatning er prosjektet av samfunnsmessig interesse, og vi anser at ulempene for den enkelte pasient er minimale. Komiteen finner derfor å kunne gi dispensasjon fra taushetsplikten for tilgang på helseopplysninger, som er underlagt taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 29 og forvaltningsloven § 13 d for bruk til forskning.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Vedtak

Komiteen har vurdert studien som annen type forskning og har innvilget dispensasjon fra taushetsplikten for tilgang til de omsøkte helseopplysningene, med hjemmel i helsepersonelloven § 29 og forvaltningsloven § 13 d.

Til vedtak om dispensasjon fra taushetsplikten kan det knyttes vilkår, jf. forvaltningsloven § 13 d. Følgende vilkår ligger til grunn for dispensasjonen:

- at prosjektet gjennomføres i samsvar med søknad og forskningsprotokoll
- det kun gis dispensasjon for bruk av de opplysninger det søkes om
- det forutsettes at de nødvendige godkjenninger foreligger fra personvernombud eller Datatilsynet
- at eventuelle rapporter eller publikasjoner gis i en slik form at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes
- at personidentifiserbare opplysninger slettes eller anonymiseres straks det ikke lenger er behov for dem, og senest ved prosjektets avslutning.

Vi gjør oppmerksom på at den forskningsansvarlige institusjon er ansvarlig for at personopplysningene behandles forsvarlig og lovlig i henhold til personopplysningsloven, og må derfor vurdere om prosjektet må fremlegges Datatilsynet eller personvernombudet.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
professor, dr. med.
leder REK sør-øst B

Mariann Glenna Davidsen
rådgiver

Kopi til:

- Professor Helge Ramsdal, Høgskolen i Østfold
- Høgskolen i Østfold ved øverste administrative ledelse

Vedlegg 3

Intervjuguide ansatte i kommunen eller sykehuset

Jeg er mastergradsstudent ved Høgskolen i Østfold og er nå i gang med min masteroppgave som handler om i hvilken grad ACT-teamet påvirker samarbeidet mellom ansatte på de psykiatriske avdelingene på Sykehuset og de ansatte i de kommunale helsetjenestene.

Studien min er todelt, hvor jeg i tillegg til å gjøre syv-åtte intervjuer også skal følge et ACT-team en uke med fokus på å observere samhandlingsarenaer teamet deltar på.

Dette intervjuet vil vare ca. en time. Det er frivillig og du kan når som helst underveis velge å trekke deg. Jeg kommer til å stille spørsmål hvor du står fritt til å fortelle. Er det noe du ikke vil svare på, så er det selvfølgelig helt greit.

Jeg ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd, slik at jeg får med alt du sier. Lydbåndet vil bli slettet i etterkant når jeg har skrevet ned intervjuet, og informasjonen vil bli anonymisert. Ingen andre enn jeg har tilgang på disse lydbåndene. Er det greit for deg at jeg tar opp intervjuet på lydbånd?

Har du noen spørsmål før vi begynner intervjuet?

Om informanten

1. Hvilken stilling har du?
2. Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
3. Hvilken utdanning har du?
4. Hva har du jobbet med før du startet her?

Samarbeid mellom de psykiatriske enhetene i kommunen og på Sykehuset

5. Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom kommunen og sykehuset?
6. Kjenner du til hva kollegaene dine tenker om dette samarbeidet?
7. I hvilken grad deltar dere i samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter sammen med kommunen/Sykehuset i forhold til konkrete pasientsaker?
8. Hvordan fungerer disse møtene? Hvilke tanker gjør du deg om dette?

9. Hvilke samarbeidsarenaer har dere med kommunen/Sykehuset utenom eventuelle samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter om konkrete pasienter?
- a) Hvor ofte er disse møtene?
 - b) Hva fungerer bra med disse møtene?
 - c) Hva fungerer mindre bra?
10. Hvilket samarbeid har dere med kommunen/Sykehuset bortsett fra nevnte samarbeidsmøter?
11. Har du forslag til hvordan samarbeidet kunne vært enda bedre?

Samarbeidet mellom de psykiatriske enhetene i kommunen/Sykehuset og ACT-teamet

12. I hvilken grad har dere samarbeidsmøter sammen med ACT-teamet i forhold til konkrete pasientsaker?
- a) Hvordan fungerer disse møtene?
 - b) Har det vært noen endring på dette over tid, og hvis det har det hva tror du det skyldes?
13. Har dere noen samarbeidsarena med ACT-teamet, utenom ansvarsgruppemøte om konkrete pasienter?
- a) Hvor ofte er disse møtene?
 - b) Hva fungerer bra med disse møtene?
 - c) Hva fungerer mindre bra?
14. Har du forslag til hvordan samarbeidet kunne vært enda bedre?

Samarbeidet med ACT-teamet

15. Hvordan fikk du høre om ACT-teamet første gang?
- a) Hva ble sagt da?
 - b) Hvem fikk du informasjon av?
 - c) Hva tenkte du da?
16. Hvilke forventninger har du til ACT-teamet?
17. Hvordan synes du samarbeidet med ACT-teamet er?

18. Hvordan synes du samarbeidsmøtene med ACT-teamet er, i forhold til møtene der hvor ACT-teamet ikke deltar?
19. I hvilken grad opplever du at samarbeidet med kommunen/Sykehuset er annerledes i de pasientsakene hvor ACT-teamet er inne?
20. Hvilken rolle opplever du at ACT-teamet har i samarbeidet mellom de psykiatriske enhetene i kommunen og Sykehuset?
21. Hvilken rolle opplever du at ACT-teamet har i samarbeidet med Sykehuset/kommunen generelt?

Tverrfaglig samarbeid

22. Hva legger du i begrepet tverrfaglig samarbeid?
23. I hvilken grad har du endret syn på det over tid?
24. Hva mener du er hensikten med tverrfaglig samarbeid?
25. I hvilken grad mener du at man oppnår det? Hvordan kommer det til uttrykk?

Avslutningsvis

26. Med bakgrunn i de temaene vi har snakket om nå; hvor opplever du at samarbeidet fungerer spesielt godt i dag?
27. Hvor mener du at det er størst rom for forbedring?
28. Har du noen andre refleksjoner du ønsker å formidle angående ACT-teamets rolle i det tverrfaglig samarbeidet?
29. Er det noe du ønsker å tilføye før vi avslutter?

Tusen takk for at du satt av tid til å bli med på intervjuet!

Vedlegg 4

Intervjuguide ACT-ansatt

Jeg er mastergradsstudent ved Høgskolen i Østfold og er nå i gang med min masteroppgave som handler om i hvilken grad ACT-teamet påvirker samarbeidet mellom ansatte på de psykiatriske avdelingene på Sykehuset og de ansatte i de kommunale helsetjenestene.

Studien min er todelt, hvor jeg i tillegg til å gjøre syv-åtte intervjuer også skal følge et ACT-team en uke med fokus på å observere samhandlingsarenaer teamet deltar på.

Dette intervjuet vil vare ca. en time. Det er frivillig og du kan når som helst underveis velge å trekke deg. Jeg kommer til å stille spørsmål hvor du står fritt til å fortelle. Er det noe du ikke vil svare på, så er det selvfølgelig helt greit.

Jeg ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd, slik at jeg får med alt du sier. Lydbåndet vil bli slettet i etterkant når jeg har skrevet ned intervjuet, og informasjonen vil bli anonymisert. Ingen andre enn jeg har tilgang på disse lydbåndene. Er det greit for deg at jeg tar opp intervjuet på lydbånd?

Har du noen spørsmål før vi begynner intervjuet?

Om informanten

1. Hvilken stilling har du?
2. Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
3. Hvilken utdanning har du?
4. Hva har du jobbet med før du startet her?

Samarbeid mellom de psykiatriske enhetene i kommunen og på Sykehuset

5. Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom kommunen og sykehuset?
6. Kjenner du til hva kollegaene dine tenker om dette samarbeidet?
7. I hvilken grad deltar dere i samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter sammen med kommunen/Sykehuset i forhold til konkrete pasientsaker?
8. Hvordan fungerer disse møtene? Hvilke tanker gjør du deg om dette?
9. Hvilke samarbeidsarenaer har dere med kommunen/Sykehuset utenom eventuelle samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter om konkrete pasienter?

- a) Hvor ofte er disse møtene?
 - b) Hva fungerer bra med disse møtene?
 - c) Hva fungerer mindre bra?
10. Hvilket samarbeid har dere med kommunen/Sykehuset bortsett fra nevnte samarbeidsmøter?
 11. Har det vært noen endring på dette over tid, og hvis det har det hva tror du det skyldes?
 12. Hvor mye tid gjennomsnittlig vil du anslå at dere bruker på samarbeid med kommunen og sykehuset i løpet av en uke?
 13. Hvilken rolle opplever du at ACT-teamet har i samarbeidet mellom sykehuset og kommunen?
 14. Har du forslag til hvordan samarbeidet kunne vært enda bedre?
 15. I hvilken grad tror du at samarbeidet mellom kommunen og sykehuset ville vært annerledes hvis ACT-teamet ikke var inne i saken?

Tverrfaglig samarbeid

16. Hva legger du i begrepet tverrfaglig samarbeid?
17. I hvilken grad har du endret syn på det over tid?
18. Hva mener du er hensikten med tverrfaglig samarbeid?
19. I hvilken grad mener du at man oppnår det? Hvordan kommer det til uttrykk?

Avslutningsvis

20. Med bakgrunn i de temaene vi har snakket om nå; hvor opplever du at samarbeidet fungerer spesielt godt i dag?
21. Hvor mener du at det er størst rom for forbedring?
22. Har du noen andre refleksjoner du ønsker å formidle angående ACT-teamets rolle i det tverrfaglig samarbeidet?
23. Er det noe du ønsker å tilføye før vi avslutter?

Tusen takk for at du satt av tid til å bli med på intervjuet!

Vedlegg 5

Forespørsel til deg som teamleder om gjennomføring av studie

Bakgrunn og formål

Årsaken til min forespørsel er at jeg holder på med en masteroppgave ved Høgskolen i Østfold om tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren. Formålet med studien er å undersøke *i hvilken grad ACT-teamet påvirker samarbeidet mellom tjenestenivåene i det psykiske helsevernet.*

Professor Helge Ramsdal ved Høgskolen i Østfold er veileder for prosjektet.

Utvelgelsen av ACT-team er gjort på bakgrunn av gjenværende ACT-team som deltok i den nasjonale evalueringen av teamene (2009-2014). Utvelgelsen av informanter gjøres videre på bakgrunn av sentrale samarbeidspartnere for ACT-teamet både på sykehuset og i kommunen.

Datainnhenting skal gjennomføres i to faser: 1) En innledende første fase med deltagende observasjon der jeg følger deres ACT-team i en uke med fokus på observasjon av arenaer hvor teamet samhandler med ansatte på de psykiatriske avdelingene og ansatte i de kommunale psykiatritjenestene. Det jeg ønsker å observere er samhandlingspraksisen mellom de ulike tjenestenivåene i psykiatrien.

2) Fase 2, som gjøres i løpet av samme uken, hvor jeg vil gjennomføre ni individuelle intervjuer. Intervjuene som gjennomføres vil omhandle samarbeidet mellom de psykiatriske avdelingene på sykehuset, ACT-teamet og de kommunale psykiatritjenestene.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Observasjonsperioden vil være på fem arbeidsdager i teamet, hvor jeg ønsker å bli med teamansatte på samarbeidsmøter hvor kommunalt ansatte og/eller ansatte ved spesialisthelsetjenesten deltar.

Av informanter er det ønskelig med tre ansatte i den kommunale psykiatritjenesten og tre ansatte på psykiatrisk avdeling på sykehuset som ACT-teamet samhandler regelmessig med. I tillegg håper jeg at jeg kan intervju deg som teamleder og to andre i teamet i forhold til deres erfaringer med samarbeidet mellom disse tjenestenivåene.

Observasjonsperioden og intervjuene vil gjennomføres i juni 2017.

Hva skjer med informasjonen som innhentes?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og informasjonen i masteroppgaven blir anonymisert, hvilket innebærer at det ikke vil fremkomme personopplysninger i forhold til hvem som har sagt hva.

I den deltagende observasjonen vil jeg gjøre papirnotater gjennom observasjonsperioden i forhold til mine observasjoner av samhandlingen som foregår mellom de ulike samarbeidspartnere.

Intervjuene ønsker jeg i utgangspunktet å ta opp med lydopptaker, i tillegg til at jeg vil gjøre notater. Dette gjøres for å sikre å sikre at sitater blir gjengitt korrekt. Direkte personidentifiserbare opplysninger vil oppbevares atskilt fra datamaterialet (lydfiler, intervjutranskripsjoner). Datamaterialet lagres på passordbeskyttet PC. Kun jeg og veileder vil ha tilgang på personopplysningene.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.12.17. Filene med de transkriberte intervjuene blir slettet etter sensuren på masteroppgaven.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ida Snopestad på tlf: 988 62 155. Kontaktopplysning til veileder Helge Ramsdal er tlf: 950 68 522 eller mail: helge.n.ramsdal@hiof.no.

Studien er vurdert av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS og av REK (regional etisk komite) med ref.nr: 2017/367

Med vennlig hilsen

Ida Mørk Snopestad

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har gitt informasjon om hva deltagelse i studien innebærer

(Signert av masterstudent Ida Marie Mørk Snopestad, dato)

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av informant, dato)

Vedlegg 6

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave

Bakgrunn og formål

Årsaken til min forespørsel om et intervju er at jeg holder på med en masteroppgave ved Høgskolen i Østfold om tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren. Formålet med studien er å undersøke *i hvilken grad ACT-teamet påvirker samarbeidet mellom tjenestenivåene i det psykiske helsevernet.*

Professor Helge Ramsdal ved Høgskolen i Østfold er veileder for prosjektet.

Utvelgelsen av ACT-team er gjort på bakgrunn av gjenværende ACT-team som deltok i den nasjonale evalueringen av teamene (2009-2014). Utvelgelsen av informanter er videre foretatt på bakgrunn av sentrale samarbeidspartnere for ACT-teamet både på sykehuset og i kommunen.

Datainnhenting skal gjennomføres i to faser: 1) En innledende første fase med deltagende observasjon der jeg følger et ACT-team i en uke med fokus på observasjon av arenaer hvor teamet samhandler med ansatte på de psykiatriske avdelingene og ansatte i de kommunale psykiatritjenestene.

2) Fase 2 der jeg vil gjennomføre individuelle intervjuer.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuene vil vare i ca. en time, og gjennomføres i uke 24 2017. Intervjuene som gjennomføres vil omhandle samarbeidet mellom de psykiatriske avdelingene på sykehuset, ACT-teamet og de kommunale psykiatritjenestene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og informasjonen i masteroppgaven blir anonymisert, hvilket innebærer at det ikke vil fremkomme personopplysninger i forhold til hvem som har sagt hva.

Intervjuene ønsker jeg i utgangspunktet å ta opp med lydopptaker, i tillegg til at jeg vil gjøre notater mens du snakker. Dette gjøres for å sikre å sikre at sitater blir gjengitt korrekt. Direkte personidentifiserbare opplysninger vil oppbevares atskilt fra datamaterialet (lydfiler, intervjutranskripsjoner). Datamaterialet lagres på passordbeskyttet PC. Kun jeg og veileder vil ha tilgang på personopplysningene.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.12.17. Filene med de transkriberte intervjuene blir slettet etter sensuren på masteroppgaven.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ida Snopestad på tlf: 988 62 155. Kontaktopplysning til veileder Helge Ramsdal er tlf: 950 68 522 eller mail: helge.n.ramsdal@hiof.no.

Studien er vurdert av Personvernombudet for forskning, NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) prosjektnr: 51813, og REK (regional etisk komite).

Med vennlig hilsen

Ida Mørk Snopestad

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har gitt informasjon om hva deltagelse i studien innebærer

(Signert av masterstudent Ida Marie Mørk Snopestad, dato)

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av informant, dato)

Vedlegg 7

Mandag 12/6	Tirsdag 13/6	Onsdag 14/6	Torsdag 15/6	Fredag 16/6
08.30-9.00 Morgenmøte (11-12) Møter botiltak? 14.00-15.00 Intervju (7) 13 min å kjøre 18.00-19.00 Intervju (8)	08.30-11.00 14 dagers planlegging (11-12) Møter botiltak? 15.00-16.00 Intervju (9) 8 min å kjøre	08.30-10.30 Morgenmøte og behandlingsmøte 12.00-13.00 Intervju (5) 22 min å kjøre 14.00-15.00 Intervju (4)	08.30-09.00 Morgenmøte 09.30-10.30 Intervju (6) 11.00-12.00 Intervju (2) 13.00-14.00 Intervju (1) 15 min å kjøre 15.00-16.00 Intervju (3)	08.00-9.00 Morgenmøte 09.30-10.00 Samarbeidsmøter døgnavdelingen 10.00-11-30 Reflekterende team 11.30 Inntakssaker 12.30 Diskusjon saker mellom seksjonene Ca. 14.00 Avreise