

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2006 nr 10

**Nettverksmøter ved ambulante team
En samarbeidsmodell for første- og andrelinjetjenesten
Evaluering av Valdres-Gjøvik-prosjektet**

Roger Lian
Institutt for helse- og sosialfag

Gjøvik 2006
ISSN 0806-3176

SAMMENDRAG

Formålet med denne evalueringen har vært å vurdere i hvilken grad nettverksmøter, gjennomført ved ambulante team bestående av ansatte fra første- og andrelinjetjenesten, bidrar til å øke reell samhandling mellom tjenestenivåene og fremme et helhetlig tjenestenettverk. Evalueringen har tatt utgangspunkt i syv evalueringskriterier (beskrevet i rapporten i fem kategorier). Fokus har vært både på et organisatorisk perspektiv og et behandlerperspektiv.

Analysen i evalueringen vektlegger kriteriene for vellykket samarbeid, omtalt som ulike ”domener”. Det er evaluators vurdering at gjennomføring av nettverksmøter ved ambulante team i prosjektet kun delvis har ivaretatt disse. Dette betyr ikke nødvendigvis at samarbeidet *ikke* har fungert, men påpeker at det er vesentlige forhold som er kritiske for en vellykket samarbeidsmodell i en videreføring. Dette gjelder både domenekompatibilitet samt ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet, hvor en må forutsette utvikling av en tydeligere rolle- og ansvarsdeling i gjennomføring av nettverksmøter med ambulante team. Det er likevel viktig å vektlegge den beskrivelse prosjektgruppen gjør av opplevd nytte for helhet i behandlingstilbudet ved at samarbeid om nettverksmøter bidrar til å trekke inn pasientens nettverk. Samtidig oppleves nettverksmøtet som en arena hvor første- og andrelinjetjenesten i prinsippet har tilgang på ulik kompetanse (direkte og /eller indirekte).

Selv om prosjektgruppen har vært stabil i hele prosjektperioden, har håndteringen av rekruttering og tildelte stillingsressurser påvirket prosjektet på en uheldig måte. Mangelfulle avklaringer har skapt frustrasjon og usikkerhet, som igjen har bidratt til stor variasjon i motivasjon hos deltakerne. Det er evaluators oppfatning at det burde ha vært en tydeligere struktur- og oppgavegjennomgang i en tidlig fase av prosjektet. Dette omfatter både drøftinger knyttet til målsetningene for prosjektet og ikke minst operasjonaliseringen av disse. Ideelt sett burde det før prosjektstart ha vært utarbeidet en fylldigere prosjektbeskrivelse som også omfattet samarbeidsavtaler mellom Sykehuset Innlandet HF og kommunene Gjøvik og Øystre Slidre. Ettersom et slikt avklarende grunnlagsdokument ikke har foreligget, har det bidratt til unødig uklarhet om prosjektets fokusområder og forventninger. Evaluator ønsker å kommentere at prosjektorganiseringen burde tydeliggjøre rollefordeling og plassering av medlemmer i henholdsvis styringsgruppe og referansegruppe.

Ettersom en i prosjektorganiseringen ikke har ivaretatt ulike fagdisipliner i prosjektgruppen (ansatte), har dette bidratt til klare begrensninger på bruk av tverrfaglig kompetanse. Tverrfagligheten har til en viss grad vært synlig gjennom de ansattes spesialisering utover grunnutdanningsnivå. Ut i fra prosjektgruppens beskrivelser av nettverksmøtets karakter, og delvis ut i fra en oppfatning av at det ikke utøves komplementær fagkompetanse mellom første- og andrelinjetjenesten, anses å være et potensial for å utvikle tverrfaglig samarbeid dersom andre profesjoner (for eksempel psykolog) trekkes inn i teamene. En må imidlertid avklare om det er den profesjonsspesifikke kompetansen og et tverrfaglig samarbeid som er det viktigste i gjennomføringen av nettverksmøter, fremfor kompetanse i metodikken (ledelse av nettverksmøter) – eller begge deler.

Prosjektgrupped medlemmene gir uttrykk for i sine erfaringer at nettverksmøtene har bidratt til å synliggjøre likeverdighet hvor pasient og nettverk gis anledning til å ta i bruk egne ressurser og utvikle løsnings- og mestringsstrategier. Det trekkes frem eksempler på at denne orienteringen blir styrket ved at både første- og andrelinjetjenesten er til stede, fordi disse representerer ulike kontekster hvor de kan følge opp og støtte pasient og pårørende i det videre arbeidet.

Med bakgrunn i prosjektgruppens erfaringer er ikke utvikling av teamenes kliniske arbeid optimalt ivaretatt. Likevel synes prosjektet i stor grad å ha bekreftet en erfart nytte av nettverksmøter som et supplement til annen behandling. I dette vektlegges særlig brukerorientering og ressursmobilisering av pasient og dennes nettverk, men ikke minst i en modell (med team bestående av ansatte fra første- og andrelinjetjenesten) som bidrar til å styrke helhet i forståelsen av pasientens historie. Ut i fra de ansattes erfaring gjelder dette styrket forståelse av helhet både for de profesjonelle og brukeren/nettverket. I tillegg til at nettverksmøtet søker en tydeligere vektlegging av brukerens (nettverkets) lærings- og mestringsstrategier, gir det både første- og andrelinjetjenesten innsyn i pasientens nettverk som må antas å øke muligheten for bedre tilrettelegging av tjenestetilbud i en eventuell oppfølging. Dette vil gjelde både første- og andrelinjetjenesten (kommune og DPS) der det er aktuelt.

FORORD

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykisk helsevern, DPS Gjøvik i sammenheng med gjennomføringen av "Valdres-Gjøvik pilotprosjekt 2005-2006 "Bruk av nettverksmøter som intervensjon og behandlingsform i ambulant virksomhet". Institutt for helse- og sosialfag takker for oppdraget og håper at dokumentasjonen og vurderingene som fremkommer i evalueringen kan bidra til å videreutvikle nettverksmøter som behandlingstilnærming i ambulante team.

Jeg ønsker å gi en varm takk til prosjektgruppen som jeg har fulgt tett i løpet av ett år. Jeg er ydmyk ovenfor den kunnskap og kompetanse dere besitter – som har kommet til uttrykk gjennom refleksjoner og erfaringer underveis i prosjektet.

Gjøvik, oktober 2006

Roger Lian
Instituttleder

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	s. 1
2.0	PILOTPROSJEKTETS MÅLSETNINGER	s. 2
3.0	PROBLEMSTILLINGER OG TEMATIKK I EVALUERINGEN	s. 3
3.1	Evalueringskriteriene	s. 3
3.1.1	Prosjektprosessen	s. 3
3.1.2	Samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten	s. 4
3.1.3	Bruk av tverrfaglig kompetanse, forståelse og tilgang på kompetanse	s. 4
3.1.4	Opplevelse av og tilrettelegging for brukermedvirkning Fra pasient og nettverk, samt utvikling av kompetanse og mestring for pasient og nære andre	s. 4
3.1.5	Erfaring med utvikling av teamets funksjon og innhold (klinisk metode) og vurdering av nytte nettverksmøter har i forhold til annen type behandling	s. 4
4.0	SENTRALE NØKKELBEGREPER	s. 5
4.1	Nettverksmøter	s. 5
4.2	Ambulant tjeneste	s. 6
4.3	Samarbeid første- og andrelinjetjenesten	s. 7
4.4	Tverrfaglig samarbeid	s. 9
4.5	Prosjektprosessen	s. 9
5.0	EVALUERINGSDESIGN	s. 11
5.1	Metode	s. 12
5.1.1	Styringsgruppen	s. 12
5.1.2	Prosjektgruppen	s. 12
5.1.3	Informantintervju	s. 12
5.1.4	Gruppeintervju	s. 12
5.1.5	Samtaler	s. 13
5.2	Analyse	s. 13
6.0	VIRKSOMHETENE	s. 14
6.1	Gjøvik kommune	s. 14
6.2	Øystre Slidre kommune	s. 14
6.3	Sykehuset Innlandet, DPS Gjøvik	s. 14
7.0	PROSJEKTGRUPPEMEDLEMMENES BAKGRUNN, KOMPETANSE OG FORFORSTÅELSE RELATERT TIL PROSJEKTETS FOKUSOMRÅDER	s. 16
7.1	Utdanning og yrkesbakgrunn	s. 16
7.2	Erfaringsgrunnlag med nettverksmøter	s. 17
7.3	Forståelse av ambulant virksomhet	s. 17
7.4	Erfaringsgrunnlag og forståelse av samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten	s. 18

7.5	Erfaringsgrunnlag fra prosjektarbeid og forståelse av ramme-faktorer i prosjektet	s. 19
8.0	PASIENTOVERSIKT I PILOTPROSJEKTET	s. 20
9.0	FORHÅNDSANALYSE PÅ BAKGRUNN AV SAMTALE/ INTERVJU MED PROSJEKTGRUPPEDELTAKERE (ATSKILTE VIRKSOMHETER) I JANUAR/FEBRUAR 2006	s. 22
9.1	Innledning	s. 22
9.1.1	Tema: Erfaringer/forståelse knyttet til pasientmål-gruppen/bruk av ledelse av nettverksmøter	s. 22
9.1.2	Tema: Erfaringer/forståelse knyttet til ambulant team (forståelse av teamets funksjon/utøvelse/metodikk/samhandling m.m.)	s. 23
9.1.3	Tema: Erfaringer/forståelse knyttet til prosjekt-Organiseringen (mandat/rolleavklaringer/prosjektform/organisering m.m.)	s. 25
10.0	FORHÅNDSANALYSE PÅ BAKGRUNN AV INTERVJU MED BRUKERREPRESENTANTER FRA MENTAL HELSE FEBRUAR 2006	s. 27
10.1	Generelt om prosjektet	s. 27
10.2	Om prosjektorganiseringen	s. 28
11.0	PRESENTASJON AV ØVRIGE DATA	s. 29
11.1	Prosjektprosessen	s. 29
11.1.1	Gjøvik kommune	s. 29
11.1.2	Øystre Slidre	s. 29
11.1.3	DPS Gjøvik	s. 30
11.1.4	Mental Helse	s. 30
11.2	Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten	s. 31
11.2.1	Gjøvik kommune	s. 31
11.2.2	Øystre Slidre	s. 31
11.2.3	DPS Gjøvik	s. 32
11.2.4	Mental Helse	s. 33
11.3	Bruk av tverrfaglig kompetans, forståelse og tilgang på kompetanse	s. 34
11.3.1	Gjøvik kommune	s. 34
11.3.2	Øystre Slidre	s. 34
11.3.3	DPS Gjøvik	s. 35
11.3.4	Mental Helse	s. 36
11.4	Opplevelse av og tilrettelegging for brukermedvirkning fra pasient og nære andre	s. 36
11.4.1	Gjøvik kommune	s. 36
11.4.2	Øystre Slidre	s. 36
11.4.3	DPS Gjøvik	s. 37
11.4.4	Mental Helse	s. 37
11.5	Erfaring med utvikling av teamets funksjon og innhold (klinisk metode) og vurdering av nytte nettverksmøter har i forhold til annen type behandling	s. 38

11.5.1	Gjøvik kommune	s. 38
11.5.2	Øystre Slidre kommune	s. 39
11.5.3	DPS Gjøvik	s. 40
11.5.4	Mental Helse	s. 42
12.0	ØVRIGE DATA	s. 43
12.1	Relevante utdrag fra evaluators refleksjonslogg (observasjon/ deltakelse på prosjektgruppemøter)	s. 43
12.2	Relevante utdrag fra møtereferater og andre skriftlige innspill fra prosjektgruppemedlemmene	s. 46
12.3	relevante utdrag fra prosjektgruppens skriftlige rapport	s. 47
13.0	DRØFTING AV FUNN	s. 49
13.1	Prosjektprosessen	s. 49
13.1.1	Oppsummerende kommentar	s. 51
13.2	Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten	s. 52
13.2.1	Oppsummerende kommentar	s. 56
13.3	Bruk av tverrfaglig kompetanse, forståelse og tilgang på kompetanse	s. 56
13.3.1	Oppsummerende kommentar	s. 57
13.4	Opplevelse av og tilrettelegging for brukermedvirkning fra pasient og nettverk, samt utvikling av kompetanse for pasient og nære andre	s. 57
13.4.1	Oppsummerende kommentar	s. 58
13.5	Erfaring med utvikling av teamets funksjon og innhold (klinisk metode) og vurdering av nytte nettverksmøter har i forhold til annen behandling	s. 59
13.5.1	Oppsummerende kommentar	s. 60
14.0	KONKLUSJON OG OPPSUMMERING	s. 61
15.0	REFERANSER	s. 63

1.0 INNLEDNING

Sykehuset Innlandet HF, DPS Gjøvik utarbeidet våren 2005 en prosjektsøknad til Helse Øst RHF om å gjennomføre pilotprosjektet "Bruk av nettverksmøter som intervensjon og behandlingsform i ambulant virksomhet". Det sentrale målet i pilotprosjektet har vært å utvikle en god samarbeidsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt psykisk helsearbeid ved bruk av ambulante team som utøver nettverksmøter som en del av det offentlige behandlingstilbudet. Nettverksmøter som arbeidsform innebærer direkte nettverksintervensjon, noe som for de profesjonelle betyr direkte samarbeid med pasientens nettverk. Brukerens identitet og kompetanse på eget liv anses som et viktig utgangspunkt for læring, utvikling og behandling. Nettverksmøtet kan beskrives å være en metode som ivaretar brukerens medvirkning og ressurser i samhandling med familien og nettverket. DPS Gjøvik har i flere år drevet aktivt med nettverksmøter anvendt som en terapiform innenfor psykisk helsearbeid. Det såkalte "Valdresprosjektet" som ble gjennomført i perioden 1999-2001, er evaluert i egen rapport (Brottveit 2002).

En viktig bakgrunn for ønsket om å gjennomføre dette pilotprosjektet har vært behovet for å utvikle bedre samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten som bidrar til et helhetlig behandlingstilbud ovenfor pasienten. Sosial- og helsedirektoratet ga i 2005 ut en veileder for psykisk helsearbeid i kommunene. Denne påpeker at det er viktig å ha en pågående debatt om hvordan de psykiske lidelsene skal forstås og hvordan hjelpeapparatet skal drives. Uttrykket behandling benyttes på ulike måter, og begrepet kan verken knyttes opp mot spesielle tjenestenivå eller profesjoner. Veilederen påpeker også muligheten av å organisere behandler-team med ansatte fra DPS og kommune i gjennomføringen av for eksempel gruppetilbud ovenfor mennesker med psykiske lidelser. Nasjonal strategi for psykisk helsevern utgitt av Helse Øst RHF beskriver at det i fremtiden kan tenkes utviklede samarbeidsordninger der ansatte i andrelinjetjenesten har deler av sitt praktiske arbeid ute i kommunen. Helseforetaket bør videreutvikle faglige samarbeidsarenaer mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene. Dette kan bidra til å øke forståelsen og samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten. Behovet for styrket samarbeid mellom tjenestenivåer innenfor psykisk helsevern er også uttrykt gjennom en ny nasjonal offentlig utredning (NOU 2005:3). I arbeid ovenfor mennesker med psykiske lidelser er ofte samhandlingsutfordringene store og de berører flere deler av tjenesteapparatet.

Styret i Helse Øst RHF vedtok i behandlingen av budsjett for 2005 å sette av driftsmidler i opptrappingsplanen for psykisk helsevern til pilotprosjekter innen områdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Helse Øst RHF satte i tillegg av kr 0,5 mill til samme formål på en sentral pott, slik at den totale summen til fordeling innen psykisk helsevern var kr 4,627 mill. Søknaden fra Sykehuset Innlandet HF DPS, Gjøvik DPS ble prioritert med en tildeling på kr 1,5 millioner for gjennomføring av pilotprosjektet. Pilotprosjektets gjennomføringsfase ble satt til perioden august 2005 – oktober 2006.

Styringsgruppen for prosjektet vedtok at pilotprosjektet skulle evalueres, og Høgskolen i Gjøvik, Institutt for helse- og sosialfag, ble tildelt oppdraget om å gjennomføre dette arbeidet. Hensikten med evalueringen har vært å vurdere og dokumentere både prosess og resultater fra prosjektet, med andre ord gjennom følgeforskning bidra til å kvalitetssikre prosjektgjennomføringen og evaluere måloppnåelsen.

2.0 PILOTPROSJEKTETS MÅLSETNINGER

Pilotprosjektets formål med å prøve ut nettverksmøter som behandlingsmodell i ambulant virksomhet forutsatte et forpliktende samarbeid med bykommunen Gjøvik og landkommunen Øystre Slidre.

Prosjektbeskrivelsen definert følgende mål:

Delmål 1: Utpøving av nettverksmøter som behandlingsmodell

- a) *I ambulant virksomhet i bykommunen Gjøvik hvor følgende pasientgrupper er aktuelle:*
 - 1) *Akutt-hjelp-pasienter ved poliklinikk*
 - 2) *Henviste pasienter til DPS døgnenhet eller poliklinikk*
 - 3) *Kjente pasienter med et høyt forbruk av innleggelse og helsetjenester*
- b) *Implementering av nettverksmøter som behandlingsmodell i ambulant virksomhet i Valdres-kommunen Øystre Slidre til ulike typer pasienter*

Dette vil begge steder også kunne gjelde pasienter med rusrelaterte problemer.

Delmål 2: Samhandling med primærhelsetjenesten (Utpøving av nettverksmøter som en behandlingsmodell som øker reell samhandling med primærhelsetjenesten og som fremmer et helhetlig tjenestenettverk).

Delmål 3: Forebygge tilbakefall (Utvikle gjensidig kunnskaps- og kompetanseoverføring mellom brukeren, hans nettverk og det tverrfaglige teamet ved bruk av nettverksmøter. Dette medfører læring og mestring og er i seg selv utviklende, ivaretagende og forebyggende i forhold til tilbakefall).

Delmål 4: Utpøving av instrumentbatteri for effektforskning og kvalitetsutvikling av praksis

- a) *Evaluerer effekten av nettverksmøter som behandling ut i fra noen parametere som måles før og etter behandling*
- b) *Gi grunnlag for videre kvantitativ og kvalitativ forskning med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis*
- c) *Gi økt erfaringsgrunnlag for videre innhold/organisering av studiet "ledelse av nettverksmøter" ved Høgskolen i Gjøvik*

3.0 PROBLEMSTILLINGER OG TEMATIKK I EVALUERINGEN

Bakgrunnen for ønsket om gjennomføring av en ekstern evaluering av pilotprosjektet har vært å styrke dokumentasjonsgrunnlaget for håndtering av resultatene i pilotprosjektet.

Høgskolen i Gjøvik (HiG) gjennomførte et drøftingsmøte med DPS Gjøvik vedrørende forståelse av hva evalueringen skulle omfatte, og hvilket evalueringsdesign som ble oppfattet hensiktsmessig ut fra pilotprosjektets innhold. HiGs forståelse av evaluering og forslag til design innebar ikke en effektstudie i streng metodisk forstand. Dette ville kreve en annen organisering og krav til rendyrking av ”modell” (som omfattet standardisering av behandlingsopplegg, eksklusjons-/inklusionskriterier, kontrollgruppe m.m.) som vanskelig lot seg gjennomføre med rammebetingelsene i prosjektet. Det ble dessuten påpekt at en samtidig måtte ta i betraktning at det ofte kan være konflikt (eller skape uhenktsmessige valg) mellom forskningens krav til kriterier som må defineres som forutsetninger i en effektstudie, og den praktiske, kliniske, fleksible og utprøvende aksjon som kjennetegner utviklingsprosjektene. I kvantitativ behandlingseffektforskning er standardiserte behandlingsopplegg et forskningsmetodisk krav. Men standardisering er også kritisert som retningslinje for behandling, det kan for eksempel virke fremmedgjørende, objektiverende og ufleksibelt. Hvis brukere ønsker og trenger fleksibilitet, kan standardisering slå negativt ut (Borg og Topor 2003, Bøe og Thomassen 2000).

Utgangspunktet for denne evalueringen er dermed:

I hvilken grad bidrar nettverksmøter gjennomført ved ambulante team bestående av ansatte fra første- og andrelinjetjenesten til å øke reell samhandling mellom tjenestenivåene og fremme et helhetlig tjenestenettverk?

For å belyse hovedproblemstillingen vil evalueringen fokusere på følgende elementer:

Organisatorisk perspektiv:

- 1) Prosjektprosessen (organisering, samspill, deltakelse, virksomhetsforståelse)
- 2) Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten, endring i bruk av tjenestetilbud
- 3) Bruk av tverrfaglig kompetanse, forståelse og tilgang på kompetanse

Behandlerperspektiv:

- 4) Opplevelse av og tilrettelegging for brukermedvirkning fra pasient og nettverk
- 5) Utvikling av kompetanse og mestring for pasient og nære andre
- 6) Erfaring med utvikling av teamets funksjon og innhold (klinisk metode)
- 7) Vurdering av nytte nettverksmøter har i forhold til andre typer behandling

3.1 Evalueringsskriteriene

3.1.1 *Prosjektprosessen*

Oppdragsgiver ønsket en vurdering av prosjektprosessen ut i fra organisering etter PLP-metodikken (”prosjektleder-prosessen”). En kritisk gjennomgang av prosjektorganiseringen med fokus på rolleavklaring og rammefaktorer i gjennomføringen var ønskelig, samt at resultater fra evalueringen/evaluators prosessnotater kunne bidra som veiledning i kvalitetssikring av prosjektgjennomføringen. Et viktig perspektiv er sammensetningen av

prosjektgruppen med deltakernes ulike virksomhet-tilhørighet (første- og andrelinjetjenesten). Et sentralt spørsmål er derfor hvordan dette påvirker prosjektgjennomføringen.

3.1.2 Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten

Vurdering av samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten i ambulant team i gjennomføring av nettverksmøter som intervensjon i behandlingen, er kjerneområdet for evalueringen. Oppdragsgiver ønsket en vurdering av i hvilken grad den valgte organiseringen med ambulante team bidrar til å øke reell samhandling mellom tjenestenivåene og hva som kjennetegner styrker og svakheter ved denne organiseringen. Det vil være vesentlig å få frem en forståelse av hvordan denne gjennomføringen eventuelt bidrar til endring i bruk av tjenestetilbud.

3.1.3 Bruk av tverrfaglig kompetanse, forståelse og tilgang på kompetanse

Ved den valgte organiseringen av ambulante team med ansatte fra første- og andrelinjetjenesten, er det vesentlig å få frem forståelsen av hvordan den samlede tilgjengelige kompetansen blir benyttet. Organiseringen utfordrer den tradisjonelle grensen mellom tjenestenivåene, ettersom en forutsetter at ansatte fra respektive tjenestenivåer i prinsippet bidrar i samme type pasient- og nettverksrettet arbeid. Det er derfor viktig å vurdere hvordan oppgave- og rollefordeling i teamene defineres og løses.

3.1.4 Opplevelse av og tilrettelegging for brukermedvirkning fra pasient og nettverk, samt utvikling av kompetanse og mestring for pasient og nære andre

Evalueringen skal gjøre en vurdering av i hvilken grad nettverksmøtene, sett fra de ansattes ståsted, legger til rette for brukermedvirkning fra pasient og nettverk. Brukermedvirkning på individnivå er et prioritert område innen psykisk helsearbeid, og viktig for å kunne oppnå å styrke pasientens og nettverkets egen mestringsevne.

3.1.5 Erfaring med utvikling av teamets funksjon og innhold (klinisk metode) og vurdering av nytte nettverksmøter har i forhold til annen type behandling

Nettverksmøter er i denne sammenhengen ansett som en terapiform hvor en ønsker å tilstrebe "den åpne dialogen". Nettverksmøtet har en grunnleggende teoretisk forankring i et sosialøkologisk perspektiv, hvor en anser mennesker som et resultat av sosialisering og ikke som sosiale enheter. Nettverksmøteteknikken er også influert av handlings- og samspillteori med fokus på tilnærming av enkeltindividet, relasjoner til omgivelsene og sosiale systemer. Med utgangspunkt i prosjektgruppens kompetanse- og erfaringsgrunnlag i gjennomføring av nettverksmøter, vil evalueringen belyse i hvilken grad prosjektgruppen utvikler sin forståelse av og praksis med nettverksmøter i behandlingen. Dette omfatter ikke minst i hvilken grad en på bakgrunn av praksisgjennomføringen i prosjektet finner nettverksmøter som et velegnet supplement til annet behandlingstilbud (sykehus og kommune).

4.0 SENTRALE NØKKELBEGREPER

4.1 Nettverksmøter

Nettverksmøter kan være både problem- og teraporientert og baserer seg på kunnskap og praksis fra psykiatri, psykologi, sosiologi, gruppe- og nettverkstenkning. Nettverksmøtet er i denne sammenheng tenkt utviklet innenfor det psykiske helsearbeidet, som et behandlingstilbud som tar et optimalt utgangspunkt i folks hverdag. En ønsker å arbeide i og benytte det naturlige nettverket i behandlingsforløpet som blir utviklet. Ved å innrette arbeidet slik, tenker en også at en psykisk lidelse medfører mindre grad av stigma og isolering enn det som en ellers kan observere. En ser for seg at recovery eller bedringsprosesser er unik for hver person, og må utvikles i de sammenhengene folk lever i. I dette bildet hører også med å utvikle gode mestringsstrategier til bruk i eget liv. Nettverksmøter er en arena for krisehåndtering (for eksempel suicidalproblematikk) og behandling samt utveksling og utvikling av kompetanse. Nettverksmøter er dermed å anse også som en læringsarena for alle møtedeltakerne. I dette pilotprosjektet har en vektlagt å organisere nettverksmøter som en reell samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten. Begge parter forutsettes å inngå i tverrfaglige team hvor pasienten og dennes nettverk er i sentrum. Det samme teamet følger pasienten og dennes nettverk over tid, slik at det er forventet å skape kontinuitet og helhet i behandlingen. Nettverksmøter forutsetter en aktiv brukermedvirkning der pasienten selv får et klart medansvar. Pasientens pårørende og øvrige nettverk er å anse som en ressurs som sammen med teamet skal bidra til gjensidig dialog.

Nettverksmøtene vil i hovedsak foregå hjemme hos pasienten, noe som på sikt er å anse som et bidrag til bedre utnyttelse av de samlede ressursene. Møtene vil ofte foregå på ettermiddag og kveld når det er lettest å samle nettverket. Nettverksmøtet utfordrer også den tradisjonelle utforming og organisering av det psykiske helsearbeidet. Selv om pilotprosjektet er forventet å ha sin lokale tilpasning og teoretiske tilnærming hentet fra flere kilder, som kan skille seg fra tenkning i "open dialogue treatment" til Jakko Seikkula (Seikkula 2000), er det vesentlige tankegrunnlaget og tidligere praksis hentet fra Seikkula og hans medarbeidere. Viktige prinsipper i "den åpne dialogen" er a) *umiddelbar hjelp*, b) *alle berørte skal være med i behandlingsprosessen*, c) *fleksibilitet på behandlingsarena*, d) *alle spørsmål blir åpent diskutert i nettverksmøtet* og e) *teamet er inne så lenge det er behov for det*. I tillegg vektlegges det at det blir utvist usikkerhetstolerance, at en unngår for tidlige avgjørelser eller behandlingsplaner. Det er også viktig at fokus er på å få i gang dialog og ikke på endring av pasienten eller familien. I selve nettverksmøtet er fokuset på den emosjonelle utvekslingen mellom deltakerne, på prosesser som de berørte partene opplever, og at de opplever dette i fellesskap.

"As the original network incorporates the team into its membership, new meanings emerge when new shared language starts to emerge between the team and the members of the social network. The drama of the process lies not in some brilliant intervention by the professionals, but in the emotional exchange among network members, including the professionals, who together construct or restore a caring personal community"
(Seikkula, Family Process, Vol 44. No 4 2005)

Pårørende har ofte hatt som viktigste utfordringer og prioriteringer ovenfor helsetjenesten at de må tas på alvor og informeres og involveres når deres nærmeste utvikler psykiske lidelser. Familien er ofte sentral i et menneskes liv, også ved psykiske lidelser. Derfor bør familien trekkes aktivt med i utformingen av tilbud og tiltak. Valdres-prosjektet er et eksempel på

hvordan en arbeidsmetode kan bidra til at det åpnes nye muligheter i forholdet mellom pårørende og et menneske med alvorlig psykisk lidelse. Pårørende vet at de har kunnskap og erfaringer som er viktige for at deres nære skal få det best mulig. Stabile relasjoner er viktige, enten de har et behandlingsopphold eller ikke, og nettverket har viktige virkninger og funksjoner som er avgjørende for langtidsprognosen ved alvorlig lidelse (Borg og Topor 2000, Seikkula 2000). For barn og unge er familien sentral for hvordan de har det, og hvordan det går med dem på sikt, og konsekvensen er at en legger stor vekt på lokale og polikliniske tiltak. Hovedbegrunnelsene for brukermedvirkning, erkjennelsen av institusjonsopphold vil utgjøre en liten del av de aller fleste brukeres liv (St. meld. Nr. 25, 1996-1997), og at familiebåndene også er viktige under institusjonsopphold, peker i samme retning som de pårørendes hovedprioritering (Rådet for psykisk helse 2004).

Tiltak for mennesker med psykiske lidelser utenfor døgninstitusjonene kan kategoriseres i en tjenestesystemtilnærming eller en lokalsamfunnstilnærming (Sørgaard 2002). Opptrappingsplanen preges av tjenestesystemtilnærmingen, der DPS spesifiseres i typer tjenester som poliklinikk, dagbehandling, bo- og behandlingstilbud, tilrettelagt arbeid og flerfaglig tilnærming. Rådet for psykisk helse har påpekt at en i større grad bør vektlegge fokus på lokalsamfunnstilnærmingen, med større vekt på bruk av naturlige nettverk og hjelpere i tillegg til holdningsarbeid (Rådet for psykisk helse 2004).

4.2 Ambulant tjeneste

Ambulante tjenester karakteriserer oppsøkende og tilrettelagte tjenestetilbud ovenfor pasienten. Dette betyr i praksis at behandlingen i prinsippet foregår hvor pasienten bor eller befinner seg, og at det dermed utøves en fleksibilitet fra tjenesteutøverne i tilrettelegging av tilbud utenfor klinikken. Ambulant behandling har fått en viktig plass innen intervensjon ved alvorlig psykiske lidelser, ikke minst overfor ungdom og unge voksne. Ved å rykke ut og møte pasienten, pasientens familie og lokale hjelpere på pasientens hjemsted, er det i mange tilfeller mulig å mobilisere lokale ressurser og finne alternative løsninger til innleggelse (Guo m.fl. 2001). Midtveis i 2003 hadde omtrent halvparten av de etablerte DPSene opprettet ett eller flere ambulante team. De fleste av disse er en form for psykoseteam, men det er også etablert en del akutt-/kriseteam og noen rusteam (Ruud m.fl. 2004). Sykehusene kan selv opprette faste ambulerende team som har den utadrettede virksomheten som sin viktigste oppgave. Ofte vil teamene ha arbeidsoppgaver i sykehuset i tillegg til reisevirksomheten. Teamenes formål er å virke som bindeledd mellom sykehusene og den kommunale helse- og omsorgstjeneste (NOU 2005). DPSene skal yte desentraliserte allmennpsykiatriske spesialisthelsetjenester. Sentrene skal også prioritere poliklinisk og ambulant virksomhet samt lavterskel døgnopphold i krisesituasjoner.

Det eksisterer i dag lite dokumentasjon på effekten av ambulante team. Internasjonalt finnes noen kontrollerte studier av psykiatriske spesialisthelsetjenester i sykehjem. Disse viser at modellen med tverrfaglige team var vesentlig mer effektiv enn en enkelt spesialist som alene vurderer pasienten og sender skriftlig rapport (Bartels m.fl. 2002). I NOU 2005:3 påpeker utvalget at ambulant virksomhet anses som et viktig element i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tverrfaglige ambulante tjenester er imidlertid både tidkrevende og personellkrevende, og har ikke vært honorert i DRG- og takstsystemene. Det har dermed medført at mange sykehus ikke har sett seg tjent med å benytte sine ansatte til slike oppgaver. Det påpekes videre at ambulant virksomhet anses som en viktig del av helsepersonellens lovpålagte veiledningsplikt (lov om spesialisthelsetjenesten

§ 6.3). Bidraget spesialisthelsetjenesten her gir i kompetanseheving i kommunehelsetjenesten medfører sannsynligvis at flere pasienter kan motta forsvarlig behandling av god kvalitet på hjemstedet (NOU 2005:3).

I st.prp. nr 1(2004-2005) forutsettes at ambulante team etableres ved samtlige DPS. Det er beskrevet at ambulante team skal utgjøre en viktig del av det distriktpspsykiatriske tilbudet i tråd med Opptrappingsplanens intensjoner.

4.3 Samarbeid første- og andrelinjetjenesten

I Norge er helsetjenesten fordelt på to forvaltningsnivå som henholdsvis er forankret i kommunene og de statlige helseforetakene. Innenfor disse er det videre en rekke organisatoriske inndelinger. Dette bidrar til at det generelt er mange med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som forventes å samhandle med hverandre både innen og utenfor helsetjenesten.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte behov for flere typer tjenester. Samarbeid mellom ulike tjenester var et viktig punkt i sosialkomitéens innstilling til opptrappingsplan for psykisk helse (Inst. S. nr. 222, 1997-1998), der regjeringen skulle fremme konkrete tiltak om samarbeid blant annet mellom kommune- og spesialistnivå. Slikt samarbeid er ofte etterlyst, både av pårørende, brukere og ansatte. To viktige forhold som henger sammen, styrer behovet for samarbeid mellom ulike tjenester: bredden i brukerens behov for tjenester, og bredde/smålhet på tjenestens arbeidsområde (Rådet for psykisk helse 2004).

Det er av stor betydning for samarbeidsrelasjonene mellom nivåene i helsetjenesten at spesialisthelsetjenesten får et førstehånds kjennskap til hvilke forventninger kommunehelsetjenesten har til sykehuset, hvilke behov som ønskes dekket og hvilke oppgaver kommunene er fullt kompetente til å håndtere på egen hånd. Ved at en fysisk møtes, gjennom for eksempel ambulante team, kan bygge en gjensidig respekt for hverandres arbeidsfelt. Det betyr også at det i ettertid er lettere å oppnå telefonisk kontakt, der mange problemer kan løses uten at pasienten trenger å henvises.

Innenfor organisasjonsteori benyttes fellesbetegnelsen interorganisatorisk koordinering på fenomen som samarbeid, samhandling, nettverksbygging, kontakt, kommunikasjon m.m. mellom organisatoriske enheter. Organisasjoner har tradisjonelt blitt sett på som lukkede systemer, innelukket sammen med sine nære omgivelser og i stand til å skjerme seg mot utfordringer over lengre tid. De har blitt beskrevet som bare i liten grad egnet til å ta signaler, oppfatte trusler og muligheter samt regissere endring av seg selv (Morgan 1986, Maruyama 1982, Varela 1979). På samme måte kan medlemmene av organisasjonene betraktes som aktører som skjermer seg mot impulser som utfordrer etablert praksis. Disse kan videre avvise forslag og kritikk som ikke harmonerer med den etablerte organisasjonskulturen. Konteksten kan like så mye sies å være psykologiske og antropologiske faktorer, som institusjonelle/formelle rammer og grenser. Virkelig endring i organisasjonskultur er derfor også mer sannsynlig som resultat av dyptgripende kriser enn av planlagte beslutninger og vedtak (Knudsen i Repstad 1993).

Begrepene samarbeid, samhandling og samordning er tvetydige, både i faglitteraturen og i praktisk språkbruk. Forskjellen mellom samordning og samarbeid ("coordination" og "cooperation") kan forstås slik at koordinering kan sies å være en prosess hvor to eller flere

organisasjoner skaper eller benytter beslutningsregler som er utformet med ønske om kollektiv opptreden i et felles handlingsmiljø. Koordinering anses derfor som mer formalisert enn samarbeid. Koordinering legger vekt på felles målsetninger, med betydelig ressursinnsats og kan derfor være en trussel mot enhetens autonomi (Mulford og Rogers 1982). Det vil likevel ofte være hensiktsmessig å ikke så sterkt knytte avgrensningen til spørsmål om formell eller uformell kontakt. En kan ofte forutsette at handlinger og prosesser kan være viktigere enn konkrete vedtak, og at enhetene fortsetter å ha sine egne målsetninger selv om de er gjenstand for koordinering. Samhandling er mer konkret og mer forpliktende enn samarbeid. Samhandling inneholder derfor en norm om handling; nettopp å gjøre noe sammen (Orvik 2004). Ordet samhandling brukes ofte synonymt med ordet transaksjon, og avspeiler at ytelse utveksles mot motytelse. Alle former for interorganisatorisk koordinering har som siktemål å effektivisere strømmen av transaksjoner (Knudsen i Repstad 1993).

Organisasjonenes domene ("domain") er en sentral komponent i vurderingen av potensialet for samarbeid. Domenebegrepet er relevant i minst tre forskjellige sammenhenger i forbindelse med interorganisatorisk koordinering. For det første henspeiler det på den enkelte enhets funksjoner, tjenester, klientgrupper og geografisk plassering. For det andre kan en betrakte "domain concensus" (domeneenighet eller domeneavklaring), som beskriver noe om enhetenes deling av arbeidsoppgaver som et kompromiss eller forhandlingsresultat (Thompson 1967, Warren 1969). For det tredje har en begrepet interorganisatorisk domene. Dette definerer et problemområde av felles interesse for flere enheter, som derfor er motivasjon for en eller annen grad av koordinering. I dette tilfellet er det ikke nødvendigvis tale om varig samarbeid eller samhandling ut over det å nå frem til en innstilling, en beslutning eller fokus på et problem. Et interorganisatorisk domene innebærer at de aktuelle problemene anses å være komplekse og udelelige, dvs. at de ikke kan splittes opp i mindre problemer som kan takles av organisasjonene enkeltvis (Aldrich 1979).

Innenfor organisasjonslitteraturen er det videre pekt på tre viktige kriterier for å lykkes med samarbeid: a) *domenekompatibilitet*, b) *ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet* og c) *mandatkompatibilitet*.

Domenekompatibilitet henspeiler på at organisasjonene ofte ønsker å forsvare og utvide eget domene, selv når offentlige dokumenter uttrykker noe annet. For å ivareta sine domeneinteresser vil derfor organisasjonene i beste fall forsøke å utføre en god jobb, økonomisere med ressursene og utveksle ressurser med andre enheter. Men det vil også kunne skje at en iverksetter negative strategier for å forsvare hva en oppfatter som organisasjonens legitime interesser. Etersom det ofte vil være flere organisasjoner som gjør dette samtidig, vil det være en mulighet for konkurranse, konflikt og konfrontasjon, som utfordrer samarbeidet. Betingelsen for at samarbeid skal ha livets rett er altså at samarbeidet må være nyttig ut fra fordelingen av oppgaver mellom de forskjellige enhetene. Dette er et uttrykk for domenekompatibilitet.

Dersom kravet til domenekompatibilitet (delvis overlappende domene og mulighet for samarbeidsgevinster) er innfridd, er den neste betingelsen at partene har kompatible ideologier og kompatible oppfatninger av hverandres forståelse av kvalitet (Benson 1975) Begrepet ideologisk kompatibilitet kan i denne sammenheng omfatte hva som anses som god terapi, gode samarbeidsmåter og behandlingsformer, oppfatning av hva enheten eller institusjonen står for, i tillegg til hva andre enheter (som potensielle samarbeidspartnere) står for. Kvalitetsmessig kompatibilitet uttrykker samarbeidsaktørenes vurdering av hverandres faglige prestasjonsnivå. I praksis forutsetter dette at dersom samarbeidet skal fungere, må

aktørene i stor grad oppfatte at en har noenlunde likt kvalitetsnivå. Dette bidrar til at de har respekt for hverandres arbeid. Ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet vil noen ganger dreie seg om profesjonskompatibilitet. Dette innebærer at for å lykkes med samarbeidet må det være respekt for den profesjonstilhørighet samarbeidsaktøren har.

I tilfeller hvor en identifiserer at det er rimelig grad av domenekompatibilitet, ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet, kan en anse at viktige betingelser for samarbeid er til stede. Dersom samarbeid av ulike grunner likevel ikke kommer i stand, men at en anser potensialet for samarbeidsgevinster er sterkt til stede, kan det noen ganger være nødvendig med en form for påtrykk eller mandat. Mandatet kan realiseres gjennom å gi en av enhetene eller en overordnet instans rett og plikt til å initiere og kontrollere at koordinering faktisk finner sted. Dette kan utøves gjennom planlegging eller direkte styring. Alternativt kan mandatet foreligge i form av et (juridisk bindende) direktiv til enhetene om at virksomhetene skal samordne visse aktiviteter gjennom gjensidig tilpasning. Praksis har derimot vist at mandat ofte kan ha begrenset virkning dersom de to forutgående kriteriene ikke er innfridd. Enhetene kan dermed oppleve at mandatet bidrar til unødvendig koordinering, og til at unødige møter blir pålagt virksomhetene. I verste fall vil dette kunne utvikle seg til konflikt og redusere mulighetene for fremtidig samarbeid (Knudsen i Repstad 1993).

4.4 Tverrfaglig samarbeid

Begrepene flerfaglighet og tverrfaglighet blir ofte benyttet om hverandre, men har likevel ulikt innhold. Forskjellen handler om graden av forpliktelse og fellesskap. I engelsk litteratur vises det til fire ulike grader av samarbeid: a) *unidisciplinary*, b) *multidisciplinary*, c) *interdisciplinary* og d) *transdisciplinary* (Orvik 2004). Unidisciplinary innebærer at den enkelte profesjonsutøver er faglig autonom innenfor sitt eget myndighetsområde. Det eksisterer imidlertid ikke noe fellesskap mellom de ulike fagpersonene. Multidisciplinary betyr at de ulike faggruppene har møtepunkter, men at de ikke lar seg påvirke av hverandres bidrag. Faggruppene vil i dette tilfellet arbeide med de samme pasientene, men med ulike innfallsvinkler. Interdisciplinary viser til at faglig samarbeid er preget av såkalt interaktiv anstrengelse. Dette omfatter en forpliktende form hvor alle involverte bidrar aktivt. På denne måten utvikler gruppen over tid en ny, felles kompetanse. Transdisciplinary er en avansert form for tverrfaglig samarbeid. Her er felles teamtilnærming til behandlingsoppgaver et typisk trekk. Poenget er at arbeidet skjer som team. Parallelt med det faglige arbeidet foregår det personalutvikling og kompetanseutvikling. En overlapping av roller gjør at den enkelte profesjonsutøver i tillegg til sin spesialistrolle, også må være generalist og leder. En slik avansert form for tverrfaglig samarbeid er ansett som nødvendig ved ulike former for nybrottsarbeid og for å kunne hjelpe pasienter med komplekse hjelpebehov. Formen blir noen ganger omtalt som tverrfaglig samhandling. Samhandling uttrykker som nevnt ovenfor en enda sterkere grad av forpliktelse enn samarbeid. Tverrfaglig samarbeid er dermed betegnelsen på en arbeidsform som ligger i skjæringspunktet mellom kategoriene *interdisciplinary* og *transdisciplinary*.

4.5 Prosjektprosessen

Innen rasjonell prosjektteori defineres prosjekter som tidsavgrenset organisert aktivitet med et klart definert mål. Et prosjekt kan skilles ut som et eget styringsobjekt med egen organisasjon, og dets oppgaver skiller seg fra rutinemessige oppgaver (Westhagen 1991). Et prosjekt forventes å skulle løse problemer som hovedvirksomheten (basisorganisasjonen) ikke evner å løse. Prosjekter kan sees på som forsøk eller eksperimenter knyttet til det offentliges møte

med en ny kontekst. Kritikken mot tradisjonell prosjektteori refererer til mangel på dynamikk og evne til å bygge omgivelsenes uforutsigbarhet inn i prosjektene. Bruken av prosjekter i offentlig virksomhet er ofte initiert for å fange opp endringer i klient-/problemomgivelser og for i neste omgang å kunne tilpasse tjenestetilbudet. Nye prosjekter skal ikke bare forholde seg til klientomgivelser. I praksis vil prosjektenes forsøk på å håndtere problemer også i stor grad avhenge av prosjektets relasjoner til det øvrige tjenesteapparatet. Brukergrupper vil organisasjonsmessig i gjennomføringen ofte sortere under det nyopprettede prosjektet. Prosjektets potensial for å presentere løsninger avhenger i stor grad av prosjektets samhandling med det allerede eksisterende hjelpeapparatet. Et prosjekts suksess avhenger derfor ikke bare av dets evne til å bygge inn kontekstuell usikkerhet, men samtidig av dets evne til å håndtere gamle strukturer (Ryen i Repstad 1993).

Utviklingsmodellen PLP (prosjektlederprosessen) er siden 1995 anvendt i omstillingsområder for å skape en mer bevisst holdning til utvikling. De sentrale elementene i prosjektlederprosessen er:

- a) faseinndelt utvikling gjennom forstudie, forprosjekt og hovedprosjekt
- b) oppfølging og kvalitetssikring gjennom måldefinering, beslutningspunkter, milepæler og identifiserte kritiske suksessfaktorer
- c) administrativ organisering, hvor de sentrale personene er prosjektansvarlig (PA) og prosjektleder (PA).

Hver fase behandles som et eget prosjekt, og det må tas en selvstendig vurdering om en skal gå videre gjennom etablering av et nytt prosjekt. Gjennom dette prinsipp sikrer en at prosjekter som ved nærmere gjennomgang ikke ansees realiserbare, avsluttes i en tidligst mulig fase. Dermed kan de totale ressursene hele tiden konsentreres om de mest sentrale prosjektene.

5.0 EVALUERINGSDESIGN

Evaluering kan bredt defineres som systematisk innsamling av viten om gjennomføring og virkninger av en innsats ut fra eksplisitte vurderingskriterier og med henblikk på praktisk anvendelse. "Innsats" kan generelt omfatte alle aktiviteter som er relatert til det studerende feltet, eks. organisasjonens ytelser og ledelse, prosjekter, programmer, politikkområder, forsøks- og utviklingsarbeider m.m. Med "gjennomføring" menes både innsatsens prosess og dens produkter (output). "Virkninger" omfatter innsatsens umiddelbare virkninger så vel som dens virkninger på lengre sikt (outcome/impact). I utgangspunktet trenger ikke evalueringer å være basert på forskningsmetoder - men i høgskolens forslag ble det lagt opp til systematisk dokumentasjon ved bruk av ulike forskningsmetoder/teknikker (basert på prinsipper fra såkalt handlingsorientert evalueringsforskning (Dahler-Larsen og Krogstrup 2001)). Denne utviklingsorienterte evalueringen er kjennetegnet ved interaksjon mellom evaluator og innsatsens aktører under evalueringsprosessen. Evalueringen tar sikte på at resultater løpende kan anvendes av innsatsens medarbeidere eller brukere til å utvikle innsatsen. Denne evalueringstypen er en form for aksjonsforskning.

Metodiske tilnærminger:

- a) Deltakende observasjon (og prosessnotater) i prosjektmøter, arbeidsgrupper, styringsgruppe m.m. (ref. evalueringskriterium nummer 1)
- b) Gruppeintervjuer/informantintervjuer/refleksjon med involverte kliniske utøvere (prosjektdeltakere) (ref. evalueringskriteriene nummer 1,2,3,4,5,6,7)

Ut i fra pilotprosjektets beskrivelse av delmål vil evalueringen konsentrere seg mest om delmål 2. I tråd med prinsippene fra handlingsorientert evalueringsforskning ble det påpekt at det kunne bli justeringer underveis, avhengig av interaksjonen mellom evaluator (HiG) og deltakerne i prosjektet. En sentral avklaring som ble foretatt underveis i prosjektet var at høgskolen ikke skulle gjennomføre vurderinger som krevde innhenting av informasjon ved bruk av pasienter som informanter. Dette klientperspektivet (med evalueringskriterier som omfattet a) opplevelse av brukermedvirkning fra pasient og nettverk, b) utvikling av kompetanse og mestring for pasient og nære andre og c) livskvalitet) var i utgangspunktet forutsatt å skulle bli ivaretatt av den eksterne evalueringen. Men for å unngå tidsforsinkelser ved nødvendige søknader til Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK1), ble det besluttet at prosjektgruppen skulle forsøke å fange opp dette perspektivet gjennom selve pilot-gjennomføringen (intern evaluering). Det ble derfor besluttet å vinkle tilnærmingen i den eksterne evalueringen slik at erfaringene ble uttrykt gjennom "behandlerne".

Informanter i evalueringsprosessen opptrer ikke som anonyme, men data fra evalueringen vil presenteres i rapporten på en måte som ikke vil kunne spore identitet.

Evalueringsprosjektet ble ved prosjektstart meldt inn til Personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste). Personvernombudet vurderte prosjektet og fant at behandlingen av personopplysninger var meldepliktig i henhold til personopplysningsloven §31. Behandlingen tilfredsstilte kravene i personopplysningsloven, og prosjektet ble godkjent.

Evalueringen er gjennomført av instituttleder Roger Lian (heretter kalt evaluator), Institutt for helse- og sosialfag.

5.1 Metode

5.1.1 Styringsgruppen

Evaluator har deltatt på 3 styringsgruppemøter som observatør i prosjektperioden. Det første møtet (29. august 2005) omfattet presentasjon av evalueringsdesign for styringsgruppen. Det midterste møtet (20. februar 2006) omfattet fremlegg av evaluators forhåndsanalyse og diskusjon for styringsgruppen. Det siste møtet (11. september 2006) omfattet evaluators kommentarer og innspill til prosjektgruppens midlertidige rapport. I tillegg ble det nedskrevet prosessnotater fra disse møtene. Evaluatør har ut over dette mottatt og lest innkallinger og referater fra øvrige styringsgruppemøter.

5.1.2 Prosjektgruppen

Evaluatør har deltatt på følgende prosjektgruppemøter:

19. september 2005
26. september 2005
21. november 2005
6. februar 2006
6. mars 2006
28. april 2006
22. mai 2006
12. juni 2006
22. juni 2006

Evaluators rolle i møtene har i hovedsak vært som observatør, men på prosjektgruppens initiativ er denne blitt trukket inn i diskusjon og bedt om å gi kommentarer. Evaluatør har i størst mulig grad forsøkt å bidra med å formulere problemstillinger som grunnlag for refleksjon på bakgrunn uttrykt forståelse og observasjon av prosessen og innholdet i møtet. På flere av møtene evaluators aktive bidrag vært som en del av avslutningen å oppsummere noen hovedutfordringer, sett i fra dennes ståsted, i det videre arbeidet for prosjektgruppen. I to av møtene er benyttet mer omfattende tid til å gå gjennom evaluators forhåndsanalyser som grunnlag for refleksjon og utvikling av prosjektgruppens forståelse av praksis (i prosjektet). Dette skjedde i februar og i mai 2006.

5.1.3 Informantintervju

Evaluatør gjennomførte i september/oktober 2005 fire informantintervjuer med utvalgte prosjektgruppedeltakere for å få beskrivelser av erfaringsgrunnlag, faglig kompetanse, motivasjon og rekrutteringsprosess til prosjektet. Fordelingen omfattet 2 ansatte ved DPS Gjøvik, 1 ansatt i Øystre Slidre kommune og 1 ansatt i Gjøvik kommune. Intervjuene hadde hver for seg en varighet på ca. 1 time. Det ble benyttet semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble tatt opp på bånd for senere å bli gjengitt i sammendrag. Sammendragene ble returnert informantene for kommentarer/godkjenning.

5.1.4 Gruppeintervju

Det er gjennomført følgende gruppeintervju med deltakere i prosjektet:

Første runde:

Intervju ansatte (2 prosjektgruppedeltakere) Øystre Slidre januar 2006

Intervju ansatte (2 prosjektgruppedeltakere) Gjøvik kommune januar 2006

Intervju ansatte (3 prosjektgruppedeltakere) DPS Gjøvik januar 2006
Intervju (2 brukerrepresentanter) Mental helse februar 2006

Andre runde:

Intervju ansatte (2 prosjektgruppedeltakere) Øystre Slidre august 2006
Intervju ansatte (2 prosjektgruppedeltakere) Gjøvik kommune august 2006
Intervju ansatte (4 prosjektgruppedeltakere) DPS Gjøvik august 2006
Intervju (2 brukerrepresentanter) Mental Helse september 2006

Intervjuene hadde hver for seg en varighet på 1-2 timer. Det ble benyttet semistrukturert intervjuguide. Alle intervjuene med Øystre Slidre og Gjøvik kommune ble tatt opp på bånd. Tilsvarende ble gjort med intervju med DPS Gjøvik i september 2006. Intervjuet med DPS Gjøvik i januar 2006 og begge intervjuene med Mental Helse ble ikke tatt opp på bånd etter ønske fra informantene. Det ble i disse tilfellene nedskrevet notater underveis. Alle intervjuene ble gjengitt i sammendrag. Alle sammendragene i runde 1 ble returnert informantene for kommentarer/godkjenning. Tilsvarende ble også gjort ved intervju av Mental Helse i runde 2. Øvrige informanter i runde 2 fikk ikke returnert sammendrag på bakgrunn av at tidspunktene for intervjuene måtte gjennomføres senere enn planlagt pga. ferieavvikling. Ettersom disse ble tatt opp på lydband, har det likevel vært et godt grunnlag for å beskrive informantenes refleksjoner.

5.1.5 Samtaler

Det er gjennomført 3 samtaler/møter med prosjektleder fordelt underveis i prosjektet. Dette har vært samtaler preget som dialog hvor prosjektleder har hatt mulighet for å drøfte gjennomføringen og videreutviklingen av prosjektet. Evaluator har primært bidratt med innspill knyttet til prosjektlederprosessen og forståelsen av modeller for samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten i ambulante team.

5.2 Analyse

Analysen er gjennomført ved å kategorisere data fra intervjuene sett i sammenheng med evalueringskriteriene som er definert. Det ble utarbeidet sammendrag av intervjuene som utgangspunkt for forhåndsanalyse som er forelagt prosjektgruppen underveis. Denne har vært gjenstand for drøfting og refleksjon for videre utvikling i prosjektet. Presentasjon av funn beskrives i kapittel 9, 10, 11 og 12 sortert etter virksomhet (prosjektgruppedlemmenes tilhørighet). Drøfting av funnene presenteres i kapittel 13. I drøftingsdelen er helheten av det samlede datamaterialet (ved innhenting gjennom de ulike metodene) søkt ivare tatt og strukturert etter de definerte evalueringskriteriene.

6.0 VIRKSOMHETENE

6.1. Gjøvik kommune

Kommunens innbyggertall er på ca 30.000. Gjøvik kommune gjennomførte en vurdering av organisasjonsstruktur innenfor virksomhetsområdet helse og omsorg i 2004/2005. Gjennomgangen konkluderte med en anbefaling om å opphøre distriktsmodellen og innføre en funksjonsmodell (fagorganisering), hvor omsorgsvirksomheten ble delt inn i tre seksjoner ledet av tre funksjonsledere (Gjøvik kommune 2005). De foreslåtte funksjonsområdene var a) *institusjonstjenester* (alle sykehjemsposter og institusjonsplasser, dagsenterdrift utenom psykiatri og psykisk utviklingshemmede), b) *hjemmetjenester* (hjemmetjenester i alle omsorgsdistrikt iberegnet bemannede omsorgsboliger og bokollektiv for aldersdemente) og c) *tilrettelagte tjenester* (miljøarbeidertjenesten iberegnet avlastningsenhet og dagtilbud for utviklingshemmede, psykisk helsearbeid og bokollektiv for brukere med psykiske lidelser, tjenester til spesielt ressurskrevende brukere med fysisk funksjonshemming). Prosjektgruppen påpekte om psykisk helsearbeid at ansatte fortsatt burde være tilknyttet de ulike tjenestestedene på samme måte som de hadde vært tilknyttet distriktene, men at det var nødvendig å tydeliggjøre og ivareta tjenesten og de ansatte. I prinsippet legger en ved denne organiseringen til grunn et ønske om å sikre lik kvalitet ved tjenestetilbudene uavhengig av hvilket omsorgsdistrikt brukeren tilhører. Kommunen ønsket å videreføre ordningen med et sentralt tildelingskontor for å kvalitetssikre saksbehandling og søknad om omsorgstiltak, samt sikre likhet for den enkelte bruker mellom distriktene. En funksjonsmodell med "sentralisert" ledelse søker å ivareta en helhetlig faglig og økonomisk ledelse innenfor det definerte tjenesteområdet. Formålet er å styrke kompetanse og effektivisere ressursbruken slik at det samlede tjenestetilbudet blir bedre for brukeren. Organisasjonsmodellen trådte i kraft 05/05. prosjektgruppedeltakerne fra Gjøvik kommune er organisert under Seksjon for tilrettelagte tjenester.

6.2 Øystre Slidre kommune

Kommunens innbyggertall er ca 3.300. Kommunens organisasjonsmodell følger en tradisjonell sektorinndeling. Psykisk helsearbeid er organisert under sektor for helse- og velferd. Tjenester til mennesker med psykiske lidelser over 18 år er organisert under hjemmetjenesten med 2,85 årsverk fordelt på to psykiatriske sykepleiere og to psykiatriske hjelpepleiere. Tjenesten har et dagsenter som er åpent én dag og én kveld i uken i tillegg til annenhver lørdag. Når det gjelder tjenester til barn og unge og deres familier, er dette lagt til helsesøstertjenesten og miljøarbeidertjenesten. Den ene prosjektgruppedeltakeren fra Øystre Slidre kommune er organisert under hjemmetjenesten, mens den andre er organisert under helsesøstertjenesten.

6.3 Sykehuset Innlandet, DPS Gjøvik

Distriktpsikiatrisk senter Gjøvik (DPS Gjøvik) er en avdeling organisert inn under Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet HF. Et distriktpsikiatrisk senter er en behandlingseenhet innenfor et definert geografisk område som tar imot pasienter etter henvisning fra primærhelsetjenesten. Distriktpsikiatri er en spesialisthelsetjeneste i psykisk helsevern utenfor institusjon. DPS Gjøvik dekker regionene Gjøvik, Toten, Hadeland, Land og Valdres med et samlet befolkningsgrunnlag på ca. 113.000 innbyggere (av disse 87.000

voksne). Avdelingen er organisert i seks enheter: poliklinikk Gjøvik, poliklinikk Toten, poliklinikk Hadeland, dag- og døgnenhet Valdres, dag- og døgnenhet Gjøvik og døgnenhet NKS Petershagen (driftsavtale). En psykiatrisk poliklinikk er ansvarlig for å vurdere og gi et tilbud til den aktuelle pasienten etter henvisning fra lege i allmenntjenesten. Tilbudet kan bestå i ulike former for psykoterapi, støttesamtaler, nettverksmøter og oppfølging med hensyn til medisiner. En ansatt ved poliklinikken har det faglige ansvaret for behandlingen av en pasient i samarbeid med andre fagpersoner i distriktskykiatrien. Dagbaserte tilbud omfatter ikke tilbud om psykoterapi, men pasientene kan få støttesamtaler individuelt eller i gruppe og delta i ulike gruppeaktiviteter. Et hovedmål er at tilbudet er basert på frivillighet og at det skal bidra til å hjelpe pasienten til å skape struktur i hverdagen slik at den kan mestres. Et døgntilbud ved DPS er ment å være et såkalt lavterskeltilbud for at pasienter som bor hjemme og føler akutt behov for institusjonsplass, kan komme dit. Tilbudet er ment som et alternativ til sykehusinnleggelse. Helheten i det distriktskykiatriske tilbudet er organisert ut fra et ønske om å hjelpe brukeren nærmest mulig der vedkommende bor. Prosjektgruppedeltakerne fra DPS Gjøvik er organisert under ulike enheter i DPSen, og fordeler seg slik: én ansatt i psykiatrisk poliklinikk Gjøvik, én ansatt i uteteam ved døgnenhet Gjøvik og tre ansatte (inkl. prosjektleder) ved dag- og døgnenhet Valdres.

7.0 PROSJEKTGRUPPEMEDLEMMENES BAKGRUNN, KOMPETANSE OG FORFORSTÅELSE RELATERT TIL PROSJEKTETS FOKUSOMRÅDER

Som nevnt gjennomførte evaluator informantintervjuer med fire av prosjektgruppedeltakerne for å få innsikt i deres forforståelse, bakgrunn og kompetanse for å delta i dette prosjektet. Informasjon fra disse samtalene ble supplert med informasjon fra de øvrige prosjektgruppedeltakerne meddelt under de to første prosjektgruppemøtene. Hensikten var å få frem en beskrivelse av prosjektgruppens samlede kompetanse og forutsetninger for å delta i gjennomføringen av prosjektet. Erfaringsgrunnlaget og forforståelse til deltakeren i et prosjekt må ansees som viktige rammefaktorer for hvordan arbeidet vil bli gjennomført.

7.1 Utdanning og yrkesbakgrunn

Alle prosjektgruppedeltakerne, bortsett fra brukerrepresentantene fra Mental Helse, er utdannet sykepleiere. Seks av sykepleierne har videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. En har funksjon som spesialsykepleier. En annen har funksjon som helsesøster, og sluttførte videreutdanning i ledelse av nettverksmøter høsten 2005. Til sammen har 3 av prosjektgruppedeltakerne fullført denne videreutdanningen i tillegg til at prosjektleder har vært medansvarlig i gjennomføringen av dette studieprogrammet ved Høgskolen i Gjøvik. Prosjektgruppedeltakerne hadde samlet sett svært variert yrkespraksis både fra nåværende og tidligere arbeidsforhold. Flere har yrkespraksis både fra første- og andrelinjetjenesten. Flere vektlegger at de gjennom utdanning og yrkespraksis har hatt stor interesse for nettverksarbeid/familienettverksarbeid som en viktig del av psykisk helsearbeid. En av brukerrepresentantene er også utdannet og praktiserende psykiatrisk hjelpepleier. Den andre har i kraft av å ha deltatt som brukerrepresentant i Valdres-prosjektet gjennomført studiepoengskurs i nettverksmøter (pilotutdanning ved Høgskolen i Gjøvik). Rekrutteringen av deltakerne til prosjektgruppen har også vært svært forskjellig. De ansatte ved dag- og døgnenhet Valdres ble forespurt gjennom prosjektleder/overordnet leder, mens øvrige ansatte ved DPS fikk forespørsel om deltakelse gjennom avdelingsleder. Deltakeren fra poliklinikken Gjøvik anså prosjektet som svært aktuelt ettersom vedkommende deltok i videreutdanningen i ledelse av nettverksmøter. Deltakeren fra døgnavdeling/uteteam Gjøvik opplevde at vedkommende ble "presset" inn i prosjektet ettersom det ikke var andre ved teamet som ønsket å delta. De ansatte fra kommunene ble rekruttert både ved henvendelse fra egen ledelse og etter eget initiativ. De to brukerrepresentantene kom inn noe senere i prosjektet i løpet av høsten 2005. Med dette som utgangspunkt viser det at motivasjonen hos den enkelte i å delta i prosjektet varierte. Prosjektleder opplevde for egen del at han var ambivalent til å påta seg oppgaven som leder av pilotprosjektet, og var før han aksepterte oppdraget lenge i tvil på om han orket å gjennomføre denne oppgaven. Vedkommende opplevde seg noe presset av at gjennomføringen var avhengig av hans deltakelse ettersom han var sentral i gjennomføringen av Valdres-prosjektet, og således i kraft av erfaringsgrunnlaget "bærebjelken" i nettverksmøte-arbeidet ved DPS. Begge brukerrepresentantene fremhevet at det ofte er vanskelig å få med brukerrepresentanter i denne type utviklingsarbeid. Dette går både på reservasjon fra brukerrepresentanter, og manglende tilgjengelighet fra tjenesteapparatet. I forhold til dette prosjektet beskrev begge at det ideelle ville ha vært om en hadde hatt brukerrepresentanter med som selv hadde erfaring fra nettverksmøter. Begge stusset på hvorfor det ikke var avklart tidligere at brukerrepresentanter skulle delta i prosjektet, noe som medførte at de ble trukket med noe senere (oktober 2005).

7.2 Erfaringsgrunnlag med nettverksmøter

Prosjektgruppemedlemmene hadde før prosjektstart nokså ulikt erfaringsgrunnlag med gjennomføring av nettverksmøter som en del av psykisk helsearbeid. De tre ansatte ved DPS Gjøvik dag- og døgnenhet Valdres hadde alle erfaring med nettverksmøter som en utviklet og innarbeidet metode ved virksomheten. Dette skyldes ikke minst erfaringsgrunnlaget som er utviklet gjennom Valdres-prosjektet. Det ble gitt klart uttrykk for at nettverksmøter er en integrert del av dag- og døgnenhet Valdres. Det ble beskrevet at nettverksmøter gjennomføres selv om ikke alle har noen spesiell utdanning for denne behandlingstilnærmingen. Det ble oppfattet at dette var blitt en del av kulturen. Fra disse ansatte fremkom et brennende engasjement for pårørendes involvering i nettverksmøter, og at en ved å trekke inn pårørende ofte oppnår et mer nyansert bilde av pasientene. Det ble fremhevet at en opplevde tradisjonell behandling som en tilnærming hvor en ofte bare hører på pasienten, mens en ved å involvere pårørende og nettverk ofte gir mulighet for å forstå pasienten på en annen måte, samtidig som det bidrar til å bli tryggere på hvordan en skal takle pårørende. Øvrige prosjektgruppemedlemmer hadde svært begrenset erfaring med å benytte nettverksmøter som en metode i det profesjonelle arbeidet. En av de med liten erfaring i bruk av nettverksmøter ga uttrykk for at hun hadde en god del erfaring med familiararbeid hvor hun anså nettverksmøter som en aktuell metodikk. Hun påpekte at metodikken spesielt kunne være relevant ovenfor ungdom i sårbare situasjoner. Vedkommende nevnte samtidig at i arbeid med funksjonshemmede og deres familier, reflekterte hun at en tradisjonelt har utøvd en rådgivende og veiledende funksjon hvor den profesjonelle rollen ble synliggjort og bekreftet ovenfor pasienten. Dette ga ikke dermed samme mulighet for empowerment og deltakelse som nettverksmøter ville kunne gi. En annen fra førstelinjetjenesten påpekte at vedkommende betrakter at pårørende altfor ofte er en ubrukt ressurs ovenfor pasienten. Gjennom nettverksmøter hevdet vedkommende at det gir en mulighet for at alle kan bidra – innenfor nettverksmøtet får alle mulighet til å hjelpe og utvikle mestringsevnen.

7.3 Forståelse av ambulant virksomhet

Prosjektgruppemedlemmene ga uttrykk for en nokså samstemt oppfatning om hva en ambulant tjeneste innebærer ut i fra en generell tilnærming. Én beskrivelse (sett i fra andrelinjetjenesten) påpekte at ambulant funksjon innebærer at det er en beredskapsenhet som har øyeblikkelig-hjelp-funksjon. Denne må være i stand til å rykke ut og være fleksibel i å ta behandling ”på sparket”. Dette må kunne skje uten at en må håndtere byråkratiske prosedyrer. Det ble understreket at for å få dette til å fungere tilfredsstillende og fleksibelt nok, er en avhengig av tilstrekkelig bemanning og ”goodwill” fra ledelsen for å kunne arbeide på denne måten. Derfor må en forutsette tilførsel av ressurser/bemanning dersom dette skal etableres som en permanent ordning/funksjon. Når det gjaldt prosjektets organisering i team (med én ansatt fra førstelinjen og én ansatt fra andrelinjen), trodde vedkommende at kommunene ville oppleve å få det tøft med å ”rettferdiggjøre” pasienter som ikke falt inn under ansvaret/tilbudet kommunen hadde fra før. En annen fra andrelinjetjenesten uttrykte at kjernen i ambulant virksomhet er å arbeide ut i fra en base, hvor en etter behov reiser hjem til folk og stiller seg disponibel. Vedkommende oppfattet at akutteam kan være en del av ambulant team, selv om det ble understreket at akutteam kanskje krever en annen kompetanse. Et prosjektgruppemedlem fra førstelinjetjenesten beskrev at hun oppfattet at ambulant virksomhet omfatter en akuttberedskap (uttrykning), men at i forhold til dette prosjektet

(praksis) ikke kunne være en 24 timers funksjon. En annen deltaker fra kommunal sektor beskrev at i ambulant virksomhet så vektlegger en at det handler om å komme hjem til folk for å tilrettelegge tjenester/behandling. Gjennom hjemmebesøk oppnår en å samle mye mer informasjon om brukeren enn det en ellers ville ha gjort ved pasientens besøk i klinikk/utenfor eget hjem. Dette gir dermed et bedre grunnlag for individuell tilrettelegging. Vurdert opp i mot dagens akutteam ved DPS, betraktet vedkommende at den største forskjellen ved prosjektets ambulante funksjon ville være at i motsetning til akutteamets én-til-én forhold, vil ambulant team være mer fleksibel på hvilket personell (innenfor teamet) som skal bistå brukeren. Vedkommende betraktet at det er positivt at teamet er fleksibelt fordi det handler om å "kjenne pasientene".

7.4 Erfaringsgrunnlag og forståelse av samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten

Prosjektgrupped medlemmene ga uttrykk for variert erfaringsgrunnlag med samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten før prosjektet. Dette hadde så klart sammenheng med hvilken funksjon en har hatt i tidligere yrkeskarriere, og nåværende funksjon. En ansatt ved DPS Gjøvik beskrev at hun i forhold til mange pasienter hadde kontakt og oppfølging som involverte samarbeid med førstelinjetjenesten. Det ble beskrevet at kontakten etableres allerede ved vurderingssamtalen (etter inntak), hvor det deltar representanter fra førstelinjetjenesten. Det ble beskrevet videre at kontakten var god også ved utskrivning. Hun uttrykte dessuten at det er "*godt når pasienter kommer inn og har individuell plan*". Hun hadde før prosjektet ikke erfaring fra at en samarbeider med førstelinjetjenesten om utfylling/utarbeidelse av individuell plan, og hun opplevde at individuell plan ikke er benyttet i særlig grad i kommunene. Dette forklarte hun med at kommunene kanskje ikke hadde ressurser nok til å følge opp dette arbeidet. Det var likevel ofte definert en koordinator som er ansatt i kommunen. En annen ansatt i DPS Gjøvik ga uttrykk for å ha bred erfaring i å arbeide på tvers av behandlingsnivåene fra begge ståsted (forvaltningsnivåer). Ut i fra dagens ståsted i andrelinjetjenesten opplevde vedkommende at kommunene i liten grad nyttiggjorde seg av andrelinjetjenesten. I de tilfellene hvor DPS tok kontakt med Gjøvik kommune, gikk samarbeidet godt. Denne opplevde "underforbruket" av andrelinjetjenester i forhold til førstelinjens behov, mente vedkommende utelukkende er et ledesspørsmål. I dette ligger at det påligger ledelsen å bidra til å utvikle et tettere samarbeid hvor dette er formålstjenlig for pasienten. Det ble blant annet påpekt at poliklinikken i utgangspunktet skulle veilede psykiatriske sykepleiere i kommunen, men at denne funksjonen i praksis hadde "dødd ut". Andre strukturelle tiltak som er initiert av DPS (samlinger, kurs m.m.) er ikke imøtekommet av kommunene. En mulig forklaring til dette ble beskrevet å være at mange kommuner i nedslagsfeltet opplever det er langt å reise til Gjøvik. Fra ansatte i kommunene var det varierte beskrivelser på samarbeid opp i mot andrelinjetjenesten, men flere vektla at de opplevde dette som lite utviklet og ofte terskler som måtte passeres. En ansatt beskrev at vedkommende hadde hatt meget begrenset samarbeid med poliklinikken (DPS), og hadde opplevd å bli direkte avvist i forhold til pasientsamarbeid hvor vedkommende anså dette relevant. Samme person ga uttrykk for at det var et godt samarbeid med døgnenheten, men at erfaringen ofte var slik at en opplevde at "*det å ikke gå ut av klinikken skaper en fjernhet i forhold til pasientens liv*". Det ble gitt klart uttrykk for et ønske om et tettere samarbeid opp i mot DPS, og at en savnet en nærhet til andrelinjetjenesten. Fra flere av de ansatte i kommunene ble det betraktet at individuelle planer i liten grad var benyttet innen psykiatrien. En av årsakene til dette ble forklart å ha med effektivitetskrav og for stort arbeidspress å gjøre. I ett eksempel ble det beskrevet at en antok det i gjennomsnitt var 20-25 pasienter per stilling innenfor psykiatrien som skulle følges opp. Dette var til dels svært krevende brukere.

Individuell oppfølging og avklaringer ble opplevd fra ansatte å ikke være tilstrekkelig gjennomført. Dokumentene var samlet, men ikke samordnet, og brukeren fikk ikke tilstrekkelig medvirke i utformingen av individuelt tilrettelagte tiltak. En av de kommunalt ansatte påpekte at individuell plan ideelt skulle fungere som et forpliktende team.

7.5 Erfaringsgrunnlag fra prosjektarbeid og forståelse av rammefaktorer i prosjektet

Prosjektgruppen hadde svært variert erfaringsgrunnlag fra prosjektarbeid før gjennomføringen av dette pilotprosjektet. Flere ga uttrykk for at de hadde erfaring fra prosjektarbeid i utdanningssammenheng, men et fåtall (bortsett fra prosjektleder) hadde erfaring fra deltakelse i prosjektorganisert aktivitet i yrkessammenheng. Den ene brukerrepresentanten hadde erfaring fra deltakelse i Valdres-prosjektet. De fleste ga uttrykk for at de oppfattet prosjektarbeid virket spennende og interessant, ikke minst gjennom den muligheten en ville få til å samarbeide med andre mennesker på tvers av virksomheter og tjenestenivåer. Det var likevel flere som uttrykte en viss usikkerhet til deltakelsen fordi en opplevde at det var mange ukjente faktorer. Dette var knyttet både til prosjektformen, men ikke minst det noen beskrev som uavklarte arbeidsforhold med hensyn til ordinære arbeidsoppgaver. En ansatt fra førstelinjetjenesten betraktet det særdeles positivt at prosjektet var handlingsorientert (at gjennomføringen skulle prøve ut en modell i praksis). Vedkommende oppfattet generelt at rammebetingelsene for egen deltakelse var avklart, og at ledelsen hadde et eierforhold/forankring i prosjektet – selv om det på dette tidspunktet ikke var avklart hvem som skulle erstatte/overta pasientansvar i forhold til vedkommendes ordinære stilling. Vedkommende beskrev at det var viktig å informere/orientere sin egen leder underveis i prosjektet for å påse og dokumentere at de ordinære oppgavene ble løst. En ansatt fra andrelinjetjenesten beskrev at prosjektgruppen ble opplevd som *"et godt sted å være"*. Vedkommende påpekte samtidig at det på dette tidspunktet var mye som var uklart med hensyn til prosjektets innhold og omfang, og at en i startfasen av prosjektet burde prioritere hyppigere kontakt i prosjektgruppen i en innkjøringsfase. Det ble av flere kommentert at en oppfattet styringsgruppen som representativ, at den har en god sammensetning, men at den nødvendigvis vil bli sammensatt med personer som har ulik forståelse og eierskap til prosjektet. De fleste prosjektgruppemedlemmene ga uttrykk for at de var trygge i gruppen, men flere kommenterte at en samtidig oppfattet at medlemmene hadde forskjellig forståelse av prosjektet og at det var ulike ambisjoner hos enkeltmedlemmene i gruppen.

Prosjektets stillingsressurser omfatter foruten prosjektleder i 100% stilling, kun deltidsfunksjoner (individuelt varierende mellom 20-50%) for hver av prosjektgruppemedlemmene. For noen av medlemmene er deltakelsen i prosjektet forventet å komme i tillegg til oppgaver i ordinær stilling. Brukerrepresentantene deltar i prosjektgruppemøtene, og har dermed ikke definert arbeidstid i pilotprosjektet.

8.0 PASIENTOVERSIKT I PILOTPROSJEKTET

Prosjektgruppen har registrert følgende aktivitet i gjennomføring av nettverksmøter i prosjektperioden. Oversikten viser fordeling på kjønn, alder, pasientens sivilstand og eventuelle barn. Totalt er det registrert 92 gjennomførte nettverksmøter.

KJØNN	ALDER	DIAGNOSE	ANTALL MØTER	SIVIL STAND	BARN	KOMMUNE
M	68	F32.2- Depressiv enkeltepisode av svært alvorlig grad uten psykotiske symptomer	2	Gift	3	By
M	42	F10.Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaket av bruk av alkohol, skadelig bruk.. Suicidforsøk.	1	Samboer	1	By
K	38	F11.2 /F13.2 Psykisk lidelser eller forstyrrelser med bruk av opiater/hypnotika og sedativa	5	Enslig	0	By
K	34	F33 Depresjon	5	Samboer	4 ste	Land
M	37	Suicidal	1	Enslig	1	By
K	35	F43.1 Posttraumatisk stressreaksjon F50.2 Nervøst Spiseanfallstilbøyelighet, bulemi nevrosa	8	Enslig	0	By
M	38	F32.2 Depressiv enkeltepisode av svært alvorlig grad uten psykotiske symptomer	1	Samboer	3	Land
K	26	F50.2 Nervøs spiseforstyrrelse- bulimi nevrosa	7	Enslig	0	Land
K	67	F33.1 Periodisk depresjon, moderat	2	Enke	2	Land
M	42	F6.07 Avhengig personlighetsforstyrrelse	1	Enslig	1	By
M	50	F10.21 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaket av bruk av alkohol. Avholden i beskyttet miljø. F41.9 Angst tilstand uspesifisert.	2	Gift	3	By
K	63	F41.1 Generalisert angst.	5	Gift	1	By
K	26	F31 Bipolar affektiv lidelse.	5	Gift	1	By
K	19	F41.1 Generalisert angst.	4	Enslig	0	Land
K	54	F31.3 Bipolar affektiv lidelse, dep. Av lettere eller moderat grad.	3	Gift	1+ste	Land
K	30	F25 Schizoaffektiv	4	Skilt	0	By

		lidelse.				
K	62	F32.1 Depressiv enkeltepisode, moderat grad.	1	Gift	0	Land
M	55	F10.1 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaket av bruk av alkohol, skadelig bruk av alkohol intox.	3	Skilt	2	Land
M	45	F33.1 Periodisk depresjon, moderat.	3	Gift	3	Land
K	39	F31.9 Bipolar affektiv lidelse uspesifisert	5	Gift	3	By
K	44	F63.9 Vane og impulshandling, patologisk, tvang.	5	Gift	3	By
M	46	F10.1 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaket av bruk av alkohol, skadelig bruk.. F13.21 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaket av bruk av sedativa eller hypnotika, avholden i beskyttet miljø. F31.6 Bipolar affektiv lidelse, blandingstilstand.	1	Samboer	1 ste	By
K	37	F 31.5 Bipolar affektiv lidelse, svært deprimert med psykotiske symptomer. F10.1 Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaket av bruk av alkohol, skadelig bruk.	4	Enslig	2	By
K	50	F32.1 Depressiv enkelt episode av moderat grad.	3	Enslig	0	By
K	57	F99 Uspes. psykisk lidelse (angst og depresjon).	1	Enke	3	Land
K	58	F5.00 Anoreksia nevrosa.	2	Gift	1	By
M	24	F 31 Bipolar affektiv lidelse.	2	Enslig	0	By
K	35	F33.3 Periodisk depresjon av alvorlig grad med psykiske symptomer.	4	Eneforsørger	2	Land
M	17	Ikke 18	2	Enslig	0	By

9.0 FORHÅNDSANALYSE PÅ BAKGRUNN AV SAMTALE/INTERVJU MED PROSJEKTGRUPPEDELTAERE (ATSKILTE VIRKSOMHETER) I JANUAR/FEBRUAR 2006

9.1 Innledning

Undertegnede gjennomførte januar/februar 2006 separate gruppesamtaler/intervjuer med prosjektgruppedeltakerne fra Gjøvik kommune, Øystre Slidre kommune og SIHF DPS Gjøvik. Nedenstående beskrivelser er en presentasjon av sammendrag av vesentlige erfaringer meddelt fra prosjektgruppen midtveis i pilotprosjektet. Innholdet ble beskrevet som en forhåndsanalyse ettersom det var en kategorisert bearbeidelse av informasjon fra samtalene. Hensikten var at forhåndsanalysen ble lagt frem for prosjektgruppen for validering (gyldiggjøring) og refleksjon. Denne drøftingen hadde til hensikt å bevisstgjøre prosjektgruppen på styrker og svakheter i gjennomføringen så langt, og bidra til kursvalg for videreføringen i prosjektet. Det ble presisert at det måtte være opp til prosjektgruppen selv å bestemme retningen videre på bakgrunn av det forelagte materialet.

9.1.1 *Tema: Erfaringer/forståelse knyttet til pasientmålgruppen/bruk av ledelse av nettverksmøter*

Alle (Gjøvik kommune/Øystre Slidre kommune/ SIHF DPS Gjøvik) uttrykte en opplevelse av at det så langt hadde vært begrenset gjennomføring av nettverksmøter. Forklaringer til dette gikk på en naturlig treghet mht. informasjon til tjenesteapparatet og utfordringer mht. å få aksept hos aktuelle klienter for å benytte nettverksmøter. Samtidig ble det oppfattet som naturlig at rekrutteringen var blitt forsinket fordi det hadde vært nødvendig å "kjøre seg inn" i prosjektet og bli tryggere på hva nettverksmøter handlet om. I noen tilfeller hadde planlagte nettverksmøter blitt avlyst pga. klientens eget ønske, eller at klientens situasjon hadde gjort det vanskelig å gjennomføre planlagte møter. Det ble fremhevet fra flere at det var en utfordring å legge til rette informasjon som bidro til å motivere klienten og fikk klienten til å forstå verdien/nyttene av nettverksmøter. Det ble samtidig uttrykt fra enkelte at begrenset kunnskap og erfaring i gjennomføring av nettverksmøter gjorde det vanskelig å ha troverdighet og å gi overbevisende informasjon ovenfor tjenesteapparatet.

- det ble fra flere trukket frem spørsmål om en burde endre på informasjonsstrategien slik at det var de som hadde mest erfaring/best kunnskap om nettverksmøter som burde stå for informasjonen ovenfor tjenesteapparatet
- flere trakk frem spørsmål om prosjektgruppemøtene i større grad burde ha fokusert på drøfting om hvordan en motiverte/informerte pasient/klient og pårørende (hvordan en alminneliggjorde innholdet ovenfor pasienten, og at en hindret at informasjon om "prosjektet" ble for overveldende!!)

Det ble uttrykt stor variasjon i trygghet og kunnskap blant prosjektgruppedeltakerne om hvordan nettverksmøter skulle gjennomføres.

Kommunene beskrev eksempler på klienter, som en hadde benyttet nettverksmøter ovenfor, som ikke hadde vært i kontakt med andrelinjetjenesten tidligere.

Det kunne synes hensiktsmessig å drøfte prosjektets målgruppe og rutiner for ”å fange opp” pasienter innenfor denne; med utgangspunkt i prosjektbeskrivelsens delmål 1 pkt. a) og b). Det ville i forhold til prosjektets mandat være viktig å begrunne en definert målgruppe, evt. hva som tilsa at en omfatter ”ulike typer pasienter” (vid målgruppe). En av kommunene uttrykte at ”*prosjektet favner bredt – vi er ute og rekrutterer. Det blir slik sett tilfeldig. I prosjektet er det et både og så langt – både de som blir henvist til andre linjetjenesten og de som vil motta et kommunalt tilbud*”. Tradisjonelt ville en kunne hevde at klienter som ble inkludert i prosjektet skulle være henvist til andrelinjetjenesten for å rettferdiggjøre bruk av ressurser fra andrelinjen i ambulant team. Alternativt kunne en iverksette ambulant team og nettverksmøter og benyttet spesialistkompetanse for å få veiledning på bakgrunn av kompetanse (eks. sykdomsforståelse/diagnose) kommunen selv ikke besatt. Dersom en hadde som målsetning (delmål II) å prøve ut nettverksmøter som en behandlingsmodell som økte reell samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten og som fremmet et helhetlig tjenestenettverk, forutsatte det i utgangspunktet et definert behov for tjenester på første- og andrelinjenivå.

9.1.2 Tema: Erfaringer/forståelse knyttet til ambulant team (forståelse av teamets funksjon/utøvelse/metodikk/samhandling m.m.)

Det kunne virke som om det var ulike oppfatninger om hva som var begrunnelsen for sammensetning av ambulant team med én person fra førstelinjen og én person fra andrelinjen. Det var to ulike syn som kom frem;

- a) det ene fremhevet at teamdeltakerne gjennomgående skulle gjøre de samme oppgavene/ivareta de samme funksjonene i gjennomføring av nettverksmøter (med tilhørende for- og etterarbeid),
- b) det andre synet hevdet at teamets sammensetning ideelt skulle utnytte ulik kompetanse i kraft av å være første- og andrelinjetjeneste – men at ansvar og roller i gjennomføring av selve nettverksmøtene var den samme. Likevel anså kommunene at 2. linjetjenesten i forhold til dette prosjektet innehadde mer erfaring i bruk av nettverksmøter slik at denne burde innta en veiledende funksjon.

Kommunene hadde ikke benyttet kliniske kartleggingsverktøy i sammenheng med prosjektet, men begrunnet dette forskjellig. Det fremkom en skepsis til om det var hensiktsmessig at kommunedeltakerne måtte lære å benytte slikt kartleggingsverktøy, som en alternativt kunne forvente var et ansvar som lå til andrelinjen: med andre ord kunne bruk av kliniske kartleggingsverktøy være et eksempel på en type ansvar- og kompetansefordeling mellom første- og andrelinjetjenesten i utøvelsen av ambulant team. Det ble videre trukket frem praktiske og situasjonsbestemte faktorer på at det ikke var hensiktsmessig å ta i bruk skåringsverktøy når det ville kunne ”distrahere” motivasjon og interesse for nettverksmøter – og i verste fall bidra til (klientens) vegring.

Det fremkom en nokså samstemt opplevelse av at det burde være benyttet mer tid på refleksjon og drøfting i prosjektgruppen relatert til:

- a) hvordan en gjennomførte nettverksmøter (styrker og svakheter)
- b) hva som var styrken og begrunnelsen for et ambulant team bestående av første- og andrelinjetjenesten.

Når det gjaldt selve nettverksmøtene fremkom ulike behov med bakgrunn i ulik erfaring og opplevd kunnskap om hva nettverksmøter innebar. Det ble uttrykt et sterkt ønske om å benytte mer tid på prosjektgruppemøtene for å gjennomføre veiledning (med bruk av for eksempel rollespill og video) og drøfting av erfaringer en gjorde seg underveis.

Det var en felles oppfatning av at de pasienttilfellene hvor det var gjennomført flere nettverksmøter, hadde det vært stabilitet i deltakelsen.

Kommunene beskrev at det innenfor psykiatrifeltet kunne være vanskelig å definere grensen for hva som tradisjonelt var andrelinjetjenestens ansvar for (medisinsk) behandling og første- linjetjenestens ansvar for pleie- og omsorg/rehabilitering, fordi samhandling/samtaler mellom helsepersonell i førstelinjen og klient ville kunne ha terapeutisk effekt på lik linje med terapeutisk behandling i sykehus.

Kommunene trakk frem at første- og andrelinjetjenesten i prosjektet i praksis ville veilede hverandre, og at det i tillegg ville ha vært verdifullt å ha lettere tilgang til spesialistkompetanse (psykiater/psykolog). DPS Gjøvik trakk frem at i forhold til den definerte målgruppen burde prosjektgruppedeltakerne (ambulante team) gjøre den samme jobben, og at styrken i dette lå i at *"en tar på seg andre briller enn de en har til daglig"*. Det ble uttrykt fra en av kommunene at *"nettverksmøter er en måte å samarbeide (mellom første- og andrelinjetjenesten) som gir andre linjetjenesten innsikt i hvordan livene leves"*.

Det fremkom samtidig at det ble benyttet liten tid (i fellesskap) på forberedelse til nettverksmøtene med hensyn til avklaring av roller (unntatt avklaring av hvem som skulle lede møtet) og felles gjennomgang av kasus. Det ble fremhevet av enkelte at det ville ha vært en fordel om en benyttet mer tid på avklaring av hvordan en ønsket å spille på lag i gjennomføringen av møtene – dvs. trukket veksler på hverandre (roller, kompetanse) – avklart når og hvordan en ønsket at den andre bidro i møtet. Likeså ble det uttrykt at det ble benyttet minimal tid (utover referatskriving) i ambulant team til refleksjon og gjennomgang av erfaringene/opplevelsene fra møtet. Det var stor enighet i prosjektgruppen om at dette var noe som burde bli prioritert i det videre arbeidet.

Det ble fremhevet av noen at prosjektet i større grad måtte fokusere på samarbeid mellom 1. og 2. linjetjeneste som tema, og at dette var blitt overskygget av en mer generell tilnærming til nettverksmøter som behandlingsform. Det ble med andre ord stilt spørsmål om all vektlegging av for eksempel bruk av kliniske kartleggingsverktøy var tjenlig for å dokumentere hva som var effektivt ved samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten om gjennomføring av nettverksmøter.

Generelt ga kommunene uttrykk for en forventning om flere henvendelser/henvisninger fra sykehuset, og sykehuset ga uttrykk for en forventning om flere henvendelser fra kommunene. Det ble uttrykt fra en av kommunene: *"Når vi fungerer i nettverksmøter så deltar en i teamet på lik linje. Vi må kunne "rekvirere" hverandre"*.

DPS Gjøvik ga uttrykk for at det var avklarte og tydelige henvisningsrutiner for rekruttering av pasienter i prosjektet. Kommunene opplevde dette noe mer uklart.

DPS Gjøvik fremhevet at det ut i fra faktiske pasienthenvisninger vel så mye ville ha vært aktuelt å gjennomføre nettverksmøter med pasienter bosatt i andre kommuner enn Gjøvik og Øystre Slidre.

9.1.3 Tema: Erfaringer/forståelse knyttet til prosjektorganiseringen (mandat/rolleavklaringer/prosjektform/organisering m.m.)

Flere beskrev at de har oppfattet prosjektet som diffust og vanskelig å få tak på hva som er prosjektets kjerne.

De fleste fremhevet at det ideelt sett burde ha vært benyttet mer tid på samlinger i prosjektgruppen slik at en hadde fått anledning til å holde kontinuitet i samtale/drøftinger i gruppen, samt i praksis å styrke samarbeidet i prosjektet (grunnlaget for å utvikle ambulante team). Det ble samtidig uttrykt en mulighet for å bruke mer tid sammen i de ambulante teamene i forhold til konkrete pasientsituasjoner/for- og etterarbeid ved nettverksmøter.

Med dette som utgangspunkt ble det uttrykt en klar bekymring for at når en fremover forventet økt hyppighet av nettverksmøter, svekket dette muligheten for å ivareta det grunnleggende samholdet og drøftningen i prosjektgruppen ytterligere på grunn av tidspress innenfor definerte rammer. En mulig tilpasning av dette var å anse det kliniske arbeidet (selve gjennomføringen av nettverksmøtene) som oppgaver en kunne utføre innenfor ordinært arbeid som ikke "spiser" av definert prosjektid. Dette ville kunne ha bidratt til at selve prosjektarbeidet fokuserte på metodikkutvikling og begrunnelse/dokumentasjon for styrker og svakheter ved nettverksmøter i ambulant team gjennom erfaringsutveksling og drøfting i prosjektgruppen. Det som eventuelt forsvarte en slik ressursbruk var at nettverksintervensjon var å betrakte som et supplement/erstatning for andre oppgaver/tilnærming en ville ha benyttet ovenfor samme pasient/gruppe.

Mangel på kontakt mellom team-medlemmene unntatt selve gjennomføringen av nettverksmøter avspeilte en tradisjonell avstand mellom første- og andrelinjetjenesten. Det ble ikke uttrykt motvilje til å endre på dette, men en skyldte på at den andre part var for opptatt eller at en ikke hadde fått tid nok i fellesskap til å bli enig om å prioritere mer samarbeid.

Det hadde vært svært begrenset med samarbeid mellom prosjektgruppedeltakerne internt i de ulike virksomhetene (kommunene og DPSet) knyttet til å drøfte prosjektet og gjennomføringen av arbeidet.

Det ble uttrykt fra flere at en opplevde at prosjektgruppemøtene hadde utviklet seg til å bli altfor "saksorienterte" og formelle – slik at det var til hinder for å drøfte det "nære" og "konkrete" i selve gjennomføringen av nettverksmøter og utfordringer/styrker/svakhet i samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten .

Det burde i større grad ha vært anledning for å søke veiledning og støtte i prosjektgruppen.

En burde ha vurdert om organiseringen av arbeidsoppgavene i prosjektgruppen var hensiktsmessig gjennomført, der en i stor grad hadde lagt opp til at alle skulle delta og gjennomføre like oppgaver. Denne strukturen vil kunne ha bidratt til styrking av fellesskap, men ville kunne ha vært lite effektiv bruk av kompetanse og ressurser. Prosjektarbeid er ikke nødvendigvis gruppearbeid.

Det ble opplevd som en utfordring å utvikle og tilpasse en egnet samarbeidsform i prosjektet med Mental Helse, slik at en ikke opplevde denne deltakelsen i prosjektgruppemøtene til

hinder for å drøfte konkrete situasjoner. Dette kan være vanskelig mht. bl.a. taushetsbelagte opplysninger.

Prosjektet var opplevd godt forankret hos ledelsen i alle virksomhetene. En av kommunene opplevde internt at en generell diskusjon om hva som er kommunens ansvar (for pleie- og omsorg) og sykehusets ansvar (for behandling) konfronterte prosjektet.

10.0 FORHÅNDSANALYSE PÅ BAKGRUNN AV INTERVJU MED BRUKERREPRESENTANTENE FRA MENTAL HELSE FEBRUAR 2006

Overnevnte forhåndsanalyse ble supplert med følgende bidrag basert på intervju med brukerrepresentantene i Mental Helse:

10.1 Generelt om prosjektet

Begge representantene trakk frem at det å få delta i prosjektarbeidet hadde så langt vært veldig styrkende – det ble opplevd som et inkluderende miljø. Samtidig ble det nevnt at den ”eldre” generasjonen ikke var vant med å bli involvert i denne type brukermedvirkning, og at det derfor både var lærerikt og utfordrende.

Begge representantene trakk frem at en opplevde styringsgruppemøtene som vanskelig tilgjengelige fordi det var for høyt tempo og raske avgjørelser som gjorde at det opplevdes både vanskelig å komme til ordet og sette seg godt nok inn i sakene. Deres anbefaling var at det måtte settes av mer tid til de enkelte sakene i møtet. Representantene var tydelige på at dersom brukermedvirkningen kun skulle foregå i styringsgruppemøtene (og ikke i prosjektgruppen), ville de ikke ha hatt motivasjon til å delta i prosjektet. Brukerrepresentantene opplever at styringsgruppen i for stor grad hang seg opp i ”bagateller” isteden for å ivareta de store linjene i prosjektet.

Når det gjelder representantenes involvering/informasjon av prosjektet i egen organisasjon (Mental Helse), var det kun den ene av de som aktivt hadde bidratt med dette. Konkret hadde det blitt gitt informasjon ved besøk på dagsenter; hvor det var blitt fortalt om nettverksmøter. Det ble gjort forsøk på å markedsføre nettverksmøter innen egen organisasjon (Mental Helse). Generelt opplevde brukerrepresentantene at markedsføringen i prosjektet ikke hadde vært god nok. De trakk begge frem at omtale, brosjyre, informasjon gjennom artikler i ukepresse etc. var viktige bidrag i prosjektet.

Om prosjektgruppemøtene trakk representantene frem sin opplevelse av at prosjektlederen var flink til å involvere medlemmene i gruppen og at de opplever seg inkludert. Brukerrepresentantene opplevde at prosjektgruppedeltakerne generelt uttrykte noe usikkerhet til innholdet av prosjektet, og at tiden opplevdes som en stressfaktor.

Den ene representanten trakk frem at hun opplevde at nettverksmøter måtte være svært aktuelt innenfor psykiatrien; også betraktet ut i fra egen erfaring med psykisk lidelse. Spesielt ble nytten av å trekke inn familie som et viktig nettverk for pasienten fremhevet. Representantenes forhistorie var en viktig motivasjon for deltakelse i prosjektet om nettverksmøter.

Om selve pasientbehandlingen (nettverksmøter) beskrev representantene at *”det å få komme raskt inn og ta ”toppen” av problemet; for i neste omgang å kunne unngå akuttinnleggelse, må være verdifullt”*. Nettverksmøter skal være et lavterskeltilbud. Nettverksmøter må ideelt iverksettes før problemene blir for store. Nettverksmøter vil bidra til tverrfaglig arbeid rundt pasienten.

På spørsmål om samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten er diskutert mye i brukerorganisasjonen, ble det kommentert at det så langt ikke hadde vært et tema, men at de opplevde at det var viktig å sette det på dagsorden. For den enkelte bruker ville det likevel ikke nødvendigvis oppleves som viktig fordi det sentrale for brukeren er om en opplever å få best mulig behandling og oppfølging (og ikke nødvendigvis hvem som bidrar fra tjenesteapparatet).

10.2 Om prosjektorganiseringen

Brukerrepresentantene opplevde at møtrefrekvensen burde ha vært høyere. Prosjekttiden ble oppfattet som kort, og de var skeptiske til hva en kan utrette innenfor tidsrammen. Begge representantene ga selv uttrykk for mulighet for å delta med hyppigere møter dersom det var en langsiktig og tydelig planlegging av aktivitetene i prosjektet.

Brukerrepresentantene uttrykte skuffelse over at tjenesteutøvere i prosjektgruppen opplevde at deres deltakelse la bånd på eget engasjement. Representantene kommenterer likevel at det fra tjenesteutøverne oppfattes nok mer som uttryggighet enn som prinsipiell uenighet om verdien av brukermedvirkning i prosjektet. Det var derfor viktig å bli tryggere på hverandre. Brukerrepresentantene ønsket å underskrive taushetserklæring for å unngå evt. problemer med pasientinformasjon som uheldigvis kunne komme frem. Ellers opplevde en at taushetsbelagte opplysninger enkelt burde unngås å dra inn i diskusjonene, dersom en gjorde beskrivelsene mer generelle i diskusjonene. Samtidig var det viktig å kunne ta opp konkrete situasjoner og tema for å gjøre disse til generelle beskrivelser. Brukerrepresentantene hadde tro på at de ambulante teamene burde kunne håndtere dette.

Begge representantene beskrev at de anså rollespill som positivt, og at de ønsket å delta i dette for å benytte sin kompetanse som brukerrepresentanter. De trakk videre frem at rollespill ville bidra til å gi samhørighet i prosjektgruppen; en utleverer seg gjennom å gå inn i en annen rolle enn den en vanligvis har. Gjennomgang/veiledning på bakgrunn av rollespillet ble ansett som svært viktig. Brukerrepresentantene trodde også det ville være verdifullt for tjenesteutøverne å sette seg inn i ulike roller i gjennomføring av rollespill.

Om markedsføring: brukerrepresentantene trakk frem at en burde vurdere muligheten av at de deltok mer aktivt i markedsføringen; men at det ble viktig med kjennskap til den aktuelle kommunen dette skulle foregå i. Markedsføringen internt i Mental Helse Oppland kunne også styrkes, evt. også ovenfor Mental Helse Hedmark.

11.0 PRESENTASJON AV ØVRIGE DATA

Nedenfor følger en presentasjon av data basert på oppsummerende gruppeintervjuer med henholdsvis prosjektgruppedeltakere fra Gjøvik kommune, Øystre Slidre kommune, DPS Gjøvik og Mental Helse. Datamaterialet er i analysen bearbeidet og presentert i henhold til evalueringskriteriene som er definert;

- a) *prosjektprosessen*
- b) *samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten*
- c) *bruk av tverrfaglig kompetanse, forståelse og tilgang på kompetanse*
- d) *opplevelse av og tilrettelegging for brukermedvirkning fra pasient og nettverk, samt utvikling av kompetanse og pasient og nære andre*
- e) *erfaring med utvikling av teamets funksjon og innhold (klinisk metode) og vurdering av nytte nettverksmøter har i forhold til annen type behandling*

11.1 Prosjektprosessen

11.1.1 *Gjøvik kommune*

Begge prosjektgruppedeltakerne kommenterer at de har erfart deltakelsen i prosjektet som svært utviklende for eget arbeid. Den ene beskriver at alt i alt har det året som har gått med gjennomføring av prosjektet vært udelt positivt. Vedkommende oppfatter at prosjektet både har bidratt til å utvikle samarbeidet både med andrelinjetjenesten og intern kollega (i prosjektgruppen) ut fra slik situasjonen var før prosjektet. En prosjektgjennomføring på kun ett år oppleves som for kortvarig. Det kommenteres likevel at noe burde ha vært prioritert annerledes i prosjektgjennomføringen. Dette går primært på at ønske om å benytte mer tid i prosjektgruppen på veiledning og refleksjon i gjennomføring av nettverksmøtene. Avklaring av frikjøp av de ansatte i prosjektperioden ble ikke tilfredsstillende håndtert (ikke før årsskiftet 2005/2006), noe som medførte at det pasientrettede arbeidet i prosjektet ble rammet.

11.1.2 *Øystre Slidre*

Prosjektdeltakerne oppfatter i sin oppsummering at prosjektet kom brått på og at de nærmest ble kastet inn i dette arbeidet. De påpeker dermed at den raske iverksettingen og manglende forarbeid har gitt konsekvenser for prosjektet. Det gis samtidig klart uttrykk for at det har vært uheldig for prosjektet at prosjektleder har hatt mange andre oppgaver å håndtere ved siden av prosjektet. De hevder det er vanskelig å få til en god gjennomføring når det er arbeidsbelastning på andre oppgaver parallelt.

Begge ansatte trekker frem at ønsket at prosjektet hadde prioritert å ha mer tid til rollespill og veiledning knyttet til gjennomføring av nettverksmøter.

Når det gjelder oppfatning av om tildelte stillingsandeler i prosjektet har vært fornuftig, kommenterer den ene at hun synes 20 % stilling har vært greit. Hun fikk tilsatt vikar slik at hun fikk reell avlastning. Hun beskriver at hun benyttet mest tid inn i prosjektet i startfasen. Hun tror ikke hun ville ha gjort en så veldig mye bedre jobb om hun hadde hatt større stillingsandel. 20 % har vært benyttet, selv om det ikke har vært likt fordelt utover i prosjektperioden.

Den andre ansatte kommenterer at hun oppfatter andelen på 20 % for sin del har vært altfor lite. Dette knytter hun spesielt til erkjennelsen av at det i prosjekttiden ikke i særlig grad har vært benyttet tid til veiledning. Selv om det er et pilotprosjekt som gjennomføres på kort tid, mener hun at dette burde ha vært prioritert i gruppen. Hennes frustrasjon knyttes også til at hun har skrevet en del underveis i prosjektet, men at hun opplever at dette ikke har vært benyttet til noen ting. Hun kommenterer at skriveprosessen skulle gått over lengre tid. Det å drøfte skulle ha vært en del av prosessen. Hun oppfatter at hun har sittet og skrevet til ingen nytte.

Det kommenteres at alle referater fra prosjektgruppen skulle ha vært benyttet som grunnlag for rapporten. En oppfatter at alle skriftlige bidrag underveis blir tatt inn som en løsrevet og *ikke* integrert del.

11.1.3 DPS Gjøvik

Det uttrykkes en felles oppfatning om at prosjektprosessen har vært lagt opp slik at det har vært altfor dårlig tid til å reflektere rundt modell-tenkning (organisering) og gjennomføring av nettverksmøter. Dette har vært uttrykt underveis i prosjektet, og en har samtidig hatt ønske om å bruke mer tid på veiledning.

Det påpekes også fra flere at en oppfatter deltakerne har hatt for små stillingsandeler i gjennomføringen til å få tilstrekkelig trykk og kontinuitet i prosjektarbeidet. I flere tilfeller har prosjektdeltakelsen kommet i tillegg til arbeidsoppgaver i ordinær stilling. Årsaken til ett av disse er at en ikke lykkes i å rekruttere vikar som var forutsatt for involvering i prosjektstillingen. Dette kombinert med mangel på behandlere i egen enhet, medførte at brorparten av prosjektinnsatsen har kommet i tillegg til ordinært arbeid.

En av de ansatte er til dels svært misfornøyd med gjennomføringen med utgangspunkt i måten vedkommende ble rekruttert inn i prosjektet. Med utgangspunkt å være motvillig, har det for vedkommende vært tidvis vanskelig å holde motivasjonen oppe. Samtidig opplever vedkommende å ikke ha fullført arbeidet på en tilfredsstillende måte. Den praktiske siden av prosjektarbeidet er opplevd som nyttig, men spesielt skriveprosessen som en del av dokumentasjonen av arbeidet har etter vedkommendes vurdering vært utilfredsstillende.

Det kommenteres at deltakelse fra brukerrepresentantene har fungert greit, selv om de ansatte er usikre på hvilken reell brukermedvirkning som er gjennomført i prosjektet. De påpeker imidlertid sterkt at den viktigste medvirkningen nok skjer på en indirekte måte ved at representantene sitter i en nøkkelposisjon med å kringkaste nettverksmøter som en tilnærming i behandling gjennom egen organisasjon og ut til potensielle brukere.

11.1.4 Mental Helse

Brukerrepresentantene opplever i stor grad har inntatt en rolle som observatører, og at det har vært vanskelig å være aktive i diskusjon/dialog i prosjektgruppemøtene. Medvirkning vil likevel kunne skje i en utvidet sammenheng, hvor deltakelse i prosjektet gir dem god innsikt i hvordan prosjektet er gjennomført og hvilke problemstillinger de ansatte er opptatt av – for i neste omgang å kunne orientere og markedsføre nettverksmøter internt i brukerorganisasjonen og eksternt. De nevner også at de tror brukerrollen (medvirkning) kan ha vært vanskelig for de andre i prosjektgruppen å tolke.

En generell oppfatning er at dette prosjektet har hatt en svakhet ved å ha vært for omfattende innenfor de rammene som er stilt til rådighet. Dette omfatter både tidsbegrensningene

(prosjektperioden) og organiseringen hvor de fleste har vært tilknyttet i deltidfunksjoner. Dette har bidratt til at prosjektet har blitt unødig fragmentert.

Brukerrepresentantene trekker også frem at de tror aktiv bruk av rollespill ville gi dem en styrket mulighet for å medvirke som brukerrepresentanter i gruppen. De som har vært pasienter kan ha viktige erfaringer å tilføre i et slikt arbeid.

Brukerrepresentantene anser dette prosjektarbeidet som viktig, og er motivert for å fortsette i en tilsvarende funksjon dersom arbeidet blir utvidet i en eller annen form.

11.2 Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten

11.2.1 Gjøvik kommune

De ansatte beskriver at de i alle nettverksmøtene som er gjennomført bort sett fra ett, har hatt med deltakere fra andrelinjetjenesten (prosjektgruppedlemmer). Begge beskriver at samarbeidet mellom kommunen og DPSet har fungert bra i løpet av prosjektet, og at det har vært nyttig å ha tilgang på kompetanse – direkte eller indirekte – gjennom teamorganiseringen i prosjektet. Likevel fremkommer det ikke klare oppfatninger om hvordan rollefordelingen er gjennomført mellom første- og andrelinjetjenesten i prosjektet. Det beskrives at det er selve samarbeidet, selve samhandlingen og kommunikasjonen som er viktig. Dette handler om at det oppleves nyttig at de ansatte på tvers av tjenestenivåene sammen erfarer pasienten og konteksten pasient og dennes nettverk. *”Vi hører og ser og opplever det samme når vi jobber sammen første og andrelinjen”*. Kontakt med fagmiljøet ved dag- og døgnenhet Valdres gjennom prosjektet beskrives også å ha vært svært verdifullt. Det oppleves som utbytterikt å inkluderes i et interessefellesskap som gir anledning til faglige diskusjoner. Det uttrykkes med dette en opplevelse av at det internt i kommunen i for liten grad er vektlagt denne type faglig diskusjon og utvikling. Dette betraktes delvis som et resultat av den tidligere organiseringen med distriktsmodell, som bidro til en spredt fordeling av helsepersonell innenfor psykisk helsearbeid. Denne sårbarheten oppfattes å fortsatt være til stede ved at ansatte til dels er bundet opp i mot tidligere distrikter, selv om den nye organiseringen i prinsippet betyr at psykisk helsearbeid er sentralisert i en egen fagenhet som skal betjene hele kommunens nedslagsfelt. De ansatte gir uttrykk for at kommunens tildelingskontor ikke har vært benyttet aktivt i dette prosjektet, ettersom forutsetningene i prosjektet har vært at DPS henvender seg til kommunens ambulante team direkte etter inntak og fordeling til nettverksmøte (i samarbeid første- og andrelinjetjenesten).

Det trekkes også frem en beskrivelse av at deltakelse fra første- og andrelinjetjenesten i nettverksmøter kan bidra til bedre tilrettelegging av eksisterende tjenestetilbud fordi det gir de profesjonelle anledning til sammen å fange opp fullverdige historier som inkluderer pasienten og dens nære nettverk.

11.2.2 Øystre Slidre

Den ene av de ansatte erfarer at samarbeidet med DPSet gjennom prosjektet ikke har bidratt til å endre hennes praksis fra tidligere. Dette uttrykker hun skuffelse over. Hun beskriver at hun opplever det har vært for lite fleksibilitet fra DPSet til å ta inn brukere fra kommunen, og hun refererer til erfaringer hvor hun opplever at andrelinjen viser en form for distanse:

”Jeg har egentlig vært skuffet jeg – 1 bruker fra kommunen kom jo inn gjennom prosjektet, og så skulle jo ikke prosjektet ta inn nye brukere etter påske. Det var jo greit, det visste jeg om.

Så fikk jeg lege til å henvise en ny bruker. Da var det tilbakemeldinger fra DPS om at det var for lite opplysninger og bla bla, den samme smørja. Skal du få noen lagt inn på akuttavdelingen, så tror de jo ikke på noen fra kommunen. Nå kom det jo en tilsvarende beskjed fra DPS om at de måtte ha mer opplysninger fra legen. Så måtte jeg sitte og skrive disse opplysningene fordi det er jeg som har pratet mest med denne karen – og så måtte jeg gi dette til legen slik at han kunne skrive mer og sende det videre. Og så fikk vi det til at de ble med på nettverksmøte fra dagenheten, men det ble utenom prosjektet. Så jeg er skuffet fortsatt. Det er lang vei å gå. De er knugen på ressursene sine og veier på en vektskål hva de skal gjøre, de kommer ikke løpende til oss nei”.

Den ene av de ansatte påpeker at hun har tro på at det på bakgrunn av prosjektet og erfaringene så langt skal bli mer samarbeid om nettverksmøter i fremtiden. Hun etterlyser på generelt grunnlag samarbeidsavtaler mellom 1. og 2. linjetjenester. Hun opplever at SIHF ikke er noe foregangssykehus for bruk av nettverksmøter, og at dokumentasjonen gjennom prosjektet kan være matnyttig internt i sykehuset. Hun refererer til det Seikkula kaller for psykologisk kontinuitet i behandlingen, og at dagens manglende samarbeid svekker dette. Her ser hun for seg at nettverksmøtet kan bidra til å oppnå denne kontinuiteten gjennom deltakelse fra første- og andrelinjetjenesten. Hun beskriver at de som ansatte i kommunen ikke får ta del i de prosessene som skjer inne på sykehuset eller DPS, og DPS/sykehus får samtidig ikke ta del i det som skjer ute i kommunene. Da oppnår en ikke den kontinuiteten i behandlingen som er ønskelig. Hun påpeker at hun betrakter at det er mange grensesystemer – mellom behandlingsnivåene, mellom profesjonene og mellom de profesjonelle og nettverket. Hun påpeker at det er viktig å utvikle disse forholdene i fremtiden.

Den ene gir klart uttrykk for at hun syns en burde ha mer fokus i prosjektet på å drøfte avklaring mellom første- og andrelinjetjenesten sine roller i nettverksmøtene. Rolleavklaringen har for henne vært veldig uklar i den praktiske gjennomføringen. Hun gir uttrykk for at hun har hatt store problemer med det. Hun opplevde i gjennomføringen at prosjektet i for stor grad ble dominert av andrelinjetjenestens ståsted. Dette mener hun kom veldig klart til uttrykk gjennom den vektlegging som ble gjort i prosjektet på opplæring og bruk av kliniske kartleggingsinstrumenter for alle prosjektgruppedeltakerne.

På spørsmål om hva de mener er begrunnelsen for å gjennomføre nettverksmøter med disse teamene sammensatt av første- og andrelinjetjenesten, påpekes at det viktigste argumentet er at brukeren ofte befinner seg begge steder innenfor behandlingsapparatet. Det fremheves at uansett om en har kontakt med andrelinjetjenesten, tenker en at dette er en måte å ha møte på hvor første- og andrelinjetjenesten lytter til de samme pasienthistoriene - ser de samme prosessene både hjemme og inne. Det påpekes at det er dette en mellom tjenestenivåene ofte har forskjellig oppfatning av; med andre ord hvordan brukeren har det. En erfarer at nøkkelen ofte er å komme hjem hos pasienten. Deres erfaring er at det ikke bestandig er like tjenlig å ha nettverksmøter inne på en avdeling heller.

11.2.3 DPS Gjøvik

En av de ansatte kommenterer at en jobber annerledes med kommunene nå enn det en gjorde før prosjektet. Vedkommende utdyper dette videre med å si at den mest verdifulle erfaringen en har med seg, er at en på en måte ikke står på hver sin side og slåss om pasienten, eller dytter pasienten frem og tilbake. Det at en klarer å opprette et samarbeid og dele på ressursene i et praktisk samarbeid oppleves berikende.

En annen kommenterer at det har blitt lettere å ta en telefon og prate med de respektive ansatte i kommunene. På denne måten har samarbeidet utviklet seg til å bli mindre formelt. Når en vet hvem en kan ringe til i de aktuelle kommunene, da vet en samtidig at en treffer noen som kjenner problematikken. Vedkommende understreker en opplevelse av at prosjektet har bidratt til økt kunnskap ut i kommunen også.

En tredje person beskriver at det naturlig blir formalisert av samarbeid i prosjektperioden, og at det alltid oppleves som nyttig at en er tettere knyttet sammen på denne måten. Men vedkommende er samtidig usikker på den varige effekten når samarbeidet blir "avformalisert" og gjenført tilbake til den enkelte ansattes initiativ i konkrete saker.

Den klare begrunnelsen som uttrykkes av enkelte for å gjennomføre nettverksmøter med deltakere fra første- og andrelinjetjenesten, er for å oppnå en sømfri behandling. Det kommenteres at førstelinjen egentlig burde "være med" fra første dag i all behandling for å få situasjonen til å fungere på pasientens hjemmebane.

En av de ansatte beskriver at erfaringen fra prosjektet med involvering av førstelinjetjenesten, er at når kommunene er inne så får de vite hvordan ting har fungert innenfor andrelinjen. Det refereres til at ofte så kommer pasientene med sine opplevelser av behandlingen i andrelinjen, og så vil det ofte kunne være en annen eller en mer nyansert oppfatning fra et faglig, profesjonelt ståsted. Når en representant i fra kommunen er involvert i et felles behandlingsopplegg, så kan de se hvordan det faktisk har vært og på den måten få til en bedre dialog med pasienten, og et bedre grep på hva en skal gjøre for å få det til å fungere på pasientens hjemmebane.

En annen kommenterer at vedkommende tror gjennomføringen av nettverksmøter i team med første- og andrelinjetjenesten er med på å sikre en helhetlig behandling, "fordi i den grad den aktuelle pasienten skal fortsette å ha tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, så er det noe med at representanter fra begge nivåer har vært til stede i det samme møtet og hører og opplever de samme tingene slik at en unngår disse bestillingsverkene som vi veldig ofte kommer med ovenfor kommunen, og sikkert også motsatt".

Det gis beskrivelser av at ansatte ved DPS erfarer det på generelt grunnlag er lettere å oppnå kontakt og finne aktuelle samarbeidspartnere i mindre kommuner (Øystre Slidre) enn i større (Gjøvik kommune). Dette beskriver de har sammenheng med grad av kompleksitet i organisasjonsstruktur, hvor det er lett å identifisere fagansatte i små kommuner som sitter med oppfølgingsansvar innenfor psykisk helsearbeid.

11.2.4 Mental Helse

Når det gjelder representantenes opplevelse av prosjektets involvering av 1 landkommune og 1 bykommune, tenker de at det på grunn av virksomhetenes ulike kompleksitet (organisering) vil være lettere å endre/utvikle praksis i en mindre kommune enn i en større. Det nevnes spesielt at en anser det er positivt med det initiativ som er gjort i Valdres om å etablere et faglig nettverk for tjenesteutøvere som arbeider med og har interesse for nettverksmøter. De er skeptiske til om en har lyktes med å involvere/informere fastlegene i Valdres-regionen og Gjøvik. Dette anser de er viktig for å kunne formidle til pasientene at nettverksmøter er en alternativ tilnærming til behandling. På bakgrunn av informasjon de har hørt, tror de at nettverksmøter kan være avlastende for fastlegenes arbeidspress.

11.3 Bruk av tverrfaglig kompetanse, forståelse og tilgang på kompetanse

11.3.1 *Gjøvik kommune*

Den ene av de ansatte trekker frem et konkret eksempel som viser tilgang og bruk av kompetanse fra andrelinjetjenesten. Dette omfatter et tilfelle hvor vedkommende beskriver å ha samarbeidet med poliklinikken DPS Gjøvik om en svært symbiotisk mor/sønn-relasjon. Vedkommende kommenterer at denne problematikken var noe som primærlegen har stått helt fast i. Det fremheves at det er svært viktig å trekke første og andrelinjetjenesten tett inntil pasienten fordi disse har forskjellige tilbud å komme med. Den ansatte forteller videre: *Det jeg konkret har opplevd at den ansatte fra DPSet har gjort noen gang, er at han tar sin mobiltelefon og ringer inn i sengeposten og snakker med avdelingsleder der, og han sier: "hei, vi trenger å få timeavtale" – han kan gå inn i journalsystemet og se hvordan en historie har vært, eller om det ligger en diagnose som er viktig å vite om. Han kan gå til psykiateren og drøfte hva som er fornuftig i forhold til denne pasienten knyttet til nettverksmøtet. Det handler om å være kjent og respektert i systemet som gjør at du kan jobbe effektivt. Det jeg har syntes har vært viktig med nettverksmøter, er at vi sitter så mange sammen som vil noe godt, og nå er det viktig å få noe fra hånden – istedenfor at det er noe som drukner i: "ja, om fjorten dager så skal vi det og det, og fremlegge saken på nytt". En får ting gjort. Og det samme syns jeg med første- og andrelinjetjenesten – det er en del ting som en kan få fra hånden. Og så handler det om at noen ganger sitter andrelinjen med kunnskaper som er veldig godt å komme i nærheten av – hvor jeg tenker at dette har jeg selv ikke. Omvendt kan det også være en kollega fra førstelinjen som har mange kunnskaper det er godt for meg å komme i nærheten av – men dette med det praktiske – å ha andrelinjetjenesten – de sitter på et kontaktnettverk som er nyttig å ha og nyttig å få ut til oss i kommunehelsetjenesten".*

11.3.2 *Øystre Slidre*

Den ene av de ansatte beskriver at i utøvelsen av nettverksmøtene har det vært de ansatte fra andrelinjetjenesten som har ledet an. Hun påpeker at hennes rolle i møtene ofte ble fokusert på å være opptatt av barnets situasjon i det. Det var hun som naturlig dro dette frem i møtet. Hun oppfatter at ved hennes deltakelse ble nok tema vinklet mer på barnas opplevelse enn det ville ha blitt gjort dersom hun ikke var til stede. Hun påpeker samtidig at i teamet snakket de om at de burde skifte på å lede møtene, og at det i prinsippet ikke burde være noe som andrelinjetjenesten gjorde fast. Hun beskriver videre at rollefordelingen mellom de ansatte i teamet avhenger også på hvordan hun kjenner familien. I ett tilfelle var det noen som hun selv hadde vært involvert i tidligere, og dersom andrelinjetjenesten hadde vært i kontakt med disse fra før, ville det kanskje være naturlig at de ledet møtet. Hun har i løpet av prosjektet gitt uttrykk for at hun vil involveres der det er barn relatert til problematikken, men ettersom det er to helsesøstere i kommunen er det naturlig nok ikke alle situasjonene hun har vært involvert i.

Den ene av de ansatte beskriver at for hennes del er det viktig å ha med noen som har noe mer kunnskap om psykiatri. Ut i fra hennes funksjon er hun mer på "hjemmebanen" og fokuserer på det som er barnets opplevelse. Ut i fra egen kompetanse betrakter hun at hun er avhengig av å ha med noen med psykiatrifaglig kompetanse i gjennomføring av nettverksmøter dersom det omfatter en person som er innlagt. Hun vektlegger at det også har noe å gjøre med å videreformidle informasjon (psykiatrifaglig) ut. Hun ser for seg at det er andrelinjetjenesten som må ta initiativ til å formidle denne kunnskapen åpent til hjemmesituasjonen. Hun beskriver at hun har erfaring for at det ofte ikke skjer i særlig grad. Hun oppfatter at det er lite åpenhet om psykiske lidelser. I slike tilfeller kunne nettverksmøter være aktuelle hvor også

lærer kunne ha vært invitert eller barnehagepersonell – personer som har veldig mye med barnet å gjøre.

Den andre opplever at deler av andrelinjetjenesten ikke nødvendigvis har mer kompetanse enn det hun selv har som psykiatrisk sykepleier. I prosjektet hvor psykiatriske sykepleiere fra andrelinjen (DPS) har deltatt i nettverksmøter sammen med henne, opplever hun ikke nødvendigvis at disse har mer kompetanse å tilføre, men hun vektlegger mer den menneskelige ressursen. Det at første og andrelinjetjenesten gjør noe i fellesskap sammen med pasienten og nettverket. For henne blir det også sentralt at en deler de erfaringene som kommer til uttrykk gjennom nettverksmøtene. En kunne tenke å ha hatt nettverksmøtene alene, men hun påpeker at hennes klare erfaring oppsummeres til at hun ikke anbefaler å ha verken grupper eller nettverksmøter alene fordi det skjer så mange ting i selve møtet som gjør det vanskelig å fange opp alt alene. Dette blir særdeles tydelig dersom det er mange som deltar i nettverksmøtet. Hun trekker frem et eksempel hvor den andre (ansatte) var observatør til et nettverksmøte nede på legekantoret, hvor deltakende far sa noe som møtelederen ikke så, og som det senere ble påpekt å være en viktig ting å ta tak i. På grunn av at det ikke ble hørt, ble det oversett.

Det kommenteres at en i kommunene har knapphet på ressurser innenfor psykisk helsearbeid. Når det gjelder gjennomføring av nettverksmøter må en tenke helhetlig også ut i fra ressursene, ikke bare på tilgjengelig kompetanse. Et eksempel på fornuftig ressursbruk kunne være at andrelinjen gjorde bruk av psykolog som kunne gi faglig veiledning en gang i måneden ovenfor ansatte i kommunen som var involvert i nettverksmøter.

11.3.3 DPS Gjøvik

Flere av de ansatte påpeker at det i prosjektgjennomføringen har vært vanskelig å utvikle en tydelig rolle- og ansvarsfordeling i teamene. Det kommenteres at dette har med *”denne greien med at de psykiatriske sykepleierne i kommunen ikke skal gjøre det samme som de psykiatriske sykepleierne i DPS, fordi det ene er behandling og det andre er noe annet – som ingen helt vet hva er”*. Dette oppfattes fortsatt som et vanskelig tema, selv om det har vært forsøkt problematisert i prosjektgruppemøtene. Deltakerne bekrefter at det i prosjektgjennomføringen (teamorganiseringen) ikke har vært noen klar ansvars- og kompetansefordeling.

Det kommenteres imidlertid at et praktisk samarbeid gjennom nettverksmøter hvor det ikke er noe skarpt skille i roller mellom første- og andrelinjetjenesten, kan være verdifullt i seg selv. Når en for eksempel har møte med psykiatrisk sykepleier i fra kommunen, så har jo denne sitt kunnskapsområde, kjenner til pasientens behov og kontekst ut i fra kommunens ståsted. På samme måte vil spesialisthelsetjenesten kjenne til situasjonen ut i fra sin kontekst. Ved å trekkes sammen gjennom nettverksmøter vil en kunne utfylle hverandre. Dette underbygges med at en ofte opplever i møter med kommunen, at kommunens ansatte sitter med mye informasjon, kunnskap og tidligere erfaringer om pasienten som en selv ikke har. Ved sammen å jobbe konkret i et nettverksmøte, gjør det til at en kan bidra til en helhet – som også involverer pasientens nettverk. Vedkommende legger også vekt på at det er verdifullt å dele på *”kompetanse-pooler”* med kommunene. Disse poolene er nyttige å ta i bruk i gjennomføringen av nettverksmøter. En må samtidig legge vekt på samarbeid i teamene. Fungerer det ikke i teamene, så vil det ikke fungere med gode prosesser på nettverksmøtet. Det er disse gode prosessene i nettverksmøtet en beskriver en er ute etter. Det kommenteres at det er viktig å vite hvordan den andre tenker, at en tenker noenlunde likt om gjennomføringen. Dette eksemplifiseres med at når en har *”stuntmøter”* med en psykiatrisk sykepleier i

kommunen som en knapt har hilst på før en gjennomfører møtet, så blir det ikke godt teamarbeid. Psykiatrisk sykepleier fra kommunen blir i dette tilfellet mer å fungere som en støttefunksjon ved at den forholder seg lojal ovenfor pasienten. Det konkluderes derfor med at det må være team som er godt innarbeidet.

11.3.4 Mental Helse

Representantene vektlegger at de mener det er viktig at den som leder nettverksmøtene må ha en viss skolering/kompetanse i dette for at det skal bli vellykket. En kan dermed ikke forutsette at hvem som helst kan lede møtene slik at en oppnår den ønskede medvirkning fra pasienten og nettverket. De har en oppfatning av at prosjektet i for liten grad har fokusert på den praktiske gjennomføringene av nettverksmøtene, som det tidlig i prosjektperioden ble annonsert skulle bli gjort. Dette skulle omfatte både rollespill og visning av video.

11.4 Opplevelse av og tilrettelegging for brukermedvirkning fra pasient og nettverk, samt utvikling av kompetanse for pasient og nære andre

11.4.1 Gjøvik kommune

De ansatte kommenterer at de erfarer at nettverksmøter er bra for veldig mange utfordringer de opplever pasientene og deres nettverk har. Det trekkes frem at de oppfatter nettverksmøter er bra for pårørende, ettersom de ofte er en forsømt gruppe og som sitter med mange ubrukte ressurser i forhold til sine kjære. Videre beskrives at pårørende ofte sitter med en slitasje som virker negativ på relasjonen til pasienten, og med en gang det kommer mer folk inn mellom pasienten og pårørende – da er det erfart at det skjer noe nytt som er positivt i seg selv. Det beskrives at pårørende føler at det plutselig er blitt flere som bryr seg. Da endrer relasjonen seg.

Det trekkes frem et eksempel med en pasient med rusmiddelmissbruk. Det forelå i dette tilfellet en historie fra et nettverksmøte hvor pasientens foreldre utfordret henne og stilte grunnleggende spørsmål ved hennes atferd. Dette resulterte i at hun ble kjempesint, ruste seg og sa fra til den ansatte at hun ikke ville ha nettverksmøter mer. Vedkommende beskriver videre at problemet naturlig nok ikke ble borte på noen måte med dette. Det som skjedde videre var at problemet ble utfordret på nytt ved at foreldrene innkalte til nettverksmøte. En ser videre for seg at noen møter vil datteren delta på og andre ikke. ” *Og så håper vi jo på at hun vil komme når hun blir invitert, og at hun vil profitere på at foreldrene jobber med nye holdninger til henne og nye måter å tenke om hennes rusproblem på. Det skjer noe med det relasjonelle med denne familien uansett, og det hadde det ikke gjort hvis ikke vi hadde hatt nettverksmøtet som noen mulighet, da hadde foreldrene sittet hjemme med sin fortvilelse og kanskje måtte gå til andre systemer for å få hjelp og veiledning til å takle sorgen. Eller at de ikke hadde fått hjelp. Slik har det vært frem til nå, de har ikke blitt møtt med noe som helst?.*

De ansatte beskriver også at nettverksmøtene bidrar til en form for maktoverføring fra den profesjonelle til pasienten allerede ved iverksetting av nettverksmøtene. I utgangspunktet er det pasienten som kaller inn nettverket sitt til møte, og allerede i denne prosessen blir pasienten ansvarliggjort. Den profesjonelle opptre som veileder og støtte for å motivere pasienten til å iverksette og gjennomføre møtet.

11.4.2 Øystre Slidre

Den ene ansatte beskriver at hun gjennom dette prosjektet har erfart at nettverksmøter og fokus på relasjonene mellom mennesker bidrar til å ansvarliggjøre brukeren. Hun forteller at

hennes opplevelse er at hun har blitt mye mer bevisst på å være åpen og invitere brukeren (barn og ungdom) til å snakke om sine opplevelser for eksempel i forhold til foreldre eller problematiske situasjoner. Hun beskriver at hun har blitt mye mer klar over hvor viktig det er å være åpen om dette selv ut i fra et profesjonelt ståsted. Det kommenteres at før var det kanskje slik at en tenkte at brukeren delte noe med den profesjonelle, men ikke nødvendigvis involverte andre. I mange sammenhenger vil en også indirekte kunne jobbe med brukerens nettverk, fordi en gjør familien til et tema i samtaler sammen med barn og ungdom.

11.4.3 DPS Gjøvik

Det trekkes frem av ansatte at deres erfaring er at det er svært viktig å få inn nettverket på disse møtene, ettersom pasientens nettverk også ofte har sine tanker på hva som fungerer og hva som ikke fungerer for pasienten. Det beskrives videre at de ser symptomer på at pasientene er i ferd med å bli dårligere som kanskje profesjonelle ikke er i stand til å registrere. Gjennom nettverksmøtene kan en oppnå denne kommunikasjonen mellom alle – at nettverket opplever at de også blir ivaretatt og tatt med, og ikke bare forlangt at de skal stille opp når det er krise. På denne måten blir alle delaktige hele veien. Det er en klar erfaring at nettverket setter pris på denne involveringen også, og unngår å møte en vegg som hindrer dem i å motta informasjon. Denne informasjonen kan være verdifull for å realisere deres mulighet for å bidra. Nettverket registrerer mange ganger små symptom på at ting blir forverret, men ofte blir det en maktesløs situasjon ettersom de ikke vet hvor de kan henvende seg med denne innsikten. Det er en oppfatning blant de ansatte at dersom pårørende får være med på nettverksmøtet, blir det lettere for dem å dele dette - både sin bekymring med pasienten men også med hjelpeapparatet.

Det kommenteres av en av de ansatte at i nettverksmøtet så vil en som profesjonell innta en noe mer "tilbakelent" holdning og atferd ovenfor pasienten. Selv om en aktiv lyttende og veiledende holdning kan være til stede i andre tilnærminger (for eksempel ved individualsamtaler), gir settingen med flere personer til stede mulighet for å la pasienten og nettverket prege innholdet av samtalen. Det påpekes at dette er viktig for at en skal oppnå involverende prosesser – en skal gi nettverket tid til å komme på banen – en skal stille spørsmål "*slik at en oppnår deltakelse – øker mestringsevnen – det er kanskje den største forskjellen*". Det kommenteres imidlertid at selv om en har hele nettverket og skal skape en dialog og åpne samtaler, er det ikke nødvendigvis like lett å sitte tilbakelent dersom hele nettverksmøtet har forventninger til at det er den profesjonelle som skal løse problemene. For å spille på ressursene i nettverksmøtet trenger den profesjonelle både kompetanse og erfaring i ledelse av nettverksmøter.

11.4.4 Mental Helse

Brukerrepresentantene trekker frem at de har fått en styrket forståelse av at nettverksmøtene er spesielle fordi det bidrar til at den profesjonelle hjelpen utøves på pasientens arena. På et nettverksmøte skal alle få lov til å bidra med sine tanker og opplevelser. Brukeren står selv i sentrum, ettersom det også er denne som definerer hvem som skal inviteres til å delta på møtet. Brukerrepresentantene vektlegger spesielt verdien av at pårørende kan trekkes inn, og gjennom nettverksmøtet bli involvert i en grundigere forståelse av hvordan pasienten opplever sin livssituasjon. Pårørende kan gjennom nettverksmøtene få en bedre forståelse for pasientens sykdom.

11.5 Erfaring med utvikling av teamets funksjon og innhold (klinisk metode) og vurdering av nytte nettverksmøter har i forhold til annen type behandling

11.5.1 Gjøvik kommune

Det trekkes frem en erfaring om at deltakelse fra mererfarne nettverksmøteledere fra andrelinjetjenesten samt spesifikk psykiatrifaglig kompetanse disse kan inneha i forhold til bestemte diagnoser, har vært uunnværlig i gjennomføringen av noen nettverksmøter. Det understrekes samtidig at dersom det skal være noen vits i å kjempe i retning av et sterkere samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten i gjennomføring av nettverksmøter, så krever det av ansatte i andrelinjen at de både har viten, motivasjon og vilje til å jobbe med dette. Det kommenteres at dersom dette ikke er tilstede, kan kommunene like gjerne utføre arbeidet selv. Det påpekes at et fruktbart samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten i gjennomføring av nettverksmøter krever både egnethet og kunnskaper hos de profesjonelle. En av de ansatte uttrykker: *” Dette må være tilstede hos de i andrelinjetjenesten for at vi skal si at det liksom har noe for seg. Ellers blir det likegyldig – kampen om hvem som sitter på den beste sannheten – oss i første eller i andre? Det kan bli mye idioti ut av det. Skal kunnskapen og begeistringen utvikle seg og smitte – så er det veldig viktig at det er noen gnistrende gode samarbeidspartnere i første- og andrelinjetjenesten i noen år kanskje? Og så ser de andre og tenner på det og vil være med”*.

De ansatte beskriver at nettverksmøtene bidrar til en annen form for kommunikasjon mellom pasient, nettverk og profesjonelle, som de ikke gjenkjenner i andre profesjonelle sammenhenger. Det kommenteres at det så klart også er kommunikasjon i et ansvarsgruppemøte, men *”denne kommunikasjonen innebærer en dialog som ikke er en ekte dialog – i et nettverksmøte foregår samtalen på samme plan. Og spesielt kanskje fordi en møtes hjemme hos folk, og ikke på et kontor på poliklinikken. Jeg tror atmosfæren har noe å si også”*.

Det beskrives videre at de i gjennomføringen av nettverksmøter opplever at det er noen kunstige barrierer og grenser som blir brutt ned mellom den profesjonelle og pasienten, pasienten og førstelinjetjenesten/andrelinjetjenesten. De opplever at det etableres en sterkere forpliktelse til at alle skal bidra med noe. Det utdypes videre av den ene at det er vanskelig å gjemme seg bort (som profesjonell) i et nettverksmøte. Erfaringen sammenliknet med ansvarsgruppemøter er at det i sistnevnte er *”lettere å la en etat spille litt sterkere på pianoet enn en annen etat. Det blir så lett hierarkier i andre typer møter. I nettverksmøtet opplever jeg det mer hierarkiløst”*.

En annen generell erfaring som kommer frem, er at det ofte er mange forhold i en behandling som går i stå fordi pasienten yter såpass mye motstand at den profesjonelle ikke får lov til å slippe til. Tradisjonelle tilnærminger i behandler-pasient-relasjonen gjør at pasientene kan *”velge seg bort, ut og vekk, vil ikke ha deg. Kommer igjen i en ny fase og er mye dårligere – har mange anklager mot dårlig behandling – det er så ymse – det er et meget sammensatt bilde”*. Det kommenteres at deres erfaring er at nettverksmøtet gir brukeren i mye større grad anledning til å ta ansvar for egen situasjon, i motsetning til tradisjonelle tilnærminger hvor en kan oppnå at brukeren får mer distanse til ansvaret fordi de profesjonelle oppfattes å sitte med *”fasiten”* – det er de profesjonelle som har makten og bestemmer.

De ansatte refererer spesielt til at nettverksmøtene oppleves å inkludere de pårørende på en aktiv måte. Det beskrives at de har blitt meddelt historier fra pasienter som forteller om

behandlingsopplegg de har deltatt i over 10-20 år, hvor pårørende bare har kommet inn på besøk og knapt nok blitt sett.

Begge ansatte ønsker på bakgrunn av erfaringene i prosjektet å jobbe videre i gjennomføring av nettverksmøter. De bekrefter også at de anser det er nyttig å gjøre dette som et samarbeid i ambulante team med andrelinjetjenesten. På spørsmål om hvordan de ser for seg en fremtidig organisering av dette internt i kommunen, uttrykker de en klar oppfatning om at kommunen burde spesialisere denne kompetansen ved å definere tilstrekkelige stillingsressurser som innehar kompetanse i ledelse av nettverksmøter. Et internt ambulant team tilknyttet enhet for tilrettelagte tjenester (psykisk helsearbeid) anses å være hensiktsmessig ut i fra kommunens størrelse og den nye organiseringen. En viktig oppgave for dette teamet ville være å videreutvikle samarbeidet med tilsvarende kompetansemiljø i DPS Gjøvik. Begge ansatte uttrykker at den store utfordringen i å videreutvikle nettverksmøte-metodikken er knyttet til å ha tilstrekkelig tid til å prioritere dette i forhold til andre oppgaver som ligger til ordinære stillinger. De anser det er avgjørende å skjerme stillingsandeler for å kunne inneha en funksjon i et ambulant team.

11.5.2 Øystre Slidre

Den ene ansatte påpeker at hun ikke har vært med på så mange nettverksmøter, men aktiviteten har for henne økt gjennom dette prosjektet. Hun beskriver at hun merker at hun bruker det i forbindelse med lærer/foreldre og elev. Hun beskriver at hun har blitt tryggere i å benytte nettverket rundt personene gjennom dette prosjektet. Hun påpeker at nettverkstanken ligger der hele tiden, selv om hun oppfatter at hun ikke følger den oppskriften som er ment. Hun oppfatter at hun kommer til å benytte det i forhold til barn og ungdom, og at hun ikke kommer til å drive nettverksmøter med kun voksne. Det anser hun ikke som aktuelt i forhold til sitt stillingsinnhold slik det er definert i dag. Erfaringene fra prosjektet har gitt de ansatte en tro på at dette er en måte å jobbe på der en definerer at metodikken er aktuell. Antall nettverksmøter som er aktuelt å gjennomføre er avhengig av utgangspunktet for den enkelte pasient. Begge gir uttrykk for at legene i større grad må foreslå at det skal gjennomføres nettverksmøter. Den ene trekker frem at hun har hatt noen ungdommer hvor hun har sett at det kunne være aktuelt med nettverksmøter, men legene har i dette tilfellet vært avventende. Hun beskriver at det er ikke det første legen tenker på.

På spørsmål om hva som de ansatte opplever er forskjellen mellom nettverksmøtet og det tradisjonelle ansvarsgruppemøtet, svarer de at i ansvarsgruppemøter og gjennom bruk av individuell plan er det kun de profesjonelle som samarbeider med brukeren. Dette påpeker de utgjør en ganske så stor forskjell. De refererer til at de fleste pasienter har et nettverk som ønsker å være med, og som i mange tilfeller føler seg ekskludert i tradisjonell behandling.

Den ene beskriver at for hennes del handler ansvarsgruppemøter først og fremst om å koordinere tiltakene rundt pasienten. I nettverksmøtet ser en for seg at det legges større vekt på at det er familien som samles. Situasjonen vil avhenge av om det er tjenlig å involvere både det profesjonelle hjelpeapparatet og familie/nettverk. Et nettverksmøte ser hun for seg er mer aktuelt å gjennomføre dersom det har skjedd noe som har gjort at ting for eksempel har blitt trøblete på hjemmebane (barn/ungdom).

De ansatte påpeker at de oppfatter at det er mange innenfor det tradisjonelle hjelpeapparatet som stiller spørsmål om hvorfor en skal erstatte noe som er velfungerende og bra med noe nytt. Det refereres til at en opplever det er mange psykiatere som påpeker dette. Det som oppleves som en styrke ved nettverksmøtene er at ved nettverksmøter snakker en mer om

relasjoner enn om diagnoser. Det understrekes at en ikke tenker at nettverksmøter skal erstatte ansvarsgruppemøter, og heller ikke individuell plan. Begge betraktes som nettværksmøter er et supplement til andre behandlingsformer og tilnærminger. Det understrekes at deres opplevelse gjennom prosjektet, er at det å snakke sammen med noen i et nettverk er en god ferdighet som helsepersonell må kunne beherske.

Det trekkes også frem at en trenger tid til å bygge opp en selvfølelse for å gjennomføre slike møter. Møtene involverer ofte mange følelser hos deltakerne. De beskriver nettværksmøtene som "følelsenes arena".

På spørsmål om hvordan de opplever forståelse og aksept for bruk av nettværksmøter innenfor det kommunale tjenesteapparatet i Øystre Slidre, tror de ikke det er noe motstand. Det understrekes imidlertid at fortsatt er det mange som ikke vet nok om hva nettværksmøter innebærer. Den ene ansatte kommenterer at av i de tre tilfellene hun har bedt primærlegene om å henvise til nettværksmøter, så har de gjort det bort sett i fra ett tilfelle. Hun oppfatter at to av tre er bra, selv om hun tror at legene ikke er vant til å tenke nettværksmøter som et supplement i behandlingen. Det trekkes frem at initiativet til å utvikle Nettværksforumet i Valdres er verdifullt. Nettværksforumet er tenkt som et faglig fellesskap for nettværksgruppeledere i Valdres-regionen, som vil kunne bidra til kvalitetsutvikling av metodikken og den praksis som gjennomføres med involverte ansatte tilknyttet regionen.

Prosjektgruppemedlemmene er i utgangspunktet delt i synet på hvordan de ser for seg en fremtidig organisering av deltakelse fra ansatte i kommunen i gjennomføring av nettværksmøter sammen med ansatte fra DPS. Den ene fremholder at kompetanse i ledelse av nettværksmøter er noe som flest mulig bør ha i sin handlingsberedskap, og at det slik sett ikke nødvendigvis trenger å være utpekte personer som skal utøve denne kompetansen i prinsippet ovenfor alle brukere som identifiseres å ha nytte av nettværksmøter. Den andre oppfatter at det vil være fornuftig å spesialisere kompetansen til noen færre personer som kunne inneha en ambulant funksjon i hele kommunens nedslagsfelt. Denne organiseringen tror hun vil medføre bedre kvalitet på gjennomføringen, og det underbygges med at hun oppfatter det er metodikken og ikke nødvendigvis kjennskapet til den enkelte bruker som er det viktigste i en akuttfunksjon. Begge kommenterer at det burde være fornuftig å vurdere interkommunalt samarbeid i bruk av nettværksmøte-kompetanse slik at en sikrer kvalitet ved tilstrekkelig hyppighet og omfang i bruk av metodikken.

11.5.3 DPS Gjøvik

En av de ansatte ved DPS påpeker at mange pasienter i psykiatrien har relasjonsproblematikk, som innebærer at personene har vanskelige relasjoner som kan påvirke sykdomsbildet. Vedkommende beskriver videre at en ofte har erfaring for at dersom en alternativt tar pasienten inn og har denne innlagt, vil disse relasjonene være de samme når pasienten kommer ut igjen. Når en tenker relasjonsproblemer kan en naturlig trekke inn nettværksmøtet. En må løse disse for at hjelpeapparatet skal kunne bistå pasienten best mulig for å tenke helhet.

En av de andre ansatte påpeker at vedkommendes erfaring i prosjektet er en opplevelse av veldig stor kontrast mellom Seikkulas beskrivelser av reflekterende team som en del av nettværksmøte-metodikken, og den virkelige gjennomføringen i prosjektperioden. Vedkommende beskriver gjennomføringen i nettværksmøtene ikke har vært noe annerledes enn det vedkommende har vært med på før, og uttrykker skuffelse over det. Det ble referert til at reflekterende team innebærer at møtelederne snakker sammen mens de andre hører på. I

gjennomføringen var en imidlertid oppmerksom på at alle skulle bli hørt - å trekke alle sammen inn i samtalen - men det beskrives å ha vært en innarbeidet tilnærming fra tidligere.

En annen bekrefter en tilsvarende opplevelse knyttet til sin oppfatning av utvikling av metodikken i prosjektet. Vedkommende ser på en måte at nettverksmøter i noen tilfeller kan være en snarvei til mer åpenhet i relasjonelle forhold og at pasienten og dennes nettverk bringes tettere sammen. Men samtidig uttrykker vedkommende at *"jeg er nok en av dem som ikke har blitt helt frelst på dette her og vil sverge til det i en hver sammenheng, men jeg tror som det ble sagt i sted – der det er uttalt relasjonsproblematikk, ser jeg åpenbart at her vil du få en effekt som du ikke vil få ved å ha symptombæreren av en lidelse i individualsamtale. Det blir jo noe helt annet. Og det er jo helt tydelig for alle å se. Og det er verdifullt det"*.

På spørsmål om bruk av kliniske kartleggingsinstrumenter som en del av dokumentasjonen i prosjektet kommenteres at prosjektgruppen ikke har benyttet verktøyene i den grad som de var tiltenkt. Det har vært gjennomført registreringer av GAFⁱ og SCL 90ⁱⁱ ved inntak og (delvis) i etterkant av nettverksmøter, men prosjektgruppen har ikke benyttet denne kartleggingen bevisst på en systematisk måte i forberedelse eller avklaring av en tilnærming til hvordan en skal jobbe med behandling av pasienten. Det kommenteres at en oppfatter fokus på kliniske kartleggingsinstrumenter skulle gjøres for å sikre ovenfor oppdragsgivere og de involverte at prosjektgjennomføringen ble tilstrekkelig dokumentert. En opplevde videre at denne gjennomføringen ble overambisiøs ved å trekke inn altfor mange ulike redskaper som skulle benyttes i prosjektet.

Det trekkes frem en beskrivelse av et konkret eksempel på en pasient som over flere år har vært inne til behandling ved dag- og døgnenhet Valdres. *"Vi kjenner historien hennes ut og inn, og hun har snakket masse om nettverket og pårørende, og vi dannet oss et bilde av hvordan situasjonen er – ikke sant? Men når vi møter i nettverksmøtet – og møter de reelle personene – så er de faktisk ikke slik som pasienten har skissert – og det er klart at selv om en skal være objektiv i en samtale så blir en farget av det pasienten sier – en må jo ta utgangspunkt i at det de sier er sant. Men når du sitter i et nettverksmøte får du alle disse sannhetene, og da kan du danne deg et bilde. Og jeg tror du skal kunne være synsk hvis du skal kunne klare å gjøre det i et annet rom. Og da først kan du hjelpe pasienten når du ser alt"*.

Flere av de andre ansatte bekrefter denne type opplevelse. Det er med andre ord erfart mange tilfeller hvor nettverket ikke så ut slik som pasienten hadde beskrevet. Det understrekes at en tror også pasienten iblant får noen aha-opplevelser selv ved å invitere nettverket til møtet. De kan også gjennom slike møter endre oppfatningen av sitt eget nettverk. Dette kan forklares ut i fra at pasienten kanskje har misforstått intensjoner og opplevelser eller ha hatt angst for å snakke sammen. En av de ansatte forteller: *"Slik som pasienten hadde gått i 10 år og trodd at nettverket bare var fordømmende og ikke kunne forstå. Og denne familien har nå fått et redskap som de nå kan benytte videre uten møteledere – og det er det som er de ideelle møtene – det er ikke slik at hver gang det blir konflikt i familien at de skal innkalle første- og andrelinjen – da skal de ta dette møtet selv – og da har de lært den måten å prate på - at det faktisk ikke er så skummelt å prate om det"*.

På denne måten får deltakerne i nettverksmøtet mulighet til å forklare ovenfor hverandre hvorfor de reagerte, følte og sa slik som de gjorde. På denne måten kan misforståelser oppklares. Denne erfaringer kommenteres av noen at de hadde også før prosjektgjennomføringen, men at den nå i etterkant har blitt styrket. Et annet eksempel som trekkes

frem om et tema som ble synliggjort i et møte, er et familiemedlem som lurte på hvordan vedkommende skulle håndtere situasjonen når søsteren ble psykotisk. Settingen gir de profesjonelle mulighet til å gjøre nettverket tryggere på seg selv ved å gi bekræftelser på at det nettverket gjør er riktig. På denne måten blir nettverket sett de også.

En av de ansatte kommenterer at etter å ha jobbet med nettverksmøter, så må en ikke tenke at nettverksmøter er løsning for alle. Det påpekes at vedkommende har en klar oppfatning om at nettverksmøtet ikke er den eneste metoden – dette må betraktes som et supplement til andre tilnærminger.

På spørsmål om prosjektgruppens systematiske arbeid med bevisstgjøring og begrunnelse for valg av nettverksmøter i ulike pasientsituasjoner, svarer deltakerne at dette er primært ivaretatt på inntaksmøtet i DPS. Prosjektleder har deltatt på inntaksmøtet og bidratt i den faglige vurderingen av i hvilken grad pasientene vil nyttiggjøre seg av nettverksmøter. Når inntaksmøtet har besluttet fordeling av pasienter til prosjektet, har de ansatte ved DPS fått innsyn i henvisningen og forelagt begrunnelsen for hva som er tenkt gjennomført. Disse inntakene har vært orientert om som en del av prosjektgruppemøtene. De ansatte gir uttrykk for at det i løpet av prosjektet ikke har vært gjennomført noen mer systematisk drøfting og begrunnelse på bakgrunn av inntaksmøtet sine vedtak, men sier samtidig at dette heller ikke har vært noe savn. Henvisningene beskrives å ha vært fylldige, og det har også vært en vurderingssamtale i forkant. Det kommenteres imidlertid av noen at de tror det ville ha vært mye læring for prosjektgruppen dersom disse faglige vurderingene i større grad ble trukket inn i prosjektgruppen som en aktiv diskusjon og bevisstgjøring for forventet nytte av nettverksmøter ut i fra pasientens sykdomsbilde/diagnose.

11.5.4 Mental Helse

Det vises til beskrivelsen under forrige evalueringskriterium (*Opplevelse av og tilrettelegging for brukermedvirkning fra pasient og nettverk, samt utvikling av kompetanse og pasient og nære andre*).

12.0 ØVRIGE DATA

Evaluators har i forhold til deltakelsen i prosjektgruppemøtene systematisk ført notater fra diskusjonene i prosjektgruppen. Utdrag fra disse er delvis ført tilbake til gruppen for refleksjon og bidrag til å sikre gruppens kontinuitet og progresjon i fokus på samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten. Nedenfor følger evaluators utdrag av momenter som har særlig relevans for evalueringens fokus.

12.1 Relevante utdrag fra evaluators refleksjonslogg (observasjon/deltakelse på prosjektgruppemøter)

19. september 2005

Gruppen tar opp sin forståelse av prosjektets målsetninger og hva som karakteriserer nettverksmøter. Det fremkommer reaksjoner fra flere på at det i fellesmøtet/konstituerende styringsgruppemøte ble stilt spørsmålsteget om nettverksmøter er å regne som en behandlingsmetode eller ikke. Prosjektleder kommenterer at en må anse nettverksmøter som en behandlingstilnærming, og at dette prosjektet handler om å utvikle samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten. Det ble fra flere uttrykt en opplevelse av at ansvarlige ledere i styringsgruppen (fellesmøtet) ikke involverte seg tilstrekkelig. Flere av prosjektgruppemedlemmene fra kommunene gir til kjenne at motivasjonen for å delta i prosjektet har sammenheng med å utvikle et bedre samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten.

26. september 2005

Prosjektleder understreker forutsetningene for modellgjennomføringen i prosjektet om at første- og andrelinjetjenesten skal jobbe sammen i 2-er team. Prosjektet forutsetter at prosjektgruppemedlemmene (ansatte) arbeider med pasienter uavhengig av geografisk og organisatorisk tilhørighet i hovedfunksjon. Dette betyr at én og samme person vil kunne jobbe i flere team, samt at denne modellen bidrar til å utnytte ressursene i prosjektet på en god måte. Modellen bidrar etter prosjektleders oppfatning til at Gjøvik- og Øystre Slidre kommune blir tilført ressurser gjennom deltakelse fra spesialisthelsetjenesten. Det stilles spørsmål ved hvordan denne modellen harmonerer med gruppemedlemmenes ordinære arbeid (om det medfører at de kommunalt ansatte vil kun forholde seg til nye pasienter)? Det avklares at når det er etablert et team, beholdes dette i hele pasientforløpet i prosjektet. Prosjektleder beskriver at han ser for seg at selve prosjektgruppemøtene utover i perioden vil etter hvert få form av å være veiledning (på gjennomføring av nettverksmøter og de ansattes rolleforståelse i samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten).

21. november 2005

Prosjektleder understreker at samarbeidet med allmennlegene er viktig i prosjektgjennomføringen. Prosjektleder refererer til at det er gjennomført et fellesmøte med primærlegene i Valdres. Det ble i dette møtet vektlagt å orientere om metoden å jobbe på i nettverksmøtet (bruk av kasus). Prosjektleder oppfatter at det er en positiv nysgjerrighet hos legene. En uttalt problembeskrivelse fra legene er at de ofte opplever at mange pasienter trenger mer oppfølging og samtale enn det de har mulighet for å gi. I mange tilfeller vil innleggelse på Gjøvik være det eneste alternativet, og flere leger ga uttrykk for at dette var frustrerende. I denne sammenheng ble nettverksmøter ansett som et interessant alternativ. Prosjektleder understreker at det er viktig å få mobilisert primærlegene i Gjøvik kommune. Prosjektgruppen trekker opp problemstillingen om hvordan organisering av akuttberedskap påvirker/omfattes av samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten. En problembeskrivelse

som legges frem er at dersom andrelinjetjenesten rendyrker sin akuttberedskap uten å involvere kommunene/gjøre det tilstrekkelig kjent for kommunene, bidrar dette til å utøve et helhetlig tilbud ovenfor pasientene? Det ble stilt spørsmål ved om det ligger organisatoriske eller strukturelle hindringer for å oppnå en sømfri behandling ved å rendyrke akuttberedskap hos andrelinjetjenesten.

4. januar 2006 (samtale med prosjektleder)

Prosjektleder refererer til at antallet nettverksmøter som er gjennomført så langt i prosjektet ikke er av det omfanget styringsgruppen (DPS-ledelse) ønsker. Dette medfører at prosjektet i større grad blir avhengig av å rekruttere pasienter internt, og ikke bare avvente henvisning fra kommunenes fastleger, for å gjennomføre et tilstrekkelig antall møter.

6. februar 2006

Prosjektgruppen drøfter på bakgrunn av evaluators fremlegg av forhåndsanalyse, at styrken i samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten i gjennomføring av nettverksmøter omfatter:

- a) nettverksmøtene bidrar til å forstå pasientenes (livs)historier(ettersom nettverksmøtene ofte frembringer informasjon som ellers ville ha vært vanskelig å få ta i). Det anses som en styrke at disse historiene er tilgjengelige både for første- og andrelinjetjenesten.
- b) Nettverksmøter gir andrelinjetjenesten anledning til å se hvordan livene leves.

Det er konsensus i prosjektgruppen om et ønske om på en mer systematisk måte i prosjektet å gjennomføre forberedelse og etterarbeid knyttet til teamenes utøvelse av nettverksmøter. En slik systematisk tilnærming vil lettere kunne identifisere begrunnelse for styrker og svakheter i modellen (rollefordeling og rolleforståelse), samt svare på et uttrykt behov for veiledning på erfaringer/situasjonsopplevelser i nettverksmøtene. Prosjektleder påpeker at han anser prosjektperioden høsten 2005 frem til nyttår som praksislæring gjennom teori, mens prosjektperioden i 2006 vil kunne gjennomføres med veiledning på hvordan nettverksmøtene gjennomføres (refleksjon på refleksjon).

Prosjektleder refererer til styringsgruppens klare signal om at modellen må vise til kvantitet (tilstrekkelig dokumentasjon av omfang for å synliggjøre at nettverksmøter kan anses som et alternativt behandlingstilbud). Det gis uttrykk for et forventningspress til at det skal være et stort antall pasienter inne i modellen (som følgelig har en antatt innvirkning på omfanget av pasienter som tas inn på akuttavdeling). Det gjentas at det er et behov for å overføre pasienter fra døgnavdeling, i tillegg til å rekruttere nye pasienter. Det uttrykkes en forventning om at det deltar 20 pasienter i prosjektet.

6. mars 2006

Prosjektleder trekker frem en pasienthistorie om en person som er henvist på fire forskjellige steder (har mottatt fire ulike tilbud på andrelinjenivå). Dette oppfattes av prosjektgruppen å være sterkt motstridende med god terapeutisk praksis. Gruppen påpeker at dette synliggjør internorganisatoriske utfordringen innad i sykehuset. Det kommenteres at det å være i en konkurransesituasjon med andre behandlingsinstitusjoner (enheter/tilbud internt i sykehuset) oppleves som vanskelig. Det poengteres at når fastlegen henviser til prosjektet (nettverksmøter), skaper dette den beste oppfølgingen, overføringen og forutsigbarheten. Det konkluderes med at prosjektet fortsatt må arbeide med "salg" av nettverksmøtet, men "at en blir utbrent av å selge en vare som ikke er etterspurt".

Prosjektleder påpeker at helsetjenestens ansvar ovenfor pasienten og dens nettverk også er å informere og veilede disse om hva som påvirker psykisk helse (kunnskap om sammenheng mellom årsak og virkning), for eksempel forhold i hjemmet eller nærmiljøet. Det påpekes at nettverksmøter har vært en arena for å formidle denne type kunnskap.

Ett av prosjektgruppemedlemmene påpeker at vedkommende har hatt en henvendelse fra pasient som ønsket at nettverksmøtene ble gjennomført i regi av kommunen i stedet for "utløst" gjennom henvisning til DPS. Bakgrunnen for dette var ønsket om å slippe å betale egenandel. Det refereres til at styringsgruppen har definert at dette ikke er noe problem, men prosjektgruppens oppfatning er at pasientene opplever dette som utfordrende. Det kommenteres at DPSets uteteam ikke benytter egenandelskrav.

28. april 2006

Prosjektleder kommenterer at han har interesse av å iakttta prosjektgruppen. Hans opplevelse er at gruppen har utviklet seg i løpet av prosjektperioden. Han oppfatter at deltakelsen i prosjektet skaper kompetanseutvikling/faglig utvikling gjennom prosjektgruppemedlemmenes selvstendighet.

22. mai 2006

Det kommenteres en oppfatning i prosjektgruppen om at det er en "trang fødsel" for ambulante team i Sykehuset Innlandet HF. Det fremheves at utvikling av ambulante funksjoner handler mye om å endre syn på behandlingsfilosofi (tenke annerledes om hvor behandling skal skje). Prosjektleder beskriver at utviklingsarbeid, som dette prosjektet omfatter, er en vekselvirkning mellom det som er planlagt og "møte med virkeligheten". Det påpekes at ettersom nettverksmøter og ambulante team er i en utviklingsfase, er det lett for at dette kan bli "utkonkurrert" med etablerte tilbud. Brukerrepresentantene påpeker at det vil være en vanskelig situasjon når lege ikke er involvert/foreslår nettverksmøter som et akutt behandlingstilbud. Ut i fra pasientstøsted lytter en spesielt til legen, og da blir det viktig at legen er informert og støttende til at nettverksmøter er aktuelt.

12. juni 2006

Prosjektleder utfordrer gruppen på å drøfte dimensjonering av team (i en akuttfunksjon). Dette berører både vurdering av organisering og rammebetingelser (bl.a. ettersom mange møter vil foregå på kveldstid). Prosjektleder stiller også spørsmål ved om hvor tilgjengelig beredskapsfunksjonen skal være – med andre ord hvor raskt en kan forvente å iverksette et ambulant team ut fra et akuttbehov. Ved akutt behov ringes ofte legevakt. Legevakt gir uttrykk for ønske om å ha personell/team å trekke inn i krisesituasjoner. Dette trekker inn spørsmål om nettverksmøtene i sin karakter er mulig å benytte som en akutt metode/tilnærming i beredskap.

22. juni 2006

Prosjektleder påpeker at nettverksmøtene er en prosess mellom deltakerne i møtet. Det vil være viktig å synliggjøre forskjell på nettverksmøter og ansvarsgruppemøter. Gruppen ledes inn i diskusjon på hva som karakteriserer ansvarsgruppemøtene og hva som karakteriserer nettverksmøtene. Det ble påpekt at en særlig vesentlig forskjell at relasjonen mellom ansatte i ambulant team (første- og andrelinjetjenesten) utøves på en annen måte i nettverksmøter enn i ansvarsgrupper.

Prosjektleder refererer til samtale med primærlege, hvor tilbakemelding fra denne er at det er viktig at ambulant team har lett tilgjengelighet (direkte telefonkontakt), slik at det er mulig å

gjøre ”her og nå”- avtaler. Lege kommenterer et ønske om at teamet bør bestå av psykolog. Det ble videre poengtert at referatene fra nettverksmøtene ofte ble prioritert av legene i oppfølging av pasientene. Det ble fra lege kommentert at en anså det som en fordel at teamet består av første- og andrelinjetjeneste.

12.2 Relevante utdrag fra møtereferater og andre skriftlige innspill fra prosjektgruppemedlemmer

Skriftlig innspill februar 2006 til prosjektgruppen fra en av prosjektgruppemedlemmene (utdrag):

”Førstelinjetjenesten har følt at det har vært tyngde i det å ha med en fra andrelinjetjenesten. Under de møtene hvor depresjonen har ligget over møtene, har det vært en betryggelse hos førstelinjen at en fra DPS er med som møteleder. Man kan vel også se det slik at befolkningen har forventninger til og finner en betryggelse i at det er med noen fra DPS. Befolkningen har tross alt forventninger om at de som kommer fra DPS sitter inne med mer kunnskaper. Evaluatør har jo stilt spørsmålet om hvilke forventninger vi i førstelinjen har til samarbeidet med andrelinjen. Men jeg tenker at befolkningen også har forventninger til spesialisthelsetjenesten. For pasienten vil nettverksmøter med første- og andrelinjetjenesten oppleves som et landskap som føyer seg inn i hverandre. Man beveger seg ikke fra det ene (førstelinje) til det andre (andrelinje), men er sammen i denne bevegelsen. Mitt utgangspunkt er at dette må gi en følelse av å bli ivaretatt av flere nivåer samtidig. Jeg tenker at det kan oppleves som en trygghet?”

Skriftlig innspill mars 2006 til prosjektgruppen fra en av prosjektgruppemedlemmene (utdrag):

Det er en sentral utfordring i prosjektet å ”å få et fruktbart og lettflytende samarbeid med andrelinje og med fastlegene i kommunen. Det er vel ikke listet som en direkte oppgave, men leger så langt har uttrykt at de i høy grad savner et samarbeid med et lett tilgjengelig beredskapsteam. Og det er jo bl.a. den funksjon som vi skal gå opp spor for i dette ”skogryddingsprosjekt” Med fruktbart og lettflytende tenker jeg på det å komme i felles arbeidsposisjon (andrelinje, førstelinje og fastlegen) med ” de vanskelige ” pasientene: de hjemmeboende psykotiske, de aleneboende psykotiske, de personlighetsforstyrrede, særlig de med barn, mennesker med ulike misbruk: narkotika, alkohol, mat. Det er en daglig utfordring at mange vanskelige, såkalt behandlingsrefraktære pasienter ender i psykisk helsearbeid i kommunen, eller ”skrives ut til mor ” når de ikke vil/kan ta i mot behandling i 2. linjen, eller verst av alt ikke er ”synlig” hjelpetrengende, fordi de ikke blir fanget opp gjennom de tradisjonelle kanaler i vårt helsesystem. Når jeg tenker på måten pasienter er kommet inn i prosjektet, er det interessant hvordan legegruppen har foret oss med utfordrende oppgaver. Dette er det ene av to legesentre som vi har fått gitt god info om prosjektet”.

Skriftlig innspill april 2006 til prosjektgruppen/styringsgruppen fra prosjektleder:

”Nettverksmøtet legger opp til at kompetanse utvikles gjennom diskurser. Dette for blant annet å motvirke regresjon, men istedenfor utvikle tillit gjennom egenkompetanse. Det stiles derfor store krav til at terapeutene evner å understøtte og øke autonomi hos alle berørte i nettverket. Erfaring viser også at dette gjøres best gjennom multidisiplinære team. Prosjektet har opplevd mange gode nettverksmøter med gode prosesser og medarbeidere som har vist

god stå-på-vilje. Samtidig må det sies at manglende kompetanse og repertoar på nettverksmøtets metodikk har ført til tungvint sammensetning av team og ikke optimalt arbeid i selve nettverksmøtet. Blant annet bruk av reflekterende team. Den korte opplæringstiden høsten 2005 var helt klart til hjelp, men har ikke kunnet erstatte Høgskolen i Gjøviks utdanning i nettverksmøtet.

Komponering av team fra første- og andrelinjetjeneste fører til klart bedre samarbeidsrelasjoner mellom nivåene. Det er gjensidig veiledning og utveksling av kompetanse. Kontakt skjer også per telefon og e-post mellom møter. For pasient/pårørende blir det fremhevet at de får en kontakt å henvende seg til i sitt nærmiljø hvis det skulle være behov for det”.

Skriftlig innspill juni 2006 til prosjektgruppen fra en av prosjektgruppemedlemmene (utdrag):

”jeg er ikke kjent med i hvilken grad etableringen av et nytt ambulant akutt-team på Gjøvik bygger på noen av de erfaringer man har høstet i prosjektet, men jeg har ikke inntrykk av at interessen for prosjektets arbeid har vært særlig stor i så måte. Man hadde i en periode i fjor høst og vinter inntrykk av at prosjektets hovedfunksjon skulle være å avlaste døgnenheten på Gjøvik som slet med overbelegg og stor pasientmasse. Man opplevde at dette skapte frustrasjon hos prosjektgruppemedlemmene, meg selv inkludert, og at dette skapte et unødig arbeidspress i gruppa som mer så for seg at arbeidet skulle bestå i å utvikle en modell for samarbeid på tvers av omsorgsnivåer og at det ikke primært var antall saker eller konsultasjoner det skulle fokuseres på. (...) Det er påfallende at pasienter som er henvist til individualbehandling ved enheten og som senere er henvist til prosjektet, har uten unntak stilt seg avvisende til et slikt tilbud. Alt i alt kan det dreie seg om 10-12 pasienter (ved enheten). Dette kan det sikkert være mange grunner til, men det er nok fortsatt slik at åpenhet om psykisk sykdom oppleves som truende for mange og at man derfor foretrekker den trygghet og konfidensialitet et individualterapeutisk opplegg gir”.

12.3 Relevante utdrag fra prosjektgruppens skriftlige rapport

I prosjektgruppens rapport beskrives at i gjennomføringen av nettverksmøter er det viktig at første- og andrelinjen er representert. Deres erfaring er at dette ”gir nettverket en unik tilgang til den delen av den sykes verden som de tidligere i større eller mindre grad har blitt holdt utenfor. Innleggelse blir pusterom, uten at de da er aktivt deltakende. Erfaring har vist at når pårørende i nettverksmøtene møter første- og andrelinjetjenesten, er det lettende på to forskjellige plan. Via psykiatrisk sykepleier fra kommunen får de bekreftet at de ikke er alene om ansvaret i hverdagen. At pasienten har noen en kan kontakte utover familien når det røyner på. Dette er ikke alltid like tydelig for pårørende. Her ligger en flott mulighet til å åpne en kanal mellom pårørende til psykisk sykepleier med pasienten sitt samtykke. Dette har blitt gjort i flere møter. Pasienten synes også det dette kan være avlastende for da blir de pårørende ivaretatt. (...) Via psykiatrisk sykepleier fra andrelinjen får pårørende et innblikk i en, for mange, lukket verden. De får stilt spørsmål, komme med frustrasjon, kritikk og med ting de ikke har forstått ved innleggelse og livet i avdelingen. (...) Ved at begge linjene er representert favner møtelederne bredere og dypere. Førstelinen er spesialister på akkurat det, bredden i pasientens liv. De har kontakt med fastlege, trygdekontor, dagtilbud, kjenner til dagliglivet osv., og andre instanser som kan være fjernere fra annenlinjen. Andrelinjen har nærere kontakt med de tilbud som er via poliklinikk v/DPS og sykehus, psykiatere og det mer spesielle, dybden. Andrelinjen kjenner også godt til det som har foregått på avdelingen ved

innleggelse og hva som har blitt gjort da, samt tilgang på IMX-journalsystem for hele Sykehuset Innlandet”.

I rapporten påpekes videre at ” vi ser at en viktig diskusjon mellom den enkelte kommune og DPSet vil være hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for samhandlingen. Det å jobbe i team oppleves som tilfredsstillende, men det er også utfordrende. Det krever kunnskap av representantene fra kommune og DPSet om hvordan systemet fungerer der den andre jobber. Vi opplevde innsikten og respekten for den andres arbeid, utførelsen av arbeidet og arbeidsmetoder man tar i bruk, økte i prosjektet.

Denne måten å jobbe på innebærer en likeverdighet blant fagfolkene i første- og andrelinjen når det gjelder kompetanse. Det vil innebærer at undervisning og veiledning/samtaler blir gitt til første- og andrelinje i fellesskap. Betydningen av hvordan teamet opplever å jobbe sammen, må kunne tas opp til diskusjon. Nettverksmøte som holdning formidler betydningen av åpenhet og dialog. Det vil derfor skinne gjennom hvis teamet har uoverenstemmelser seg i mellom”.

13.0 DRØFTING AV FUNN

Drøftingen nedenfor er kategorisert i henhold til evalueringskriteriene som er beskrevet innledningsvis.

13.1 Prosjektprosessen

Prosjektarbeid kan være utfordrende og vanskelig ettersom arbeidet som regel også har utviklingselementer i målsetningene. Prosjektorganisering velges når en står ovenfor en oppgave som er av et omfang, karakter og/eller kompleksitet at basisorganisasjonen ikke makter å håndtere dette arbeidet innenfor ordinær drift. Rolle- og ansvarsavklaring mellom aktørene i en prosjektorganisasjon, samt rammefaktorene for gjennomføringen, er særdeles viktig for å oppnå tilsiktede resultater av prosjektprosessen. Dette prosjektet ble tildelt ekstern finansiering fra Helse Øst RHF. Prosjektet er forutsatt fullfinansiert med denne bevilgningen (i tillegg til virksomhetenes egenandel). Prosjektorganiseringen omfatter tre autonome virksomheter med varierende grad av kompleksitet i organisasjonsstruktur. Sykehuset Innlandet HF DPS Gjøvik ved avdelingssjef har vært prosjektansvarlig. Styringsgruppen har bestått av ansvarlige virksomhetsledere for de tre berørte organisasjonene. I tillegg er styringsgruppen supplert med brukerrepresentanter, faglige representanter fra virksomhetene samt en deltaker fra Høgskolen i Gjøvik.

Prosjektgruppen har bestått av fem ansatte fra DPS Gjøvik (inkl. prosjektleder), to ansatte fra Gjøvik kommune, 2 ansatte fra Øystre Slidre kommune i tillegg til to brukerrepresentanter fra Mental Helse. Samtlige deltakere, bortsett fra brukerrepresentantene, er utdannet sykepleiere. Prosjektet har i tillegg hatt en referansegruppe med noen få faglige ressurspersoner.

Det fremkommer tydelig av erfaringene til flere av prosjektgruppemedlemmene at avklaring av rammene for deres deltakelse i prosjektet ikke er tilfredsstillende ivaretatt. Prosjektplanen beskrev tildelte andeler av stillingsressurser som var tenkt benyttet i prosjektet. For den enkelte var det forutsatt at tilsvarende andeler av ordinær stilling skulle fritas ved innleie av vikarer. For flere av medlemmene ble dette oppfylt først etter at fem måneder var gått. For enkelte andre har avløsning knyttet til ordinære funksjoner og oppgaver ikke blitt gjennomført, slik at prosjektdeltakelsen i praksis har kommet i tillegg til ordinær stilling. Det er kun prosjektleder som har vært frikjøpt i 100% stilling, men vedkommende har i praksis også vært deltakende i andre aktiviteter ved DPS.

PLP-metodikken stiller krav til tydelig rolleavklaring og rolleforståelse mellom prosjektansvarlig og prosjektleder. Prosjektansvarlig skal være prosjektleders nærmeste drøftningspartner knyttet til ressurs- og prioriterings spørsmål relatert til arbeidets rammebetingelser. Prosjektansvarlig er prosjektleders avdelingssjef. Etersom dette pilotprosjektet forutsetter deltakelse fra flere virksomheter, vil det kunne være målkonflikter knyttet til virksomhetenes forståelse, tolkninger og prioriteringer i selve prosjektgjennomføringen. Virksomhetenes roller og ansvar i prosjektet har vært nedfelt i prosjektbeskrivelsen.

Det har vært stabilitet i prosjektgruppen i hele perioden, tross de utfordringer en har kunnet registrere med uavklarte rammevilkår som nevnt for flere av medlemmene.

Flere av prosjektgruppemedlemmene har både ved inngangen i prosjektet og underveis uttrykt usikkerhet om hva som er prosjektets hovedfokus. Dels kommer dette til uttrykk gjennom at flere oppfatter at målsetningene er for ambisiøse og omfattende til å gjennomføres innenfor den forutsatte prosjektperioden på ett år. Dels kommer det også til uttrykk ved at det for flere har vært vanskelig å tolke presist hva målsetningene for prosjektet innebærer. Tydelig innarbeiding og felles forståelse i prosjektgruppen for prosjektets formål og fokus i aktivitetene som skal utvikles, er viktige premisser for å kunne arbeide målrettet i prosjektgruppen. Et sentralt spørsmål som er stilt av flere av prosjektgruppemedlemmene har vært om fokus på samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten har fått tilstrekkelig plass i gjennomføringen, fremfor gjennomføring av selve nettverksmøtene med tilsiktede dokumentasjonskrav ved bruk av ulike kliniske kartleggings- og skåringsverktøy.

Flere av prosjektgruppemedlemmene påpekte et ønske om å benytte mer tid på faglig veiledning og refleksjon knyttet til erfaringer ved gjennomføring av nettverksmøtene. Rolle- og oppgavefordeling mellom de ansatte fra første- og andrelinjetjenesten ville kunne ha vært et naturlig fokus i dette. Prosjektet har ikke lyktes å håndtere dette på en systematisk måte. Dette kan vel så mye ha med organisatoriske avklaringer i prosjektprosessen og rammefaktorene som gjelder for prosjektet, som med mangel på kompetanse i å håndtere dette. Det ble av flere etterlyst hyppigere prosjektgruppemøter i oppstarten av prosjektet for å "kjøre gruppen inn". Det er trukket frem av flere at prosjektgruppemøtene i for stor grad ble formalisert og saksorientert, og i mindre grad tilrettela for prinsipielle faglige- og organisatoriske diskusjoner.

Flere av prosjektmedlemmene har opplevd å ha knapphet på tid i forhold til sine definerte ressurser. Modellen i prosjektet hvor teamene skulle bestå av ansatte i deltidsfunksjoner, har vært utfordrende og sårbar ettersom ressursbegrensningen har vært så tydelig. Det ble underveis i prosjektet spilt inn til prosjektgruppen fra evaluator om å korrigere rolleoppfatningen og forståelse av ressursdisponeringen i prosjektet. Ut i fra behovet om å benytte mer tid til skjermet aktivitet (drøfting, refleksjon og veiledning) i prosjektgruppen, kunne en alternativ organisering være at tildelte deltids stillingsressurser i prosjektet utelukkende skulle benyttes til skjermet aktivitet (prosjektgruppen), mens den utøvende gjennomføringen av nettverksmøtene skulle benyttes innenfor ordinære stillingsressurser. Begrunnelsen for at dette kunne være en akseptabel modell å gjennomføre, er nettopp at det er de samme pasientene kommunene og DPS har ansvar for å følge opp, men aktiviteten og behandlingstilnærmingen ville i større grad ha falt ned på nettverksmøter.

Rekrutteringen og motivasjon for flere av prosjektgruppemedlemmene har vært kritisk. To personer nevner at de har følt seg dels presset inn i arbeidet, med dertil tilhørende vegring og manglende motivasjon. Tross dette utgangspunktet har prosjektets utøvende aktivitet i gjennomføring av nettverksmøter for de fleste vært utelukkende positivt.

Det har i løpet av prosjektperioden blitt etterlyst et større engasjement fra prosjektgruppedlemmenes ledere når det gjelder å utvise eierforhold og støtte til prosjektets formål og gjennomføring. Dette gjelder både engasjement gjennom styringsgruppe, men også i det daglige arbeidet. Det fremkommer likevel fra prosjektgruppemedlemmene at de har merket en positiv endring hos sine respektive ledere i løpet av prosjektperioden. Det er en viktig forutsetning i prosjektorganisering som involverer flere autonome virksomheter, at prosjektgruppemedlemmer opplever støtte hos ledelse internt i egen organisasjon. Dersom dette ikke er tilstrekkelig til stede vil en kunne komme i en lojalitets- og målkonflikt ovenfor prosjektgruppen. I en prosjektorganisering trår en ut av linjeorganisasjonen, og forholder seg

til prosjektleder som nærmeste overordnede. Likevel vil implementering av prosjektets resultater være avhengig av at ledelsen i de autonome linjeorganisasjonene godkjenner innfasing og iverksettelse av disse på evt. permanent basis. Det vil med andre ord i dette prosjektet kunne oppstå en situasjon hvor resultatene, og håndtering i en eventuelt videreføring av disse, kan oppfattes ulikt innenfor deltakende virksomheter. Dette må være fullt akseptabelt. Det er derimot svært uheldig om ansvarlige linjeledere i løpet av prosjektperioden uttrykker motvilje eller mangel på engasjement dersom det er besluttet deltakelse i prosjektet.

Prosjektgruppen har etterlyst involvering av referansegruppen i prosjektet. Referansegruppen er i prinsippet bestående av ressurspersoner som er tilgjengelig for rådgiving både ovenfor styringsgruppen og prosjektgruppen. Prosjektet har ikke lyktes med å formalisere referansegruppens mandat tydelig nok, på en måte slik at det er gjennomført systematisk innhenting av faglige innspill og vurderinger underveis i prosjektet. Dette kan enten bero på uklarhet mellom prosjektansvarlig og prosjektleder i hvordan en forholder seg til referansegruppen, manglende tydeliggjøring av ønsket fra henholdsvis styringsgruppe og/eller prosjektgruppe om å trekke referansegruppen inn, eller at referansegruppen ikke har prioritert deltakelse i prosjektet.

Prosjektleder har i løpet av prosjektperioden benyttet en god del tid på å fokusere kulturbygging i prosjektgruppen. Dette har vært motivert ut i fra bevissthet om sårbarheten ved begrensede stillingsandeler. Selv om prosjektleder har gjennomført refleksjonsprosesser i gruppen om kulturbygging og erfaringer i prosjektet, har mangelen på hyppige samlinger satt begrensninger på hvor nyttig dette har vært. Det er rimelig å anta at det ville være lettere å utvikle progresjon i kulturbyggingen dersom gruppen hadde vært samlet oftere.

Tre av prosjektgruppemedlemmene har gjennomført videreutdanning i ledelse av nettverksmøter. Prosjektleder har vært medansvarlig i dette studieprogrammet ved Høgskolen i Gjøvik. Øvrige prosjektgruppemedlemmer har ikke utdanning i dette arbeidet, men på ulike måter praksis i nettverks-/familienettverksarbeid. Optimalt sett burde alle prosjektgruppemedlemmene hatt formalkompetanse i ledelse av nettverksmøter. Ettersom utdanningen innenfor dette feltet er ny, ville dette være et krav som en vanskelig kunne oppfylle. Det ville likevel være mulig for de som ikke hadde denne formalkompetansen ved inngangen av prosjektet å påstarte slik utdanning januar 2006. Ingen av de nevnte gruppemedlemmene gjorde dette, men det har vært sporadisk deltakelse på åpne forelesninger ved Høgskolen i Gjøvik som har vært en del av utdanningen.

13.1.1 Oppsummerende kommentar

Selv om prosjektgruppen har vært stabil i hele prosjektperioden, har håndteringen av rekruttering og tildelte stillingsressurser påvirket prosjektet på en uheldig måte. Mangelfulle avklaringer har skapt frustrasjon og usikkerhet, som igjen har bidratt til stor variasjon i motivasjon hos deltakerne. Det er evaluators oppfatning at det burde ha vært en tydeligere struktur- og oppgavegjennomgang i en tidlig fase av prosjektet. Dette omfatter både drøftinger knyttet til målsetningene for prosjektet og ikke minst operasjonaliseringen av disse. Ideelt sett burde det før prosjektstart ha vært utarbeidet en fyldigere prosjektbeskrivelse som også omfattet samarbeidsavtaler mellom Sykehuset Innlandet HF og kommunene Gjøvik og Øystre Slidre. Ettersom et slikt avklarende grunnlagsdokument ikke har foreligget, har det bidratt til unødig uklarhet om prosjektets fokusområder og forventninger. Evaluator ønsker å kommentere at prosjektorganiseringen burde tydeliggjøre rollefordeling og plassering av medlemmer i henholdsvis styringsgruppe og referansegruppe. Styringsgruppen har formelt

sett vært usedvanlig stor (14 medlemmer). Dette har utover de ansvarlige ledere for deltakende virksomheter også bestått av ulike faglige ledere og personell. Flere av disse har hatt liten utøvende deltakelse i prosjektet. Styringsgruppen skal primært bestå av ansvarlige ledere for deltakende virksomheter (og eventuelt brukerrepresentasjon). Strengt tatt er styringsgruppen dermed å anse som fullverdig med tre medlemmer representert fra de respektive virksomhetene. Prosjektleder er ikke medlem av styringsgruppen, men fungerer som sekretær og saksforbereder til styremøtene. Evaluator betrakter det ville være en fordel om øvrige medlemmer av styringsgruppen utøvde innflytelse i referansegruppen. En bredere sammensetning av faglig personell i referansegruppen ville kunne bidratt til en mer aktiv og konstruktiv dialog fra disse som innspill til prosjekt- og styringsgruppen.

13.2 Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten

I vurdering av om nettverksmøter gjennomført av ambulante team bestående av ansatte fra første- og andrelinjetjenesten bidrar til å øke reelt samarbeid mellom tjenestenivåene, er det viktig å drøfte erfaringene fra prosjektet sett i lys av et organisasjonsteoretisk perspektiv. De tre beskrevne kriteriene for å lykkes i interorganisatorisk samarbeid omfatter som tidligere nevnt a) domenekompatibilitet, ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet og mandatkompatibilitet. Drøftingen nedenfor vil ta utgangspunkt i disse kriteriene.

Prosjektet er begrunnet ut i fra en forventet nytte av at ansatte fra første- og andrelinjetjenesten samarbeider i ambulante team som gjennomfører nettverksmøter. Det har i dette prosjektet vært viktig å fokusere på begrunnelsen for at nettverksmøtene skal gjennomføres ut i fra denne organiseringen, vurdert opp i mot alternativene som reelt sett er at nettverksmøter er noe som DPS og/eller kommunene kan gjennomføre alene med pasienten og dennes nettverk. Det har gjennomgående i dette prosjektet vært et visst fokus på å legitimere nettverksmøter som såkalt behandling. Utgangspunktet for dette fokuset er inndelingen av helsetjenester i to forvaltningsnivåer i Norge hvor psykisk helsevern omfatter spesialisthelsetjenester som skal tilby behandling av psykiske lidelser, mens psykisk helsearbeid i kommunene har ansvar for profesjonell støtte, pleie og omsorg rettet mot mennesker med psykiske lidelser i deres nærmiljø. Utviklingen av psykiatriske helsetjenester ved utbygging av distriktpsykiatriske sentra, er begrunnet ut i fra å styrke et allmennpsykiatrisk behandlingstilbud nærmest mulig pasientens bosted, og er med dette et virkemiddel for å nå bredere ut med allmennpsykiatrisk spesialistkompetanse, samtidig som DPS et nærmer seg aktiviteter og støttetiltak som kommunene tradisjonelt har stått ansvarlige for. Med dette utgangspunktet vil DPS et i prinsippet i all sin virksomhet ha et sterkt fokus på samarbeid med det kommunale psykiske helsearbeidet, men praksis viser at det er store variasjoner i hvordan dette utøves. Begrunnelsen for to forvaltningsnivåer av helsetjenesten er å sikre spisskompetanse (spesialistkompetanse) ved å sentralisere (lokalt/regionalt) funksjoner og oppgaver som en ikke vil være i stand til å utvikle og holde ved like på et lavere geografisk nivå (kommune). Dette betyr at en i prinsippet forutsetter at første- og andrelinjetjenesten skal bestå av ulik kompetanse, men at denne kompetansen ideelt skal utfylle hverandre slik at det ovenfor pasienten blir oppfattet som en helhet. Overført til dette prosjektet vil en kunne tenke seg at deltakere fra første- og andrelinjetjenesten besitter ulik kompetanse som de bidrar med i gjennomføringen av nettverksmøtene og som ideelt sett gir en bedre helhet ovenfor pasienten.

Sett i sammenheng med domenekompatibilitet (Knudsen i Repstad 1993), er det med bakgrunn i uttrykte erfaringer fra de ansatte en klar oppfatning om at samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten oppfattes nyttig ved gjennomføringen av nettverksmøter. Dette

begrunnes med at den enkeltes bidrag inn i møtet (sett fra ulike forvaltningsnivåer) og felles opplevelse av pasient og dennes nettverk i møtet, sikrer et bedre og mer helhetlig informasjonsgrunnlag for oppfølging i henholdsvis første og andrelinjetjenesten. Dersom en imidlertid vurderer de ansattes oppfatning av rolle- og oppgavefordeling i selve nettverksmøtet, er det svakt grunnlag for å hevde at aktørene bidrar til domenekompatibilitet. Erfaringene fra prosjektet skiller ikke klart mellom rollene og ansvaret hos de ansatte fra henholdsvis første- og andrelinjetjenesten. Det gis ulike beskrivelser av at de ansatte sitter på ulikt informasjonsgrunnlag og tilgang til kompetanse i forberedelse og/eller oppfølging av pasientene, men dette er ikke systematisk gjennomført. Ett eksempel nevner at ansatt ved DPS har tilgang til journalsystem og lettere adgang til å konsultere psykolog eller psykiater. I tradisjonell forstand kunne en forutsette at ulik kompetanse i kraft av å være første- og andrelinjetjeneste medførte komplementær rolle- og kompetansefordeling, men dette synes ikke systematisk gjennomført. Utsagn både fra ansatte i kommunen og DPS beskriver at de i stor grad utøver de samme rollene. Forklaringen til dette er naturlig nok at både formal- og realkompetanse i prosjektgruppen i utgangspunktet er nokså homogen relatert til ledelse av nettverksmøter. Det er primært prosjektleder som gjennom tidligere utdanning og erfaring har utviklet sterk trygghet i bruk av metodikken. Det må likevel understrekes at selv om det kan synes som om ansvarsdelingen mellom ansatte i første- og andrelinjetjenesten har vært utydelig, kan de ansatte ha utøvd ulike roller i kraft av den konteksten de normalt samarbeider med pasientene. Det trekkes frem eksempler på at pasientens forhistorie ofte omfatter kontakt og erfaring med både kommunalt tilbud og DPS, og at de ansatte kan være med på å beskrive, utfylle informasjon og ikke minst veilede ut i fra de ulike tjenesteområdene.

Det er to ulike prinsipielle tilnærminger i gjennomføring av nettverksmøtene hvor ansatte fra første- og andrelinjetjenesten deltar. Den ene tilnærmingen presiserer kravet om domenekompatibilitet, og kan gjennomføres ved at en forutsetter en tydeligere bruk av ulik kompetanse i nettverksmøtene. Dette kan for eksempel omfatte at spesialisthelsetjenesten primært veileder og beskriver sykdomsforståelse og psykiatrifaglig kompetanse (for eksempel beskriver og forklarer sammenheng mellom årsak og virkning knyttet til pasientens psykiske lidelse), eventuelt tar ansvar for møteledelsen for å kvalitetssikre at nettverksmøtet ivaretar de grunnleggende prinsippene i salutogenesetenkning, ressursmobilisering og reflekterende prosesser. Likeledes kan en se for seg ansatte fra kommunalt psykisk helsearbeid som pasientens og nettverkets lokale støttespillere. En slik rollefordeling ville tydeliggjøre komplementær kompetanse, men forutsetningen for å gjennomføre dette er at spesialisthelsetjenesten faktisk besitter denne kompetansen. Denne rollefordelingen hindrer ikke å tillate de kommunalt ansatte å lede nettverksmøtet, men DPSet bør kunne veilede de ansatte både i forkant og etterkant av møtet. Den andre tilnærmingen baserer seg på at det viktigste ved nettverksmøtet er ikke hvordan kompetanse fra første- og andrelinjetjenesten utøves i nettverksmøtet, men at nettverksmøtet i seg selv er et møtested som bidrar til helhet ovenfor pasienten og dennes nettverk. Det må uansett forutsettes at en av de ansatte eller begge har utviklet kompetanse i å gjennomføre nettverksmøtet som ivaretar prinsippene behandlingstilnærmingen er bygget på. En slik forståelse kan være utfordrende fordi det lett vil kunne skape konflikt mellom tjenestenivåene i fordeling av oppgaver. Dersom modellen for gjennomføring forutsetter at det etableres permanente team, bestående av én ansatt fra førstelinjetjenesten og én ansatt fra andrelinjetjenesten, vil en lettere kunne innarbeide god kompetanseutnyttelse som ventelig vil kunne tjene både kommunen og DPSet.

Prosjektgruppemedlemmene gir ulike beskrivelser av hvordan de oppfatter kompetansen ved det forvaltningsnivået de selv ikke er tilsatt ved. Blant de kommunalt ansatte gis det fra noen uttrykk for at psykiatriske sykepleiere ved DPSet har verdifull kompetanse å supplere med i et

samarbeid, mens det for andre beskrives at de oppfatter de selv har mer spesialisert kompetanse enn deltakerne fra DPSet. Flere av de ansatte ved DPSet uttrykker at de ikke klarer å skille mellom en del av de oppgavene/kompetansen de selv utøver i DPS og det som utøves av psykiatriske sykepleiere i kommunen. Ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet som forutsetning for vellykket samarbeid, innebærer at de ansatte har felles syn på hvordan nettverksmøter fungerer som en god behandlingstilnærming, samt respekt og tillit til at den profesjonelle praksis som utøves av den samarbeidende part. Det innebærer samtidig at de ansatte oppfatter at det utøves en profesjonell praksis med likt kvalitetsnivå hos de samarbeidende partene (Knudsen i Repstad 1993). De ansatte uttrykker en generell oppfatning av at samarbeidet i nettverksmøtene har vært nyttig. Samtidig gis det uttrykk for ulike erfaringer i bruk og tilgang på hverandres kompetanse. I prosjektets samarbeidsmodell med ambulante team bestående av en ansatt fra hvert av forvaltningsnivåene, blir oppfatningen av kvalitetsmessig kompatibilitet svært personavhengig. Til en viss grad er det grunnlag for å si at prosjektets fokus på nettverksmøter har styrket prosjektgruppens ideologiske kompatibilitet, men samtidig ville en kunne forvente at dette premisset for samarbeid hadde blitt enda sterkere ivare tatt dersom en hadde evnet å ivareta veiledning og refleksjon på gjennomføring av nettverksmøter. Det er også grunnlag for å mene at den ideologiske kompatibiliteten ville ha vært sterkere dersom alle i prosjektgruppen hadde formalkompetanse i ledelse av nettverksmøter. Prosjektgruppens deltakere fra kommunene er samstemte i sin oppfatning om at nettverksmøter er en viktig tilnærming til pasienten som ivaretar et godt samspill mellom pasienten, dennes nettverk og involverte tjenesteutøvere. Ansatte fra DPS uttrykker ulike oppfatninger, selv om ingen avviser at nettverksmøter har en positiv virkning dersom det er uttrykt relasjonsproblematikk mellom pasienten og denne nettverk.

Ideologisk kompatibilitet vil i denne sammenheng også omfatte hvordan en betrakter samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten skal fungere. Flere av prosjektgruppedeltakerne gir uttrykk for at det ikke er tydelige grenser for hva som er DPSets og kommunenes særskilte kompetanse og ansvar. Ettersom prosjektgruppen er homogent sammensatt av ansatte med basis i sykepleiekompetanse, bidrar dette til at utøvende kompetanse i prosjektet er mer homogen enn dersom prosjektgruppen hadde en mer tverrfaglig sammensetning. En tydelig oppgave- og rollefordeling mellom første- og andrelinjetjenesten som bidrar til komplementær bruk og tilgang på hverandres kompetanse vil i seg selv kunne være uttrykk for ideologisk kompatibilitet. Når dette prosjektet har hatt fokus både på nettverksmøter som behandlingstilnærming og samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten i ambulante team, krever arbeidet rimelig konsensus fra de ansatte om at både metodikken i gjennomføring av nettverksmøtene og samarbeidsformen oppleves som nyttig. Prosjektgruppedeltakerne begrunner denne nytten primært ut i fra pasientens tilgang på å mobilisere ressurser i eget nettverk. I tillegg vektlegges tilstedeværelse fra første- og andrelinjetjenesten som for pasienten og dennes nettverk kan bidra til en opplevd helhet, samtidig som tjenestenivåene får tilgang til de samme "historiene".

Mandatkompatibilitet er tidligere beskrevet som et virkemiddel ansvarlige myndigheter kan iverksette for å styrke koordinering mellom enheter innenfor helsetjenesten (Knudsen i Repstad 1993). I utgangspunktet foreligger det gjennom lovverket et generelt mandat til virksomhetene om å samarbeide. Lov om spesialisthelsetjenester (Sosial- og helsedepartementet 2000c) beskriver andrelinjetjenestens plikt og ansvar for å utøve veiledning ovenfor det kommunale tjenesteapparatet, og den samme loven beskriver på samme måte som kommunehelsetjenesteloven at det skal utøves samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Forskrift om individuelle planer beskriver på samme måte virksomhetenes plikt til samarbeid og koordinering, og vil i prinsippet gjelde alle involverte

pasienter i prosjektet (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Lov om psykisk helsevern (som regulerer spesialisthelsetjenesten) forutsetter at alle pasienter som kommer inn under denne loven har rett til å få utarbeidet individuelle planer. Når DPS i samarbeid med kommunene utøver en ambulant akuttfunksjon i bruk av nettverksmøter, vil det i praksis være store variasjoner i forhold til hvordan individuell plan benyttes som redskap i denne sammenheng. Dersom det er brukere som tidligere ikke har blitt henvist til andrelinjetjenesten, er det ingen forutsetning for at det foreligger individuelle planer. Men dersom det forventes et behandlingsforløp med bruk av nettverksmøter som en integrert del av behandlingen, skal pasienten ha tilbud om å få utarbeidet individuell plan for koordinering av tjenestetilbud. På samme måte kan det være initiert individuelle planer fra kommunene dersom det er identifisert behov for koordinering av sammensatte tjenester over lengre tid.

Prosjektorganiseringen med forpliktende involvering av ansatte fra kommuner og DPS er i seg selv å betrakte som et mandat for samarbeid. Med henvisning til ovenstående drøfting av prosjektprosessen, er det viktig å påpeke at dersom overordnede mandater om samarbeid skal fungere, må ansvarlige ledere i berørte virksomheter vektlegge begrunnelsen for dette. Det vil for eksempel mellom DPS Gjøvik og kommunene i nedslagsfeltet være aktuelt å utarbeide samarbeidsavtaler i gjennomføring av permanente ambulante team. Slike samarbeidsavtaler kan betraktes å være virkemiddel for å sikre mandatkompatibilitet (Knudsen i Repstad 1993).

Interorganisatorisk samarbeid vil påvirkes av den organisering og struktur som foreligger i de deltakende virksomhetene. I dette pilotprosjektet ble det valgt ut én bykommune og én landkommune som samarbeidsaktører sammen med DPS. Kommunene har, som beskrevet innledningsvis, svært ulik struktur i måten det psykiske helsearbeidet er organisert. I Øystre Slidre er det psykiske helsearbeidet i praksis definert ivaretatt innenfor noen få tjenesteområder og personer (organisert inn under samme sektor). Gjøvik kommune har i løpet av dette prosjektet vært i en innfasing av ny organisasjonsmodell som formelt sett ble etablert 1. mai 2005. Den nye funksjonsmodellen som definerer psykisk helsearbeid inn under en enhet for tilrettelagte tjenester, er en endring fra geografisk sektorinndeling i omsorgsdistrikt. Selv om organisasjonsmodellen forutsetter at enheten har et samlet og helhetlig ansvar for tilbud innen psykisk helsearbeid i hele kommunens geografiske nedslagsfelt, har en til en viss grad opprettholdt omsorgsdistriktene som en operativ organisering av enhetens personell. Prosjektgruppemedlemmene fra Gjøvik kommune har i løpet av prosjektperioden gitt uttrykk for at de har opplevd en intern uklarhet ved innfasing av den nye modellen. Det er rimelig å anta at den nye organiseringen krever både innarbeiding og til en viss grad kulturendring (måten å forstå tjenesteutøvelse innenfor en funksjonsmodell). Det er grunnlag for å påpeke at denne uklarheten har hatt innvirkning på hvordan rolleforståelsen er ivaretatt. Selv om prosjektet i utgangspunktet har hatt som siktemål at prosjektgruppemedlemmene fra Gjøvik skulle forholde seg til henviste pasienter fra hele kommunens nedslagsfelt, har ikke dette vært en tydelig avklaring i oppstarten av prosjektet. Det er rimelig å se det i sammenheng med at ordinære arbeidsoppgaver har vært forankret i respektive omsorgsdistrikt. Prosjektet avklarte i tillegg at henviste pasienter til DPS som i neste omgang skulle utløse kommunale ressurser i kraft av ansattes deltakelse i nettverksmøter, ikke skulle saksbehandles gjennom kommunens sentrale tildelingskontor. Dette var en avklaring som ble gjennomført i prosjektperioden, og som ikke var vedtatt premiss ved inngangen til prosjektet. Prosjektgruppen oppfatter at saksbehandling ved tildelingskontor i praksis vil kunne være en hindring for ivaretagelse av en ambulant akutt funksjon (beredskap som kan utløse nettverksmøter i løpet av 24 timer).

I tillegg har det ved DPS Gjøvik vært omstendigheter internt i avdelingen som har påvirket prosjektets arbeid i perioden. Intern uro og slitasje i forhold til Sykehuset Innlandets pågående debatt om struktur- og funksjonsfordeling innenfor psykisk helsevern og dertil tilhørende lederstruktur, har på ulike måter vært belastende for prosjekt- og styringsgruppemedlemmer fra DPS. Dette har ikke primært hatt direkte virkning på prosjektarbeidet og definerte strukturer i dette arbeidet, men indirekte ved at funksjoner og oppgaver i ordinære stillinger har blitt påvirket.

13.2.1 Oppsummerende kommentar

Selv om prosjektgruppen uttrykker en klar positiv erfaring med samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten om nettverksmøter i ambulante team, viser analysen at kriteriene for samarbeid (domenekompatibilitet, ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet og mandatkompatibilitet) kun delvis er ivaretatt. Dette betyr ikke nødvendigvis at samarbeidet *ikke* har fungert, men påpeker at det er vesentlige forhold som er kritiske for en vellykket samarbeidsmodell. Dette gjelder både domenekompatibilitet samt ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet, hvor en må forutsette utvikling av en tydeligere rolle- og ansvarsdeling i gjennomføring av nettverksmøter med ambulante team. Det er likevel viktig å vektlegge den beskrivelse prosjektgruppen gjør av opplevd nytte for helhet i behandlingstilbudet ved at samarbeid om nettverksmøter bidrar til å trekke inn pasientens nettverk. Samtidig oppleves nettverksmøtet som en arena hvor første- og andrelinjetjenesten i prinsippet har tilgang på ulik kompetanse (direkte og /eller indirekte).

13.3 Bruk av tverrfaglig kompetanse, forståelse og tilgang på kompetanse

Det er allerede påpekt at sammensetningen i prosjektgruppen utgjør en nokså homogen kompetanseprofil. Det er også beskrevet at prosjektgruppens faglige formalkompetanse i ledelse av nettverksmøter ikke har vært optimal. Prosjektleder, som selv har lang klinisk erfaring i bruk og utvikling av nettverksmøter, påpekte behovet for å benytte tid i prosjektet på utvikling av gruppens forståelse og kompetanse i nettverksmøter gjennom intensiv opplæring og undervisning om nettverksmøter.

Det sentrale i evalueringen av dette kriteriet er hvordan prosjektgruppen har erfart bruk av tverrfaglig kompetanse, forståelse og tilgang på kompetanse i utøvende bruk gjennom nettverksmøter. Tverrfaglig samarbeid er som tidligere nevnt definert i skjæringspunktet mellom "interdisiplinært samarbeid" (Interdisciplinary) og "transdisiplinært samarbeid" (transdisciplinary) (Orvik 2004). Et viktig kriterium for tverrfaglig samarbeid er at deltakende personer (med ulikt faglig kompetanse/profesjon) deltar i et integrert samarbeid hvor vurderinger fra personer med kompetanse fra ulike fagdisipliner foretas, slik at det bidrar til en helhetlig forståelse av pasientens behov, utvikling og gjennomføring av tiltak/behandling. Tverrfaglig samarbeid forutsetter at interaksjonen mellom de ansatte med ulik (komplementær) kompetanse utvikler en ny felles kompetanse. Gruppens kompetanse utgjør på denne måten til sammen en helhet som er større enn summen av bidragene fra hver enkelt person (op.cit).

Ettersom sammensetningen i prosjektgruppen primært består av sykepleiere, med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie, er det i utgangspunktet klare begrensninger for hvordan prosjektet har mulighet til å utvikle tverrfaglig samarbeid etter definisjonen beskrevet ovenfor. Tverrfaglig samarbeid krever involvering av ulike fagdisipliner, og de definerte ambulante teamene har ikke direkte gjort bruk av dette. På en indirekte måte er psykolog og

psykiater trukket inn i vurderinger av pasienter og tilrettelegging for nettverksmøter, men dette har ikke skjedd på en integrert og helhetlig måte. Det nærmeste eksemplet som fremkommer er bruk av ulik videreutdanningskompetanse – nærmere bestemt helsesøsters orientering rundt barn og familie. Denne kompetansen skiller seg vesentlig fra de andre prosjektgrupped medlemmene, og har vært begrunnet i prosjektet med at det er viktig å betrakte nettverksmøter som sykdomsforebyggende og helsefremmende aktivitet (som er ansvarsområde for helsesøster i kommunen). Ut i fra de erfaringene som er gjort i prosjektet, er det grunnlag for å påpeke at faglig samarbeid med ulike fagdisipliner primært er gjennomført med en flerfaglig tilnærming fremfor tverrfaglig. Dette betyr at en ikke har oppnådd integrasjon gjennom tverrfaglighet, men at involverte faggrupper har arbeidet med de samme pasientene men med ulike innfallsvinkler. Det må imidlertid påpekes at det er godt grunnlag for at nettverksmøter kan åpne for tverrfaglig samarbeid dersom møtene involverer ulike fagdisipliner.

Det er allerede påpekt ulike oppfatninger om forståelse og tilgang på kompetanse i relasjon til drøftingen av domenekompatibilitet samt ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet. Ett av prosjektgrupped medlemmene vektla i sine erfaringer den menneskelige ressursen fremfor tilgang på en annen kompetanse i samarbeidet (ambulante team). Resonnementet bak dette er at nettverksmøtene forutsetter å gjennomføres med to møteledere (team/co-terapi). Det begrunnes delvis ut i fra at to terapeuter vil kunne komplettere hverandre. Delvis begrunnes det ut i fra at DPS og kommune sammen kan dele på ressursene som nettverksmøtene forbruker (i gjennomføring av behandler-team).

13.3.1 Oppsummerende kommentar

Ettersom en i prosjektorganiseringen ikke har ivarettatt ulike fagdisipliner i prosjektgruppen (ansatte), har dette naturligvis bidratt til klare begrensninger på bruk av tverrfaglig kompetanse. Tverrfagligheten har til en viss grad vært synlig gjennom de ansattes spesialisering utover grunnutdanningsnivå. Ut i fra prosjektgruppens beskrivelser av nettverksmøtets karakter, og delvis ut i fra en oppfatning av at det ikke utøves komplementær fagkompetanse mellom første- og andrelinjetjenesten, anses å være et potensial for å utvikle tverrfaglig samarbeid dersom andre profesjoner (for eksempel psykolog) trekkes inn i teamene. En må imidlertid avklare om det er den profesjonsspesifikke kompetansen og et tverrfaglig samarbeid som er det viktigste i gjennomføringen av nettverksmøter, fremfor kompetanse i metodikken (ledelse av nettverksmøter) – eller begge deler. Det er rimelig å anse kompetanse i ledelse av nettverksmøte som viktigere enn profesjonsspesifikk kompetanse, men det er samtidig vesentlig å påpeke at ansatte fra DPS og kommune også bør utfylle komplementær kunnskap og kompetanse i nettverksmøtet. Ettersom en vektlegger nettverksmøter som en tilnærming til behandling, er det rimelig å forvente av ansatte i DPS kan veilede kommunene i gjennomføring av nettverksmøter. Dette innebærer en aktiv kvalitetssikring av selve nettverksmøtene (ivaretagelse av viktige prinsipper i tråd med ”åpen dialog” (Seikkula 2000)).

13.4 Opplevelse av og tilrettelegging for brukermedvirkning fra pasient og nettverk, samt utvikling av kompetanse for pasient og nære andre

Nettverksmøtet er i sin karakter tuftet på sterk brukermedvirkning og vektlegging av salutogenese. Salutogenese henspeiler på pasientens (og nettverkets) mestring og opplevelse av sammenheng, og at det er grunnleggende for utvikling av god mental helsetilstand. Brukermedvirkning er i denne sammenheng knyttet til mulighetene for at pasienten og dennes

nettverk aktivt får delta i behandlingsopplegget ved å synliggjøre og aktivt ta i bruk egen kompetanse og ferdigheter. På denne måten veves pasientens (og nettverkets) kompetanse og ferdigheter inn på en måte som tilrettelegger og tilpasser tjenestetilbudet.

Det er flere konkrete erfaringer prosjektgruppemedlemmene har hatt i løpet av prosjektet, hvor de beskriver nettverksmøter som en tilnærming som bidrar til ansvarliggjøring av pasienten og dennes nettverk. Det gis også beskrivelser av at metodikken forutsetter en åpen og inkluderende atferd fra de ansatte i møtet. I utgangspunktet er det pasienten selv som inviterer nettverket til møtet, og allerede gjennom denne tilnærmingen tydeliggjøres en rollefordeling hvor pasienten motiveres og gis anledning til å ta ansvar.

Hvordan denne brukermedvirkningen og utvikling av kompetanse for pasient og nettverk styrkes ved å involvere deltakelse fra første- og andrelinjetjenesten, kan illustreres ved at pasient og pårørende gis anledning til å henvende seg til begge nivåer i tjenestetilbudet med sin innsikt om situasjonen. Det påpekes at nettverket ofte kan ha registrert symptomer knyttet til pasientens tilstand, men ha vanskelig for å ta dette opp med pasienten og det profesjonelle tjenesteapparatet. Å gjøre observasjonene og opplevelsene fra pasient og nettverk til en felles historie som både første- og andrelinjetjenesten får innsyn i og kan være med på å forklare, må antas å styrke helhet og kontinuitet i behandlingsforløpet dersom representantene fra henholdsvis første- og andrelinjetjenesten evner å trekke med seg disse historiene i videre oppfølging og støtte av pasient og pårørende.

Brukerrepresentantene beskriver at de oppfatter nettverksmøtene som verdifulle fordi en gjennom denne tilnærmingen involverer pårørende i en grundigere forståelse av hvordan pasienten opplever sin livssituasjon, og samtidig bidrar til en bedre forståelse for pasientens sykdom. Det vil i utgangspunktet være pasienten selv som setter grenser for hvordan nettverket involveres i informasjon om pasientens sykdom og diagnose. Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven setter klare krav til taushetsplikt (Sosial- og helsedepartementet 2000a og b). Informasjon til pårørende om pasientens helsetilstand skal normalt kun skje ved pasientens samtykkeⁱⁱⁱ. Dette innebærer at de ansatte både fra første- og andrelinjetjenesten må utøve bevissthet og varsomhet i forhold til hvordan en trekker inn forklaringer og vurderinger knyttet til pasientens sykdom og situasjon ut i fra nettverkets eventuelle ønsker om å få innsikt i dette. I utgangspunktet skal ikke nettverksmøtene ha et problemløsende fokus som primært ansvarliggjør de profesjonelle, men i større grad vektlegge pasientens og nettverkets egne løsnings- og mestringsstrategier.

Dersom en alternativt ser for seg en organisering av nettverksmøter hvor førstelinjetjenesten ikke er representert, er det grunnlag for å hevde at den opplevde helheten og muligheten for å bygge videre på potensialet i pasientens og nettverkets egne ressurser blir svekket. En kan vanskelig se for seg at informasjon og medvirkning fra pasient og pårørende blir formidlet på en likeverdig måte gjennom skriftlig dokumentasjon (møtereferat). Betydningen av at deltakere fra førstelinjen er til stede i nettverksmøtet må antas å være vesentlig for å utvikle pasientens og nettverkets mestringssevne gjennom en tilrettelagt oppfølging fra førstelinjetjenesten (dersom det er grunnlag for dette).

13.4.1 Oppsummerende kommentar

Prosjektgruppemedlemmene gir uttrykk for i sine erfaringer at nettverksmøtene har bidratt til å synliggjøre likeverdighet hvor pasient og nettverk gis anledning til å ta i bruk egne ressurser og utvikle løsnings- og mestringsstrategier. Det trekkes frem eksempler på at denne orienteringen blir styrket ved at både første- og andrelinjetjenesten er til stede, fordi disse

representerer ulike kontekster hvor de kan følge opp og støtte pasient og pårørende i det videre arbeidet.

13.5 Erfaring med utvikling av teamets funksjon og innhold (klinisk metode) og vurdering av nytte nettverksmøter har i forhold til annen behandling

Det er allerede påpekt at prosjektet ikke har evnet å ivareta systematisk refleksjon og veiledning underveis i prosjektgruppen på bakgrunn av de gjennomførte nettverksmøtene, slik som flere av prosjektgruppemedlemmene hadde ønsket. Med bakgrunn i ulik formal- og realkompetanse hos de ansatte i gjennomføring av nettverksmøter, har det også vært uttrykt ulike behov. Prosjektgruppedeltakerne har samtidig gitt uttrykk for at systematisk planlegging og avklaring av rollefordeling i forkant av møtene, samt evaluering i etterkant, ikke har vært tilstrekkelig gjennomført. Dette er påpekt som svakheter i forhold til en optimal gjennomføring. Flere av prosjektgruppemedlemmene har savnet en strukturert drøftning i prosjektgruppen på utvikling av rolle- og ansvarsdeling mellom første- og andrelinjetjenesten som det sentrale fokusområdet i prosjektet.

På bakgrunn av prosjektgruppens beskrivelser, kan en stille spørsmålstegn ved om prosjektet på en tilstrekkelig måte har kvalitetssikret gjennomføringen av nettverksmøtene ved "standardisering" i nettverksmøte-metodikken (blant annet i hvilken grad en har sikret ivaretagelse av prinsipper fra "den åpne samtalen"). Det er forutsatt at alle ambulante team har innehatt en grunnleggende forståelse for hvordan en gjennomfører nettverksmøtene, men samtidig har kompetanseforskjellene vært til stede. Teamene har ikke vært faste hvor de samme representantene fra første- og andrelinjetjenesten har holdt sammen kontinuerlig i prosjektperioden, men har blitt dannet ut i fra den enkelte pasienthenvisning. På denne måten har kompetanse og individuelle ferdigheter vært benyttet på tvers, som i seg selv for så vidt kan ha bidratt til læring og kompetanseoverføring (i ledelse av nettverksmøter).

Flere av prosjektgruppemedlemmene trekker frem at refleksjon, problematisering og forståelse av rollefordeling og modell-tenkning om samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten, har skjedd gjennom de spørsmål og problemstillinger som evaluator har stilt gjennom gruppeintervjuer i tillegg til presentasjon av forhåndsanalyser som er forelagt prosjektgruppen. I så måte er dette en bekreftelse av hensikten med det handlingsorienterte evalueringsdesignet.

De ansatte fra kommunene gir uttrykk for å ha fått utviklet og bekreftet en forståelse for hvordan den profesjonelle rollen som "tilrettelegger" inntas i nettverksmøtene. Dette gjelder både tilrettelegging av (og veiledning for) at møtet blir etablert på initiativ fra pasienten, samtidig som de beskriver betydningen av tilrettelegging for pasientens og nettverkets aktive deltakelse. Samtidig er det erfart en tydelig maktoverføring fra den profesjonelle til pasienten og dennes nettverk. Utviklingen av teamfunksjonen (første- og andrelinjetjenesten) beskrives å være delt; fra den ene siden at DPS representerer verdifull psykiatrifaglig kompetanse, til den andre siden at komplementær kompetanse fra DPS og kommune er underordnet. I dette tilfellet vektlegges den menneskelig ressursen.

De ansatte fra DPS har ulik forståelse av utvikling av teamets funksjon og innhold i prosjektet. Noen bekrefter helheten som skapes ved at representanter fra første- og andrelinjetjenesten deltar med ulike faglige forutsetninger og kontekster. Andre påpeker at denne helheten også kan gjenkjennes i andre sammenhenger; for eksempel i

ansvarsgruppemøter og gjennomføring av individuell plan. Det er imidlertid en samlet oppfatning av at disse arenaene i seg selv ikke i samme grad som nettverksmøtene evner å fokusere på pasientens og nettverkets ressurser gjennom den involvering som skjer.

Når det gjelder prosjektgruppens oppfatning av hvilken nytte nettverksmøter har i forhold til annen type behandling, vektlegges både brukerorienteringen og involvering av pårørende og øvrig nettverk som en styrke i forhold til andre behandlingstilnærminger. Flere påpeker betydningen av å ikke oppfatte nettverksmøter som noe som nødvendigvis skal erstatte andre tilbud, men at en må betrakte dette som et supplement og at det i særskilt grad gjelder situasjoner hvor det er identifisert relasjonsproblematikk. Betydningen av å løse relasjonsproblemer mellom pasient og nettverk vektlegges av flere. Dette begrunnes ikke minst ut fra at slike utfordringer kan ligge som "sperrer" for hvordan annen behandling kan virke (for eksempel individual- og gruppeterapi). Det gis imidlertid beskrivelser av at en har sterk tro på at ressursmobilisering hos pasient og nettverk vil kunne bidra til økt mestring av livssituasjonen. I neste omgang ser en for seg at dette kan ha innvirkning på hvordan øvrig tilrettelegging av tjenester skjer og eventuelt reduksjon i annet tjenestebehov.

Både ansatte fra kommunen og DPS beskriver at de ser for seg en praksis hvor nettverksmøter i prinsippet kan gjennomføres uten at begge tjenestenivåer er representert, men at modellen med ambulante team (hvor begge nivåer deltar) i mange sammenhenger vil sikre en bedre kontinuitet og helhet.

Betydningen av at ambulant funksjon bidrar til bedre tilrettelegging og understøtter verdien av brukermedvirkning, trekkes frem. Den tilgjengelighet som utøves ved å møte pasienten og dennes nettverk på deres arena, er beskrevet som verdifull.

13.5.1 Oppsummerende kommentar

Med bakgrunn i prosjektgruppens erfaringer er ikke utvikling av teamenes kliniske arbeid optimalt ivaretatt. Likevel synes prosjektet i stor grad å ha bekreftet en erfart nytte av nettverksmøter som et supplement til annen behandling. I dette vektlegges særlig brukerorientering og ressursmobilisering av pasient og dennes nettverk, men ikke minst i en modell (med team bestående av ansatte fra første- og andrelinjetjenesten) som bidrar til å styrke helhet i forståelsen av pasientens historie. Ut i fra de ansattes erfaring gjelder dette styrket forståelse av helhet både for de profesjonelle og brukeren/nettverket. I tillegg til at nettverksmøtet søker en tydeligere vektlegging av brukerens (nettverkets) lærings- og mestringsstrategier, gir det både første- og andrelinjetjenesten innsyn i pasientens nettverk som må antas å øke muligheten for bedre tilrettelegging av tjenestetilbud i en eventuell oppfølging. Dette vil gjelde både første- og andrelinjetjenesten (kommune og DPS) der det er aktuelt.

14.0 KONKLUSJON OG OPPSUMMERING

Formålet med denne evalueringen har vært å vurdere i hvilken grad nettverksmøter, gjennomført ved ambulante team bestående av ansatte fra første- og andrelinjetjenesten, bidrar til å øke reell samhandling mellom tjenestenivåene og fremme et helhetlig tjenestenettverk. Evalueringen har tatt utgangspunkt i syv evalueringskriterier (beskrevet i rapporten i fem kategorier). Fokus har vært både på et organisatorisk perspektiv og et behandlerperspektiv.

I organisasjonsteorien skilles det mellom fenomenet samhandling og samarbeid. Samhandling er som beskrevet tidligere i rapporten mer konkret og mer forpliktende enn samarbeid, og inneholder en norm om handling; å gjøre noe sammen (Orvik 2004). Analysen i evalueringen vektlegger kriteriene for vellykket samarbeid, omtalt som ulike "domener". Det er evaluators vurdering at gjennomføring av nettverksmøter ved ambulante team i prosjektet kun delvis har ivaretatt disse. Dette betyr ikke nødvendigvis at samarbeidet *ikke* har fungert, men påpeker at det er vesentlige forhold som er kritiske for en vellykket samarbeidsmodell i en videreføring. Dette gjelder både domenekompatibilitet samt ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet, hvor en må forutsette utvikling av en tydeligere rolle- og ansvarsdeling i gjennomføring av nettverksmøter med ambulante team.

Erfaringene fra prosjektet har synliggjort samhandlingsgevinster som det er verdt å påpeke. En skiller normalt mellom umiddelbare gevinster (synergieffekter) som direkte følge av samhandlingen, og læringsgevinster som antas å følge over tid dersom en velger å fortsette samarbeidsmodellen (enten videreført i prosjektorganisering eller som permanent funksjon):

Umiddelbare gevinster

a) *Brukerorientering*

Modellen med ambulante team, bestående av ansatte fra første- og andrelinjetjenesten, som gjennomfører nettverksmøter, bidrar i mange tilfeller til en styrket brukerorientering enn om nettverksmøtene blir gjennomført med kun ett av tjenestenivåene representert. Dette gjelder særskilt pasienter som over tid mottar tjenestetilbud fra første- og andrelinjetjenesten. Begrunnelsen for dette er pasientens mulighet til å involvere ansatte fra første- og andrelinjetjenesten slik at de får innsyn i pasientens liv og nettverk i en helhetlig kontekst. Dette vil i neste omgang kunne bidra til bedre tilrettelegging og oppfølging av tjenestetilbudet. Samtidig vil ansatte fra henholdsvis første- og andrelinjetjenesten kunne bidra med sine faglige vurderinger og veiledning (lærings- og mestringsstrategier) ovenfor pasient- og pårørende ut i fra ulike kontekster (DPS og lokalmiljø/kommune).

b) *Operativ synergi – helhetlig tjenestetilbud*

Modellen er av de fleste prosjektgruppemedlemmene beskrevet som en organisering som bidrar til tettere kontakt mellom tjenestenivåene og økt tilgjengelighet på spesialistkompetanse (utover den kompetanse som finnes i teamene). Nettverksmøtene har bidratt til å ta i bruk både faglig kompetanse og menneskelige ressurser på tvers av nivåene. Pasienter og deres nettverk må antas i utgangspunktet å ikke være opptatt av om nettverksmøter er definert som et tilbud innenfor første- eller andrelinjetjenesten. Det viktigste er en opplevelse av å motta kvalifisert profesjonell hjelp. Dette vektlegges også av brukerrepresentantene i prosjektet.

Læringsgevinster

a) *Erfaringseffekt*

Prosjektet har vist stort potensial for at videre samarbeid vil kunne gi mulighet for spesialisering og kompetanseutvikling, gjennom å vektlegge både domenekompatibilitet, ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet. Dette innebærer at fokus på videre rolle- og oppgaveutvikling mellom første- og andrelinjetjenesten i gjennomføring av nettverksmøter må ivaretas. Dette kan i praksis bety at det utvikles styrket komplementær kompetanse i henholdsvis første- og andrelinjetjenesten.

b) *Kompetansespredning*

Organiseringen i team bestående av første- og andrelinjetjenesten vil kunne bidra til å utvikle læring på tvers av organisasjonsgrensene. Deltakelse i ambulante team som forutsetter ulike tjenestenivåer vil kunne bidra til gjensidig kompetanseoverføring og -utvikling. Dersom en forutsetter at andrelinjetjenesten (DPS) innehar spesialisert kompetanse i ledelse av nettverksmøter, vil direkte veiledning ovenfor kommunene kunne skje i tilknytning til gjennomføringen. Kompetanseoverføring vil også kunne skje fra kommune til DPS, ved å vektlegge kunnskap om bredden i lokalt psykisk helsearbeid.

c) *Kompetanse-pool*

Modellen med ambulante team bestående av ansatte fra første- og andrelinjetjenesten vil i seg selv gi mulighet for å utvikle en kompetanse-pool innenfor ledelse av nettverksmøter representert med ansatte både fra DPS og kommuner. En kompetanse-pool vil være grunnlag for videre utvikling av faglige interessefellesskap som kan styrke kvalitet i arbeidet.

15.0 REFERANSER

- Aldrich, H. (1979). *Organizations and Environments*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1979.
- Bartels, S.J, Moak, G.S, Dums, A.R (2002). Models at mental health services in nursing homes: a review at the literature. *Pshyciatric Serv.* 2002. Nov; 53 (11): 1390-6.
- Benson, J.K (1975). The Interorganizational Network as a Political Economy. I: *Administrative Science Quarterly*, Vol 20, 1975, s. 229-249.
- Borg, Marit og Topor, Alain (2000). Livet underveis. Erfaringsbasert kunnskap om behandlingsprosesser. *Dialog. Bullitin for SEPREP*. Vol. I0 nr 2-3 desember s. 79-89.
- Brottveit, Ånund (2002). På pasientenes premisser – erfaringer med nettverksmøte i hjemmebasert psykisk behandling i to Valdreskommuner. Rapport nr. 1/2002. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter.
- Bøe, Tore Dag og Thomassen, Arne (2000). Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll tildialog og deltakelse. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahler-Larsen, P. og Krogstrup, H.K. (red.) (2001). *Tendenser i evaluering*. Syddansk Universitetsforlag. Odense.
- Gjøvik kommune (2005). Prosjektrapport. Organisasjonsgjennomgang. Virksomhetsområde omsorg. Internt arbeidsdokument 31.01.05.
- Guo, S., D.E. Biegel, J.A. Johnsen og H. Dyches (2001). Assessing the Impact of Community-Based Mobile Crisis Services on Preventing Hospitalization. *Psychiatric Services* 52 (2): 223-228.
- Knudsen, Harald (1993). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: Repstad, Pål (red): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Tano, Otta.
- Maruyama, M. (1982). Mindscapes, Management, Business Policy and Public policy. I: *Academy of management Review*, Vol. 7 1082, s. 612-619.
- Morgan, G. (1986). *Images of Organization*. Sage Publications, London 1986.
- Mulford, C.L. og Rogers, D.L. (1982). Definitions and Modell. Rogers, D.L og Whetten, D.A. (red.): *Interorganizational Coordination: Theory, Research and Implementation*. Iowa State University Press, Ames, Iowa 1982.
- Norges offentlige utredninger 2005:3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.
- Orvik, Arne (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen Akademiska Forlag AS, Oslo.

- Rådet for psykisk helse (2004). Stykkevis og delt. Om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid. Oslo, 2004.
- Ruud, T. Lidal, E, Røhme K., Sitter, M., Hagen, H.(2004). Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003. SINTEF Helse Juni 2004.
- Ryen, Anne (1993). Nye organisasjoner i gamle strukturer. Om koordineringsvansker ved samordning av offentlige tjenester gjennom prosjekter. I: Repstad, Pål (red): Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis. Tano, Otta.
- Seikkula, Jakko (2000). Åpne samtaler. Oslo: Tano Aschehoug.
- Seikkula, Jakko (2005). Family Process, Vol 44 No 4.
- Sosial- og helsedepartementet (2000a). Lov om helsepersonell m.v. Rundskriv I-20/2001.
- Sosial- og helsedepartementet (2000b). Lov om pasientrettigheter. Rundskriv I-60/2000.
- Sosial- og helsedepartementet (2000c). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.. Rundskriv I-59/2000.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan. IS-1253.
- St.meld nr 25, 1996-1997. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- St.prp nr 1 (2004-2005). For budsjettterminen 2005. Utgiftskapitler: 700-761 og 2711-2790. Inntektskapitler: 3700-3751, 5577 og 5578.
- Sørgaard, Knut W. (2002). Fra institusjonsbehandling til åpen omsorg. Hva frembrakte reformene innen psykisk helsevern? Tidsskrift for norsk psykologforening 39, s. 796-805.
- Thompson, J.D (1967). Organizations in Action. McGraw-Hill, New York 1967.
- Varela, F. (1979). Principles of Biological Autonomy. Elsevier, Amsterdam 1979.
- Warren, R.L. (1969). The Interorganizational Field as a Focus for Investigation. I: Administrative Science Quarterly, Vol 12 1969, s. 369-419.
- Westhagen, H. (1991). Prosjektarbeid. Utviklings- og Endringskompetanse. Universitetsforlaget, Oslo.

ⁱ GAF – S-GAF – splittet versjon (Global Assessment of functioning – Split Version) er en rask og enkel metode for å angi en person sine psykososiale funksjonsnivå. Splittet versjon har en skala for symptomer og en skala for sosialt fungeringsnivå.

ⁱⁱ SCL-90 R er et tilstandsmål på psykologiske symptomstatus. Personlighetstrekk måles ikke, men visse personlighetstyper korrelerer indirekte med type eller omfang av psykiske symptomer. Instrumentet er konstruert med henblikk på å fange opp psykologisk symptomstatus over et vidt spekter av individer.

ⁱⁱⁱ Pasientrettighetsloven § 3-3. *Informasjon til pasientens nærmeste pårørende*

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2