

## Forord

Forberedelsene til dette masterprosjektet startet våren 2016. I løpet av året som har gått er det mange som har hjulpet meg med å realisere og gjennomføre denne forskningsideen.

Jeg vil gjerne takke min hovedveileder; Professor Marit By Rise, ved institutt for Psykisk Helse, NTNU, for direkte, tydelig og stødig veiledning underveis i masterprosjektet. Jeg vil også takke min bi-veileder; PhD-kandidat, Inger Elise Opheim Moljord, ved avdeling for forskning og utdanning (AFFU) ved St. Olavs hospital, for tips og triks samt nyttige refleksjoner i forsknings- og skrivearbeidet.

Igjen tusen takk til Inger Elise for å ha brakt idéen min fram for ledelsen ved DPS'n og for å ha hjulpet meg med endringsmelding til REK.

Tusen takk til lederne ved DPS'n som lot meg gjennomføre forskningsprosjektet. Og ikke minst vil jeg rette en stor takk til alle deltakerne som stilte til gruppeintervju: Jeg er dere evig takknemlig!

Takk til AFFU for lån av kontor plass, trivelige matpauser og oppmuntrende samtaler.

Og ikke minst takk til familien min for støtte, barnepass og hurrarop!

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, mai 2017

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Norske myndigheter har satt brukermedvirkning på agendaen som et viktig mål for å øke pasienters autonomi og mulighet til å mestre eget liv innen psykiske helsetjenester. Tidligere forskning foreslår at pasienter ønsker å involvere seg i beslutninger angående egen behandling. Innføring av brukerstyrte sengeplasser innen psykisk helseomsorg, kan bidra til å gi pasienter mer brukermedvirkning, selvstyring og kontroll over egen sykdom. Studier om brukerstyrte sengeplasser, og hvilken effekt det har for pasientene, er gjennomført de siste årene, men det finnes lite forskning på ansattes erfaringer med dette tjenestetilbudet.

**Hensikt:** Å undersøke hvilke erfaringer ansatte ved et distriktpsikiatrisk senter har med brukerstyrte sengeplasser.

**Metode:** Et kvalitativt design ble benyttet for å innhente ansattes erfaringer om brukerstyrte sengeplasser. Fokusgruppeintervju ble benyttet for å samle inn data. Sju ansatte deltok i to ulike fokusgrupper. Data ble analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstanalyse.

**Resultater:** Det ble funnet tre overordnede temaer som beskriver ansattes erfaringer med tjenesten: Hvordan brukerstyrt plass fungerte i praksis, hvilken nytte pasientene har med brukerstyrte innleggelser, og utfordringer med tjenesten.

**Konklusjon:** Resultatene viser at ansatte er fornøyd med å kunne tilby brukerstyrte sengeplasser og de mener at tjenesten har stor betydning for pasientene som har tilbudet. De uttrykker også noen utfordringer som peker mot administrative forhold ved tjenesten.

**Nøkkelord:** Brukerstyrt sengeplass, brukermedvirkning, ansattes erfaringer, psykisk helse, psykoselidelser.

## Abstract

**Background:** Mental health services in Norway covers a wide range of patients and service users both in community health services and psychiatric hospitals. A common goal in involving patients with mental illness in the treatment process is increasing the degree of user participation. Research suggests that service users wish to play an active part and involve themselves in treatment decisions. The establishing of self-referral to inpatient treatment is a concrete example of how user participation can be implemented in mental health work. Previous researches on self-referral to inpatient treatment have looked at what effects the patients have after establishing the service. While the present study has investigated how personnel experienced the treatment service.

**Aim:** To investigate the personnel's experience with self-referral to inpatient treatment at a Community Mental Health Centre.

**Methods:** A qualitative design using focus group interviews to collect data from employees at a Community Mental Health Center in Mid-Norway. A total of seven employees were distributed into two groups. Malterud's systematic text condensation was used to analyze the data.

**Results:** Three main topics were found explaining personnel's experiences: How the personnel perceived that the self-referral to inpatient treatment worked in practice, how the patients benefited from the service and challenges with the service

**Conclusion:** Over all the personnel were pleased with the service and they believed it benefitted the patients in different ways, although they experienced some administrative challenges.

**Key words:** Self-referral to inpatient treatment, user participation, personnel's experiences, mental health, psychosis disorders.

# Innhold

Forord .....	I
Sammendrag .....	II
Abstract .....	III
Innhold .....	IV
Del I - Innledende kapittel.....	1
1.0 Teoretisk rammeverk.....	1
1.1 Innledning .....	1
1.2 Brukermedvirkning, empowerment og recovery .....	2
1.3 Brukerstyrte sengeplasser .....	3
1.4 BSP i praksis.....	5
1.5 Personalets erfaringer med BSP .....	6
1.6 Studiens formål og nytteverdi.....	6
1.7 Forskningsspørsmål .....	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Kvalitative forskningsmetoder .....	7
2.2 Fokusgruppeintervju .....	7
2.3 Utvalg og rekruttering .....	8
2.4 Datainnsamling .....	9
2.5 Analyse .....	10
3.0 Funn.....	11
4.0 Diskusjon.....	13
4.1 Metodediskusjon.....	13
4.2 Resultatdiskusjon.....	14
4.3 Forskerrollen.....	17
5.0 Etske hensyn.....	18
Litteraturliste .....	19
Del II – Artikkel til BMC Health Services Research .....	1

Vedlegg 1 .....	i
Vedlegg 2 .....	ii
Vedlegg 3 .....	iii
Vedlegg 4 .....	iv
Vedlegg 4 .....	v
Vedlegg 5 .....	vi
Vedlegg 6 .....	1

# **Del I - Innledende kapittel**

## **1.0 Teoretisk rammeverk**

### **1.1 Innledning**

Psykisk helsearbeid omfavner et bredt spekter av pasienter og brukere både innen de kommunale tjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Brukermedvirkning kom for alvor på dagsordenen gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997-1998). I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) trekkes ordningen med brukerstyrte sengeplasser inn som et tilbud som bør bli tilgjengelig for brukere over hele landet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–2011). Brukerstyrte sengeplasser (BSP) er en tjeneste der pasienten selv tar kontakt med den aktuelle avdelingen og melder sitt behov for en kortere innleggelse, uten å gå via lege (Tytlandsvik & Heskestad, 2009).

Som ansatt ved en DPS som administrerer og tar imot BSP-pasienter, har jeg erfart ulike holdninger og opplevelser med BSP-tjenesten. Det finnes lite forskning som belyser personalets erfaringer med dette tjenestetilbudet, noe som ligger til grunn for at jeg ønsker å belyse BSP fra personalets perspektiv. I studien som presenteres i denne masteroppgaven har undertegnede undersøkt personalets erfaringer med BSP ved en DPS i Midt-Norge. Motivasjonen bunner i engasjement for brukermedvirkning og hvordan brukermedvirkning foregår i praksis.

Masteroppgaven presenteres med et innledende kapittel (Del I), hvor jeg utdyper de teoretiske og metodologiske overveielser som ligger til grunn for studien, diskuterer funnene mine opp mot eksisterende teorier og til slutt drøfter min egen rolle som forsker før jeg avslutter med etiske hensyn. Masteroppgaven avsluttes med en vitenskapelig artikkel (Del II), hvor jeg har tatt utgangspunkt i forfatterinstruksene til BMC Health Services Research (Vedlegg 6).

## 1.2 Brukermedvirkning, empowerment og recovery

Brukermedvirkning oppstod som begrep i USA i forbindelse med borgerrettighetsbevegelsen på 1960-tallet. Verdens helseorganisasjon (WHO) presenterte gjennom Alma-Ata deklarasjonen fra 1978 at: *“The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care”* (WHO, 1978). De siste 30 årene har betydningen av brukernes egne erfaringer, kunnskap og rettigheter blitt fremhevet av myndighetene i Norge gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997-1998) og Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Brukermedvirkning har de siste 20 årene dessuten blitt lovfestet i flere lover: Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Helseforetaksloven (2001), Arbeids- og velferdsforvaltningsloven (2006) og i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

I følge Sosial- og helsedirektoratets rapport om brukermedvirkning i psykisk helsefeltet (2006) tydeliggjøres det at brukermedvirkning innebærer at brukeren er med å utforme tilbudet sammen med fagfolk. Når brukeren styrer tjenesten eller tiltaket bruker man begrepet *brukerstyring*. Et annet begrep som ofte assosieres med brukerstyring er *empowerment*. WHO definerer empowerment innen helse som en prosess der mennesket får større kontroll over avgjørelser og handlinger som påvirker helsen deres (WHO, 1998). I rapporten til Sosial- og helsedirektoratet skilles det mellom brukermedvirkning på individ- og systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå handler om at brukeren får tilstrekkning informasjon, blir møtt med respekt og får tilbud om opplæring i selvhjelp, mestring og nettverksetablering. På systemnivå innebærer bl.a. brukermedvirkning at det blir etablert brukerstyrkende tiltak i lokale kommune- og helseforetak, at ledere og øvrige ansatte har kunnskap om brukermedvirkning, samt at brukermedvirkning inngår i utdanning og opplæring av fagpersoner (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Brukermedvirkning i psykisk helse handler om at brukernes egne erfaringer, kunnskap og uttrykte behov blir vektlagt i behandlingen. Brukerrepresentanter har uttrykt at: *“å gjenvinne kontrollen over eget liv, er retningsgivende for hvordan behandlingen bør foregå”* (Rogan, 2014, s.18). Som tjenesteutøvere må man tilstrebe at brukeren får medvirke i sin behandling og de beslutninger som tas, i tråd med dagens helse- og sosialpolitiske retningslinjer.

Recovery er et begrep som i litteraturen defineres på ulike måter. På norsk kan ordet recovery oversettes til tilfriskning, eller bedrings- og mestringsperspektiver, men det er likevel vanligere å bruke det engelske begrepet recovery (Borg & Karlsson, 2011). Nasjonalt

kompetansesenter for psykisk helse (NAPHA, 2015) omtaler recovery på to måter: *Klinisk recovery* kommer fra fagfolk innen psykisk helse hvor man tenker at pasienten skal “gå tilbake til det normale” ved å fjerne symptomer og dermed gjenvinne sosial funksjon. *Personlig recovery* er utviklet av mennesker som selv har opplevd psykisk sykdom. I denne teorien ser man på recovery som en dyp, personlig prosess som innebærer endring av egne holdninger, verdier, ferdigheter, følelser og mål. Å være aktiv og involvert i egen behandling, har blitt assosiert med bedre helse, økte mestringsferdigheter og recovery (Hibbard, Mahoney, Stockard & Tusler, 2005).

I «nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» anbefaler at man retter oppmerksomheten mot hva som er viktig for hver enkelt, hvordan de kan håndtere kriser og hvilke mestringsstrategier som kan tas i bruk for å oppleve mestring (Helsedirektoratet, 2013). Et av de sentrale prinsippene med recovery er at brukerne, på tross av sykdommen, kan leve et meningsfylt, tilfredsstillende og optimistisk liv ved å ta større kontroll over eget liv. På bakgrunn av disse målene, bør psykiske helsetjenester i større grad orienteres mot et recovery-perspektiv hvor brukermedvirkning får mer fokus (Slade et al, 2014). Tanken er at man kan leve et liv som gir håp, trivsel og mestring selv om man har en psykisk sykdom (Borg, Karlsson og Stenhammer, 2013). Recovery kan sees som et oppnåelig mål ved bruk av brukerstyrte innleggelse (Strand & von-Hausswolff-Juhlin, 2015).

### **1.3 Brukerstyrte sengeplasser**

Brukerstyrte sengeplasser (BSP) ble første gang etablert ved Jæren DPS i 2005 for pasienter med schizofreniliknede lidelser. Tilbudet ble etablert for å hjelpe utskrevne pasienter gjennom en forverringsperiode, hvor brukerne selv skulle vurdere behovet for en kortere innleggelse, uten å måtte gå via fastlege eller legevakt (Heskestad & Tytlandsvik, 2008). 18 pasienter med schizofreniliknende lidelser deltok i undersøkelsen. Studien ble gjennomført som en spillstudie hvor man sammenlignet pasientens oppholdstid ved avdelingen *etter* kontraktinngåelse med tilsvarende tidsperiode *før* kontraktinngåelsen. Den første studien fra Jæren viste positiv virkning ved at antall oppholdsdøgn ble redusert med 33 %. Målet med BSP var å ivareta brukerne på et lavere nivå enn ved akuttavdeling, og samtidig redusere bruken av tvang. Ved å tilby en kontraktfestet pasientrettighet, økte man dessuten pasientenes autonomi og gav trygghet for både pasientene og de pårørende (Heskestad & Tytlandsvik,



2008). I den samme studien ble pasientene også intervjuet. Resultatene fra intervjuene viste at innleggelsene hadde nytte for pasientene og at de satte pris på friheten til selv å kunne bestemme når de trengte innleggelse (Tytlandsvik & Heskestad, 2009).

I årene som fulgte opprettet stadig flere DPS'er BSP som tjenestetilbud (Strand & von Hausswolff-Juhlin, 2015). I Tromsø opprettet man brukerstyrte innleggelser i 2009 og Akershus fulgte etter i 2010 (Sollied & Helland, 2010). Innføringen av BSP hadde positive ringvirkninger. Regjeringens «Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2011-2015)» hevdet at BSP-ordningen hadde bidratt til større trygghet for brukeren, pårørende og det lokale hjelpeapparatet. Helse- og omsorgsplanen viste også til at akutte tvangsinnleggelser og samlet antall oppholdsdøgn var betydelig redusert. Man mente derfor at BSP burde gjøres tilgjengelig for brukere over hele landet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011).

I 2015 ble en review-artikkel angående brukerstyrte innleggelser publisert (Strand & von-Hausswolff-Juhlin, 2015). Reviewet fant kun norske forskningsartikler om BSP. De konkluderte med at forskning om brukerstyrte sengeplasser fortsatt var et ungt tjenestetilbud i utvikling. Reviewet påpekte også at det fantes for lite forskning til å kunne gjøre forskningen gjeldende utenfor Norge.

Ved en DPS i Midt-Norge har det blitt utført en større randomisert kontrollert studie (RCT) som ble påbegynt i 2010, med inklusjonsperiode fram til 2012 (Moljord et al, 2016). I studien har man sammenlignet en gruppe som har mottatt BSP-tilbudet med en gruppe som har mottatt behandling som vanlig. Resultatet etter fire måneder viste ingen effekt på patient activation og recovery. Å gi personer med alvorlige psykiske lidelser muligheten til å bruke BSP, førte heller ikke til signifikant økning av helsetjenestene (Moljord et al, 2016). Resultatene etter tolv måneder viste heller ingen signifikante forskjeller i bruk av psykiatriske helsetjenester mellom intervensjonsgruppen og gruppen som fikk behandling som vanlig, dog man så en økning i flere innleggelser ved DPS' n for BSP-pasientene (Sigrunarson et al, 2017). Begge studiene konkluderte likevel med at det er nødvendig med videre studier av både kort- og langtidseffekter, samt undersøke flere aspekter ved recovery, før det er mulig å konkludere med effekten av BSP (Moljord et al, 2016; Sigrunarson et al, 2017).

I forbindelse med den samme RCT-studien, er det også gjort kvalitative studier som har undersøkt pasientenes opplevelser med BSP. Den første kvalitative studien viste at viktigheten av å bli en aktiv deltaker i eget liv ved og involveres i planlegging og gjennomføring av behandlingen, var av stor betydning for pasientene (Gudde et al, 2013). En annen studie viste at autonomi, opplevelse av kontroll og selvbestemmelse, ble styrket når pasienten selv hadde mulighet til å skrive seg inn (Rise et al, 2014). Dette bekreftet også Olsø

et al (2016), der de viste til at pasienter med kontrakt på BSP i større grad opplevde kontroll over eget liv.

I mars i år ble det publisert en studie fra Danmark hvor de, gjennom en ettårsperiode, hadde undersøkt 462 BSP-innleggelser ved hjelp av spørreskjema (Ellegaard et al, 2017). Totalt 190 pasienter deltok fra elleve psykiatriske helseinstitusjoner i Danmark. Resultatene herfra viste at pasientenes motiver for å bruke BSP var for å unngå akuttinnleggelser og lengre sykehusinnleggelser samt å få hjelp i tide. Studien viste også at pasientene stort sett benyttet BSP pga. den psykiske tilstanden, men også pga. hverdagslige problemer som å beskytte pårørende. Pasientene rapporterte også at de hadde blitt bedre til å mestre symptomene sine etter bruk av BSP.

Ved å innføre BSP som et tilbud innen psykiske helsetjenester, har man forsøkt å involvere pasientene selv i beslutninger angående egen helse. Målet med BSP er å sikre et lavterskeltilbud til en kortvarig innleggelse og dermed øke brukervedvirkning og pasientens involvering i valg av behandling (Gudde et al, 2013). Rogan (2014) mener at innføringen av brukerstyrte sengeplasser har styrket Opptreppingsplanens målsetting om å fremme pasientenes selvstendighet og evne til å mestre eget liv.

#### **1.4 BSP i praksis**

De ulike behandlingsstedene som tilbyr BSP har ulike kriterier for hvem som kan benytte seg av tilbudet samt hvordan det praktisk er organisert. Ved DPS'en hvor undertegnede har utført studien, er tilbudet tilgjengelig for pasienter med psykose- eller bipolar diagnose og som er kjent i avdelingen fra før. Pasienten har ofte andre tilleggspolproblem som f.eks. rusproblem. Det stilles krav om at pasienten må ha oppfølging fra kommune- og/eller spesialisthelsetjenesten. Pasienten må kunne samtykke og være innforstått med funksjonen til BSP. Videre stiller DPS' n kriterier om at pasienten kan samarbeide med personalet, mestre å være på ei åpen avdeling og være rusfri under oppholdet. Ved innleggelse tas pasienten imot til innkomstsamtale med spesialsykepleier ved avdelingen. Oppholdet har en varighet på inntil fem døgn og pasienten kan når som helst skrive seg ut. Samtaler med lege/psykolog og medisinendring er vanligvis ikke en del av BSP-tilbudet. For å kunne få tilbud om innleggelse må det ha gått minimum to uker siden forrige opphold og eventuelle andre innleggelser (St.Olavs hospital, 2017).

## **1.5 Personalets erfaringer med BSP**

Tidligere forskning sier lite om hvordan ansatte erfarer BSP. I evalueringsrapporten fra Sykehuset i Tromsø ble det rapportert at ansatte ønsket videreføring av prosjektet da de mente at en slik tjeneste ga større plass til demokrati og likeverd, samt gav brukerne reell innflytelse (Sollied & Helland, 2010). I studien fra Jæren DPS, fortalte personalet at de opplevde bedre relasjoner til pasienter innlagt på BSP. Personalet mente også at pasientene var i stand til å klare mer enn man skulle tro når de fikk bestemme selv (Tytlandsvik & Heskestad, 2009). I en masteroppgave fra 2014 presenteres en studie om personalets erfaringer med BSP ved to forskjellige DPS'er. Konklusjonen i masteroppgaven er at personalet erfarer at BSP er viktig for pasientene i deres tilfriskningsprosess da de får tilbud om ro, omsorg og rutiner i kjente omgivelser. Personalet hadde også delte meninger om samarbeidet rundt disse pasientene (Johansen, 2014).

## **1.6 Studiens formål og nytteverdi**

Formålet med denne studien er å finne ut hvilke erfaringer personalet ved en DPS har med BSP-tjenesten. Resultatene jeg kommer fram til vil kunne belyse ulike nyanser i et relativt nytt tjenestetilbud. Ettersom det fortsatt finnes lite forskning om BSP, kan resultatene bidra til å påvirke opprettelse og videreutvikling av brukerstyrte helsetjenester innen psykisk helseomsorg. At tjenesten belyses fra flere perspektiver vil til syvende og sist også komme til nytte for pasientene.

## **1.7 Forskningsspørsmål**

Ettersom det finnes lite forskning som belyser personalets erfaringer med BSP, har jeg valgt å ta utgangspunkt i personalets perspektiv på BSP. Følgende forskningsspørsmål ligger dermed til grunn for denne studien:

**Hvilke erfaringer har personalet med BSP som et tjenestetilbud ved en DPS?**

## **2.0 Metode**

### **2.1 Kvalitative forskningsmetoder**

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, altså fenomenologi og hermeneutikk. Kvalitative metode omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra både skriftlig tekst, observasjoner og samtaler. Målet er å utforske meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener slik de involverte opplever det (Malterud, 2013). De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014), sier at dersom formålet med en studie er å finne ut noe om f.eks. helsepersonells opplevelser eller oppfatninger av sykdom og helsetjenester, er kvalitative forskningsmetoder velegnet. Dette bekrefter også Malterud (2012), som sier at kvalitativ metode er godt egnet dersom man ønsker å få kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger. Formålet med denne studien har vært å innhente ansattes erfaringer med BSP-tjenesten, jeg har derfor valgt å benytte fokusgruppeintervju som metode til innhenting av data.

### **2.2 Fokusgruppeintervju**

I følge Kvale & Brinkmann (2015) er fokusgruppeintervjuer godt egnet hvis man ønsker å vite mer om holdninger, synspunkter eller erfaringer der mange mennesker samhandler. Til forskjell fra individuelle intervjuer, kan deltakernes felles erfaringer skape meningsutveksling hos informantene og dermed tilføre viktig innsikt for å besvare forskningsspørsmålet (Halkier, 2010). Lerdal og Karlsson (2008) påpeker at man ved fokusgruppeintervjuer kan få tak i viktig data og innsikt basert dynamikken innad i gruppen. Men gruppedynamikken kan også hindre at avvikende synspunkter og holdninger bringes opp. Det er også sannsynlighet for at gruppen vil ha påvirkningskraft på hverandres oppfatninger og opplevelser av temaene som diskuteres. Det er hensiktsmessig å føre en ikke-styrende intervjustil, med fokus på å få fram mange forskjellige synspunkter om temaet som skal undersøkes. Som forsker og leder i fokusgruppen er det derfor nødvendig å inneha en aktiv rolle for å kunne innhente temaet hvis det sporer av, og ikke minst sørge for at alle kommer til ordet (Malterud, 2013).

## 2.3 Utvalg og rekruttering

Personalet ved en DPS som tilbyr BSP ble invitert til å delta i forskningsprosjektet. Målet var å rekruttere ti-tolv ansatte fra døgnavdelingen fordelt på to fokusgrupper. Gruppene skulle ha til felles at de jobbet med BSP-pasienter, men ha variasjon i alder, kjønn og utdanning.

### Inklusjonskriterier:

- Ansatte (faste og vikarer) ved døgnavdeling som tar imot BSP-pasienter.
- Må ha jobbet ved avdelingen minimum seks måneder.

### Eksklusjonskriterier:

- Ekstravakter uten fullført 3-årig helse-sosialfaglig utdanning

For å rekruttere deltakere ble først avdelingsleder ved DPS'n kontaktet. Etter at avdelingsleder hadde gitt sin godkjenning, ble seksjonsleder for døgnavdelingen forespurt. Seksjonslederen mente at forskningsprosjektet var nyttig tilbudte ansatte som deltok, utover sin egen arbeidstid, mulighet til å avspasere tilsvarende tid brukt på intervjuet.

Informasjon om forskningsprosjektet ble sendt ut skriftlig på ansattes e-post og lagt i posthylla deres (Vedlegg 1). Undertegnede deltok også i et personalmøte der det ble informerte om prosjektet. To deltakere ble rekruttert på personalmøtet. Etter to uker hadde ingen flere deltakere meldt seg og undertegnede ble nødt til å forespørre ansatte direkte for å rekruttere dem inn til intervjuet.

Totalt sju informanter ble rekruttert, derav fem kvinner og to menn. Noen hadde jobbet ved avdelingen i minimum ett år, men hadde likevel lang erfaring innen psykisk helsearbeid-feltet, mens andre hadde lang fartstid fra gjeldende døgnavdeling. Deltakernes yrkesbakgrunn var varierte; sykepleiere, med og uten videreutdanning i psykisk helsearbeid, sosionomer og hjelpepleiere var representerte. Alderen spente fra 28 til 62 år.

## 2.4 Datainnsamling

Informantene ble fordelt i grupper ut i fra når det passet dem å delta. Undertegnede hadde laget en åpen, tematisk intervjuguide slik at informantene kunne være fri til å snakke ut i fra egne refleksjoner (Malterud, 2013; Jacobsen, 2015) (Vedlegg 2).

Da undertegnede ankom avdelingen for å gjennomføre første intervju, ble jeg informert om at det hadde skjedd en alvorlig hendelse ved avdelingen. Alle deltakerne møtte opp og det ble naturlig å snakke om hendelsen i avdelinga før intervjuet startet. Det er nærliggende å anta at informantene var preget av hendelsen på ulikt vis. Situasjonen kan også ha lagt en demper på informantenes engasjement under intervjuet.

Første intervju ble gjennomført i slutten av oktober 2016. Fire ansatte deltok i intervjuet, hvorav to menn i aldersgruppen 40- 50 år og to kvinner i aldersgruppen 30-40 år. Undertegnede ledet intervjuet og en observatør var til stede. Intervjuet varte i ca. 45 minutter. Det andre intervjuet ble gjennomført i starten av desember 2016 og besto av tre kvinnelige ansatte, hvorav én i aldersgruppen 25-35 år og to i aldersgruppen 50-65 år. Undertegnede ledet intervjuet og en observatør var til stede. Det andre intervjuet varte i ca. 35 minutter. Begge intervjuene fant sted på et møterom ved den aktuelle DPS 'n. Jeg startet intervjuene med å presentere forskningsprosjektet og formålet med studien. Jeg informerte om min taushetsplikt og oppfordret også til gjensidig taushetsplikt for alle deltakerne i intervjulokalet. De ble videre informert om frivillig deltakelse og muligheten til å trekke seg når som helst. Alle deltakerne fikk utdelt et samtykkeskjema (Vedlegg 3), som ble lest og signert. Jeg forklarte også hva som skulle skje med dataene etter opptak.

Under intervjuene etterstrebet undertegnede å inneha en styrende rolle, i den grad at jeg forsøkte å la alle deltakerne komme til ordet. Jeg forsøkte å unngå å avbryte informantene og lot også pausene i diskusjonen være uten at jeg stresset videre til neste tema.

Båndopptaker ble benyttet under intervjuene. Lydfilene etter intervjuet overført til datamaskin og kryptert. Lydopptakene ble slettet fra minnekort i båndopptakeren, mens en kopi av lydopptakene ble forsvarlig lagret på minnepenn i et låsbart skap. Undertegnede transkriberte lydopptakene selv etter beste evne.

## 2.5 Analyse

For å analysere dataene har jeg valgt å ta utgangspunkt i en analysestrategi kalt systematisk tekstkondensering. Metoden baserer seg på Giorgis fenomenologiske analyse som er modifisert av Malterud (2013). Ved hjelp av en fire-trinns analyse skal man (1); skaffe seg et helhetsinntrykk, (2); identifisere meningsbærende enheter i kodegrupper, (3); abstrahere innholdet (kondensere) til ulike subgrupper, før man til slutt (4); sammenfatter betydningen av det som vil danne grunnlaget for underavsnittene i resultatkapitlet (Malterud, 2013). Jeg ventet med å starte analysen til begge intervjuene var gjennomført og transkribert. Underveis i analyseprosessen har jeg brukt hovedveileder som sparringspartner som har veiledet meg på rett spor når jeg har vært usikker.

**1:** Det første jeg gjorde var å lese gjennom intervjuene for å danne meg et helhetsinntrykk og bli kjent med materialet. Jeg skrev ned mine umiddelbare tanker om hva jeg hadde lest og noterte aktuelle temaer som jeg mente kunne belyse forskningsspørsmålet. Noen av temaene som oppstod i en tidlig fase av analysene var: *Trygghet for pasientene, variasjon i hvordan pasientene nyttiggjør seg tilbudet, mulig misbruk av tjenesten, negative aspekter ved tjenestenøkt selvstyring og brukermedvirkning, ansattes roller og håndtering av pasientene.*

**2:** Deretter gikk jeg i gang med å lete etter meningsbærende enheter i teksten. Jeg tok setning for setning for å lete etter tekst som jeg mente bar kunnskap om temaene fra forrige trinn. Tekstbiter ble dekontekstualiserte – altså tatt ut av sin opprinnelige sammenheng, og systematisert i egne kodegrupper. Kodene ble en merkelapp for å samle tekstbitene som hadde noe til felles. For min egen del valgte jeg å systematisere kodene etter farger i en tabell. Kodene var som følger:

- Betydningen BSP har for pasientene
- Hvordan pasientene benytter BSP
- Brukermedvirkning/Ansvarliggjøring
- Ansattes opplevelse av BSP
- Utfordringer med BSP
- Ansattes roller/ansvar
- BSP i praksis

**3:** I neste trinn jobbet jeg videre med hver enkelt kodegruppe som en enhet. De meningsbærende enhetene ble sortert i ulike subgrupper som synliggjorde innholdet i kodegruppene. Noen kodegrupper ble slått sammen da den overordnede meningen var lik. Eksempelvis ble *Hvordan pasientene benytter BSP* og *Brukermedvirkning/Ansvarliggjøring* slått sammen til *Hvilken nytte pasientene har med BSP/Hvilke fordeler?* Undertegnede kom også fram til at ansattes roller og ansvar var knyttet opp mot utfordringer. *Utfordringer med BSP* ble dermed en egen kode. I tillegg valgte jeg å la beskrivelser av BSP, hvordan BSP foregår i praksis og ulike oppfatninger av BSP gå under koden *BSP i praksis*. Til slutt sto jeg igjen med følgende koder:

- Personalets opplevelse av hvordan BSP fungerte i praksis ved DPS'n
- Personalets opplevelse av hvordan BSP var til nytte for pasientene
- Personalets opplevelse av utfordringer med BSP-tjenesten

Videre lagde jeg kondensater, kunstige sitater, hvor jeg gjenfortalte det som hørte under den aktuelle subgruppen. Jeg forsøkte å benytte deltakernes egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene. Deretter fant jeg frem sitater som best illustrerte kondensatene.

**4:** I det siste trinnet ble tekstbitene rekontekstualiserte, og satt sammen igjen til gjenfortellinger av det som ble sagt. Kodegruppene ble til overskrifter i resultatdelen. Med utgangspunkt i de nye kodegruppene skrev jeg en analytisk tekst med utvalgte sitater for å illustrere funnene. For å validere funnene, tok jeg fram de transkriberte intervjuene for å sjekke at det jeg har kommet fram til, faktisk stemte overens med det som ble formidlet i intervjuene.

## **3.0 Funn**

Resultatene jeg har funnet presenteres i sin helhet i artikkelen i Del II, derfor vil jeg helt kort oppsummere hovedfunnene fra studien i dette kapitlet.

### **1: Personalets opplevelse av hvordan BSP fungerte i praksis ved DPS'n**

Personalet beskrev hvordan tjenesten fungerte i praksis ved den aktuelle DPS'n. De forklarte at de ikke overprøvde pasientens årsaker til innleggelse ettersom det var opp til pasienten å avgjøre om innleggelse var nødvendig. Personalet fortalte at pasientene brukte tilbudet på forskjellig vis; enkelte brukte tjenesten jevnlig, mens andre nesten aldri benyttet det. Dette forklarte de med at det for enkelte var en trygghet i å vite at de kunne ringe ved behov.



Ettersom pasienten i utgangspunktet ikke hadde rett til samtale med behandler under BSP-innleggelse, kunne de likevel snakke med miljøpersonalet ved behov. Under innleggelsen opplevde de at BSP-pasientene hadde ulikt behov og mål for oppholdet. Noen foretrakk å skjerme seg på rommet, mens andre var mer sosial i fellesarealene. Personalet mente også at BSP-pasientene ofte ble mer overlatt til seg selv sammenlignet med pasienter på ordinær innleggelse. De mente at brukermedvirkning var viktig. Ved å gi pasientene anledning til å bestemme selv hvordan de ville bruke oppholdet, og hvilke aktiviteter de ville delta i, ble brukermedvirkning ivaretatt ved bruk av BSP.

## **2: Personalets opplevelse av hvordan BSP var til nytte for pasientene**

Hvordan pasientene nyttiggjorde seg BSP-tilbudet, var et annet tema som ble diskutert av personalet. Personalet erfarte at BSP hadde en forebyggende effekt på sykdomsforverring. De hadde også hørt direkte fra pasientene at BSP ble brukt for å unngå akuttinnleggelse. Personalet erfarte også at BSP kunne være et påskudd for å komme seg ut av isolasjon og være sosial med andre. BSP opplevdes som et lavterskel-tilbud som gjorde det lettere for pasientene å ta kontakt for innleggelse. I tillegg ble det trukket fram at det for enkelte pasienter var trygt å komme til en avdeling hvor de kjente både personalet og omgivelsene. Personalet erfarte også at mange pasienter brukte BSP for å stabilisere døgnrytmen og basale behov som mat og søvn. Dårlig økonomi kunne også vippe mange pasienter av pinnen og føre til behov for innleggelse.

## **3: Personalets opplevelse av utfordringer med BSP-tjenesten**

Utfordringer med BSP-tjenesten ble også beskrevet. Personalet forklarte hvordan det ved ordinære innleggelser var behandlernes ansvar å gjennomføre inntak- og utskrivningssamtaler, mens det ved BSP-innleggelser var lagt over på spesialsykepleierne. Personalet ga uttrykk for at de opplevde et større behandleransvar overfor BSP-pasientene. De opplevde også et stort ansvar ved å undersøke pasientens psykiske helse og vurdere om hun/han var frisk nok til å takle en BSP-innleggelse. En annen utfordring knyttet til inntakssamtalene, var å gjøre selvmordsrisiko-vurdering. De erfarte at det varierte hvorvidt personalet brukte BSP-manualen og hvor godt opplært de var til å utføre selvmordsrisiko-vurderingen. Utfordringer knyttet til medisinhandling ble også trukket fram som mulige utfordringer med BSP-tjenesten. Noen ganger var det ikke samsvar mellom medisinlistene på DPS' n og kommunens medisinlister, dette kunne gi ekstraarbeid med og skaffe til veie medisin. Ventelistene på BSP kunne noen ganger være lange og det var uforutsigbart når på

året etterspørselen kom. Personalet ønsket seg en til seng for å imøtekomme pasientenes etterspørsel.

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Metodediskusjon

I dette forskningsprosjektet har undertegnede valgt å bruke en kvalitativ tilnæringsmetode med bruk av fokusgruppeintervju for å innhente nødvendig data. Valg av kvalitativ metode er argumentert for i kapittel 2.1. Dersom jeg hadde valgt et kvantitativt design, ville jeg tatt utgangspunkt i et spørreskjema. En fordel med spørreundersøkelse, er at jeg kunne sendt ut til flere DPS'er som tilbyr BSP, og på den måten fått et større datagrunnlag. Respondentene ville brukt mindre tid på deltakelse, men jeg er redd jeg ikke ville fått fram et riktig bilde av personalets erfaringer med BSP.

Ved bruk av fokusgruppeintervju kreves mindre ressursinnsats sammenlignet med bruk av individuelle intervju. Det er likevel viktig å ta i betraktning at individuelle samtaler kunne gitt en annen type kunnskap fordi konteksten er forskjellig. Ved individuelle intervju ville kanskje informantene følt seg mer fri og avslappet. Muligens også ærligere, enn ved et gruppeintervju (Jacobsen, 2015). Individuelle intervju er likevel en tidkrevende prosess både i forberedelser, gjennomføring og analyser (Malterud, 2013). Valg av fokusgruppeintervju som innsamlingsmetode ble valgt med hensyn til tid og ressursbruk. Jeg ønsker også å få fram refleksjoner gjennom gruppedynamikk.

For å sikre at informantene snakket om temaene jeg var interessert i å få informasjon om, utarbeidet jeg en semi-strukturert intervjuguide med underspørsmål i stikkordsform (Vedlegg 2). Under gjennomføring av intervjuene forsøkte undertegnede å etterstrebe at alle kom til ordet. Samtidig var jeg bekymret for å blande meg inn og overstyre gruppedynamikken hvis jeg var for aktiv. I ettertid ser jeg at jeg gjerne skulle innehatt en mer aktiv rolle med å undersøke nærmere visse temaer som ble bragt på banen. Som førstegangsintervjuer var jeg usikker på min egen rolle, og jeg opplevde at jeg var mest fokusert på at spørsmålene jeg hadde satt opp i intervjuguiden ble besvart av alle deltakerne.

Begge intervjuene ble transkribert om til bokmål. Informantene snakket forskjellige dialekter hvilket gjorde transkriberingen utfordrende. Særlige utfordringer med dette opplevdes i arbeidet med å oversette resultatene til engelsk i artikkelen.

Etter å ha transkribert det første intervjuet, hadde både veileder og jeg et inntrykk av at deltakerne holdt tilbake informasjon om utfordringer med tjenesten. Derfor valgte jeg i det andre intervjuet og utforske nærmere utfordringene med BSP-tjenesten. Intervjuene hadde dermed litt forskjellig fokus, men utfylte hverandre til en viss grad. Da begge intervjuene var ferdig transkriberte innså vi at det kunne vært mer analysemateriale. De transkriberte intervjuene viste at det var noen ubesvarte spørsmål og en del refleksjoner som «hang igjen i luften». På grunn av tidsbegrensningene ble det ikke foretatt nye intervju.

I følge Malterud (2013), kan man vurdere studiens interne validitet ut ifra om referanserammen og metoden er egnet til å gi gyldige svar om det man spør om. Gjennom denne studien har undertegnede forsøkt å tydeliggjøre hvilke teorier som ligger til grunn for valg av problemstilling. Jeg har redegjort for metodevalg og formidlet hvordan jeg har gått fram for å utføre studien. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at studiens interne validitet er ivaretatt. Hvor vidt studien er overførbart til andre DPS'er er vanskeligere å ta stilling til. Funnene kan gjøres gjeldende for den aktuelle DPS'n i denne konteksten, det betyr at det kan være vanskelig å generalisere funnene til å gjelde også andre DPS'er. For at studien skal kunne overføres til å gjelde alle DPS'er burde flere deltakere fra ulike DPS'er rundt om i landet vært inkludert i studien. Malterud presiserer likevel at det i en kvalitativ studie er vanskelig å sikre overførbart ved representativt utvalg (2012).

## **4.2 Resultatdiskusjon**

Denne studien viser at personalet erfarer at pasientene brukte tilbudet forskjellig. Noen pasienter benyttet BSP-innleggelse jevnlig, mens andre klarte å være hjemme fordi det var trygghet nok å vite at de kunne ringe. Dette samsvarer med resultatene fra Tromsø, hvor personalet peker på at sengeplassen fortsatt hadde en funksjon selv om den ikke var i bruk (Sollied & Helland, 2010). Dette tyder på at opprettholdelse eller etablering av BSP har en funksjon. En kontinuerlig bruk av sengeplassen trenger ikke nødvendigvis å være et mål. På den andre siden har tidligere forskning vist at jevnlig innleggelser kan forebygge forverring av symptomer og at det å gjenkjenne tegn på sykdomsforverring kan være gunstig for pasienter med bipolare lidelser eller schizofreni (Miklowitz et al. 2013). At mange pasienter velger hyppige innleggelser kan dermed være bevis for at pasientene gjenkjenner tegnene på symptomforverring, og selv klarer å ta ansvar for å unngå forverring med å benytte BSP. Fremtidig forskning bør undersøke nærmere hvilke mestringsstrategier pasientene tar i

bruk både ved å ønske innleggelse og ved å unngå innleggelse.

Å dekke basale behov som søvn, mat og jevn medisinerings var også faktorer som ble trukket fram som årsaker til hvordan pasientene brukte BSP. I Johansens masterstudie (2014), sier personalet at pengemangel kunne være en stressfaktor som gjorde at pasientene ønsket BSP-innleggelse. I denne studien kom det også fram at årsaker til innleggelse ikke var noe personalet overprøvde, og at tom pengebok kunne være årsak til BSP-innleggelse. Studien fra Jæren trakk også fram tomt kjøleskap og pengemangel som gode nok grunner (Tytlandsvik & heskestad, 2009). Dette viser at basale behov og økonomiske forhold kan være fornuftige årsaker til innleggelse, som bør vurderes som legitim grunn for innleggelse. Det er likevel interessant å undersøke videre hvor stor betydning basale behov har for at pasientene velger å benytte seg av BSP.

Personalet i denne studien opplevde at pasientene under innleggelsen også hadde ulike behov. Noen foretrakk å skjerme seg, mens andre hadde utbytte av å være sosiale. Tidligere studier viser at balanse mellom aktivitet og hvile var en nødvendig strategi for å mestre psykiske lidelser (Rise et al, 2014; Olsø et al, 2016). Dette støtter også en nylig publisert studie fra Danmark som viser at pasientenes øverste mål med BSP-innleggelse var: Ro, unngå forverring, rolige og trygge omgivelser (Ellegaard, 2017). Personalet fortalte også at pasientenes anledning til selv å bestemme hvordan de skulle bruke innleggelsen, var viktig for pasientene. Brukermedvirkning ble trukket inn som en viktig del av BSP-tjenesten. For eksempel ble det sagt at personalet ikke var like aktiv med å følge opp BSP-pasientene sammenlignet med pasienter på ordinær innleggelse. De hadde en oppfatning om at det var viktig at pasienten fikk anledning til selv å bestemme hvordan oppholdet skulle brukes. Dette støtter studien fra Jæren DPS, som rapporterte at brukerne opplevde at mer brukermedvirkning virket positivt på opplevelsen av hjelpeapparatet, og at det styrket behandlingsrelasjonene (Heskestad & Tytlandsvik, 2008). Mer recovery-orientert arbeid innen de psykiske helsetjenestene er lagt fram som viktige metoder for å hjelpe pasientene gjennom sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997-1998). Økt brukermedvirkning og mestringsstrategier er viktige faktorer innen recovery-tekning innen psykisk helsearbeid. Intensjonen med BSP har vært å styrke brukermedvirkning ved å gi pasientene mer ansvar, mestringsfølelse og livskvalitet, noe som igjen kunne bidra til redusere symptomene (Rise et al, 2014). Tidligere forskning har foreslått at BSP fører til mer brukermedvirkning og øker pasientens autonomi, selvtillit og mestringsstrategi (Strand & Hausswolff-Juhlin, 2015; Gudde et al, 2013; Olsø et al, 2016; Rise et al, 2014).

Denne studien viser også at personalet opplevde noen utfordringer med

tjenesten. Administrering av medisiner ble bragt opp som en utfordring noen ganger, da det noen ganger ikke var samsvar mellom medisinlistene ved DPS'n og fra kommunen. De opplevde også at pasientene ønsket medisinendringer, noe som var vanskelig ettersom dette ikke var en del av behandlingstilbudet til BSP. Studien fra Danmark stiller spørsmål om manglende mulighet til medisinforandringer kunne påvirke pasientenes tilfredshet med tjenesten (Ellegaard et al, 2017). Mens reviewet fra Strand & von Hausswolff-Juhlin, 2015) uttrykker bekymringer for det medisinske ansvaret når BSP-pasientene ikke blir konsultert av lege. Med bakgrunn i disse funnene, er det grunn til å anta at det i videre praksis og håndtering av medisiner bør undersøkes nærmere hvilken betydning dette har for BSP-pasientene.

Studien viste også at personalet opplevde at inntakssamtalene ble utført på ulike måter. I utgangspunktet var det en instruksjonsmanual som blant annet tok for seg selvmordsrisikovurdering. Det ble uttrykt bekymring for at mange blant personalet ikke hadde god nok opplæring i å utføre selvmordsrisikovurdering. I følge Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, trenger personale som utfører selvmordsrisikovurdering tilstrekkelig med opplæring (helsedirektoratet, 2013). Retningslinjene påpeker også at ansvaret for opplæring ligger hos behandlingstilbudene. Funnene her kan tyde på at det i fremtiden er viktig å påse at personalet som skal utføre selvmordsrisikovurdering får tilstrekkelig opplæring.

Et annet tema som ble bragt på bane var ansvarsrollen de hadde overfor BSP-pasientene. Personalet ga uttrykk for at spesialsykepleierne hadde mer behandleransvar overfor BSP-pasientene. Ettersom det ikke er publisert forskning som beskriver administrative og praktiske håndteringen med BSP-innleggelse, er det vanskelig å knytte disse funnene opp til tidligere funn. Man kan likevel trekke inn sammenligninger med hvordan ordinære innleggelse foregår i praksis ved eksempelvis en DPS. Ved en ordinær innleggelse har pasienten jevnlig samtaler med behandler; enten psykolog eller lege, mens miljøterapeutenes ansvar ligger i å følge opp pasientene gjennom oppholdet ved døgnavdelingen. Ved innføring av BSP har man flyttet ansvaret for innleggelse fra høyt utdannede fagfolk til pasientene selv. Behandleransvaret under BSP-oppholdet er tillagt spesialsykepleierne, dette viser at man har flyttet ansvaret nedover i dagens behandlingshierarki. Kan man i fremtiden stille mindre krav til at det må være psykologer, psykologspesialister, leger og psykiatere som skal ha behandlingsansvaret ved DPS'ene, eller kan man flytte mer behandlingsansvar nedover til ansatte med mindre utdanning? Dette er spørsmål som kan være nyttig å utforske videre i

prosessen med å skape gode behandlingstilbud som møter pasientenes krav til brukermedvirkning og involvering i egen psykisk helse.

### 4.3 Forskerrollen

I NTNUs emnebeskrivelse av Masteroppgave i psykisk helsearbeid står det at studenten skal gjennomføre et selvstendig forskningsarbeid (NTNU, 2016). I dette forskningsarbeidet har undertegnede vært alene om å designe, utføre, analysere og skrive ut resultater. Malterud (2013) sier at det er hensiktsmessig å gjøre analysen sammen med en annen forsker for å få frem flere nyanser og detaljer som man ikke fanger opp alene. Jeg har hatt nyttig veiledning av hovedveileder og biveileder underveis i analyseprosessen, men det er til syvende og sist min egen refleksivitet; rolle, perspektiver og posisjon, som ligger til grunn for funnene som presenteres i studien. Gjennom forskningsprosessen har forskerens rolle stor betydning for utfallet av studien (Malterud, 2013). Forskningsspørsmålet jeg har tatt utgangspunkt i er bragt fram i lys av mine egne erfaringer, faglige interesser og motiver. Det samme gjelder hvordan jeg har gått fram for å gjennomføre studien (Malterud, 2013).

I dette forskningsprosjektet har undertegnede vært i den situasjonen at jeg selv arbeider ved døgnavdelingen som tilbyr BSP. Dette i seg selv kan gi mange fordeler, men også skape noen etiske dilemmaer. Som «insider» ved egen arbeidsplass kan det for eksempel være vanskelig å holde en nødvendig kritisk avstand til det man skal studere, da man gjerne selv har erfaringer fra området (Jacobsen, 2015). I følge Kvale & Brinkmann (2015), kan man også være tilbøyelig til å la seg påvirke av informantene på grunn av nære og inter-personlige samspill. Dette har muligens vært mest gjeldende underveis i intervjuene.

Det er vanskelig å vurdere om min kjennskap til avdelingen har gjort det enklere eller verre å rekruttere deltakere til forskningsprosjektet. Men det har vært en fordel å kjenne de ansatte ved døgnavdelingen når jeg har rekruttert personalet direkte. På den andre siden har det kollegiale forholdet kanskje gjort det vanskeligere for aktuelle deltakere å si nei til deltakelse. Undertegnede forsøkte å være ydmyk i rekrutteringsprosessen og tydeliggjorde at deltakelse var frivillig.

I selve intervjusituasjonen møtte de en person som de kjente godt og som kjente BSP-tilbudet. Dette kan ha ført til at personalet følte seg tryggere enn hvis en fremmed person hadde utført intervjuene. Et potensielt problem under intervjuene kan være at jeg har identifisert meg med personalet og dermed hatt problemer med å opprettholde en profesjonell

avstand (Kvale & Brinkmann, 2015). Tilstedeværelsen av en observatør, har muligens vært med på å opprettholde min rolle som forsker, og dermed unngått feil i fortolkning av datamaterialet (Jacobsen, 2015).

Det har vært viktig for meg, gjennom hele masterprosjektet, å tydeliggjøre relasjonen jeg har til arbeidsplassen, samtidig som jeg har reflekterer over min egen rolle som ansatt og undersøker. Jeg har forsøkt å ha en tett dialog med mine veiledere for å unngå typiske fallgruver, samt å reflektere over etiske utfordringer knyttet til min egen rolle underveis i masterprosjektet. Som masterstudent og uerfaren forsker, er det mye man skulle ønske man kunne gjort annerledes, likevel har det gitt god og viktig lærdom som er nyttig å ta med til neste forskningsprosjekt.

## **5.0 Etiske hensyn**

I Helsinkideklarasjonen fra 1964 slås det fast at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren. Man er også pliktig til nøye å tenke gjennom hvordan forskningen kan påvirke deltakerne, samt hvordan forskningen seinere blir oppfattet og brukt av andre (Den norske legeforening, 2012). Som forsker er man dermed forpliktet til å ha kjennskap til forskningsetiske prinsipper når man gjennomfører et forskningsprosjekt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Helsinkideklarasjonen fra 1975 slår fast at forskningsprosjekter skal godkjennes av en uavhengig etisk komité (Ruyter, Førde & Solbakk, 2014).

I dette forskningsprosjektet ble det innhentet godkjenning fra Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) til å gjennomføre forskningsprosjektet (Vedlegg 4). Etersom prosjektet kunne innlemmes i et allerede godkjent forskningsprosjekt, var det tilstrekkelig med en endringsmelding. Undertegnede forfattet selv en endringsmelding som ble bragt videre til REK av bi-veileder, Inger Elise Opheim Moljord, ved AFFU. (Vedlegg 5).

## Litteraturliste

- Arbeids- og velferdsforvaltningsloven. (2006). *Arbeids- og velferdsforvaltningsloven (LOV-2006-06-16-20)*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2011). Recovery - og hva så? Om erfaringsbasert kunnskapsvilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 4 (8), 314-323.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser - En systematisk kunnskapssammenstilling. Rapport nr 4/2013*. Rolf Ottesen Grafikk AS: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 04 30). Hentet fra [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no):  
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
- Den norske legeforening. (2013, 04 30). Hentet fra Legeforeningen:  
<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/>
- Ellegaard, T., Bliksted, V., Lomborg, K., & Mehlsen, M. (2017). Use of patient-controlled psychiatric hospital admissions: patients' perspective. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1-8. DOI: 10.1080/08039488.2017.1302505.
- Gudde, C., Olsø, T., Antonsen, D., Rø, M., Eriksen, L., & Vatne, S. (2013). Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis. *Scandinavian Journal of Public Health* (0), 1-6. DOI: 10.1177/1403494812472265.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997-1998). *Om Opptrappingsplanen for psykisk helse. St.prp. 63*. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St.meld.nr.47, Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.



- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven) (LOV-2001-06-15-93)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010-2011). *St.meld.nr.16. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Heskestad, S., & Tytlandsvik, M. (2008). Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. *Tidsskrift for den norske legeforening (1)128*, 32-35.
- Hibbard, J., Mahoney, E., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Services Research (40)*, 1918-1930.
- Jacobsen, D. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Johansen, L. M. (2014). *Personalets erfaringer med brukerstyrt plass på DPS - En kvalitativ studie (Masteroppgave)*. Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2013). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning 3(3)*, 172-175.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Miklowitz, D. (2006). A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder? *J. Pers Disord 67 Suppl 11*, 28-33.
- Moljord, I., Helland-Hansen, K. S., Olso, T., Gudde, C., Rise, M., Steinsbekk, A., & Eriksen, L. (2016). Short time effect of a self-referral to inpatient treatment for patients with severe mental disorders: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 1-10. DOI: 10.1186/s12913-016-1712-z.

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid). (2015). *100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell*. Trondheim: Rolf Ottesen Grafisk AS.
- NTNU. (2016). *NTNU*. Hentet fra NTNU Master i psykisk helsearbeid 2016H: <https://www.emweb.no/hist/node/48144>. Hentet 04.04.2017
- Olsø, T., Gudde, C., Moljord, I., Evensen, G., Antonsen, D., & Eriksen, L. (2016). More than just a bed: mental health service users' experiences of self-referral admission. *Internal Journal of Mental Health Systems*, 1-7. DOI: 10.1186/s13033-016-0045-y.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet.
- Rise, M., Evensen, G., Moljord, I., Rø, M., Bjørgen, D., & Eriksen, L. (2014). How do patients with severe mental diagnosis cope in everyday life - a qualitative study comparing patients' experiences of self-referral inpatient treatment with treatment as usual? *BMC Health Services Research* 14(347), 1-11. DOI: 10.1186/1472-6963-14-347.
- Rogan, T. (2014). Fra Opptrappingsplan til samhandlingsreform. I I. Almvik, & L. Borge, *Å sette farger på livet - Helhetlig psykisk helsearbeid* (ss. 15-28). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruyter, K., Førde, R., & Solbakk, J. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sigrunarson, V., Moljord, I., Steinsbekk, A., Eriksen, L., & Morken, G. (2017). A randomized controlled trial comparing self-referral to inpatient treatment as usual in patients with severe mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(2), 120-125. DOI:10.1080/08039488.2016.1240231.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., . . . Whitney, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 13(1), 12-20.

- Sollied, L., & Helland, B. (2010). *Rapport fra kvalitetsutviklingsprosjektet - "Brukerstyrte innleggelses - makten skifter eier. Veien til mestring av eget liv?"*. Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefelt. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St.Olavs hospital. (2017, april 28). *www.stolavs.no*. Hentet fra <https://stolav.no/behandlinger/brukerstyrt-plass>.
- Strand, M., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry* (69)8, 574-586. DOI: 10.3109/08039488.2015.1025835.
- Tytlandsvik, M., & Heskestad, S. (2009). Erfaringar med brukarstyrt innlegging ved psykosepost - ein kvalitativ evalueringsstudie. *Vård i Norden* (91)29, 49-51.
- WHO. (1978, 04 30). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12*. Hentet fra [www.who.no](http://www.who.no): [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Switzerland: World Health Organization.

## **Del II – Artikkel til BMC Health Services Research**

### **Personnel's experiences with self-referral to inpatient treatment at a community mental health center: a qualitative focus group interview study**

Kine Gabrielsen Stensvåg

kineg@stud.ntnu.no

Norwegian University of Science and Technology (NTNU)

Department of Mental Health

Faculty of Medicine and Health Sciences

Post box 8905

NO-7491 Trondheim

Norway

#### **Abstract**

**Background:** Mental health services in Norway covers a wide range of patients and service users both in community health services and psychiatric hospitals. A common goal in involving patients with mental illness in the treatment process is to increase the degree of user participation. Research suggests that service users wish to play an active part and involve themselves in treatment decisions. The establishing of self-referral to inpatient treatment is a concrete example of user participation in mental health care. Previous researches on self-referral to inpatient treatment have been conducted on patients with severe mental disorders, while the present study has investigated the personnel' experience of a self-referral inpatient treatment programme at a rehabilitation ward.

**Methods:** A qualitative design using focus group interviews were used to collect data from personnel at a Community Mental Health Center in Mid-Norway. A total of seven personnel

were interviewed in a total of two focus groups. Malterud's systematic text condensation was used to analyze the data.

**Results:** Three main topics were found in which the personnel paid extra interests to: How the personnel perceived that the self-referral to inpatient treatment worked in practice, the benefits the personnel perceived that the patients had from the service, and the personnel perceptions of challenges with the service.

**Conclusions:** The results showed that the personnel in general were pleased with the self-referral to inpatient treatment service. They experienced that for some patients it was enough knowing they had the opportunity to call for a stay, while others used the service to prevent symptoms to deteriorate and avoid acute admissions. The personnel experienced some challenges in administrating the service, for example following the correct procedure when conducting the arrival-consultation, and administration of medicines. Nevertheless, the personnel hoped that the service would continue to be offered at their ward.

**Trial registration:** NCT01133587, [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov).

**Keywords:** self-referral to inpatient treatment, patient-controlled admission, user participation, employees experiences, mental illness, mental health services

## **Background**

Mental health services in Norway cover a wide range of patients and service users both in hospitals and community health services. The Norwegian government proposed that a common goal in the treatment of patients with mental illness was to increase the level of user participation [1]. Research suggests that service users wish to play an active part and involve themselves in treatment decisions [2,3] This is in line with the World Health Organization's

recommendations for user participation to empower patients as decision-makers [4]. Taking an active role in managing personal illness is associated with better health outcomes [5].

Normally, the way to be referred to an inpatient stay in mental health care goes through the patient's General Practitioner (GP). This may take some time and a consequence of delays before proper treatment is offered, may result in worsening of symptoms, forcing the patient to go through the emergency doctor to an acute admission [6]. Deciding whether an inpatient treatment is needed lies in the hands of the clinicians. Strand & von Hausswulff-Juhlin call this the "gate keeper model" [6].

One result of the demands for increased user participation is the establishing of the Self-referral to Inpatient Treatment (SRIT). SRIT is a service where the patients can refer themselves to short patient treatment when they feel it is necessary [7]. Over the last ten years, several CMHCs and mental hospitals in Norway have started offering self-referral admissions as a treatment service [6, 8, 11-16]. A systematic review based on qualitative and observational studies of SRIT suggests that the service increases patient autonomy and coping, reduces the total time of hospitalization and supports early help seeking [6]. SRIT is also believed to strengthen the patients' sense of control, autonomy and self-determination [8]. Additionally, it may increase the patient's knowledge of disorder and confidence of being in charge in the treatment and admission process [6].

SRIT was first introduced as a treatment program at a CMHC in Jæren, Norway in 2005. Studies from this intervention showed that the program was successful in how the patients used SRIT and how it gave patients, and their relatives, security being a low-threshold service. Also the total number of inpatient days at the CMHC fell, and the patients had fewer acute admissions [7, 9]. After the success at the CMHC in Jæren, the Norwegian government recommended SRIT as a treatment program offered in mental health services, since it gave more security for the patient, the relatives and the local help service [10].

One larger randomized controlled study (RCT) has been undertaken in Mid-Norway to investigate the effect of introducing SRIT, comparing the results from an intervention group (patients with SRIT) to patients receiving treatment as usual (TAU). They found no effects on patient activation and recovery after four months [15], found no effect from SRIT on either re-admissions, inpatient days or coercion after 12 months [16], and no effects on patient activation, personal recovery or symptoms and functioning after 12 months, however, SRIT was shown to be an alternative for those with low activation [17]. In addition, three qualitative studies from the same RCT, have investigated the patient's experiences with SRIT [8, 14, 18]. Becoming an active part and being involved in treatment planning was important to the patients. Also in periods of mental health crisis, patients demanded for a deeper understanding among the personnel regarding user experiences [18]. Rise et al [8] found that patients with a SRIT-contract had come further in the recovery-process, and that SRIT helped strengthening autonomy, self-determination and sense of control. While in Olsø et al's study [14] SRIT was explained as a concrete example of how user-involvement could be implemented in mental health services.

In the SRIT service the nurses were in charge of administrating the SRIT service by conducting both the arrival- and discharge consultations and documenting the outcomes from the consultations in the patient's health record [7, 9, 15, 17, 19]. Thus far, only four studies have investigated how the ward personnel experienced providing the SRIT service. Three studies investigated what expectations the personnel had before SRIT was established, and what experiences they had after the intervention period [9, 11, 13]. At Jæren CMHC, the personnel were sceptical before the service was implemented. They were afraid patients would miss-use the service and also they asked if it was justifiable to welcome a patient that had not been assessed by a medical doctor [9]. After the intervention period the personnel members had a significantly more positive experience with the service [9, 13]. They believed

SRIT was a safety for the patients and they thought the bed still had a function when it was not in use [13]. Those studies did not explore how SRIT worked from the personnel's perspective; e.g.; how they experienced their roles and responsibility regarding SRIT. In a master's thesis from 2014 the candidate interviewed personnel from two different CMHCs. The personnel from that study experienced SRIT as important for the patients' recovery-process. They also expressed that it was challenging deciding when a patient was too ill to make use of SRIT.

The present study is nested in the larger RCT from Mid-Norway. Exploring the personnel's experiences about the SRIT program, would provide additional knowledge about a rather new treatment model in mental health services. It was also emphasized earlier that a deeper understanding among the professionals regarding user participation and preferences for helpful care, is needed to optimize the care in periods of mental health crisis [18]. This supports why it is important also to investigate the personnel's experiences with SRIT.

### **Aim**

The aim of the present study was to investigate the personnel's experience of a SRIT program for patients with severe mental disorders in a rehabilitation ward at a CMHC in Mid-Norway.

## **Methods**

### **Design and settings**

This was a qualitative interview study involving personnel at a rehabilitation ward in a CMHC in Mid-Norway, offering SRIT to patients with either schizophrenia or bipolar disorder. The present study was part of an ongoing randomized controlled trial (RCT), investigating the effects of a contract for SRIT (trial registration no. NCT01133587), and had the inclusion period between May 2010 and December 2012 [14-17]. The ward at the CHMC had been familiar with the SRIT service since 2010. Since 2014 the SRIT program continued



as an ordinary treatment service to patients with either schizophrenia or bipolar disorder. Different professions worked at the ward; nurses, specialist nurses, social educators, social workers, nurse assistants, all referred to as **personnel**. Medical doctors and psychologists also worked at the ward, and are referred to as **therapists**. When administrating SRIT patients, the specialist nurses were in charge of following the administration procedures. SRIT patients were primarily offered interventions of milieu therapeutic character at the ward, participating in the ward's daily routines and activities. Normally they did not receive any specific treatment, for example medical consultations [6, 15, 16].

### **Participants and recruitments**

Potential participants were all personnel at the CMHC ward that offered the SRIT service.

Criteria to participate were having a minimum of six months' work experience at the ward, and being familiar with SRIT patients. The recruitment took place by informing the personnel at the CMHC both orally and in writing. They were also encouraged to participate by the ward leader. Personnel that wished to participate contacted the author. In order to get sufficient participation, some personnel members were directly recruited by asking them in personal.

### **Data collection**

Data was collected through focus group interviews. All interviews were conducted at the CMHC. The interviews followed a semi-structured interview guide, where the main topics were the personnel's experiences with the SRIT patients and services, and their perceptions of potential benefits and challenges. The focus group interviews were conducted by the author, with five weeks apart at the CMHC. A fellow student participated in the interviews as an assistant. The interviews were audio recorded and transcribed verbatim.

**Analysis**

Data was analysed according to systematic text condensation, a general cross-case method for thematic analysis of qualitative data [21]. The method consisted of four steps: **(1)** Reading the material to get a general impression and looking for preliminary themes. Spontaneous thoughts and themes which was believed to say something about the aim was written down. **(2)** Further, meaning units were identified by arranging the themes into codes. Examples of codes: What SRIT meant to the patients, how patients used SRIT, user-participation and accountability, personnel's experiences with SRIT, challenges with SRIT, the personnel's roles and responsibility, and how SRIT worked in practice. **(3)** In the third step, illustrative quotations were identified, by systematic abstracting the meaning units within the code groups established in the second step. Through this process some code groups were re-arranged and merged into new code groups. Examples of merged groups were: How SRIT worked in practice, what benefits patients had with SRIT and challenges with the service. **(4)** Finally, the data was reconceptualised and the participant's descriptions were extracted. An analytic text was written using quotes from the data, to substantiate and illustrate the findings. To validate the data I read through the verbatim, checking that the results was in line with the original data.

**Ethics**

The SRIT study was approved by the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics in Norway (No.2009/1704). All personnel were given verbal and written information about the study, it was emphasized that participation was voluntarily and that the personnel at any time could resign from the study. The personnel who participated signed an informed consent before the interviews started. The personnel did not receive any gift or money to participate, but for those who showed up in their spare time, compensation to take time off was given by the ward leader.

## **Results**

Out of approximately 21 potential personnel, seven personnel members wished to contribute, and were distributed into two focus groups scheduled with consideration to the participant's availability. The personnel's professions were either nurse, specialist nurse or other profession. Their ages ranged from 28 to 62 years. Two of the personnel were men, the rest women. The personnel were overall pleased with having the SRIT service at their ward, both from the personnel's view and how they perceived that the patients benefitted from the service. All though, they also saw challenges related to their roles and responsibility in administrating SRIT patients. The results were related to three main themes regarding personnel SRIT experiences at the ward: (1) How SRIT worked in practice, (2) the SRIT service's benefits for the patients and (3) challenges with the SRIT service. Detailed results are presented below. The findings from this study are illustrated by quotes from the data material. Quotes used in the result presentation are marked with the personnel's study ID from A to G.

### **How SRIT worked in practice**

The personnel gave a description of SRIT and how it worked in practice in the ward. They explained that normally the patients contacted the ward themselves to ask for a stay, but sometimes a relative or someone from their community housing asked for a stay on behalf of the patients. Additionally, when the patients arrived for a stay they were met by a specialist nurse who talked to the patients about the background for contacting the ward and their expectations for the stay. He or she also had to check if the patient was well enough to make use of SRIT. The reasons why the patients contacted the ward for a SRIT stay was not re-examined by the specialist nurses, because it was the patient's own decision to decide if a stay was needed. The specialist nurse also had to conduct the discharge consultation. The

personnel further explained that the patients using SRIT did not initially have the right to talk to the doctor or psychologist during the stay, or doing medical changes. But they could always talk to the ward personnel.

*E: "SRIT means that the patients can come here voluntarily when they feel the need for a stay [...] It can be various reasons why they ask for a stay, for example higher symptom pressure, or maybe they have no food or money [...] It's nothing we re-examine; the reasons why they contact us."*

*E: "The SRIT patients can use the same available treatments in the unit, but they are not initially offered a consultation with the therapists or changes in medication... But we are here. We can have consultations every day, ordinary ward personnel, as we do to the other patients."*

The personnel also described that there was a difference and variation in how the patients used SRIT. Some patients used SRIT very often, while others never used it, because of the patients variously needs. The personnel perceived that some patients felt safety in knowing they had the opportunity to self-refer, while for other patients it was important to come for regularly stays. Also it was discussed how SRIT patients were treated differently to the ordinary patients. SRIT patients were not offered consultations with the therapists, although they could talk to the ward personnel if needed. The personnel perceived that SRIT patients were more left over to themselves compared to the ordinary patients. This was explained with the importance of user participation and by giving SRIT patients more responsible for their own treatment. They exemplified this by saying SRIT patients were freer to organize their stay and decide what to participate in, and they were not motivated as much to participate in activities compared to ordinary patients.

A: *“Since they do not have the same right to consultations with the psychologist or the doctor, they are in a way more left to themselves[...] But the idea behind is that they are supposed to plan their stay themselves or how they want to use the stay.”*

B: *“[...] He is here to rest, and then he can decide for himself., user participation is very strong.”*

The personnel also discussed the patients' different needs during a stay. Some patients preferred to shield themselves in their rooms while others were more social and had benefit from using the common rooms and participating in activities provided at the ward. One could also track some insecurity among the personnel how they perceived that the patients made use of the service.

G: *“Some of them are often withdrawn at their rooms and that can be, in some occasions, hard for us to measure the gain or usefulness of the hospitalization”.*

F: *“But that can be the need they have ...to rest.”*

### **The SRIT service' benefits for the patients**

A topic that was widely discussed during the interviews was the perception of how SRIT benefited the patients. The personnel perceived patients reasons for using SRIT and what experiences they believed the patients had. They believed SRIT had a preventing influence in avoiding deterioration and acute admissions, which they had heard directly from the patients:

B: *“The last patient I talked to said that he uses SRIT to avoid involuntary treatment... He thought it was really bad being at the acute ward and therefore prevention was very important to him to avoid another commitment..., such statements should be enough for us to think that it is very helpful”.*

Additionally, they believed the SRIT service had a great benefit for the patients, and for their relatives. Some times their relatives could help them to see the need for a stay and encourage them to contact the ward. The personnel explained that many patients managed to live mostly at home, but for some patients SRIT was a way to break out of isolation and be social with others. The personnel pointed out that since SRIT was a low threshold service, it was easier for the patients to contact the ward for a stay. They believed SRIT was a good alternative that could benefit both the patients and society in general with preventing longer hospital stays.

*G: "I think that it absolutely makes a great difference that it is such a low threshold to contact when they feel it's coming, or "now I have the need". And if we can then prevent an emergency or ordinary hospitalization with those five days, then it's very positive. We get feedback on that too. So it's actually a great benefit for them and society in general."*

One participant used a metaphor to explain the preventing effect:

*C: "It's better to come here occasionally on oil shift rather than saving the car from a complete stop."*

The personnel said that being familiar with the ward, and knowing the personnel working there, made it easier for the patients to contact the ward. Additionally, the personnel described that many patients felt a safety knowing they had the opportunity to contact the ward for a stay. Just knowing helped them sometimes to cope at home and avoid or postpone the stay. The personnel also said that patients sometimes cancelled their planned SRIT stay.

*E: "Many of the patients say that it is such a great safety having the service so they actually don't need hospitalization. The same is when they are on the wait list because they know they will soon get a call."*

*C: "I think that for some, it is most important to just have the opportunity. We have examples on that; patients who call for SRIT and then they cancel it the next day."*

There was generally consensus among the personnel that many patients used the service to stabilize their food and sleep rhythm. Also lack of money and food were seen as reasons why the patients contacted the ward for SRIT. They said that basic needs could prevent the patients' symptoms to deteriorate. The personnel said that coming in for a stay to stabilize their basic needs with regular meals, sleep and medication could also help the patients handling their disease. For some patients a stay could also help to stabilize their economy.

*E: "Some say they think it's okay to come in for a stay because they will get a more structured day when it comes to the circadian rhythm, and that is important; basal needs I think; it's disease-preventing."*

*D: "Also if it is a way to break out of the isolation and a way to stabilize the economy... There are so many factors that can knock somebody off their perch, to put it like that..."*

### **Challenges with the SRIT service**

Ward personnel's roles and responsibility regarding SRIT patients were described as challenging. The personnel explained that when an ordinary patient came for a stay, the therapists were in charge of conducting both arrival- and discharge consultation, while with SRIT patients, the specialist nurses were in charge of conducting the consultations. In a way, they saw themselves having a greater role as therapist and therefore they perceived that they had more responsibility regarding SRIT patients:

*B: "In a way, it is the nurses, the ward personnel, which are the therapists."*

The personnel described that they had a big responsibility when assessing the patient's health at the arrival consultation. They further explained that when a patient arrived for a SRIT stay, they had to assess the patient's health and judge whether the patient was well enough to handle a SRIT stay.

*E: "The whole time we have to evaluate if SRIT is suitable or works well enough for the patient. If we are uncertain, we have to bring it up for the therapist and ask her or him to consult the patient... We have experienced patients that we think are too sick for SRIT; then we have a huge responsibility to make sure they are considered for another treatment."*

Judging patient's risk of suicide was seen as a big responsibility. The personnel described that they could contact the therapist for an assessment if they were unsure about the SRIT patient's health. According to the personnel, a manual on how to conduct an arrival consultation was available, but often the manual was not used.

*A: "[...] it is the nurse who meets them on arrival... And you have to evaluate the risk of suicide, and it differs how trained we are at doing the evaluation and to know when to contact the therapist when we are in doubt [...] I remember a year ago, there used to be a manual on how to do the arrival consultation, where it is a more thorough description on how to do a suicide assessment on a scale from 1-5. But in practice it is not done like that, it is more asking in general and if you catch anything, you consult the therapist to go more deep into it."*

Additionally, the personnel discussed challenges related to how often the patients used the SRIT service. They experienced that a few patients used SRIT so often that it seemed like an obsession. They therefore asked how well SRIT functioned for some patients.



*G: “We sometimes see that for some patients it becomes a routine and an obsession... that every 14 day they contact us... And then we can question how well it functions?”*

Administrating the SRIT patient’s medications was another challenge the personnel described. According to the personnel, many patients came from a home with community service to help them administrating their medicines, but sometimes the medication was not updated in the CMHC’s system. The personnel discussed that practical administration with medicines sometimes gave more work to the nurses.

*E: “As a rule, we ask the patients to bring their medicines. Many of them use multi doses and that is very convenient because it may happen that they use medicines we don’t have at the unit. So I’ve experienced that it’s been more work to get hold of the medicines... Sometimes we can’t get hold of the medicines right away and then it can be more work and maybe having to borrow from the other units. But it’s not very often. Normally they bring their medicines and follow the multi doses.”*

In addition, some personnel perceived it as a challenging responsibility to follow up the wait list for SRIT. After a SRIT patient had been discharged, all ward personnel were responsible to call the next person on the waiting-list, but sometimes it was easy to forget to follow that procedure. According to the personnel, the number of patients on the waiting-list varied and you could never tell what time of the year it would be filled up. They said that, because of that, they wished for an extra SRIT bed:

*E: “Sometimes we don’t have a wait list and people can come in for SRIT the same day as they call, but sometimes we have a waitlist with five or six people. I think eight is the most we have had waiting for a SRIT stay, and sometimes they have had to wait for*

*14 days before we can welcome them, and that is not good, I think [...] We would have wanted another bed to expand the service.”*

## **Discussion**

### **Strengths and limitations**

This qualitative study was based on data from focus group interviews with personnel from a CMHC offering a SRIT service. The study was nested from a larger RCT study, shifting focus from patients' perspective to the perspective of personnel. Choosing a qualitative design may have given wider and more honest experiences from the personnel, compared to what a quantitative questionnaire study might have given. When conducting qualitative studies, it is recommended to be several researchers, especially in the analysing process [22].

Unfortunately a master's thesis is supposed to be an independent work and therefore no other researchers could take an active role in the study.

At the current ward there were 21 personnel qualified to participate in the study. An unsatisfying number of personnel contacted the author to participate; therefore it was necessary to directly recruit potential participants by asking them in person. A limitation with this was making the personnel feeling “forced” to participate. With this in mind, the author emphasized that participation was voluntary. A total of seven personnel were recruited. The sample was varied in gender, age, profession and years of experience. Finding time for interviews that fitted with their work schedule made one group consisting of two men and two women, while the other group consisted of only women. Unfortunately no night shift personnel were able to participate. Malterud [22] says that normally a focus group interview should consist of five- eight personnel. A larger participation was desired, but time to collect

data was too short to include another group. It was also easier conducting two separate interviews than arranging one larger interview that fitted all personnel's schedules.

When the first interview was conducted, an unexpected incident had occurred in the ward earlier that day. There are reasons to believe that this incident may have influenced the personnel's engagement in the interview. After the transcription of the first interview the supervisor and the author had an impression that the personnel held back information about challenges with SRIT. This made the author focus more on challenges in the second interview. One can criticize that the interviews had different focus; nevertheless, we believe that the interviews complemented each other.

The data was analyzed alone by the author, although the supervisors gave advice and comments on how to go through with the process. The author analyzed the data manually. A computer-based analyzing program may have given a better comparison between the two focus groups. The two interviews were held five weeks apart. One consequence of this might be that the first group had time to prepare the other personnel before their interview, potentially leading to imbalance between the groups when expressing their experiences. To make sure the interviews were as similar as possible, the analyzing of data started after both interviews were conducted.

The author had been employed at the CMHC since 2009. Interviewing colleagues can be a limitation that entails ethical challenges. In the recruitment process being a colleague may have made it easier to directly recruit personnel, and they may have found it hard to turn down the author's inquiry. The author tried to be humble and grateful in the recruitment process, also the personnel were given both written and oral presentation of the study project. During the interview, the relationship between the author and the personnel may have resulted in more favourable descriptions of the self-referral service. On the other hand, the personnel

may have found it more secure participating in the interview when they knew the author, compared to an unfamiliar researcher conducting the interview.

It is important to bear in mind that this study is conducted at only one CMHC in Mid-Norway and can only be applied to a similar ward offering SRIT. It is possible that interviews from other mental health services offering SRIT would have given other experiences from the personnel.

## **Discussion**

The present study showed that the personnel experienced that SRIT was used differently among the patients. Some patients felt safe knowing they had the opportunity to self-refer and never used it, while other patients used the service regularly. This is in line with the report from Tromsø, where personnel said the bed still had a function when it was not in use [13]. Earlier research has shown that for patients with severe mental disorders it may be necessary with regularly inpatient stays to prevent symptoms to deteriorate and avoid longer hospital stays. In addition, recognizing early signs of deterioration can be successful for patients with bipolar disorder or schizophrenia to prevent relapse [23, 24]. This suggests that offering SRIT may serve as a function to the patients, even if they never use the service. In a recently published study from Denmark, the patients' top four aims for SRIT were; peace of mind, to avoid getting too ill, quiet surroundings and safety [26]. These are aims the personnel of this study also perceived as reasons for using SRIT. In addition, the personnel in the present study said that money, sleep and food were factors that helped the patients stabilize their disease and prevent deterioration. In Johannsen's study from [20] she found that the personnel experienced that lack of money itself could be so stressful for the patient that a SRIT stay was needed. All though the personnel of the present study said they did not re-examine what

reasons the patients had for needing a stay, there are reasons to believe that the personnel have to accept lack of basic needs, like money and food, as reasonable reasons for a SRIT stay. All though further research should investigate different aspects of what makes the patients use or not use the service, and preferable what effects SRIT gives to the patients in a long-term perspective.

The study showed that the personnel experienced different ways in how SRIT patients used the service when they were admitted. Some patients preferred to shield themselves in their rooms, while others were more active participating in activities and being social in the common rooms. The personnel also experienced that being able to decide what to focus on during the stay was important to the patients. This supports earlier studies found in the same RCT study, which pointed out that having a balance between rest and activity was a necessary strategy to cope with mental illness [8, 14]. For personnel working with SRIT patients, understanding the patients' different needs and coping strategies, seem important to be able to offer a good mental health service, but further investigation is still recommended to investigate how personnel best can meet the patients' individual need.

The present study showed that the personnel experienced many examples of how SRIT benefited the patients. One example was that the patients used SRIT to break out of isolation and become social. This was supported by Rise et al, [8] where the patients described being with other people could help prevent symptoms. The personnel also believed that the patients appreciated the service being a low-threshold, giving easy access to treatment when they felt worsening of symptoms, in line with earlier studies suggesting SRIT was an easy access to services and support [14]. This is in contrary to the "gate keeper model", where patients go through the normal help seeking procedures and often have to wait several weeks before treatment is available, which can result in deterioration or acute admissions [6].

All though the participants of the present study talked from the personnel's perspective, they brought up user-participation and coping strategies as explanation for why patients made use of SRIT. In mental health work, one recovery-perspective is to take control over one's own life despite the disorder, and be able to live a meaningful and satisfying life without being dominated by the symptoms [25]. In the recently published study from the same RCT, the recovery factor "willingness to ask for help" gave an increased confidence in obtaining mental health care on their own when having the possibility to self-refer [17]. This might suggest that SRIT-patients become more actively involved in their own treatment, which is relevant in the recovery process [26]. Nevertheless, leaving the decision to the patients strengthens the aim of user participation in mental health care, by empowering and activating the patients' autonomy as well as training the patient's coping skills [7-9, 14, 18]. These are also factors related to the recovery-oriented model. It has also been suggested that the patient's involvement in treatment is essential to re-establish and preserve hope of recovery [15, 19]. A SRIT program may be one way to increase user participation and the ability to cope as well as giving the patients opportunity to come further in their recovery process [8].

Regarding the administration of medicines, the present study found that the personnel sometimes experienced more work with administrating and getting hold of the medicines the SRIT patients needed. Also they experienced that the patients sometimes wanted to change medicines, which normally was not possible when using SRIT. In the study from Denmark they were worried that since medical changes not were available, it may have an impact on patients' satisfaction with SRIT [26]. The review, on the other hand, raised concerns about medical responsibility for patients in SRIT stays, since they were not admitted by a medical doctor. They believed this problem should be clearly addressed for all personnel groups responsible for patient safety at the ward [6]. Another challenge the personnel of this study

addressed, was how the arrival consultation was conducted by the personnel. There was a perception that the personnel did this differently, all though they had an instruction manual to follow. It was also pointed out that the quality of assessing the risk of suicide varied among the personnel due to lack of training. Health personnel assessing patient's suicide risks need sufficient competence, according to the Norwegian guidelines for suicide prevention in mental health care [27]. The guidelines also emphasize the importance of the mental health care institution to arrange for the personnel to receive the necessary training. Due to this, it may be suggested that further practice should assure the same training among the personnel both in conducting arrival consultations and assessing the risk of suicide.

## **Conclusions**

Self-referral to inpatient treatment is a treatment program the personnel believe is benefitting both the patients and society. The results show that the personnel in general are pleased with the self-referral to inpatient treatment service. They hope the service can continue and wish for another bed to satisfy the demand. The personnel also experience that user participation is important and that the patients are profiting from being more involved in their own treatment. These findings are similar with earlier research on patient's experiences with SRIT. Although, the personnel experience some challenges in administrating the service, for example when conducting the arrival-consultation and assessing suicide risk. Nevertheless, more research from the personnel's perspective is needed to develop the service to meet expectations from the authorities and especially from the patients.

### **Abbreviations**

GP: General Practitioner, SRIT: Self-referral to inpatient treatment, CMHC: Community mental health centre, RCT: Random controlled trial, TAU: treatment as usual.

### **Competing interests**

The author declares that she has no competing interests.

### **Authors' contributions**

This study was conducted by a master's student and the results were part of the student's master's thesis. Professor Marit By Rise (MBR) from NTNU, was the main supervisor and PhD-candidate, Inger Elise Opheim Moljord (IEOM), from St.Olavs Hospital in Trondheim, was the second assessor, both encouraging it to be an independent article and part of an independent master's thesis. The 1<sup>st</sup> author has designed the study, recruited personnel, collected data, analysed the data with support from the supervisors, and also was responsible for writing the manuscript.

### **Authors' information**

The author wrote this article as part of a master's thesis at the Department of Mental Health, Faculty of Medicine and Health, NTNU, Norway.

Contact information: [kineg@stud.ntnu.no](mailto:kineg@stud.ntnu.no)

### **Acknowledgements**

I would like to thank my supervisor, MBR, and second assessor, IEOM, for constructive support throughout the conduction of the study and in writing of the article. I would also like to thank the personnel that participated in this study for generously giving their time and thoughts in sharing their experiences with the SRIT service.



## References

1. Norwegian Ministry of Health and Care Services: Om Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. St.prp. nr. 63. Norway: Norwegian ministry of Health and Care Services; 1997-1998.
2. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R & Kissling, W. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am. Journal of Psychiatry*. 2005; 162:12: 2382-4.
3. Farrelly S, Brown G, Rose D, Doherty E, Henderson R, Birchwood et al. What service users with psychotic disorders want in mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psyc Prychiatr Epidem* 2014; 49:10, 1609-17
4. WHO - World Health Organization, Baumann, A; Muijen, M in: Regional Advisor for Mental Health. User Empowerment in mental health - a statement by the WHO Regional Office for Europe. Empowerment Is Not a Destination, but a Journey. 2010; Copenhagen: WHO.
5. Brenk-Franz K., Hibbard J, Herrmann W, Freund T, Szecsenyi J, Djalali et al. Validation of the German Version of the Patients Activation Measure 13 (PAM 13-D) in an international Multicentre Study of Primary Care Patients. *PLoS One* 2013; 8:9.
6. Strand M & von Hausswolff-Juhlin Y. Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry* 2015; doi: 10.3109/08039488.2015.1025835.
7. Heskestad S & Tytlandsvik M. Brukerstyrte kriseinnleggelse ved alvorlig psykisk lidelse. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2008; 1:128: 32-35.
8. Rise M, Evensen G, Moljord I, Rø M, Bjørgen D & Eriksen, L. How do patients with severe mental diagnosis cope in everyday life - a qualitative study comparing patients' experiences of self-referra inpatient treatment with treatment as usual? *BMC Health Services Research*. 2014, doi: 10.1186/1472-6963-14-347.
9. Tytlandsvik M & Heskestad S. Erfaringar med brukarstyrt innlegging ved psykosepost - ein kvalitativ evalueringstudie. *Vård i Norden*. 2009; 91:29: 49-51.
10. Norwegian Ministry of Health and Care Services: Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015. St.meld.nr.16.. 2010-2011: Norway: Norwegian Ministry of Health and Care Services.
11. Hanneborg E & Ruud T. Final report. User-controlled admissions in district psychiatric open ward. A collaborative project with Grorud district psychiatric centre, districts Grorud and Stovner ans Nittedal County. 2011; Oslo: Akershus University Hospital.

12. Støvind H, Hanneborg E, & Ruud T. Bedre tid med brukerstyrte innleggelse? Sykepleien. 2012; doi:104220.sykepleiens.2012.0151 .
13. Sollied L & Helland B. Rapport fra kvalitetsutviklingsprosjektet - "Brukerstyrte innleggelse - makten skifter eier. Veien til mestring av eget liv? 2010; Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
14. Olsø T, Gudde C, Moljord I, Evensen G, Antonsen D & Eriksen L. More than just a bed: mental health service users' experiences of self-referral admission. *Internal Journal of Mental Health Systems*, 2016;doi: 10.1186/s13033-016-0045-y.
15. Moljord I, Helland-Hansen K. S, Olso T, Gudde C, Rise M, Steinsbekk A & Eriksen L. Short time effect of a self-referral to inpatient treatment for patients with severe mental disorders: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*. 2016; doi: 10.1186/s12913-016-1712-z.
16. Sigrunarson V, Moljord I, Steinsbekk A, Eriksen L, & Morken G. A randomized controlled trial comparing self-referral to inpatient treatment as usual in patients with severe mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2017; doi:10.1080/08039488.2016.1240231.
17. Moljord I, Lara-Cabrera M, Salvesen Ø, Rise M, Bjørgen D, Antonsen D & Eriksen, L. Twelve months effect of self-referral to inpatient treatment on patient activation, recovery, symptoms and functioning: A randomized controlled study. *Patient Education and Counselling*. 2017: IN PRESS: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.008>.
18. Gudde C, Olsø T, Antonsen D, Rø M, Eriksen L & Vatne S. Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013: doi: 10.1177/1403494812472265.
19. Samuelsen S, Moljord I & Eriksen, L. Re-establishing and preserving hope of recovery through user participation in patients with a severe mental disorder: the self-referral-to-inpatient-treatment project. *Nursing Open*. 2016: doi: 10.1002/nop2.59.
20. Johansen LM. Personalets erfaringer med brukerstyrt plass på DPS - En kvalitativ studie (Master's thesis). 2014: Stavanger: Universitetet i Stavanger.
21. Malterud K. Qualitative Research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001; 358: 483-488.
22. Malterud K.. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget;2013.
23. Miklowitz D. A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder? *J. Pers Disord*. 2006; 67 Suppl 11: 28-33.

24. Morriss R, Vinjamuri I, Faizal MA, Bolton CA & McCharthy JP. Training to recognise early signs of recurrence in schizophrenia (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; doi:10.1002/14651858.
25. Slade M, Leamy M, Bacon F, Janosik M, Le Boutillier C & Williams, JE. International differences in understanding recovery; systematic review. *Epidemol.Psychiatr.Sci.* 2012; 21: 353-364.
26. Ellegaard T, Bliksted V, Lomborg K. & Mehlsen M. Use of patient-controlled psychiatric hospital admissions: patients' perspective. *Nordic Journal of Psychiatry* 2017; doi: 10.1080/08039488.2017.1302505.
27. Sosial- og helsedirektoratet. Norwegian guidelines for suicide prevention in mental health care (Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern). 2008: Norway: Sosial- og helsedirektoratet.

## **Vedlegg 1**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt:**

#### **Ansattes erfaring med brukerstyrt plass**

Høsten 2016 vil vi gjennomføre et forskningsprosjekt ved Nidaros DPS, seksjon 2 døgnavdeling. Hensikten med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer ansatte har med tilbudet Brukerstyrt Plass (BSP).

BSP ble innført som en forsøksordning som en del av et større forskningsprosjekt i 2009. Deretter ble ordningen videreført som et fast tjenestetilbud for enkelte pasienter. Pasientenes opplevelse av BSP som tjenestetilbud, brukermedvirkning og selvstyring er blant de områdene som allerede har vært studert. For å få en enda bredere forståelse av BSP som et tjenestetilbud ønsker vi nå å undersøke erfaringene ansatte har med dette tilbudet. Vi søker derfor ansatte som ønsker å delta i gruppeintervju (4-5 personer). Aktuelle deltakere til forskningsprosjektet er ansatte som jobber ved Nidaros DPS, rehabiliteringsseksjonens døgnavdeling (S2 dogn). Du får denne informasjonen fordi du har arbeidet i tilknytning til BSP-tilbudet ved Nidaros DPS.

Denne studien er godkjent av Regional Etisk Komite i Midt-Norge, avdelingssjef ved Nidaros DPS Odd Gunnar Ellingsen og seksjonsleder ved rehabiliteringsseksjonen Anette Kristiansen. Studien inngår som en del av det overordnede forskningsprosjektet på BSP ved Avdeling for forskning og utvikling (AFFU). Resultatene skal benyttes i en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Fakultetet for helse- og sosialvitenskap ved NTNU og gjennomføres av masterstudent Kine G. Stensvåg. Hovedveileder er professor Marit By Rise ved NTNU.

#### **Hva innebærer det å delta?**

Dersom du ønsker å delta i studien innebærer dette å delta i et gruppeintervju som varer i ca. 1,5 time. Viktige spørsmål i intervjuet vil være hvordan ansatte opplever at BSP fungerer i praksis, og hvilke muligheter og utfordringer ansatte opplever er knyttet til dette tilbudet. Intervjuene vil bli ledet av masterstudent Kine G. Stensvåg og blir tatt opp på lydfil.

Ønsker du å delta, eller har spørsmål til prosjektet, ta kontakt med:

Kine G. Stensvåg

Tlf: 971 56 553

E-post: [kgstensvaag@gmail.com](mailto:kgstensvaag@gmail.com)

## **Vedlegg 2**

### **Intervjuguide:**

#### **Ansattes erfaring med brukerstyrte sengeplasser (BSP)**

##### **1 – Hvem er de typiske BSP-pasientene?**

- Hvor gamle? Hvilken problematikk strever de med?
- Hvor lenge er de innlagt?

##### **2 – Hvordan opplever du/dere at BSP har betydning for pasientene?**

- Ser dere noen effekt? Både positiv og negativ?
- Når fungerer tjenesten ikke?

##### **3 – Hva tenker du/dere er din/deres rolle i møte og behandling av BSP-pasienter?**

- Hvilken rolle har du som ansatt i møte med en BSP-pasient.

##### **4 – Hvordan behandles BSP-pasienter i døgn sammenlignet pasienter på ordinær innleggelse?**

- Hvordan er oppfølgingen fra personalet?
- Hvordan styrer de dagen?

##### **5 – Beskriv fordeler og ulemper med BSP-tjenesten**

- Fordeler og ulemper for pasientene
- Fordeler og ulemper for de ansatte
- Organisering og administrering

## Vedlegg 3

### Samtykke til å delta i forskningsprosjekt:

#### Ansattes erfaringer med Brukerstyrt plass

##### Bakgrunn og hensikt

BSP ble innført som en forsøksordning som en del av et større forskningsprosjekt i 2009. Deretter ble ordningen videreført som et fast tjenestetilbud for enkelte pasienter. Prosjektet har tidligere undersøkt pasientenes utbytte og erfaringer med tjenesten samt helse-økonomisk nytte. Så langt har ikke ansattes erfaringer med dette tilbudet blitt undersøkt. Hensikten med denne studien er derfor å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser ansatte ved Nidaros DPS har med tilbudet Brukerstyrt Plass (BSP).

Data vil bli samlet inn gjennom gruppeintervju med ansatte med 4-5 ansatte i hver gruppe. Intervjuene vil vare 1 – 1,5 timer. Viktige spørsmål i intervjuet vil være hvordan ansatte opplever at BSP fungerer i praksis og hvilke muligheter og utfordringer ansatte opplever er knyttet til dette tilbudet. Intervjuene vil bli ledet av masterstudent Kine G. Stensvåg og blir tatt opp på lydfil.

Denne studien er godkjent av Regional Etisk Komite i Midt-Norge, avdelingssjef ved Nidaros DPS Odd Gunnar Ellingsen og seksjonsleder ved rehabiliteringsseksjonen, Anette Kristiansen. Studien inngår som en del av det overordnede forskningsprosjektet på BSP ved Avdeling for forskning og utvikling (AFFU). Resultatene skal benyttes i en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Fakultetet for medisin og helsevitenskap ved NTNU og gjennomføres av masterstudent Kine G. Stensvåg. Hovedveileder er professor Marit By Rise ved NTNU.

##### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Alle personidentifiserende opplysninger fjernes når intervjuet skrives ut som tekst. Det vil ikke være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner i resultatene fra studien. Prosjektet skal etter planen avsluttes 04.mai 2017. Lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

##### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten noen konsekvenser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Masterstudent Kine G. Stensvåg, telefon 971 56 553, e-post: [kgstensvaag@gmail.com](mailto:kgstensvaag@gmail.com)

Ansvarlig for gjennomføringen av studien er professor Marit By Rise. Hun kan kontaktes på telefon 993 15 365, e-post: [marit.b.rise@ntnu.no](mailto:marit.b.rise@ntnu.no)

Jeg har mottatt informasjon om studien og ønsker å delta.

-----  
(Dato, signatur)

## Vedlegg 4



---

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK sør-øst	Leena Heinonen	22845529	27.09.2016	2009/1704 REK sør-øst D
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>
			21.09.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Inger Elise Opheim Moljord  
St Olavs hospital HF

### 2009/1704 Evaluering av tilbudet Brukerstyrt Plass

**Forskningsansvarlig:** St. Olavs hospital  
**Prosjektleder:** Inger Elise Opheim Moljord

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 21.09.2016 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

#### Vurdering

Endringen innebærer:

- Ny innsamling av data hos personalet ved Rehabiliteringsenheten ved Nidaros DPS

#### Vurdering

REK har vurdert den omsøkte endringen, og har ingen forskningsetiske innvendinger til endringen slik den er beskrevet i skjema for prosjektendring. Denne endringen vurderes å være innenfor prosjektets opprinnelige hensikt.

#### Vedtak

REK godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jfr. helseforskningsloven § 11, annet ledd.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, endringssøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

#### Klageadgang

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

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no).

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

## Vedlegg 4

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff  
Professor em. dr. med.  
Leder

Leena Heinonen  
rådgiver

**Kopi til:** *Randolf.Terje.Vagen@stolav.no* ;

St. Olavs Hospital ved øverste administrative ledelse: [post.adm.dir@stolav.no](mailto:post.adm.dir@stolav.no)



## **Vedlegg 5**

### **Endringsmelding til REK**

#### **Begrunnelse (faglig og vitenskapelig begrunnelse for endringen(e))**

Det eksisterende forskningsprosjektet omfatter etter hvert mye forskning som tar for seg brukernes/pasientenes erfaringer med BSP som helsetilbud, samt de økonomiske konsekvensene for helsetjenestetilbyderne.

Ved å forske på ansattes erfaringer kan man få fram flere nyanser i et relativt nytt pasienttilbud. Det finnes lite forskning som tar for seg ansattes erfaringer og holdninger til pasientgruppen som benytter seg av BSP-tjenesten. Målet for studien er å beskrive de ansattes egne opplevelser, tanker og holdninger knyttet til håndteringen av BSP-pasienter. Forskning omkring ansattes erfaringer med dette behandlingstilbudet vil kunne påvirke opprettelse og videreutvikling av denne type tjenestetilbud, samtidig som det vil gi det totale forskningsprosjektet ved Nidaros DPS et helhetlig bilde av BSP som et tjenestetilbud.

#### **Avveing av nytte og risiko ved prosjektendring.**

Endringene i forskningsprosjektet vil ikke føre til noen direkte ulemper for pasientene. Ved å intervju ansatte, er vi opptatt av å få fram de ansattes erfaringer og holdninger til BSP som et tjenestetilbud.

For å samle inn data vil det gjennomføres fokusgruppeintervjuer. 1-2 grupper bestående av 4-6 deltakere. Underveis i intervjuet kan det tenkes at de ansatte vil nevne navngitte pasienter, men på lik linje som vi anonymiserer deltakerne, vil også navngitte pasienter anonymiseres. Alle deltakerne skal signere informert samtykke og intervjuer/observatør er også bevisst sin taushetsplikt og rolle for å ivareta anonymitet.

Fordeler med å utføre en prosjektendring er at man i det totale forskningsprosjektet får utvidet perspektivet på BSP-tjenesten. Ansattes holdninger og erfaringer er også av interesse for foretak som vurderer innføring av liknende tjenestetilbud. Samtidig vil det ikke minst gagne brukerne, som er målet for å utvikle gode tjenestetilbud basert på brukernes behov og krav om brukermedvirkning.

## Vedlegg 6

# Instructions for authors

## Research articles

### Criteria

Research articles should report on original primary research, but may report on systematic reviews of published research provided they adhere to the appropriate reporting guidelines which are detailed in our [Editorial Policies](#). Please note that non-commissioned pooled analyses of selected published research will not be considered.

### Submission process

Manuscripts must be submitted by one of the authors of the manuscript, and should not be submitted by anyone on their behalf. The corresponding author takes responsibility for the article during submission and peer review.

Please note that *BMC Health Services Research* levies an article-processing charge on all accepted Research articles; if the corresponding author's institution is a [BioMed Central member](#) the cost of the article-processing charge may be covered by the membership (see [About](#) page for detail). Please note that the membership is only automatically recognised on submission if the corresponding author is based at the member institution.

To facilitate rapid publication and to minimize administrative costs, *BMC Health Services Research* prefers [online submission](#).

Files can be submitted as a batch, or one by one. The submission process can be interrupted at any time; when users return to the site, they can carry on where they left off.

See below for examples of [word processor](#) and [graphics file formats](#) that can be accepted for the main manuscript document by the online submission system. Additional files of any type, such as [movies](#), animations, or [original data files](#), can also be submitted as part of the manuscript.

During submission you will be asked to provide a cover letter. Use this to explain why your manuscript should be published in the journal, to elaborate on any issues relating to our editorial policies in the '[About BMC Health Services Research](#)' page, and to declare any potential competing interests.

Assistance with the process of manuscript preparation and submission is available from [BioMed Central customer support team](#).

We also provide a collection of links to useful tools and resources for scientific authors on our [Useful Tools](#) page.

### File formats

The following word processor file formats are acceptable for the main manuscript document:

- Microsoft word (DOC, DOCX)

- Rich text format (RTF)
- Portable document format (PDF)
- TeX/LaTeX (use [BioMed Central's TeX template](#))
- DeVice Independent format (DVI)

TeX/LaTeX users: Please use [BioMed Central's TeX template](#) and BibTeX stylefile if you use TeX format. During the TeX submission process, please submit your TeX file as the main manuscript file and your bib/bbl file as a dependent file. Please also convert your TeX file into a PDF and submit this PDF as an additional file with the name 'Reference PDF'. This PDF will be used by internal staff as a reference point to check the layout of the article as the author intended. Please also note that all figures must be coded at the end of the TeX file and not inline.

If you have used another template for your manuscript, or if you do not wish to use BibTeX, then please submit your manuscript as a DVI file. We do not recommend converting to RTF.

For all TeX submissions, all relevant editable source must be submitted during the submission process. Failing to submit these source files will cause unnecessary delays in the publication procedures.

## Publishing Datasets

Through a special arrangement with [LabArchives](#), LLC, authors submitting manuscripts to BMC Health Services Research can obtain a [complimentary subscription to LabArchives](#) with an allotment of 100MB of storage. LabArchives is an Electronic Laboratory Notebook which will enable scientists to share and publish data files in situ; you can then link your paper to these data. Data files linked to published articles are assigned digital object identifiers (DOIs) and will remain available in perpetuity. Use of LabArchives or similar data publishing services does not replace preexisting data deposition requirements, such as for nucleic acid sequences, protein sequences and atomic coordinates.

Instructions on assigning DOIs to datasets, so they can be permanently linked to publications, can be found on the LabArchives website. Use of LabArchives' software has no influence on the editorial decision to accept or reject a manuscript.

Authors linking datasets to their publications should include an [Availability of supporting data](#) section in their manuscript and cite the dataset in their reference list.

## Preparing main manuscript text

General guidelines of the journal's style and language are given [below](#).

## Overview of manuscript sections for Research articles

Manuscripts for Research articles submitted to *BMC Health Services Research* should be divided into the following sections (in this order):

- [Title page](#)
- [Abstract](#)
- [Keywords](#)
- [Background](#)
- [Methods](#)
- [Results and discussion](#)

- [Conclusions](#)
- [List of abbreviations used](#) (if any)
- [Competing interests](#)
- [Authors' contributions](#)
- [Authors' information](#)
- [Acknowledgements](#)
- [Endnotes](#)
- [References](#)
- [Illustrations and figures](#) (if any)
- [Tables and captions](#)
- [Preparing additional files](#)

The **Accession Numbers** of any nucleic acid sequences, protein sequences or atomic coordinates cited in the manuscript should be provided, in square brackets and include the corresponding database name; for example, [EMBL:AB026295, EMBL:AC137000, DDBJ:AE000812, GenBank:U49845, PDB:1BFM, Swiss-Prot:Q96KQ7, PIR:S66116].

The databases for which we can provide direct links are: EMBL Nucleotide Sequence Database ([EMBL](#)), DNA Data Bank of Japan ([DDBJ](#)), GenBank at the NCBI ([GenBank](#)), Protein Data Bank ([PDB](#)), Protein Information Resource ([PIR](#)) and the Swiss-Prot Protein Database ([Swiss-Prot](#)).

For reporting standards please see the information in the [About](#) section.

## Title page

The title page should:

- provide the title of the article
- list the full names, institutional addresses and email addresses for all authors
- indicate the corresponding author

Please note:

- the title should include the study design, for example "A versus B in the treatment of C: a randomized controlled trial X is a risk factor for Y: a case control study"
- abbreviations within the title should be avoided
- if a collaboration group should be listed as an author, please list the Group name as an author. If you would like the names of the individual members of the Group to be searchable through their individual PubMed records, please include this information in the "acknowledgements" section in accordance with the instructions below. Please note that the individual names may not be included in the PubMed record at the time a published article is initially included in PubMed as it takes PubMed additional time to code this information.

## Abstract

The Abstract of the manuscript should not exceed 350 words and must be structured into separate sections: **Background**, the context and purpose of the study; **Methods**, how the study was performed and statistical tests used; **Results**, the main findings; **Conclusions**, brief summary and potential implications. Please minimize the use of abbreviations and do not cite references in the abstract. **Trial registration**, if your research article reports the results of a controlled health care intervention, please list your trial registry, along with the unique identifying number (e.g. **Trial registration**: Current Controlled Trials ISRCTN73824458). Please note that there should be no space between the letters and numbers of your trial registration number. We recommend manuscripts that report randomized controlled trials follow the [CONSORT extension for abstracts](#).

## Keywords

Three to ten keywords representing the main content of the article.

## Background

The Background section should be written in a way that is accessible to researchers without specialist knowledge in that area and must clearly state - and, if helpful, illustrate - the background to the research and its aims. Reports of clinical research should, where appropriate, include a summary of a search of the literature to indicate why this study was necessary and what it aimed to contribute to the field. The section should end with a brief statement of what is being reported in the article.

## Methods

The methods section should include the design of the study, the setting, the type of participants or materials involved, a clear description of all interventions and comparisons, and the type of analysis used, including a power calculation if appropriate. Generic drug names should generally be used. When proprietary brands are used in research, include the brand names in parentheses in the Methods section.

For studies involving human participants a statement detailing ethical approval and consent should be included in the methods section. For further details of the journal's editorial policies and ethical guidelines see ['About this journal'](#).

For further details of the journal's data-release policy, see the policy section in ['About this journal'](#).

## Results and discussion

The Results and discussion may be combined into a single section or presented separately. Results of statistical analysis should include, where appropriate, relative and absolute risks or risk reductions, and confidence intervals. The Results and discussion sections may also be broken into subsections with short, informative headings.

## Conclusions

This should state clearly the main conclusions of the research and give a clear explanation of their importance and relevance. Summary illustrations may be included.

## List of abbreviations

If abbreviations are used in the text they should be defined in the text at first use, and a list of abbreviations can be provided, which should precede the competing interests and authors' contributions.

## Competing interests

A competing interest exists when your interpretation of data or presentation of information may be influenced by your personal or financial relationship with other people or organizations. Authors must disclose any financial competing interests; they should also reveal any non-financial competing interests that may cause them embarrassment were they to become public after the publication of the manuscript.

Authors are required to complete a declaration of competing interests. All competing interests that are declared will be listed at the end of published articles. Where an author gives no competing interests, the listing will read 'The author(s) declare that they have no competing interests'.

When completing your declaration, please consider the following questions:

### *Financial competing interests*

- In the past three years have you received reimbursements, fees, funding, or salary from an organization that may in any way gain or lose financially from the publication of this manuscript, either now or in the future? Is such an organization financing this manuscript (including the article-processing charge)? If so, please specify.
- Do you hold any stocks or shares in an organization that may in any way gain or lose financially from the publication of this manuscript, either now or in the future? If so, please specify.
- Do you hold or are you currently applying for any patents relating to the content of the manuscript? Have you received reimbursements, fees, funding, or salary from an organization that holds or has applied for patents relating to the content of the manuscript? If so, please specify.
- Do you have any other financial competing interests? If so, please specify.

### *Non-financial competing interests*

Are there any non-financial competing interests (political, personal, religious, ideological, academic, intellectual, commercial or any other) to declare in relation to this manuscript? If so, please specify.

If you are unsure as to whether you, or one your co-authors, has a competing interest please discuss it with the editorial office.

## Authors' contributions

In order to give appropriate credit to each author of a paper, the individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section.

According to [ICMJE guidelines](#), An 'author' is generally considered to be someone who has made substantive intellectual contributions to a published study. To qualify as an author one should 1) have made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) have been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; 3) have given final approval of the version to be published; and 4) agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content. Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group, alone, does not justify authorship.

We suggest the following kind of format (please use initials to refer to each author's contribution): AB carried out the molecular genetic studies, participated in the sequence alignment and drafted the manuscript. JY carried out the immunoassays. MT participated in the sequence alignment. ES

participated in the design of the study and performed the statistical analysis. FG conceived of the study, and participated in its design and coordination and helped to draft the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, a department chair who provided only general support, or those who contributed as part of a large collaboration group.

## Authors' information

You may choose to use this section to include any relevant information about the author(s) that may aid the reader's interpretation of the article, and understand the standpoint of the author(s). This may include details about the authors' qualifications, current positions they hold at institutions or societies, or any other relevant background information. Please refer to authors using their initials. Note this section should not be used to describe any competing interests.

## Acknowledgements

Please acknowledge anyone who contributed towards the article by making substantial contributions to conception, design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data, or who was involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content, but who does not meet the criteria for authorship. Please also include the source(s) of funding for each author, and for the manuscript preparation. Authors must describe the role of the funding body, if any, in design, in the collection, analysis, and interpretation of data; in the writing of the manuscript; and in the decision to submit the manuscript for publication. Please also acknowledge anyone who contributed materials essential for the study. If a language editor has made significant revision of the manuscript, we recommend that you acknowledge the editor by name, where possible.

The role of a scientific (medical) writer must be included in the acknowledgements section, including their source(s) of funding. We suggest wording such as 'We thank Jane Doe who provided medical writing services on behalf of XYZ Pharmaceuticals Ltd.'

If you would like the names of the individual members of a collaboration Group to be searchable through their individual PubMed records, please ensure that the title of the collaboration Group is included on the title page and in the submission system and also include collaborating author names as the last paragraph of the "acknowledgements" section. Please add authors in the format First Name, Middle initial(s) (optional), Last Name. You can add institution or country information for each author if you wish, but this should be consistent across all authors.

Please note that individual names may not be present in the PubMed record at the time a published article is initially included in PubMed as it takes PubMed additional time to code this information.

Authors should obtain permission to acknowledge from all those mentioned in the Acknowledgements section.

## Endnotes

Endnotes should be designated within the text using a superscript lowercase letter and all notes (along with their corresponding letter) should be included in the Endnotes section. Please format this section in a paragraph rather than a list.

## References

All references, including URLs, must be numbered consecutively, in square brackets, in the order in which they are cited in the text, followed by any in tables or legends. Each reference must have an individual reference number. Please avoid excessive referencing. If automatic numbering systems are used, the reference numbers must be finalized and the bibliography must be fully formatted before submission.

Only articles, clinical trial registration records and abstracts that have been published or are in press, or are available through public e-print/preprint servers, may be cited; unpublished abstracts, unpublished data and personal communications should not be included in the reference list, but may be included in the text and referred to as "unpublished observations" or "personal communications" giving the names of the involved researchers. Obtaining permission to quote personal communications and unpublished data from the cited colleagues is the responsibility of the author. Footnotes are not allowed, but endnotes are permitted. Journal abbreviations follow Index Medicus/MEDLINE. Citations in the reference list should include all named authors, up to the first six before adding 'et al.'.

Any *in press* articles cited within the references and necessary for the reviewers' assessment of the manuscript should be made available if requested by the editorial office.

An Endnote style file is [available](#).

Examples of the *BMC Health Services Research* reference style are shown [below](#). Please ensure that the reference style is followed precisely; if the references are not in the correct style they may have to be retyped and carefully proofread.

All web links and URLs, including links to the authors' own websites, should be given a reference number and included in the reference list rather than within the text of the manuscript. They should be provided in full, including both the title of the site and the URL, as well as the date the site was accessed, in the following format: The Mouse Tumor Biology Database. <http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>. Accessed 20 May 2013. If an author or group of authors can clearly be associated with a web link, such as for weblogs, then they should be included in the reference.

Authors may wish to make use of reference management software to ensure that reference lists are correctly formatted. An example of such software is [Papers](#), which is part of Springer Science+Business Media.

### **Examples of the *BMC Health Services Research* reference style**

#### *Article within a journal*

Smith JJ. The world of science. *Am J Sci*. 1999;36:234-5.

#### *Article within a journal (no page numbers)*

Rohrmann S, Overvad K, Bueno-de-Mesquita HB, Jakobsen MU, Egeberg R, Tjønneland A, et al. Meat consumption and mortality - results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *BMC Medicine*. 2013;11:63.

#### *Article within a journal by DOI*

Slifka MK, Whitton JL. Clinical implications of dysregulated cytokine production. *Dig J Mol Med*. 2000; doi:10.1007/s801090000086.

#### *Article within a journal supplement*

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan. *Blood* 1979;59 Suppl 1:26-32.



*Book chapter, or an article within a book*

Wyllie AH, Kerr JFR, Currie AR. Cell death: the significance of apoptosis. In: Bourne GH, Danielli JF, Jeon KW, editors. International review of cytology. London: Academic; 1980. p. 251-306.

*OnlineFirst chapter in a series (without a volume designation but with a DOI)*

Saito Y, Hyuga H. Rate equation approaches to amplification of enantiomeric excess and chiral symmetry breaking. Top Curr Chem. 2007. doi:10.1007/128\_2006\_108.

*Complete book, authored*

Blenkinsopp A, Paxton P. Symptoms in the pharmacy: a guide to the management of common illness. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 1998.

*Online document*

Doe J. Title of subordinate document. In: The dictionary of substances and their effects. Royal Society of Chemistry. 1999. [http://www.rsc.org/dose/title of subordinate document](http://www.rsc.org/dose/title%20of%20subordinate%20document). Accessed 15 Jan 1999.

*Online database*

Healthwise Knowledgebase. US Pharmacopeia, Rockville. 1998. <http://www.healthwise.org>. Accessed 21 Sept 1998.

*Supplementary material/private homepage*

Doe J. Title of supplementary material. 2000. <http://www.privatehomepage.com>. Accessed 22 Feb 2000.

*University site*

Doe, J: Title of preprint. <http://www.uni-heidelberg.de/mydata.html> (1999). Accessed 25 Dec 1999.

*FTP site*

Doe, J: Trivial HTTP, RFC2169. <ftp://ftp.isi.edu/in-notes/rfc2169.txt> (1999). Accessed 12 Nov 1999.

*Organization site*

ISSN International Centre: The ISSN register. <http://www.issn.org> (2006). Accessed 20 Feb 2007.

*Dataset with persistent identifier*

Zheng L-Y, Guo X-S, He B, Sun L-J, Peng Y, Dong S-S, et al. Genome data from sweet and grain sorghum (*Sorghum bicolor*). GigaScience Database. 2011. <http://dx.doi.org/10.5524/100012>.

## Preparing illustrations and figures

Illustrations should be provided as separate files, not embedded in the text file. Each figure should include a single illustration and should fit on a single page in portrait format. If a figure consists of separate parts, it is important that a single composite illustration file be submitted which contains all parts of the figure. There is no charge for the use of color figures.

Please read our [figure preparation guidelines](#) for detailed instructions on maximising the quality of your figures.

## Formats

The following file formats can be accepted:

- PDF (preferred format for diagrams)

- DOCX/DOC (single page only)
- PPTX/PPT (single slide only)
- EPS
- PNG (preferred format for photos or images)
- TIFF
- JPEG
- BMP

## Figure legends

The legends should be included in the main manuscript text file at the end of the document, rather than being a part of the figure file. For each figure, the following information should be provided: Figure number (in sequence, using Arabic numerals - i.e. Figure 1, 2, 3 etc); short title of figure (maximum 15 words); detailed legend, up to 300 words.

**Please note that it is the responsibility of the author(s) to obtain permission from the copyright holder to reproduce figures or tables that have previously been published elsewhere.**

## Preparing tables

Each table should be numbered and cited in sequence using Arabic numerals (i.e. Table 1, 2, 3 etc.). Tables should also have a title (above the table) that summarizes the whole table; it should be no longer than 15 words. Detailed legends may then follow, but they should be concise. Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.

Smaller tables considered to be integral to the manuscript can be pasted into the end of the document text file, in A4 portrait or landscape format. These will be typeset and displayed in the final published form of the article. Such tables should be formatted using the 'Table object' in a word processing program to ensure that columns of data are kept aligned when the file is sent electronically for review; this will not always be the case if columns are generated by simply using tabs to separate text. Columns and rows of data should be made visibly distinct by ensuring that the borders of each cell display as black lines. Commas should not be used to indicate numerical values. Color and shading may not be used; parts of the table can be highlighted using symbols or bold text, the meaning of which should be explained in a table legend. Tables should not be embedded as figures or spreadsheet files.

Larger datasets or tables too wide for a portrait page can be uploaded separately as additional files. Additional files will not be displayed in the final, laid-out PDF of the article, but a link will be provided to the files as supplied by the author.

Tabular data provided as additional files can be uploaded as an Excel spreadsheet (.xls ) or comma separated values (.csv). As with all files, please use the standard file extensions.

## Preparing additional files

Although *BMC Health Services Research* does not restrict the length and quantity of data included in an article, we encourage authors to provide datasets, tables, movies, or other information as additional files.

Please note: All Additional files **will be published** along with the article. Do not include files such as patient consent forms, certificates of language editing, or revised versions of the main manuscript document with tracked changes. Such files should be sent by email to [editorial@biomedcentral.com](mailto:editorial@biomedcentral.com), quoting the Manuscript ID number.

Results that would otherwise be indicated as "data not shown" can and should be included as additional files. Since many weblinks and URLs rapidly become broken, *BMC Health Services Research* requires that supporting data are included as additional files, or deposited in a recognized repository. Please do not link to data on a personal/departmental website. The maximum file size for additional files is 20 MB each, and files will be virus-scanned on submission.

Additional files can be in any format, and will be downloadable from the final published article as supplied by the author. We recommend CSV rather than PDF for tabular data.

Certain supported files formats are recognized and can be displayed to the user in the browser. These include most movie formats (for users with the Quicktime plugin), mini-websites prepared according to our guidelines, chemical structure files (MOL, PDB), geographic data files (KML).

If additional material is provided, please list the following information in a separate section of the manuscript text:

- File name (e.g. Additional file 1)
- File format including the correct file extension for example .pdf, .xls, .txt, .pptx (including name and a URL of an appropriate viewer if format is unusual)
- Title of data
- Description of data

Additional files should be named "Additional file 1" and so on and should be referenced explicitly by file name within the body of the article, e.g. 'An additional movie file shows this in more detail [see Additional file 1]'.

## Additional file formats

Ideally, file formats for additional files should not be platform-specific, and should be viewable using free or widely available tools. The following are examples of suitable formats.

- Additional documentation
  - PDF (Adobe Acrobat)
- Animations
  - SWF (Shockwave Flash)
- Movies
  - MP4 (MPEG 4)
  - MOV (Quicktime)
- Tabular data
  - XLS, XLSX (Excel Spreadsheet)
  - CSV (Comma separated values)

As with figure files, files should be given the standard file extensions.

## Mini-websites

Small self-contained websites can be submitted as additional files, in such a way that they will be browsable from within the full text HTML version of the article. In order to do this, please follow these instructions:

1. Create a folder containing a starting file called index.html (or index.htm) in the root.
2. Put all files necessary for viewing the mini-website within the folder, or sub-folders.
3. Ensure that all links are relative (ie "images/picture.jpg" rather than "/images/picture.jpg" or "http://yourdomain.net/images/picture.jpg" or "C:\Documents

and Settings\username\My Documents\mini-website\images\picture.jpg") and no link is longer than 255 characters.

4. Access the index.html file and browse around the mini-website, to ensure that the most commonly used browsers (Internet Explorer and Firefox) are able to view all parts of the mini-website without problems, it is ideal to check this on a different machine.
5. Compress the folder into a ZIP, check the file size is under 20 MB, ensure that index.html is in the root of the ZIP, and that the file has .zip extension, then submit as an additional file with your article.

## Style and language

### General

Currently, *BMC Health Services Research* can only accept manuscripts written in English. Spelling should be US English or British English, but not a mixture.

There is no explicit limit on the length of articles submitted, but authors are encouraged to be concise.

*BMC Health Services Research* will not edit submitted manuscripts for style or language; reviewers may advise rejection of a manuscript if it is compromised by grammatical errors. Authors are advised to write clearly and simply, and to have their article checked by colleagues before submission. In-house copyediting will be minimal. Non-native speakers of English may choose to make use of a copyediting service.

### Language editing

For authors who wish to have the language in their manuscript edited by a native-English speaker with scientific expertise, BioMed Central recommends [Edanz](#). BioMed Central has arranged a 10% discount to the fee charged to BioMed Central authors by Edanz. Use of an editing service is neither a requirement nor a guarantee of acceptance for publication. Please contact [Edanz](#) directly to make arrangements for editing, and for pricing and payment details.

## Help and advice on scientific writing

The abstract is one of the most important parts of a manuscript. For guidance, please visit our page on [Writing titles and abstracts for scientific articles](#).

Tim Albert has produced for BioMed Central a [list of tips](#) for writing a scientific manuscript. [American Scientist](#) also provides a list of resources for science writing. For more detailed guidance on preparing a manuscript and writing in English, please visit the [BioMed Central author academy](#).

### Abbreviations

Abbreviations should be used as sparingly as possible. They should be defined when first used and a list of abbreviations can be provided following the main manuscript text.

### Typography

- Please use double line spacing.
- Type the text unjustified, without hyphenating words at line breaks.
- Use hard returns only to end headings and paragraphs, not to rearrange lines.
- Capitalize only the first word, and proper nouns, in the title.

- All lines and pages should be numbered. Authors are asked to ensure that line numbering is included in the main text file of their manuscript at the time of submission to facilitate peer-review. Once a manuscript has been accepted, line numbering should be removed from the manuscript before publication. For authors submitting their manuscript in Microsoft Word please do not insert page breaks in your manuscript to ensure page numbering is consistent between your text file and the PDF generated from your submission and used in the review process.
- Use the *BMC Health Services Research* [reference format](#).
- Footnotes are not allowed, but endnotes are permitted.
- Please do not format the text in multiple columns.
- Greek and other special characters may be included. If you are unable to reproduce a particular special character, please type out the name of the symbol in full. **Please ensure that all special characters used are embedded in the text, otherwise they will be lost during conversion to PDF.**

## Units

SI units should be used throughout (liter and molar are permitted, however).