

"DU SKAL IKKE TRENGE Å VÆRE HELDIG"



"Vi" - Toril Knutson - Kunst- og uttrykksfestival 2012

2012

Evaluering av Brobyggersamarbeidet i Notodden 2007-2011 – et samarbeidsbasert forskningsprosjekt

Anne Kvalheim

Prosjektleder/spesialkonsulent opplæring

Sykehuset Telemark HF, Klinikk Notodden-Rjukan

Prosjektleder

Gunnar Sørensen

Leder Mental Helse Notodden

Forskningsmedarbeider

Marit Borg

Professor

Veileder

Bengt Karlsson

Professor

Veileder

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR)

Høgskolen i Buskerud

Sammendrag

Bakgrunn

Brobyggeren er et samarbeidstiltak innen psykisk helse og rus i Notodden kommune. DPS og LMS ved lokalsykehuset, Psykisk helsetjeneste, NAV, arbeidsmarkedsbedriften NOPRO og brukerorganisasjonene inngikk i 2007 en avtale med hovedmålsetting at deres felles voksne brukere skal oppleve tjenestene som helhetlige og koordinerte. Det skal være spesielt fokus på koblingen behandling, arbeid og aktivitet. I 2011 ble samarbeidet utvidet til også å omfatte barnehage og skole og de øvrige tjenestene for barn og unge.

Mål og problemstilling

Målsetting med studien er å evaluere samarbeidet fram til utvidelsen i 2011, og studien gjennomføres med to delstudier. I delstudie 1 ønsker vi å utforske hvorvidt brukere av tjenestene i Brobyggersamarbeidet opplever at disse er helhetlige og koordinerte, og hva som kjennetegner samarbeidet når det fungerer godt og når det ikke fungerer hensiktsmessig. I delstudie 2 er hensikten å finne ut hvorvidt ansatte i virksomhetene kjenner til samarbeidsavtalen for Brobyggeren og hvordan de vurderer sin praksis i henhold til den.

Metode

Denne forskningsbaserte evalueringen har blitt gjennomført som et samarbeidsbasert forskningsdesign med bruk av både kvantitativ og kvalitativ metode. I delstudie 1 ble ansatte i virksomhetene bedt om å svare på en spørreundersøkelse i Confront der dataene ble analysert kvantitativt. I delstudie 2 deltok sju brukere av tjenestene i to fokusgruppeintervju der dataene ble analysert kvalitativt ut fra en fenomenologisk hermeneutisk analyse. Deltakerne ble rekruttert gjennom annonsering i lokalavisen og gjennom Psykisk helsetjeneste.

Funn

De samlede funnene er framstilt gjennom en kvantitativ og en kvalitativ del. I den kvalitative delen er temaene relatert til temaområdene 1) Kjennskap til Brobyggeren, 2) Å snakke sammen – innenfor og mellom tjenestene, 3) Å være heldig, 4) Ønsker og håp. I den kvantitative delen er funnene framstilt under følgende temaer 1) Bakgrunnsinformasjon, 2) Kjennskap til Brobyggeravtalen, 3) Bruk av Brobyggeravtalen, 4) Vurdering av egen praksis i henhold til Brobyggeravtalen.

Konklusjon

Relatert til forskningsspørsmålene i denne studien er det grunnlag for å konkludere med følgende: Brobyggersamarbeidet er på riktig vei, men samarbeidet rundt den enkelte bruker framstår fortsatt for tilfeldig og avhengig av hvor heldig du er med den du møter. Informasjonsflyten til og rundt brukere har betydelig forbedringspotensial. Dette gjelder orientering til bruker, overføring av informasjon internt og mellom tjenestene ved overganger. Brukere og pårørende trenger mer informasjon og opplæring slik at de vet hva de kan etterspørre og forvente seg ut fra samarbeidets målsettinger. Bedre rutiner for innhenting av samtykke, tilbud om individuell plan og samarbeidsmøter etterlyses. Tilpasset arbeid, i stedet for å bli satt på uføretrygd, utfordrer samarbeidet mellom arbeids- og

velferdstjenestene og helsetjenesten. En mer autonom koordinatorrolle forutsetter opplæring og oppfølging. Ansatte i virksomhetene har begrenset kjennskap til Brobyggeravtalen og selve avtalen er lite aktivt i bruk, men ansatte vurderer selv at de i betydelig grad arbeider i henhold til dens mål og intensjoner.

På bakgrunnen av de to undersøkelsene, foreslår vi at følgende områder, i uprioritert rekkefølge, vurderes i den videre implementeringen av Brobyggersamarbeidet:

- Praksis for innhenting av samtykke
- Informasjon og opplæring. Hjemmesiden utvikles, serviceerklæring utarbeides
- Fastlegene involveres mer
- Flere får tilbud om IP. Regelmessig opplæring og veiledning for ledere og ansatte
- Styrke koordinatorrollen, større status og autonomi
- Opprette Brobyggerens brukerforum
- Opprette læringsnettverk/tverrfaglig veiledning på tvers av virksomhetene
- Brobyggerdager, flere brukere og mer erfaringskunnskap
- Forskning på Kilden, hva og hvordan
- Utvikle arbeidslivsprosjekter. Pilotprosjekt i utvalgte bedrifter med følgeforskning

Drøfting av resultater og prioritering bør foregå i dialogkonferanse med brukere og fagfolk til stede, og videre inngå i Brobyggerens strategi og handlingsplan.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	5
1.1	Bakgrunn	5
1.2	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	6
1.3	Studiens begrensninger, avgrensninger og relevans	6
1.4	Organisering av studien	7
2.0	Fra 'brist i alle ledd' til 'helhet og sammenheng'	9
2.1	Brobyggeren – et prosjekt i tiden med brukeren i sentrum	9
2.2	Hva vet vi om samhandling innen psykisk helsefeltet?	9
3.0	Brukerinvolvering i forskningsprosessen, metodologisk beskrivelse	12
3.1	Kunnskapssyn og forskningsstrategi	12
3.2	I dybden og i bredden	13
3.3	Gjennomføring av studien	13
3.3.1	Utvikling av kvantitativt spørreskjema	14
3.3.2	Utvikling av intervjuguide	15
3.4	Utvalg og metoder for dataskaping	15
3.4.1	Utvalg	15
3.4.2	Gjennomføring av kvantitativ spørreundersøkelse	16
3.4.3	Gjennomføring av flerstegs fokusgruppeintervju	16
3.5	Analyse av kvantitative og kvalitative data	16
3.6	Forskningsetiske refleksjoner	17
4.0	Funn	19
4.1	Den kvantitative studien	19
4.1.1	Bakgrunnsinformasjon	19
4.1.2	Kjennskap til Brobyggeravtalen	21
4.1.3	Bruk av avtalen	21
4.1.4	Hvordan opplever du at følgende stemmer innenfor Brobyggersamarbeidet?	22
4.2	Den kvalitative studien	27
4.2.1	Kjennskap til Brobyggeren	28
4.2.2	Å snakke sammen – innenfor og mellom tjenestene	28
4.2.3	Å være heldig	31
4.2.4	Ønsker og håp	32
5.0	Diskusjon	36
5.1	Utfordringer knyttet til implementering av nye praksiser	36
5.2	Hvordan kan alle brukere bli heldige?	38
5.3	Et utvidet arbeidsbegrep	40
6.0	Konklusjoner	43
	Referanser:	45
	Tabell:	49
	Vedlegg:	52

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Brobyggeren er et samarbeidstiltak innen psykisk helse og rus i Notodden kommune med flere aktører og stor grad av systematisk brukerinvolvering, www.brobyggeren.notodden.no

I Notodden kommune ble det i 2006 opprettet et samarbeid mellom brukerorganisasjonene, Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og Lærings- og mestringssenteret (LMS) ved lokalsykehuset, Psykisk helse, NAV og bedriften NOPRO. Hensikten var at voksne tjenestemottakere innen psykisk helse og rus skulle oppleve tjenestene som helhetlige og koordinerte. Prosjektet ble forankret i toppledelsen i virksomhetene gjennom en skriftlig samarbeidsavtale som ble underskrevet i 2007 og revidert i 2009 (vedlegg 1).

Samarbeidet skal bygge på likeverd og respekt for hverandres fagområder, kompetanse og rammer, og skape forståelse for at brukeren skal være i førersetet i møte med tjenestene. Aktørene har et gjensidig ansvar for å kjenne til hverandres tilbud og informere brukerne om disse. Samarbeidet skal ha et spesielt fokus på koblingen mellom helse, behandling, arbeid og aktivitet. Det skal være lav terskel for å ta kontakt tjenestestedene imellom, og brukerne skal oppleve fleksible løsninger og kontinuitet. I alle faser av et tjenestetilbud skal kopling til andre arenaer vurderes sammen med brukeren, og psykisk helse skal være et naturlig samtaleemne. Individuell plan (Helsedirektoratet, 2007) skal benyttes ved langvarige og sammensatte tjenester. Fra 2011 ble prosjektet utvidet med oppvekstseksjonen og videregående skole for å utvide målsettingen til å gjelde livsløp ”fra vugge til grav”.

Brobyggersamarbeidet skal være forankret på alle nivå i organisasjonene. På systemnivå er det en overordnet styringsgruppe bestående av topplederne. På tjenestenivå er det etter utvidelsen opprettet en iverksettende gruppe med virksomhetsledere som skal sørge for implementering i tråd med føringene i avtalen. Gjennom felles kompetansebygging, Brobyggerdager og implementeringstiltak, har en tro på at brukerne vil merke en forskjell. Det har i stor grad vært opp til den enkelte organisasjon å sørge for implementering i egen virksomhet, noe som kan være utfordrende ”i en travel hverdag”.

Gjennom samarbeidet er det opprettet et lavterskeltilbud, Kilden, åpent for alle, www.frakilden.com. Her foregår kreativ utvikling og sosialt fellesskap. Det tilbys aktiviteter, kurs og veiledning og en årlig Kunst- og uttrykksfestival som går over flere dager. Opp til 200 mennesker kan i løpet av en uke benytte tilbudene på Kilden.

1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Denne evalueringen gjelder for perioden før utvidelsen og omhandler samarbeidet rundt voksne, dvs. mennesker over 18 år. Styringsgruppen i Brobyggeren ønsker å få mer kunnskap om hvordan brukere av de involverte tjenestene opplever at tjenestesamarbeidet fungerer og om målsettingene blir nådd i praksis. En vil særlig undersøke forholdet mellom behandling og arbeid/aktivitet. Samtidig er det også et ønske å få vite om de ansatte i virksomhetene kjenner til samarbeidsavtalen, og om intensjonene etterleves i møtet med brukerne. Studien omfatter altså to delstudier, en rettet mot brukere og en mot ansatte i virksomhetene. Da fastlegene har en sentral rolle, er de også inkludert sammen med ansatte.

Deltakernes erfaringer er belyst gjennom følgende forskningsspørsmål:

Opplever brukerne innenfor tjenestene i Brobyggersamarbeidet at disse er helhetlige og koordinerte?

- Hva kjennetegner tjenestesamarbeidet når det fungerer godt?
- Hvordan er det når det ikke fungerer hensiktsmessig?

Det andre forskningsspørsmålet rettet mot ansatte er følgende:

Hvor godt kjenner ansatte i organisasjonene samarbeidsavtalen for Brobyggeren, og hvordan vurderer de sin praksis i henhold til den?

1.3 Studiens begrensninger, avgrensninger og relevans

Evalueringsstudien startet i april 2011 ved å diskutere prosjektets mål og prosesser, samt å utvikle forskningsspørsmål i samarbeid med brukere.

Prosjektleder gjennomførte høsten 2010 - våren 2011 videreutdanningen i samarbeidsbasert forskning ved Høgskolen i Buskerud (HiBu). Eksamensbesvarelsen var å utarbeide en prosjektbeskrivelse for et samarbeidsbasert forskningsdesign der mennesker med egenerfaring med psykiske helseproblemer skulle delta. I samråd med arbeidsgiver ble det avtalt å utarbeide en prosjektbeskrivelse for evaluering av Brobyggersamarbeidet som kunne gjennomføres etter at videreutdanningen var avsluttet (Friis og Vaglum, 1999).

Brobyggeren søkte og fikk tildelt midler fra Helsedialog til å gjennomføre studien under forutsetning av at den ble knyttet til et eksternt forskningsmiljø. Det ble inngått avtale med Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR) Høgskolen i Buskerud med professor

Marit Borg og professor Bengt Karlsson som veiledere. Studiet skulle gjennomføres høsten 2011 – våren 2012, og det skulle knyttes forskningsmedarbeider med brukererfaring til prosjektet.

Gjennom studien får vi belyst problemstillingen fra to perspektiver, både brukernes ståsted, og de ansattes. Å få breddeperspektivet gjennom en kvantitativ undersøkelse blant ansatte kombinert med dybdeperspektivet gjennom en kvalitativ undersøkelse blant brukere, bør gi studien et vitenskapelig godt fundament.

At mennesker som selv har erfaring med psykisk helseproblemer sammen med fagfolk har vært med å definere hva vi lurte på, hvem vi skal spørre, og at en forskningsmedarbeider har deltatt i analyse og drøfting av resultater, gjør studien relevant både for fagfolk og for dem studien først og fremst angår, våre brukere.

1.4 Organisering av studien

Sykehuset Telemark HF, Klinikk Notodden/Rjukan er behandlingsansvarlig institusjon for forskningsprosjektet, og har stilt til rådighet statistiker Martin Veel Svendsen som har gjort det mulig å gjennomføre spørreundersøkelsen elektronisk. Prosjektleder er Anne Kvalheim. Hun har mastergrad i utdanningsledelse fra Universitetet i Oslo og videreutdanning i samarbeidsbasert forskning ved fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud. Adjunkt med tilleggsutdanning, Gunnar Sørensen, som er leder av Mental Helse Notodden, har vært engasjert som prosjektmedarbeider med brukererfaring. Han har bidratt til utarbeidelse av spørreskjema og intervjuguide, deltatt i begge intervjuene i fokusgruppen, deltatt i analysen, bidratt i rapporteringen og i øvrig publisering av resultater. Konsulent Hege Vigger Pedersen ved Notodden/Seljord DPS har transkribert intervjuene.

Prosjektets veiledere har vært professor Marit Borg og professor Bengt Karlsson, IFPR, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud. De har fulgt ”tett på” i alle prosjektets faser, og har hele tida vært tilgjengelige for prosjektet. 1.amanuensis Ottar Ness (IFRP) deltok på første fokusgruppeintervju som stedfortreder for Marit Borg.

Ledere ved virksomhetene i Brobyggeren og Brukerrådet ved DPS har vært nyttige medspillere i utvikling av forskningsspørsmål og som inspiratorer underveis i gjennomføringen.

1. oktober 2011 ble prosjektleder for evalueringen også engasjert som prosjektleder/programkoordinator for det utvidede Brobyggersamarbeidet, da den tidligere

lederen gikk over i annen stilling. Å forske på et felt hvor en selv er involvert, krever bevissthet om dobbeltrollen og evt. hvordan det kan påvirke tolkning av dataene. Det er et nyttig korrektiv å ha forskningsmedarbeider med brukererfaring med i alle delene av prosjektet, samt å ha ekstern veiledning.

2.0 Fra 'brist i alle ledd' til 'helhet og sammenheng'

2.1 Brobyggeren – et prosjekt i tiden med brukeren i sentrum

Allerede i 1981 satte fire departementer seg sammen for å utarbeide helsepolitiske mål for mennesker som sliter med den psykiske helsen, nedfelt i et rundskriv om ”Tilbud i nærmiljøet for personer med psykiske lidelser”. Mennesker som kommer i en pasient- og brukerrolle skal på lik linje med andre få mulighet til deltakelse, tilhørighet og å mestre sin livssituasjon. Samtidig har brukermedvirkning gjennom markedsideologiens inntog i helsevesenet på 1990-tallet, blitt introdusert (Sosialdepartementet, 1992; Sosial- og helsedepartementet, 1997; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Med henvisning til demokratiske rettigheter og anerkjennelse av brukerens egen kunnskap om seg selv, vokste det fram slagord som ”brukeren i sentrum” og ”styrk brukeren”, noe som også skal gjelde for mennesker med psykiske helseutfordringer. En slik empowermentfremmende holdning utfordret den tradisjonelle profesjonsrollen i et faglig hierarkisk helsevesen der brukernes stemme har vært lite etterspurt (Askheim, 2005). Koordinering av psykososialt arbeid (case management) for mennesker med langvarige og alvorlige psykiske lidelser ble utviklet fordi det ofte trengs verktøy for å få til endringer (Helsetilsynet, 2000). St.meld. nr. 25, (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* la opp hovedlinjene for hvordan utviklingen av tjenestetilbudene for mennesker med psykiske lidelser skulle være. *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* (St.prp. nr. 63, (1997-98)) medførte tiltak og økonomi for å utbedre ”brist i alle ledd” i behandlingsskjeden, slik brukere selv beskrev tilstanden. Arbeids- og velferdstjenestene hadde også strategi som gikk ut på at alle skal inkluderes i samfunnet (St.meld. nr 9 (2006-2007)). Siste skudd på den politiske stammen er Samhandlingsreformen som trådte i kraft fra 1. januar 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Målsettingen er å finne gode løsninger nivåene imellom for å stå bedre rustet til å mestre utfordringene knyttet til store pasientgrupper. Å gi tilpassede tjenester og unngå at pasienter fortsetter å bli ”kasteballer” mellom systemene, er framtidens helseutfordring både i somatisk og psykisk helsevern.

2.2 Hva vet vi om samhandling innen psykisk helsefeltet?

Til tross for at myndighetene har fokusert på samarbeid og samhandling i mange tiår, ser det ut til å være begrenset med forskning innen dette området. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utarbeidet i 2008 en kunnskapsoppsummering om effekter av

samhandlingstiltak for pasienter med alvorlig og kronisk psykisk lidelse som behandles i allmennpraksis (Hviding et al, 2008). De fant 19 studier hvorav ni var systematiske oversikter og ti enkeltstudier.

Majoriteten av studiene var fra USA. Ved å samhandle om opplæringstiltak og organisatoriske tiltak ved behandling av mennesker med moderat til alvorlig depresjon og angstlidelse, har det en positiv effekt på sykdomsforløp og kvaliteten på tjenesten. Flere pasienter opplevde bedring av symptomer og kom seg, og de etterlevde behandlingen bedre når samarbeidet gikk ”på skinner”. Det forutsatte organisatorisk forankring av tiltaket på alle nivåer, integrering av spesialisthelsetjenester i allmennpraksis, fokus på helhetlig pasientforløp, opplæring av lege og pasient, og aktiv oppfølging av pasient med gode rutiner for tilbakemelding til lege. De har ikke funnet noen effektstudier av samhandlingstiltak mellom fastlegen og andre relevante etater og profesjoner utenfor helsetjenesten.

Det er ikke nødvendigvis slik at økte investeringer og ressurser gir bedre lokalt baserte psykiske helsetjenester (Stuart et al, 2010). En canadisk studie som fulgte utviklingen av lokalt baserte tjenester med betydelig investering i hjemmebasert hjelp, fant ut at flere fikk hjelp, men ingen bedre resultater sammenliknet med mer tilpassede og målrettede tjenester.

Et prosjekt i Hedmark beskriver samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste som tilfredsstillende både angående rutiner, kvalitet og det de kaller gjensidighetskunnskap (Danbolt et al, 2010). Det er ønskelig med tettere samarbeid med fastleger, større brukerinnflytelse, mer nettverkstenkning og flere ambulante DPS-tjenester, noe som sammenfaller bra med den tidligere kunnskapsoppsummeringen.

En amerikansk studie viser at kontinuitet i oppfølging og omsorg har positiv innvirkning på resultatet av hjelpen til mennesker med psykiske lidelser. Bedre resultatmål ble oppnådd når det var færre tjenesteytende sektorer med god styring og intensiv ”case management” og sentralisert tilgang til tjenester (Durbin et al, 2006). De omtaler dette som systemintegrasjon, og tilrår mer forskning på slike mekanismer ved bruk av klientbaserte måleinstrumenter.

Kunnskapssenteret har rapportert tilbakemeldinger fra seks regionale konferanser med brukere og det offentlige tjenesteapparatet om bruk av Individuell plan (IP) (Helsedirektoratet, 2009). De sammenfatter de tre viktigste momentene som må til for å lykkes i arbeidet med IP: 1) Brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt. IP skaper håp og

tro på et meningsfylt liv. 2) Løft fram koordinatorrollen! Myndiggjøring av koordinator. Gjør det så enkelt som mulig. Betydningen av god relasjon. 3) Arbeid med IP må forankres på politisk og administrativt nivå, system må være på plass, det må gis tid og det må være en koordinerende enhet. Det kom fram at økt bruk av IP representerer et betydelig potensial for å sikre helhetlige forløp med utgangspunkt i brukerens ståsted, og at det er et stort forbedringspotensial når det gjelder bruk av slike planer.

En studie fra USA tyder på at såkalte navigatører som hjelper personer med overgangen fra akuttinnleggelse i psykisk helsevern til omsorg fra primærhelsetjeneste, er effektive hjelpere for mennesker med sammensatte og psykisk helseproblemer. (Griswold et al, 2010).

Koordinator og navigatør er beslektede hjelperroller som brukere kan gjøre seg god nytte av.

Med Samhandlingsreformen i 2012 er det igangsatt et prosjekt for å se på effekt av samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste ved utskriving av pasienter med kronisk sykdom (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012).

3.0 Brukerinvolvering i forskningsprosessen, metodologisk beskrivelse

3.1 Kunnskapssyn og forskningsstrategi

Samarbeid innen forskning der mennesker som har erfaring med psykiske lidelser deltar i forskningen og ikke bare er informanter, er et relativt nytt område innen psykisk helsefeltet (Høgskolen i Buskerud, 2012). Det har forekommet ulike former for deltakelse og aksjonsbasert forskning i en rekke år, så som ”participatory action research” (PAR) på 1970-tallet. Dette er en demokratisering av kunnskapsutviklingen der erfaringskunnskapen også skal anerkjennes som gyldig kunnskap. Det har skjedd et paradigmeskifte på psykisk helsefeltet der evidensbasert praksis basert på kunnskap fra RCT-studier, utfordres av et videre kunnskapssyn med flere perspektiver, der både brukerne selv, profesjonelle og styringsnivået får komme til orde (Ekeland, 2004; Rose et al, 2006). Ekspertise er ikke noe fagfolk lenger besitter alene. Fagkunnskap, framkommet gjennom såkalt objektiv, positivistisk forskningstradisjon med utenfra-perspektiv, har hittil raget høyest i kunnskapshierarkiet. Paradigmeskiftet, bruddet, handler om anerkjennelse og likestilling av brukeres subjektive erfaringskunnskap som gyldig kunnskapskilde. Innenfra-perspektivet der den enkelte er ”ekspert på eget liv” og vet hva som hjelper, er i ferd med å opparbeide status i psykisk helsearbeid (Borg og Topor, 2003; Kolstad, 2004; Bøe, 2007).

”De som vet hvor skoen trykker” skal bidra i forskningen gjennom likeverdig deltakelse fordi ”det er en rett” og fordi ”det er rett” (Kristiansen, 2009). Brukermedvirkning i forskning handler om bekjempelse av barrierer og å motvirke avmakt (Askheim og Starrin, 2008; Askheim og Borg 2010). Slik forskning vil kunne bidra til frigjøring og endringsprosesser på feltet.

Borg (2009) benytter begrepet medforskning og definerer det som forskningsaktivitet der mennesker som har erfart og/eller lever med psykiske problemer, forsker. Det forskes *med* folk i stedet for *på* eller *om* folk. Ifølge Beresford (2003) bygger ideologien på både markedstenkning og demokratiske rettigheter, noe som også avspeiles i de ulike begrepene som brukes. Forskningskravene er å samle inn materiale på en systematisk måte, analysere, forklare og gjøre resultater tilgjengelig, ikke bare for fagfolk, men også for brukere som forskningen skal være til nytte for. Det betyr at den må gjøres forståelig, og kanalene for publisering gjøres bredere. Det er ulike former for medvirkning, fra ytterpunktene rådgivende

funksjon til brukerstyrt forskning (Borg, 2009). Samarbeid ligger midt mellom, og dette prosjektet er et samarbeidsprosjekt.

3.2 I dybden og i bredden

I den første delstudien med brukere er vi ute etter opplevelser og erfaringer fra brukeres livsverden som kan relateres til Brobyggeren, altså å gå ”til saken selv” og utforske karaktertrekk og kvaliteter i fenomenverden (Alvesson og Sköldberg, 1994; Malterud, 2003; Kvale og Brinkmann, 2009). Det er derfor naturlig å velge en kvalitativ metode og analysere tekst. Ved å utforske Brobyggeren sammen med brukere, vil vi få innsikt i erfaringskunnskap som er nyttig når kursen stakes ut i det utvidede Brobyggersamarbeidet.

I den andre studien ønsker vi å nå bredt ut til alle ansatte i virksomhetene. Vi inkluderer også fastlegene. Her finner vi det hensiktsmessig å velge en kvantitativ undersøkelse med spørreskjema (Grønmo 2002).

Utforsker vi felles erfaringer, kan fokusgruppeintervju mobilisere assosiasjoner og fantasi som bidrar til å skape fortellinger. I fokusgruppeintervju samles kvalitative data fra en mindre gruppe personer om et angitt tema. De samme deltakerne blir intervjuet flere ganger der en foreløpig analyse av data gjennomføres mellom hver gang. (Lerdal og Karlsson, 2008).

Metoden egner seg godt for prosjekter som skal utvikle praksisfeltet, og er i tillegg en ressurs sparende metode. Metoden skiller seg fra vanlig gruppeintervju gjennom en gruppedynamisk interaksjonsprosess der samtalen flyter fritt mellom deltakerne. Forskerens rolle er ikke å intervju den enkelte deltaker, men å være moderator som leder og slipper alle til, og holder fokus på de vesentlige temaene i samtalen. Forskeren kan ha med seg en assistent som selv har erfaring fra tjenester i psykisk helsevern, som i denne studien var forskningsmedarbeideren.

3.3 Gjennomføring av studien

Planlegging av studien startet våren 2011 i forbindelse med prosjektleders videreutdanning i samarbeidsbasert forskning ved HiBu. Prosjektbeskrivelsen ble videre utviklet i dialog med styringsgruppa for Brobyggeren i perioden august - september 2011. Spørreskjema (vedlegg 2) og intervjuguide (vedlegg 3) ble også utarbeidet i denne perioden. Prosjektet ble meldt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ultimo september (vedlegg 4) og ble også vurdert av Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk (REK) primo november (vedlegg 5). Etter disse godkjenningene kunne datainnsamlingen begynne.

Gjennomføring av undersøkelsen startet i september 2011 og ble avsluttet i mai 2012. Prosjektleder og prosjektmedarbeider utarbeidet først spørreskjema og intervjuguide i samarbeid med veilederne. Spørreundersøkelsen ble gjennomført av prosjektleder i samarbeid med statistiker ved Sykehuset Telemark. Alle ansatte i virksomhetene har fått mulighet til å svare på spørreskjema, fortrinnsvis elektronisk. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført av prosjektleder og prosjektmedarbeider. En stedfortreder for veileder deltok på første intervjuet, og konsulent på DPS transkriberte begge intervjuene for analyse. Det var i utgangspunktet planlagt å intervju to fokusgrupper to ganger. Da det ikke lot seg gjøre å rekruttere deltakere til mer enn en gruppe, består datagrunnlaget av to fokusgruppeintervju med samme gruppe. Prosjektleder og prosjektmedarbeider har begge deltatt i analyse av datasettene der fordelingen mellom veilederne i hovedsak har vært Bengt Karlsson som veileder på den kvantitative delen og Marit Borg på den kvalitative delen. Prosjektleder har stått for rapportskriving med innspill fra prosjektmedarbeider og veiledere.

For å ivareta anonymitet, vil alle som har deltatt i den kvalitative studien omtales som deltakere når resultater presenteres, uten at det vises til kjønn eller andre karakteristika. I den kvantitative studien omtales de som ansatte. Fastleger utgjør få svar i spørreundersøkelsen, og resultat framkommer derfor i eget underkapittel uten å inngå i øvrige tabeller.

3.3.1 Utvikling av kvantitativt spørreskjema

Kunnskapssenteret gjennomførte i 2011 en litteraturgjennomgang for å finne relevante og validerte måleinstrumenter som måler brukeres erfaringer med samhandling mellom ulike deler og nivåer i helsetjenesten. Konklusjonen er at det finnes lite, og at det er grunnlag for å utvikle en metode for å måle erfaringer med samhandling mellom helsetjenester i Norge (Danielsen og Bakke, 2011). Kunnskapssenteret er i gang med utvikling av spørreskjema om brukererfaring med samhandling, noe som kan være av interesse for Brobyggeren (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012).

Spørreskjemaet til ansatte ble utviklet med inspirasjon fra Kunnskapssenterets PasOpp-undersøkelser og et amerikansk spørreskjema innen personorientert planlegging (Tandora & Miller, 2009). Spørreskjemaet som ble utviklet er tredelt med følgende tema: 1) Kjennskap til Brobyggeravtalen, 2) Bruk av avtalen, 3) Hvordan opplever du at følgende stemmer innenfor Brobyggersamarbeidet.

I del 3 ble samarbeidsavtalens formål og hva man har et gjensidig ansvar for, operasjonalisert i påstander deltakeren skulle score gjennom en femdelt skala. Informasjon om forskningsprosjektet ble presentert sammen med spørreskjemaet, og samtykke bekreftet gjennom innsending av det besvarte spørreskjemaet elektronisk.

3.3.2 Utvikling av intervjuguide

Hovedtemaene til intervjuguiden ble til under den innledende idédugnaden med brukere og fagfolk til stede:

Kjennskap til Brobyggeren

Erfaringer med Brobyggersamarbeidet

Kjennetegn på godt samarbeid

Kjennetegn på at samarbeid ikke fungerer hensiktsmessig

Den endelige intervjuguiden ble utviklet av prosjektleder og forskningsmedarbeider i fellesskap i samarbeid med veiledere.

3.4 Utvalg og metoder for dataskaping

3.4.1 Utvalg

Utvalg til kvalitativ datainnsamling

Deltakere til fokusgruppene skulle rekrutteres gjennom virksomhetene i Brobyggeren. Vi ønsket kvinner og menn i ulik alder, et strategisk utvalg for best å få belyst problemstillingen (Malterud, 2003). Inklusjonskriterier var å ha minst ett års erfaring med minst to av virksomhetene i Brobyggersamarbeidet, der den ene skulle være innenfor psykisk helsefeltet og den andre NAV og/eller NOPRO.

Det ble laget en invitasjonsflyer som ble distribuert i virksomhetene (vedlegg 6). I tillegg ble prosjektleder og forskningsmedarbeider intervjuet i lokalavisen Telen, og det ble også satt inn egen annonse. Bare en meldte seg etter dette framstøtet.

Den videre rekrutteringen skjedde gjennom Psykisk helse i kommunen. 7 deltakere meldte seg totalt, 3 menn og 4 kvinner. 6 av dem deltok på hvert av de to fokusgruppeintervjuene. Alle signerte informert samtykke (vedlegg 7).

Utvalg til kvantitativ datainnsamling

Prosjektleder innhentet gjennom virksomhetenes ledere e-postadresser til ansatte:

NAV (n=29), NOPRO (n=24), Psykisk helse (n=39) og Klinikk Notodden-Rjukan, STHF (n=51), fastleger (n=10). Totalt ble spørreskjema sendt ut til 153 personer.

3.4.2 Gjennomføring av kvantitativ spørreundersøkelse

Da spørreundersøkelsen skulle gjennomføres som en online spørreundersøkelse, ble det medio november gjennomført en pilot blant ledere for å sjekke at det fungerte. På NAV hadde ansatte problemer med å svare på grunn av brannmur. Det gikk greit på de andre stedene. Undersøkelsen ble sendt ut 30.11.11. NAV-ansatte ble bedt om å sende linken med spørreskjema til privat mail og svare hjemmefra. Det ble gitt 14 dagers svarfrist, og alle virksomhetene fikk påminning 7.12.11. Ved status 4.01.12 hadde NAV dårlig svarprosent, noe vi tilskrev trøbbel med brannmur. I samråd med statistiker fikk ansatte på NAV mulighet til å svare på undersøkelsen på papirskjema, noe som høynet den endelige svarprosenten deres betydelig.

3.4.3 Gjennomføring av flerstegs fokusgruppeintervju

Det ble avholdt to fokusgruppeintervju 16.02 og 28.03.12. Disse ble gjennomført som flerstegs-fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene varte 80 og 70 minutter. Forskningsmedarbeideren deltok i begge intervjuene. Da prosjektleder ikke var rutinert med metoden, deltok også stedfortreder for veileder i første intervju. Under første intervjuet sørget moderator for bredest mulig å få fram data om deltakernes ulike subjektive erfaringer. Neste intervju starter med gjennomlesning av en tentativ og skriftlig analyse av første intervju. Slik ble temaene spisset gjennom nytt intervju, og datagrunnlaget bygget opp. Da inklusjonsperioden tok lengre tid enn planlagt, ble det dessverre ikke anledning til å avholde et tredje intervju. De to samtalene ble tatt opp på mp3-spiller og ble ordrett transkribert til tekst for analyse.

3.5 Analyse av kvantitative og kvalitative data

Analysen av de *kvantitative* dataene ble bearbeidet ut fra enkel statistisk analyse (Wenstøp 2006). Dataene ble analysert samlet ut fra prosentvis score på svaralternativene til hvert av spørsmålene. Disse ble så sett i relasjon til gjennomsnittsscore for hver virksomhet. Dersom virksomhetene ønsker tilgang til egne resultater, gis det rom for det i etterkant av studien.

Analysen av de *kvantitative* dataene bygger på materialet fra de to fokusgruppeintervjuene som totalt utgjorde 55 sider i A4-format. Helheten i analysearbeidet representerer fire faser (Lindseth og Norberg, 2004; Lerdal og Karlsson, 2008):

1. Analyse av fokusgruppeintervju 1
2. Analyse av fokusgruppeintervju 2
3. Analyse av begge intervjuene

4. Presentasjon av funn i skriftlig rapport

I analysen har vi tatt utgangspunkt i en fenomenologisk hermeneutisk analysemetode inspirert av Paul Ricoeur presentert av Lindseth og Norberg (2004). De transkriberte intervjufortellingene leses først ut fra en naiv forståelse. Teksten deles opp i meningsenheter for å kondenseres og abstraheres til undertemaer, temaer og muligens hovedtema som sammenlignes med den naive forståelsen for validering. Til sist leses alt som et hele, og temaene reflekteres i forhold til litteratur om livserfaring. Trinnene som ble benyttet i analysemetoden var følgende: (1) Å få et helhetsinntrykk (2) Å identifisere meningsbærende enheter, (3) Å abstrahere innholdet i meningsbærende enheter, (4) Å sammenfatte betydningen av dette.

Prosjektleder og forskningsmedarbeider gjennomførte de to første trinnene hver for seg, for så å diskutere seg fram til trinn 3 og 4.

Refleksivitet og erfaringsbredde

Refleksivitet handler om å være bevisst på eget ståsted som forsker, hvilke perspektiver og teoretisk referanseramme som ligger til grunn for tolkning og forståelse, noe som vil påvirke de ulike deler av et forskningsprosjekt (Finlay, 2002; Malterud, 2003). Denne studien bygger på et kunnskapssyn der brukeres erfaringskompetanse sidestilles som gyldig kunnskap sammen med fagkompetanse, og en tro på menneskers iboende ressurser framfor deres begrensninger.

Etter at forskningsprosjektet startet, har prosjektleder for evalueringen gått over i 50 % stilling som prosjektleder for det utvidede Brobyggersamarbeidet da tidligere leder gikk over i annen stilling. Prosjektleder har tidligere fulgt Brobyggeren fra sidelinjen og vært involvert i planlegging og gjennomføring av Brobyggerdager. Resultatet av forskningen vil være nyttig grunnlag for videre arbeid med Brobyggeren etter at forskningsprosjektet er avsluttet.

Å forske sammen med en ”som har hatt skoen på og vet hvor den trykker”, gjør at flere bidrar i ’kunnskapingen’, noe som er med på å styrke både troverdigheten og muligheter for et utvidet kunnskapsperspektiv (Glover, 2009; Beston, 2009). Å ha ekstern veiledning fra forskningsmiljø med spisskompetanse på feltet, styrker også prosjektet.

3.6 Forskningsetiske refleksjoner

Alle deltakerne i begge delstudiene ble informert om studiens bakgrunn og hensikt i den skriftlige forespørselen om å delta i studien. Det ble gjort rede for hva det innebar å delta, at

deltakelse var frivillig, og at de kunne trekke seg på ethvert tidspunkt. Det er kun statistiker ved sykehuset som har håndtert de kvantitative dataene, og prosjektleder har hatt hånd om de kvalitative dataene innelåst og på sykehusets pc. Det ble også informert om at studien er finansiert av Helsedialog, og at dataene vil bli slettet når prosjektet er avsluttet.

Studien er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (ref. NSD 18.11.2011/28212/3/IB). Da ene delstudien omfatter brukere i helsetjenesten, ble det også søkt Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK. Da prosjektet framstår som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud, faller det utenfor deres mandat (ref. REK sør-øst 09.11.2011/1975/REK). Deltakerne ble orientert om godkjenningene.

4.0 Funn

Funnene fra den kvantitative studien og den kvalitative studien vil bli presentert hver for seg, for deretter å drøftes samlet. Funn fra spørreundersøkelsen blant ansatte blir presentert under overskriften ”Kvantitative funn”, og funn fra fokusgruppeintervjuene med brukere under ”Kvalitative funn”. Personene i den kvalitative studien blir omtalt som deltakere for å sikre anonymitet. I den kvantitative studien omtales de som ansatte.

4.1 Den kvantitative studien

4.1.1 Bakgrunnsinformasjon

Fordeling og svarprosent

Av de totalt 153 ansatte som mottok spørreundersøkelsen, var det 121 som svarte, dvs. 79 %. Alle har ikke besvart samtlige spørsmål. Fordeling mellom de ulike virksomhetene fordeler seg slik:

Sted	Utsendt	Svar	Svarprosent
Sykehuset	51	41	80
NOPRO	24	20	83
NAV	29	17	59
Psykisk helse	39	39	100
Fastleger	10	4	40

Som vi ser, utgjør helsefeltet dobbelt så mange ansatte som NAV/NOPRO. Sykehuset, Psykisk helse og fastleger utgjør 100 ansatte hvorav 84 har svart, mens arbeids- og velferdstjenestene utgjør 53 ansatte hvorav 37 har besvart. Statistisk sett er det små tall, og resultatet presenteres derfor som forskjeller og trender. Vi presenterer gjennomsnittsscore på hvert sted og prosentfordeling for virksomhetene samlet på de ulike svaralternativene. Hver virksomhet kan få tilgang til sine tall når evalueringen skal følges opp.

Det ble utlovet bløtkake til den virksomheten som hadde høyest svarprosent, og den suverene vinneren er Psykisk helse i kommunen der samtlige ansatte har svart!

Fastlegene har lavest svarprosent, men de har nylig kommet med i Brobyggeren. For NAVs del kan vi ikke se bort fra at noen har gitt opp å svare pga trøbbelet med å få svart elektronisk.

Kjønn og aldersgruppe

Av de som har svart er det 65 % kvinner og 35 % menn, noe som gjenspeiler praksis i ”hjelperyrkene”. De fleste er godt voksne, da hele 73 % er mellom 45 år og pensjonsalder, 31 % av disse er 55 år og eldre.

Erfaring

63 % av deltakerne har vært ansatt i sine virksomheter i mer enn 5 år, og 15 % fra 3-5 år. Det betyr at det er erfarne folk som har svart på undersøkelsen, ansatte som har vært i virksomheten i hele perioden siden Brobyggeravtalen ble inngått.

Stilling og ansvarsområde

Stilling	Antall svar	Prosent
Leder	18	15
Terapeut	22	18
Veileder	23	19
Saksbehandler	6	5
Miljøpersonale	32	27
Merkantilt personale	6	5
Fastlege	4	3
Annet	9	8

Miljøpersonale og terapeuter er stillinger på psykisk helsefeltet i nærkontakt med brukere, og disse utgjør nærmere halvparten av dem som har svart. Veileder er i denne sammenhengen stillinger som har kontakt med brukere i arbeids- og velferdstjenestene NAV og NOPRO. Ledere og kontorfaglig personale finnes i alle virksomhetene.

Majoriteten av de som har svart er ansatte som er i direkte kontakt med brukere. 44 ansatte er koordinator for brukere, hele 37 %. Det forteller oss at relativt mange av de som har svart har koordineringsansvar for brukere.

4.1.2 Kjennskap til Brobyggeravtalen

117 av 121 ansatte har hørt om Brobyggeravtalen. Det er langt flere enn bare dem med lengst fartstid, og sånn sett et positivt funn. 85 % har hørt om Brobyggeravtalen for mer enn ett år siden, over halvparten for mer enn 3 år siden.

Svært mange har hørt om Brobyggeravtalen, men bare halvparten har lest den, 52 %. Det er derfor ikke overraskende at det bare er en fjerdedel som sier at de kjenner avtalen godt og svært godt, mot 54 % som svarer at de kjenner den noe. Hele 21 % sier de har lite eller ingen kjennskap til avtalen.

Informasjon om avtalen

71 % har blitt informert om avtalen av sin leder: 51 ansatte har fått informasjonen på personalmøte, 27 i annen sammenheng, men bare 5 har hatt det som tema i medarbeidersamtale. 21 % har fått informasjon fra en kollega, noen har lest om Brobyggeren i avisen, hele 29 % svarer i kategorien ”annet”. Trolig gjelder dette ansatte som har deltatt på de årlige Brobyggerdagene og fått informasjon der.

Det er et positivt funn at lederne i stor grad informerer sine ansatte om avtalen, og at hver femte har fått informasjon fra en kollega, viser også at det er tema blant ansatte. At så mange ikke kjenner avtalen godt, kan tyde på at det er behov for mer målrettet informasjon og at den må brukes mer aktivt for å bli vedlikeholdt.

4.1.3 Bruk av avtalen

I det følgende presenteres som tekst svarprosent for materialet samlet ut fra 5 svarkategorier: Daglig (5), flere ganger i uka (4), ukentlig (3), månedlig (2), sjeldnere (1). Tabell følger vedlagt. Disse funnene kommenteres sammen med data for gjennomsnittsverdiene for hvert sted gjengitt i tabellen nedenfor. ”Mean” refererer altså til gjennomsnittet på hvert sted. De som har svart ”vet ikke”, er ikke regnet med ved utregning av gjennomsnittsverdi.

Spørsmål	Svar			
	Sykehuset	NOPRO	NAV	Psykisk Helse
	Mean	Mean	Mean	Mean
Blir innholdet i avtalen brukt aktivt på din arbeidsplass?	2.57	2.12	2.07	3.00
Har du opplevd situasjoner der avtalen har vært nyttig som forpliktelse til samarbeid?	2.50	1.69	1.80	2.32

Har du opplevd situasjoner der avtalen har blitt ignorert?	1,67	1,10	1,33	1,28
Har du opplevd at avtalen har hatt nytteverdi for å oppnå brukers mål og ønsker?	2.24	1.94	1.86	2.48

35 % svarer at avtalen blir brukt ukentlig og oftere på deres arbeidsplass. 39 % svarer månedlig eller sjeldnere, og 26 % vet ikke. Gjennomsnittet viser at det er Psykisk helse som bruker avtalen mest og NAV som bruker den minst. Manglende bevissthet om bruk av avtalen og at den ikke blir brukt ofte, kan ha sammenheng med for overflatisk kjennskap til hva innholdet er. Bare å ha hørt og fått informasjon om, men ikke lest og satt seg inn i, er ikke tilstrekkelig for å vite hva avtalen innebærer.

25 % har ukentlig og oftere opplevd situasjoner der avtalen har vært nyttig som forpliktelse til samarbeid. Omtrent like mange vet ikke. 49 % svarer at de månedlig og sjeldnere har opplevd dette. Avtalen synes altså ikke å bli brukt til forpliktende samarbeid. Alle scorer lavt; sykehuset scorer her litt bedre enn de andre, mens NOPRO scorer lavest.

Bare 2 % har ukentlig opplevd at avtalen har blitt ignorert. 41 % har opplevd det månedlig eller sjeldnere, og hele 57 % vet ikke.

Svært mange svarer at de ikke vet om avtalen blir ignorert. Dette henger trolig sammen med mangel på kunnskap om avtalens innhold. Av de 49 som ”vet”, er det sjeldent de har opplevd at avtalen har blitt ignorert, det er positivt. På dette spørsmålet uttrykker tallet 1 beste verdi. Her har NOPRO best gjennomsnittsverdi og sykehuset dårligst, med små marginer.

26 % har ukentlig og oftere opplevd at avtalen har hatt nytteverdi for å oppnå brukers mål og ønsker, 44 % svarer månedlig og sjeldnere, og 31 % vet ikke. Bare fjerdeparten av ansatte ser nytteverdi av avtalen ut fra brukers ståsted i det daglige, men flere opplever det iblant. Dette kan ha sammenheng med mangelfull kunnskap om avtalens innhold og hva den forplikter til. Alle scorer dårlig; Psykisk helse scorer høyest, NAV scorer lavest.

4.1.4 Hvordan opplever du at følgende stemmer innenfor Brobygggersamarbeidet?

I denne delen av spørreundersøkelsen ble ansatte bedt om å vurdere elleve påstander om det gjensidige ansvaret virksomhetene har ved å ha undertegnet avtalen. Det ble benyttet en femdelst skala: Stemmer overhodet ikke (1), stemmer i liten grad (2), stemmer i noen grad (3), stemmer i stor grad (4), stemmer helt (5).

Også her presenteres i tekst svarprosent for materialet samlet ut fra de 5 svarkategoriene. Funnene kommenteres sammen med data for gjennomsnittsverdiene for hvert sted gjengitt i tabellen. ”Mean” refererer til gjennomsnittet på hvert sted. De som har svart ”vet ikke”, regnes ikke med i gjennomsnittsverdiene.

Spørsmål	Svar - gjennomsnitt			
	Sykehuset	NOPRO	NAV	Psykisk Helse
	Mean	Mean	Mean	Mean
1 Det er definert rolle- og ansvarsfordeling mellom aktørene	3,58	3,67	3,07	3,31
2 Brobyggeravtalen har bidratt til økt kontakt mellom aktørene	3,65	4,05	3,27	3,50
3 Jeg har fokus på koblingen behandling, arbeid og aktivitet i samarbeidet rundt og med brukerne	3,79	4,21	3,53	3,89
4 Det er lett for meg å ta kontakt med de andre aktørene	3,82	4,11	3,73	3,72
5 Det er lett for meg å oppnå kontakt med de andre aktørene	3,33	3,74	3,40	3,33
6 Samarbeidet rundt brukerne følges opp regelmessig over tid	3,24	3,79	3,33	3,67
7 Jeg kjenner til tilbudene de andre aktørene kan tilby	3,47	3,47	3,40	3,47
8 Jeg informerer mine brukere om supplerende tilbud som de andre har	3,55	3,47	3,47	3,33
9 Den psykiske helsesituasjonen til bruker er tema i samtale med bruker	3,72	4,05	3,67	3,69
10 Individuell plan brukes som verktøy for samarbeid med brukeren og de involverte aktørene	2,82	3,53	2,60	3,46

11 Det foregår samarbeid mellom aktørene i overgangen mellom to tjenestetilbud	3,59	3,84	3,08	3,47
---	------	------	------	------

1. Rolle- og ansvarsfordeling

Nesten halvparten, 46 %, opplever at det er definert rolle- og ansvarsfordeling mellom virksomhetene (aktørene) i Brobyggeren, og like mange svarer at det stemmer i noen grad.

10 ansatte syns ikke det stemmer. NOPRO scorer høyest, og NAV lavest på denne påstanden.

2. Kontakt mellom aktørene

Over halvparten, 54 %, svarer at Brobyggeravtalen har bidratt til økt kontakt virksomhetene imellom, og 34 % sier det stemmer i noen grad. Dette kan tolkes som en positiv tendens om at Brobyggeren oppleves å føre til bedre samarbeid aktørene imellom. Også her er det NOPRO som scorer høyest, mens NAV scorer lavest.

3. Koblingen behandling, arbeid, aktivitet

Hele 73 % svarer at det stemmer helt og i stor grad at det er fokus på koblingen behandling, arbeid og aktivitet i samarbeidet rundt og med brukeren, og 21 % svarer i noen grad. Dette er en svært positiv tendens når det gjelder en av avtalens viktigste målsettinger. Som vi ser scorer NOPRO betydelig høyere enn de andre, og NAV scorer lavest.

4. Å ta kontakt med de andre

63 % synes det er lett å ta kontakt med de andre virksomhetene, og 31 % syns det samme i noen grad. Det er en klar tendens at de opplever at tersklene mellom virksomhetene er lavere. Ansatte på NOPRO syns det er lettest å ta kontakt, mens Psykisk helse scorer lavest her.

5. Å oppnå kontakt med de andre

Det viktigste med å *ta* kontakt er å *oppnå* kontakt. Ikke fullt så mange oppnår kontakt som de som tar kontakt. 46 % svarer at det stemmer helt og i stor grad, og 44 % opplever det i noen grad. Psykisk helse og sykehuset scorer lavest, mens NOPRO scorer noe høyere enn de andre.

6. Oppfølging av samarbeid over tid

Over halvparten, 52 %, opplever at samarbeidet rundt brukerne følges opp regelmessig over tid, og 39 % svarer at det stemmer i noen grad. De ansatte opplever altså at det er betydelig samarbeid og kontinuitet rundt brukerne; NOPRO opplever det mest og sykehuset minst.

7. Kjennskap til de andres tilbud

Nærmere halvparten, 47 %, sier de kjenner godt til de andres tilbud, og nesten like mange, 45 % svarer i noen grad. Dette tyder på at kjennskapen til hverandre er relativt god, og et godt utgangspunkt i møte med Samhandlingsreformen. Dette er nesten helt likt for gjennomsnittet alle stedene, ingen skiller seg nevneverdig ut.

8. Informasjon om supplerende tilbud

Like mange, 47 %, sier de informerer brukerne om de andres tilbud, og nesten like mange, 41 %, sier de gjør det i noen grad. Her er det sykehuset som scorer høyest, og Psykisk helse som scorer lavest, men på alle stedene ser det ut til at ansatte synes å gjøre det i betydelig grad.

9. Psykisk helsesituasjon er tema

Hele 70 % svarer at den psykiske helsesituasjonen er tema i samtale med bruker, og 20 % sier det stemmer i noen grad. NOPRO skiller seg positivt ut, mens NAV ikke kommer nevneverdig bak de psykiske helsetjenestene. Den psykiske helsen ser altså ut til å være tema i så vel arbeids- og velferdstjenestene som i helsetjenestene, noe som er en positiv utvikling.

10. Individuell plan

Et av verktøyene som skal benyttes i samarbeidet rundt brukere er Individuell plan (IP). 35 % svarer at IP benyttes i stor grad og oftere, og 43 % at det stemmer i noen grad. Mens NOPRO har størst fokus på IP, scorer NAV dårligst. Tilsvarende forskjell er det mellom Psykisk helse i kommunen og spesialisthelsetjenesten på sykehuset. Det er altså i NOPRO og Psykisk helse at ansatte opplever å ha størst fokus på IP.

11. Overganger mellom tjenestetilbud

48 % opplever at det foregår samarbeid rundt brukeren i overgangen mellom to tjenestetilbud, og 45 % sier det forekommer i noen grad. Nesten alle opplever altså i større og noen grad samarbeid rundt brukerne når de skal over i en av de andre tjenestene. Dette er et godt grunnlag å bygge videre på.

Fastleger

Fastlegene er nøkkelpersoner i helsetjenesten og pasientenes døråpner til spesialisthelsetjenestene i sykehuset. De har i perioden 2007-2011 hatt et indirekte forhold til Brobyggeren gjennom organiseringen under Helse- og omsorgstjenesten der seksjonsleder har skrevet under avtalen. 4 av 10 fastleger i Notodden har levert skjema, men bare to har gjennomgående besvart.

Blant disse er tendensen den samme. De har hørt om Brobyggeravtalen, men ikke lest den, og de scorer lavt på spørsmålene om bruk av avtalen. Videre scorer de betydelig lavere enn de øvrige på rolle- og ansvarsfordeling og om økt kontakt mellom tjenestene. Angående fokus på kobling behandling, arbeid og aktivitet er score nærmere de andre. Gjennomsnittet er derimot dårligere når det gjelder å ta kontakt og å oppnå kontakt med de andre, og betydelig dårligere når det gjelder oppfølging av brukere regelmessig over tid, kjennskap til tjenestetilbudene og informasjon til brukere om supplerende tilbud. Den psykiske helsesituasjonen som tema scores også litt lavere enn de andre, mens de har bedre fokus på IP enn det både sykehuset og NAV har. På samarbeid ved overganger scorer de betydelig dårligere enn tjenestene for øvrig.

Oppsummering:

Gjennomsnittlig fire av fem ansatte i virksomhetene har svart på spørreundersøkelsen, noe som må sies å være relativt bra samlet sett. Det er store forskjeller mellom samarbeidspartene, NAV hadde 59 %, sykehuset hadde 80 %, NOPRO hadde 83 % og Psykisk helse kom best ut med hele 100 % som svarte. Det er altså et forbedringspotensiale om denne type undersøkelser skal gjentas. Av de ti fastlegene var det fire som svarte, noe som trolig skyldes den indirekte tilknytningen de har hatt til Brobyggeren. Som pasientenes døråpner mellom systemene er det viktig at de kommer sterkere på banen.

Det er gjennomgående godt voksne folk som har svart, og de fleste har lang fartstid i sine virksomheter. Majoriteten er ansatte i direkte kontakt med brukere, og hele 37 % oppgir å ha koordineringsansvar. De fleste har hørt om avtalen, men bare halvparten har lest den. At bare en tredel svarer at avtalen blir brukt ukentlig eller oftere, er verd å merke seg. Lederne gjør i stor grad jobben med å informere, men dette skjer i felles forum og ikke med den enkelte ansatte. Bare fjerdeparten opplever minst ukentlig at avtalen har vært nyttig som forpliktelse til samarbeid og at den har nytteverdi for å oppnå brukernes mål og ønsker. Det gjenstår altså å gjøre innholdet i avtalen til ”levd liv og praksis” og å få den enkelte ansatte til å se nytteverdien av å ha en slik samarbeidsavtale og hva den forplikter til. Det er gjennomgående lav score hos alle virksomhetene, men Psykisk helse utmerker seg positivt da samtlige ansatte

har besvart undersøkelsen og svarer gjennomsnittlig at avtalen blir brukt ukentlig. At få har opplevd at avtalen har blitt ignorert, månedlig eller sjeldnere, må også sies å være et positivt funn som gjelder for alle virksomhetene.

Selve avtalen brukes lite, men ansatte vurderer at de i betydelig grad arbeider etter avtalens mål og intensjoner. Nærmere halvparten opplever at det er klart definert rolle- og ansvarsfordeling mellom virksomhetene og enda flere svarer at Brobyggeren har bidratt til økt kontakt virksomhetene imellom. Tre av fire opplever at det er stort fokus på koblingen behandling, arbeid og aktivitet, selve kjerneområdet i Brobyggeravtalen. Tre av fem synes det er lett å ta kontakt med de andre. Nær halvparten oppnår stort sett kontakt, og de fleste andre i noen grad. Det ser ut til at tersklene er lave virksomhetene imellom. Lave terskler og fokus på koblingen mellom behandling, arbeid og aktivitet ser i stor grad ut til å være på plass i ansattes opplevelse av praksis. Å følge opp samarbeid rundt brukere over tid, er det halvparten som sier at de gjør, og de fleste andre som har svart, gjør det i noen grad. Kjennskap til hverandres tilbud scorer også bra, og tilsvarende at brukerne informeres om supplerende tilbud de andre har. Sju av ti har den psykiske helsesituasjonen som tema i samtale med bruker, og nesten alle de andre har det noen ganger. Her scorer arbeids- og velferdstjenestene like høyt som psykisk helsefeltet, men fokus i samtalene vil nok være forskjellig ut fra de ulike hjelperperspektiv. Det er bare 35 % som sier at IP benyttes i stor grad, og noen flere svarer i noen grad. IP er en pasientrettighet og benyttes når brukere har behov for flere sammensatte tjenestetilbud over tid, og framheves som et verktøy som skal benyttes i samarbeidet i Brobyggeren. Nesten halvparten sier at det forekommer samarbeid i overgangen mellom to tjenestetilbud, og den andre halvparten at det forekommer i noen grad. Som vi ser, scorer ansatte gjennomsnittlig bra på alle påstandene. Ut fra summen av gjennomsnitt, scorer NOPRO høyest og NAV lavest, mens det er ganske likt mellom sykehuset og Psykisk helse.

Selv om ansatte i liten grad har kjennskap til selve Brobyggeravtalen, scorer de høyt på opplevelse av praksis i henhold til avtalen i sitt daglige arbeid.

4.2 Den kvalitative studien

Til grunn for den kvalitative studien ligger to fokusgruppeintervju med brukere som har erfaring med tjenester på psykisk helsefeltet og arbeids- og velferdstjenestenes tilbud.

Fokusgruppeintervjuene hadde to hovedtemaer: 1) Kjennskap til Brobyggersamarbeidet 2) Erfaringer med tjenestene: Hva kjennetegner tjenestesamarbeidet når det fungerer godt?

Hvordan er det når det ikke fungerer hensiktsmessig? De temaene som presenteres i det følgende, er temaer som er analysert ut fra de to fokusgruppeintervjuene som først er analysert hver for seg og så i relasjon til hverandre. Følgende områder har kommet fram: 1) Kjennskap til Brobyggeren, 2) Å snakke sammen – innenfor og mellom tjenestene, 3) Å være heldig, 4) Ønsker og håp. Sitater gjengis i kursiv med anførselstegn.

Bakgrunnsinformasjon

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene fordeler seg relativt likt mellom kjønnene, 4 kvinner og 3 menn. Kvinnene er fra 26-52 år, gjennomsnittsalder 38 år. Mennene er fra 36-52 år, gjennomsnittsalder 42 år. En kvinne er i arbeid, de øvrige tre kvinnene og to av mennene har uførepensjon, en mann er på attføring. En av kvinnene og en av mennene har noe tilrettelagt arbeid i tillegg til uførepensjonen. Deltakerne er altså relativt unge, voksne mennesker i en alder der de fleste jevnaldrende har ”noe å gå til”. Alle har erfaring med tre eller flere av tjenestene.

4.2.1 Kjennskap til Brobyggeren

Enkelte av deltakerne har hørt om Brobyggeren, andre ikke. Noen kjenner litt til Brobyggeren fra Kilden, men synes det har vært litt dødt, og synes ikke å ha merket så mye til den.

De skulle gjerne visst litt mer og resonnerer seg fram til hva de tror det handler om. *”I navnet så ligger det vel å bygge bro mellom instansene, men jeg vet ikke. Jeg vil tro det er noe samarbeid mellom forskjellige instanser.”* De uttrykker positiv forventning til begrepet. En sier at *”Brobyggeren for meg ville jo være at behandleren der jeg er og de som kan finne aktivitetene, samarbeider. For behandleren vet hva jeg tåler og NAV vet i tilfelle hvor de kan sende meg for å finne en aktivitet, så et sånt samarbeid ville fungere for meg”*. En annen sier at *”hvis jeg har forstått det riktig, hva den bør gjøre for oss – en hadde sluppet mye. Det er en velsignelse for oss hvis Brobyggeren hadde funket.”* Selv om Brobyggeren er et diffust begrep, så uttrykker deltakerne forståelse for hva det handler om og er optimistiske på Brobyggerens vegne.

4.2.2 Å snakke sammen – innenfor og mellom tjenestene

En deltaker opplever samarbeid som fungerer spesielt godt. Det begynte med timer hos psykolog på DPS og enighet om å fortsette i miljøtjenesten i Psykisk helse. *”Miljøtjenesten skulle først og fremst være en støtte, og de ble nesten en brobygger for meg da når det kom til*

å skulle skaffe jobb, ha samarbeid med de forskjellige avdelingene, og det gjorde jo at jeg fikk hjelp, da. Hadde jeg stått aleine hadde jeg ikke klart det. Det har blitt framgang i den saken jeg har. Ja, for jeg ga opp samfunnet og ble tatt tilbake igjen.” En annen har også gode erfaringer. ”Når jeg var på NOPRO hadde jeg tre forskjellige, men de var veldig flinke til å gjøre sånn at nestemann som overtok meg da, for å si det sånn, fortsatte der hvor den andre slapp. Det var ikke bare å kaste mappen min inn på kontoret og så kommer jeg på møte. Der virket det som de faktisk tok over litt informasjon. De legger opp sånn at du får det du trenger, så der fikk jeg hjelp.” En annen nevner godt samarbeid mellom NOPRO og Kilden, og en tredje hadde opplevd at veilederen på NOPRO ble med ved oppstart på DPS. Det er nyttig å ha en sammen med seg som kjenner en når en skal starte med noe nytt. At noen har så gode erfaringer, gjør andre litt ”misunnelige”.

Flere sier at de fortsatt må gjennom det samme flere ganger. ”Jeg har opplevd å måtte fylle ut samme skjema tre ganger i løpet av et halvt år, tror jeg. Hvis det er det som er meningen at vi skal slippe sånne ting, så har jeg tro på at det ville være fantastisk hvis det fungerte.”

En annen sier at ”Jeg har en følelse av at de skjønner ikke hvor hardt det er når jeg må fra en psykiatrisk sykepleier til en annen og begynne på nytt. De er fagfolk, men de skjønner ikke hva det gjør med meg å begynne på’n igjen, og jeg forventer at det er noe de virkelig er utdanna for å skjønne.” Det forekommer innenfor samme fagfeltet, altså både mellom nivåene på psykisk helsefeltet og mellom NOPRO og NAV. Deltakerne syns de bruker så mye krefter på å skulle starte på nytt altfor ofte når de er syke og klarer lite, og sier at de tåler mindre enn det oppegående mennesker gjør. ”Først må du opparbeide noe kjemi med folk, og hver gang du er på NAV så får du en ny saksbehandler, så må du sitte og forklare alt sammen om igjen og om igjen hele tida liksom”, sier en deltaker. ”Hensikten er å hjelpe meg, ikke å slite meg ut”, sier en annen. Enkelte opplever at samarbeidet fungerer godt mellom tjenestene og at de dermed får god hjelp. Andre opplever derimot å møte hindringer som er slitsomme og utmattende, å ikke bli hørt og at det tas lite hensyn til hvor krevende det er å skulle forholde seg til så mange. Det blir framhevet som viktig å ha samme menneske å snakke med fordi du er ekstra sårbar når du er syk, noe folk som er friske ikke tenker på. En hadde avtale om å kunne ta kontakt ved behov, men da behovet var der, så hadde terapeuten sluttet, og det ble gitt tilbud om en ny. ”Og det syns jeg var ganske vondt. Ja, for så mye informasjon som du gir til det mennesket du prater med, så blir det borte. Da jeg ringte, var det det samme: Hva trenger du hjelp til og hva kan vi hjelpe deg med og alt sammen på nytt igjen. Så det er liksom litt vondt å si det, men Brobyggeren må komme sterkere inn i bildet.” Det er mye informasjon

som blir liggende på det stedet du ”prater” som burde overføres til neste behandler slik at du slipper å gå gjennom alt på nytt hver gang det er overganger. Flere hadde opplevd behandlere som ble borte uten at de ble informert om det. *”Det skjer så store forandringer på en måte når du bytter person, og når du ikke vet det før du kommer dit, så er det mye å takle egentlig. Du har øst ut av livet ditt for en behandler og det tar mye av deg. Det er dermed ikke sagt at du får samme tilliten, eller den personen kjenner deg ikke, du må begynne litt på ny for hver gang. Vi legger igjen sjela vår hos alle vi prater med.”* En forteller hvor lite som skal til: *”Jeg fikk faktisk telefon om at hun gikk ut i permisjon og kom antakeligvis til å slutte... Så det er eneste gang jeg har fått informasjon de ikke er pålagt å gi. Men hun gjorde det altså, og det var veldig bra.”*

Deltakerne ønsker at det skal følge informasjon med dem når de bytter behandler. *”Det er jo akkurat når det er endringer i den situasjonen du er i, attføring, litt jobb, sykemeldinger, pengeutbetalinger og overgang til trygd, det er da du blir sendt rundt som en idiotisk ball med skjema under armen.”* En annen sier at du må være ganske frisk for å være syk, eller så må du ha noen som hjelper deg. Det er her Brobyggeren burde kommet inn. *”Vi burde fått en mappe under armen så informasjonen fulgte oss”,* er et forslag. Deltakere har også opplevd at informasjon om dem har blitt borte, at ting har skjedd som ikke legen fikk beskjed om. Deltakerne har forståelse for at de må fylle ut skjemaer, men de må se at det fører til noe. *”Det er bare det at det kommer fram, at det blir noe ut av det. Det har blitt framgang i den saken jeg har hatt da, jeg gav opp samfunnet, men ble tatt tilbake igjen”.* Men mange opplever fortsatt å bli sendt rundt.

Deltakerne forventer at hjelpere i de ulike virksomhetene skal kunne snakke sammen når hensikten med Brobyggeren er at det skal være en slik link. Det er for øvrig liten bevissthet om at du må gi samtykke til at informasjon om deg kan deles med de andre, at det er en del av ansattes taushetsplikt. *”Hvis det ikke er lov å dele informasjon, så er jo Brobyggeren helt bortkastet”,* sier en. *”Å få et ark som du skriver under på at de kan dele informasjon for å hjelpe deg på alle mulige måter, bør de spørre om med en gang”,* sier en annen. Dette må ikke bli noen hindring som vil kunne stoppe hjelpen. *”Og det er ikke noe sånn der hvis du måtte trenge det, det er egentlig et behov fra begynnelsen av. For det er det jeg trenger når jeg kommer inn til time på psykiatrisk, da trenger jeg at de prater med legen min som kjenner meg best, og med min rådgiver på NOPRO. Det var det første jeg ville skrevet under på”.*

Erfaringene er altså at det blir tatt for lett på å innhente samtykke hos brukeren, og det blir ikke informert godt nok om. Dette er en bremsekloss som de sier kan koste dem dyrt.

4.2.3 Å være heldig

Det framgår at enkelte har vært heldigere enn andre. Dette handler om å møte en helper som viser oppriktig interesse, gjerne strekker seg litt ekstra for å hjelpe deg og ikke bare ”gjør jobben sin”. Det handler også om å møte en som har hatt erfaring med å ha det vanskelig selv eller har noen i familien som har slitt. Slike helpere kan bedre sette seg inn i brukernes situasjon. *”Det at folk har gjennomgått litt selv, gjør at de skjønner mye mer. Det er gull verdt”*. En annen uttrykker seg slik: *”Det nytter ikke bare med teorifag når du jobber med mennesker. Du skal møte noen som ser DEG.”* Den gode fagpersonen klarer å skape tillit og en god relasjon, har gode kunnskaper om de andre tjenestene, lytter, og har tro på det brukeren sier, og tar den det gjelder på alvor. Uansett så er det hvor mye forståelse du blir møtt med og at helperen er genuint interessert, som er det viktigste. En hadde opplevd å ha en lege som hadde strukket seg langt og som var informert om aktuelle tilbud. *”Legen min er fantastisk rett og slett. Det var han som guidet meg, for jeg hadde aldri klart det alene. Jeg tror han har hatt mye jobb som andre burde tatt med meg,”* Men det var også andre erfaringer. *”Når det er noe galt med armer og bein, da går det greit. Men når du sliter med det her oppe (hodet), ja da sender vi deg opp til DPS.”* Å bli husket og tatt kontakt med i ettertid er også noe som gjør inntrykk. *”Det møter jeg i dag når veilederen på NOPRO spør hvordan det går og er interessert i hva jeg driver med og hvordan det gikk, ikke sant. Og det er noen år etterpå.”* En annen hadde møtt en ansatt som trodde at man måtte ha henvisning for å komme på Kilden, og at det er et tilbud for psykisk syke. En slik stigmatiserende holdning ble ikke satt pris på og virket ødeleggende for relasjonen. *”Så mange år som Kilden har vært, og så vet personen ikke mer, og det er ikke mange meterne ned. Trist.”* At ansatte kjenner til tilbudene, er noe brukerne forventer, men det er altså avhengig av hvem du møter.

Det rår skepsis til hvorvidt du må være rusmisbruker eller om du må kjenne noen for å få den hjelpen du trenger, da de har erfart at noen brukere får bedre samarbeid rundt seg enn andre. De tenker det henger sammen med at det er for mange som sliter, og at virksomhetene derfor ikke har kapasitet. *”Jeg har da tydeligvis ikke trengt så mye hjelp samtidig, fra flere forskjellige steder, og da har det liksom ikke vært viktig nok, er den følelsen jeg har sittet med når jeg har blitt sendt rundt.”* En deltaker har erfart at ansattes kompetanse for å jobbe med rus er for dårlig, og at mange derfor får mangelfull hjelp. Rusmisbrukere er vanskelige å jobbe

med, sier en som selv har vært der, og dersom du kommer til en person som er for ”godtroende” og ikke kan hjelpe deg, så må vedkommende innse sin begrensning og sørge for å få deg over på noe annet som fungerer. Hvis ikke, kan en tape veldig på det, og særlig bekymret er deltakeren for de unge som havner utpå. I slike situasjoner er det riktig å bytte behandler. *”Og det må jo være like frustrerende for den som er blitt satt til å jobbe med mennesker de egentlig ikke har kompetanse til å hjelpe..... For det er ikke de som taper, de som sitter og jobber. Det er vi som går og kanskje bruker ei uke til å manne oss opp til et møte med en person som virkelig ikke kan hjelpe deg. Det koster den lille pasientgruppa ganske mye.”*

Å være heldig handler også om kontinuitet i tjenestetilbudet og å slippe å forholde seg til nye behandlere hele tida. Dette er et problem de først og fremst opplever i NAV der du får tildelt saksbehandler etter fødselsnummer og ikke ut fra kompetanse. De etterlyser Brobygggersamarbeid mellom de ulike instansene innenfor NAV slik at de slipper å bli sendt rundt også innenfor samme systemet.

Flere vet ikke helt hva individuell plan innebærer. Erfaringene er delte, noen har, og en av dem har grundig oppfølging med ansvarsgruppemøte annenhver måned. En annen opplevde at planen var aktiv så lenge det var møter på DPS, senere ble den lagt i en skuff, og ingen spør etter den eller leser den lenger. En annen skulle ha fått, men den som skulle sette i gang sluttet, og det ble siden ikke noe av. Den som har en plan som fungerer, opplever den som en styrepinne, men at mye er opp til en selv for å få det til å fungere. *”Jeg har inntrykk av at det er den som er fundamentet, da. Det var der jeg startet utenfor rusen og inn i samfunnet igjen.”* Andre hadde også ønsket tilbud om en slik plan: *”Jeg var på NOPRO samtidig med at folk fikk det, så jeg hørte om det fra dem jeg var sammen med. Og det du ofte savner er faktisk en plan, for du vet jo ikke hva som skjer med deg til uka. Så det var derfor jeg var misunnelig, for å få en pekepinn på en vei framover, hvor er det jeg kan gå, liksom.”* Individuell plan og samarbeidsmøter er det noen som er heldige å få, mens andre som kunne ha ønsket det, ikke får. Den som erfarte at det fungerte godt, hadde en koordinator, men opplevde å ha styringen selv. For dem som hadde hatt og som skulle ha fått, har det glippet på ansvarlighet.

4.2.4 Ønsker og håp

”Å ha en person å forholde seg til, som kan hjelpe deg med alle de andre”, er et uttrykt ønske og behov. En har opplevd at koordinator for IP hadde en slik rolle innenfor miljøtjenesten, men utenfor måtte en klare det meste selv. De som deltar på Kilden opplever at de ansatte der

har fungert som støttepersoner og rådgivere for dem, men at kapasiteten er blitt for liten til å dekke behovet. Å ha en hjelper som kjenner deg med når du skal over i en ny tjeneste, vil kunne gjøre overgangen bedre. Avmaktsfølelsen i overgangen mellom tjenestene kommer tydelig fram: *”Og så må en prøve å forklare alene til de som er på NAV og på NOPRO hva som er problemet, og de skjønner ikke noe, for de får jo ikke kontakt med de oppe på DPS igjen. Å sitte og forklare alene, da tror de liksom ikke på deg. Så det er ikke så lett.”* Behovet for hjelp og støtte og at en ikke blir sluppet for tidlig, er uttrykte ønsker fra deltakerne. En hadde opplevd at samarbeidet mellom arbeidsgiver, lege og flere opphørte straks en prøvde seg i arbeid, og ble da stående helt alene. *”Jeg kunne trengt en ramme rundt meg fortsatt da, av en person som kunne få meg til å fungere på det andre også.”* De fleste av deltakerne har uførepensjon, men uttrykker ikke dette som noen ønskesituasjon. De ønsker noe å fylle dagene med. *”Det er masse ressurser rundt omkring som sitter rundt i sofaen og visner bort. Sånn er det bare”,* sier en, og en annen fortsetter: *”Da jeg var på NOPRO så følte jeg at det fungerte til en viss grad. Jeg ble tatt på alvor, men det viste seg at jeg er såpass ustabil at jeg kan ikke ha spesielle klokkeslett å forholde meg til, så derfor ble jeg rådet til å søke uføretrygd fordi det er ingen arbeidsgivere som vil ha meg, på en måte. De sa det ikke direkte, men det er sånn jeg funker, og man kan jo ikke ha en arbeidstaker som ikke virker som en skal.”* En annen hadde en mer positiv oppfatning av NAV. *”Og det forbinder jeg med NAV, at de prøver å få folk tilbake i arbeid igjen. For det er jo veldig sunt å være ute i jobb, og veldig sunt å møte andre mennesker på jobben hver dag.”* Det er et uttalt ønske at NAV burde hjelpe dem med å finne de små jobbene, både fordi det er helsefremmende å jobbe, og gjennom jobben får du også sosial kontakt med andre. Men erfaringene er dessverre ikke slik. Dersom du ikke kan jobbe 50 % og i tillegg er ustabil på grunn av psykiske vansker, så er oppfatningen at ingen kan bruke deg. *”Du er jo testet på alle bauer og kanter om hvordan du kan fungere og ikke fungere på NOPRO. De beholdt meg lenge på NOPRO, men etter det så var jeg i kontakt med NAV for å se om de kunne finne noe å gjøre for meg. Jeg hadde bestilt time hos rådgiver, og den timen tok omtrent to minutter, og så fikk jeg beskjed om at så liten kapasitet som jeg hadde, så måtte jeg bare vente til jeg ble bedre. Så den informasjonen som NOPRO i løpet av tre år har klart å samle opp om meg, jeg har vært innom alle avdelingene, så jeg er kartlagt altså, så får jeg bare et stempel i boka om at du ikke er brukendes. Det var bare beskjed om at du fungerer ikke, så den informasjonen de har i huset, har de ikke giddet å se på en gang. Hva den informasjonen blir brukt til syns jeg er litt snodig, at den ikke har kommet meg til gode etterpå, og jeg har vært og spurt”. En annen sier at ”hvis de hadde kunnet hjelpe deg mer, så hadde de gjort det på NOPRO. Men da jeg kom ut fra NOPRO så*

kan ikke NAV gjøre noe mer for meg.” Å vente til en kan jobbe 50 % kan være urealistisk for mange. Når du så blir uføretrygdet, blir du heller ikke lenger fulgt opp. ”Den neste endringen min, hvis jeg ikke gjør noe, skjer når jeg blir pensjonist. Da endres utbetalingene mine. Det er jo ikke noe annet som skjer. Hadde jeg styrt livet mitt i eget tempo, så kunne jeg ha gjort mye, jeg.”

Det virker vanskelig å finne de små og tilrettelagte jobbene, de har ønske om at NAV skal kunne hjelpe dem med det, men erfarer at de heller havner på uførepensjon.

I mangel på de små jobbene i arbeidslivet, har Kilden blitt redningen for enkelte. Overalt blir du kategorisert på et eller annet vis, men ikke der. *”Jeg tror kanskje Kilden er Brobyggeren i praksis, jeg”*, sier en. Adjektivene sitter løst når Kilden skal beskrives: Kjempeflott å være der, trives veldig godt, strålende! Der er det faktisk noen som kan hjelpe deg. *”Der blir jeg framstilt som en rimelig oppegående person, men har begrensninger. I andre mapper som jeg har fått se, så har jeg blitt framstilt som en tulling som ikke klarer noen ting.”*

Det er så mye ressurser blant deltakerne på Kilden, mange som kan så mye. *”Vi kan gjøre veldig mye, og vi setter himmel og jord i bevegelse når vi kan gjøre det til vårt eget tidspunkt. Jeg hadde fungert utmerket dersom jeg kunne fordelt arbeidsoppgaver ut over en måned.”*

Dersom ressurser og ønsker blir tatt hensyn til og arbeidssituasjonen tilrettelegges, så kunne flere klart mye mer. Det kan virke litt for lettvinnt å få mennesker i sin beste alder over på uførepensjon.

Oppsummering

Noen av deltakerne har hørt om Brobyggersamarbeidet, men er usikre på hva det egentlig er, og synes de har merket lite til det. De kunne se for seg hvor befriende og godt det hadde vært for dem om det hadde fungert, slik at de slapp å bli sendt rundt både innenfor og mellom virksomhetene. Det kom fram både positive og negative erfaringer. De som har positive erfaringer, forteller om betydningen av å bli møtt og sett som et menneske med ressurser, en som kan noe, og som det er bruk for, og der den du møter virker interessert i nettopp deg, gjerne vil hjelpe deg, og ikke bare gjøre jobben sin. Å ha en IP og en koordinator som holder i trådene og følger opp mellom instansene, er gull verdt, for det er vanskelig å klare det alene. De etterlyser å ha en person å forholde seg til som kan hjelpe deg med alle de andre. Flere sier at de har opplevd å måtte fylle ut skjemaer om og om igjen, og at opplysninger blir borte både innenfor og mellom virksomheter. Samtidig er det nye hjelpere å forholde seg til hele tiden, særlig innenfor NAV-systemet, og du får sjelden informasjon når noen slutter og du får en ny.

Det blir ikke tatt hensyn til at du må opparbeide ny tillit hver gang, og at du utleverer noe av sjela di til alle dem du møter. Når du har psykiske helseproblemer, er du ekstra sårbar for slike skiftninger. Å få god informasjon både om tilbudene i virksomhetene og når det skjer endringer av betydning, er viktig for den det gjelder. Det samme gjelder personlig informasjonen som skal følge deg i systemet. Hver og en burde hatt med seg sin ”mappe” som fulgte dem rundt.

Erfaringene som kom fram i fokusgruppen viser at mye handler om å være heldig, ikke minst med hvem du møter som skal hjelpe deg. Informantene reflekterte over om det kan være slik at hjelpere som har opplevd litt selv i livet, viser større forståelse enn de som bare møter deg med teorikunnskap. Noen strekker seg også litt lenger enn andre, og gjør kanskje noe andre burde ha gjort, slik en hadde erfart med legen sin. Å få riktig behandler, en som er i stand til å hjelpe deg, er helt avgjørende for hvor god hjelpen blir, det blir spesielt påpekt innen rusfeltet. Noen lurer på om det er forskjellsbehandling og om noen pasientgrupper går foran andre. Det er ingen god følelse å oppleve at en ikke er viktig nok til å få samme tilbud som det andre får, for eksempel IP og samarbeidsmøter. Det er også lite tillitvekkende når ansatte ikke kjenner til de andres tilbud eller feilinformerer om tilbud.

De som er på Kilden, opplever å få dekket noe av behovet for veiledning der, men ressursene på Kilden har blitt for knappe, da stadig flere søker seg dit samtidig som bemanningen har gått ned. De ønsker også å bli fulgt over fra den ene tjenesten til den andre for å sikre riktig informasjon i overganger, og fordi du da blir mer trodd på. Overgangen fra grundig utredning over lang tid i NOPRO for å se hva du kan klare, til å få beskjed på NAV om at du ikke er brukelig i arbeidslivet før du kan yte 50 %, er et hardt slag og ikke med på å bedre den psykiske helsen. Deltakerne ønsker seg de små og tilpassede jobbene der de kan få brukt sine ressurser, og ikke bare være passive trygdemottakere som heller ikke får oppfølging lenger.

5.0 Diskusjon

Hovedmålet med denne evalueringsstudien har vært å utvikle kunnskap om hvorvidt brukere innenfor Brobyggersamarbeidet opplever at tjenestene er helhetlige og koordinerte, slik intensjonen med dette samarbeidet er. Vi ønsket å få satt ord på hva som kjennetegner tjenestene når de fungerer godt og hvordan det er når de ikke fungerer hensiktsmessig. Samtidig ville vi finne ut hvorvidt ansatte i organisasjonene kjenner til samarbeidsavtalen som er inngått mellom topplederne og hvordan de vurderer sin praksis i henhold til den. Med bakgrunn i funnene ser vi det naturlig å drøfte tre områder: 1) Utfordringer knyttet til implementering av nye praksiser, 2) Hvordan kan alle brukere bli heldige? 3) Et utvidet arbeidsbegrep.

5.1 Utfordringer knyttet til implementering av nye praksiser

Brobyggeren – fra toppledelse til mer involvering

Brobyggeren er en organisatorisk godt utviklet modell forankret hos lederne i organisasjonene og virksomhetene, og der samarbeidsprosjekter også inngår i organiseringen.

Brukerrepresentanter fra både sykehus og kommune deltar på like fot med ledere i styringsgruppen, noe som ikke er en selvfølge i styringsforaene i samhandlingsreformen.

Brukere har bidratt i forbedringsarbeid for å avdekke flaskehalsene i og mellom systemene, og noen har stått fram på Brobyggerdager med erfaringer fra samarbeid som har fungert godt og betydningen av dette for å komme videre i livet. På system- og styringsnivå har

Brobyggermodellen utviklet seg til å bli et mønster på god organisering av samhandling.

At Notodden fikk prisen for kreativitet og nyskaping på Verdensdagen for psykisk helse 2011 og mottok heder og ære fra Mental Helse Norge for et arrangement med engasjement fra mange aktører, tilskrives i stor grad entusiasmen knyttet til Brobyggersamarbeidet. Tilbudet Kilden, som årlig gjennom Kunst- og uttrykksfestivalen viser hva kreativ utvikling og sosialt fellesskap kan utløse, er også et resultat av Brobyggersamarbeidet så langt. Mye er gjort på det organisatoriske plan som viser at Brobyggeren er levende, men den er for ”usynlig”, og det er fortsatt mye som gjenstår når det gjelder implementering i virksomhetene som er med. Både deltakerne i fokusgruppen og ansatte formidler liten bevissthet om selve

Brobyggeravtalen som topplederne i organisasjonene har inngått. Brukere ser ut til å mangle kjennskap til innholdet som skal være førende for hvordan tjenestene skal samarbeide. Når brukere ikke kjenner til avtalens innhold, vet de heller ikke hva de kan forvente seg og hva

ledere har forpliktet seg til. At Brobyggeren ikke er en konkret tjeneste, men en måte å samarbeide på, gjør nok begrepet uklart for mange. En utfordring i Brobyggeren er gapet fra toppledelsen og ned til den enkelte ansatte i systemene og brukerne, og det er nettopp i møtene med den enkelte ansatte at bruker gjør sine erfaringer. Det er et kjent fenomen at det som besluttes i organisasjoner eller politisk ikke alltid fører til ønsket endring. Baklien (2008) legger vekt på prosessen som ligger mellom en beslutning og den effekten et tiltak har. På beslutningsarenaen formuleres målene, men det er på iversettingsarenaen at målene realiseres, og det tas ofte for lett på de faktorene som må til for å lykkes. Brobyggeren er et ambisiøst program med stor kompleksitet og består av virksomheter med ulike formål og rammebetingelser. Det er nødvendig med analyse av rammer og handlingsrom slik at målene i avtalen blir forenet med måten ansatte jobber på i de ulike virksomhetene. Det må kvalitetssikres at (ny)ansatte gjøres kjent med innholdet i avtalen, at samarbeids- og relasjonskompetanse inngår i virksomhetenes kompetanseutvikling, og at innholdet nedfelles i virksomhetenes strategi og handlingsplaner for å sikre at avtalen ikke lever sitt eget liv på siden av ”de viktige tingene”.

Læringsnettverk og verktøy i kvalitetsforbedring

Kunnskapssenteret for helsetjenesten har gjennomført en kunnskapsoppsummering hvor de spør om læringsnettverk på tvers av fagprofesjoner, avdelinger og organisasjoner kan bidra til god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og hva som er suksesskriterier og kritiske faktorer (Bakke et al 2011). Det tyder på at læringsnettverk har en viss effekt, og at deltakerne faglig og organisatorisk utvikler seg mot mer samhandling med andre. Å utvikle tverrfaglige læringsnettverk mellom virksomhetene i Brobyggeren sammen med brukere, kan være nyttig bruk av tid når praksis skal endres til det bedre. Kunnskapssenterets avdeling for kvalitetsutvikling har utarbeidet verktøy for endringsarbeid når målet er varig forbedring www.kunnskapssenteret.no. Gjennom forskning er det kartlagt de ti viktigste faktorene for å lykkes med forbedringsarbeid av pasientforløp, konsentrert om tre områder; prosess, personale og organisasjon. Måter å arbeide på, men også holdninger og atferd må jobbes med dersom forbedring skal bli integrert og etter hvert den vanlige måten å jobbe på.

Virksomhetslederne i det utvidede Brobyggersamarbeidet ønsker å ta tak i konkrete områder der de ser behov for nye rutiner for bedring av samarbeid mellom tjenester, så som samarbeid rundt familier, og bør da ta i bruk verktøy med kunnskapsbasert forankring. Funnene viser at det er flere områder å ta tak i som deltakerne opplevde som vanskelige, så som rutiner for innhenting av samtykke, rutiner ved overganger og informasjonsflyt, både internt og mellom

virksomheter. Å definere forbedringsområder og konkrete målsettinger som kan måles, og benytte egnet metodikk med målingsverktøy, kan være et steg i riktig retning for Brobyggeren. Videre må det utvikles og sikres former for mer konkret og forpliktende brukerinvolvering.

5.2 Hvordan kan alle brukere bli heldige?

Studier av bedringsprosesser tydeliggjør hva god hjelp handler om (Borg, 2007). For det første er det helt sentralt at fagpersoner møter og forstår personen som opplever psykiske lidelser som et helt menneske med ressurser så vel som problemer. Som en samfunnsborger, som skal oppfattes som en aktør i eget liv og ikke et passivt offer for en diffus sykdom. Det ”å komme seg” handler om menneskelig utvikling som bygger på ressurser og erfaringer. Fagpersoner og andre rundt kan best bidra som dialogpartnere og støttespillere, tålmodige kartlesere og veivisere, og noen som tror på personen og som kan holde håpet levende (Borg, 2007; Deegan, 2005). Bedring innebærer videre å søke mot støttende og håpefulle omgivelser så vel som å finne fram til måter og overkomme hindre og barrierer på. Bedrings- og mestringsprosesser dreier seg like mye om personens sosiale og materielle rammer og betingelser som et individuelt prosjekt (Borg & Karlsson, 2011). Deltakerne etterlyser informasjon og kunnskap. Sykehusets LMS er med i Brobyggersamarbeidet og har utviklet kurstilbud for pasienter og pårørende i samarbeid med brukerråd, relevante kommunale instanser og klinikken. Deegan (2010) viser at opplæring av brukere gjennom webbasert teknologi kan være effektivt supplement ved opplæring av brukere om medisinske forhold ved psykisk lidelse. Sykehuset har utviklet flere e-læringsprogram for ansatte de senere årene, og bør vurdere hvorvidt e-læring også bør utvikles som et supplement for opplæring av brukere og pårørende på områder som er egnet for det.

Et godt tjenestetilbud kjennetegnes ved at fagpersonen er oppriktig interessert i den hun møter, at det er en samarbeidsplan for det som skal foregå, og at den er forankret hos brukeren selv slik at den gir mening. Det glipper ikke ved overganger verken når noen slutter eller ved overgang til ny tjeneste. Dersom dette skal gå ”på skinner” trengs det en fagperson som kan være koordinator, en som kan hjelpe deg med alle de andre, slik det ble uttrykt. I et debattinnlegg (Dagbladet 21.04.12) etterlyste en kvinnelig lege og langtidssyk det hun kaller NAVigatører. Hun påpeker menneskers ønske om selvbestemmelse og å bli best mulig, men at en kan trenge noen med seg som kan hjelpe til med å finne gode, individuelle løsninger når målet er jobbdeltakelse, å bli friskest mulig og å leve et verdig liv. Navigatørene bør være en

serviceinstitusjon med vide fullmakter og kort responstid. At ressurssterke mennesker som blir syke etterlyser et slikt behov, forteller at behovet for ”losing” er omfattende. Med bakgrunn i ”Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012” ble det i 2008 innført en forsøksordning med loser i NAV. Rundt 1500 brukere har i løpet av de to siste årene fått oppfølging av NAVs 54 veilednings- og oppfølgingsloser. Brukerne opplever at losene har hjulpet dem til å få en bedre livskvalitet, både økonomisk, sosialt, og de har vært med på å åpne dører til arbeidslivet. Losene har også bidratt til nettverksbygging mot de psykiske helsetjenestene. Ingen av deltakerne hadde opplevd å ha los i NAV, men flere uttrykte frustrasjon over mangel på informasjon og kontinuitet, så behovet var absolutt til stede.

Pasientrettighetsloven gir brukere med behov for sammensatte og koordinerte tjenester rett til IP. I Notodden kommune er det et tildelingskontor som administrerer dette. Det er registrert 72 vedtak på IP i Psykisk helse i mai 2012, hvorav 7 ligger på midlertidig opphør. Deltakerne i fokusgruppen hadde stor tro på å ha en plan for å se mening og øyne håp i det som pågikk av ulike tiltak, og for å vite hvem som hadde ansvar. Men de var avhengig av å ha en kompetent koordinator og at det var kontinuitet dersom noen sluttet. Dette samsvarer med tilbakemeldingene fra Helsedirektoratets konferanser som også konkluderte med at det er et stort forbedringspotensial når det gjelder både bruk av slike planer og koordinatorrollen. I Brobyggeravtalen er det nedfelt at tankegangen i IP skal være førende for samarbeidet med og rundt brukerne. Ved skriftliggjøring blir både rollefordeling, ansvar, oppfølging og evaluering tydeligere, noe som er ekstra viktig når flere aktører er involvert. Planen ble en styrepinne for å nå målsettinger og gav mening til det som skulle skje, uttrykte den deltakeren som var mest fornøyd. Brukere med planer som er aktive, opplever det som svært nyttig, og flere bør få tilbudet. Helsedirektoratet oppfordrer til å gjøre det så enkelt som mulig, og koordinatorrollen framheves som spesielt viktig. Som vi ser av den kvantitative undersøkelsen, er det relativt mange som har koordinatoransvar for brukere på en eller annen måte. Hvorvidt det er lurt å fordele koordinatoransvar for IP ut på mange som kanskje opplever de får det ”på toppen” av jobben, kan diskuteres. Å være koordinator er en viktig jobb som må gis prioritet og status. Det bør være ansatte som både har god kjennskap til tjenestene, som har god samarbeids- og relasjonskompetanse og som har myndighet og autonomi. Dette er en rolle der enkelte ansatte vil være mer egnet enn andre. Statens helsetilsyn (2000) viser hvilke praktiske forutsetninger som må være til stede for at koordinering av psykososialt arbeid (KPA), skal lykkes. En personlig koordinator for bruker skal ha støtte fra ledelsen, være egnet både faglig og personlig, og en som evner å legge vekt på brukerens egne ønsker og behov. Rollen krever veiledning og oppfølging slik at koordinatoren kan følge brukeren over et lengre tidsrom.

Ansatte scorer relativt høyt på å arbeide ut fra Brobyggeravtalens intensjoner, det er positivt. Det kan bety at Opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til en holdningsendring. Ut fra den begrensede kunnskapen ansatte har om Brobyggeravtalen, er det trolig andre faktorer enn bare avtalen i seg selv som har påvirket dette. Samtidig vil det ofte være en forskjell på hvordan vi selv vurderer vår praksis og hvordan brukeren opplever den. At så mange svarer ”i noen grad” er tegn på at ønsket praksis ikke er integrert godt nok til at brukere erfarer den. Det kan være behov for studier som undersøker hva fagpersoner selv mener de gjør og hva som faktisk gjøres.

Ut fra denne studien så det ikke ut til å være noen innarbeidet rutine for å innhente samtykke som ryggdekning for å kunne snakke med hjelpere i de andre virksomhetene, noe som er en forutsetning for samarbeid. Dette bør det tas tak i. Det var også et problem at informasjon som ble innhentet ikke ble fulgt opp og kunne bli borte på veien, både internt og mellom etater. Dette er områder som skal sikres gjennom virksomhetenes ulike kvalitetssystemer om ”å holde orden i eget hus”, men som krever større fokus i overganger både internt og mellom tjenester for å sikre kvaliteten for brukeren. Å sikre et system for tilbakemelding fra brukere, pårørende og ansatte når det glipper, ikke for å henge ut noen, men for å lære av feil, er et område som Brobyggeren også kan følge bedre opp.

5.3 Et utvidet arbeidsbegrep

Deltakerne i fokusgruppene formidlet at det å bli uføretrygdet ikke var noen ønskesituasjon. Det gav en økonomisk trygghet, men ”folk i sin beste alder” etterlyste noe å gå til og ønsket seg de små jobbene der du ble verdsatt med betaling for innsatsen. Gjennom intervjuene med brukere ble det utviklet et utvidet arbeidsbegrep. Det var mange aktiviteter og tiltak som kunne representere mening og opplevelsen av å kunne bidra og høre til. Noen ønsket seg vanlig arbeid, mens andre ønsket seg deltidsjobb eller andre type aktiviteter. Dette stemmer overens med andre studier om arbeid og psykisk helse (Borg og Kristiansen, 2008). Informantene ønsket at det ble tatt tak i interessene du har og at det ble satt større pris på de små jobbene. Da hadde sjansen vært større for at de kom tilbake i arbeidslivet enn når du må bli frisk først.

Mens NOPRO kartlegger og utreder med tanke på arbeidskapasitet, kan NAV som neste instans slukke håpet dersom du ikke kan jobbe stabilt i minst 50 % stilling. Arbeidslivet vil

ikke ha folk som ikke fungerer som de skal, sa en deltaker. Fra å bli tett fulgt opp over år på NOPRO, kan du raskt bli satt på uførepensjon om du ikke duger, og dermed stopper også oppfølgingen. Arbeid og aktivitet er en viktig identitetsfaktor. Opplevelsen av å være til nytte og at det er bruk for deg, å ha noe å fortelle når du blir spurt hva du driver med, at du kan være et forbilde barna dine ser opp til, er viktig for menneskers selvrespekt. Å bli parkert på sidelinja når jevnaldrende gjør yrkeskarriere, styrker ikke selvfølelsen, og sosial arv kan bli følgen for barna, noe hjelpetjenestene i Notodden er bekymret for. Studier viser også at det er en klar sammenheng mellom arbeid og bedring. Det å være på vanlige arenaer og ha en arbeidsrolle er sentralt for å komme seg videre i livet og ha en verdsatt rolle i samfunnet (Krupa, 2004; Davidson, 2003; Wolfenberger, 1993). For mennesker med psykiske lidelser kan det også være ”god medisin”. Deegan (2005) innfører begrepet ”personlig medisin” for å forklare hvor viktig det er for mennesker med psykiske helseutfordringer å ha aktiviteter som gir livet mål og mening. Det virker symptomlindrende, du kommer deg raskere og du kan unngå klientifisering og kronikerrollen. At du selv får være med å bestemme behandlingsopplegg gjennom felles beslutningstaking sammen med helperen, er også av avgjørende betydning (Deegan og Drake 2006). Dette er undersøkt i forhold til medikamenthåndtering, men vil trolig også kunne ha overføringsverdi til andre tjenester der hjelpere tradisjonelt har visst best hva som er bra for deg.

Ved utgangen av mars 2012 var det 53 flere uføretrygdete innbyggere i Notodden enn et år tidligere, en økning fra 1180 til 1233 personer (Telen 04.05.12). Disse store tallene har ifølge fylkesdirektøren i NAV sammenheng med at NAV Telemark har hatt fokus på personer som tidligere har mottatt tidsbegrenset uførestønad. Mange av disse har nå fått innvilget varig uførepensjon. Folkehelseprofilen for Notodden (Folkehelseinstituttet, 2012) viser at Notodden kommune ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder uføretrygdete under 45 år, og at flere bruker legemidler mot psykiske lidelser enn i landet for øvrig. Å få uførepensjon gir en økonomisk trygghet og er sånn sett en god velferdsordning. Men de som hadde fått en slik varig ordning uttrykte også synspunkter på at det kan bli en lettvint løsning for samfunnet fordi ”tilpasset arbeid” ikke er å oppdrive, og langt fra noen rettighet. I Notodden blir Kilden et tilbud flere søker til. Der bygges selvtilliten opp igjen fordi du blir møtt og behandlet likeverdig som et menneske med ressurser, en som kan noe og får til saker og ting i kreativt samspill med andre. Der blir du spurt om hva du har lyst til, og ikke bare hva du kan klare, noe som gjør at flere utvider sitt repertoar av skjulte og ubrukte ressurser. At du får møte profesjonelle utøvere innen ditt interessefelt, noe Kilden tar seg råd til på tross av trang

økonomi, gir deg følelsen av at du er verd å satse på. Kunst- og uttrykksfestivalen blir en arena som viser hvordan mennesker kan vokse når grobunnen er den rette, www.frakilden.com. Det bør forskes på Kilden, hvem som har nytte av tilbudet og hva som er suksesskriteriene, og hvordan dette kan ha overføringsverdi til samarbeidet med og rundt den enkelte bruker, også utenfor Kilden.

Uføretrygd handler ikke bare om individets mangel på arbeidsevne, men like mye om at samfunnet ikke klarer å tilrettelegge slik at du får mulighet til å benytte den arbeidsevnen du har. Leder av NTL NAV sier ”Ja til et raust og inkluderende arbeidsmarked” (Dagbladet 11.05.12) og utfordrer næringslivet til å ansette mennesker med redusert arbeidsevne selv om de ikke kan levere like mye som øvrige medarbeidere. Han etterlyser at NAV spiller på lag med den enkelte, og arbeidsgiverne må være med på laget slik at uførepensjonering ikke blir eneste veien ut. ”Ringer i vannet”, en strategi for at NHO bedrifter skal få dekket sitt behov for kompetent arbeidskraft gjennom attføringsbedriftene, er et nytt prosjekt der NOPRO er med. Utprøving gjennom praksisperioder, med mulighet til å avslutte hvis det ikke går, og tett oppfølging underveis, er et steg i riktig retning. ”Individuell jobbstøtte” (Individual Placement and Support – IPS) skal også utprøves med midler over statsbudsjettet med tanke på implementering til norske forhold. At næringslivet, så som Ferd Sosiale Entreprenører (FSE) fra 2009 har brukt betydelige beløp til prosjekter for å finne alternative løsninger på samfunnsutfordringer, er også nyttig supplement, www.ferd.no. Prosjektet ”Jobbsjansen” for dem som har falt ut av skolen, har vært vellykket i Vålerenga fotball. Ungdom får oppgaver knyttet til idrettsaktiviteter for barn, noe som for mange fører til fast arbeid eller motivasjon for mer utdanning. Av 150 ungdommer har 70 % fått jobb eller har gått tilbake til skolen (Aftenposten 21.05.12).

Arbeidsdepartementet har nylig lagt fram en utredning om arbeidsrettede tiltak som foreslår en ny tiltaksstruktur innenfor arbeids- og velferdstjenesten (Arbeidsdepartementet, 2012). Det blir interessant å se om brukere innen psykisk helse og rus gjennom en ny omorganisering vil oppleve tiltakene som god ”personlig medisin” med tilpasning og felles beslutningsprosesser, eller om systemene blir enda mer kompliserte å forholde seg til. Behovet for ”brobygging” vil trolig ikke bli mindre når reformen skal gjennomføres.

6.0 Konklusjoner

Relatert til forskningsspørsmålene i denne studien er det grunnlag for å konkludere med at Brobyggersamarbeidet er på riktig vei, men samarbeidet rundt den enkelte bruker framstår fortsatt for tilfeldig og avhengig av hvor heldig du er med den du møter. Slik skal det ikke være. Informasjonsflyten både til og rundt brukere har betydelig forbedringspotensiale. Dette gjelder både mellom ansatte internt og mellom tjenestene ved overganger. Bedre rutiner for innhenting av samtykke, tilbud om individuell plan og samarbeidsmøter etterlyses. Tilpasset arbeid, og ikke å bli parkert på uføretrygd, utfordrer også samarbeidet mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdstjenestene. En mer autonom koordinatorrolle krever kompetanse og oppfølging. Brukere og pårørende trenger mer informasjon og opplæring, og de må få vite hva de kan etterspørre og forvente seg. Ansatte i virksomhetene har begrenset kjennskap til Brobyggeravtalen, og den er i lite aktiv bruk, men ansatte vurderer selv at de i betydelig grad arbeider i henhold til dens mål og intensjoner.

Brobyggersamarbeidets styrke er solid ledelsesforankring hos samarbeidspartene og brukerorganisasjonenes tro på å realisere visjonen slik brukerne selv har formulert den: ”Klarere mål – kortere vei”. Forankringen i ledelsen gir gode muligheter for handlekraft, men det kreves en mer bevisst strategi for involvering og implementering før alle brukere, og ikke bare de som er heldige, skal oppleve at samarbeidet fungerer ut fra det som er målsettingen. Å lage en strategi og handlingsplan med metodisk oppfølging, målbare mål og milepæler, er nødvendig for å lykkes.

På bakgrunnen av de to undersøkelsene som er gjennomført, foreslår vi at følgende områder vurderes i den videre implementeringen av Brobyggeren:

- Praksis for innhenting av samtykke
- Informasjon og opplæring. Hjemmesiden utvikles, serviceerklæring utarbeides
- Fastlegene involveres mer
- Flere får tilbud om IP. Regelmessig opplæring og veiledning for ledere og ansatte
- Styrke koordinatorrollen, større status og autonomi
- Opprette Brobyggerens brukerforum
- Opprette læringsnettverk/tverrfaglig veiledning på tvers av virksomhetene
- Brobyggerdager, flere brukere og mer erfaringskunnskap
- Forskning på Kilden, hva og hvordan
- Utvikle arbeidslivsprosjekter. Pilotprosjekt i utvalgte bedrifter med følgeforskning

Resultatene fra undersøkelsen vil bli lagt fram på en Brobyggerdag, en dialogkonferanse felles for fagfolk og brukere. Her vil flere brukerstemmer enn de sju få komme til orde, og ansattes stemmer bli mer nyansert enn det en spørreundersøkelse gir mulighet for. Dette vil bidra til rapportens validitet. Her vil områdene bli gjenstand for diskusjon og prioritering og videre oppfølging gjennom styrings- og ledernivået i Brobyggeren. Rapporten vil også bli lagt ut på Brobyggerens hjemmeside www.brobyggeren.notodden.no der brukere kontinuerlig kan ta kontakt med innspill til forbedring av tjenestesamarbeidet.

Etterord

”Men du ser den gruppen her, det er jobbing i rette retningen. Og vi tar imot alt sånt noe med glede. Og er det noe der da, så stiller jeg opp! Det er noen som er interessert i at det faktisk skal skje noe, og det blir gitt penger til å finne ut av hva vi skal gjøre. Så det er jo interesse for å få det til å fungere. Sånne møter som det her, sånne undersøkelser, at vi blir spurt er veldig bra, det må jeg si. Det er sikkert ikke dumt å ha en sånn finger i vannet for å kjenne etter hvordan det er noen ganger.”

Med deltakernes egne ord takker vi Helsedialog for muligheten til å gjennomføre undersøkelsen, og en takk til hver og en som på ulikt vis har bidratt for å gjennomføre forskningsprosjektet.

Referanser:

- Alvesson, M. og Sköldbberg, K (1994). *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
- Arbeidsdepartementet (2007). *Arbeid, velferd og inkludering*. Stortingsmelding nr. 9 (2006-2007). Arbeidsdepartementet.
- Arbeidsdepartementet (2012). *Arbeidsrettede tiltak*. Norges offentlige utredninger (NOU) 2012:6. Oslo: Arbeidsdepartementet.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*.
- Askheim, O.P. (2005). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. og Starrin, B. (2008). Deltakerbasert forskning – forskningsstrategi for sosialarbeiderutdanningene. *Fontene Forskning* ,1/08 s.18 – 26.
- Askheim, O.P., Borg, M. (2010). Deltakerbasert forskning i psykisk helsearbeid – et bidrag til mer ”brukbar” kunnskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* ,Vol. 7, nr. 2 s.100-109.
- Bakke, T. (2009): Jeg har en plan! (Rapport 01/2009). Oslo: Helsedirektoratet.
- Bakke, T., Brudvik, M., Vibe, M., Konsmo, T., Nyen, B., Udness, E., Vege, A. (2010). *Modell for kvalitetsforbedring*. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring>
- Baklien, B., (2008). Beslutningsarena og iverksettingsarena. Lokalisert på <http://www.forebygging.no>.
- Beresford, P. (2003). User involvement in research: Exploring the challenges. *Journal of Research in Nursing* , Vol 8 no 1: 36.
- Beston, G. (2009). Forskning sammen med dem det gjelder. I: M. Borg og K. Kristiansen (red). *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse* (s. 69-82) Oslo: Universitetsforlaget.
- Borg, M. (2007). *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. PhD, Helsevitenskap, NTNU.
- Borg, M. og Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Borg, M. og Kristiansen, K. (2008). Working on the edge: The meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability and Society*, v.23 nr 5 Aug, 511-523.
- Borg, M. og Davidson, L. (2008). Recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, (17 (2), s.129-141).

- Borg, M. (2009). Intet om oss uten oss. I: M. Borg og K. Kristiansen (red). *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse* (s.29 - 40) Oslo: Universitetsforlaget.
- Borg, M. og Karlsson, B. (2011) Recovery – og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 8, nr. 4 s.314-323.
- Bøe, T. (2007). Evidensbasert praksis i psykisk helsearbeid. Kan innenfra-perspektivet og brukerkunnskapen gis plass i evidensbegrepet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* Vol. 4, nr. 2 s.194 – 202.
- Danbolt, L. J., Kjøsberg, K. og Lien, L. (2010). Hjelp når du trenger det. En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykiske helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 7, nr. 3 s. 238-245.
- Danielsen, K., Bakke, T. (2011). Kartlegging av måleinstrumenter til måling av brukererfaringer med samhandling. Notat. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*.
- Davidson, L.(2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Deegan, P.E. (2010). A description of a web application to support shared decision making. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34 (1): 23-8.
- Deegan, P.E. (2005). The importance of personal medicine: A quantitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 29-35.
- Deegan, P.E. & Drake, R.E. (2006). Shared decision-making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 11, 1636-1639.
- Durbin, J., Goering, P., Streiner, D.L., Pink, G. (2006). Does Systems Integration Affect Continuity of Mental Health Care? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33:705-717.
- Ekeland, T. J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Høgskolen i Oslo, Arbeidsnotat nr. 6/2004.
- Finlay, L. (2002). "Outing" the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Quality Health Research*. Lokalisert på <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/4/531>
- Folkehelseinstituttet (2012). *Folkehelseprofil 2012 Hovedtrekk i kommunenes folkehelse*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/kommunehelsa>
- Friis, S. og Vaglum, P.(1999). *Fra ide til prosjekt. En innføring i klinisk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug
- Glover, H. (2009). Hvordan skille mellom likeverdig og symbolsk medvirkning i forskning? I: M. Borg og K. Kristiansen (red). *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse* (s.41 - 52) Oslo: Universitetsforlaget.

- Griswold, K.S., Homish, G.G., Pastore, P.A. og Leonard, K.E. (2010). A Randomized Trial: Are Care Navigators Effective in Connecting Patients to Primary Care after Psychiatric Crisis? *Community Mental Health Journal*, 46: 398-402.
- Grønmo, S. (2002). Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen. I: *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*. H. Holter og R. Kalleberg (red). (s.73 - 108) Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2007) *Individuell plan 2007. Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hviding, K., Bugge, P., Brelin, P., Høifødt, T., Nessa, J., Flottorp, S (2008). *Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmenpraksis*. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 03-2008). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Høgskolen i Buskerud (2012). *Videreutdanning i samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid*. (Studieplan). Lokalisert på <http://www.hibu.no/studietilbud/helsefag>
- Kolstad, A. (2004). Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (Vol. 1 nr. 1 s. 13 - 26)
- Kristiansen, K. (2009). Forsking og medforskning. I: M. Borg og K. Kristiansen (red). *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse* (s.17 – 28) Oslo: Universitetsforlaget
- Krupa, T. (2004). Employment, recovery and schizophrenia: Integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, no. 1:8-15
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lerdal, A. og Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3 (3) s. 172-175
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, s.125-153.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012). *Prosjekt: Utvikling av spørreskjema om brukererfarinegr med samhandling*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012). *Prosjekt: Effekt av samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten ved utskrivning av pasienter med kronisk sykdom*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no>

- Rose, D., Thornicroft, G. og Slade, M. (2006). Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, Suppl. 429.
- Sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsesektoren (1992). *Forsøk i et brukerperspektiv. Erfaringer, synspunkter og råd*. Oslo: Sosialdepartementet
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Norges offentlige utredninger (NOU) 1997:2. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedepartementet (1998). St.prp.nr. 63 (1997-98): *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosialdepartementet (1981). *Tilbud i nærmiljøet for personer med psykiske lidelser*. Rundskriv fra 4 departementer.
- Statens helsetilsyn (2000). *Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og psykiske lidelser*. Utredningsserie 2-2000. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Stuart, H., Krupa, T., Koller, M. (2010). Funding growth and service match: Doing more of the same, og doing things better? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29, 97-107.
- Tandora, J & Miller, R. (2009). *Person Centered Care Planning Questionnaire – Provider (P) Version*. Yale Program for Recovery and Community Health
- Wenstøp, F. (2006). *Statistikk og dataanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Wolfensberger, W. (1993). *Brief introduction to social valorization as a higher order concept for structuring human services*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Tabell:

Brobyggerundersøkelsen, kvantitativ undersøkelse.

Hvor jobber du? (Arbeidssted)

Bylehuettetelemark,	3	2,00 %
Bylehuettetelemark,	19	16,00 %
Bylehuettetelemark,	19	16,00 %
NO PRO	20	17,00 %
NAV	17	14,00 %
Poghlid helge - Team	13	11,00 %
Poghlid helge - Team	15	12,00 %
Poghlid helge - Bob	11	9,00 %
Factagehonor	4	3,00 %
Total	121	100,00 %

Kjønn (Kjønn2)

Mann	41	35,00 %
Kvinne	79	65,00 %
Total	116	100,00 %
AVG		1

Alder i gruppe (Alder2)

0-24 år	0	0,00 %
25-34 år	6	5,00 %
35-44 år	23	19,00 %
45-54 år	49	42,00 %
55 år eller mer	37	31,00 %
Total	115	100,00 %

Hvor lenge har du vært ansatt på nåværende arbeidssted? (Lengselstilling)

Under 1 år	10	8,00 %
1-2 år	16	13,00 %
3-6 år	18	15,00 %
Over 6 år	75	63,00 %
Total	119	100,00 %

Hva er ditt ansvar som rådgiver i virksomheten? (Ansvar)

Leder	18	15,00 %
Terapeut	22	18,00 %
Veileder	23	19,00 %
Bakkehandler	6	5,00 %
Miljøpersonale	32	27,00 %
Miljøtitpersonale	6	5,00 %
Faglærte	4	3,00 %
Annet	9	8,00 %
Total	120	100,00 %

Er du koordinator for brukere? (Koordinator)

Ja	44	37,00 %
Nei	71	59,00 %
Vet ikke	3	3,00 %
Ikke aktuelt	2	2,00 %
Total	120	100,00 %
AVG		0

Har du hørt om Brobyggersviten? (Kjennekap)

Ja	117	97,00 %
Nei	4	3,00 %
Total	121	100,00 %
AVG		1

Hvor lenge siden er det du første gang hørt om Brobyggersviten? (Naarinfo)

Under en måned	0	0,00 %
Under et halvt år	4	3,00 %
Under et år	13	11,00 %
Under 2 år	36	31,00 %
Mer enn 2 år siden	63	54,00 %
Total	116	100,00 %

Har du lest Brobyggersviten? (Lest sviten)

Ja	60	52,00 %
Nei	56	48,00 %
Total	116	100,00 %
AVG		1

(Kjennekap2) - Hvor godt kjenner du innholdet i sviten? (1)

Ingen kjennekap	5	4,00 %
Lite	20	16,00 %
Noe	63	54,00 %
Godt	24	21,00 %
Bæst god t	5	4,00 %
Total	117	100,00 %
AVG		51

Hvem har informert deg om avtalen? (q132)

Nærmeste leder på jobben	51	44,00 %
Nærmeste leder mede	5	4,00 %
Nærmeste leder i annen	27	23,00 %
En kollega	24	21,00 %
En bruker/ken i på de	3	3,00 %
Oppdrag i avtalen	13	11,00 %
Annet	34	29,00 %
Totalt	117	100,00 %

Bruk av avtalen (q133) - Blir innholdet i avtalen brukt aktivt på din arbeidsplass? (1)

Daglig	3	3,00 %
Fåre ganger i uka	17	15,00 %
Ukentlig	19	17,00 %
Månedlig	23	20,00 %
Skjeddere	22	19,00 %
Vet ikke	29	26,00 %
Totalt	113	100,00 %

Bruk av avtalen (q133) - Har du opplevd situasjoner der avtalen har vært nyttig som forpliktelse til samarbeid? (2)

Daglig	2	2,00 %
Fåre ganger i uka	9	8,00 %
Ukentlig	17	15,00 %
Månedlig	26	22,00 %
Skjeddere	31	27,00 %
Vet ikke	29	26,00 %
Totalt	113	100,00 %

Bruk av avtalen (q133) - Har du opplevd situasjoner der avtalen har blitt ignorert? (3)

Daglig	0	0,00 %
Fåre ganger i uka	1	1,00 %
Ukentlig	2	2,00 %
Månedlig	9	8,00 %
Skjeddere	37	33,00 %
Vet ikke	64	57,00 %
Totalt	113	100,00 %

Bruk av avtalen (q133) - Har du opplevd at avtalen har hatt nytteverdi for å oppnå brukerens mål og ønsker? (4)

Daglig	2	2,00 %
Fåre ganger i uka	8	7,00 %
Ukentlig	19	17,00 %
Månedlig	24	21,00 %
Skjeddere	26	23,00 %
Vet ikke	36	31,00 %
Totalt	114	100,00 %

Hvordan opplever du at følgende stemmer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134) - Deter definert rolle- og ansvar fordeling mellom aktørene (1)

Stemmer overhodet ikke	2	2,00 %
Stemmer i liten grad	8	8,00 %
Stemmer i noen grad	46	46,00 %
Stemmer i stor grad	41	40,00 %
Stemmer helt	6	6,00 %
Totalt	103	100,00 %
AVG		60

Hvordan opplever du at følgende stemmer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134) - Brobyggers avtalen har bidratt til økt kontakt mellom aktørene (2)

Stemmer overhodet ikke	2	2,00 %
Stemmer i liten grad	10	10,00 %
Stemmer i noen grad	36	36,00 %
Stemmer i stor grad	37	36,00 %
Stemmer helt	20	19,00 %
Totalt	105	100,00 %
AVG		66

Hvordan opplever du at følgende stemmer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134) - Jeg har fokus på koblingen behandling, arbeid og aktivitet i samarbeidet rundt og med brukerne (3)

Stemmer overhodet ikke	0	0,00 %
Stemmer i liten grad	6	6,00 %
Stemmer i noen grad	22	21,00 %
Stemmer i stor grad	57	54,00 %
Stemmer helt	20	19,00 %
Totalt	105	100,00 %
AVG		72

Hvordan opplever du at følgende stemmer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134) - Deter lett for meg å ta kontakt med de andre aktørene (4)

Stemmer overhodet ikke	0	0,00 %
Stemmer i liten grad	6	6,00 %
Stemmer i noen grad	33	31,00 %
Stemmer i stor grad	40	38,00 %
Stemmer helt	26	25,00 %
Totalt	105	100,00 %
AVG		70

Hvordan opplever du at følgende temaer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134)

- Det er lett for meg å oppnå kontakt med de andre aktørene (5)

Stemmer overhodet ikke	1	1,00 %
Stemmer i liten grad	10	10,00 %
Stemmer i noen grad	46	44,00 %
Stemmer i stor grad	39	38,00 %
Stemmer helt	8	8,00 %
Totalt	104	100,00 %
AVG		60

Hvordan opplever du at følgende temaer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134)

- Samarbeidet rundt brukernes følger opp regelmessig over tid (8)

Stemmer overhodet ikke	2	2,00 %
Stemmer i liten grad	7	7,00 %
Stemmer i noen grad	41	39,00 %
Stemmer i stor grad	46	44,00 %
Stemmer helt	8	8,00 %
Totalt	104	100,00 %
AVG		62

Hvordan opplever du at følgende temaer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134)

- Jeg kjenner til tilbudene de andre aktørene kan tilby (7)

Stemmer overhodet ikke	0	0,00 %
Stemmer i liten grad	9	9,00 %
Stemmer i noen grad	47	46,00 %
Stemmer i stor grad	42	40,00 %
Stemmer helt	7	7,00 %
Totalt	105	100,00 %
AVG		61

Hvordan opplever du at følgende temaer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134)

- Jeg informerer mine brukere om supplerende tilbud som de andre har (3)

Stemmer overhodet ikke	1	1,00 %
Stemmer i liten grad	11	11,00 %
Stemmer i noen grad	42	41,00 %
Stemmer i stor grad	40	39,00 %
Stemmer helt	8	8,00 %
Totalt	102	100,00 %
AVG		61

Hvordan opplever du at følgende temaer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134)

- Den psykiske helse situasjonen til brukere er tema i samtale med bruker (9)

Stemmer overhodet ikke	4	4,00 %
Stemmer i liten grad	6	6,00 %
Stemmer i noen grad	21	20,00 %
Stemmer i stor grad	54	52,00 %
Stemmer helt	19	18,00 %
Totalt	104	100,00 %
AVG		68

Hvordan opplever du at følgende temaer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134)

- Individuell plan brukes som verktøy for samarbeid med brukeren og de involverte aktørene (10)

Stemmer overhodet ikke	8	8,00 %
Stemmer i liten grad	16	16,00 %
Stemmer i noen grad	44	43,00 %
Stemmer i stor grad	24	23,00 %
Stemmer helt	12	12,00 %
Totalt	104	100,00 %
AVG		54

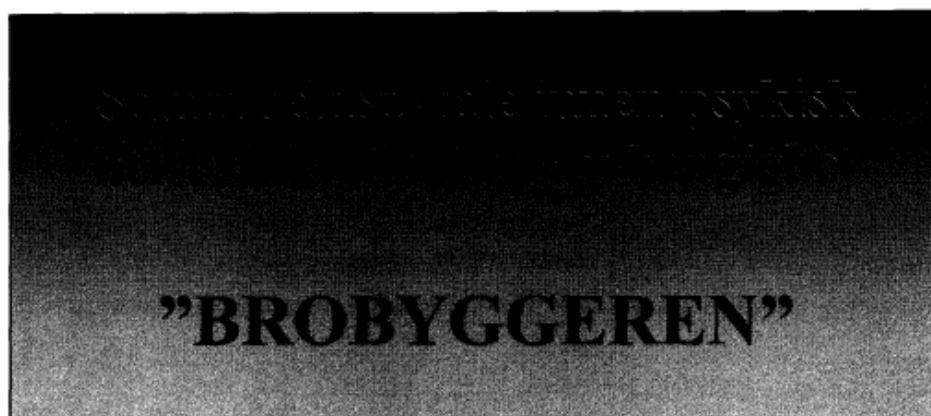
Hvordan opplever du at følgende temaer innenfor Brobyggersamarbeidet (q134)

- Det foregår samarbeid mellom aktørene i overgangen mellom to tjenestetilbud (11)

Stemmer overhodet ikke	0	0,00 %
Stemmer i liten grad	7	7,00 %
Stemmer i noen grad	46	46,00 %
Stemmer i stor grad	39	39,00 %
Stemmer helt	11	11,00 %
Totalt	103	100,00 %
AVG		63

Vedlegg:

Vedlegg 1: Skriftlig samarbeidsavtale



NAV Notodden



**Notodden kommune
Psykisk Helse**



**Notodden
Distriktpsikiatriske senter
(DPS)
Lærings- og
mestringssenteret (LMS)**

➤ **BRUKERORGANISASJONENE**

Revidert januar 2009

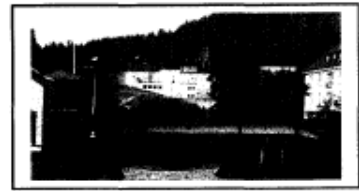


Foto: Eva Hagen

1. Samarbeidsavtalens formål:

Avtalen skal sikre samhandlingen mellom

- Nopro
- Notodden kommune: Psykisk helse
- NAV Notodden
- Notodden/Seljord DPS, Blefjell sykehus
- Lærings- og mestringssenteret, Blefjell sykehus (LMS)
- Brukerorganisasjonene

slik at tjenestemottakerne opplever tjenestene som helhetlige og koordinerte.

Avtalen skal

- til enhver tid være i henhold til gjeldende lovverk
- definere rolle – og ansvarsfordeling mellom aktørene
- avklare forventninger partene i mellom
- bidra til å øke kontakten mellom aktørene
- bidra til at samarbeidspartene har et spesielt fokus på kopling mellom behandling, arbeid og aktivitet
- sikre lav terskel for kontakt mellom samarbeidspartene
- sørge for kontinuitet i samarbeidet (faste samarbeidsmøter hvor en drøfter/evaluerer samarbeidet)
- beskrive felles møtepunkter
- beskrive felles prosjekter

Gjennom undertegning av avtalen har vi et gjensidig ansvar for

- å kjenne til hverandres tilbud og informere brukerne om disse ved at de ansatte i alle virksomhetene gjøres kjent med "Brobyggeren". Videre ved å synliggjøre tilbudene med en årlig "Åpen dag" ved hver av virksomhetene hvor målgruppen er tjenesteyterne ved de enkelte virksomhetene i "Brobyggeren". Finne innpass for "Brobyggeren" i etablerte læringsnettverk internt i den enkelte virksomhet.
- på et tidlig stadium informere og samarbeide med brukeren om supplerende og alternative tilbud.
- at vi i alle faser av et tjenestetilbud tenker kopling til andre arenaer, og spesielt med fokus på kopling helse/arbeid/aktivitet.
- å bidra til å styrke kunnskap og åpenhet i forhold til psykisk lidelse i de ulike virksomhetene.
- å sørge for at den psykiske helsesituasjonen til bruker er tema i samtaler med brukere.
- å benytte Individuell plan og andre aktuelle samarbeidsverktøy (eks samarbeidsavtaler). "Brobyggeren" arrangerer opplæring Individuell Plan (både om selve verktøyet og hvordan det benyttes i samhandlingen).

2. Definisjon av psykisk helse:

I avtalen har vi valgt å legge disse momentene til grunn som definisjonen på god psykisk helse:

- å ha det godt med seg selv og ha overskudd av gode følelser, kunne oppleve glede og gjøre det man har lyst til
- å kunne møte motgang og problemer uten å bukke under dvs å ha evne til å tåle livet
- oppleve kontroll og forutsigbarhet i livet
- ha en god selvfølelse
- å kunne kjenne til og bruke sine ressurser
- å ha meningsfulle oppgaver i samfunnet

3. Samarbeidet skal bygge på

- samarbeid og respekt for bruker/pasient og pårørende
- en felles forståelse for brukers mål til brukers beste
- at fellesforståelse fører til bedre samarbeid
- en helhetlig tenkning i forhold til enkeltbrukere, og med Individuell plan som samhandlingsverktøy (etter samtykke fra bruker/pasient)
- kontinuitet
- respekt for hverandres fagområder, kompetanse og rammer

4. Brukermedvirkning

På systemnivå/tjenestenivå:

- ✚ Brukerorganisasjonene er likeverdig part i avtalen, og deltar i samarbeidsfora på alle nivå. Med brukermedvirkning i denne avtalen forstås at brukerrepresentantene skal oppleve at de er
 - aktive pådrivere
 - har reell påvirkning, innflytelse og delaktighet gjennom hele avtaleprosessen og i samarbeidsfora på system/tjenestenivå
- ✚ Brukere som ressurs i utvikling/i utførelse av tjenester. I utarbeidelsen av avtalene på tjenestenivå bør brukerrepresentantene som deltar i utformingen, fortrinnsvis ha erfaringskunnskap fra de aktuelle tjenestene.

På individnivå:

- ✚ Samarbeid med bruker/pasient og pårørende
- ✚ Fokus på brukers/pasients behov
- ✚ Gi tilstrekkelig bred informasjon til bruker/pårørende
- ✚ Brukerne skal være delaktige i de beslutninger som angår brukers liv og helse.
- ✚ Gi bruker/pasient/pårørende trygghet gjennom en god kommunikasjon og informasjon
- ✚ Kontinuitet i tjenestetilbudet
- ✚ Fleksible løsninger i forhold til tjenestetilbudene
- ✚ Ønsker bruker at andre personer skal være tilstede når pasienten er i kontakt med tjenesteapparatet, skal dette imøtekommes så langt som mulig (*omarbeidet fra pasientrettighetsloven*)

5. Faste samarbeidsmøter:

5.1. Tema for samarbeidsmøtene:

- ✚ Fokus på pasient/bruker/pårørende
- ✚ Helhetlig behandlingstilbud - evaluering av samarbeidet/forbedringstiltak

- ✚ Samarbeid/evaluering rundt samarbeidsverktøyet Individuell plan
- ✚ Utprøving/gjennomføring og evaluering av vedtatte samhandlingsprosesser
→ innføring av felles meldeskjema/ gjennomgang av samarbeidsprosesser som ikke har forløpt etter planen.
- ✚ Prosedyreutvikling
- ✚ Fagutvikling/hospitering/prosjekter
- ✚ Sårbarhetssituasjoner/risikofaktorer ift samarbeidet

5.2 Organisering av samarbeidsmøtene for "Brobyggeren":

Møtehyppighet:

- ✚ 2 møter pr år. Styringsgruppen deltar på et av de halvårslige møtene.

Deltagere i samarbeidsmøtene i "Brobyggeren"

- ✚ Brukerrepresentanter
- ✚ Representanter NOPRO
- ✚ Representanter, NAV Notodden
- ✚ Representanter, Notodden kommune (Psykisk helse)
- ✚ Representanter, Tildelingskontoret, Notodden kommune
- ✚ Representant, Lærings- og mestringssenteret (LMS), Blefjell sykehus
- ✚ Representant, Voksenpsykiatrisk poliklinikk,
- ✚ Representant, Voksenpsykiatrisk døgnsesjon
- ✚ Prosjektleder

Ansvar:

- ✚ Ansvar for organisering av samarbeidsmøtene ligger hos en av virksomhetene for ett år av gangen (organisering/administrering av møtene, samt være et kontaktledd i samarbeidet dersom det er behov for at "Brobyggeren" møtes "ad hoc", melde saker til samarbeidsmøtene m.m.). Velges på det årlige møtet hvor både styringsgruppa og prosjektgruppa deltar. (Jfr. egen oversikt side 6)

Styringsgruppa - "Brobyggeren"

- ✚ Adm dir, Nopro
- ✚ Avd. sjef kompetanse, Nopro
- ✚ NAV leder, NAV Notodden
- ✚ Representanter Brukerorganisasjonene (kommune og sykehus)
- ✚ Leder, Psykisk helse, Notodden kommune
- ✚ Seksjonsleder Helse- og omsorg, Notodden kommune
- ✚ Seksjonsleder Voksenpsykiatrisk døgnsesjon
- ✚ Seksjonsleder Voksenpsykiatrisk poliklinikk
- ✚ Klinikksjef, Psykiatrisk klinikk

6. Retningslinjer for samhandling generelt og knyttet til individuell plan

- ✚ Jfr. vedlegg 1

7. Generelt:

- ↓ Saker hvor det ikke oppnås enighet, tas opp i styringsgruppa.
- ↓ Samarbeidsprosesser som ikke har forløpt etter planen:
Som et gjensidig, "internt" forbedringsverktøy kartlegger aktørene hendelser som ikke har forløpt etter planen (iht avtalen). Oversikten tas opp på de halvårlige samarbeidsmøtene på tjenestenivå. Kartleggingen skal gi en oversikt over systemfeil som kan forbedres. Det skal benyttes som en oversikt til samarbeidsmøtene og ikke som dokumentasjon i andre sammenhenger.
- ↓ Avtalen evalueres årlig.
- ↓ Avtalen er gyldig fra.....

Sted: Notodden den 16.1.2009
Arne Sukke
Adm. dir. Arne Sukke, Nopro

Sted: Notodden den 16.1.2009
Olav Kasland
NAV leder Olav Kasland, NAV Notodden

Sted: Notodden den 16.1.2009
Anne Grete Rønningsdalen
Seksjonsleder Anne Grete Rønningsdalen, Notodden kommune

Sted: Notodden den 16.1.2009
Arne Borgersen
Leder av Rådet for funksjonshemma, Arne Borgersen, Notodden kommune

Sted: Notodden den 16.1.2009
Reinert O. Innvær
Leder av Brukerutvalget, Reinert O. Innvær, Blefjell sykehus

Sted: Notodden den 16.1.2009
Ivar Dahl
Adm. dir. Ivar Dahl, Blefjell Sykehus

Vedlegg 1

1. Retningslinjer for samhandling generelt og knyttet til individuell plan

Brobyggersamarbeidet bygger på likeverd og respekt for hverandres organisasjon og tjenester. Alle instansene i Brobyggersamarbeidet er forpliktet til å delta i samhandling, også når det er behov for samhandling uten at bruker har individuell plan. Samhandlingen skal bidra til at brukere opplever helhetlige og koordinerte tjenester.

De overordnede samarbeidsavtalene og etablerte arenaer for samarbeid mellom Blefjell sykehus HF og Notodden kommune gjelder også i Brobyggersamarbeidet.

For DPS, LMS og Notodden kommune psykisk helse gjelder forskrift om individuell plan med veileder 2007.

Den enkelte instans må sørge for at medarbeiderne kjenner til samhandlingsrutinene på egen arbeidsplass og legge til rette for at medarbeidere har kunnskap om individuell plan og kan kontakte andre instanser i Brobyggersamarbeidet

(jfr Brobyggerkatalogen: <http://www.blefjell-sykehus.no>)

1.1 Samhandling

Den enkelte saksbehandler/terapeut skal

- legge tilrette for brukermedvirkning,
- på et tidlig stadium informere og samarbeide med brukeren om supplerende og alternative tilbud.
- i alle faser av et tjenestetilbud, tenke kopling til andre arenaer, og spesielt med fokus på kopling helse/arbeid/aktivitet.
- avklare brukers forventninger, men være oppmerksom på at det ikke skapes større forventninger hos bruker enn det som kan innfris gjennom de ulike tjenestene

Dersom det avvekkes et behov/ønske om at de ulike instansene samarbeider, og bruker samtykker i at det blir opprettet kontakt med de aktuelle samarbeidsparter:

→ Se flytskjema ("boks" 1, 2, 3 og 7)

1.2 Samhandling knyttet til IP

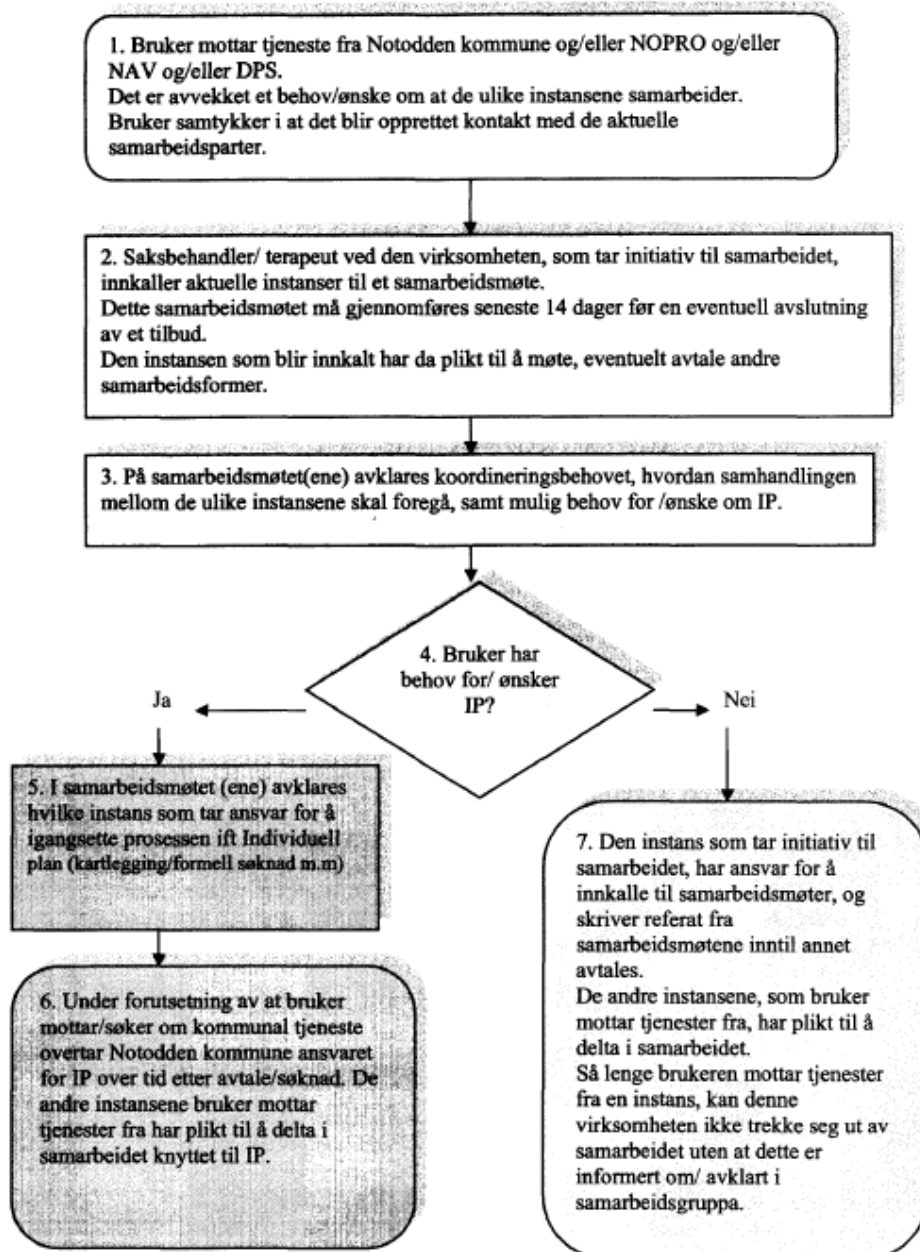
→ Se pkt 1.1 og flytskjema ("boks" 1, 2, 3, 4, 5 og 6)

Når bruker med langvarige og koordinerte tjenester ønsker individuell plan som samhandlingsverktøy skal den enkelte saksbehandler/terapeut:

- innkalle til et samarbeidsmøte for å avklare brukers behov og hvilken instans som har ansvar for videre oppfølging (eks koordineringsansvar/ søknad om IP)
- den som har tatt initiativ til samhandling skal hjelpe bruker med henvendelse/søknad til rett instans (i Notodden kommune er det Tildelingskontoret).

I Brobyggerkatalogen finnes oversikt over kontaktpersoner for IP

2. Retningslinjer for samhandling generelt og knyttet til individuell plan



3. Veiledning til "boks 5" i flytkartet

- Når bruker mottar størstedelen av sitt tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten, for eksempel i forbindelse med rehabilitering eller psykisk helsevern, er det hensiktsmessig å starte opp med koordinator fra helseforetaket.
- For å sikre kontinuitet i planarbeidet må tjenesteytere i helseforetaket innkalle representanter fra aktuelle instanser (inkludert Tildelingskontoret) til et møte i god tid, for eksempel 14 dager før planlagt utskrivning.

4. Veiledning til "boks 6" i flytkartet: Utarbeidelse av IP

Det anbefales å benytte "Veileder til forskrift om individuell plan 2007" (IS-1253) fra Helsedirektoratet.

I DPS/LMS gjelder helseforetakets rutiner.

I psykisk helse Notodden kommune gjelder kommunes retningslinjer for individuell plan.

I samarbeid med bruker utarbeides det en situasjonsbeskrivelse som danner grunnlag for planen. Det må formuleres individuelle mål i samarbeid med brukeren og tjenesteyterne som sitter på relevant kompetanse og erfaring, både langsiktige mål (hovedmål) og kortsiktige mål (delmål). Det å skulle formulere egne mål oppleves ofte som vanskelig, og det er vanlig at målene vokser frem underveis i planleggingsprosessen.

Det defineres tiltak som står i samsvar med målene. Tiltakene kan være egne ressurser eller offentlige tjenester. Det må bare beskrives tjenester som er innvilget. Behov utover dette må søkes på ordinær måte. Av planen skal det fremgå hvem som er ansvarlig for gjennomføring av tiltak og tidsperspektiv for gjennomføring.

Dersom planprosessen skjer i Blefjell sykehus HF, er det viktig å samarbeide med kommunen slik at spesialisthelsetjenesten ikke er med på å skape større forventninger hos bruker enn det som kan innfris på kommunalt nivå. Når planprosessen er i Notodden kommune er det viktig å samhandle med helseforetaket slik at det ikke skapes forventninger til spesialisthelsetjenesten hos bruker som ikke kan innfris. Dette gjelder også mellom de andre instansene i Brobyggersamarbeidet. I planprosessen kan det ikke planlegges tiltak på vegne av andre.

Underveis i planprosessen, både når det gjelder situasjonsbeskrivelse, målformulering og planlegging av tiltak, kan det bli nødvendig å samhandle med ulike aktører og instanser. Koordinator og bruker må bli enige om hvordan samhandlingen skal foregå og bruker må ha innflytelse på dette.

Formelt er individuell plan brukers dokument. Likevel anbefales det at original oppbevares av koordinator, og at bruker har kopi. Det avklares med bruker hvilke andre tjenesteytere som skal få kopi av planen.

Saksbehandlerne dokumenterer IP i sine respektive journalsystemer.

Vedlegg 2

Samarbeidsmøter i "Brobyggeren":

- ⬇ Ansvar for organisering av samarbeidsmøtene ligger hos en av virksomhetene for ett år av gangen (organisering/administrering av møtene, samt være et kontaktledd i samarbeidet dersom det er behov for at "Brobyggeren" møtes "ad hoc", melde saker til samarbeidsmøtene m.m.). Velges på det årlige møte hvor både styringsgruppa og prosjektgruppa deltar.

- ⬇ I 2009 har Blefjell sykehus (virksomhet) ansvar for organisering av samarbeidsmøtene i "Brobyggeren".

Kontaktperson: Gunn Karin Slaaen Rørvik Telefon 35 02 14 96
Mail-adresse: gunn.karin.rorvik@blefjellsykehus.no

- ⬇ I perioden har (virksomhet) ansvar for organisering av samarbeidsmøtene i "Brobyggeren".

Kontaktperson:
Telefon.....Mail-adresse:

- ⬇ I perioden har (virksomhet) ansvar for organisering av samarbeidsmøtene i "Brobyggeren".

Kontaktperson:
Telefon.....Mail-adresse:

Vedlegg 3

Skjema for forbedringstiltak i Brobyggersamarbeidet

Som et gjensidig, "internt" forbedringsverktøy kartlegger aktørene hendelser som ikke har forløpt etter planen (iht avtalen). Oversikten tas opp på de halvårlige samarbeidsmøtene på tjenestenivå. Kartleggingen skal gi en oversikt over systemfeil som kan forbedres. Det skal benyttes som en oversikt til samarbeidsmøtene og ikke som dokumentasjon i andre sammenhenger.

Skjemaet kan brukes av:

- Brukerorganisasjonene
- Ansatte ved de ulike virksomhetene i Brobyggersamarbeidet
-

Dato:	Beskrivelse av hendelsen:	Melderenhhet:	Forslag til forbedringstiltak:

Vedlegg 2: Spørreskjema

EVALUERING AV BROBYGGEREN I NOTODDEN

Spørreskjema til de som ikke har fylt ut elektronisk. NAV Notodden

Informasjon om forskningsprosjektet

Styringsgruppa for Brobyggeren i Notodden ønsker å gjennomføre en evaluering av samarbeidet mellom de involverte tjenestene: Notodden DPS og LMS, Sykehuset Telemark; Psykisk helse og fastleger, Notodden kommune; NAV og NOPRO. Prosjektet finansieres av Helse dialog. Hensikten er å undersøke om våre felles brukere opplever tjenestene som helhetlige og koordinerte. Samtidig vil vi også finne ut hvor godt ansatte kjenner til samarbeidsavtalen for Brobyggeren og hvordan de vurderer sin praksis i henhold til den.

Målet er å bidra til økt fokus på innholdet i samarbeidsavtalen og videre implementering av den i de ulike virksomhetene. Prosjektet vil bli utført av underteignede og en forskningsmedarbeider med brukererfaring, under veiledning av professor Marit Borg, Høgskolen i Buskerud.

I tillegg til å intervju brukere, vil vi gjennomføre en spørreundersøkelse blant ansatte i virksomhetene om deres erfaringer med samarbeid mellom tjenestene knyttet til felles brukere som sliter med psykisk helse og evt rusproblem er. Dette gjøres gjennom dette elektroniske spørreskjemaet. For å få et best mulig grunnlag for evaluering, er det viktig at mange svarer, men vi gjør oppmerksom på at det er frivillig å delta. Undersøkelsen inneholder ikke personopplysninger, og din anonymitet ivaretas ved at ditt svar kun er tilgjengelige for statistiker ved Sykehuset Telemark som behandler hele undersøkelsen konfidensielt.

Resultatet av undersøkelsen vil bli publisert som gruppedata uten at den enkelte kan gjenkjennes på noen måte. Prosjektet skal være ferdigstilt i løpet av våren 2012. Etter at prosjektet er avsluttet, vil alle opplysninger bli anonymisert. Hver virksomhet/tjenestested som deltar i undersøkelsen vil få resultatene presentert.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S og vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Dersom du ønsker å delta, er samtykke gitt ved at du svarer på undersøkelsen.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, kan du ta kontakt med meg på telefon eller e-post.

Vennlig hilsen

Anne Kvalheim

Prosjektleder

anne.kvalheim@sthf.no

tlf 35 02 14 58 / 995 88 994

Kjønn

☐ Mann ☐ Kvinne

Alder

☐ 0-24 år ☐ 25-34 år ☐ 35-44 år ☐ 45-54 år ☐ 55 år eller mer

Hvor lenge har du vært ansatt på nåværende arbeidssted?

☐ under 1 år ☐ 1-2 år ☐ 3-5 år ☐ over 5 år

Hva er ditt ansvarsområde i virksomheten?

☐ Leder ☐ terapeut ☐ veileder ☐ saksbehandler ☐ miljøpersonale

☐ merkantilt personale ☐ fastlege ☐ annet

Er du koordinator for bruker?

☐ Ja ☐ nei ☐ vet ikke ☐ Ikke aktuell

Kjennskap til avtalen

Har du hørt om Brobyggeravtalen?

☐ Ja ☐ nei ☐ vet ikke

Hvis ja, fortsett:

Hvor lenge siden er det du første gang hørte om Brobyggeravtalen?

☐ under en måned ☐ under et halvår ☐ under et år ☐ under 3 år siden

☐ mer enn 3 år siden

Har du lest Brobyggeravtalen?

☐ Ja ☐ nei

Hvor godt kjenner du innholdet i avtalen?

☐ Ingen kjennskap ☐ Lite ☐ noe ☐ Godt ☐ svært godt

Hvem har informert deg om avtalen? (kan krysse av for flere)

☐ Nærmeste leder på personalmøte ☐ Nærmeste leder medarbeidersamtale

☐ Nærmeste leder i annen sammenheng ☐ en kollega

☐ en bruker/klient/pasient ☐ oppslag i avisen

☐ annet _____

Bruk av avtalen

	Daglig	Flere ganger i uka	Ukentlig	Månedlig	Sjeldnere	Vet ikke
Blir innholdet i avtalen brukt aktivt på din arbeidsplass?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Har du opplevd situasjoner der avtalen har vært nyttig som forpliktelse til samarbeid?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Har du opplevd situasjoner der avtalen har blitt ignorert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Har du opplevd at avtalen har hatt nytteverdi for å oppnå brukers mål og ønsker?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvordan opplever du at følgende stemmer innenfor Brobyggersamarbeidet:

	Stemmer overhodet ikke	Stemmer i liten grad	Stemmer i noen grad	Stemmer i stor grad	Stemmer helt
Det er definert <i>rolle- og ansvarsfordeling</i> mellom aktørene	☐	☐	☐	☐	☐
Brobyggeravtalen har bidratt til økt <i>kontakt</i> mellom aktørene	☐	☐	☐	☐	☐
Det fokuseres på <i>koblingen, behandling, arbeid og aktivitet</i> i samarbeidet rundt og med brukerne	☐	☐	☐	☐	☐
Det er lett for meg å <i>ta</i> kontakt med de andre aktørene	☐	☐	☐	☐	☐
Det er lett for meg å <i>oppnå</i> kontakt med de andre aktørene	☐	☐	☐	☐	☐
Samarbeidet rundt brukerne <i>følges opp regelmessig over tid</i>	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg <i>kjenner til tilbudene</i> de andre aktørene kan tilby	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg <i>informerer</i> mine brukere om supplerende tilbud som de andre har	☐	☐	☐	☐	☐
Den <i>psykiske helse</i> situasjonen til brukere er tema i samtale med bruker	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Individuell plan</i> brukes som verktøy for samarbeid med brukeren og de involverte aktørene	☐	☐	☐	☐	☐
Det foregår samarbeid mellom aktørene i <i>overgangen</i> mellom to tjenestetilbud	☐	☐	☐	☐	☐

Vedlegg 3: Intervjuguide

Semistrukturert temaguide

– fokusgruppeintervju med brukere av tjenester i Brobyggersamarbeidet

Bakgrunnsinformasjon:

Kjønn og alder, hvor lenge har du mottatt tjenester fra **Psykisk helse (kommunehelsetjenesten)** og/eller **Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten)** og NAV og/eller NOPRO

Temaer

Kjennskap til Brobyggersamarbeidet:

Hørt om Brobyggersamarbeidet – hvor?

Kjennskap til mål og hensikt

Kjennskap til aktørene i samarbeidet

Erfaringer med Brobyggersamarbeidet:

Tilgjengelighet

Samarbeid mellom tjenestene

Rolle- og ansvarsfordeling

Informasjon om de andre tjenestene

Individuell plan

Medbestemmelse

Håp og tro på bedring

Samarbeid:

Kjennetegn på godt samarbeid mellom tjenestene

Kjennetegn på at samarbeidet ikke fungerer hensiktsmessig

Forandring i samarbeidet mellom tjenestene

Til det bedre

Til det verre

Vedlegg 4: Melding til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ultimo

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Anne Kvalheim
Klinikk Notodden-Rjukan
Postboks 234
3672 NOTODDEN

Vår dato: 18.11.2011

Vår ref: 28212 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.09.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 18.11.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28212

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig

*Evaluering av Brobygggersamarbeidet i Notodden
Sykehuset Telemark HF, ved institusjonens øverste leder
Anne Kvalheim*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjersti.svarval@ntnu.no
TRONDA: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9032 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. marin-anne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28212

Prosjektleder opplyser pr telefon 31.10.11 at prosjektet gjennomføres i samarbeid mellom Høgskolen i Buskerud og Sykehuset Telemark HF, og at sistnevnte er behandlingsansvarlig institusjon. Prosjektleder opplyser videre at det er inngått skriftlig avtale mellom institusjonene. Personvernombudet anbefaler at avtalen regulerer ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

Prosjektet er lagt frem for REK, som i vedtak datert 09.11.11 finner at prosjektet faller utenfor komiteens mandat.

FORMÅL

Formålet med forskningsprosjektet er å evaluere "Brobyggeren" - et samhandlingsprosjekt i Notodden der spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne, kommunetjenesten Psykisk helse, NAV, arbeidsmarkedsbedriften NOPRO og brukerorganisasjonene har inngått avtale som skal sikre at tjenestemottakerne opplever tjenestene som helhetlige og koordinerte.

Prosjektet finansieres gjennom midler fra Helsedialog ved Helse Sør-Øst.

DATAMATERIALETS INNHOLD

Datainnsamlingen vil foregå i to deler:

1. Det skal foretas en intervjuundersøkelse med inntil ca. 18 brukere av tjenester innenfor psykisk helsevern som også har tjenester fra NAV/NOPRO. Rekruttering av brukere skjer via oppslag i lokalpressen, på legekontor, venterom, og NAV. Hver informant deltar i to fokusgruppeintervjuer. Data registreres i form av elektroniske lydopptak (på pc) som senere transkriberes. Det tas høyde for at datamaterialet kan være indirekte personidentifiserbart, gjennom kombinasjon av stemme på lydopptak, bakgrunnsopplysninger og kobling mot liste over hvem som har deltatt.

Videre tas det høyde for at datamaterialet fra intervjuundersøkelsen vil inneholde sensitive personopplysninger om brukernes helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

2. Det skal også gjennomføres en spørreundersøkelse blant ca. 150 ansatte fra virksomhetene i Brobyggersamarbeidet som er i kontakt med brukere. Rekruttering av ansatte går via ledelsen. Spørreskjema besvares elektronisk via Questback. Spørreskjemaet vil inneholde bakgrunnsopplysninger som kan være indirekte personidentifiserende. Personvernombudet forstår det slik at det også kan bli registrert opplysninger om respondentens epost/IP-adresse ifm. innsending av besvart spørreskjema.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

I forkant av datainnsamling får utvalget skriftlig informasjon om prosjektet. Brukerne samtykker skriftlig til deltagelse, mens ansatte samtykker ved å besvare spørreskjema. Personvernombudet vurderer det slik at informasjonsskrivet til brukerne tilfredsstillende vilkårene til informert samtykke.

Skrivet til ansatte vurderes som tilfredsstillende, forutsatt at følgende endringer foretas:

- Det må presiseres at Sykehuset Telemark er behandlingsansvarlig institusjon.

- Siden det behandles personopplysninger ifm. spørreundersøkelsen, må siste setning i andre avsnitt slettes/omformuleres. Det bør sies noe om hvordan konfidensialiteten ivaretas. Vi anbefaler derfor at setningen erstattes med følgende: "Spørreskjema besvares elektronisk via Questback. Forskergruppen får utlevert spørreskjemaene uten respondentens epostadresse. Personopplysninger behandles konfidensielt og er kun tilgjengelig for prosjektmedarbeidere som er underlagt taushetsplikt."
- Dato for prosjektslutt oppdateres til 01.10.2012 (jf. meldeskjema).
- Formuleringen om at prosjektet er vurdert av REK bør slettes/omformuleres, siden REK ikke har vurdert prosjektet, men vedtatt at det faller utenfor REKs mandat.
- Teksten under "Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet "Kreft, livskvalitet og livsmestring" slettes.

Personvernombudet ber om å få tilsendt revidert skriv til ansatte før dette distribueres til utvalget.

INFORMASJONSSIKKERHET

I prosjektgruppen inngår følgende medarbeidere:

- Professor Marit Borg ved Høgskolen i Buskerud er veileder for evalueringsprosjektet,
- En medforsker med brukererfaring deltar i analysearbeidet,
- En sekretær ved Telemark Sykehus transkriberer fokusgruppeintervju,
- Statistiker Martin Veel Svendsen ved Telemark Sykehus gjennomfører spørreundersøkelsen og bearbeider dataene.

Prosjektleder opplyser at det inngås skriftlig avtale med prosjektmedarbeiderne om hvordan data skal behandles i prosjektet. De underskriver også taushetserklæring.

Personvernombudet forstår det slik at Questback AS er databehandler for prosjektet. Det skal da foreligge skriftlig avtale mellom Questback og prosjektleder for behandlingen av data, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder på denne siden: <http://www.datatilsynet.no/templates/article____2742.aspx>

Datamaterialet lagres på pc i nettverk tilhørende virksomheten. Personvernombudet anbefaler at alle personidentifiserbare opplysninger, inkludert lydopptak, lagres kryptert.

Navneliste over intervjudeltagere oppbevares innelåst, kun tilgjengelig for prosjektleder og medforsker. Personvernombudet forstår det slik at Questback oppbevarer koblingsnøkkel for spørreundersøkelsen.

PROSJEKTSLUTT

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 01.10.2012. For at datamaterialet skal være anonymt, må lydopptak og navn (på samtykkeerklæringer og koblingsnøkkel) slettes. I tillegg må indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omskrives/grovkategoriseres, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Personvernombudet gjør oppmerksom på at også databehandlere må slette persondata ved prosjektslutt, dette reguleres gjennom databehandleravtalen.

Vedlegg 5: Vurdering v/Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk (REK)



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Ingrid Middelthon	22845515	09.11.2011	2011/1975/REK sør-øst D
			Deres dato:	Deres referanse:
			27.09.2011	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Anne Kvalheim
Henrik Wergelandsgt 9
3672 Notodden

2011/1975 D Evaluering av Brobyggersamarbeidet i Notodden

Vi viser til søknad av 27.09.11 for det ovenfor nevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet i komiteens møte 20.10.11.

Prosjektleder er master Anne Kvalheim.

Forskningsansvarlig er Sykehuset Telemark HF ved øverste administrative ledelse.

Prosjekttema:

I Notodden kommune ble det i 2006 opprettet et samarbeid mellom brukerorganisasjonene, Distrikt psykiatrisk senter og Lærings- og mestringssenteret ved lokalsykehuset, Psykisk helse, NAV og bedriften NOPRO. Hensikten var at voksne tjenestemottakere innen psykisk helse skulle oppleve tjenestene som helhetlige og koordinerte. Formålet med prosjektet er å evaluere om brobyggersamarbeidet som ble inngått har sikret samhandling, slik at tjenestemottakerne har opplevd tjenestene som helhetlige og koordinerte. Det skal inkluderes totalt 180 deltakere i studien. Datainnsamlingen baserer seg på fokusgruppeintervju og spørreskjema. Det skal innhentes samtykke for fokusgruppeintervjuene med tilbudets brukere. Det søkes om godkjenning for ikke å innhente samtykke for spørreskjemaene som sendes ut til de ansatte ved avdelingene.

Vedtak:

Etter søknaden fremstår prosjektet som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 10.

Besøksadresse:
Gullhaug torg 4 A,
Nydalen, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post:
post@helseforskning.etikkom.no

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

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

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-Øst D. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen,

Stein A. Evensen
professor dr.med.
leder

Ingrid Middelthon
Seniorrådgiver

Kop i til: Sykehuset Telemark HF

Vedlegg 6: Invitasjonsflyer

**Hei, du som er over 18 år og sliter med psykiske helseproblemer
- vil du hjelpe oss til å bli bedre?**



Foto: Eva Hagen

Gjennom et forskningsprosjekt i Notodden ønsker vi å høre hvilke erfaringer du har med samarbeidet mellom hjelpetjenester du har vært i kontakt med: DPS på sykehuset og/eller Psykisk helse i kommunen, og hjelpetjenester for arbeid og aktivitet i Notodden, NAV og NOPRO. Du må være innbygger i Notodden kommune og bør ha minst ett års erfaring med disse tjenestene samtidig i perioden 2007-2011.

Vi vil samle ei gruppe på ca 8 deltakere som kan snakke sammen om sine opplevelser på godt og vondt. Vi møtes til samtale to kvelder på Lærings- og mestringssenteret på sykehuset og vil gjerne at du deltar på begge. Mer informasjon vil bli gitt i forkant av første samling.

Det som kommer fram i samtالene vil bli anonymisert og gitt ut i en rapport slik at hjelpetjenestene kan lære av det! Gruppa vil også få presentert det endelige resultatet.

Vi som inviterer er *Anne Kvalheim* som leder et forskningsprosjekt om evaluering av Brobyggersamarbeidet i Notodden, og *Gunnar Sørensen* som er forskningsmedarbeider og leder av lokallaget av Mental Helse. Prosjektet veiledes av professor *Marit Borg*, Høgskolen i Buskerud. Prosjektet er tilrådd av personvernombudet (NSD).

Er du interessert, ta kontakt med:

Anne Kvalheim anne.kvalheim@sthf.no tlf 35 02 14 58 / 995 88 994

Vi ser fram til å høre hva du har på hjertet -

Vedlegg 7: Informert samtykke

Vedlegg 1: "Forskningsbasert evaluering av Brobyggersamarbeidet i Notodden"

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet – fokusgruppeintervju

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltakelse i to fokusgruppeintervjuer der hensikten er å utforske brukernes erfaringer med Brobyggersamarbeidet i Notodden. Hensikten med denne studien er å lære mer om brukernes erfaringer og opplevelser av samarbeid mellom tjenestene Psykisk helse i Notodden kommune/DPS (Distriktpsikiatrisk senter) og NAV/NOPRO.

Som bruker av tjenester i Brobyggen ønsker vi gjennom fokusgruppeintervjuet å høre dine erfaringer om hvorvidt du opplever tjenestene som helhetlige og koordinerte.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi to fokusgruppeintervjuer med inntil 8 personer, de samme hver gang. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å få skrevet ut. Intervjuene gjennomføres i perioden februar-april 2012. Dato for prosjektslutt er 01.10.2012.

Vi som skal gjennomføre intervjuene er prosjektleder Anne Kvalheim, forsker Ottar Ness, og forskningsmedarbeider Gunnar Sørensen. Ness er ansatt ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus. Kvalheim er ansatt ved Notodden/Seljord DPS, Sykehuset Telemark HF. Gunnar Sørensen representerer brukergruppen.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskeren vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil anonymiseres. Navnelister, koblingsnøkkel, og lydfiler vil bli makulert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 01.10.2012. Resultatene vil bli publisert i en rapport og vitenskapelige artikler.

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. 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 at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte prosjektleder Anne Kvalheim tlf. 35 02 1458

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Klinikksjef Ivar Dahl ved Klinikken Notodden-Rjukan, Sykehuset Telemark HF er administrativt ansvarlig.

Prosjektleder er Anne Kvalheim, spesialkonsulent/master i utdanningsledelse.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun undertegnede som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst frem til prosjektslutt, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlende data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig, innen oktober 2012.

Økonomi

Studien er finansiert av Helse dialog. Informantene får dekket evt utgifter ved å delta.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg om å underskrive samtykkeerklæringen.

Notodden, 16.02. 2012

Vennlig hilsen

Anne Kvalheim
Master i utdanningsledelse/prosjektleder

Marit Borg
Professor HiBu/veileder

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien "Forskningsbasert evaluering av Brobyggersamarbeidet i Notodden"

Signert av prosjektdeltaker 16.02.2012

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien "Forskningsbasert evaluering av Brobyggersamarbeidet i Notodden"

16.02.2012

Anne Kvalheim

For: Marit Borg, Ottar Ness