

Bruker Spør Bruker (BSB) Evaluering av Psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam(PART)



Dagfinn Bjørgen
og
Heidi Westerlund.

ISBN 978-82-93265-05-4

Bruker Spør Bruker · Psykiatrisk Ambulant Rehabiliteringsteam (PART) 2009

Innhold.

| | |
|--|----|
| Innhold. | 2 |
| Forord: | 5 |
| Bakgrunn for evalueringen. | 6 |
| Tjenestebeskrivelse og organisering av PART. | 7 |
| Psykiatrisk Ambulant Rehabiliteringsteam(PART) St. Olavs Hospital, Nidaros DPS og Trondheim Kommune. | 7 |
| Problemstillinger i evalueringen. | 8 |
| Metoden Bruker Spør Bruker. | 8 |
| Grunnleggende tenkning i Bruker Spør Bruker. | 9 |
| Praktisk Gjennomføring av Bruker Spør Bruker i PART: | 10 |
| Ethiske forhold ved gjennomføringen. | 10 |
| Dialogbaserte metode – dialogkonferanse. | 11 |
| Utvalget av informanter. | 12 |
| Prosessen knyttet til sluttrapport. Analyse. | 13 |
| Funn i evalueringen: | 14 |
| Psykiske problemer og konsekvenser i hverdagen. | 14 |
| Hvilken nytte utgjør PART for ulike aktører? | 15 |
| Brukernes erfaringer: | 15 |
| Oppsummering: | 16 |
| Pårørendes erfaringer: | 16 |
| Oppsummert: | 17 |
| Samarbeidspartneres erfaringer: | 17 |
| Oppsummert: | 18 |
| Hvordan samhandler man med PART i andre deler av tjenesteapparatet? | 18 |
| Oppsummert: | 19 |
| Målsettinger i tilbudet til brukerne. | 20 |
| Brukernes erfaringer: | 20 |
| Oppsummert: | 20 |
| Samarbeidspartneres erfaringer: | 21 |
| Oppsummert: | 21 |
| Brukermedvirkning i PART tilbudet. | 22 |
| Brukernes erfaringer: | 22 |
| Tjenesteyteres erfaringer: | 23 |
| Planmessighet i PART tilbudet. | 24 |
| Brukernes erfaringer: | 25 |
| Relasjonskompetanse i PART teamet. | 26 |
| Tjenesteyteres sitt syn på relasjonsbygging i PART: | 27 |
| Funksjonen til og forløpet av innleggelse: | 30 |
| Brukernes erfaringer: | 30 |
| PARTs bistand til brukere under innleggelse: | 30 |
| Funksjonen til innleggelse for brukerne: | 31 |
| Tjenesteyteres syn på funksjonen til innleggelse: | 31 |
| PART sin rolle i forhold til tvang. | 33 |
| Behandlingsstening i PART. Brukere og samarbeidspartneres syn. | 33 |
| Nettverksarbeid i PART | 34 |
| Konklusjoner og anbefalinger fra KBT – Midt Norge: | 35 |
| Sentrale dokumenter: | 38 |

| | |
|--------------------------------|----|
| Referanseliste: | 38 |
| Intervjuguide/temaguide: | 39 |

Forord:

Rapporten baserer seg på en Bruker Spør Bruker evaluering av PART teamet i Trondheim høsten 2008/våren 2009. Helt fra etableringen av PART i 2006, har det vært en løpende kontakt mellom KBT Midt – Norge og PART teamet for å se på mulighetene for å benytte denne metoden for evaluering av det ambulereende tilbudet.

Våren 2008 ble KBT Midt-Norge kontaktet av ESAU utvalget i St Olavs Hospital, Psykisk helsevern med forespørsel om vi kunne gjennomføre en evaluering av PART teamets funksjon og behovsretting for brukere.

Effektiv Samhandlingsutvikling (ESAU) er et samarbeidsorgan som skal stimulere til forskning og evaluering av nye tjenester. Effektiv Samhandlingsutvikling (ESAU) er et samarbeidsorgan med deltakere fra Trondheim Kommune, Mental Helse Sør-Trøndelag, Høgskolen i Sør-Trøndelag, St. Olavs Hospital, divisjon Psykisk Helsevern og Voksenpsykiatrisk faggruppe ved NTNU. ESAU skal stimulere til forskning og evaluering av nye tjenester.

Det har i denne tidsperioden i tillegg blitt gjennomført 3 forsknings og evalueringsprosjekter (i regi av NIBR, AFFU, St Olavs Hospital og Høgskolen i Sør-Trøndelag) som del av evalueringen av teamet.

Vårt oppdrag omfattet i første omgang en Bruker Spør Bruker evaluering. Etter samtaler med teamets leder, Hans Jakub Vang, og seniorkonsulent Åse Riaunet ved divisjonssjefens stab ble undersøkelsen utvidet til å omfatte også sentrale samarbeidspartnere for PART, i kommune, sykehus og DPS. Dette har gitt oss muligheten til å kunne sammenligne erfaringer på tvers.

St Olavs Hospital, psykisk helsevern har i perioden 1998 – 2009 gjennomført flere, store og små Bruker Spør Bruker evalueringer. Vi har hatt glede av å samarbeide med dem gjennom flere av evalueringer, og utviklingsprosjektet ”Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring.” (1998 – 2001), som ble gjennomført i et samarbeid mellom Mental Helse i Sør-Trøndelag og St Olavs Hospital (den gangen Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus, Sør-Trøndelag Fylkeskommune). Det har hatt betydning for gjennomføringene av Bruker Spør Bruker, hvor man hele veien har hatt personer i systemet som har kunnskap om metoden og praktisk gjennomføring av slike prosjekter.

Vi takker dere brukerne som har stilt opp på våre intervjuer. Vi fikk dessverre ikke muligheten til å møte dere igjen i dialogkonferansen, men vi håper vi har vært i stand til å formidle de erfaringer dere har med et tilbud som er viktig for dere og som i stor grad møter deres behov.

En stor takk går også til øvrige informanter og til PART teamets medarbeidere som har lagt et stort arbeid i rekruttering og tilrettelegging for BSB.

Trondheim, 18. mai 2009.

Dagfinn Bjørgen

Heidi Westerlund.

Bakgrunn for evalueringen.

PART teamet. (Psykiatrisk Ambulant Rehabiliteringsteam) ble etablert i 2006, som en følge av Utviklingsprosjektet "Veien til en samordnet psykiatritjeneste" Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom St. Olavs Hospital divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune. Mandatet for dette prosjektet var at PART tilbudet skulle evalueres, en tid etter at det hadde vært i drift. Ansvaret for igangsetting av evaluering av PART ble lagt til ESAU utvalget ved St. Olavs Hospital divisjon Psykisk Helsevern. ESAU har spurt Kompetansesenteret for Brukererfaring og Tjenesteutvikling - KBT Midt-Norge, om å foreta en evaluering av PART ved bruk Bruker Spør Bruker metoden.

Det ble gjennomført to Bruker Spør Bruker evalueringer i St. Olavs Hospital som omhandler tilbudet i PART. Den ene var i 2004 (Bjørge og Westerlund, 2005A), i forbindelse med dette utviklingsprosjektet. Denne var med og dannet grunnlag for diskusjoner om å etablere PART. I 2006 -07 ble det gjennomført en større BSB i St Olav, psykisk helsevern.(Bjørge og Westerlund, 2007) Man vurderte da, om PART tilbudet skulle inkluderes i denne men det ansås ikke hensiktsmessig den gangen, siden temaet var så nystartet. KBT senteret har også deltatt aktivt i diskusjonene om etablering av ambulante tilbud i Trondheim. KBT senteret har blant annet deltatt i studietur til Birmingham og nettverkssamlinger ved Høyskolen i Sør-Trøndelag, hvor Ambulante tjenester har vært temaet.

I 2008 forespurte ESAU utvalget KBT senteret om å gjennomføre evaluering av PART etter BSB metoden. Dette er en av fire prosjekter som er inne for å evaluere teamets arbeid. De andre er i regi av AFFU, HIST og NIBR. BSB evalueringen fikk oppstart den 01.06.08, med planleggingsmøter og arbeid med utvikling av temaguide. Høsten 2008 er det gjennomført intervjuer med brukere, pårørende, PART teamet og PARTs samarbeidspartnere i kommune og helseforetaket. Den 02.04.09 ble det gjennomført dialogkonferanse for prosjektet, med 35 deltakere fra ansatte og ledere i psykisk helsevern.

Tjenestebeskrivelse og organisering av PART.

Psykiatrisk Ambulant Rehabiliteringsteam(PART) St. Olavs Hospital, Nidaros DPS og Trondheim Kommune.

På Helse Midt – Norge sine websider sakser vi om Psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam(PART) i Trondheim. Teamet har til sammen 10 fagstillinger; hvor 9 av dem er besatt. Teamet består av folk med ulik profesjonsbakgrunn. Teamet gir tilbud til 83 brukere i mer eller mindre tett grad. PART - Psykiatrisk Ambulant Rehabiliterings Team - er et ambulant tjenestetilbud i samarbeid mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune. På helseforetakets nettsider sies det at: PART skal gi trygghet for rask bistand, forsterke pågående behandling og rehabilitering samt bidra til en samordnet og helhetlig tjeneste innen psykisk helsetjeneste. Målgruppe for tiltaket er Mennesker med alvorlig psykisk lidelse med omfattende behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunal helse- og sosialtjeneste, og hvor det vanlige, "ordinære" tilbud ikke er tilstrekkelig.

Mål for tiltaket er å Redusere antall innleggelser, forbedre livsvilkår og mestring av eget liv. PART skal være lett tilgjengelig for evt. pårørende og andre samarbeidspartnere. Mandatet for teamet angir at PART skal trå til når "Det ordinære tilbudet ikke er nok". Teamet skal også bistå i overflytting av utskrivingsklare pasienter til fra PH til Trondheim kommune (TK) Teamet skal arbeide nettverksorientert for målgruppen som er definert til voksne (18 til 65 år) fra begge forvaltningsnivå med ansvarsgruppe og individuell plan (IP) Teamet skulle bidra til færre og kortere innleggelser samt bidra til mer verdige og skånsomme innleggelser der hvor disse var nødvendige.

PART ble opprettet og startet opp 02.01.06 som en del av samarbeidsprosjektet "Veien mot et samordnet og helhetlig tjenestetilbud for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Dette var et samarbeids prosjekt mellom St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern avd. Østmarka og Leistad DPS og Trondheim kommune, Lerkendal og Østbyen bydeler. I starten var det i mandatet en forventning om at henviser skulle være IP ansvarlig eller Ansvarsgruppe til den enkelte, som etter felles rådføring henvendte seg. Dette ble valgt bort da samarbeidspartnere så dette som unødvendig byråkratisk og PART teamet ville være lett tilgjengelig i tråd med prinsipper til Assertive Outreach tradisjon om at man "Can Do it". (PART årsrapport 2006) PART teamet ser ikke sin oppgave å være den som koordinerer en IP da andre i tjenesten skal gjøre dette (Årsrapport 2006/07)

PART sier i årsberetningen for 2006 at de har valgt en pragmatisk modell, som kjennetegnes av at man i samarbeid med 1./2. linje aktører benytter en behandler isteden for å engasjere hele teamet. Man har også valgt en hovedansvarlig for etablering av relasjon med andre pasienter med tanke på å oppnå trygg basisrelasjon. Ved behov har man da introdusert andre i teamet. Det beskrives også at man i stor grad tar hensyn til pasientens emosjonelle opplevelse av å ønske avstand eller hyppigere kontakt.

PART beskriver at transportmidler gir pasienter mulighet for transport til og fra avtaler /kontorer, men at dette gir mulighet til å forberede og evaluere de samme avtaler som man ikke kan gjøre på kollektive transportmidler. (Årsrapport 2007). Fra Delprosjekt Ambulant Team (AT)(Vågen, 2005) som er grunnlaget for PART teamets oppdrag er det beskrevet målsettinger og målgrupper for virksomheten som er lagt til grunn for analyse av materialet.

Problemstillinger i evalueringen.

Hovedmålet med denne evalueringen er å kartlegge hvilke erfaringer har brukere, pårørende, PART teamet og deres samarbeidspartnere med tilbudet i PART, og gjennom dialogbaserte metoder vurdere tilbudets fungering. Det har videre vært å:

- Bidra til tjenesteutvikling av PART sine helsetjenester og brukerorientert evaluering av prosjektet.
- Styrking av brukerne i prosjektet gjennom å inviteres til å reflektere over hvordan tilbudet deres kan utformes for å styrke deres autonomi og den daglige mestring av hverdagen.

Hovedproblemstillinger i evalueringen er utarbeidet ut fra mandatet fra ESAU utvalget og St Olavs Hospital, psykisk helsevern v/divisjonssjefen. Innledende planlegging ble gjort i møter mellom PART teamets leder Hans Jakub Vang, Åse Riaunet, Psykisk helsevern og Ingrid Apalset fra AFFU og KBT Midt Norge v/Dagfinn Bjørgen og Heidi Westerlund. Problemstillinger og temaguide/intervjuguide for intervjuene ble utarbeidet på bakgrunn av disse samtalenene.

Sentrale spørsmål i evalueringen har derfor vært:

- Hvilken funksjon og virking opplever brukerne PART har i forhold til opplevd kvalitet i sitt tilbud?
- Hvilke erfaringer har PARTs mest sentrale samarbeidspartnere med tilbudet? Hvordan opplever de samarbeidet?
- Hvilken funksjon opplever samarbeidspartnerne at PART har i forhold til brukere?
- Hva er nyttig i tilbudet?
- Hva oppleves som styrker og svakheter med et ambulerende tilbud?

Det har også vært lagt vekt på en åpen tilnærming, hvor deltakerne i den prosessorienterte evalueringen har kunnet komme med sine egne erfaringer og refleksjoner rundt teamets funksjon for dem.

Metoden Bruker Spør Bruker.

Metoden ble første gang utviklet i prosjektet "Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring" fra 1997 til 2000 (Bjørgen & Westerlund, 2001) som ble finansiert av den gang Sosial og helsedepartementet. Sinte - Unimed og AFI - arbeidsforskningsinstituttet gjennomførte denne (Alm Andreassen og Grut, 2001). Metoden har senere blitt prøvd ut flere steder i landet. Mental Helse Sør-Trøndelag/KBT Midt-Norge ved Dagfinn Bjørgen og Heidi Westerlund i Trondheim har prøvd metoden i flere evalueringer, se: (<http://www.brukererfaring.no/>) I senere prosjekter har BSB blitt sett som en metode for å få brukervurdering av spesielle innsats-

/problemområder i virksomheten (Ullern prosjektet), som del av utviklingen av nye tiltak (St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern, Stjørdals prosjektet), som oppfølging og utdyping av kvantitative brukerundersøkelser (Stangeprosjektet) og også som organisasjonslæring gjennom dialog mellom brukere og ansatte (Sommerstua prosjektet i Trondheim, Bjørgen 2005). De mest omfattende Bruker Spør Bruker er evalueringer, og er gjennomført i Oslo Kommune – 2006 -2008(Bjørgen, Westerlund, 2008), og i St Olavs Hospital, Psykisk Helsevern 2006 – 2007(Bjørgen og Westerlund, 2007).

Bruker Spør Bruker bygger på en kvalitativ tilnærming for dokumentasjon av brukeres erfaringer med tjenester, dvs. det samles inn kvalitative data ved hjelp av kvalitative metoder. Tanken er at en kvalitativ tilnærming kan bidra til større dybdeforståelse om hvordan tjenestetilbudet fungerer på godt og ondt. Den kvalitative tilnærmingen som BSB baserer seg på innebærer således:

- Brukerinvolvering i evaluering av tjenestetilbud.
- Fokusgruppemøter/brukermøter og individuell intervjuer for å få fram innholdsrik
- Informasjon om brukernes erfaringer.
- Dialogkonferanser rundt funn som foreligger i løpet av undersøkelsene.
- Prosess knyttet til utvikling av forståelse ut fra kvalitative beskrivelser, dialoger og Deltagelse i ulike trinn i undersøkelsen.

Grunnleggende tenkning i Bruker Spør Bruker.

Ideologien for gjennomføring av Bruker Spør Bruker er at tilnærmingen skal bidra til en ”ikke hierarkisk” og likeverdig saklig dialog mellom mennesker, jfr. Jürgen Habermas (1997) teorier om diskurser og herredømmefrie samtaler. Bruker Spør Bruker benytter seg av såkalte ”dialogbaserte metoder”. Etablering og videreutvikling av dialogen om hvordan tjenestene fungerer og kan forbedres står derfor helt sentralt i tilnærmingen. Kunnskap om og evnen til å føre en konstruktiv fokusert dialog er særdeles viktig.

Gjennom fokusgruppemøtene og dialogkonferansene PART har Bruker Spør Bruker bidratt til å etablere en dialog om tjenestetilbudet i PART overfor personer med alvorlig psykiske problemer og resultatene som er oppnådd gjennom økt satsing på dette området, jfr. nasjonale føringer.

Dialogen har for øvrig tatt sikte på å bidra til en bevisstgjøring av både tjenesteapparatet og brukere/brukerorganisasjoner om status i utviklingsprosessen og hvilke utfordringer man står overfor. I forhold til brukerne har siktemålet vært økt myndiggjøring gjennom deltakelse i dialogen, og for tjenesteapparatet å kunne bidra til økt forståelse av brukernes situasjon, Synspunkter og opplevelser av tjenestetilbudet. Dette bør ha betydning for viktige veivalg i forhold til organisering, samarbeid og prioritering av ressursene i PART.

Praktisk Gjennomføring av Bruker Spør Bruker i PART:

Bruk av fokusgrupper.

I forbindelse med fokusgruppeintervjuene legges det vekt på at alle deltakerne skal komme til orde og få formidlet egne erfaringer med tjenestene. Deltakerne i en fokusgruppe kan være svært

Forskjellig selv om de har felles erfaringer med psykiske problemer. For intervjuer/-møteleder er det en stor utfordring å både ivareta enkeltdeltakere og samtidig ikke bli for styrende i intervjusituasjonen. For deltakerne er det av stor betydning at det er brukere, som selv har erfaring med psykisk sykdom, som gjennomfører intervjuene. Det er også et helt avgjørende element i BSB metoden at det er brukere som har tilegnet seg kompetanse i fokusgruppemetode som gjennomfører intervjuene (Krueger & Casey 2000, Wibeck 2000, Wilkinson 1998), å engasjeres til å intervju en tjenestes brukere om deres erfaringer og opplevelser av kvalitet. Dette er begrunnelsen for at metoden omtales som "Bruker Spør Bruker". Forøvrig er det viktig å minne om hva Richard Krueger påpeker når man skal gjennomføre og vurdere resultatene fra metoden.

"It is important to keep in mind that the intent of focus group is not to interfere but to understand, not to generalize but to determine the range, not to make statement about the population but to provide insight about how people perceive a situation" (Krueger 1994:87)

I forbindelse med BSB-prosjektet i PART er det benyttet både individuelle, kvalitative intervjuer og fokusgrupper både med brukere og samarbeidspartnere.

Begge former for intervju har hatt en åpen form, hvor deltakernes egne opplevelser og oppfatninger av hvilke tilbud som har vært viktige for dem har vært førende for gangen i intervjuene. Det er brukt en temaguide/intervjuguide i intervjuene – som har hatt likelydende spørsmål til brukere, pårørende og samarbeidspartnere

En til en intervjuer er blitt benyttet i de fleste tilfeller hvor brukere har vanskelig for å delta i fokusgruppemøter. Det er gjennomført to fokusgruppemøter med brukere, men de aller fleste intervjuer har vært individuelle intervjuer. Å intervju personer som har spesielle behov i forhold til å uttrykke seg kan være krevende med hensyn til å finne intervjuformen i hvert enkelt tilfelle. I PART vurderte man det slik at de fleste intervjuer burde foregå som eneintervjuer, fordi mange har utfordringer med å delta i en gruppesituasjon. Vi har lagt vekt på å benytte en fleksibel tilnærming i intervjuene, med vekt på legge til rette for at informanten får gi uttrykk for det han eller hun har å formidle.

Etiske forhold ved gjennomføringen.

Brukere og samarbeidspartnere som har deltatt i undersøkelsen har blitt kontaktet av PART teamets medarbeidere med forespørsel om deltakelse. De brukere som er blitt rekruttert har fått informasjonsbrosjyre om prosjektet på forhånd, med presentasjon av metode og

gjennomføring og intervjuere. Brukerne har også gjennom rekrutteringen blitt informert om formål og betydning av prosjektet av sine kontaktpersoner i teamet.

I starten av hvert intervju informerer vi om metode, prosjekt og om oss selv. Det innhentes ytterligere et muntlig samtykke fra brukerne i innledning av intervjuet. Vi informerer om at man har mulighet til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt i intervjuet, at man har mulighet til å forebeholde seg retten til å ikke besvare enkelte spørsmål. Det innhentes ettertrykkelig samtykke til å bruke opptaker i intervjuet, og at man har mulighet til å reservere seg fra det.

Ut fra opptaket blir det transkriberte referater som er aidentifiserte, inneholder ingen angivelse av navn, personlig historie og lignende personidentifiserbare opplysninger. Dette informeres deltakerne i intervjuet om på forhånd som del. Det er ikke mulig for deltakerne å trekke tilbake sin deltakelse etter at intervjuet er gjennomført. Lydopptaket blir transkribert av profesjonelle skrivere. Lydfiler blir skrevet av, og blir deretter slettet. Dette blir deltakerne i intervjuene informert om, som en forutsetning for deltakelse.

Sitater som brukes i prosessrapporter og slutt rapporter er anonymiserte – personidentifiserbare opplysninger og personkarakteristiske vendinger blir endret for å ivareta deltakernes anonymitet. PART teamet vet dermed hvilke personer som har deltatt, men ikke hvem som har sagt hva. Det er imidlertid en viktig del av metoden Bruker spør Bruker å ivareta det autentiske tekstmessige ved sitatene i rapportene. Dette er en viktig del av det å formidle den situasjonsbeskrivelse som brukerne som del av det å styrke brukerperspektivet i evalueringen.

Intervjuere/ prosessledere som har gjennomført evalueringer har taushetsplikt ovenfor den informasjon som de kommer i kontakt med gjennom Bruker Spør Bruker. De har underskrevet en taushetserklæring.

Dialogbaserte metode – dialogkonferanse.

Resultatene fra fokusgruppeintervjuene blir for øvrig grunnlag for dialogbaserte møter såkalte ”dialogkonferanser”, mellom tjenesteutøvere, brukere og andre med henblikk på å utdype innsikten om hvordan tjenestene fungerer og oppnå felles virkelighetsforståelse av styrke, svakheter og potensial for mulige forbedringer.

Opprinnelig ble dialogkonferanser som metode utviklet og anvendt som et verktøy innenfor Medvirkningsbasert organisasjonsutvikling. Metoden ble brukt i Norge for første gang ved Arbeidsforskningsinstituttet i Oslo (Gustavsén 1995). Det ble her lagt vekt på at med dialog menes ikke bare samtale, men en rasjonell demokratisk samtale mellom likeverdige partnere med sikte på læring, reorientering og utvikling. Metoden gikk for øvrig ut på at deltakerne snakket sammen vekselvis i grupper og plenum. Ulike former for dialogkonferanser har i de senere år vært anvendt på mange områder i forbindelse med iverksetting og gjennomføring av reformer og utviklingsprosjekter innen så vel næringsliv som offentlig sektor (Hauger 2000). I forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse ble det, i følge Sosial og Helsedirektoratet, i mars 2006 gjennomført 21 dialogkonferanser over hele landet, der alle som arbeidet med barn og psykisk helse ble invitert til å delta. Dette gjaldt både tjenesteapparatet, bruker- og pårørende organisasjoner, skoler og barnehager.

Felles for alle dialogkonferanser er at de er sammensatt av sesjoner, dvs. dialoger, på ulike nivåer blant deltakerne i løpet av konferansen, blant annet vekslning mellom plenum og gruppedialoger. For øvrig er det en viktig del av konseptet at det er en ”prosessleder” som leder konferansen, dvs. en person som har erfaring med, forstår prosessen og har overblikk over situasjonen som dialogkonferansen er en del av. I dialogkonferansene i regi av Bruker Spør Bruker diskuteres også mulige tiltak som følge av undersøkelsen samt det som har kommet frem på konferansen. Trinnvis skjer gjennomføringen av en dialogkonferanse gjerne ved at:

- Hovedpunktene i prosessrapport presenteres
- Det gjennomføres summing/gruppearbeid rundt utvalgte tema
- Resultater fra gruppearbeid legges fram for plenum
- Konferansen oppsummeres og evalueres

Konferansene bidrar, som nevnt nedenfor, til validering av resultatene så langt i prosessen. Samtidig som de gir input til nye vinklinger og fokus, nye funn og til videre analyser. En dialogkonferanse er også en viktig observasjonsarena ved at det blir mulig å betrakte samhandlingen mellom aktørene på konferansen. (Levin & Klev 2002).

Dialogkonferansen for PART evalueringen ble avholdt den 2. april 2009. Rekruttering til dialogkonferansen for PART har hovedsakelig skjedd ved gjennom divisjonssjefen for St. Olavs Hospital, Psykiske Helsevern. Det ble sendt invitasjon til alle deltakere i intervjuene, brukere av PART, pårørende, Helse-Midt-Norge og sentral aktører i Trondheim Kommune. PART teamets leder og ansatte deltok i konferansen, men flere av de ansatte hadde forpliktelser ovenfor brukerne sine, og var all kunne ikke være tilstede under hele konferansen. Det var dessverre ikke mulighet for noen av de brukerne som hadde deltatt i intervjuene til å delta på dialogkonferansen. Mental Helse var imidlertid sterkt representert i konferansen som representanter for brukerne.

Utvalget av informanter.

Utvalget av informanter er et sentralt trinn i den metodiske tilnærmingen. I Bruker Spør Brukerprosjektene har det vært vanlig at oppdragsgiver har hatt ansvar for rekrutteringen av brukere/informanter etter nærmere forståelse av hvilke informanter prosesslederne har sett som hensiktsmessig. I BSB PART har det vært viktig å få samarbeidende instanser og personer sitt syn på hvordan PART teamet fungerer, i tillegg til brukere av tilbudet.

Den største del av rekrutteringen av informanter til intervjuer i PART har vært gjort av PART teamet selv. Dette gjelder særlig de av informantene som er brukere. KBT Midt-Norge har bidratt til rekrutteringen gjennom anbefalinger og tips fra lederen av teamet. Det er rekruttert blant de brukere som har det mest omfattende tilbudet fra PART. En stor del av PART sitt arbeid er knyttet til å forsøke å hjelpe mennesker som ikke kan eller vil motta den hjelpen de tilbyr.

Når det gjelder utvalget av brukere, så er det ikke blir rekruttert blant brukere som har vært i kontakt med teamet, men som ikke har ønsket det. Det betyr at brukere som ikke i dag mottar tilbud fra PART ikke er inkludert i undersøkelsen. I dette kan ligge en fare for en viss

skjevhet i utvalget. En påvist skjevhet i utvalget av brukere er at det består av en tydelig overvekt av menn.

Det er allikevel slik at utvalget av brukere er blant de som i størst grad bruker PART sitt tilbud i dag. Når det gjelder hvor lenge de rekrutterte har hatt tilbud, har vi ut fra det de selv har oppgitt fra 3 måneder til 2 år. Flere av informantene har vært pasienter/brukere av de enkelte PART medarbeider fra deres tidligere arbeidsplasser.

Utvalget av samarbeidspartnere ansatte fra Leistad DPS, Østmarka Sykehus, Trondheim Kommune. Deltakerne er av alle yrkesgrupper, men det har vært en overvekt av 1 linjepersonell som har deltatt i intervjuer.

Prosessen knyttet til sluttrapport. Analyse.

Utarbeidelsen av denne sluttrapporten bygger på flere dokumenter:

- Prosessrapporten til dialogkonferansen, som er utarbeidet på grunnlag av dataene fra intervjuene.
- Referat fra dialogkonferansen 02.04.09.
- Tjenestebeskrivelser og dokumenter utarbeidet av PART teamet, blant annet Årsberetninger for 2006- 2008.
- Dokumenter utarbeidet i forbindelse med Utviklingsprosjektet "Veien til en samordnet psykiatritjeneste" 2005 – 2007.

Allerede i forbindelse med analysene som ligger til grunn for prosessrapporten ble det foretatt en systematisering av sitatene i en grovkategorisert matrise i forhold til spørsmål i temaguide/intervjuguide og ut fra de temaer som kom opp i intervjuene. Dette kan både være temaer som var direkte nevnt i intervjuene og temaer som mer indirekte er omtalt i sitatene. Tilsvarende ble det gjennomført en analyse av de gruppeoppgaver som ble nedtegnet av de inndelte gruppene i konferansen.

Under hvert enkelt tema er det gjengitt oppsummerte hovedpunkter ut fra de erfaringer som har fremkommet i intervjuene og dialogkonferansen. Vi har også med en kort oppsummering av hovedpunkter under hvert tema, med våre konklusjoner, basert på observasjoner og erfaringer fra tidligere BSB evalueringer. Det er imidlertid i denne omgang ikke foretatt noen form for kvalitative analyser i form av kategorisering og systematisering i begreper på et underordnet nivå under hvert tema og hvor setningene brytes ned med henblikk på for eksempel å belyse begrepsbruk, formidling av forståelse og logikk samt metakommunikasjon. Dette vil kunne være en viktig del av den videre bearbeidelsen av datamaterialet, som ligger utenfor ambisjonen med denne sluttrapporten.

Funn i evalueringen:

Psykiske problemer og konsekvenser i hverdagen.

Gjennom intervjuene har brukerne av PART beskrevet hvordan de håndterer egne problemer og hvilke konsekvenser psykisk helseproblematikk får i forhold til hverdagen. Det beskrives isolasjon og begrensninger i bruk av offentlige tilbud som følge av angst eller vanskelige tanker. Tilbud om hjelp i det offentlig blir ofte vanskelig tilgjengelig som følge av psykiske problemer. Vedlikehold av privat nettverk og bruk av kulturtilbud blir også vanskelig å vedlikeholde. Denne situasjonsbeskrivelsen støttes av intervjuene med pårørende.

En slik livssituasjon kan blant annet innebære vanskeligheter med å gjennomføre en hel dag på grunn av medisinsens virkninger. Noen har traumatisk opplevelse med offentlig myndighet som gir frykt for å bevege seg i det offentlige rom. Andre beskriver frykt for å dra til plasser gjør at en man kjenner følger en er kjærkommet og gjør at man klarer å dra til steder.

Brukerne av PART tilbudet oppgir at deres psykiske helseproblemer gjør at man har en stor funksjonshemming i bruk av tilbud og deltagelse i samfunnet. Praktiske problemer knyttet til det å få gjennomført ting i hverdagen samtidig som man må mestre psykiske utfordringer, krever at noen bistår. Mange har beskrevet at det har tatt lang tid før man har følt seg trygg på PART medarbeiderne. Ofte blir denne bistanden oppfattet med misstenksomhet inntil man har fått erfaring med dem man møter. Dette vil være av betydning når man skal se på hvilke funksjoner/nytte kontakten med teamet har for brukerne og hva som er av betydning for å vurdere tilbudet.

Brukernes livssituasjon og problemer er en viktig del av bakgrunnen for vurderingen av PART teamets funksjon og kvalitet. Dette gjelder en målgruppe som for andre deler av hjelpeapparatet kan vurderes som ikke i stand til å nyttiggjøre seg et tilbud. En stor del av oppfølging rundt denne gruppen brukere er ofte å skulle bidra til økt livskvalitet i en vanskelig livssituasjon, noe som krever en del spesiell innsats i tillegg til det ordinære tilbud som finnes. Vi har møtt en høy tilfredshet med PART tilbudet, både blant brukere og samarbeidspartnere, selv om det pekes på ulike begrunnelser for dette.

Hvilken nytte utgjør PART for ulike aktører?

Dette temaet omhandler hvilken nytte brukere, pårørende og samarbeidspartnere ser for seg selv etter at det har kommet i kontakt med PART tilbudet. Det omfatter hvordan tilbudet har betydning for heving av livskvalitet for brukere og pårørende. Samhandling og samarbeid med PART teamet sentralt for opplevd nytte for samarbeidspartnere.

Brukernes erfaringer:

Brukerne formidler en stor grad av økt trygghet i livet, som følge av at de har fått tilbud fra PART teamet. Bare det at det at man som bruker har noen som kommer og møter en, har betydning for å løse problemer med isolasjon og ensomhet. Det at brukerne har noen å snakke med om de daglige utfordringer og forhold som opptar en selv er viktig for mange. Det å kunne bruke PART medarbeiderne som fortrolige, det å kunne legge fra seg tanker og å få tømt seg følelsesmessig er viktig for mange.

Det fremheves at PART er fleksible til å hjelpe til med praktiske utfordringer, noe som omfatter alle de behov som brukeren har for praktisk bistand. Alt fra å bli kjørt for å handle, komme seg på besøk til familie og praktiske. En stor grad av hjelpsomhet på de områder som brukerne har behov på og en mulighet til å kunne foreslå hva PART medarbeideren kan hjelpe til med, blir formidlet av brukerne.

”det er noe med de her Nav-folkene og pengene og alt de der greiene der, og så... så jeg kommer meg ikke gjennom til... det må jo, de hører jo ikke på ungdommen, de der som sitter på Nav, så er det nå bare å ringe til GH og få ham til å prate med dem og så ordner han det”

”Jo for jeg har., jeg kan få angst hvis jeg er på venterom og sånn, så jeg ville ha med meg noen, så jeg ikke måtte gå ut, for da mister jeg timen min. Det var derfor jeg ville ha med meg en fra PART”.

En annen viktig form for bistand brukerne opplever å få av PART er det å komme seg til steder man ikke tør å gå alene. Dette har to betydninger; det at PART - medarbeiderne er med brukere til steder de har vanskelige eller traumatisk forhold til. Det gjelder alt fra det å i hele tatt komme seg ut av egen leilighet og på butikken, til det å oppsøke steder brukere har traumatiske opplevelser med, som del av mestring av angstfulte opplevelser med steder. En stor del av bistanden PART gir er i følge brukerne, knyttet til det å bli kjørt/fulgt til avtaler med andre deler av hjelpeapparatet. Dette har to former for nytte for brukerne. Det første er at man faktisk kommer seg av gårde til avtaler, og at man på den måten er i stand til å holde avtaler med andre deler av hjelpeapparatet. Det at man blir fulgt til avtaler med andre deler av tilbudet innebærer også at PART medarbeidere bisitter i samtaler og hjelper til å formulere og argumentere for brukernes opplevde behov.

Brukerne fremhever at det er lav terskel for å kunne ta kontakt med PART når hverdagssituasjoner er utfordrende og at dersom uforutsette behov melder seg, så har man mulighet til og får besøk/avtale med teamet på kort varsel, så sant de ikke har andre avtaler. Ved bistand til praktiske behov har brukerne formidlet at det bidrar til en bedre livssituasjon for dem selv i en vanskelig situasjon med store psykiske problemer.

Men viktigst for brukere er at oppfølgingen de får fra PART bidrar til en mer systematisk måte å trene på det man sliter med psykisk. De fleste vi har intervjuet oppgir at situasjonen

før/etter PART er vesentlig forbedret, både i forhold til livssituasjon og oppfølging av behandling.

Oppsummering:

PART tilbudets nytte, er for brukerne knyttet til:

- Bidrar til trygghet i en vanskelig livssituasjon.
- Løser ensomhetsproblemer og isolasjon gjennom hjemmebesøk og turer på kafe ol
- Brukerne får løst praktiske utfordringer, som kan synes uoverkommelige i hverdagen, som å komme seg til butikk eller offentlige kontorer.
- PART teamet bidrar til at brukerne kommer seg til steder/avtaler. Av det kommer to former for nytte:
 - o Det å komme seg av gårde gjør at man lettere kan ivareta avtaler og oppfølging av behandling og oppfølging i andre deler av tjenesteapparatet.
 - o Det å komme seg ut til steder man ut fra tidligere erfaringer har opplevd som traumatisk.

Denne brukergruppen oppgir å ha problemer som nødvendiggjør ambulant virksomhet for at de kan nyttiggjøre seg grunnleggende nødvendig tilbud. En del av oppfølgingen rundt disse brukerne vil være å bidra til at hverdagen praktisk blir lettere for å øke livskvaliteten deres. Det er en svært viktig funksjon som brukerne formidler er anledningen, til å systematisk trene på å makte situasjoner som man opplever vanskelig å håndtere på egen hånd. Herunder oppfølging av egen behandling.

Pårørendes erfaringer:

De som er pårørende formidler at deres livssituasjon før og etter de har fått PART tilbudet er forbedret vesentlig. Først og fremst er dette knyttet til det å bli tatt på alvor som pårørende, og ivaretatt på egne behov. Det er blant annet oppgitt at PART teamet har faste samarbeidsmøter med pårørende og bruker, hvor man har mulighet til å komme til enighet om en løsning på løpende problemer. I de tilfeller hvor den som er syk bor sammen med/hos sin pårørende er uformelle møter og at PART - medarbeidere kommer til

Hva slags kjennskap har du til PART nå?

H1: Ja, altså, før har vi ikke hatt noe kjennskap til det. Men nå har vi fått det da. Og det har vært en befrielse.

D2: En befrielse.

H1: Ja, det har vært det. For oss i alle fall. I alle år siden dattera ble dårlig, og det er jo over 14 år, så har vi følt oss ganske hjelpsløs, og det har vært... vi har vært i mange møter, mange samtaler med leger og psykologer, og ja, alt. Og det satte vi jo pris på. Men vi kom ikke noe lenger via det, det var jo bare samtaler. Når vi gikk ut av døra så sto vi alene igjen. Så det var tungt og trist, og verst var det jo for min pårørende som plagdes og ble syk.

hjemmet en viktig del av kontakten med pårørende. I forhold til bistand ovenfor andre deler av hjelpeapparatet, har pårørende oppgitt at man kan få bistand til vanskelige innleggelses fra PART. Det er da av betydning at man som pårørende trenger å stå alene om å argumentere for behov ovenfor sykehus/DPS. Pårørende opplever stor grad av forskjell i hvordan innleggelses blir ivaretatt og gjennomført før og etter man har fått PART tilbudet. Det er også pekt på at det å kunne slippe noe ansvaret for den bruker i sykdomsperioder og ved innleggelses gjør at en unngår vanskelige konflikter i familien.

Oppsummert:

- Det å bli tatt på alvor som pårørende, er i seg selv en endret situasjon til det bedre.
- PART teamet bidrar til lettere tilgang til tilbud som pårørende opplever som viktig for å kunne få riktig hjelp for den man er pårørende til.
- Det å få slippe å ta ansvaret i forhold til innleggelse – og da særlig tvangsinnleggelse, representerer en betydelig lettelse for konfliktnivået i familiesituasjonen.

Det at PART går inn istedenfor de pårørende og diskuterer med sykehus/DPS hvordan en forverret situasjon for brukeren kan løses, gir en verdifull avlastning for pårørende. På denne måten unngår pårørende og brukeren å få konflikter om vurdering av innleggelse. Selv om PART ikke driver pårørende arbeid i tradisjonell forstand, så vil det at PART teamet møter pårørende i hjemmesituasjonen, gi grunnlag for en bedre kontakt. Pårørende får også en viktig avlastning gjennom at PART tar ansvaret for kontakten med hjelpeapparatet gir mindre konfliktnivå i familien. Systematisk pårørende arbeid vil være viktig ressursbruk for å styrke brukerens nettverksressurser. Det vil i fremtiden være viktig for PART å se på i hvilken grad dette arbeidet kan systematiseres ytterligere. (HIT)

Samarbeidspartneres erfaringer:

Samarbeidspartnere omfatter i denne sammenhengen både kommunalt personale og de som jobber på sykehus/DPS nivå. At PART har samhandlingskompetanse fremheves av alle grupper personell. I praksis så betyr det at teamet oppleves å ha mulighet og evne til å få gjennomført tiltak som er nødvendig for at brukerne skal ha et sammenhengende tilbud. Det pekes i den sammenhengen på at en forutsetning for dette er at PART har et godt samarbeidsnettverk i både kommune og på sykehus/DPS nivå.

”Men så er det og veldig nyttig at de som, flere av de som jobber i PART har et samarbeidsnettverk inn i psykisk helsevern, sånn at de har kjente fjes, kjente personer de kan spille på i den dialogen og i den overgangen fra sykehus og, når folk skal flytte ut fra sykehus. For et samarbeidsnettverk betyr mye. Det har jeg jo merket selv i om med at jeg har jobbet på begge sider av den grensen der, at jeg kjenner folk, og det letter på en måte veldig mye av jobbinga når du skal få til et samarbeid.”

For de som jobber på kommunalt nivå bidrar PART teamet til at man blir hørt på det de ser er brukernes behov opp mot spesialisthelsetjeneste. PART blir for disse et bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, i de tilfeller når de opplever å ikke bli hørt på sine brukeres behov.

PART oppleves å være pragmatiske i det daglige samarbeidet. Dette betyr at man har evne til å sette inn de tiltak som er nødvendige for brukerens liv. Man opplever at de i liten grad fraskriver seg ansvar, men legger vekt på den brukeren mener er viktig for den videre rehabilitering.

En stor grad av fleksibilitet til å imøtekomme brukerens behov er et annen kvalitet ved PART teamet som blir påpekt av samarbeidspartnere. Det legges vekt på at det at PART har

tidsressurs til å gjennomføre tiltak som samsvarer med brukerens behov er en forutsetning for dette. Noe man ikke alltid opplever å ha i det kommunale hjelpeapparatet.

For de som er behandlingpersonale på sykehus/DPS er det viktig at PART har spesialistkompetanse. Dette gjør at til at man føler seg sikker på å skrive ut tidligere enn man ville dersom tilbudet ikke hadde vært der. Det å ha et godt nok tilbud, vil i den sammenhengen bety at PART har spesialistkompetanse. Det er også pekt på at denne kompetansen bidrar til at man som behandler ser at den behandling som er igangsatt blir videreført gjennom PART. (Se om behandlingstenkning i PART) Det legges vekt på den kompetansen som PART gjør at man på sykehus/DPS får "klarere bestillinger" til behandlere ved sykehus/DPS, når brukerne trenger bistand/innleggelse.

Oppsummert:

- Den viktigste nytten for samarbeidspartnere er den samhandlingskompetanse som PART bidrar med
 - o Det knyttes først og fremst til at PART har mulighet og evne til å gjennomføre de tiltak som er nødvendige for brukeren på alle nivåer av tjenester.
 - o For kommunen er PART viktig som formidler av behov til spesialisthelsetjenesten - for sine brukere. Noe som man ikke har opplevd tidligere.
 - o For sykehus og DPS er det viktig at PART har spesialistkompetanse som gir ivaretagelse av tilbud ved utskrivelser..

PART får med dette en oversetter rolle mellom nivåer på grunn av sin samhandlingskompetanse og spesialisttilknytning. PART har ressurser som gjøre det mulig å jobbe med nettverksarbeidet som inkluderer brukeren. PART er i den forstand en halvannen linjetjeneste som lykkes med å tette hullene mellom forvaltningsnivåene. Det er allikevel en utfordring for PART å bidra til at brukerens nære i kommunalt hjelpeapparat opplever å bli mer inkludert i de beslutninger som tas på vegne av deres felles brukere.

Hvordan samhandler man med PART i andre deler av tjenesteapparatet?

Et viktig spørsmål knyttet til PART tilbudet er hvordan samhandlingen praktisk sett foregår, noe som vil ha betydning for den reelle opplevelse av samhandling for brukeren. PART sier i årsberetningen 2006 at de har valgt en pragmatisk modell som kjennetegnes av at man i samarbeid med 1./2. linje aktører benytter en behandler isteden for å engasjere hele teamet.

Det er fremkommet i evalueringen at samarbeidet i liten grad oppleves formalisert, men at de konkrete samarbeidet går fra sak til sak. Det varierer fra også fra gruppe til gruppe hvordan man samhandlingen i praksis foregår.

For de som er i en behandlerrolle i 2 linjen legges det stor vekt på at man ser samarbeidet med PART fra sak til sak. Det vil være disse som skriver henvisninger/søknader til PART, på vegne av brukeren, og i den grad det er formelle møter for å etablere det konkrete tilbudet vil det være en arena for formelt samarbeid. Det fremheves også som viktig for samarbeidet å

kunne ha uformelle samtaler om felles brukere, når PART-medarbeidere er på besøk i avdelingene.

Det legges stor vekt på at kjennskap til hverandre, fra tidligere praksis og arbeidssted er en viktig forutsetning for godt samarbeid, om ikke den viktigste. Ut fra vår kjennskap har PART den største kontaktflaten med de som er behandlerpersonale, noe som blir bekreftet av avdelingspersonale som har deltatt i intervjuene. Det pekes på at årsaken til dette er formaliteter, fordi de skriver henvisningen, men det kan også bety at

Innsøkningsprosessen til PART oppfattes lite formell og byråkratisk, det samme gjelder kontakten om den enkelte bruker. Det legges da vekt på at man ikke trenger omfattende søknader eller en omfattende møtevirksomhet for å få etablert tilbudet til brukeren. I så henseende oppfattes prosessen opp mot innsøking lite komplisert. Dette er en forutsetning for et godt samarbeid, og det blir et spørsmål om i hvilken grad denne saksbehandlingen kan videreføres dersom PART blir en større enhet.

”Når PART tar kontakt, enten det er noen jeg kjenner eller ikke fra før av og noen de ikke kjenner fra før, så blir det temmelig spesifikke henvendelser og bestilling, eller en diskusjon rundt hva som er best, mens de andre henvendelser der er det jo alltid en risiko, en større risiko for at jeg skal oppfatte ting som enten er alvorligere enn de er, og bruker masse ressurser på ting jeg ikke trengte å bruke ressurser på, eller at det er mindre alvorlig og lar være å sette ressurser på.”

Også fra kommunens side legger man vekt på at det konkrete samarbeidet først og fremst er fra sak, fra bruker til bruker. Det oppgis fra denne siden et savn etter større formalisert samarbeid og jobbing i ansvarsgrupper/med IP. Det pekes på at det at man ikke har tilgang til og dokumentasjon på den enkelte bruker fra PART. Fra akuttposter meldes det om at det konkrete samarbeidet med PART ofte blir til ved en ikke vellykket utskrivelse med retur. For disse vil PART tilbudet representere en trygghet for at brukerens tilbud blir ivaretatt godt nok ute.

Oppsummert:

- Både i kommunen og ved sykehus/DPS er det pekt på at samarbeidet med PART er fra sak til sak og at det eksisterer lite formalisert samarbeid. PART teamet oppleves å ha en lite byråkratisk innsøkningsprosedyre, og dette blir fremhevet som viktig for samhandlingen.
- Det synes om det er mer formalisert samarbeid med sykehus enn med kommunens personell. Kommunens personell oppgir at de savner noe mer formalisert samarbeid, både i form av mer jobbing med ansvarsgruppe/IP og en større tilgang til den dokumentasjon som PART skriver.

Våre funn kan tyde på at PART teamet har mindre formalisert samarbeid med kommunen, men desto mer formalisert samarbeid med sykehus /DPS. I forhold til samhandling vil utfordringene for et ambulerende team være størst i forhold til personell i kommunen, som arbeider under andre forhold enn de som jobber i spesialisthelsetjenesten mht ressurstilgang av faglig støtte og tilgang til spesialistkompetanse.

Hva skjer når man får større enheter i ambulerende team og hva skjer når man får flere ambulerende team? Vil man stadig kunne ivareta den ubyråkratiske innsøkningsprosessen og

den uformelle samarbeidsformen som man har i dag, eller vil det kreve en større grad av formalisering og strukturering av samarbeidet?

Målsettinger i tilbudet til brukerne.

De tiltak som iverksettes i et tilbud skal være i samsvar med brukerens målsetninger jf. Statlige målsettinger om brukermedvirkning. I denne evalueringen har det vært et sentralt spørsmål i hvilken grad brukere opplever å bli ivaretatt på sine egne målsetninger gjennom PART tilbudet. Det er viktig at målsettingene for brukerens tilbud er forstått av de parter som skal yte tilbudet, samarbeidsaktører og brukeren selv.

Brukernes erfaringer:

Når vi spør brukerne om deres målsetninger for eget liv/tilbud er sammenfallende med de PART har for dem, oppgir de i liten grad å ha klare målsetninger for sitt eget tilbud i PART. Det pekes på at det er en kvalitet ved tilbudet at man ikke presser for mye på målsetninger. Dette knyttes for det første til at man av den grunn ikke føler et for stort press til å sette mål for seg selv, som man ikke mestrer.

”Liksom ikke noe – skal liksom ikke føle noe sånn press og tvang og – nei, jeg føler liksom ikke det.... En får bare være så dårlig som en vil, og så kan en bare vente til en blir bedre, og DA kan en ta det. Liksom sånn – Og så får en se hvordan det går igjen. Og så vet du hele tida at du kan snakke om det, og da

En annen kvalitet som bidrar til dette er at den daglige planlegging av aktiviteter og avtaler oppleves å være i samråd med en selv som bruker. En forutsetning for dette, som blir påpekt av brukerne, er at PART praktiserer fleksibilitet i avtaler, i forhold til tiden som blir avsatt til avtaler og at det er brukerens valg hva man skal gjøre sammen.

Mange av de brukerne vi har intervjuet, har lang historie innefor institusjonspsykiatrien. Det er da viktig for mange at PART tilbudet har muliggjort mindre tvangsbehandling. Det at PART bidrar til at man klarer å følge opp egen behandling/oppfølging ved hjelp av PART er også viktig. Dette gjelder f. eks spørsmål rundt skifte av medisin, videre utredning og spørsmål knyttet til inntektssikring og bolig.

Det er av stor betydning for brukerne av at man ikke har noe press eller tvang knyttet til målsetninger om hva en skal gjøre. De legger stor vekt på at den pågang som PART medarbeiderne gir brukerne i forhold til målsetninger ikke oppleves som press. Dette er pekt på som viktig for at man skal føle at man mestrer de målsetninger man setter i samarbeid med sin kontaktperson i PART.

Oppsummert:

Våre funn tyder på at brukere av PART tilbudet ikke har stor vektlegging av at brukerne skal sette seg målsetning for livet sitt og det videre tilbud. Dette oppfatter brukerne som en kvalitet ved tilbudet

Det innebærer at brukerne får mulighet til planlegging av tilbudet fra dag til dag og fra avtale til avtale. Brukerne får allikevel oppfylt behov for planlegging på en systematisk måte, gjennom at man foretar en løpende evaluering bruker til PART medarbeider ved hver avtale. Det er også av betydning hvilken måte man motiverer på.

Vi vil peke på at denne arbeidsformen er viktig for å nå frem til målgruppen for Part teamets tilbud. Man er avhengig av at mål om settes for denne brukergruppen - må være preget av kort tidshorisont og overkommelige mål. Men det krever at evalueringen skjer løpende og oftere enn man ville normalt ha gjort i en Individuell plan prosess. I den forstand har PART teamet lyktes med å oppfylle de underliggende målsetninger som ligger til grunn for en mer formalisert IP prosess tilpasset denne målgruppa.

Samarbeidspartneres erfaringer:

I et samarbeid med felles brukere er det viktig at de som gir brukeren de ulike tilbud har sammenfallende målsetninger for oppfølgingen i relasjon til brukerens mål. I dette spørsmålet er det forskjell på hvilke erfaringer man har i de to forvaltningsnivå. Behandlingspersonale ved sykehus oppgir stor grad av sammenfallende målsetninger med PART teamet. Dette knyttes til at man har jevnlig kontakt med teamet, og uformelle møter, hvor målsetninger for behandlingen til den enkelte bruker blir diskutert

Fra kommunalt nivå

"Det vet vi jo ikke så veldig mye om da, for det er ikke bestandig at vi vet hva PART sin målsetting er for å følge opp pas, men de jobber jo ikke så veldig mye med sånn som vi gjør da med dette rundt pas som vi, alt fra økonomi, verge eller bosted, eller innleggelse en annen sted eller henvisning til RUS-klinikk eller.. Vi setter jo i gang et apparat på det, og hva PART gjør i forhold til det, det vet jeg faktisk ikke!"

På kommunalt nivå har man større utfordringer knyttet til å oppnå felles målsetninger for felles brukere. Dette knyttes til at man ikke har innsyn i PARTs målsetninger for de samme brukerne som de skal følge opp. Det at man ikke har lett tilgang til den dokumentasjon som PART skriver, blant annet i EPJ. Mangelfull mulighet til å kunne drøfte felles brukere med teamet oppgis som en annen grunn. Det er også pekt på at hvorvidt man har de samme målsetninger for en bruker, avhenger av at man jobber med de samme rundt en bruker, og det gjør man ikke alltid

Oppsummert:

Det er forskjeller mellom spesialistnivå og kommunalt nivå om man opplever at målene for den enkelte bruker samsvarer de mål PART har etablert i samarbeid med brukeren. Behandlingspersonalet ved sykehus opplever større sammenfall enn de som jobber i kommunetjenesten. Dette henger sammen med mulighetene for kontakt, hvor ofte, og at man ikke har felles dokumentasjonssystem. Det er viktig at man etablerer samhandlingsrutiner som ivaretar kommunens behov i dette og som ikke går på bekostning av at brukeren opplever fortrolighet i kontakt med PART teamet. En økt vektlegging i samarbeidet av arbeid knyttet til individuell plan og ansvarsgruppe er en mulighet for å bedre informasjonsbehov og ivareta brukeren autonomi. Felles arenaer for samarbeid og veiledning er en annen.

Brukermedvirkning i PART tilbudet.

Brukermedvirkning er et sentralt mål for tjenestene gjennom lover og retningslinjer. Brukerens medvirkning i et tilbud vil avhenge av hvordan tjenesten man får tilbud fra legger til rette for det, men også hvordan man som bruker vektlegger egen medvirkning i tilbudet. Få av de brukerne vi har snakket med har et aktivt forhold til begrepet brukermedvirkning. Dette finner vi også i andre Bruker Spør Bruker Undersøkelser.

Når vi spør brukerne av PART om man opplever å ha innflytelse på tilbudet, som del av brukermedvirkning er det mange som opplever dette. Da er det først og fremst knyttet til en opplevelse av frivillighet i kontakten med PART. Ofte kan tilbudet i PART være etablert uten at bruker har vært med på det. Dette vil være særlig dersom en bruker er under tvang. Det er da en viktig del av PARTs arbeid å jobbe sammen med brukeren om grad av frivillighet i situasjonen. At PART har bidratt til mindre nødvendighet av tvang i brukerens situasjon, tar vi også opp i pkt om.

Brukernes erfaringer:

Brukerne knytter medvirkning/innflytelse til å bli enige om viktige veivalg gjennom løpende samtaler og hjelp fra PART medarbeideren til å sette sine problemer i perspektiv. Den respekt for individuelle grenser som PART har for sine brukere, er også pekt på som en del av medvirkning.

Fleksibilitet til å etterkomme brukerens ønske om tid og sted for avtaler og det til en viss grad bestemme når teamet skal komme er et annet aspekt ved det å medvirke i PART sammenheng. Det samme er at en som bruker har mulighet for å endre på avtaler dersom man ikke evner å motta besøk til den avtalte tid.

Selv om få brukere har kjennskap til begrepet brukermedvirkning, har vi møtt brukere som beskriver PART utøver en stor grad av medvirkning for sine brukere. Mange av de vi har møtt har hatt mye tvangsutøvelse i sin tidligere kontakt med hjelpeapparatet. Det at PART tilbudet innebærer en høy grad av frivillighet er viktig del av det å medvirke til tilbudet. Den praktiske arbeidsformen som PART utøver, med løpende samtaler med brukerne også som del av en evaluering av fremgang og videre løp er også en del av utøvelse av brukermedvirkningsfremmende praksis.

M: Jeg gjør det ... Og så lar de meg være i fred når jeg er nødt til å være i fred ... Men det ... Sier jo bestandig fra, ikke sant ... Men ... det er ikke ofte det skjer da, men en og annen gangen så ... så Så orker jeg ikke å prate med noen.

M: Ja, jeg føler ikke at de presser meg så mye – Prøver littegranne, men ... De presser meg ikke så mye, nei, og det syns jeg er kjempebra da..."

PART teamet har lyktes svært godt med å gjennomføre brukermedvirkning i praksis. Det er viktig at dette ivaretas hvis teamet blir større.

Tjenesteyteres erfaringer:

Dette er tjenesteyteres definisjoner og beskrivelser av hvordan PART bidrar til medvirkning. PARTS evne til å etterspørre den brukeren har behov for og hjelper dem med det beskrives, i den sammenheng som medvirkning. Det pekes da på at det er særlig viktig at PART-medarbeidere har evne til å sette ord på det brukeren selv ikke får formulert av behov, og at man gjennom dette får til en klarere bestilling til andre deler av hjelpeapparatet.

Det fremheves også her at PART klarer å oppnå et likeverdig samarbeid med brukeren, fordi de løsninger som finnes, kommer som en del av løpende diskusjoner med brukeren.

Brukermedvirkning fremheves som viktig for å kunne opprettholde en frivillig relasjon til brukeren. I praksis

vil det blant annet si at PART er der og besøker bruker når han/hun er innlagt på en avdeling. Dette sees på som viktig at man gjennom dette viser at det er et samarbeid mellom avdeling og PART. Det å fremme brukerens egen situasjonsbeskrivelse ovenfor pårørende og andre deler av tjenesteapparatet i ansvarsgrupper er en annen del av hvordan PART bidrar til brukerens medvirkning.

”De jobber veldig sånn pasientnært og all kontakten går igjennom pasienten. Det er ikke noe sånn at vi har noen dialog mellom oss på Leistad og part – liksom det meste går igjennom pasienten. Det syns jeg er så all right da. De gjør liksom avtaler på det ... med pasienten og – Litt frustrerende sånn å stå på sidelinja og ikke helt vite hele tida hvilke avtaler – om de skal treffes og ... så vil man liksom spørre pasienten: Har du noen avtaler med part denne uka her og - ... For det er DE som ordner med det. Og det syns jeg er veldig greit perspektiv. Jeg tenker at dette er pasienter som skal – skal hjem

Det blir pekt på at det å kunne si, nei takk til tilbud fra PART også er en viktig del av medvirkning. PART teamet vil ofte kunne møte en stengt dør når de kommer på besøk til brukere og dette er en utfordring knyttet til arbeidsmetode i teamet.

Brukere og samarbeidspartnere har pekt på at praksisen til PART er at man først og fremst forholder seg til brukeren, f.eks. når denne er innlagt. Dette er påpekt som et dilemma for de andre aktørene som er rundt brukerne. En konsekvens av at PART forholder seg til brukeren mht informasjonsdeling er brukermedvirkning og ivaretagelse av brukerens behov for diskresjon. En annen er at dette fører til samarbeidsnettverket rundt brukeren ikke får så mye informasjon som de hadde ønsket. I gitte situasjoner vil dette medføre at en som samarbeidspart vil være nødt til å forholde seg til den informasjon brukerne selv formidler, noe som også innebærer en større innflytelse for brukeren på hvilken informasjon det finnes om han i systemet.

Samarbeidende tjenesteytere vi har snakket med peker på at de rammer mht til tid og mulighet de har til å gjennomføre etter brukerens forslag, gjør dem bedre i stand til å sette brukermedvirkningen ut i praksis. Det er også pekt på at brukermedvirkning i betydningen at PART har evne til å sette ord på brukerens behov og ønsker fører til klarere bestilling til spesialisthelsetjenesten, og dermed en lettere og mer effektiv bruk av innleggelse av brukerne.

Forutsetninger for brukermedvirkning i PART kan oppsummeres i følgende punkter:

- Frivillighet i relasjonen til brukeren
- Evne til å gjennomføre ønsker å behov som brukeren har.
- Informasjonsflyt hvor brukeren er viktigste informasjonskilde, men med de dilemmaer det fører til mht informasjonsdeling mellom PART og øvrig system.
- For å utøve den form for brukermedvirkning på som PART gjør - er at man har tid og mulighet til å sette ting ut i praksis.

Det er viktig å ivareta et ressursbehov som muliggjør bruk av tid og aksept for stengte dører. PART teamet lykkes med å etablere en relasjon som er basert på frivillighet. En viktig forutsetning for dette synes å være at PART ikke tydelig administrer tvangsutøvelse. Informasjonsflyten har i størst mulig grad vært styrt av brukeren selv og at dette synes å bli et dilemma for informasjonsbehovet for tjenestene. Økt bruk av individuell plan mener vi ville ha løst noe av dette informasjonsbehovet. Men det er også en forutsetning at PARTs dokumentasjon av oppfølging av brukerne blir mer tilgjengelig for andre deler av hjelpeapparatet.

Planmessighet i PART tilbudet.

Individuell Plan (IP) - er et sentralt virkemiddel i statlig føringer for å sikre brukernes medvirkning og tilbudets kvalitet i forhold til det brukerne ønsker. I forholdet til individuell plan for brukere av PART vil det være to spørsmål som er viktige. For det første; har brukere av PART IP? Hvilken rolle har PART i utarbeidelsen/gjennomføringen av den? Det er oppgitt i årsrapportene for 2007-2008 at PART ikke er ment å ha koordineringsansvar for IP for sine brukere. Når vi spør brukere om de har individuell plan oppgir det fleste at de ikke har en, og de som har plan oppgir at denne ikke er aktiv for tiden. Det er også fremkommet få erfaringer med PART i ansvarsgruppe, og dette får da ikke et eget tema i rapporten.

Men, en viktig kvalitet ved et tilbud, er om brukere opplever det planmessig. Dette er en sentral **intensjon ved IP arbeidet** som går utover utarbeidelsen av en IP og gjennomføring av ansvarsgrupper. Planmessighet i PART tilbudet er noe brukerne har erfaringer med.

Brukernes erfaringer:

Får av de brukerne vi har intervjuet har oppgitt at de har en IP, som er aktivt i bruk. Behovet for en individuell plan vil være individuelt etter hvilke behov man har som brukere. Målsetning med IP er å koordinere tilbudet til bruker, noe PART ikke vil ha hovedansvaret for ut fra mandatet. En annen målsetning med IP er prosessen rundt det - er å bidra til at tilbudet til brukeren er under kontinuerlig planlegging og evaluering. Vi velger her å vektlegge brukernes erfaringer med tilbudet i PART som planmessig for en Brukerne peker på at tilbudet oppleves planmessig fordi man sammen med PART medarbeiderne har kontinuerlig evaluering av tilbud og fremgang i forhold til mestring og bedring i forbindelse med de avtalene de har. Brukerne peker på at denne form for planlegging har korte intervaller, at planlegging og vurdering av situasjon gjøres fra uke til uke.

Det at man setter avtaler med brukerne fra gang til gang er pekt på som en kvalitet ved tilbudet, både fordi det bidrar til forutsigbarhet for de som trenger det, og en fleksibilitet for endringer for de som trenger det.

Det er flere av de intervjuede brukerne som har fått mulighet til /tilbud om å kontakte teamet utenom arbeidstid/avtaler. Det er allikevel slik at dette er noe som brukerne i liten grad synes å benytte seg av, fordi man har en forutsigbarhet i de avtaler man har med teamet.

”Nei, jeg har ikke det. Vi jobber jo kontinuerlig med det... som du kan kalle en plan, men det er ikke skriftlig, da. Sånn ukentlig... evaluerer, eller ikke evaluerer, men vi snakker om... hvordan vi skal gjennomføre ting, da. Så det er veldig sånn, tett oppfølging muntlig”.

Bruk av SMS på mobiltelefon synes å være en viktig redskap i kontakten mellom PART og brukere. Brukerne har oppgitt at de har mulighet til å kunne avlyse avtaler, si i fra at man ikke ønsker besøk, eller bare si fra at man har det bra på SMS for at teamet skal kunne si i fra er bare si i fra hvordan man har det for at teamet skal være oppdatert på situasjonen selv om man ikke ønsker besøk. Det er også oppgitt at en SMS kan være nok for å tilkalle teamet dersom det skulle oppstå noe i livssituasjonen. Denne formen for kommunikasjon bidrar også til opplevelse av kontinuitet i kontakten og planmessighet.

Forutsetninger for planmessighet i PART tilbudet kan oppsummeres i følgende punkter:

- At brukerne opplever fleksibilitet og forutsigbarhet i avtaler fra teamet.
- At man som bruker har mulighet til å ta kontakt utover arbeidstid. Selv om det er få bruker dette fordi man opplever forutsigbarhet i klare avtaler og at man vet at tilbudet er der.
- SMS mobiltelefonen er et viktig og effektivt redskap for løpende kommunikasjon mellom PART – medarbeider og bruker.

Det er få av de vi har intervjuet som har individuell plan. Det ligger i mandatet til PART at de ikke skal være en koordinerende instans i et IP arbeid. PART utfører likevel en Individuell planlegging sammen med brukeren som er i samsvar med prosessen i en utvikling av Individuell plan. Den Individuelle planen som et kommunikasjonsredskap ovenfor samarbeidspartnere er allikevel ikke tilstede. PART teamets tillit i relasjon til brukeren burde utnyttes som ressurs i å få etablert Individuell plan. Flexibilitet i avtaler som tar hensyn til

brukerens behov for kort tidshorisont og løpende behov for kontakt. Man kan etablere en individuell plan som ivaretar de samme hensyn til brukerne som er i målgruppen for PART.

Bruk av SMS er viktig kommunikasjonsmedium som gjør det lettere for brukeren og mer kostnadseffektivt for teamet å holde kontakten løpende noe som bidrar til fleksibilitet.

Relasjonskompetanse i PART teamet.

Den personlige kontakten, relasjonen PART medarbeiderne og brukerne har, synes å være en viktig forutsetning for et godt tilbud. De fleste vi har snakket med oppgir at den kontaktpersonen de har i PART skiller seg fra de kontaktpersoner man har hatt tidligere. Vi har spurt brukerne om hva de setter mest pris på med relasjonen de har til PART medarbeiderne, og da er det særlig kvaliteten ved samtaler, og at man oppleves engasjert på brukerens vegne

Brukernes erfaringer:

Brukerne beskriver at det har tatt dem lang tid før man torde å bli trygg på kontaktperson i PART. De formidler at man har brukt mye tid på å foreberede seg til hver avtale i den første kontakten. Livredd da de kom første gangene. Det vil være utfordringen for brukeren, men også for PART medarbeidere som skal forsøke å etablere en relasjon til brukeren. Når vi spør brukerne om hvilke kvaliteter de ser i sin relasjon til PART

”Og det tok jo lang tid før jeg vart kjent med NN. Han NN – det er han som er hovedsakelig hjemme hos meg. Det tok jo lang tid det, så brukte et år eller to på å bli trygg på han også(...)Var råredd i starten – livredd hver gang han kom da ... Hva vil de? Hva er de ute etter? Mistenksom som bare det. Jeg var veldig dårlig i en periode da.”

medarbeideren, legger de vekt på flere ting. Det at kontaktperson har evne til å snakke uformelt med brukerne, om det en selv er opptatt av, og lytter til en, uten å snakke for mye om sykdom og symptomer synes å være viktig for brukerne.

Det å snakke om det problematiske i livssituasjonen vil også være en del av tilbudet. Brukerne har pekt på flere forhold som bidrar til å løse livsproblemer for dem selv. Det at PART medarbeiderne er -rett på sak – er målrettet på det som er problemet, uten for mye snakk rundt det er en kvalitet. Det at PART medarbeiderne har evne til å sette ens egne problemer i perspektiv, gjennom å bruke seg selv og sine livserfaringer i samtaler, er en viktig forutsetning for at man føler seg mer likestilt og trygg på den som besøker en. Noen beskriver sin relasjon til PART medarbeider som et vennskapslignende forhold og en relasjon hvor kontaktpersonen oppleves engasjert for brukeren på en måte som man ikke har opplevd tidligere.

En annen viktig kvalitet ved samtaler er at kontaktperson i PART oppleves å ”ikke gå rundt grøten” – det vil si å ha en god balanse mellom de negative og positive tilbakemeldinger på brukerens fremgang/tilbakefall. Det at kontaktpersonen har evne til å få problemer ned på et normalt nivå – dvs. relaterer det til den enkelte

”Sånn som jeg syntes var viktig når jeg – hvis jeg var dårlig da, så er det viktig for meg at jeg – det er folk som kommer, og så snakker de litt om seg sjøl, så tar det litt fokuset bort fra – hvis de forteller ting om seg sjøl og ikke er så stiv og ... Det syntes jeg var viktig da ...”

brukers hverdag er viktig for mange som strever med å forholde seg til sine egne tanker. Det at man som spesialist har evne til å snakke med brukerne om det som opptar en for øyeblikket, og sitte og snakke og småprate er en annen viktig kvalitet. Brukere setter denne formen for kommunikasjon opp mot tidligere erfaringer med hjelpeapparatet, hvor kommunikasjonen har vært sentrert rundt sykdom og symptomer, i et fagspråk. Det at man spør om brukerens egen situasjonsbeskrivelse, uten å avbryte det man sier er også en viktig del av opplevelsen av å bli hørt.

Brukerne vi har intervjuet opplever få begrensninger på konkrete aktiviteter/avtaler PART medarbeiderne kan være med på å løse praktiske og følelsesmessige problemer for bruk. I utfordrende situasjoner i livet oppleves de å ta seg tid på det som er vanskelig, og ikke kommer med raske løsninger på det som er et opplevd problemer for brukerne. En annen viktig kvalitet i PART tilbudet er at medarbeiderne er ”Flink til å pushe på fremgang” uten at det oppleves ubehagelig, og at man knytter bruk av humor i slike situasjoner.

Som vi har nevnt under andre tema har mange av brukerne vi har snakket med dårlige erfaringer og opplevelser med hjelpeapparatet fra tidligere. En stor del av tilliten som brukerne har til PART er først og fremst knyttet til at man blir tatt på alvor med det en opplever å slite med. Dette kan gjelde det at man faktisk får sin situasjonsbeskrivelse ivaretatt i samtaler, men også det å bli ivaretatt på sitt behov for oppfyllelse av rettigheter og behov for videre utredning av egen psykisk helse i tanke og handling.

Tjenesteyteres sitt syn på relasjonsbygging i PART:

Når behandlingspersonalet beskriver relasjonen mellom PART og felles brukere legger de vekt på betydningen det har for samhandling og samarbeid.

Fra DPS/Sykehus legges det vekt på at det at PART er inne og besøker brukeren når han er innlagt bidrar til å styrke relasjonen. Det at de er inne i avdelingen bidrar til at bruker får se at det er et samarbeid mellom avdelingen og PART. Det pekes på at disse besøkene også bidrar til at teamets medarbeidere får kunnskap om hvilke tiltak det settes i gang i forhold til behandling, og at dette bidrar til å styrke relasjonen til brukerne når det gjelder spørsmål om behandling.

Det er også pekt på at det at PART opptrer som formidler av den enkelte brukers behov til spesialisthelsetjenesten bidrar til oppbygging av tillit og relasjon vis a vis brukeren.

Når det gjelder utfordringer knyttet til relasjonsbygging er det fra kommunalt personale pekt på at PART i flere tilfeller gir opp for fort når alvorlig syke brukere ikke vil ha kontakt og stenger døra. Det påpekes at dette betyr at man ikke har oppnådd gjensidighet i relasjonen. Det vektlegges da at utfordringer i relasjon gjelder særlig for de som er aller sykest og mest utilgjengelig for tilbud om hjelp. Det vektlegges at kontinuitet gjennom hyppige besøk hos brukeren er en forutsetning for et godt tillitsforhold. I forhold til kontaktetableringen, er det pekt på at et besøk hos brukeren i måneden, er for lite for å få til en god relasjon til de som har de største plagene.

De rammene og ressursene PART har, blir pekt på som en forutsetning for god relasjonsbygging med brukerne. Dette gjelder både fordi man har bedre tid, små caseloads, sammenlignet med f. eks oppfølgingstjenesten, og at man dermed har større mulighet til å kunne innvilge brukere sine ønsker,

”Der tror jeg PART har en helt annen mulighet for de har et helt annet tidsperspektiv enn vi har. Vi har 2-14 dager, hvis vi er heldige, mens de har et annet tidsperspektiv. De har mye større muligheter til å jobbe med motivasjon og ikke minst så er dem frivillig her. Her er de kanskje inn på tvang?”

Det er gjennom evalueringen blitt pekt på at PART har en betydelig relasjonskompetanse som er en forutsetning for den kontakten man oppnår med brukerne. I dialogkonferansen ble det stilt spørsmål med om PART har lagt for stor vekt på å ansette folk med relasjonskompetanse, og lagt mindre vekt på formell organisering og forankring hos samarbeidspartnere? Det ble pekt på at det er viktig å gå videre inn i problemstillinger mht hva PART gjør riktig, slik at de brukerne som er svakest vil ha tilbudet. Leverer de mindre ensomhet og isolasjon, men mindre av det tilbudet brukerne trenger for å komme seg videre, var et av spørsmålene som ble stilt i dialogkonferanse.

Det ble også stilt spørsmål ved om den formen for relasjonsarbeid som PART driver er så omfattende at det går på bekostning av arbeidsmiljøet for de ansatte. Vi i BSB tror allikevel at den relasjonen som PART har tåler litt gjennom den gjensidig respekt som brukerne formidler i intervjuene.

Det at PART tar kontakt med det øvrige hjelpeapparat for brukerne er allikevel det viktigste nettverksarbeidet som gjøres av teamet. Dette er også et viktig spørsmål knyttet til samhandling, fordi det kan stilles spørsmål om hvor mye tid kommunens til å etablere samhandlingsrutiner med 2 linjetjenesten, noe PART bidrar sterkt til. Det ble pekt på at PART har makt og integritet i systemet til å drive denne form for formidling av samhandling.

De viktigste forutsetninger for relasjonsbygging i PART teamet kan oppsummeres i følgende punkter:

For brukere:

- Relasjonsarbeidet er den viktigste forutsetningen for at brukere holder på tilbudet.
- For brukerne tar det lang tid før man er så trygg på sin kontaktperson i PART at man kan kalle det en bærende relasjon.
- Kvaliteten i samtale mellom PART medarbeider og bruker bidrar mest til relasjonsbyggingen, fordi;
 - o PART medarbeiderne kommuniserer rett på sak i forhold til brukernes livsproblemer.
 - o De har evne til å balansere negative positive tilbakemeldinger på brukernes fremgang.
 - o Legger vekt på å ha samtaler med brukere som ikke foregår i et fagspråk
 - o At PART legger vekt på å formidle brukernes behov, og er dennes ”Advokat” i systemet.
- For samarbeidende fagfolk, legges det vekt på PARTs relasjon til brukerne sin betydning for samhandling og samarbeid”

- At PART medarbeiderne gjennom den gode relasjonen er i stand til å formidle de reelle behov som brukeren har.
- At gode tidsressurser og de rammer man har for tilbudet i PART er en forutsetning for å etablere og vedlikeholde relasjon med brukere

Relasjonskompetanse i teamet blir ofte avgjørende for om denne målgruppen brukere kan motta et tilbud. Spørsmålet er om PART har lagt stor på å ansette folk med stor relasjonskompetanse og mindre på formell organisering. I etableringen av PART teamet har det muligens vært en naturlig prosess at man har lagt stor vekt på kontaktetablering og relasjonsbygging. Økt tilgjengelighet på til teamets tilbud vil stille andre krav og å beholde den form for relasjonsbygging som man praktiserer i dag, vil kunne bli et spørsmål i forhold til arbeidsmiljø, og behov for økte ressurser Et annet spørsmål er knyttet til en målgruppe som ikke er intervjuet i prosjektet – de som avviser tilbud fra PART teamet. Hvordan kan tilbudet forbedres i forhold til disse er et spørsmål man må sette fokus på i det videre arbeidet med utvikling av PART tilbud. I det videre vil det også være viktig å peke på årsaker til at slike brukere f. eks stenger døra når PART teamet kommer.

Funksjonen til og forløpet av innleggelser:

En del av mål og mandat for PART teamet er beskrevet i utredningen til prosjektet "Veien til en samordnet psykiatritjeneste" er at man skal; "bidra til kortere og færre innleggelser, der innleggelser er nødvendig utføres disse på en skånsom og verdig måte." (Vågen 2005). I evalueringen har vi stilt spørsmål om funksjonen og forløpet av innleggelser. I dette ligger det flere spørsmål. Hva er det i PART tilbudet som bidrar til at man unngår innleggelser? Hvordan bidrar PART tilbudet til å gjøre nødvendige innleggelser bedre? Et annet spørsmål har vært; hva er viktig for brukerne ved innleggelsessituasjonen, når den først er nødvendig?

Brukernes erfaringer:

Brukerne oppgir at en viktig konsekvens av at man har fått PART tilbud, er at man unngår lange institusjonsinnleggelser og kan i større grad være hjemme. Brukerne har i denne sammenhengen pekt på ulike årsaker til at innleggelser blir unngått.

At man har større mulighet til å følge opp egen behandling på en bedre måte når man ikke er innlagt, som eksempel medisiner og andre typer behandling og oppfølging, er en viktig konsekvens av PART tilbudet.

At det er lav terskel for å kontakte PART teamet når den psykiske tilstanden blir dårligere forebygger etter brukernes mening hyppige innleggelser. Da legges det vekt på at det er lav terskel for kontakt, og at PART kommer innen kort tid dersom det er nødvendig. Det legges stor vekt på det forebyggende aspektet ved den mulighet man utvikle seg sosialt og komme seg ut av isolasjon ved hjelp av PART tilbudet noe som er et godt alternativ til sykehusinnleggelser som mange av brukerne opplever som for passive. Noen forklarer det med at tilbudet PART gir fyller et tomrom i livet, som tidligere har måttet kompenseres med innleggelse. I dette ligger det at brukerne opplever PART som mer opptatt av en selv og livssituasjonen deres, slik det ikke alltid er tilfelle ved en innleggelse. Brukerne oppgir også at innleggelser forebygges på grunn av den tette kontakten som forlenger perioden man klarer seg i sitt eget hjem.

"Ja, ja. Er en dårlig fra før av så kommer en dit, og så er det – skal jeg liksom kjenne meg enda dårligere når jeg kommer dit, liksom ... Så blir det liksom: Hva faen er vitsen!? Skal jeg bare sitte der og være dårlig? Det er liksom ikke noe sånn ... Da føler jeg liksom – Da er det mye bedre en trening med JA å gjøre – "

PARTs bistand til brukere under innleggelser:

Når vi spør brukerne om hvilken funksjon PART tilbudet har for dem under en innleggelse er det teamets rolle som formidler av behov til avdelingen som vektlegges. Det at PARTs kontakt bidrar til at man blir hørt på sine behov for videre utredning/behandling ovenfor avdelingen er en funksjon. Det å kunne rette opp i den brukeren opplever som vanskelig historikk mht sitt forhold til avdelingen er også en viktig funksjon ved PART. Det er også viktig at besøk fra PART, når man er innlagt, bidrar til den kontinuitet man ønsker seg i tilbudet.

Funksjonen til innleggelse for brukerne:

Ved de nødvendige innleggelser, kan det være viktig å ha en kriseplan, av flere grunner. Det er for det første knyttet til at man har en trygghet for at man KAN bli innlagt, dersom man trenger det. Bare det å ha en slik avtale eller kriseplan har en funksjon i hverdagen, gjennom at det bidrar til trygghet for at tilbudet er der. Rammen rundt innleggelse – det å ha folk rundt seg på avdelingen 24 timer i døgnet er viktig for mange som lever et isolert liv med store psykiske problemer. Det er en viktig funksjon i det å være innlagt over lengre tid. Dette peker også på en utfordring PART har i sitt tilbud, hvor en gruppe brukere kan ha behov for mer oppfølging i omfang og tidsressurs enn de får i dag.

M: Nei, for plutselig så – så blir det – plutselig så blir jeg nå bare så syk da, og ... at ... at jeg ikke klarer å være hjemme i mitt eget hjem da. Og da må jeg bare legges inn for kortere sikt da, på en uke eller to, til jeg kommer meg litt.

I: Ja. Er det en trygghet for deg å ha den muligheten?

K: Ja, det vil jeg jo si, i aller høyeste grad

De fleste av brukerne vi har intervjuet har oppgitt at de av og til trenger de nødvendige innleggelser, og da med bistand til dette fra PART. Noen som er særlig isolerte og med store psykiske plager trenger kanskje lengre institusjonsopphold.

Dersom disse brukerne skal være i stand til å klare seg uten innleggelser, og bare med et ambulant tilbud blir et av spørsmålene hvordan man i PART kan videreføre de elementene fra institusjon som brukerne har behov for inn i det ambulerende tilbudet. Det viser seg at behandlingsopphold blir annerledes når PART er inne og bistår. Både fordi de har innsyn i en avdelings arbeidsmetoder, og derved kan bidra til at det videreføres gjennom teamet, men også det at de representerer en kjennskap til brukerne som f. eks en akuttavdeling ikke har. I denne evalueringen pekes det på at innsatsen ved avdelingene da blir annerledes, gjennom at utskrivelsesprosessen og forberedelse til den gjør det mulig å fokusere på den behandling og oppfølging brukeren trenger, og ikke en planlegging av utskrives. Viktig å overføre de viktige tingene fra institusjon til ambulerende team. Hva med omvendt?

Tjenesteyteres syn på funksjonen til innleggelser:

Behandlingspersonale ved sykehus/DPS legger vekt på at PARTs bistand i en innleggelsesprosess bidrar til bedre og mer planlagte innleggelser. Det pekes på at denne bistanden er særlig viktig for oppfølging av nysyke og da knyttet til å bidra til en god nok utredning av disse. På en annen side sies det at bistanden også bidrar til at de som er kjente pasienter i systemet ikke får så hyppige og dramatiske innleggelser. Det vektlegges at dette bidrar til at brukere får hjelp når man trenger det –og unngår at man blir sykere og får dramatiske innleggelser, på tvang. Når det gjelder om PARTs bistand forkorter innleggelsestiden, pekes det på at utskrivelsesprosessen går lettere og raskere, fordi sykehuset ikke trenger å bruke tid på å etablere et godt tilbud ute, når brukeren har PART tilbud.

Det er fremhevet at akuttinnleggelsenes lengde blir kortere, fordi man på sykehus/DPS føler seg trygg på å skrive ut når det finnes et godt nok tilbud ute. Fra akuttpostene meldes det om at PART har et en særlig viktig funksjon i forhold til å ivareta de brukere som er hyppigst innlagt på akuttposter. På den måten blir akuttpostene på DPS/sykehus "Krisensensløsninger" for PART teamets brukere. PART er sagt å bidra til kortere innleggelser fordi PART har oversikt over brukerens liv og kan få brukere til å ta kontakt tidligere. Forutsetning for å unngå unødige innleggelser, viktig med tilgjengelighet kveld og helg.

"Det er i hvert fall – Det er i hvert fall – og jeg tror det er mye lettere for pasientene nå da, å ... - at Part kan komme hjem til dem og motivere dem for en innleggelse ... Og at enkelte innleggelser går smidigere av DEN grunn, altså."

Det er et spørsmål om en del akuttinnleggelser kunne vært unngått dersom det hadde vært større tilgjengelighet til spesialistkompetanse på kveld og helg, et tilbud som ikke PART heller kan dekke innenfor de rammene de har nå. I tidligere BSB har vi pekt på at tilgjengelig tilbud på kveld og helg er God alliansebygging fra PARTs side gjør også at brukere blir møtt bedre når de blir syke, enn hvis de hadde måttet tvangsinnlegges.

Oppsummert kan man si at brukere og tjenesteytere synes å være enige om at teamet bidrar til kortere og mer skånsomme innleggelser.

Vi hevder at PART tilbudet bidrar til bedre, kortere og mer planlagte innleggelser av flere grunner.

- Fordi brukerne får fylt sine behov for trygghet og kontakt i livssituasjonen gjennom PART tilbudet.
- Fordi brukerne opplever at PART tilbudet bidrar til en systematisk og aktiv rolle i forhold til mestring og oppfølging av behandling enn ved en innleggelse.
- Fordi utskrivelsesprosesser går lettere fordi man ved sykehus/DPS vet at man har et adekvat tilbud å tilby brukere når de kommer ut.
- Fordi PART tilbudet gir bedre ivaretagelse av de som går inn og ut av akuttposter, mellom innleggelser (nysyke, og de som er gamle kjente i systemet.)
- Fordi PART gir bistand til brukere under innleggelser knyttet til å formidle behov for utredning, rette opp i historikk ved avdelinger. Noe som gir bedre "bestillinger" til avdelingen mht den enkelte bruker. Og bedre og mer målrettet behandlingstiltak.

Våre funn tyder på at PART tilbudet kan være et godt alternativ til lengre institusjonsopphold. I de tilfeller hvor brukeren selv ønsker en nødvendig innleggelse, vil det være et spørsmål om hvordan også disse kan unngås, og hvilke tiltak PART teamet må sette inne da. I evalueringen har det kommet spørsmål om hvordan institusjoner/avdelinger kan overføre erfaringene fra PART teamets arbeid til egen praksis for å bidra til en bedre

PART sin rolle i forhold til tvang.

Flere av brukerne vi har intervjuet har vært under en eller annen form for tvangsparagraf, eller har vært det. I PART sin årsberetning for 2007 oppgis det at ca. 13 % av PARTs brukere er under tvungent psykisk helsevern (N= 45 ved utgangen av 2007). For mange vil PART tilbudet representere en frihet fra tvang, eller en økt grad av frivillighet i denne situasjonen. I denne situasjonen er det viktig for mange å få bistand til å få utredning videre, dersom man er uenig i hvilken oppfølging man trenger. Det er også kommet erfaringer med at PART medarbeidere er flinke til løpende å snakke med brukere om tvangen og de situasjoner som kan oppstå i forbindelse med mht til dramatiske innleggelser eller begrensninger i livsutfoldelse. I noen situasjoner kan PART sin funksjon fremstå som ”sykehusets forlengede arm”, i forhold til utøvelse av tvangen, selv om de formelt sett ikke utøver tvang. Det blir

De aller fleste brukerne vi har intervjuet, er, eller har vært under tvungent psykisk helsevern. Det er også oppgitt at tilbudet i PART har ført til mindre akutte tvangsinnleggelser. I forhold til brukere som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er det oppgitt at PART bidrar til mulighet for ny utredning, medisinvurderinger og formidler behov opp mot sykehuset, og på den måten legger til rette for at situasjonen på tvang blir lettere.

Behandlingstenkning i PART. Brukere og samarbeidspartneres syn.

Målsettingen for PART team er også at de skal forsterke den pågående behandling over tid, men også trekke seg ut når behovet ikke er der. (Vågen, delrapport 2005). Dette, siste temaet, omhandler flere interesser sin mening om behandlingstenkningen i PART og hvilke konsekvenser dette får i praksis. Spørsmålet blir: i hvilken grad behandling settes i system i PART og hvilket fokus dette skal ha. Under punkt om nytte har vi pekt på at brukerne oppgir at den største nytten de har av PART tilbudet er at man har mulighet til å følge opp egen behandling på en mer strukturert måte.

Gjennom evalueringen har vi fått inntrykk av at forventningene til PART-tilbudet er mange og til dels sprikende. Det er gjennom evalueringen pekt på at det å sette behandling mer i system i PART teamet blir viktig for fremtiden, is et samarbeid med DPS/sykehus. Det første spørsmålet som kan stilles er hvilket fokus en felles behandling oppfølging skal ha. Noen peker på at kognitiv adferdsterapi bør settes i system innenfor PART, noe som krever at man bruker mer forberedelser til hver avtale med brukeren og konkretisering behandlingsmål i IP og behandlingsplaner.

”Jo, det må kanskje – Det må opp ha litt på – litt på høyere nivå enkelte ganger ... At man – at man prøver å få til individuelle planer som på en måte sier noe om akkurat der der. (... ..)IP-ene blir for lite ... De blir for lite detaljert da, om behandling... Jeg tror at enkelte hadde hatt behov for IP-er der det hadde vært mye tydeligere hva man skal jobbe med sammen, altså.”

Medisinsk behandling, medisiner og behandling som er satt i gang i spesialisthelsetjenesten blir fulgt opp gjennom PART. Det er pekt på at det er av viktighet at PART er inne i avdelingen på besøk fordi brukere da får tillit til at avdelingen og PART står sammen om behandlingsmål, og at det er et reelt samarbeid om deres behandlingstilbud.

Fra behandlingspersonale sin side, sees det som en trygghet, at behandlingstenkning blir videreført inn i PART tilbudet. Det at PART blir oppfattet å inneha kompetanse på og

kjennskap til terapi og tiltak for symptommeistring. Det kan stilles spørsmål om man i psykisk helsevern står ovenfor et veivalg i forhold til ressurser i ambulant oppfølging. Hvilken type systematikk skal man ha i forhold til behandlingsopplegg som blir fulgt opp i teamet, og hvilket samarbeid man har med avdelinger om dette.

Hva er grunnforståelsen i PART? Hvilken oppgave, funksjon og tenkning skal/bør PART teamet og andre team innenfor ambulante tilbud ha?

I dialogkonferansen kom spørsmålet om arbeidsmetoder som fremmer brukerens ønsker opp som et spørsmål. Blant annet knyttet til nettverkstenkning. Fra Bruker Spør Bruker sin side ble det påpekt at det at brukerne får riktig behandling, er viktigst for dem uavhengig av arbeidsmetoder. Det ble pekt på at det vil være nødvendig for den medisinskfaglige oppfølging av brukerne at man har en psykiater i PART teamet. Det finnes en vakant stilling i PART teamet for psykiater, som har vært det siden oppstarten av teamet i 2006.

Oppsummert om dette temaet kan vi si:

- Oppfølging av behandling er tema hvor spesialisthelsetjenestene etterspør større samordning av behandlingstiltak med PART. Brukere fremhever at kontakten med PART innebærer en form for behandling som er meningsfylt fordi man systematisk med å mestre utfordringer. PART bidrar også til at brukere kan følge opp behandling som ikke ytes av PART.
- Det er hevdet at et økt fokus på systematikk i behandlingen krever større fokus på konkretisering av behandlingsmål i IP og felles behandlingsplaner. I spørsmålet som reises om at PART må bli mer tydelig på oppfølging av sykehusets behandling, kan det ligge en ulik oppfatning av definisjonen på hva som er behandlingstiltak. Brukere av PART tilbudet oppfatter tilbudet i PART som en form for behandling, som de har god nytte av.
- PART bør ha klarere funksjon i forhold til behandling. PART teamet har selv oppgitt behov for psykiater i teamet. Brukere etterlyser ikke dette.

Nettverksarbeid i PART

Nettverksarbeid som arbeidsform er fremhevet ved teamet. Nettverk består av mange aktører til brukeren: De brukerne som vi har møtt synes å ha lite privat nettverk men et omfattende offentlig nettverk som både er truende og oppfattes som hjelpere. Det offentlige nettverket har flere nivåer og funksjoner. Sykehuspersonale, psykiatere, de kommunale hjemmetjenester, PART team, KART team, Psykisk helsearbeider tjenestene i kommunen.

PART teamets viktigste form for nettverksarbeid i er å bistå brukeren å komme i kontakt med og vedlikehold av det offentlige nettverket. Påførende arbeid består i å overta de ubehagelige sidene ved tvangsinnleggelse og ivareta påførendes egne behov for oppfølging gjennom hjemmebesøk. Vi har pekt på at PART synes som å samarbeide mest med spesialisthelsetjenesten i like stor grad med kommunen. Dette arbeidet består av telefonkontakt og møter.

Konklusjoner og anbefalinger fra KBT – Midt Norge:

Psykiske problemer og konsekvenser i hverdagen.

PART teamets målgruppe er de med de alvorligste problemer og funksjonshemminger mht fungering i hverdagen. De kan ha problemer med å følge opp behandlingsavtaler og avtaler med øvrige hjelpeapparat på en slik måte at de lett kan bli i målgruppen som ansees å ikke kunne nyttiggjøre seg ordinært tilbud. Brukerne beskriver en høy grad av isolasjon og problemer med å følge opp nødvendige ting i hverdagen og i det hele tatt komme seg gjennom en dag.

Anbefalinger fra KBT Midt-Norge:

- Psykisk Helsevern bør ha et større fokus på tiltak som motvirker sosial isolasjon, gjerne i samarbeid med kommunale tjenester. Individrettede tilbud bør suppleres med gruppebaserte metoder gjerne i samarbeid med brukerorganisasjoner.
- Undersøkelsen avdekker at Psykisk helsevern har stor utfordring knyttet til muligheter for ny utredning for brukere med store hjelpebehov. Dette skyldes at mange brukerinformantene har fremhevet behovet for jevnlig justering av medisin og beskriver overmedisinering med store bivirkninger, som først er blitt tatt alvorlig gjennom tilbudet i PART teamet.
- Undersøkelsen avdekker også at sykehuset nivået har store problemer med å ta brukere på alvor på sine behov for videre utredning, støtte og behandling. Noe som PART teamet bidrar med ovenfor dem de har kontakt med.

Hvilken nytte og virkning har PART?.

- PART lykkes med målsettingen om være lett tilgjengelig for evt. pårørende og andre samarbeidspartnere. Pårørende opplever en økt grad av trygghet og reell avlastning ved at PART teamet tar pårørendes henvendelse alvorlig, følger opp og tar ansvaret.
- PART gir en praktisk støtte som gjør pasienter /brukere blir bedre i stand til å følge opp egen behandling på en mer systematisk måte og som gir trygghet i hverdagen.
- Tjenesteytere på alle nivåer opplever PART teamet som nyttig i forhold til samhandling mellom nivåer og samarbeid rundt felles brukere. Dette gjelder først og fremst sykehus og DPS nivå og i mindre grad det kommunale nivået.
- Det fremheves som en viktig forutsetning, at PART teamet har ressurser og nettverk til å gjennomføre de tiltak som brukeren trenger. PARTs kompetanse på å formidle behov fra kommune til spesialisthelsetjeneste og vice versa gjør at teamet er viktig i et samhandlingsperspektiv både for bruker og samarbeidspartnere.

PART sine arbeidsmetoder:

- Mange av brukerne tilknyttet PART har sagt at de ikke har IP og at det er en utfordring å få dette til å fungere.
- Ansvarsgruppe som metode synes lite brukt og /eller ha lite sentral plass i arbeidet. I praksis så har allikevel teamet en koordinerende funksjon mht. planmessighet gjennom fleksible avtaler og løpende evaluering osv

- Mht til informasjonsflyt så er det fremkommet i evalueringen at PART legger stor vekt på at brukeren skal styre dette mest mulig. I praksis så betyr dette at PART jobber i nettverk gjennom brukeren, og lar brukeren styre hvilken informasjon som skal bli andre deler av systemet til del. Dette er en form for brukermedvirkning/styring, men det stiller noen utfordringer knyttet til andre deler av systemet sitt informasjonsbehov i forhold til den enkelte bruker.
- Det kan bety at man i PART bør i større grad bør vektlegge IP som kommunikasjonsredskap mellom nivåer/enheter.

Relasjonens betydning:

- Relasjonskompetanse er en viktig del av teamets arbeid. Gjennom å bruke tid opparbeides grunnleggende tillit i relasjonen til brukerne. Relasjonen synes å være en forutsetning for at brukere ønsker å ha tilbudet. Det er viktig at man opprettholder den organisering og ressurstilgang som gir teamet rammer for å kunne bruke tid på relasjonsbygging ovenfor brukerne.
- PART s rolle i etablering av tvang har vært tilbaketrukket, og dette er et element som bidrar til trygghet for brukeren og bør ikke endres.

Brukermedvirkning og frivillighet.

- Brukermedvirkning er stor grad knyttet til høy grad av frivillighet i tilbudet.
- Det er viktig at PART har en rolle hvor de bistår brukere i å få formulert sine behov. PART temaet bidrar til brukermedvirkning ved å ha faglig tyngde til å være inne og forhandle om evt. tvangssituasjonen og ha løpende samtaler og evaluering.
- En forutsetning for at PART kan utøve en høy grad av medvirkning i tilbudet er at de har rammer, ressurser og fullmakter til å kunne innfri ønsker og behov fra brukerne.
- Dersom antallet brukere som teamet gir tilbud til øker, kan det ha konsekvenser for kvaliteten i tilbudet også i forhold til brukermedvirkning.

Oppfølging av behandling:

- PART teamet erstatter ikke innleggelser og undersøkelsen viser at til tross for omfattende tilbud knyttet til hjemmet, er behovet for innleggelser fremdeles er tilstede for mange.
- Brukere, pårørende og samarbeidspartnere til PART synes å være enige om at PART tilbudet fører til kortere, mindre traumatiske innleggelser for personer som har lang historie med innleggelser bak seg.
- Det er målkonflikt mellom psykisk helsevern sine avdelinger sin målsetting om at en innleggelse skal bety aktiv behandling og brukernes målsetting om å få en ansvars pause eller ha folk tilstede 24 timer i vanskelige sykdomsfaser, ved hjelp av en innleggelse.
- Det fremkommer at PART teamet i enda større grad bør ha økt fokus på systematikk i behandlingen og større fokus på konkretisering av behandlingsmål i IP og felles behandlingsplaner. I spørsmålet som reises om at PART må bli mer tydelig på oppfølging av sykehusets behandling, kan det ligge en ulik oppfatning av definisjonen på hva som er adekvat behandlingstiltak i hjemmet.

- PART bør ha klarere funksjon i forhold til behandling. Brukere av PART tilbudet oppfatter tilbudet i PART som en form for behandling, som de har god nytte av. PART teamet har selv oppgitt behov for psykiater i teamet. Brukerne etterlyser dette.
- Alle grupper av informanter fremhever at PART bidrar til kortere behandlingsopphold, mer verdige innleggelser, mer funksjonsriktige innleggelser. Vi mener at årsaken til dette er at, PART teamet bidrar til at brukeren får sitt behov for bistand innleggelser klarere frem og at dette blir akseptert av sykehus / DPS.

Tilgjengelighet av tilbudet:

Tilbudet er evaluert med BSB, på en tid hvor antallet henvendelser ikke har vært så stort at PART teamet har måttet prioritere. Utfordring for teamet blir hvor lenge kontaktetablering med brukere skal foregå, før man avslutter og sier at det ikke gikk. Det har allerede vært en situasjon hvor man mente teamet avsluttet forsøket for raskt. Inntaks prosess blir viktig slik at brukere og pårørende unngår å få falske forhåpninger. En begrensning i evalueringen er at det ikke har vært mulig å få intervju personer som har avvist teamet, slik at vi hadde fått bedre kunnskap om de tilfellene hvor PART teamet ikke lykkes med å nå brukere.

*Sentrale dokumenter:**Referanseliste:*

- Andreassen, Tone Alm & Grut, B Lisbet (2001): Brukermedvirkning som endringsmekanisme: evaluering av en modell for kvalitetsforbedring i psykisk helsevern gjennom tilbakeføring av brukererfaringer. Oslo: SINTEF Unimed.
- Bjørngen D og Westerlund H(2001) Jo takk, bare bra... Prosjekt "Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring" 1998-2001. Mental Helse Sør-Trøndelag, 2001.
- Bjørngen, Dagfinn (2004) "Sommerstua, et treffsted med pusterom" Trondheim kommune.
- Bjørngen D og H Westerlund (2005) "Lettere tilgang til en samordnet psykiatritjeneste" Delprosjekt IV Brukermedvirkning. Mental Helse Sør-Trøndelag.
- Bjørngen D og H. Westerlund (2005) "Psykiske problemer og tjenestekvalitet i Stjørdal" Rapport fra "Bruker Spør Bruker" i KUP prosjektet i Stjørdal. Stjørdal kommune.
- Gustavsen, Bjørn (1995): "Workplace Reform and Democratic Dialog".
- I O. Eikeland & H.D. Finsrud (eds.) Research in Action/Forskning og Handling. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Hauger, Bjørn (2000): "Dialogkonferanse som metode i det rusmiddelforebyggende arbeid". Skien: Borgestadklinikken.
- Hauger, Bjørn & Rønningen, Grete Eide (1999): "Medvirkning fra barn og unge i helsefremmende og forebyggende arbeid: ressurstilnærming og metode". Borgestadklinikken.
- Krueger, R. & Casey (2000). Focus Groups. 3rd edition. A practical guide for applied research. Thousand Oaks, Sage Publications
- Krueger, R. (1994). Focus groups. A practical guide for applied methodology. 1: 3, pp. 183-203.
- Kvale, Steinar (1997): Det kvalitative Forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Levin, Morten & Klev, Roger (2002). Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wibeck, V (2000). Fokusgrupper – om fokuserande gruppeintervju som undersøkingsmetode. Lund: Studentlitteratur, Sverige.
- Wilkilson, S. (1998). Focus group methodology: A review. International Journal of social research.
- PART Årsberetning for 2006
- PART Årsberetning for 2007.

Intervjuguide/temaguide:

| Temaområder | Brukeren | Tjenesteytere /kommunalt og foretak |
|--------------------|---|---|
| Kjennskap til PART | Kjenner du til PART, hvilket tilbud har du fra PART | Hvordan samhandler dere med PART i dag? |
| | Hvilket tilbud har du fra andre tjenester | |
| Nytte for brukeren | Hvilken nytte har du av tilbudet du får Hva fungerer og hva fungerer ikke Hva skulle du ønske deg? | Hvilken nytte har dere av PART? Hvilken nytte har brukeren av PART? Hva fungerer og hva fungerer ikke Hva kunne vært annerledes? |
| Målsetting | Opplever du at hjelperne dine sine mål er sammenfallende med dine. ? | Opplever dere at Målsettingene dere har for brukeren er sammenfallende med PART sin.? |
| Brukermedvirkning | Kan du selv være med å bestemme: <ul style="list-style-type: none"> • Hva du skal ha av hjelp? • Hvem du møter som kontaktperson? • Hvor du kan møte kontaktpersonen? • Hva dere skal gjøre når dere har kontakt? Valg <ul style="list-style-type: none"> • Hvis du kunne velge – hvilket tilbud skulle du ønske å ha hatt da? • Opplevs kontakten med PART å være frivillig? | Hvordan opplever dere at brukeren medvirker i tilbudet? Bidrar PART til medvirkning fra brukeren? |
| Ansvarsgruppe | Har du ansvarsgruppe Hvordan fungerer denne? Hva bidrar PART med? | Hvilken betydning har PART i en ansvarsgruppe Er det god funksjonsdeling mellom dere og PART i arbeidet med brukeren/pasienten? |
| Planmessighet | Opplever du at hjelpen følger en plan? Har du selv vært med på å utforme en slik plan? | Hvordan opplever dere arbeidet skjer planmessig? Hvordan fungerer eller hvilken rolle har PART i utarbeidelse av IP for brukerne? |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | IP Har du eller kjenner til muligheten for å få individuell plan? Hvordan opplever du at IP fungerer? | | |
| Hjelp i hjemmet | Hvordan opplever du at henvendelsene fra PART skjer hjem til deg? | Hvordan fungerer hjemmebesøk fra PART til brukeren? | |
| Relasjon | Hva er viktig for deg i møte med hjelperen i PART? Hva mener du er viktig i relasjonen din til PART medarbeideren.? | Hvilken betydning mener dere at relasjonen mellom den enkelte PART medarbeider og Bruker har for oppfølging av brukeren? | |
| Krise hjelp | Hva gjør du når du opplever at det blir krise? Hvilket tilbud benytter du deg av da? PART /Andre tilbud - Hvordan fungerer det? | Er det skjedd endringer i hvordan brukere i krise skal bli møtt? | |
| Færre innleggelse | Har du hatt mindre behov for innleggelse etter at du har fått kontakt med PART? | Har du oppfatning om at forsterkning av tilbudet gjennom PART har ført til færre innleggelser? | |
| | Hvordan skjer innleggelsen i dag? | Hvordan skjer innleggelsen i dag? Er det noen endringer etter PART | |
| Veiledning | | Har dere erfaring med veiledning fra PART? Hvilke erfaringer har dere? Hva fungerte? Hva kunne vært forbedret? | |
| Hva er annerledes nå i forhold til før kontakt med PART | Hvilken forskjell ser du med PART tilbudet til forskjell fra tidligere tilbud. | Hva er annerledes etter PART? | |

ISBN 978-82-93265-05-4

