

MASTEROPPGAVE I HELSEVITENSKAP

FORDYPNING PSYKISK HELSEARBEID

UNIVERSITETET I STAVANGER INSTITUTT FOR HELSEFAG

Mai, 2014

Tittel:

Samhandling «på kryss og tvers»

AV: Jane Elin Nessa

VEILEDER: Anne Grete Jenssen, (Førsteamanuensis)

Masteroppgave i helsevitenskap

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPECIALISERING: psykisk helsearbeid

SEMESTER: våren 2014

FORFATTER/ MASTERKANDIDAT: Jane Elin Nessa

VEILEDER: Anne Grete Jenssen, Førsteamanuensis, Sosialfaglig institutt

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Samhandling på kryss og tvers

EMNEORD/STIKKORD: Helsepersonell, samhandling, psykiske lidelser, ROP-lidelser, samarbeid, samhandlingsreformen, kommunikasjon

ANTALL SIDER: 80

STAVANGER ...30.05.2014.....

DATO/ÅR

Innhold

Kapittel 1.....	6
1.0 Innledning	6
1.1 interesse for tema	7
1.1 Problemstilling	7
1.2 Avgrensning	8
1.3 Oppbygning av oppgaven	8
Kapittel 2. Utvikling.....	10
2.0 Et tilbakeblikk	10
Kapittel 3. Teori	12
3.0 Innledning	12
3.1 Søkeord	12
3.2 Valg av teori.....	13
3.3 Samhandling.....	13
3.4 Samhandlingskompetanse	15
3.5 Sosialpsykologisk perspektiv	18
3.6 Rammer	18
Det politiske landskap	18
Lovregulering	19
DPS	20
Bofellesskap	20
Ambulante Akutt team	21
Individuell plan	22
Veiledning	23
Pasientforløp	23
Samarbeidsavtaler	23
Hospitering	24
Ledelsestrukturer	24
Ansatte.....	24
Organiseringer	25
3.7 Et vellykket eksempel	25
3.8 Samhandlingsprosjekt	26
Fagdagene	26
Kapittel 4. Metode.....	28
4.0 Innledning	28
4.1 Kunnskapssyn	28
4.2 Hermeneutikk.....	29
4.3 Design	30
4.4 Forforståelse.....	31

4.5 Veiledning.....	31
4.6 Validitet, reliabilitet, generaliserbarhet.....	32
4.7 Forskningsetiske vurderinger.....	35
4.8 Samarbeid.....	35
4.9 Informanter.....	36
Informasjonsskriv.....	37
Anonymitet.....	37
Press.....	38
4.10 Intervju.....	38
Semistruktur.....	39
Intervjuguide.....	39
Moral.....	39
Maktforhold.....	40
4.11 Analyse.....	40
4.12 Systematisering.....	41
Kapittel 5. «På kryss og tvers».....	43
5.0 Innledning.....	43
5.1 Perspektiver på Samhandling.....	44
5.2 Erfaringer.....	49
5.3 Makt.....	52
5.4 fagdager.....	57
5.5 Individuell plan.....	59
5.6 Veiledning.....	61
5.7 Forslag.....	63
Kapittel 6 Oppsummering.....	65
6.1 Systematisering.....	65
6.2 Ledelse og involvering.....	66
6.3 Nye rammer.....	66
6.4 Bedre verktøy.....	68
6.5 Verdi på samhandling.....	69
6.6 Til slutt.....	69
Bibliografi.....	71
VEDLEGG:.....	74

Sammendrag

Samhandlingsreformen er iverksatt med lovverk som forplikter helsepersonell å samhandle, uten at det konkretiseres hvordan få til god samhandling. Formålet med oppgaven, var derfor å undersøke samhandling innen psykisk helsearbeid mer inngående, for utvidet forståelse av hva samhandling *er og bør* inneholde. Med mål om at pasienter opplever mer koordinerte og sammenhengende tjenesteforløp.

Ved intervju av helsepersonell og ledere, fra ulike bofellesskap i en kommune, samt helsepersonell fra et DPS i samme opptaksområde, har jeg forsøkt å identifisere hvilke faktorer som fremmer og hemmer samhandling og samhandlingskompetanse innenfor arbeid med pasienter som har rus- og/eller psykiske lidelser.

Oppsummert virker rammene for samhandling innen psykisk helsearbeid til dels problematiske. Helsepersonell i kommunale bofellesskap rapporterte om en komplisert innleggelsesprosess, når pasienter blir tiltakende dårlige. Og karakteriserte prosessen som belastende.

Funn tyder på at samhandlingsarbeid hovedsakelig organiseres på et ad hoc nivå i form av ansvarsgruppemøter. Hovedinntrykket er at organisasjoner må legge til rette for samhandling på en mer systematisk måte enn i dag, med faste og jevnlige møtetidspunkt. Lederne intervjuet i denne oppgaven er oppdatert på samhandlingsfeltet, mens ansatte er mer usikre og etterlyser mer kunnskap og informasjon. Politisk er hospitering, veiledning og individuell plan blitt foreslått som verktøy for å fremme samhandling, mens informantene viser til ulike premisser for at slike tiltak skal fungere i praksis. Fagdager hvor de ulike parter treffes med humor, rollespill og diskusjoner øker bevisstheten og kunnskapen om samhandling og styrker tillitsforholdet mellom partene.

Kapittel 1.

1.0 Innledning

Å ha en psykisk lidelse kan komplisere livssituasjonen på flere områder, og i faser av livet kan en ha behov for hjelp fra flere tjenester fra ulike organisasjonsnivå. I kommunen kan dette involvere hjemmesykepleie, fastleger og NAV og fra spesialisthelsetjenesten; poliklinisk behandling, innleggelse på psykiatrisk eller annet. En kan slik bli konfrontert med nye problemer, som følge av at systemene ikke samhandler med hverandre.

I Samhandlingsreformen (St. Meld. nr 47 (2008-2009) illustreres dette, ved at de koordinerte tjenester ikke besvares godt nok og at tjenestene ofte oppleves som fragmenterte og uoversiktlige. Regjeringen har derfor, som et av virkemidlene, avsatt midler til prosjektarbeid som omhandler samhandling, for å forbedre disse forhold. I statsbudsjettet for 2009 ble det stilt 50 millioner kroner til disposisjon for utvikling av organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller, og for etablering av aktivt oppsøkende behandlingsteam. Pr 4.7.2013, ble det avsatt 46 millioner kroner til samhandlingsprosjekter, som tyder på at man politisk, er opptatt av å finne ut hva og hvordan samhandle best mulig (regjeringen.no). I tillegg er flere lovendringer kommet på plass, som forplikter helsepersonell å samarbeide i større grad enn før.

Formålet med denne oppgaven er å undersøke samhandling innen psykisk helsearbeid mer inngående, for å utvide forståelsen om hva samhandling er og bør inneholde, samt konkretisere hvilke tiltak som kan øke samhandlingskompetansen blant helsepersonell. Som konsekvens kan pasienter oppleve mer kvalitetsmessige, koordinerte og sammenhengende tjenesteforløp.

Jeg ønsker å identifisere kriterier for god samhandling, ved drøfting og henvisning til teori og intervju av helsepersonell. Tanken er at dersom helsepersonell på tvers av nivå og etater, har en felles forståelse av hva som gir god samhandling og kommuniserer på en god måte, kan dette hindre at pasienter blir kateballer i systemet.

1.1 interesse for tema

Interessen for temaet samhandling er hentet fra min tid som ruskonsulent på et helse- og sosialkontor, i kommunen. Jeg opplevde ofte frustrasjoner relatert til manglende dialog og samarbeid med helsepersonell innenfor helseforetaket ved avdeling psykiatrisk klinikk, i forhold til felles brukere. Ofte ble pasienter med alvorlig psykoseproblematikk avvist ved akuttmottaket, alternativt etter kort tid utskrevet. Vi i kommunen hadde ofte i forkant jobbet iherdig med å få pasienten innlagt, for deretter å få han/henne i retur til kommunen igjen, uten å bli konsultert på forhånd.

De siste årene har jeg gått over til «den andre siden» og jobber nå i helseforetaket, som behandler i voksenpsykiatrisk poliklinikk. Før dette jobbet jeg ved et akutt ambulant team på et distriktpsykiatrisk senter, hvor en av hovedoppgavene var å vurdere innleggelser av pasienter.

Perspektivet fra den «andre siden» ser ganske likt ut med henblikk manglende samhandling «på krysset og tvers», med kommunen, NAV og andre aktører. Frustrasjoner i dag kan handle om manglende oversikt og kunnskap, om et for meg, uoversiktlig hjelpeapparat. Eller at NAV ansatte er vanskelige å få tak i, at kommunale vedtak tar for lang tid, manglende boligtilbud og lignende. Det er påfallende liten samhandling, bortsett fra enkelt vise henvendelser rundt felles pasienter. Min påstand er at denne mangelen på samhandling, forringer kvalitetsmessige gode tjenester, og hindrer «rett behandling på rett sted». Til tider har jeg gruet meg for å kontakte enkelte samarbeidspartnere, fordi jeg opplever en «usynlig vegg» mellom oss. Jeg har et ønske om å lære mer om årsaken til, og hva som konkret kan gjøres for å endre på disse utilfredsstillende forhold.

1.1 Problemstilling

På bakgrunn av intervju av helsepersonell og ledere, fra ulike bofellesskap i en kommune, og helsepersonell fra et distrikt psykiatrisk senter, til teori, forskning og egne erfaringer, ønsker jeg i denne masteroppgaven å få svar på;

- hvilke faktorer fremmer og hemmer samhandling og samhandlingskompetanse innenfor arbeid med pasienter som har rus- og/eller psykiske lidelser.

1.2 Avgrensning

Da samhandling er et vidt og komplisert begrep og tema, vil det ikke la seg gjøre å kommentere og analysere alle elementer som inngår i begrepet og ulike samhandlingsprosesser. Oppgaven vil blant annet fokusere på helsepersonells erfaring med, og opplevelse av samhandling på tvers av nivå innen psykisk helsearbeid.

Jeg har valgt å fokusere på helsepersonell og utelater intervju av pasienter og pårørende. Dette fordi ansattes evne til kommunikasjon og samhandling får konsekvenser for pasienter og pårørende, direkte, i utøvelsen av tjenester, og indirekte, ved ulike pasientforløp. Brukerperspektivet og samfunnsperspektivet er ikke vektlagt.

Helsepersonell intervjuet i denne studien, er ansatte og ledere fra ulike kommunale bofellesskap og et distriktpsykiatrisk senter, som til daglig samhandler omkring felles pasienter. Pasientgruppen som berøres i denne oppgaven har enten rus- og/eller psykiske lidelser og er fra 18 år og oppover. Jeg vil anvende forkortelsen DPS - for distriktpsykiatrisk senter.

1.3 Oppbygning av oppgaven

I kapittel 1, beskrives min interesse for temaet, problemformulering, avgrensning og oppbygning av oppgaven. I kapittel 2 gis «et tilbakeblikk» av samhandlings erfaringer så langt. I kapittel 3 presenteres teoretiske perspektiv og rammer som regulerer samhandlingen, før en presentasjon av «Samhandlingsprosjektet». I kapittel 4, presenteres metode, kunnskapssyn, design og egen forforståelse. Samt arbeidet med

intervju, transkribering og analyseprosessen. Før jeg til slutt i kapittel 5 illustrerer intervjuene, med drøfting og kommentarer før en oppsummering til slutt.

Kapittel 2. Utvikling

2.0 Et tilbakeblikk

Behovet for samhandling og helhetlige tjenester er ikke noe nytt. Allerede på 90-tallet kom Stortingsmelding 25, Åpenhet og helhet (1996-1997), hvor regjeringen viste til at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser var utilfredsstillende, og det ble påpekt manglende kvalitet i tjenestene.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (Meld. St. 63 (1997-98)) la vekt på styrking av behandlingstilbudet, med vekt på bedre samordning og kontinuitet i tjenestene. Planen ble forlenget ut 2008 og en evaluering av Norges forskningsråd (Brofoss & Larsen, 2009) viste til at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og psykisk helsearbeid i kommunen var styrket, men at det var et betydelig endringspotensial. Mange samhandlingsproblemer kom også til syne i grenselandet mellom de stadig mer spesialiserte sykehusene og den voksende kommunale helsetjenesten.

Flere evalueringer viste blant annet til at pasienter ble for sent fanget opp av systemet, slik at sykdomsforløpet ble lengre og tilstanden forverret;

Det signaliseres fra kommunene at spesialisthelsetjenesten tar for lite ansvar for å følge opp pasientgrupper hvor kommunen ikke har kompetanse og trenger bistand fra spesialister. Dette gjelder blant annet for pasienter med kronisk sykdom, pasienter med demens eller psykiske lidelser og spesielt pasienter med dobbeltdiagnose rus/psykiatri. Ifølge respondentene gjenstår det mye her og pasientene blir ofte kasteballer i systemet (Kalseth et.al., 2004).

Kalset & Paulsen (2008) har vist til at det er store problemer knyttet til mangelfull eller for sen informasjon fra sykehus til kommunene ved utskrivningsklare pasienter, og dårlige informasjonsrutiner, utydelige ansvarsforhold, manglende varslingsrutiner, ikke-likeverdige roller mellom stat og kommune. Kommunesiden påpekte asymmetri i relasjonen med foretakene når det gjaldt kultur, spilleregler og stemning i samarbeidet. Behovet for nye samarbeidsformer og omlegging av rutiner ble foreslått, for å fremme samordning og kontinuitet av tjenester.

Kommunenes sentralforbund har evaluert samhandling og fant at kommunene opplever samarbeid med sykehusene på ikke likeverdige premisser og at ulike samarbeidsutvalg oftest foregår på foretakenes premisser (Knudsen, 2011). Blant annet var ansatte fra helseforetakene lite interessert i å hospitere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

En nyere rapport oppsummerer landets kommuners oppfatninger om hva som er deres viktigste utfordringer innen psykisk helsearbeid (Slettebakk med fler, 2013). Rapporten viser til at kommunene opplever økt etterspørsel og sykere pasienter utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, vanskeligheter med å gi et tilbud av god nok kvalitet og mangel på kompetanse. Av de aller viktigste utfordringene som ble nevnt var; å få hjelp av spesialisthelsetjenesten og fastlegen når brukerne blir så dårlige at de trenger akutt innleggelse eller behandling i institusjon eller poliklinikk.

Samhandlingsreformen (St. Meld. nr 47 (2008-2009) og Nasjonal Helse og Omsorgsplan (Meld. St 16 (2010-2011)) har som hovedformål at samarbeidet mellom helsepersonell og mellom ulike nivå skal bli bedre. Reformen legger vekt på at kommunene vil få et betydelig mer ansvar for å sikre befolkningen et helhetlig tilbud. Foruten økonomiske insentiver for utskrivningsklare pasienter, lovpålagte samarbeidsavtaler oppfattes reformen ennå vag med hensyn til de konkrete forventningene. Jeg har derfor forsøkt å gå tettere på helsepersonell, som daglig samhandler på «kryss og tvers», og til teori for å se på «hva som kan fremme eller hemme samhandling.» I følgende kapittel presenteres mitt teoretiske perspektiv.

Kapittel 3. Teori

3.0 Innledning

Problemstillingen i oppgaven er;

- hvilke faktorer fremmer og hemmer samhandling og samhandlingskompetanse innenfor arbeid med pasienter som har rus- og/eller psykiske lidelser?

Utgangspunktet for oppgaven er at helsepersonell har tanker og ideer om hva som fremmer god samhandling, fordi de jevnlig står ovenfor samhandlingsutfordringer. Etter min vurdering, har de slik ekspertkunnskap på emnet, og kan med sin erfaring, si noe om hva som fremmer og hemmer samhandling.

Deres erfaringer alene er imidlertid kanskje ikke nok, til å fremstille suksesskriterier for samhandling. Jeg ønsker i tillegg til deres erfaringskunnskap, å belyse relevant teori og forskning på område, for så å drøfte forholdet mellom teori og ansattes erfaringer.

3.1 Søkord

Søkord ved teorisøk: tverrfaglig kompetanse, samhandling, samhandlingsreformen, kultur, kommunikasjon, dialog, Communications, organisasjonspsykologi, organisatorisk kompetanse, organisasjonslæring gruppedynamikk, Sintef helse, Kommunens Sentralforbund, service-linkages in primary mental care.

3.2 Valg av teori

Den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre (Malterud, 2011). Ulike teoretiskes perspektiv var ikke valgt på forhånd, men ble til underveis, parallelt med arbeidet og utvikling av datainnsamlingen og analysen. Det ble en veksling mellom ulike posisjoner fra et teoretisk blikk på relasjoner, kommunikasjon og organisasjon, til å se på systemene og rammene som omfavner og slik påvirker samhandlingen. Resultatet ble en blanding av ulike perspektiv for å forstå og forklare hva som gir premisser for god eller dårlig samhandling.

3.3 Samhandling

Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Meld. St.nr 47, 2008-2009).

Samhandling er ikke et enkelt begrep. Og hva er egentlig forskjellen mellom samarbeid og samhandling?

Det typiske for samarbeid, er en positiv innstilling som gi seg utslag i fortløpende, uformell kontakt mellom enkeltpersoner (Orvik 2004). Mens samhandling er mer konkret og forpliktende. Det inneholder en norm om handlinger man gjør sammen, og det forutsetter at handlingene til enkeltpersonene er koordinerte. Samordning betegner tiltak på systemnivå/ ledernivå og kan omfatte tiltak innenfor en organisasjon eller mellom organisasjoner, og bygger på felles, forpliktende beslutninger.

I følge Orvik (2004) er samhandling ikke bare å samle trådene, men innebærer en gjensidig tilpasning mellom egne og kollegaers arbeidsoppgaver. Og forholdet mellom enkeltpersonene må være basert på tillit, gjensidighet og likeverd, samt en felles forståelse av situasjonen, og i større grad enn ved samarbeid, være forpliktet til å få ting til sammen. Enkeltmedlemmer må vise tilpasningsvilje og fleksibilitet og

ansvarsforholdene være avklart, og tiltak og tjenester satt i system. Avtaler og instruksjoner om hvem som skal gjøre hva, må være gjennomgått på forhånd. Beredskap krever beskrivelser av prosedyrer, og fordelingen av roller både internt og eksternt må være kjent og her kreves samordning.

Systemperspektivet

Systemtenkning er fruktbar ved analyse av samhandling, og kan sammenlignes med «helikopterevnen.» Kjell Inge Bjørvik og Willy Haukedal bruker dette uttrykket for å beskrive en veksling mellom ulike analysenivå (Orvik, 2004). Når en kommer for tett på terrenget blir det vanskelig å se detaljene og helikopteret kan forflytte seg raskt opp i høyden og slik få et overblikk.

Jeg mener denne teoretiske innfallsvinklingen gir mening, til samhandlingsutfordringer, i et komplisert og for mange, uoversiktlig hjelpeapparat innbefattet ulike fagfolk på tvers av ulike nivå. System perspektivet er viktig for å forstå hvordan prioriteringer på et overordnet nivå kan få direkte følger for det kliniske pasientnære nivå (Orvik, 2004).

Når pasienter blir innlagt på sykehus grunnet forverring av psykisk helse involveres flere fagfolk, som igjen stiller store krav til samhandling. Kvaliteten preges av hvordan de ulike samarbeider med hverandre. Dette er et viktig systemperspektiv ifølge Orvik(2004), hvor det eksisterer ulike avhengighetsforhold mellom delene og systemet. Solveig Flermoen presiserer hovedprinsippene i systemteori, med at delene er i et gjensidig forhold til hverandre som i en levende organisme, ved at den gode handling er å ta hensyn til helheten ved å se seg selv som en del av et større system (Orvik, 2004).

Det som skjer i et system er avhengig av egenskaper ved de enkelte komponentene og forholdet mellom dem (Orvik, 2004). For eksempel kan forhold mellom ansatte som er basert på tillitt og respekt øke sjansen for helhetlige og sammenhengende behandlingsprosesser, til beste for pasienter med komplekse hjelpebehov og motsatt.

3.4 Samhandlingskompetanse

I følge Orvik (2004) kan økt samhandlingskompetanse fremme evnen til å organisere pasientforløp, og er en form for organisatorisk omsorg.

I et drøftings- og prosessnotat fra Helsedirektoratet (2011), har en forsøkt å synliggjøre kompetansebehovet for gjennomføring av intensjonene i Folkehelseloven om samhandling. Det vises blant annet til behov for såkalt samfunnskompetanse for utøvelse av folkehelsearbeid, innbefattet kompetanse om organisasjon, samhandling og nettverk.

Det konkretiseres at for å lykkes må personell sette felles mål for samhandling/samarbeid, avklare roller og forventinger, praktiske oppgaver, ha et klart mandat fra respektiv ledelse og samarbeidet må bety noe for deltakerne. Rapporten foreslår at kurs og utdanning kan være egnet virkemiddel for å nå denne samfunnskompetansen.

Nilsen (2010) viser til noe av det samme i en rapport fra Verdens helseorganisasjon (WHO), «Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice». Rapporten beskriver et fragmentert globalt helsesystem i krise og fokuserer på verdien av tverrprofesjonell utdanning og samarbeid som strategier for å bedre helsetilbudet. Nilsen (2010) konkluderer på lik linje med WHO's rapport om at tverrprofesjonelt samhandling kan være vanskelig å forklare, forstå og implementere. At det ikke bare handler om enighet og kommunikasjon, men også om nyskaping og synergi. Oppsummert mener Nilsen (2010) at helsearbeidere må lære om samhandling på lik linje med andre fag og ikke tro at dette er en egenskap som er medfødt.

Men å lære om samhandling, viser seg ikke å være godt nok. En evaluering av videreutdanningen i psykisk helsearbeid er foretatt av Ådnes & Harsvik (2007). Den viser til at den tverrfaglige videreutdanningen innen psykisk helsearbeid, representerer den mest omfattende utdanningssatsingen når det gjelder antallet utdanningstiltak og antallet kandidater. Denne utdanningen sammen med SEPREP-utdanningen er den mest strategiske satsingen i forhold til å oppnå helsepolitiske mål om større tverrfaglighet og mer samordning/samarbeid, også mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Evalueringens målsetning var å vurdere om videreutdanningen innen psykisk

helsearbeid i rammeplanen, høgskolens fagplaner og i studentenes ervervede kunnskap etter utdanningen, ivaretok intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse, om fokus på brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid.

Svarene viste at studentene fikk økt kunnskap og forståelse for tverrfaglig samarbeid, men mente det var problematisk å omsette økt bevissthet til å bli bedre å samarbeide med andre i praksis (Ådnanes & Harsvik, 2007). Muligheten for utøvelse av tverrfaglig samarbeid viste seg å være *avhengig* av hvordan tjenestene var organisert, og hvor utviklet samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten var fra før. Oppsummert tyder dette på at praktisk samhandling er vanskelig å få til.

Grut (2007) presenterer faktorer som har betydning for, og som positivt påvirker samhandling i det psykiske helsearbeid. Gjensidig forståelse for og anerkjennelse av de ulike aktørenes ansvar, roller og oppgaver fremheves. Videre at kunnskap om psykisk helsearbeid er viktig, men ikke tilstrekkelig for å utvikle samarbeidskompetanse i psykisk helsearbeid. Det kreves også av den enkelte, vilje og evne til samarbeid og kompetanse i hva tverrfaglig samarbeid krever i forhold til mangfoldighet og uforutsigbarhet. Gjensidighet og oppmerksomhet i kommunikasjonen, tålmodighet og utholdenhet fremheves som viktige kvalifikasjoner, samt åpenhet, nysgjerrighet og læringsvilje. Faglig veiledning og tid til å pleie det tverrfaglige samarbeidet er viktig, samt arenaer til å møtes.

I følge Grut (2007) er det nødvendig at samarbeidspartnere treffes og blir kjent med hverandre, fordi sosial samhandling stimulerer til økt forståelse. Samhandling anbefales forankret på flere nivå; politisk, administrativt og faglig utøvende nivå. Individuell plan og ansvarsgrupper nevnes som gode verktøy for samhandling.

Lauvås & Lauvås (2004) mener også at tverrfaglig samarbeid er avhengig av at organisasjoner legger til rette for slikt arbeid og at man får støtte fra ledelsen. Videre at det delegeres større ansvar og beslutningsmyndighet ut i teamarbeid, og at det frigis tid til drøftinger, samarbeidsøvelser og andre former for støtte som er nødvendig. I følge Lauvås & Lauvås (2004) inneholder tverrfaglig samarbeid; rolleavklaringer, oppbygging av relasjoner og utvikling av effektive prosesser. Det påpekes at team må konfrontere sin egen risiko for arroganse, selvtilfredsstillhet og eventuelt underliggende konflikter når samarbeidet ikke fungerer.

Helsepersonell kan i følge Lauvås & Lauvås (2004) ty til egenskapsforklaringer ved «den andre» når samhandlingen mislykkes. Det kan innebære å stemple samarbeidsparten som håpløs, kverulant eller lignende, for å forstå og forklare hvorfor samarbeidet ikke fungerer.

Elverum (2012) viser til et studie av Berg og Haug(1997) , som mener mangelen på forpliktende dialoger er hovedutfordringen relatert til samhandling. Elverum (2012) henviser til at dette gjerne blir sett på som et trivielt poeng, men at informantene setter forpliktende dialoger høyt på lista som effektiv i samhandling, og henviser til at disse bør bygges opp mellom nivåene i helsetjenesten.

Nilsen (2010) viser til at det skjer en utfasing av samarbeidslæring på tvers av profesjoner ved norske universiteter og høyskoler. I tillegg viser et studie av Sommerseth (2009) til at ledere fra helseforetak og kommuner ikke prioriterer tverrfaglig kompetanse i rekrutteringen av ansatte. Dette kan tyde på endel utfordringer knyttet til rammene for opplæring av samhandling.

Hospitering er foreslått som effektiv verktøy for å fremme samhandling. Og et hospiteringsprosjekt fra Høgskolen i Vestfold (Syse & Solberg, 2009) viste til at 70% av deltakerne fra 1. og 2. linjetjenesten gav dem bedre forståelse for hvordan det var å jobbe på « den andre siden». I rapporten anbefales hospiteringsordningen videreført for å bedre samhandling.

3.5 Sosialpsykologisk perspektiv

Lauvås & Lauvås (2004) hevder at det oppstår rollekonflikter når det eksisterer uforenelige krav til en rolle, og at alle som deltar i tverrfaglig samarbeid vil oppleve rollekonflikter.

Yrkesrollen er i følge Røkenes & Hanssen (2004) et resultat av et komplekst samspill mellom de ulike parters forventninger i tillegg til de som er nedfelt i de formelle kravene til stillingen. Rolleforventningene kan være ikke-uttalte og fungere som en ubevisst for-forståelse som en tar med seg i møter med andre samarbeidspartnere. Og slike uklare, ulike eller motsatte rolleforventninger kan skape vansker i kommunikasjonen. Det anbefales derfor å avklare og være tydelig om hvilke gjensidige rolleforventninger partene har til hverandre. Ved å være tydelig, kan rolleforventningene justeres slik at man unngår misforståelser, frustrasjoner og skuffelser.

3.6 Rammer

For å svare på problemstillingen i oppgaven; «hvilke faktorer fremmer og hemmer samhandling og samhandlingskompetanse innenfor arbeid med pasienter som har rus- og/eller psykiske lidelser, ble det viktig, utover å intervju helsepersonell, å presentere arbeidsplassene der de jobbet. I tillegg vil jeg belyse det politiske landskap, lover, regler og verktøy som kommer til anvendelse i en typisk samhandlingsprosess. En typisk samhandlingsprosess kan være et pasientforløp hvor innleggelse vurderes nødvendig. Avsnittene er listet opp som selvstendige punkter, og henger ikke naturlig sammen.

Det politiske landskap

Det er viktig å gi et bilde av det norske helseapparat, og systemene som rammer inn samhandlingen mellom helsepersonell. Det er viktig å nevne at det er kommet utallige rettighetslovgivninger de siste årene, hvor pasientens stilling står meget sterkt. Mange

beskriver dette fenomenet i vårt vestlige samfunn, som økt medikalisering. Dette kjennetegnes ved at alt menneskelig blir lagt under helsebegrepet, og hvor det ikke finnes grenser for hvem en skal ta i mot for hjelp og behandling (Mæland, 2009). Samtidig rår et kostnads- effektivitets prinsipp, også kjent fra prioriteringsforskriften, utarbeidet av Lønning utvalget, som understreker prinsippet om at all behandling skal ha forventet nytte, og at kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets nytte (regjeringen.no). Grensene for hjelp er utvidet, samtidig som hjelpen som gis skal være effektiv, og koste «lite». Oppsummert stilles store og til dels motstridene krav til behandling og hjelp.

Lovregulering

Blant aktuelle lover som regulerer samhandling mellom helsepersonell og pasienter er; Specialisthelsetjenesteloven(1999), Helse- og Omsorgstjenesteloven (2011), Psykisk helsevernloven(1999), Pasient- og Brukerrettighetsloven(1999), Folkehelseloven(2011) og Helsepersonell-loven (1999).

I ny Helse- og Omsorgstjenestelov (2011), kapittel 6, presiseres plikten til samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak. Det står blant annet at Kommunestyret skal inngå samarbeidsavtale med det Regionale Helseforetaket. Som del av avtalen skal et minimum omfatte: enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre, retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud, retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon, retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk, samt hospitering og samarbeid om IKT-løsninger lokalt.

I følge lov om psykisk helsevern(1999) skal det legges vekt på hva pasienten ønsker, ved eventuelle behov for innleggelse. Men ved behov for tvang skal pasienten undersøkes av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon (Psykisk helsevernlov § 3-2, pkt.2) .

Ved tvangsinnleggelse etter lovens § 3-2 (tvungen observasjon) må det foreligge en innleggelsesbegjæring fra lege uten tilknytning til den psykiatriske avdelingen. Derfor må pasienten undersøkes av slik lege, ofte legevakt før innleggelsen.

Ved tvangsinnleggelse etter lovens § 3-3 (tvungent psykisk helsevern) må pasienten vurderes til å ha en alvorlig sinnslidelse. Dette betyr eksempelvis at pasienten gis en eller flere av følgende diagnoser; psykose, mani, depresjon, paranoia, schizofreni etc. I tillegg må pasienten vurderes til å oppfylle enten det såkalte behandlingskriteriet eller det såkalte farekriteriet, altså at pasienten enten a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

DPS

Helsepersonell som intervjues er fra et DPS og ulike bofellesskap. Det er derfor på sin plass og gi en kort innføring i rammene de jobber innenfor.

DPS skal ha et hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne, og oppbygging av DPS er i samsvar med utviklingen i andre vestlige land og i tråd med anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) (Sosial- og Helsedirektoratet 2006, IS-1388). Mange DPS er kommet godt i gang med å utvikle et bedre behandlingstilbud, men i følge veilederen er det store variasjoner mellom DPS-ene både når det gjelder, bemanning, ressurser i forhold til befolkningsgrunnlag og hvilke typer av tilbud og tjenester de kan tilby. Tjenestene er mange steder fragmenterte, med manglende samhandling både innen og mellom de ulike nivåene. I veilederen presiseres, at når det psykiske helsearbeidet i kommunen har behov for bistand fra DPS, er det viktig at henvendelsen tas på alvor. DPS skal videre bidra med råd og veiledning til kommunene, eller med utredning og behandling av pasienten.

Bofellesskap

På en kommunes hjemmeside står at bofellesskap er for personer med alvorlig psykisk lidelse, som midlertidig eller langvarig har behov for stedfast bemanning, hele eller deler av døgnet. Det står at beboere har rettigheter og plikter ifølge husregler, jamfør en oppfølgingsavtale og husleiekontrakt som de skriver under på ved innflytting. Medarbeidere skal se på den enkeltes leilighet som like *privat* som om leiligheten lå i et annet bolighus og legge til rette for vekst og utvikling. Ansatte skal altså forholde seg til alvorlige psykisk syke, uten særegne juridiske reguleringer knyttet til arbeidsforholdet eller hjelpen som ytes i boligene.

En evaluering av botilbudene er illustrert i media. Aftenbladet identifiserte nylig over 50 alvorlige hendelser i perioden januar 2008-november 2013 i kommunale boliger. Fra drap begått av utilregnelige, til grov vold, mishandling og voldtekter begått av og mot hjelpetrequende eller mindreårige, og dødsbranner i kommunale boliger (Aass & Ergo 2013).

Ambulante Akutt team

Med bakgrunn i anbefalinger fra Helsedirektoratet, bevilget Stortinget i 2009 midler til etablering og drift av såkalte ACT team, forkortet fra Assertive Community Treatment. Som er en intensiv teambasert behandlingsmodell innen psykiatrien som kjennetegnes av at behandlerne oppsøker pasienten i pasientens eget lokalsamfunn, etablerer kontakt på pasientens premisser, samt dekker ulike behov på tvers av fag og sektorer. ACT-teamet skal tilby behandling, rehabilitering, oppfølging og støtte til målgruppen, samt bidra til at en sårbar og utsatt gruppe mennesker med alvorlige psykiske lidelser får tilgang til sammenhengende, helhetlige og godt koordinerte tjenester.

Teamene ble etablert som et direkte resultat av manglende samhandling og som et forsøk på å bygge bro og være et bindeledd mellom kommuner og helseforetak (Aakerholt, 2010).

Evalueringer har vist til lovende resultater ikke minst når det gjelder brukernes tilfredshet med tilbudet (Helsedirektoratet, 2006). Forskning indikerer at ulike former for ambulant hjemmebasert akuttbehandling reduserer behovet for døgnbehandling og

fører til færre gjeninnleggelser over tid. Det fører til mindre frafall fra behandlingen enn tradisjonell døgnbehandling i akuttavdelinger og det har det vist seg gunstig overfor ungdom og unge voksne. Ved å rykke ut og møte pasienten, pårørende og lokale hjelpere med fokus på egenmestring og håp, er det i mange tilfelle mulig å mobilisere lokale ressurser, etablere relasjoner og finne alternative løsninger.

Det eksisterer ulike former for organiseringer lokalt av disse team. Teamet som omtales i denne oppgaven er organisert som et lavterskel tilbud ved et DPS, hvor alle kan henvende seg for hjelp, med eller uten diagnostisert psykisk lidelse. I oppgaven vil jeg bruke betegnelsen AAT som forkortelse. Internt i kommunen er det besluttet at ansatte ved AAT skal overprøve alle eventuelle vurderinger av innleggelser som fremmes av ansatte i bofellesskapene, innen psykisk helse.

Slike team er anbefalt av Verdens helseorganisasjon (WHO), og Europeiske land prøver å innføre teamene for kostnadsbegrensning, riktigere og lavere bruk av spesialiserte tjenester.

Individuell plan

Alle pasienter har lovfestet rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom de mottar flere og langvarige tjenester (Sosial- og helsedepartementet, 2010). Planen skal være et verktøy for koordinering av disse tjenestene. Helsepersonell i Kommunene og Helseforetak har plikt til å sørge for at den blir utarbeidet, sikre at det foretas nødvendige kartlegginger og at det etableres et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer for at tjenestemottakeren skal få et helhetlig tilbud.

En undersøkelse viser til at individuelle plan, i bare en av fire saker som gjaldt unge voksne med psykiske lidelser, fungerte hensiktsmessig for brukermedvirkning og samhandling. Studie støtter opp under at slike planer ikke egner seg for kompliserte saker og komplekse tilstander (Holum, 2010). Kunnskapssenteret har også vist til at mange kommuner og sykehus strever med å innfri lovpålagt rett til individuell plan (ogbedreskaldetbli.no). Helsedirektoratet er blant skeptikerne til web-baserte planer og

begrunner dette med at de mest sårbare brukere kanskje ikke kan nyttiggjøre seg så komplekse hjelpemidler (Kvaal, 2014).

Veiledning

Veiledning blir også fremhevet som effektivt verktøy for økt samhandling. Tveiten (2008) definerer veiledning som en istandsettingsprosess. Den er formell, relasjonell og pedagogisk. Hensikten er å styrke mestringskompetansen til den som veiledes, gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier. Tveiten definerer veiledning som en systematisk og personlig læreprosess, hvor kunnskap og erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse.

Pasientforløp

er i følge Samhandlingsreformen “den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene.” (Departementet 2008-2009)

Samarbeidsavtaler

Samhandlingsreformen har lagt føringer gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven hvor alle helseforetakene skal ha formaliserte samarbeidsavtaler med kommunene i foretaksområdet. Det er også utgitt en nasjonal veileder med klare føringer for avtalenes oppbygning og struktur. Wikheim (2013) har studert implementeringen av disse avtalene i to kommuner, og viser til funn om at det gjort en tilsynelatende god jobb med utformingen av avtalene, men at de ansatte fra kommunene hadde liten eller ingen kjennskap til at dette arbeidet pågikk våren 2012, og lite kjennskap til avtalene. Wikheim (2013) identifiserte følgende funn i analysen av hva som fremmer/hemmer implementeringen; informasjon til de ansatte, fagdag, tidlige erfaringer med

samarbeid, behov for å formalisere et samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og tydelighet i avtalene.

Hospitering

Flere forpliktende samarbeidsmodeller og avtaler er iverksatt i flere regioner. Blant annet har Helse Fonna inngått en samarbeidsavtale med de 19 kommunene i regionen hvor avtalen er inngått med verdiene; respekt, likeverd og gjensidig forpliktelser. Der er hospitering valgt ut som et av hovedtiltakene for økt/ bedre samhandling. I avtalen er hospiteringsmålsetningen operasjonalisert, konkret med prosedyrebeskrivelse og hvor man bare i særlige tilfeller kan avvike fra avtalen.

Ledelsestrukturer

I følge Vike (2004) er offentlig sektor i økende grad blitt modernisert ved at ledere får stadig større ansvar. Og dette ofte i kombinasjon med stadig økende avstand mellom ledelsen og ansatte. Vike (2004) beskriver moderne offentlige ledelsestrukturer som et hierarki, som en pyramide, hvor kontakten mellom topp og bunn opprettholdes av et sett stier i et kronglete landskap, hvor informasjon skal siles gjennom mange nivåer. Antall regler og prosedyrer øker sterkt med økt rettighetslovgivninger, kvaliteteskontroll og rapporteringer er slik med på å yte press på ledelsen.

Ansatte

Ansatt helsepersonell får merke presset, med økte statlige ambisjoner, økt rettighetslovgivning, med begrensede muligheter til å iverksette disse i praksis. Vike (2004) illustrerer dette gapet og beskriver; «Når profesjonene alltid ser ut til å ligge et par hakk foran det mulige, innebar dette at den enkelte lærer, sykepleier, sosionom eller

kanskje politimann svært ofte fylte dette rommet mellom disse størrelsene gjennom sitt eget engasjement» (Vike, s.74, 2004).

Vike (2004) betegner slik et bilde av offentlig ansatte som usedvanlig optimistiske og tillitsfulle deltakere i realiseringen av en samfunnsutopi, ved at de har identifisert seg med oppgavene som skal løses og han ser et påfallende fravær av kynisme blant 1.linje tjenestens ansatte.

Organiseringer

I følge Vike (2004) styres de fleste offentlige organisasjoner av improviserte adhoc løsninger, som ingen har overskudd til å tenke gjennom konsekvensene av, som en slags kollektiv irrasjonalitet som springer ut av aktørers forsøk på å forfølge egne interesser.

3.7 Et vellykket eksempel

Et vellykket, flerårig samhandlingsprosjekt mellom midt- og indre Sør Troms regionene, viser til god effekt av systematiserte arenaer for å møtes (Bjørstad & Eriksen 2013). Fagforum ble opprettet for både ledere og ansatte på tvers av nivå, med en åpen agenda, hvor man kan ta opp det som ”trykker” for tiden, det være seg pasientsaker eller mer åpen drøfting av pasientrettede utfordringer de står overfor. Fokus er samhandling og felles utfordringer, med møter fire ganger i året. Etter møtene blir det skrevet en rapport som blir behandlet i senterets ledelse. Anbefalinger blir behandlet med sikte på å beslutte tiltak som skal gjennomføres eller ikke. Rapporten blir sendt til alle kommunene i regionen, til deltakerne på møtet og til aktuelle instanser innen egen organisasjon. Rapporten styrer i stor grad prioriteringer av tiltak som kan styrker samhandlingen.

3.8 Samhandlingsprosjekt

Min tidligere arbeidsgiver, et distriktpsikiatrisk senter, søkte om samhandlingsmidler for å forbedre samhandling innad i organisasjonen og med ulike samarbeidspartnere. De fikk innvilget midler og det ble startet opp et samhandlingsprosjekt. En prosjektgruppe ble nedsatt og flere ulike tiltak ble igangsatt. Blant annet; felles studietur, fagdager, samarbeidsfora og denne masteroppgaven, som forsøk på å identifisere suksesskriterier for samhandling.

Inviterte på fagdagene var, ansatte fra bofellesskap i samme opptaksområde og ansatte ved sengepostene og AAT på DPS et samt noen få felles pasienter og pårørende.

Ansatte som jobbet i poliklinikken på DPS et, ble ikke invitert.

Det ble utarbeidet et opplegg bestående av «work-shop» på fagdagene. Deltakerne fikk ved ulike aktiviteter, gruppeoppgaver og en metode kalt psykodrama, drøftet forståelse av sykdom, mestring og behandlingsforløp med mål om å styrket felles forståelse og samhandlingen mellom deltakerne.

Fagdagene

Første dagen ble det avholdt en lek, hvor alle stod i ring og presenterte seg en etter en. Deretter ble det arrangert gruppeoppgaver hvor deltakerne ble blandet, med henhold til bakgrunn fra kommune- eller spesialisthelsetjeneste. Sammen presenterte de sine tanker på tre store ark, som utdypet fordeler/ulemper ved; individuell plan, koordinatorrolle og tilfriskning.

Vi hadde så felles lunsj før neste gruppeoppgave, som omhandlet case, hvor gruppene skulle lage rollespill over en typisk prosess i en ansvarsgruppe. Medlemmene fikk i oppgave å velge roller de til vanlig ikke er i og i etterkant ble rollespillene presentert i fellesskap.

Metoden for rollespillene betegnes som Psykodrama, oversatt fra gresk ”sjel i handling” hvor man tar i bruk kreativiteten og ressursene i hver enkelt person slik at man kan utvikle seg mot en sannere forståelse av seg selv og sitt liv og finne nye måter å

forholde seg til seg selv og andre på (Norbrenden, 2007). Metoden ble utviklet av psykiater Jacob Levy Moreno (1889 – 1974) fra 1920-årene i Wien og USA. Idéene ble hentet bla. fra barns lek, om hvordan barn utvider sitt rollereportoir og sin rolleforståelse, med utgangspunkt i at ingen behøver å bli i sine egne begrensninger. Ansvarlige for fagdage tok opp på bånd og samlet inn deltakernes erfaringer. Oppsummert rapporterte deltakerne blant annet følgende om innholdet i fagdagen:

- viktigheten av å ha en felles forståelse av mål og tiltak
- ansatte fra spesialisthelsetjenesten innså utfordringen når kommunen blir «hengt» ut på grunn av boligsituasjonen i forhold til mangel på ledige boliger (perspektivtaking).
- viktig å bli bedre kjent på tvers
- utvidet bevissthet omkring viktigheten av IP plan, mer forståelse over hvordan samarbeidspartnere jobber.
- deling av erfaringer og frustrasjoner i hverdagen opplevdes godt.
- bruk av humor i rollespillene opplevdes bra.

Kapittel 4. Metode

4.0 Innledning

Jeg ønsker å tydeliggjøre eget kunnskapssyn, og valg av metode, jeg mener best fanger opp problemstillingen i oppgaven;

«hvilke faktorer fremmer og hemmer samhandling og samhandlingskompetanse innenfor arbeid med pasienter som har rus- og/eller psykiske lidelser»

4.1 Kunnskapssyn

Det eksisterer allmenn erkjennelse blant ulike fagfelt om at kunnskap alltid er et resultat mellom det erkjennende subjekt og det erkjente objekt, fordi den menneskelige bevissthet har en konstituerende funksjon i forhold til kunnskap (Thornquist, s.63, 2003). Som mennesker strukturer vi aktiv vår verden, vi filtrerer og vi fortolker på bakgrunn av erfaring (Thornquist, 2003).

Polifroni & Packard (1998) beskriver sykepleien i dag, ved at det brukes kvantitative metoder for å søke generelle resultat/viten om helse og sykdom, og kvalitative metoder for å fremheve individuelle forskjeller. Polifroni & Packard (1998) hevder at sykepleien ikke kan/bør søke kunnskap gjennom ren fakta, eller gjennom pasienters historier og opplevelser alene, men at begge perspektiv utfyller hverandre og kan gi gyldig viten i en sammenheng.

Jeg er enig i dette perspektiv og mener at kunnskap om suksesskriterier for samhandling, best kan innhentes ved en kombinasjon av erfaringsbasert individuell kunnskap fra helsepersonell, i tillegg til mer kvantifiserbar masseinnhenting ved statistikkundersøkelser som omhandler fenomenet samhandling. Eksempler på sistnevnte kan være måling av økte eller færre innleggelser i psykiatrien etter samhandlingsreformen eller måling av synergi saker som omhandler avvik vedrørende

samhandling mellom stat og kommune. Slike målinger kan påvirkes av utallige synlige, men også usynlige variabler, som krever at man som forsker også bør gå tettere på, ved kvalitative narrative undersøkelser, for å få tak på underliggende faktorer som påvirker.

Kunnskap om samhandling er omfattende, fordi det handler om flere forhold; om mennesker; deres kommunikasjonsevne, hva som motiverer eller fører til misnøye og om organisasjoner; strukturelle rammer, ledelse organisering og lignende. En kan fordype seg i enkelte deler, men helheten er gjerne mer kompleks enn vi forstår.

Behovet for samhandling har vært på det politiske kart i mange år, og jeg undrer meg fortsatt over kompleksiteten i å forstå og forklare samhandling fullt ut. Kunnskapen av det en har funnet så langt av hva som fungerer, ser ikke ut til å ha nådd de aller fleste. Jeg har imidlertid et håp om at ulike prosjekt, igangsatt via samhandlingsmidler, i tillegg til mer forpliktende samhandling øker bevisstheten og kunnskapen. Det blir videre viktig å offentliggjøre og spre ny kunnskap, slik at helsepersonell kan ta i bruk og anvende ny kunnskapen i det daglige arbeidet, slik at pasientene og pårørende får gode og sømløse tjenester.

Metoden i oppgaven er kvalitativ, hvor metode kan forklares som en fremgangsmåte som knytter forbindelse mellom teori og det virkelighetsområdet som skal undersøkes (Dalland, 2004). Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk), og bygger på et bredt spekter av systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekstlig materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale (Malterud, 2011).» Målet er å utforske meningsinnhold i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng» (Malterud, s.26, 2011).

4.2 Hermeneutikk

«Kunnskap er et produkt av menneskelig persepsjon, tolkning og samhandling» (Malterud, s. 38, 2011). Jeg er enig i dette perspektiv og mener kunnskap alltid handler om fortolkning. Grunnlaget mitt kan derfor betegnes som hermeneutisk. Jeg tenker at man som forsker bør være bevisst at ens egen forforståelse preger det man ser og

studerer. Slik mine 12 års erfaring innen psykisk helsearbeid, med ulike samhandlingsutfordringer, har preget min virkelighets forståelse og fortolkning av årsakssammenhenger om samhandling. Mål ved analysen og transkriberingen var likevel å etterstrebe en dypere forståelse/erkjennelse av informantenes perspektiver gjennom dialogen i samtalen. Meningsinterpretasjon vil jeg beskrive som en form for *hermeneutisk sirkel*, eller «søken etter "sannhet", hvor jeg har fortolket utsagn og erfaringer ved en pendling frem- og tilbake prosess, fra min forforståelse til deres utsagn eller tekst, og tilbake igjen, mellom delene og helheten. Hvor mål var å utdypet forståelsen om deres erfaringer fra temaet samhandling.

4.3 Design

I en deduktiv tilnærming går slutningsstrekken fra det generelle til det spesielle, eller fra et allment nivå til å si noe om det enkeltstående (Malterud, 2011). Videre tar en ved deduktiv tilnærming i bruk allerede definerte kategorier og begreper. Jeg har tilsvarende tatt utgangspunkt i *generell kunnskap* med bakgrunn i omfattende evalueringer av samhandling, fra blant annet Sintef helse, for deretter å sammenligne helsepersonells erfaringer. Ved å kartlegge hva som var bakenforliggende årsaker til svarene i evalueringene, gjennom konkrete tilbakemeldinger om hva den enkelte helsearbeider erfarte, var mål å identifisere underliggende fenomen som gir premisser for samhandling. Tilnærmingen var i utgangspunktet teoristyrte og kategorisert for deduktiv type, top-down. Etter hvert ble det en vekselvis tilnærming med innslag induktiv metode, hvor data som kom frem ble belyst i teori i etterkant. Et eksempel på dette, var da perspektivet om at samhandling bør læres på lik linje med fysikk og biologi ble oppdaget eller når informantene belyste andre forhold som jeg i utgangspunktet ikke hadde fokus på. Slik ble den en vekselvis kunnskapsinnhenting ovenfra og ned – og nedenifra og opp.

4.4 Forforståelse

Hvordan forskeren analyserer datamaterialet, sier noe om hvilken *forståelse* han utvikler av datamaterialet underveis, eller hvilke valg han gjør ut fra problemstillingen (Johannessen, Tufte & Christoffersen, s.175, 2010). Jeg har forsøkt å tydeliggjøre ulike valg ved transkribering og analysefasen. Tilsvarende har jeg innledningsvis i kapittel 1, under punktet *egen interesse for tema*, klargjort egen erfaringsbakgrunn, holdninger og forforståelse for temaet samhandling i tillegg til å beskrive eget vitenskapssyn i metodedelens kapittel 4, for at oppgaven kan bli mer transparent med henhold til egne «briller».

4.5 Veiledning

Jeg har fått veiledning underveis med fokus på det aller meste; fra transkribering, litteraturforslag, etiske problemstillinger knyttet til at jeg forsket på tidligere arbeidsplass, egne fortolkninger, teknisk utforming og annet.

På bakgrunn av veiledning innså jeg etter hvert betydningen av å stille spørsmål utover de svar jeg fikk, for å utdype forståelsen ytterligere. Jeg ble tryggere på meg selv dess flere intervju og spurte tilsvarende flere spørsmål. Da noen av informanter formidlet at de ikke ønsket å delta i intervju, ble jeg anbefalt å kartlegge hvorfor. Også disse svarene gav en utvidet forståelse. Den ene svarte at hun ikke hadde noe å bidra med, som absolutt forteller noe av interesse for oppgaven. Veiledningen hjalp meg å se nærmere etter, skjerpe blikket og å se ting utenfra. Det aller beste med veiledningen var imidlertid at jeg opplevde en tydelig tillitt til egne tanker om årsakssammenhenger og forslag til endringer, utover teorien, som gav meg inspirasjon og lyst til å lære, lese og undersøke mer.

4.6 Validitet, reliabilitet, generaliserbarhet

Begreper som reliabilitet, validitet og generaliserbarhet brukes for å kvalitetssikre forskning (Kvale & Brinkmann 2010).

Reliabilitet handler om hvorvidt resultatene i en studie er pålitelige. Det vil blant annet si at en annen forsker kan gjenta studien og komme til det samme resultatet. Jeg har forsøkt å beskrive detaljert hvordan jeg har samlet inn og analysert data, slik at andre kan etterprøve resultatene. Ved å beskrive egen for-forståelse og hvordan intervjuene ble utformet og endret underveis, som følge av samarbeid, veiledning og ny erfaringskunnskap.

Temaet samhandling er imidlertid bredt og favner mange problemstillinger. Det har vært vanskelig å få med bredde- og dybdekunnskap, parallelt. Et komplekst hjelpeapparat er beskrevet (bredden), som kan ha svekket evnen til å fange opp nyanser i svarene(dybden) til informantene og dermed reliabiliteten i oppgaven. Ved å gå for bredt ut kan en miste dybde kunnskap, og overse viktig informasjon.

Det eksisterer videre feilkilder ved noen av spørsmålene som ble stilt informantene, var ledende. Samtidig må en som forsker være villig til å miste noe for å finne noe annet. Slik sett var det en bevisst handling å spørre om «samhandling bør læres». Mål med spørsmålet var å kartlegge empiri med teori og å sette i gang refleksjoner knyttet til dette som tematikk, men som altså kan bli oppfattet som ledende og en forventning om at informantene bør svare bekræftende på dette, for å bli betraktet som engasjerte helsepersonell.

På tross av ulike elementer av ledende spørsmål hadde informantene anledning til å utdype og forklare svarene om dette var ønskelig.

Det å forske på tidligere kollegaer kan ha svekket påliteligheten i svarene på flere måter. Kanskje svarer informantene det som forventes av dem, eller jeg kan ha tolket deres utsagn med bakgrunn i tidligere kjennskap til informantene. Det å være prosjektansvarlig kan likeledes ha påvirket svarene. For eksempel var inntrykket at det var en forskjell i svarene fra DPS- og kommunalt ansatte. Hvor førstnevnte var

initiativtaker, og arrangør av samhandlingsprosjektet, som kan innebære forventinger om å være ekstra positiv innstilt til samhandling og samarbeid på tvers. DPS ansatt kan tenkes å være redde for å være ærlige i fare for at leder skulle reagere på negative resultater av intervju, og slik pynte på sannheten? Kommuneansatte virket motsatt mer tydelige på negative erfaringer, enten som et direkte resultat av deres erfaringer, men også kan de ha følt seg friere til å uttale egentlige meninger.

I følge Jenssen (2011) kan forskning som involverer aktører med *nærhet* til det som skal studeres, bli kritisert for manglende troverdighet. Nærheten kan øke muligheten for at forskningsresultatene dreies i en bestemt retning. Jeg har som nevnt årevis erfaring innen arbeidsfeltet psykisk helse. Først innenfor kommunen som ruskonsulent, så som behandler på sykehuset i akutt ambulant team og nå i en poliklinikk. Med den bakgrunn har jeg opparbeidet mange inntrykk og meninger omkring samhandling og har tydelig nærhet til temaet.

I tillegg har jeg nærhet til informantene ved at noen var tidligere samarbeidspartnere, andre deltok på fagdage, med gruppearbeid, sosialt samvær og lunsj. Nærhet til både datamaterialet og informanter kan til sammen utgjøre en viss risiko for at oppgaven preges av dette.

Nærhet til datamaterialet har likevel hatt sine klare fordeler. Ved å kjenne til et tema så godt, kunne jeg stille spørsmål med en annen forutsetning, enn en forsker med distanse. «Som man spør får man svar» er et kjent ordtak. Jeg vil påstå at jeg har stilt andre spørsmål og oppfølgingsspørsmål relatert til samhandling enn en forsker med distanse kunne ha forutsetninger for å spørre om. Informantene slapp også å måtte forklare ulike begrep og fenomen innen samhandling og innen feltet rus/psykiatri under intervjuene.

Peter Beresford (2003) understreker viktigheten av nærhet til det man forsker på, og tar et oppgjør med tidligere anerkjente metoder for kunnskap og forskning, med fokus på distanse og nøytralitet. Han går langt i sitt syn og mener dess større avstand til forskningstema, dess større sjans for at kunnskapen blir unøyaktig, ikke-valid og forvrengt. Beresford (2003) understreker dette, med at «surveyed» eller undersøkelser gjerne blir sett på som den sterkeste og mest anerkjente formen for sosial forskning, mens egne erfaringer og førstehåndskunnskap ikke er blitt anerkjent som nødvendig kunnskap.

Jeg støtter dette synet og mener «grasrot – erfaringen» min fra både 1. og 2. linjetjenesten, er en klar fordel med tanke på analyse og drøfting av datamaterialet. Jeg har egne og kollegaers samhandlingsutfordringer i minne, og vet hva som rører seg på feltet. Jeg kjenner «landskapet» på nært hold og kan kanskje få øye på flere detaljer og nyanser fra datamaterialet, enn det store evaluering og rapporter kan få øye på.

Det ble likevel en utfordring å forholde meg, med en slags distanse, til materialet som ble presentert. Faren var klart til stede for at jeg overtolket ut i fra egen forforståelse og referanseramme. Jeg forsøkte å være åpen og undrende til informantenes tanker, erfaringer og refleksjoner. Det ble en aktiv psykologisk «posisjon» jeg «gikk inn og ut av». Veileder har fått tilsendt ulike intervju og jeg fikk hennes perspektiver som hjalp meg å justere kurs relatert til egen fortolkningsramme. Veileder har ikke samme nærhet til temaet samhandling og til informantene i undersøkelsen, noe som var en fordel.

Validitet sier noe om resultatenes gyldighet, om du måler det du sier du måler og om resultatene er rette og stemmer med det som du har forsket på (Kvale & Brinkmann 2010). Ovenfor har jeg identifisert ulike feilkilder som kan svekke oppgavens validitet. Og plan var blant annet å sende resultatene for gjennomlesning til en av informantene, for å få deres innspill på om jeg hadde vært tro mot svarene deres ved gjengivelsen. I samråd med veileder ble vi enige om at dette kunne bli tidkrevende med tanke på at slike svar bør kommenteres, og jeg har besluttet å la dette være. Det som derimot styrker validiteten i oppgaven er at jeg under intervjuene jevnlig sjekket ut meningsinnhold, for om jeg hadde forstått riktig. Analysen av datamaterialet er imidlertid ikke sjekket opp mot respondentenes meningsinnhold, og kan avvike i mer eller mindre grad. Jeg har forsøkt å tydeliggjøre at analysen er basert på mine tolkninger av informantenes erfaringer. Argumentasjonen som er benyttet er delvis teoribasert og sannsynlig, men ikke nødvendigvis sann.

Enkelte sitater er gjengitt direkte som et forsøk på å styrke validiteten, men er heller ikke et fullgodt kriteriet. Jeg håper jeg har klart å svare på problemstillingen i oppgaven ved å vise til tendenser og sammenhenger, og slik målt noe av det jeg ønsket å måle, på tross av flere feilkilder.

Generaliserbarhet handler om det vi har sett og hørt er gyldig i likende situasjoner (Dalland, 2000). Med utgangspunkt i at oppgaven illustrerer hvordan helsepersonell blir

påvirket av systemene de er en del av og hvordan vi påvirker hverandre gjensidig, ser dette ut til å være et universelt problem. Også forslagene til tiltak for å endre dette ser ut til å være universelle ved at mennesker må møtes for å utvikle et samhold og godt samarbeid og systemene må være velorganisert for å få best utbytte. Slik er oppgaven overførbart for alle organisasjoner hvor mennesker ferdes og samhandler. Jeg har snakket med flere bekjente som ikke jobber i helsevesenet, som har sammenfallende erfaringer og reaksjoner på tilsvarende fragmenterte tjenester hvor det oppstår negative holdninger på tvers fordi man ikke møtes. Inntrykket er at fragmenterte ansvarsforhold, uten fokus på systematiserte fora for å snakke om problemene og bli kjent på tvers, særlig skaper konflikt.

4.7 Forskningsetiske vurderinger

Jeg er kjent med relevante forskningsetiske retningslinjer. Jeg har beskyttet informantene ved å omkode navn og andre opplysninger slik at de ikke blir gjenkjennbare. De som har deltatt er med bakgrunn av informert og underskrevet samtykke. Jeg har ikke intervjuet pasienter eller pårørende. Jeg har ikke samlet inn personopplysninger, og har derfor ikke konsesjonsplikt til REK. Oppgaven og prosjektet ble formelt godkjent 09.01.2014 av Forskningsavdelingen ved Stavanger universitets sykehus. Kopi ble sendt Personvernombudet. De nevnte fikk kopi av prosjektplan og informasjonsskriv/samtykkeskjema til informantene samt underskrift fra undertegnede, veileder og prosjektleder. Data er anonymisert og slettet etter at prosjektet er avsluttet.

4.8 Samarbeid

Min veileder har lang forskningserfaring og har vært den viktigste støttespiller under arbeidet med oppgaven. Medstudenter, kollegaer samt venner privat, hvor enkelte jobber innen andre fagfelt, har gitt innspill på deres tanker og erfaringer omkring samhandling, som igjen har utvidet horisonten og hvilke briller jeg har anvendt ved

innhenting og analyse av datamaterialet. Nettsiden Napha er benyttet som kunnskaps – og informasjonskilde, hvor tekster, rapporter og lignende av hva som rører seg på samhandlingsfeltet, er skrevet av fagfolk, brukere og pårørende. Jeg har jevnlig vært inne å lest på siste nytt og ulike debatter og innlegg for å danne meg et bilde av samhandlingsutfordringer. I tillegg har jeg lest nærmest daglig om samhandling på nettet og funnet nye interessante artikler eller debattforum og lignende, som omhandler samhandling.

4.9 Informanter

Målet var å få tak i helsepersonell med bred erfaringen innen samhandling, og som daglig møtte på ulike utfordringer innenfor dette temaet. Snøballmetoden var praktisk her jamfør Johannessen et. al.(2010).

Jeg snakket med en avdelingsleder i et bofellesskap som hadde god oversikt over aktuelle kandidater som i tillegg hadde deltatt under fagdagene, som ble presentert tidligere i teori delen av oppgaven. Inklusjonskriterier var ansatte og ledere med erfaring fra samhandling innen et bestemt opptaksområde og at de forstår og snakker norsk eller engelsk. Ledere ønsket jeg opprinnelig ikke å intervju, da jeg primært ønsket erfaringer fra den daglige og typiske samhandlingen som foregår på grasrota. Det viste seg imidlertid vanskelig å få tak i nok informanter. I samråd med veileder ble jeg derfor etter hvert innstilt på også å intervju ledere. Til å begynne med tenkte jeg å belyse eventuelle forskjeller og likheter i svarene fra henholdsvis ledere og ansatte, men endte opp med å bare la sitatene tale for seg selv uten å se nærmere på eventuelle forskjeller. Likevel ble det oppdaget en forskjell på et konkret tema, som førte til ny analyse.

Informasjonsskriv

Et annet viktig moment er trygghet, som er en viktig forutsetning for gode svar. Jeg sendte derfor ut et informasjonsskriv på forhånd som presenterte prosjektet. Skrivet bestod av informasjon om meg og prosjektet, betydningen av å være med på intervjuet, mulighet for tilbakemeldinger ved resultat, informasjon om hvordan datamaterialet skulle behandles, garanti om anonymitet, retten til å avbryte intervjuet og plass til underskrift for samtykke. I tillegg hadde jeg skrevet ned en del hovedspørsmål, slik at de kunne forberede seg på spørsmålene om ønskelig.

Anonymitet

Det å ivareta anonymitet er ofte en teknisk ferdighet (Dalland, 2000). Og i denne oppgaven har det vært ekstra vanskelig. Det har vært problematisk å ivareta anonymitet fordi jeg har forsket på egen arbeidsplass med tilhørende kommunale samarbeidspartnere.

Inklusjonskriteriet for å delta i intervjuene, var ansatt helsepersonell fra samme opptaksområde som daglig samhandler med hverandre og at de hadde deltatt på fagdage (se punkt 3.8). Det er derfor en teoretisk mulighet for å identifisere personer som kan tenkes å ha uttalt de konkrete sitater gjengitt i denne oppgaven. Jeg understreket denne muligheten i forkant av hvert intervju, mens de fleste virket ikke å være opptatt av dette, bortsett fra en informant. Jeg åpnet derfor opp for muligheten til å trekke seg fra intervjuet, men informanten ønsket å fortsette på tross av mulighet for gjenkjennelse.

Det har derfor vært ekstra viktig å formidle funn i en form som *ikke* påfører deltakerne eller arbeidsplassen, som har igangsatt samhandlingsprosjektet (se punkt 3.8) unødvendig ulempe. I følge Dalland (2000) er den dårligste løsningen å la en avslørende rapport komme over lumpende på dem det gjelder. Det har ikke vært min hensikt å formulere kritikk eller en jakt etter en ”skyldig” part i et sammensatt tjenestetilbud. Jeg har umåtelig stor respekt for hva helsepersonell må tåle og stå i, med kompliserte saker i en travel hverdag. Presentasjonen er forsøkt belyst ut i fra et analytisk og

sammenlignende utgangspunkt og en overordnet betraktning, med mål om å identifisere konkrete virkemidler for bedre samhandling.

Press

Jeg sendte invitasjon til 12 stykker, hvorav åtte informanter takket ja til intervju, derav tre ledere. Enkelte takket nei og ønsket ikke å bli intervjuet alene. De begrunnet dette med å ikke ha nok kunnskap til å dekke et helt intervju.

Viktige etiske overveielser ved rekrutering, var å ikke få informantene til å føle seg *presset* til å delta, men å opptre ydmyk og med respekt (Johannessen et. al, 2010). Jeg ønsket ikke å utøve press på informantene, men opplevde vel at jeg måtte mase litt for å få dem til å delta. Jeg sendte mail som forespørsel i første omgang, men fra mailen ble sendt ble det mye frem og tilbake med henblikk på å overtale informantene til å delta. Blant annet tok jeg meg selv i å overtale informanter til å delta, ved å ufarliggjøre intervjuet, ved å illustrere at spørsmålene ikke var vanskelige. Inntrykket er at dette ofte ble den avgjørende faktoren for at informantene takket ja til å delta.

4.10 Intervju

Jeg benyttet intervju for å få tak i informantenes tanker og holdninger omkring temaet samhandling. Jeg besluttet å bruke intervju fordi dette gir informantene større frihet til å uttrykke seg utover det et spørreskjema tillater. I følge Johannessen et.al. (s136, 2010) vil; «Menneskers erfaringer kommer best frem når de kan være med på å bestemme hva som tas opp i intervjuet». Jeg er enig i dette perspektiv og kunne blant annet be informantene om å rekonstruere hendelser som omhandlet samhandling, noe som ikke ville være like gunstig via et spørreskjema.

Semistruktur

Jeg benyttet enkelt intervju fordi det ikke lot seg gjøre rent praktisk å få til gruppeintervju. I tillegg tror jeg dette gav informantene større trygghet med henblikk på å lettere kunne uttrykke egentlige holdninger og følelser rundt temaet samhandling. Jeg anvendte semistrukturert intervju, som vil si en balanse mellom struktur og frihet, hvor bestemte spørsmål ble stilt alle informantene, som skulle fange opp problemstillingene i oppgaven. Og hvor friheten referer til at informantene bredt kunne fortelle om sine erfaringer utover dette.

Intervjuguide

Jeg anvendte intervjuguide som hjelpemiddel (se vedlegg). Dette hjalp meg å holde fokus på det jeg skulle spørre om, med nedskrevne spørsmål og underpunkter, med påminnelse om å sjekke tidsbruk. Intervjuguiden ble justert på et tidspunkt. Etter å ha lest perspektivet om at samhandling bør læres på lik linje som andre fag, ble det besluttet i samarbeid med veileder og ta dette spørsmålet med i intervjuguiden.

Moral

Empirisk forskning er, når den dreier seg om mennesker, også et forhold mellom mennesker, dypt farget av moralske spørsmål ifølge Fog (1998). Det dreier seg om tillitt, åpenhet, og om makt og maktmisbruk. Fog (1998) mener at det alltid er snakk om riktig og galt, og om god og dårlig skikk. Hun henviser blant annet til det å stille ledende spørsmål med hensikt i å få tak i underliggende informasjon hos informanten, som forskeren ikke ville fått fatt på uten å bruke slike skjulte teknikker. Slike teknikker mener Fog (1998) ikke hører hjemme i forskningsøyemed og handler om mistenkeliggjøring av informanten og hans ord.

Jeg hadde ingen skjulte teknikker og tok utgangspunkt i allment kjente erfaringer og evaluering fra samhandlingsfeltet. Mål var å behandle respondentene på en respektfull måte, både under intervjuet og ved bearbeiding av materialet.

Maktforhold

I følge Kvale (2000) bør forskeren være bevisst det assymetriske maktforholdet i intervjusituasjonen. Assymetrien er representert ved at det er forskeren som definerer spørsmålene og beslutter hvilke spørsmål som ønskes fulgt opp, intervjuet er en enveis dialog og samtalen et middel i forskningsøyemed. Faren er til stede for at intervjuet kan bli en manipulerende dialog. I tillegg har forskeren monopol på å fortolke, og det er ulike meninger omkring hvor konfronterende forskeren bør være i et intervju (Kvale, s.58, 2000).

Flere mener det er lite fruktbart for eksempel å be respondenten gi en begrunnelse eller reflektere over abstrakte spørsmål under intervjuet (Kvale, s.58, 2000). Likevel valgte jeg, på bakgrunn av samarbeid og anbefaling fra veileder, å undersøke nærmere ulike svar under intervjuene. Jeg ble etterhvert mer tryggere i kontakten dess flere intervju som ble avholdt, som førte til at det ble lettere å be informantene utdype ulike svar eller fenomen, som gjerne ble stående i «løse luften». Det var viktig å få utdype enkelte svar, for å få tak i ulike sammenhenger og/eller bakenforliggende årsaker til ulike utfordringer. Målet ved oppgaven var utvidet forståelse, og da ble oppfølgingsspørsmål som hvorfor og hvordan viktige i den sammenheng.

4.11 Analyse

I følge Kirsti Malterud (2011) er en vanlig kritikk av intervjufortolkninger at ulike tolkere finner ulike meninger i det samme intervjuet, og at intervju derfor ikke er en vitenskapelig metode. Utfordringene primært handler om at intervjueren setter til side informantens meninger og setter dem inn i egne kategorier (Malterud, 2011). Med tanke på at samhandling er/har vært et tema som har opptatt meg i flere år har det vært en utfordring å ikke la egne fortolkninger ta for stor plass ved analysen. Mål i studien har vært at de empiriske data best mulig reflekterer informantens erfaringer og meninger og være ydmyk og tro mot svarene.

Det å reflektere «frem og tilbake» fra råmaterialet til analysene og fortolkningene, har vært nødvendig for å sjekke ut om jeg har ytt svarene «rettferdighet». Prosessen førte til at jeg oppdaget andre sammenhenger og forskjeller, som jeg til å begynne med ikke oppdaget.

Jeg har vekslet mellom å se på helheten og delene i materialet, og forsøkt å danne meg et helhetsinntrykk på bakgrunn av intervjuene ved å lese igjennom intervjuene flere ganger og spille om igjen lydopptakene. Dette for å gjenskape inntrykket under selve intervjuet, med tanke på stemmebruk og stemningen som var, for å identifisere hva informantene ønsket å formidle.

4.12 Systematisering

Jeg har tatt utgangspunkt i generell kunnskap om samhandling, med bakgrunn i ulike evalueringer av samhandling, som utgangspunkt for spørsmålene til informantene. Jeg har valgt å fokusere på tema som er gjentakende i disse rapportene. For eksempel viser ulike evalueringer til, at kommuneansatte opplever skjeve maktforhold, på Foretakenes premisser. I tillegg benyttet jeg spørsmål som ble aktualisert etter hvert, ettersom nye tema dukket opp via datainnhenting. Se ellers intervjuguide (vedlegg).

Etter å ha gjennomført intervjuene med båndopptaker, og overført dem fra muntlig dialekt til skriftlig bokmål form, systematiserte jeg materialet utfra ad hoc meningsgenerering. Jeg anvendte Miles og Habermas (1994) ad hoc teknikker, hvor jeg la merke til mønstre og meninger i teksten (Kvale & Brinkmann 2009). Tilnærmingen var i utgangspunktet teoristyrte og kategorisert for deduktiv type, top-down. Ved at spørsmålene var bestemt på forhånd og slik presenterte en problemstilling som skulle gi svar på problemstillingen i oppgaven.

Gjentakende positive eller negative erfaringer eller tydelige differanser i svar, ble så fremhevet og nærmere drøftet. Fra å starte med generelle hovedspørsmål ble nye tema aktualisert slik også den hermeneutiske prosess arter seg. For eksempel ble innleggelsesprosessen hyppig nevnt som svar på spørsmål som omhandlet samhandlingsutfordringer. Slik ble analysen mer data styrt, ved induktiv metode, ved at informantenes svar preget teori innhenting og diskusjon i etterkant. Sitater som var nært

knyttet til sterke følelser, som for eksempel frustrasjon ble fremhevet for å understreke ulike poeng.

Våre perspektiver og briller påvirker hva en ser og leter etter. Mitt bidrag til å forstå og forklare hva som gir premisser for god samhandling er tilsvarende begrenset, og representerer bare en bit av «flere sannheter». Jeg har kjent på usikkerhet i forhold til om informantene vil kjenne seg igjen i beskrivelsene og tolkningene? Eller om de føler seg misforstått og feilsitert? Håpet er at jeg har identifisert noe av interesse for videre tiltak.

Kapittel 5. «På kryss og tvers»

5.0 Innledning

Å navigere i et uoversiktlig og komplekst helseapparat, som helsepersonell, og å skape mening i det daglige arbeidet, står det respekt av. Det var med ydmykhet jeg tok fatt på dette arbeidet, med utgangspunkt i problemstillingen;

- hvilke faktorer fremmer og hemmer samhandling og samhandlingskompetanse, innenfor arbeid med pasienter som har rus- og/eller psykiske lidelser?

Ved intervju av helsepersonell (ansatte og ledere) fra ulike bofellesskap og et DPS som vanligvis samhandler med hverandre, har jeg forsøkt å belyse dette. Jeg har analysert og diskutert datamaterialet ut fra ad hoc meningsgenerering. For å tydeliggjøre informantenes stemme, er enkelte sitater eller bruddstykker av sitater gjengitt direkte. Kommunalt ansattes svar vil forkortes med (K) mens svar fra DPS, identisk. Målet har vært at de empiriske data best mulig skulle reflektere informantenes erfaringer og meninger, og å være ydmyk og tro mot svarene i analyseprosessen. Svarene er organisert under overskrifter med tema. Disse temaene er sammenfallende med teamene i intervjuguiden;

- **Perspektiver på samhandling** – hva menes med samhandling? Er samhandling et vanskelig tema og hvor har en lært om samhandling og/eller bør det læres?
- **Erfaringer** - gode og dårlige samhandlingshistorier.
- **Makt** - eksisterer det skjeve maktforhold mellom nivåene?
- **Fagdager** – erfaringer, gode eller dårlige?
- **Individuell Plan** - erfaringer?
- **Veiledning** - erfaringer
- **Informantenes forslag** - til endringer for å fremme samhandling.
- **Oppsummering**

5.1 Perspektiver på Samhandling.

Hva menes med samhandling?

De fleste respondentene nølte før de svarte på dette spørsmålet. De så ut til å måtte tenke litt før de svarte følgende;

(DPS) «Samarbeid... felles mål.... å jobbe sammen, ...handler om kommunikasjon, ...å være på tilbudssiden »

(K) «Vanskelig å forklare hva det betyr – ordet sier jo at en skal jobbe sammen om noe – men hvordan og sånn er vanskelig å vite...»

(DPS) «Hm...ja...sømløst samarbeid hvor man ikke opplever terskler, hvor begge parter er interessert i å få til en løsning.»

(K) «Da tenker jeg samarbeid...at det er lett å ta kontakt...at en forsøker å forstå hverandre....»

Informantene virket usikre i deres beskrivelser av samhandling, men la vekt på bestemte egenskaper ved den enkelte yrkesutøver; «å være på tilbudssiden, interessert i å finne løsninger..», og vekt på gjensidigheten i samarbeidet; «felles mål, jobbe sammen, forsøke å forstå hverandre..»

Orvik (2004) henviser likeledes til nødvendigheten av bestemte egenskaper som helsepersonell for å fremme samhandling. At man må være spesielt aktiv, har drivkraft i samarbeid med andre, sikre pasientforløp, ha forståelse for politiske målsettinger, være omstillingsparat og ha organisatorisk innsikt. Orvik (2004) bekrefter at samhandling er et problematisk begrep for de aller fleste, og er mer konkret og forpliktende enn for eksempel samarbeid. Det fordrer dessuten tilpasningsvilje, fleksibilitet, avklarte ansvarsforhold og tiltak og tjenester satt i system.

Oppsummert identifiserte informantene viktigheten av å inneha bestemte egenskaper for å kunne samhandle, og nødvendigheten av gjensidige forpliktelser på tvers.

Nødvendigheten av blant annet organisatorisk innsikt og avklarte ansvarsforhold, med tiltak og tjenester satt i system, ble ikke nevnt i beskrivelsene. Følgende spørsmål ble så stilt informantene;

Er Samhandling et vanskelig tema?

De ansatte svarte bekræftende på at samhandling er et vanskelig tema;

(K) «Ja vi har jo ikke hatt det så lenge, samhandlingsreformen kom i fjor? Eller?»

(DPS) «ja synes det i starten, samhandling var ikke så mye tema før..de to siste årene har jeg blitt mer bevisst samhandling...»

(K) «En har en del fordommer mot hverandre...selv om en kanskje ikke burde hatt det.....jeg møter de samme holdninger i dag...»

Mens to av lederne avkreftet at temaet var vanskelig;

(DPS) «Nei? Hva legger du i det?»

(K) «Nei, ingen problem»

Ansatte bekræftet at samhandling er et vanskelig tema, mens lederne avviste problematikken. Spørsmålet kan ha vært for åpent og dermed blitt tolket ulikt. Likevel virket lederne mer sikre i sine svar. De svarte kort og konsist «nei», mens de resterende respondentene brukte mer tid på å svare.

Differansen i svarene ble derfor nærmere utforsket, og det systemorienterte perspektiv kan gi en forklaring på hvorfor lederne så ut til å oppleve samhandling uproblematisk.

Om en anvender «helikopter perspektivet», som nevnt i teoridelen punkt 3.3 kan en få øye på ulike fenomen (Orvik, 2004). Når en kommer for tett på terrenget kan det bli vanskelig å se detaljene mens helikopteret kan forflytte seg raskt opp i høyden og slik få et overblikk. Det kan slik tenkes at de ansatte som jobber i direkte kontakt med pasienter, mangler et overordnet blikk på samhandling og at det derfor oppfattes vanskelig, mens lederne har oversikt, men mangler de detaljerte og konkrete erfaringene fra ulike samhandlingsepisoder som gjerne er mer utfordrende.

I ny Helse- og Omsorgstjenestelov (2011), kapittel 6, presiseres plikten til samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak, med fokus på forpliktende samarbeidsavtaler (lovdata.no). Med utgangspunkt i at disse oppgavene nå er lovpålagte, virker det naturlig at ledere er, eller «bør fremstå», som godt informert om samhandling og pågående arbeid.

Som vist i teoridelen, under punkt 3.6 om rammer, viser Wikheim (2013) til det samme, store problemer med implementering av samarbeidsavtaler, ved at ledelsen var oppdatert men ikke ansatte.

Videre viser teori til at offentlig sektor i økende grad er blitt modernisert, og at ledere får stadig større ansvar, ofte i kombinasjon med stadig økende avstand mellom ledelsen og ansatte. Antall regler og prosedyrer øker sterkt med økt rettighetslovgivninger, kvalitetskontroll og rapporteringer, noe som yter press på ledelsen. En konsekvens beskrives ved at når kravene øker i intensitet og omfang, vil de som er «nederst» ikke få anledning til å ta disse inn over seg i samme tempo.

Økt medikalisering, kost- nytte prinsipp og mål om effektivitet, kan også forklare hvorfor ledelsen ikke prioriterer fokus på samhandling. I prioriteringsforskriftene er det skissert et oppsett av ulike kriterier for prioritert helsehjelp etter ulike kostnadsprinsipp. Samtidig er det, siden 1999, kommet utallige lovpålagte rettigheter for pasienten. Inntrykket er at det må være vanskelig å være leder med så mange og motstridende krav, og det gir mening av det blir vanskelig å holde ansatte oppdatert.

Det neste spørsmålet ble høyaktualisert etter at jeg kom over dette perspektivet, nærmest tilfeldig. Det tiltalte meg i forhold til å utdype forståelsen av samhandling;

Hvor har du lært om Samhandling og/eller bør det læres?

Hovedinntrykket var at informantene virket overrasket over dette spørsmålet. De svarte blant annet;

- (K) «Hva mener du? Tenker du teori eller praksis? Jeg har vært med på fagdage men aldri før lært om det utenom det jeg har lest selv ...»
- (K) «Eh. ..hadde det sikkert på skolen, også fagdagen. Men tenker jo mest på det skrivet fra samhandlingsreformen...»
- (DPS) «Hvor..? det vet jeg ikke om jeg har lært så mye om.....»

Hovedinntrykket var at informantene ikke hadde lært om samhandling, men viste vilje til og innså betydningen av opplæring;

- (DPS) «Ja bør læres – handler om trygghet. Må se andres perspektiver. Noen kan det i større grad enn andre som ikke har lært det. Samme som med unger, noen er bedre å dele enn andre. Noe er medfødt»
- (DPS) «Bør absolutt læres – folk vet ikke nok om dette – det vet jeg fordi jeg er leder. Mange kjenner begrepet men ikke mer.. Det er viktig at de kjenner til formelle avtaler og hvordan vi skal jobbe sammen, ikke bare ledere.»
- (K) «Ja, sier seg selv kan en tenke....men etterlyser jo felles verktøy over hvordan en skal få det til..»
- (K) «Det bør være en del av undervisningen...lære at en fort blir formet av egen arbeidsplass og at en ikke forstår de andre...»

Samtlige informanter innså nødvendigheten av og ønsket opplæring innen samhandling.

Vike (2004) betegner et bilde av offentlig ansatte som usedvanlig optimistiske og tillitsfulle deltakere og at de fleste ser ut til å ha identifisert seg med oppgavene som skal løses og det er et påfallende fravær av kynisme blant ansatte.

Dette perspektiv sammenfalt med mine funn, og jeg var imponert over ønsket om å lære (enda) mer. Med tanke på at helsepersonell jobber i et komplekst og utfordrende hjelpeapparat, står det respekt av ønsket om å lære mer.

Informantene virket åpne, nysgjerrige og hadde læringsvilje, som i følge teori er viktige forutsetninger for å kunne samhandle. Spørsmålet er hva mer som forventes av den enkelte profesjonsutøver for å oppnå politiske intensjoner om økt samhandling?

Helsedirektoratet (2011) viser til behov for såkalt samfunnskompetanse innbefattet kompetanse om organisasjon, samhandling og nettverk. Det konkretiseres at for å lykkes, må helsepersonell tilegne seg flere ulike egenskaper, sørge for avklarte roller og forventinger via mandat fra ledelsen, og det fremheves at kurs og utdanning kan være egnede virkemiddel.

I teori kapittelet punkt 3.4 om «Samhandlingskompetanse» presiseres at tverrprofesjonelt samhandling kan være vanskelig å forklare, forstå og implementere og at helsearbeidere må lære om samhandling på lik linje med andre fag som fysiologi og mikrobiologi, og ikke tro at dette er en egenskap som er medfødt.

Jeg støtter dette perspektiv, og tror det er et viktig poeng at vi ikke har som utgangspunkt at samhandling er en medfødt egenskap; at noen er gode og andre ikke. Ved slike perspektiv eksisterer noe fastlåst og uforanderlig, som ikke fører til utvikling. Dersom helsepersonell i stedet er åpne og nysgjerrige for å lære mer om samhandling, slik de fleste i studien var, tenker jeg muligheten for å lykkes med samhandling blir styrket.

Under samme kapittel viser teori til at det skjer en utfasing av samarbeidslæring på tvers av profesjoner ved norske universiteter og at ledere ikke har tverrfaglig kompetanse som hovedfokus i rekrutteringen av ansatte. Dette tyder på mulige utfordringer knyttet til rammene for opplæring innen samhandling.

Jeg ønsket videre å få tak i de gode historiene som bestod av samhandling på tvers av nivå, for å identifisere eventuelle felles trekk;

5.2 Erfaringer

Kan du fortelle om Samhandlingsepisoder som har fungert spesielt bra?

Samtlige respondenter hadde flere positive erfaringer;

(DPS) «ja en overføring av pasient fra DPS til kommune. Vi hadde jevnlige møter og ble på et tidlig tidspunkt enige om å gjøre overføringen sakte med tett dialog. Vi fortalte om våre erfaringer til kommuneansatte i bofellesskapet hun skulle bo i. Vi veiledet og snakket ofte sammen. På første møte var ledere fra bofellesskapet og DPS representerte, deretter møtte teamene på tvers. Vi brukte ca. seks måneder på denne overføringen.»

(DPS) «Det var tett oppfølging over tid.. vi tenkte samtidighet... vi fikk veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Vi veiledet og snakket ofte sammen ... det var kjekt for oss å veilede.. de sa det var lærerikt..»

(K) «AAT tok over ansvaret for å følge opp saken... han ringte opp igjen og spurte hvordan jeg hadde det. Det var sykt godt. Alt fungerte godt. Han sa at nå tar vi ansvaret videre og du kan gå hjem å ta deg en god nyttårsfeiring... jeg følte meg ivaretatt, kjente at jeg fikk gjøre en god jobb fordi jeg fikk gode råd fra alle partene...fikk ikke spørsmål om ..er du nå sikker på det osv.. Det var ingen uvilje om at jeg tok kontakt.. i stedet; så bra du tok kontakt. jeg fikk hjelp til å gjøre mitt...»

For å finne felles trekk ved de gode historiene, måtte jeg lese svarene fra informantene flere ganger. Og som nevnt innledningsvis, viste teori til viktigheten av at ting er satt i system for at en skal få til god samhandling. Jeg lette derfor etter trekk ved historiene, som omhandlet noe annet enn egenskaper ved å være helsepersonell. Det er skrevet mye teori om viktigheten av egenskaper som kommunikasjon og relasjoner tidligere, og som blir tydeliggjort i siste sitat. Jeg ønsket imidlertid et utvidet fokus på systemene, for å se om det fantes noen likhetstrekk her.

Ved nærmere betraktning fant jeg flere beskrivelser som omhandlet rammene for samarbeidet, som eksempel; tidlig forberedelse, jevnlig faste møter og veiledning over

lengre tidsperiode (fra 6 måneder til et års tid) med god kriseplan og god kunnskapsoverføring. Inntrykket i de fleste suksesshistoriene var at rammene for samarbeidet var godt innarbeidet og satt i system.

Behovet for faste avtaler understrekes i veileder fra Helsedirektoratet (IS-1388/2006). Der presiseres at samarbeidet mellom DPS og kommunene, evalueringer av tjenester, samt veiledning bør foregå ad-hoc og ved faste avtaler. Som vist i teoridelen punkt 3.4 om samhandlingskompetanse, viser en evaluering til, at studenters ervervede kunnskap etter endt utdanning ble påvirket av hvor utviklet samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten var fra før.

Oppsummert virker organiseringen og rammene for samarbeidet på tvers av ulike nivå, i høy grad å påvirke samhandlingen.

Et samhandlingsprosjekt, som nevnt i teoridelen punkt 3.7 under overskriften «et vellykket eksempel» viser til god effekt av systematiserte arenaer for å møtes. Et fagforum var opprettet for både ledere og ansatte på tvers av nivå, med åpen agenda og hvor man kunne ta opp aktuelle tema. Møter ble avholdt fire ganger i året og det ble skrevet en rapport etter hvert møte som styrte prioriteringer av tiltak som kunne styrke samhandlingen.

Inntrykket er at slik systematikk virker effektiv for utvikling av tiltak for å fremme samhandling. Ikke minst virker tiltaket om at ansatte får være med i vurderings- og beslutningsprosesser sammen med respektiv ledelse hensiktsmessig.

Ulike kriterier som fremmer samhandling er identifisert, men hva så med ulike hinder for samhandling? Jeg ba respondentene fortelle om negative erfaringer for å finne felles trekk også der.

Kan du fortelle om Samhandlingsepisoder som ikke har fungert bra?

(DPS) «Ja nå kommer kanskje noe... den mistroen til hverandre som kommer av og til.. når bofellesskapene tar kontakt med oss ved høytider, helger...der pasientens sykdomsbilde ikke er slik som forespeilet ved inntak likevel...»

(K) «I forhold til innleggelse er vi ofte uenig... vi mener pasienten bør innlegges, mens sykehuset mener nei. Det er jo vi som kjenner pasienten best, men vi respekterer jo spesialisthelsetjeneste vurderinger. »

MEG: hva mener du om innleggelse prosesser?

(K) Svar: «den er helt forferdelig..i vårt bofellesskap er det noe vi nesten står på hodet for å unngå..for å slippe...for hver enkelt...fy søren det må være vanskelig for de som er alene.. vi kan i alle fall følge dem og støtte dem i runden..det kan ikke være lett å ta kontakt på egenhånd..så lenge målsettingen er færres mulig innleggelser..ja så har de nok lykkes..

MEG: er dette målet? Å hindre innleggelser?

(K) Svar; ja helt klart tenker jeg det..»

MEG: hva men den nye bestemmelsen om at AAT skal vurdere alle innleggelser i bofellesskap?

(K) Svar: «jeg synes det er tragisk... det burde vært... det er en god ide.. men det er en forferdelig påkjennelse...i enkelte tilfeller får vi enkelte(pasienter) ikke med, fordi det er så mange ekstra ledd..»

I følge systemperspektivet vil det som skjer i et system både være avhengig av egenskaper ved de enkelte komponentene, og forholdet mellom dem (Orvik 2004). Og dersom forholdet mellom ansatte er basert på tillitt og respekt kan dette øke sjansen for helhetlige og sammenhengende behandlingsprosesser, til det beste for pasienter med komplekse hjelpebehov, men også motsatt.

Inntrykket var tydelig. Det eksisterte mange negative erfaringer fra ulike samhandlingssituasjoner. Hvorvidt dette skyldes egenskaper ved personalet eller forhold mellom dem er uvisst, men opplevelse av misstro til, og andre negative holdninger og konflikter kan forklares ut fra ulik teori.

Flere kan i følge Lauvås & Lauvås (2004) ty til egenskapsforklaringer ved «den andre» når samhandlingen mislykkes. Det kan innebære å stemple samarbeidsparten som håpløs, kverulant eller lignende, for å forstå og forklare hvorfor samarbeidet ikke

fungerer. En kommuneansatt henviste blant annet til at «de» har som mål om færrest mulige innleggelse. Det tolkes dit hen at informanten henviste til bestemte holdninger blant alle ansatte fra spesialisthelsetjenesten, om at de ønsker færrest mulig innleggelser for nærmest «en hver pris». Slike generelle egenskapsforklaringer er spesielt uheldige da de legger vekt på det uforanderlige og fungerer som selvpoppfyllende profetier.

Som vist i teoridelen punkt 3.5, «det sosialpsykologiske perspektiv» vises det til at formelle og uformelle krav til yrkesrollen, kan være ikke-uttalte og fungere som en ubevisst for-forståelse, som en tar med seg i møter med andre samarbeidspartnere, og som kan skape brudd i kommunikasjonen. Slik jeg tolker perspektivet, kan konfliktene på tvers av nivå skyldes at en ikke kjenner til hverandres hverdag, rammer og mandat, som igjen forklarer brudd i kommunikasjonen og forventingene til hverandre. Dette oppfatter jeg som en universell mekanisme blant mennesker, ved at manglende kunnskap om andre, vedlikeholder forutinntatte meninger og skaper vansker i kommunikasjonen.

I kapittel 2, «et tilbakeblikk» viser flere rapporter til fenomenet om skjev maktfordeling. Kommunesiden påpekte asymmetri i relasjonen med foretakene når det gjaldt kultur, spilleregler og stemning i samarbeidet. Disse forskjellene ble forsøkt kartlagt i intervjuet;

5.3 Makt

Mener du at det er skjev maktfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten?

Kommuneansattes historier handlet oftest om å ikke bli hørt/tatt på alvor når de har vurdert en beboer/pasient i behov for innleggelse på sykehus eller DPS;

(K) «Jeg følte ofte at en kom til kort ovenfor spesialisthelsetjenesten når jeg jobbet i kommunen, også en opplevelse av å ikke bli hørt..»

- (K) «jeg/vi i boligen vurderte behov for innleggelse, men min/vår vurdering ble ikke tatt på alvor og pasienten fikk ikke innleggelse.. opplevde at overlegen snakket nedlatende og kort til meg.....»
- (K) «ja for eksempel når de blir møtt med skepsis i forhold til riktige vurderinger.. som altså voksne mennesker som må argumentere og slåss for sitt syn...de begynner å gråte.. de trenger ikke en slik motstand.. og når du trenger hjelp og ikke blir tatt på alvor for det du kan og den du er...det er tungt..det er tunge ting de sliter med i bofellesskap.. det er viktig å bli møtt for å holde ut over tid...»
- (K) «jeg forventer å bli tatt på alvor men det ble jeg ikke...hva de tror om meg, driter jeg i...jeg kjente at de trodde jeg var en hysterisk miljøterapeut som var mora...jeg tenkte at du har ikke peiling på hvor langt vi strekker oss...før vi tar kontakt..»
- (K) «vi hadde gått mange runder med en beboer for å ordne det internt ... det siste vi tenkte var å ta kontakt med AAT... for å få et vendepunkt.. men da ble jeg møtt med dette...om vi ikke bare kunne staffe opp i bolig...og måtte forsvare meg.. jeg kjente at.....jeg ble forbannet.. ja...hva kompetanse tror de jeg har...de har jo ikke peiling på hvordan vi jobber her og hva rammer vi har...kom ut hit og se hva vi driver med tenkte jeg.... De har jo mye makt.. jeg kjenner på den.. da skal en i hvert fall ha kunnskap om hva et bofellesskap er og hva rammer en har...»

På spørsmål om hvorfor deres vurderinger ikke blir tatt på alvor, forklarte
kommuneansatte;

- (K) «årsaken kan være ulik oppfatning av symptombilde og at spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om hvilke rammer og lovverk vi jobber under i kommunen i bofellesskapet...spesialisthelsetjenesten tror kanskje vi kan ivareta pasienten på samme måte som på sykehuset, men det kan vi jo ikke.. eller årsaken kan være at de ser på seg selv som ekseperter, slik oppfatningen har vært i årevis...»
- (K) «det kan jo være vanskelig for dere på grunn av at pasienten kanskje sier at han ikke ønsker innleggelse...han kan jo samle seg for en kortere

periode.....spesialisthelsetjenesten har gjerne en travlere hverdag enn oss i kommunene?»

Uenighet ved behov for innleggelse, ble hyppigst nevnt som problematisk og identifisert under spørsmålet som omhandlet skjeve maktforhold mellom partene.

Under kapittel 2, «et tilbakeblikk» oppsummeres landets kommuners oppfatninger om hva som er deres viktigste utfordringer innen psykisk helsearbeid. Kommunene opplever økt etterspørsel og sykere pasienter, vanskeligheter med å gi et tilbud av god nok kvalitet, utfordringer i forhold til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og mangel på kompetanse. Av de aller viktigste utfordringene som ble nevnt var; å få hjelp av spesialisthelsetjenesten og legevakt når brukerne blir så dårlige at de trenger akutt innleggelse.

I følge veileder fra Helsedirektoratet (IS-1388/ 2006) skal kommunalt ansatte skal bli tatt på alvor ved behov for bistand.

Problemet synes å skyldes ulik oppfatning av behovet for akutt innleggelse.

Som nevnt under teori kapittelet, punkt 3.6 om «rammer», illustreres kravene for tvangsinnleggelser hvor det oppsummeres utallige kriterier som må være oppfylt. Erfaringsmessig er beslutningene basert på skjønn utover en del faglige krav.

På hvilket grunnlag gjøres vurderingen hos spesialist? Som nevnt fra en av informantene, kan pasienter samle seg for en kortere periode foran spesialist, på tross av alvorlig psykose. I fare for å bli kritisert, må det innrømmes at jeg har bevitnet eller selv utført vurderinger, som i etterkant har vist seg feilaktige, og hvor konsekvensene har vært til dels alvorlige. Hvem er egentlig best i stand til å vurdere behovet for innleggelse? Spesialisten som har observert pasienten i noen minutter, eller helsepersonell i boligen som også har utdannelse og erfaring, som kjenner pasienten og har observert symptomene utvikles over tid og forsøkt ulike forebyggende tiltak?

Det virker naturlig å tenke seg at de kommunalt ansatte best kan vurdere når skjerming, depot eller annet, blir nødvendig, for å hindre at vedkommende i meget nær framtid vil få sin tilstand vesentlig forverret, dersom innleggelse ikke iverksettes.

Kommunalt helsepersonell beskrev manglende lovverk og rammer i boligene til å ivareta de aller sykeste, i perioder. Under teorikapittelet om «rammer» og under

overskriften «bofellesskap» henvises det til at ansatte, skal se på den enkeltes leilighet som like privat som om leiligheten lå i et annet bolighus.

Etter mitt syn er dette åpenbart naive rammer. En jobber tross alt med alvorlig psykisk syke mennesker, som i tillegg skal bo sammen med andre alvorlig syke. Personal i boligene kan verken iverksette eller håndheve negativ atferd eller skjerme pasienter, låse seg inn på rommene, eller på andre måter forsøke å forebygge eller dempe økte symptomer.

Lignende frustrasjoner ble formidlet da jeg tidligere jobbet som koordinator på et Helse- og Sosialkontor. Ledere og ansatte i bofellesskap var fortvilet på grunn av manglende lovverk til å arbeide kvalitets- og sikkerhetsmessig forsvarlig i boligene. Vi fikk ordnet et møte med Fylkesmannen for å drøfte mulige løsninger, med henblikk på forhindre fare for pasienters og andre beboeres liv og helse, uten å bryte loven. Oppsummert ble det konkludert med å fortsette som før, med utvidet skjønn. Inntrykket er at dette ikke er adekvate retningslinjer med henblikk på beboeres og personals sikkerhet.

Som vist i samme teori kapittel, viste Aftenbladet nylig til over 50 alvorlige hendelser i kommunal boliger i 2013, fra drap begått av utilregnelige, grov vold, mishandling og voldtekter begått av og mot hjelpetrequende eller mindreårige, til dødsbranner.

Arbeid i bofellesskap kan slik betraktes som potensielt farlig, hvor alvorlig psykisk syke beboere krever tett oppfølging. Inntrykket er at disse behovene ikke står i samsvar med eksisterende rammer og lovverk. Ingen av informantene nevnte utrygghet relatert til boligsituasjon, men dette var heller ikke et aktuelt spørsmål under intervjuene.

Inntrykket er likevel, at disse rammene forklarer store deler av misnøyen blant kommunalt helsepersonell når foretakene avviser innleggelse i akutte situasjoner.

Oppsummert virker maktforholdet skjevt ved at spesialisthelsetjenesten har noe som kommunen ønsker, og slik står i et avhengighetsforhold. Helseforetakene har blant annet sengeplasser, skjermingsutstyr og medikamentell behandling som kan roe ned pasienten ved tiltakende symptomer, og kan avlaste bofellesskapene.

Inntrykket er at det eksisterer uklare og motstridene signaler om nødvendigheten av innleggelse. Spesialisthelsetjenesten skal på den ene side ta kommuneansattes

vurderinger på alvor i akutte kriser, men samtidig ta selvstendige faglige og skjønnsmessige beslutninger.

I teori kapittelet om rammer punkt 3.6 under overskriften «det politiske landskap» illustreres ulike ytre krav som kan påvirke beslutningsgrunnlaget. Blant annet krav om kostnadseffektivitet som gjerne oppfattes å oppnås gjennom færrest mulige innleggelse. Disse variablene sammen med generelt manglende kunnskap om kommunens rammer, ser ut til å være et gjentakende og selvforsterkende problem, som bare vil øke avstanden mellom partene.

Økonomiske krav og manglende kunnskap ser også ut til å kunne forklare misnøyen rettet mot AAT. Som nevnt i samme kapittel, under overskriften «AAT» skal teamene overprøve alle eventuelle innleggelse, som fremmes av ansatte i bofellesskapene, innen psykisk helse. Dette tilbudet kan på den ene siden være bra for pasienten dersom det eksisterer en tett relasjon mellom pasienten og AAT, eller for personal, som da slipper å henvende seg til lege/legevakt. På den annen side kan funksjonen bli oppfattet som en portvaktfunksjon for andre linjetjenesten, for kostnadsbegrensning og riktigere og lavere bruk av spesialiserte tjenester. I tillegg blir det et ytterligere ledd i innleggelsesprosessen. Som nevnt er det en realitet at teamene både i Norge og utland ble opprettet for bedre ressursutnyttelse og for kostandsbegrensning.

Andre evalueringer av slike team, viser til lovende resultater med tilbudet (Helsedirektoratet, 2006), og forskning indikerer at slike team reduserer behovet for døgnbehandling, fører til færre gjeninnleggelse, gir mindre frafall fra behandlingen og er svært gunstig for ungdom og unge voksne. Inntrykket er at de aller fleste er fornøyd med AAT, men at kommunikasjonen og holdningen mellom enkelte i dette studiet, har kommet helt på avveie.

Inntrykket er at partene må snakke sammen, med tanke på videre samarbeid. Dette leder oss til neste tema, erfaringer fra fagdagene.

5.4 fagdager

Informantenes tanker om fagdagene?

Samtlige erfaringer var positive;

- (K) «Bra med rollespill hvor det viste seg at vi har mye felles. Det var utfordrende, men spennende og jeg identifiserte meg med de andre deltakerne...ble bedre kjent»
- (DPS) «Se ting fra andre sitt perspektiv.. det å være pasient eller NAV ansatt som blir skviset på det med bolig...de må sitte å forsvare at de ikke har bolig..... nye modeller for å løse ting på en god måte...»
- (DPS) «De kan jo ikke trylle frem bolig...vi fikk sett hvor vanskelig det kan være...»
- (K) «Vi ble plutselig alle i samme båt...ble tvunget til å lære noe nytt...at ikke alt er svart hvitt...»

Uten unntak var tilbakemeldingene uttalt positive, og en finner støtte i viktigheten av å møtes i ulik teori. Faglig veiledning og tid til å pleie det tverrfaglige samarbeidet er viktig, samt arenaer til å møtes i følge Grut (2007). Videre er det nødvendig å legge organisatorisk til rette for at ansatte som jobber på tvers av ulike organisasjoner treffes og blir kjent med hverandre, fordi sosial samhandling er viktig for å stimulere til økt forståelse.

Som vist i kapittel 3, punkt 3.8, under overskriften «fagdager», rapporterte informantene om økt innsikt i hverandres roller, mer åpenhet for å tenke hvordan andre tolker ting og at deling av erfaringer og frustrasjoner i hverdagen, med bruk av humor i rollespillene, virket positivt.

Inntrykket er at Psykodrama som metode, virket effektiv for ny erfaringskunnskap. Deltakerne rapporterte om nye perspektiv på det å være NAV ansatt, hvor de gjerne tidligere hadde urealistiske forventninger til anskaffelse av bolig. Et sitat illustrerte dette ved; «de kan jo ikke trylle frem bolig heller»

I følge teorikapittelet punkt 3.4 om samhandlingskompetanse, er tverrfaglig samarbeid avhengig av at det blir frigjort tid til å drøfte, ha samarbeidsøvelser og andre former for støtte. I tillegg er det viktig med rolleavklaringer, oppbygging av relasjoner og utvikling av effektive prosesser, hvor partene må konfrontere eventuelle underliggende konflikter. Informantene beskrev en merkbart positiv endring i klimaet etter fagdage, som var en del av samhandlingsprosjektet;

(K) «Vi treffes jo mer oftere nå, noe har skjedd, en endring»

MEG: men hva har skjedd?

(K) Svar; «Nei... jo... vel.. uff dette er gjerne litt stygt sagt....men før kjørte vi pasientene til døren når de skulle legges inn på DPS –nå følger vi dem inn.

MEG: forklar? Hvorfor gikk dere ikke inn før, hva handlet dette om?

(K) «Vet ikke – kanskje kulturen... men føler at det er bedre nå – vi delte ikke like mange opplysninger før – oftere møter nå – har flere arenaer, fagdager til å møtes bla mestringsplaner, livsstolpen som gjennomgås sammen – får felles forståelse – jobber plutselig på lik måte... før var det ulikt.. vanskelige spørsmål du har....ler...»

(K) «en mer intern interesse for å få ting til..man tar en telefon og det første man blir møtt med er hva vi trenger...det er jo helt nytt»

(K) «ja nå vet de hvem vi er og hva vi står i.. og det å ringe til noen kjente å få hjelp.. å få tilbake.. hva kan vi hjelpe deg med? Hva er det dere trenger? Er langt mer offensivt..»

(DPS) «Jeg merker et helt annet fellesskap nå enn før... kommuneansatte stikker innom mer som om de er hjemme etter at vi begynte med dette prosjektet...»

(K) «Flere enn meg har hatt flere negative erfaringer med kontakten med AAT, men det har skjedd en endring etter Samhandlingsprosjektet...en har nå mer forståelse for begge parters situasjon..lettere å ta kontakt.. og å lufte ting... jeg tror også AAT ser på oss med nye øyne etter prosjektet...»

Endringen i klimaet mellom partene var tydelig positivt, som jo heller ikke overasker med tanke på at sosialt samspill vanligvis fremmer samhold. Ikke få millioner anvendes jevnlig til «teambuilding» i det private næringsliv for økt samhold som gir økt effektivitet.

Spørsmålet er imidlertid hvor langvarige slike «klimaendringer» holder seg stabile?

I følge teori kapittelet punkt 3.6, om rammer, og under overskriften «organiseringer», problematiseres at offentlige organisasjoner ofte er styrt av improviserte ad-hoc løsninger for samarbeid. Jeg støtter dette perspektiv og mener fagdager er bra, men hva når prosjektmidlene tar slutt?

Inntrykket så langt er, at en jevnlig må sette av tid og ressurser til slikt arbeid, for å unngå at misforståelser, underliggende holdninger og negative opplevelser får utviklet seg og forringe samhandlingen.

I teorikapittelet punkt 3.4 om samhandlingskompetanse viser en evaluering til at mangelen på forpliktende dialoger er hovedutfordringen relatert til samhandling, og at forpliktende dialoger bør bygges opp. Jeg støtter dette perspektivet på det sterkeste og har gjennom flere år sett at det ofte skorter her.

Et annet politisk virkemiddel tiltenkt for å fremme samhandling er Individuell plan. Jeg ønsket derfor å undersøke erfaringene så langt;

5.5 Individuell plan

Opplever du at bruk av individuell plan er positivt eller negativt i forhold til samhandling?

Svarene var entydig negative her med hensyn til erfaringer med IP;

(DPS) «Jeg har aldri så lenge de fem årene jeg har jobbet, opplevd eller sett at IP kan være positivt...»

- (DPS) «det er jo ennå ikke avklart hvem som skal være koordinator, uklare systemforhold, vi gjør det ofte for vanskelig...mens det enkle er ofte det beste.. ved å bygge opp under målene til pasienten..»
- (K) «alle snakker jo om at IP er bra – men ikke alle er det..av og til heller dumt å ha dersom pasienten ikke benytter seg eller vet om den...»
- (K) «IP er veldig usexy.. det ble liksom bestemt over folk.. folk forstår det ikke.. det er masse arbeid.. en teknisk formalitet..»
- (DPS) «IP spesielt er vanskelig uten felles datasystem – da jobber en gjerne med hver sin plan uten å koordinere dette. Ved en kriseplan som ligger i det felles systemet kan alle benytte denne aktivt også pasienten.»

Informantene har følgende forklaring på hvorfor IP konseptet har mislykkes og hvordan det kan bli bra:

- (DPS) «tror likevel at det kan bli bra med felles data system..»
- (K) «de må selge det inn på en annen måte..»
- (DPS) «det trengs økt kunnskap og undervisning, fagdager om IP med mer praktisk tilnærming..»

Her er bare noen eksempler, men samtlige informanter hadde negative erfaringer med individuell plan, også lederne. Med tanke på omfattende statlige ressurser som er øremerket arbeid og utvikling av dette verktøyet, var svarene overveldende.

Alle pasienter har lovfestet rett til å få utarbeidet individuell plan. Kommuner og Helseforetak har plikt til å sørge for at den blir utarbeidet, og planen skal sikre at det etableres samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer for et helhetlig tilbud (Sosial- og Helsedepartementet, 2010). Men på tross av denne plikten, var det få informanter

som hadde skrevet flere planer. De opplevde verktøyet komplisert og uinteressant. Som vist i teorikapittelet punkt 3.6, om rammer, har evalueringer vist til lignende resultat, ved at kommuner og sykehus *strever* med å innfri lovpålagt rett til individuell plan.

Inntrykket er at helsepersonell har behov for enkle og gode verktøy, ikke slik planen presenteres i dag. I tillegg viser undersøkelse til at individuelle plan, i bare en av fire saker som gjaldt unge voksne med psykiske lidelser, fungerte hensiktsmessig for brukervedvirkning og samhandling. Studie støtter opp under at slike planer ikke alltid egner seg for kompliserte saker og komplekse tilstander. Som vist i teori kapittelet om fagdagene fikk informantene økt bevissthet omkring viktigheten av individuell plan, men endret ikke holdningene til arbeidet, viser dette funnet.

Jeg støtter perspektivet om at Individuell plan spesielt blir vanskelig uten et felles datasystem, fordi en kan ende opp med å jobbe med hver sin plan, uten at disse koordineres. Samtidig har web baserte planer også fått varierende mottakelser, og Helsedirektoratet er blant skeptikerne. De begrunner dette med at de mest sårbare brukere kanskje ikke kan nyttiggjøre seg så komplekse hjelpemidler (Kvaal, 2014).

Oppsummert var dette et svært interessant funn, som bør være av interesse for videre studier om en ønsker å ivareta intensjonene.

Et annet verktøy presentert politisk som fremmede for samhandling er veiledning. Under teori kapittelet punkt 3.6 om rammer, vises det til at veiledning er en systematisk og personlig læreprosess og at DPS har veiledningsansvar til kommunene. Jeg ønsket derfor å kartlegge erfaringene her.

5.6 Veiledning

Hvilke tanker/erfaringer har du om veiledningen som gis fra DPS til bofellesskapene?

Hovedinntrykket var at veiledning som tilbys ansatte i bofellesskapene til dels er nytt, hvor noen tilbakemeldinger var positive;

(DPS) «viktig at vi (DPS) veileder kommuneansatte(i bofellesskapene), gjerne oftere enn nå, men kommunen må be om det – ellers blir vi belærende liksom... det må komme fra det de ønsker å få veiledning på...»

(K) «bra... viktig å få felles forståelse av hvem pasienten er og hva problem han har, og forventinger...må også sjekke ut med pasienten.. bra for samhandling...»

Ikke alle er like positive;

(K) «Blandede erfaringer...bortkastet.. de(DPS) skjønner ikke hva et bofellesskap er.. det blir en kulturkollisjon»

MEG: hvordan?

(K) Svar: «at vi(bofellesskapene) ikke kan gjøre slik og slik.. vi blir møtt med litt dumme tilbakemeldinger.. kan dere ikke gjøre sånn ..men det kan vi jo ikke.. vi har ikke lovverket på vår side...det blir så umyndiggjørende igjen...de sier vi skal ta fra dem røyken.. men det er jo ikke lov...»

Hovedinntrykket er at informantene tenker at veiledning kan være bra dersom det blir brukt på en annen måte enn i dag, med fokus på felles forståelse og gjensidig tillit. Igjen fremheves et perspektiv om at spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om rammene for bofellesskapene, som forringer basisen for veiledning. Som nevnt i teori kapittelet punkt 3.3 om «samhandling» vises det til, at for at samhandling skal være mulig må forholdet mellom enkeltpersonene være basert på tillit, gjensidighet og likeverd.

Det aller siste spørsmålet omhandlet informantenes egne forslag for å fremme samhandling.

5.7 Forslag

Alle hadde konkrete forslag til tiltak som kan fremme samhandling;

(DPS) «Jeg har tro på de personlige relasjonene hvor en konkret jobber sammen over tid for å få ting til... vi har jo plikt til å veilede kommunene. Vi burde gjøre mer av det når pasientene blir dårlige.. i stedet for å søke pasienten til innleggelse kunne vi komme ut til kommunene og hjulpet der ute?»

(K) « jeg er også opptatt av at personal skal hospitere på dps i tre dager som nyansatte.. for å bli kjent med systemet og få en annen forståelse.. men det skulle også vært motsatt de trenger å vite hva et bofellesskap er og hva det ikke er..vi kan ikke bruke tvang og makt..vi kan ikke bare låse oss inn og ture på .. det er en helt annen måte å jobbe på.. Men personalt bør ikke få bestemme selv, de skal jo hospitere.. sånn tenker jeg..mitt personal skal hospitere..hvis man spør folk.. de vil ikke skifte miljø..»

(K) «Felles IKT, klart å ha samme tilgang til historikk og situasjon...ofte får vi ikke epikriser når pasienter blir utskrevet.. der faller det ofte igjennom.. vi får ikke den nødvendige informasjon.. hva har han blitt behandlet med.. ofte er det heller ikke klart med medisiner.. det kan være på en fredag....»

Forslagene var varierte og kreative, og bar preg av tydelige ønsker om å få til god samhandling.

DPS ansatt sitt forslag om å reise ut til bofellesskapet for å hjelpe til, når pasienten blir dårlig ble også foreslått av informant fra AAT. Spørsmålet er imidlertid om dette er adekvat hjelp med tanke på rammene i bofellesskapene. Økning av bemanning kan ikke endre på lovgrunnlaget for tiltak i boligene. Inntrykket er at slike forslag understreker et ønske om å hjelpe til, men viser også til manglende forståelse for situasjonen.

Hospitering ble gjentatt som forslag for å fremme samhandling. Og et hospiteringsprosjekt (Syse & Solberg, 2009) viste til god effekt, ved at 70% av deltakerne fra 1. og 2. linjetjenesten gav dem bedre forståelse for hvordan det var å jobbe på « den andre siden». Det har imidlertid vist seg vanskelig å gjennomføre

gjensidig hospitering i praksis. Som vist i kapittel 2 «et tilbakeblikk» viser evaluering til at ansatte fra helseforetakene var lite interessert i å hospitere i kommunene.

Inntrykket er at dersom personell fra spesialisthelsetjenesten hospiterer ut i kommunene, og får utvidet kunnskap om hvilke utfordringer de ansatte står i, kan dette påvirke samarbeidet på flere områder. I forhold til innleggelsesprosessen vil spesialistene da ha større forutsetning for å kartlegge eventuelle risiko ved avslag på innleggelse, og kommuneansatte kan få mer forståelse og respekt, fordi motparten vet hvor vanskelig ting kan være i boligene.

Som vist i teori kapittelet punkt 3.6 om rammer, og under overskriften «hospitering», vises det til at hospiteringsordningene bør være operasjonaliserte, konkrete med klare prosedyre beskrivelser. Jeg støtter dette perspektiv og mener hospiteringsordninger som er tilfeldige med varighet fra 1 til 2 dager, der spesielt interessert helsepersonell velger å delta, ikke er veien å gå, om man ønsker å ta problemet på alvor.

Som vist i samme kapittel, om implementering av samarbeidsavtaler, gjelder samme prinsipp, nødvendigheten av formalisert samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og tydelighet i avtalene.

Forslagene om felles datasystem som virkemiddel for å fremme samhandling, har vært på den politiske agendaen i årevis. Gjennom en rekke sentrale politiske dokumenter er det illustrert høye politiske ambisjoner om elektronisk forvaltning for effektivisering. Som det også vises til, i ny Helse- og Omsorgstjenestelov (kap.6, §6-2, pkt 9, 2011).

Jeg tror felles IKT-løsninger kan forenkle samhandlingen betraktelig. Det private næringsliv har innsett betydningen av digitale plattformer for økt kommunikasjon, samhandling og profitt. Mange vil bannlyse å ta lærdom av slike markedskrefter. Jeg mener man i stedet bør hente inspirasjon fra det private næringsliv for økt samhandling på kryss og tvers. Pasienter nyter godt av at helsepersonell snakker sammen og forstår hverandre.

Etter endt presentasjon av svar fra informantene, drøftet opp mot teori og egne refleksjoner, vil jeg nå oppsummere oppgaven i sin helhet og fremheve ulike tanker om veien videre.

Kapittel 6 Oppsummering

Samhandlingsreformen er iverksatt og ulike lovverk forplikter helsepersonell å samhandle, uten at det konkretiseres hvordan få til god samhandling.

Formålet med oppgaven, var derfor å undersøke samhandling innen psykisk helsearbeid mer inngående, for å få utvidet forståelse om hva samhandling *er og bør* inneholde, samt konkretisere hvilke tiltak som kan øke samhandlingskompetansen blant helsepersonell. Hovedformålet er at pasienter opplever mer koordinerte og sammenhengende tjenesteforløp.

I oppgaven har jeg intervjuet helsepersonell og ledere, fra ulike bofellesskap i en kommune, samt helsepersonell fra et DPS i samme opptaksområde. Metodisk har jeg hatt som mål å gå i dybden, ved ansattes erfaringer, og få overblikk ved å se på ulik teori, forskning og ulike evalueringer omkring samhandling. Informantenes erfaringer er drøftet opp mot teori med utgangspunkt i problemstillingen « hvilke faktorer fremmer og hemmer samhandling og samhandlingskompetanse innenfor arbeid med pasienter som har rus- og/eller psykiske lidelser?». Med bakgrunn i informantenes erfaringer, teori og tidligere evalueringer av samhandling, har jeg valgt å oppsummere følgende hovedpunkter, og forslag, for å fremme samhandling;

6.1 Systematisering

Hovedinntrykket er at virksomheter, må legge til rette for samhandling på tvers av nivå på en mer systematisk, jevnlig og forpliktende måte enn i dag for å øke samhandlingsklima mellom partene. Samhandlingsprosjektet i form av fagdager, viste til merkbare positive endringer mellom partene, med økt innsikt i hverandres hverdag, til felles forståelse samt justering av forventninger til mer realistisk nivå. Ansatte bør jevnlig få anledning til å formidle hvor skoen trykker, til å stille spørsmål, oppklare eventuelle misforståelser og forløse eventuelle underliggende negative holdninger, som forringer samarbeidet. Sosialt samhold og frigitt tid til drøftinger vil øke muligheten for handlinger som tar hensyn til helheten, ved å se seg selv som en del av et større system. Det virker nødvendig å etablere samarbeidsfora på tvers med ulike aktører, ikke bare

med aktørene som er nevnt i denne oppgaven. NAV, Helse- og Sosialkontor, poliklinikker, miljøtjenesten er noen blant flere viktige aktører innen psykisk helsearbeid, som blir viktig å inkludere om man virkelig ønsker å styrke samhandlingskompetansen på «kryss og tvers». Med utgangspunkt i dette prinsipp synes oppgaven å ha høy overføringsverdi. Mitt forslag er videre å hente ideer og inspirasjon fra det private næringsliv, om fysiske, så vel som digitale plattformer for samhandling. Dette tror jeg vil føre til økt effektivitet som pasientene kan nyte godt av.

6.2 Ledelse og involvering

Inntrykket er at lederne har mye press «utenfra». Pasienters styrkede stilling, flere rettighetslovgivninger, medikalisering og samtidig fokus på kostnads-nytte prinsipp, kan forklare ledelsens manglende prioritering med å formidle kunnskap om samhandling ut til ansatte. Inntrykket er at ledelsen bør inkludere ansatte tidligere og jevnlig i ulike informasjonsfora, slik at de blir tryggere på hva samhandling er og bør inneholde.

6.3 Nye rammer

Helsepersonell i bofellesskapene rapporterte om misnøye i kontakten med legevakt eller spesialisthelsetjeneste, i akutte situasjoner. De beskrev opplevelser som ikke å bli tatt på alvor når pasienter ble tiltakende dårlige og i behov for akutt innleggelse. Opplevelsene sammenfaller med egne erfaringer fra arbeid i kommunen tidligere (se kapittel 1, «interesse for tema») og gjentas i ulike evaluering om samhandling, som tyder på at endring tar tid. Forklaringer på hvorfor, kan handle om rammene i bofellesskapene, med vanlig husleielovgivning, som problematiserer samarbeidet, og fører til en avhengighet og sårbarhet for å få hjelp i akutte situasjoner. I tillegg til spesialisthelsetjenesten uvitenhet om disse forhold. At husleielov regulerer hva ansatte kan iverksette av

forebyggende eller lindrende tiltak når pasienter blir tiltakende psykotiske, utagerende eller på andre måter dårlige, virker utilfredsstillende.

Inntrykket er at innleggelse prosessen virker byråkratisk, tidkrevende og in-effektiv, når ulike fagpersoner fra ulike nivå, skal uttale seg på relativt «tynt grunnlag» om behovet for innleggelse. Erfaringsmessig skjer vurderingene innenfor et kortere tidsintervall, ofte uten forutgående kunnskap om pasienten og hans/hennes bakgrunn, og innenfor helt spesielle omgivelser. Pasienter må fraktes ut av hjemmet, eventuelt ved tvang, av politi eller ambulanse. Med tanke på økte krav om kostnadskontroll og effektivitet, samt mål om færrest mulig innleggelser, virker prosessen lite hensiktsmessig.

Et forslag er om helsepersonell i bofellesskapene i stedet kunne iverksette nødvendige tiltak i boligene, uten å gå via spesialisthelsetjenesten. For eksempel ved å skjerme pasienter, låse seg inn på rommene ved potensiell farlige situasjoner eller å gi beroligende medikamenter.

Menneskerettighetsperspektiver hvor behovet for beskyttelse av uvilkårlig innblanding i privatliv, familie, hjem kan ligge til grunn for bestemmelsen om vanlig husleielovgivning. Problemer er at pasienter som blir tiltakende dårlige, likevel vil bli utsatt for denne belastningen. I tillegg til å bli fraktet ut av bolig, frivillig eller ved tvang. For sårbare psykotiske eller eldre pasienter kan dette være en påkjenning.

Hva om deler av spesialisthelsetjenestens oppgaver ble overført til kommunene og ut til bofellesskapene, forutsatt at lovgivning, midler, kompetanse og ressurser fulgte med?

Spørsmålet synes høyaktuelt å studere videre med bakgrunn i belastningene prosessen medfører for flere involverte parter, ressursbruk og alvorlige hendelser som tidvis skjer i bofellesskap i dag.

Ressurser som er, og fortsatt planlegges overført fra foretakene ut til kommunene, kan tyde på en ny retning. Endringer forutsetter imidlertid oppheving av et klart skille gjennom flere år, mellom spesialistveldet og vanlig kommuneansatte, som kan føre til profesjonsstrid. Situasjonen synes uansett viktig å tas tak i, dersom man ønsker å gjennomføre politiske intensjoner om bedre samhandling.

6.4 Bedre verktøy

Politisk er individuell plan, veiledning og hospitering presentert som viktige verktøy for å fremme samhandling. Funnene i denne oppgaven, understøttet i teori, viser imidlertid til at disse verktøyene ikke nødvendigvis fremmer god samhandling.

Informantene etterlyste enklere systemer og at planen må «selges inn» på en mer spennende måte. De påpekte at arbeidet blir lite formålstjenlig uten felles datasystem, og at planene gjerne havnet i en «skuff». Intensjonene om at individuell plan skal være et verktøy og en metode for samarbeid, synes å ha mislykkes, og teori viser til at planen ikke er hensiktsmessig i kompliserte saker. Som tidligere ressursperson i kommunen for individuell plan, kjenner jeg tilsvarende motvilje ved dette arbeidet.

I teorien virker individuell plan bra. Mens praksis viser til flere uforutsigbare variabler, som en må ta inn over seg i ettertid, om man skal oppfylle intensjonene. Inntrykket er at en bør kartlegge årsakene grundig, med praksis nær forskning. Da kan en lettere få tak på og identifisere avgjørende variabler, og ta disse inn i det videre arbeid med individuell plan. Jeg støtter Beresford (2003) sitt perspektiv om at dess større avstand til forskningstemaet dess større sjanse for at kunnskapen blir unøyaktig, ikke valid og forvrengt. Jeg foreslår derfor forsker med nærhet til temaet og feltet.

Et lignende eksempel er NAV-reformen, som av flere blir betraktet som mislykket. Mål var «en dør-flere tjenester», mens resultatet ble et helt annet. Flere betegner NAV som et uoversiktlig byråkratisk og lite brukervennlig sted. Inntrykket er at en må gå «tetter på» aktørene og feltet, og undersøke hva som skal til.

Evalueringer av hospiteringsordninger har motsatt vist seg å være svært vellykkede, og informantene etterlyser mer av det. Inntrykket er at hospiteringen bør være av ett visst omgang, og satt i system, for at en skal få større forståelse for hvordan det er «å være på den andre siden».

Inntrykket er at ansatte i fra 2.linjetjenesten, som tidligere har vist manglende interesse for dette, kan som resultat få økt innsikt og utvidet forståelse for hva kommunene må stå i. Dette kan igjen påvirke samarbeidet positivt og kommuneansatte kan få større forståelse ved henvendelse i akutte situasjoner.

Jeg foreslår at hospiteringsordninger etableres på «kryss og tvers» ved flere virksomheter. I tillegg til utvidet forståelse kan en få økt kunnskap om de ulike tjenester, og bli tryggere på, hva som gir pasienten eller brukeren, den beste og mest effektive behandling.

Veiledning som tiltak kan likeledes bli bra dersom ansatte fra spesialisthelsetjenesten etter hvert tilegner seg økt forståelse. Informantene presiserte dette som en slags forutsetning for veiledning.

6.5 Verdi på samhandling

Inntrykket er at samhandling må læres på lik linje med andre fag, og at det må settes en verdi på samhandlingsarbeid. Utvalgte ansatte kan bli «nøkkelpersoner» for å ivareta arbeidet, med mulighet for jevnlig faglig oppdatering på feltet, og eventuelt kompensasjon. Det er lovpålagt med pårørende arbeid, og virksomheter skal ha barneansvarlige. På samme vis kan en ha samhandlingskoordinatorer i hver virksomhet. Ellers synes noen yrkesgrupper å være særlig egnet for slikt arbeid, blant annet sosionomer, som påpekes i «Dagens medisin» (Heitmann og Solum, 2014). Der fremheves sosionomers «navigatør» fokus sammen med et psykososialt blikk som tiltak for å fremme samhandling.

6.6 Til slutt

Oppgaven med å identifisere faktorer som fremmer og hemmer samhandling og samhandlingskompetanse har vært utfordrende. Landskapet innen psykisk helsearbeid er vidt og kompleks, og ulike tema kunne vært utdypet og kartlagt grundigere. Likevel håper jeg å ha identifisert noen relevante funn som har overføringsverdi for helsetjenesten for øvrig.

Utallige timer har jeg brukt til å tenke og snakke med andre om hva som kan fremme samhandling. Hvert et inntrykk fra bekjente, radio eller Tv er blitt tolket gjennom mine «samhandlingsbriller» på leting etter svar. En analogi må nevnes, hentet fra en radio debatt om matematikkens kaosteori. Den traff meg så inderlig i mitt daværende «samhandlingsunivers». Kaosteori sammenlignes med «sommerfugleffekten» som antyder, at når en sommerfugl slår med vingene sine i Tokyo og lager ørsmå endringer i atmosfæren, så kan det over tid føre til dannelsen av en tornado Texas.

Vingeslagene representerer her aktørene rundt pasienten som skaper startvilkårene til en handlingsrekke. Om vi som helsepersonell ikke møtes «på kryss og tvers» vil pasienten heller ikke kunne fly.

Bibliografi

- Aass, H., & Ergo, T. (2013, 12 17). *aftenbladet.no*. Hentet 4 1, 2014 fra <http://www.aftenbladet.no/nyheter/lokalt/stavanger/Granskes-tragediene-3316219.html>
- Beresford, P. (2003). *Its our lives - a short theory of knowledge, distance and experience. Shaping Our Lives*. London: British Library Cataloguing in Publication Data.
- Bjørstad, D., & Eriksen, A. (2013). *Samhandling Midt- og Indre Sør Troms regionene - psykisk helsearbeid i kommunene og spesialisthelsetjenesten*. Silsand: Universitetssykehuset NORD-NORGE, Senter for psykisk helse Midt-Troms.
- Brofoss, K. E., & Larsen, F. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elverum, L. I. (2012). Masteroppgave. *Hvilke tiltak fremmer samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen?* Tromsø: Universitetet I Tromsø.
- Fog, J. (1998). *Med samtalen som utgangspunkt - Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk Forlag.
- Hansen, G. V. (2013, 2). Helhetlig tjenestetilbud med basis i bolig. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, ss. 129-137.
- Heitmann, E., & Solum, T. B. (2014). Viktige aktører i samspillet rundt pasienten. *Dagens medisin*, 30-31.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011, 6). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet 5 6, 2014 fra Lovdata: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-+og+omsorgstje>
- Helsedirektoratet. (2011). *Samhandlingsreformen og ny folkehelselov; "Behov for samfunnskompetanse" i kurs og utdanningstilbud. Rapport 09/2011, IS-1931*.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus, - og psykiske lidelser - ROP lidelser, IS-1948*. Oslo.
- helsedirektoratet, S. o. (2006). *Distriktpsykiatriske sentre - Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen IS-1388*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet ved Trykksaksekspedisjonen.
- Helse-Fonna. (u.d.). *helse-fonna.no*. Hentet 3 31, 2014 fra <http://www.helse-fonna.no/fagfolk/samhandling/hospitering1/helse-fonna-samhandling-hospitering-avtale-om-hospitering-psykiatri.pdf>
- Helse-og Omsorgsdepartementet. (2010). *Veileder til forskrift om Individuell Plan*. Oslo: Departementet.

- Helse-og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lovdata*. Hentet Mai 6, 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-+og+omsorgstje>
- Helsepersonelloven. (1999). *lovdata.no*. Hentet 3 31, 2014 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-+og+omsorgs*
- Holum, L. C. (2010, Vo 47, nr 7). *psykologtidsskriftet.no*. Hentet 3 31, 2014 fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=110180&a=2
- Johannesen, A., Natland, S., & Støkken, A. M. (2011). *Samarbeidsforskning i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kalseth, B., & Paulsen, B. (2008). *Strategisk samarbeid - på papir og i praksis, Sintef A8640*. Trondheim: Helsedirektoratet.
- Kalseth, B., Midtun, L., Paulsen, B., & Nygård, L. (2004). *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill. Sintef - A6227*. Trondheim: Helsetjenesteforskning.
- Knudsen, U. H. (2011). Samarbeidskultur og likeverd viktigst. *Kommunal rapport nr.12*, s. s.9.
- Kunnskapssenteret. (u.d.). *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring*. Hentet Mars 31, 2014 fra [ogbedreskaldetbli.no](http://www.ogbedreskaldetbli.no): http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Andre_metoder/Individuell_plan/3008
- Kvaal, B. (u.d.). *rop.no*. Hentet 3 31, 2014 fra http://rop.no/artikler/Etter_dato/Vet_ikke_om_webbasert_IP_virker
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lisbeth, G. (2007). *Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid - Sintef rapport A1207*. Trondheim: SINTEF.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St 16, N.-o. (2010-2011). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Meld.St.nr 63. (1997-1998). *Opptreppingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Helse-og omsorgsdepratementet.
- Meld.St.nr.47. ((2008-2009)). *Samhandlingsreformen* . Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Mæland, J. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Nilsen, R. (2010). *Er tverrprofesjonell samhandling noe annet enn utøvelse av fag?*, nr.1, 6.årgang. Nordisk tidsskrift for Helseforskning.
- Nordbrenden, U. (2007, august). *alternativ.no*. Hentet april 18, 2014 fra <http://www.alternativ.no/behandlingsmetoder/psykodrama.html>
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig arbeid*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse-i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: J.W.Cappelens forlag as.
- Polifroni, E. C., & Packard, S. A. (u.d.). Explanation in Nursing Science. I P. E. Welch, *Perspectives on Philosophy and Science in Nursing: An Historical and Contemporary Anthology* (ss. s.189-195). Philadelphia:Lippincott.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2004). *Bære eller bryte - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skevik, T. (2011, 4). Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten? *Master of Public Administration, MPA, 2009-2011*. Handelshøjskolen i København .
- Slettebak, R. T., Kaspersen, S. L., Jensberg, H., & Ose, S. O. (2013). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011*. Trondheim: Sintef Helse.
- Sommerseth, R. (2009, 11 2). Rekruttering av psykiske helsearbeidere. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning*, ss. 18-30.
- Syse, J., & Solberg, J. (2009). *Styrket samhandling gjennom gjensidig hospitering i 1. og 2. linjetjenesten*. Sandefjord: Høgskolen I Vestfold.
- Thomassen, a., & Bøe, T. D. (2009). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid - om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen.
- tjenesteloven, H. o., & Omsorgstjenesteloven, H. o. (2011, juni). *Lovdata*. Hentet mai 5, 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-+og+omsorgstj>
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser - Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe a.s.
- Wikheim, H. (2013). Masteroppgave i endringsledelse. *Samarbeidsavtaler - formalitet eller redskap til samhandling*. Universitetet i Stavanger.
- Ådnanes, M., & Harsvik, T. (2007). *Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid, Sintef A2954*. Trondheim: Sintef.

VEDLEGG:

- Informasjonsskriv til informantene, med samtykke erklæring
- Intervjuguide
- Godkjennelse oppstart master

INTERVJUGUIDE

- 1) **Spørsmål: Jobber i? hvor mange år?**

- 2) Hva betyr/legger du i ordet samhandling?

- 3) **Vanskelig tema?**

- 4) **Hvor har du lært om samhandling? Bør dette læres? Hva bør læringen bestå av?**

- 5) Samhandlingsepisoder som har fungerte bra.

- 6) Tanker/holdninger om samarbeidspartnere
 - Skjev maktfordeling? (Jmfør tidligere forskning via SINTEF.)

- 7) Samhandlingsepisode som ikke fungerte bra.
 - Hvorfor/Utdyp

Sjekke tidsbruk til nå.

- 8) Forslag til tiltak som kan forbedre samhandling.

- 9) Tanker og opplevelser fra fagdagene.
 - Rollespill og jobbing i grupper, bra/dårlig?
 - annet

- bør det avholdes flere fagdager?

10) Bruk av IP, positivt eller negativt i forhold til samhandling?

- Utdyp.

11) Tanker om veiledning relatert til samhandling i forhold til form(struktur) og innhold(kvalitet).

- Positivt, negativt,
- Ofte nok? Hva burde eventuelt endres?

Oppsummering:

- hva oppsummerer du som viktigst for å fremme samhandling
- noe jeg ikke har spurt om som er viktig
- Tusen takk for hjelpen.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deg som har sagt ja til intervju rundt temaet samhandling.

Formålet med dette intervjuet og denne studien er å identifisere suksesskriterier for samhandling mellom ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Målet er å forbedre samarbeidet slik at pasienter får kvalitativt bedre tjenester.

Jeg som skal intervjuer, heter Jane Elin Nessa, Jeg er 41 år gammel og er utdannet klinisk sosionom. Jeg tar master i helsevitenskap, ved institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger. Til daglig jobber jeg ved Akutt ambulant team ved XXX. Og har jobbet i 10 år som ruskonsulent i kommunen tidligere. Et tema som har opptatt meg de siste årene, er samhandling. Med bakgrunn fra arbeid i kommunen med pasienter som har rus- og/eller psykiske lidelser, har jeg opplevd varierende former for samhandling. Jeg ønsker derfor å rette fokus på forbedringsområder vedrørende samhandling.

Jeg ønsker at intervjuet kan bli tatt opp på bånd. Datamaterialet vil deretter bli transkribert. Analyse og komprimering av datamaterialet vil gjennomgå sammen med veileder førsteamanuensis Anne Grete Jenssen. Det er viktig å få veiledning på min arbeidsmetode og tolkning for å sikre kvalitative gode intervju. Vi har begge har taushetsplikt etter Forvaltningsloven § 13 og lov om helsepersonell § 21. Skjema for *informert samtykke* underskrives på forhånd **NB! Dere som intervjusubjekter har full anledning til å stoppe opptaket underveis. Anonymitet sikres ved at alle navn erstattes med tall eller bokstaver.** Intervjuets varighet vil være ca 45 minutter. Data anonymiseres og vil bli slettet når prosjektet avsluttes.

Hoved problemstilling i oppgaven lyder: - hvilke faktorer fremmer og hemmer samhandling og samhandlingskompetanse innenfor arbeid med pasienter som har rus- og/eller psykiske lidelser,?

Bakgrunn: Behovet for bedre og sammenhengende tjenester og oppfølging der pasienter bor er politisk bestemt gjennom Samhandlingsreformen. Der fremheves plikten til å samarbeide mellom ulike nivå og behov for avtaler og veiledning. Rammene er slik tydelige, men det konkretiseres ikke *hvordan* aktørene skal samhandle eller *hva* som hemmer eller fremmer samhandling.

Jeg håper derfor at du som informant, kan gi svar på *dine* opplevelser og erfaringer omkring temaet samhandling. Jeg vil presentere en del spørsmål i starten for å sette deg i gang, men strukturen vil etter hvert være friere om du ønsker å fortelle andre ting enn det jeg konkret spør om. Følgene spørsmål ønskes undersøkt:

Utdype forståelsen av samhandling som fenomen.

Samhandlingsepisoder som har fungerte bra.

Tanker/holdninger om samarbeidspartnere.

Samhandlingsepisode som ikke fungerte bra.

Forslag til tiltak som kan forbedre samhandling.

Tanker og opplevelser fra fagdage.

Bruk av IP, positivt eller negativt i forhold til samhandling?

Tanker om eksisterende veiledning med samarbeidspart i forhold til form(struktur) og innhold(kvalitet). Om du ønsker å lese oppgaven i etterkant, vil jeg sende deg en link.

Tusen takk for at du vil dele dine verdifulle erfaringer med meg!

Med hilsen

Jane Elin Nessa

Før intervjuet begynner ber vi deg om å samtykke i deltagelsen ved å undertegne på at du

har lest og forstått informasjonen på dette arket og ønsker å delta.

Samtykke

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å delta i intervjuet

Sted og dato

Signatur

Notat

Til:
Jane Elin Nessa

Kopi til:
Divisjonsdirektør
Fagsjef
Prosjektleder

Dato: 09.01.2014
Fra:
Arkivref: 2011/4660 - 1738/2014

Godkjenning masterprosjekt MA30 - Jane Elin Nessa

Mastergradsprosjektet: «Hvilke faktorer påvirker samhandling positivt mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vedrørende pasienter med rus og/eller psykiske lidelser (ROP lidelser)»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA30.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjenning av REK følges
- foreligger det godkjenning fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres aidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.