

Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid

Jorunn Nærland Skjærpe

Vernepleier og stipendiat

NSK Jæren distriktpspsykiatriske senter, Bryne og Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Margareth Kristoffersen

Førsteamanuensis

Avdeling for omsorg og etikk, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Marianne Storm

Professor

Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Helsepersonell

Kvalitativ studie

Alvorlig psykisk lidelse

Brukermedvirkning

Samhandling

Sykepleien Forskning 2020 15 (80125) (e-80125)

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.80125

Sammendrag

Bakgrunn: Politiske og juridiske føringer vektlegger brukermedvirkning i samhandlingen mellom distriktpspsykiatriske senter (DPS) og kommuner i psykisk helsearbeid. Studien innhenter kunnskap om brukermedvirkning i samhandlingen rundt personer med alvorlige psykiske lidelser som mottar helsetjenester fra DPS og kommune.

Hensikt: Å beskrive hvordan helsepersonell ivaretar brukermedvirkning i sin samhandling og hvilke utfordringer de står overfor når personer med alvorlige psykiske lidelser har behov for helsetjenester fra DPS og samarbeidende kommuner.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Vi gjennomførte tolv individuelle intervjuer med helsepersonell ansatt i et DPS og fire samarbeidende kommuner. Intervjudeltakerne var involvert i samhandlingen om personer med alvorlige psykiske lidelser. Datamaterialet ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Helsepersonell samhandler om og ivaretar brukermedvirkning for personer med alvorlige psykiske lidelser ved at brukerne involveres i innleggelser i DPS-et, i samhandlingsmøter under og etter innleggelser og ved utskrivning til hjemmet. Brukermedvirkningen i samhandling utfordres når helsepersonell fra kommunene og brukeren ikke blir involvert i å vurdere innleggelsesgrunnlag og behandlingsbehov ved akutte innleggelser. utfordringer oppstår også når brukeren ikke deltar på samhandlingsmøter, eller når det er uenighet blant helsepersonellet om ansvarsfordeling og tiltak. Utskrivning til hjemmet ble utfordret når DPS-et og kommunen var uenige om hvorvidt brukeren var utskrivningsklar, dersom brukeren ikke ville ta imot tjenester, eller når det manglet egnet tjenestetilbud i kommunene.

Konklusjon: Helsepersonell ivaretar brukermedvirkningen i overføringer, samhandlingsmøter og tjenestetilbud når brukeren er hjemme. Brukermedvirkning i samhandling vanskeliggjøres når helsepersonell tar beslutninger om innleggelsesgrunnlag og behandlingsbehov, når brukeren ikke deltar i samhandlingsmøter, eller når helsepersonell fra DPS-et og kommunene er uenige om ansvarsfordeling og tiltak.

Samhandlingsreformen overførte oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene (1). Samhandlingen mellom distriktpsikiatriske sentre (DPS) og kommuner er viktig for å gi personer med alvorlige psykiske lidelser integrerte helsetjenester av høy kvalitet (2-5).

McDonald og medarbeidere definerer samhandling som følger: «The deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient's care to facilitate the appropriate delivery of health care services.» (6, s. 6)

Brukermedvirkning i samhandling

Brukermedvirkning i samhandling mellom DPS-et og kommunene innebærer at brukeren involveres i beslutninger, og at brukerens ønsker og behov for tjenestetilbud ivaretas i overføringer, under innleggelser og etter utskrivning fra døgnbehandling (7, 8).

Brukermedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (9). DPS-et og kommunene er pliktige til å tilrettelegge for brukermedvirkning i samhandling (1, 10, 11).

McDonald og medarbeidere (6) har utarbeidet et rammeverk med samhandlingstiltak (tabell 1). Rammeverket vektlegger hvilket ansvar helsepersonellet har for å koordinere tjenester, tilrettelegge overføringer og utveksle informasjon mellom helsepersonell og brukere.

Kartlegging av brukernes helsetilstand samt oppfølging av brukernes ønsker og behov for helsetjenester er sentralt. Behandling og psykososiale tiltak skal være tilpasset brukernes kapasitet for deltakelse og brukervedvirkning.

Tabell 1. Samhandlingstiltakene til McDonald og medarbeidere

Ansvarsfordeling: Helsepersonell i samarbeidende instanser utarbeider samarbeidsavtaler for ansvarsområder og jobber etter en felles plan med utgangspunkt i den enkelte brukerens ønsker og behov for helsetjenester.

Kommunikasjon: Helsepersonell deler kunnskap innad og på tvers av instanser og gir brukerne den informasjonen de har rett på. Informasjon utveksles skriftlig, muntlig eller elektronisk og omhandler brukernes anamnese, medisinister, prøveresultat eller andre kliniske opplysninger som blir sendt mellom helsepersonellet, eller mellom helsepersonellet og brukeren.

Tilrettelegging for overføringer: Helsepersonell tilrettelegger for tidseffektiv samhandling med komplett informasjonsutveksling og klare samarbeidsavtaler der brukerens ønsker og behov blir ivarettatt.

Kartlegging: Ved overføringer kartlegger helsepersonell brukernes somatiske og psykiske helse, nåværende og tidligere helsetilstand, sykdomsinnsikt, medisiner og nåværende og nye behov for helsetjenester. I forbindelse med utskrivning hjelper helsepersonellet brukerne med å etablere kontakt med aktuelle tjenester. Etter utskrivelse følger helsepersonellet opp brukernes tjenestetilbud, ønsker og mål.

Plan: I samarbeid med brukerne og pårørende utarbeider helsepersonellet en plan med brukernes ønsker, behov, mål, tjenestetilbud og samhandlingstiltak.

Oppfølging og endring: Helsepersonell vurderer, evaluerer og oppdaterer, sammen med brukeren og pårørende, de tiltakene som er planlagt for å sikre at de er tilstrekkelige for å nå brukerens mål.

Mestringsevne: Tjenestetilbud tilpasses hver enkelt brukers ønsker, behov, mål og kapasitet for brukervedvirkning. Helsepersonell gir brukerne og pårørende informasjon om selvhjelpsstrategier.

Dagtilbud: Helsepersonell gir brukerne informasjon om og knytter kontakt med aktuelle dagtilbud som kan ivareta brukernes helse, samt bidrar til å nå deres mål.

Fordeling av ressurser: Helsetjenestene justeres og tilpasses ut fra brukernes behov for tjenester.

Kilde: McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al (6)

Tidligere forskning

En litteraturgjennomgang (12) av internasjonale forskningsstudier dokumenterte at personer med alvorlige psykiske lidelser opplevde samhandlingsutfordringer ved utskrivning fra psykiatrisk døgnbehandling til hjemmet.

Eksempler på utfordringer er utilstrekkelig tilgang til aktiviteter og tjenester, liten involvering i beslutninger om tjenestetilbud, kompliserte medikamentregimer samt manglende kontinuitet i relasjoner, informasjonsutveksling og tjenestetilbud. Vedvarende psykiske symptomer kan gjøre det vanskelig for brukerne å mestre dagliglivet (12).

Helsepersonell og brukere i en studie fra Storbritannia (13) forteller at både manglende sengeplasser i spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbud hjemme vanskeliggjør brukermedvirkning og reduserer valgmulighetene.

Norske studier (14, 15) viser at flere kommuner mangler tjenestetilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser. Slike brukere klarer ikke å benytte, eller de ønsker ikke å benytte, tjenestetilbud i kommunene etter at de er utskrevet fra DPS-et. Noen brukere slutter å ta medisiner sine selv om det kan forebygge innleggelse og forverring av psykiske symptomer.

Studier fra Storbritannia og Canada viser at helsepersonell vektlegger kontinuitet i relasjoner og samarbeid med involvert helsepersonell om brukerens tjenestetilbud (16, 17).

Hensikten med studien

Studiens hensikt var å beskrive hvordan helsepersonell fra DPS og kommune ivaretar brukermedvirkning i samhandling, og hvilke utfordringer de står overfor når personer med alvorlige psykiske lidelser har behov for helsetjenester fra DPS og samarbeidende kommuner.

Metode

Design og forskningsfelt

Studien er kvalitativ og har et eksplorerende design (18). Den har en hermeneutisk tilnærming der intervju materialet er analysert gjennom fortolkning (18, 19).

Datainnsamlingsmetoden er individuelle intervjuer med helsepersonell.

Intervju er en velegnet metode for å innhente data om deltakernes synspunkter på studiens hensikt (18).

Forskningsfeltet var ett DPS og dets fire samarbeidskommuner.

Deltakere

Et strategisk utvalg ble benyttet (18). Inklusjonskriteriene var ledere og helsepersonell som arbeidet med personer med alvorlige psykiske lidelser, og som var ansatt ved DPS-et eller i samarbeidskommunene.

Vi rekrutterte tolv deltakere, der seks var fra DPS-et og seks fra kommunene. Utvalget inkluderte to menn og ti kvinner. Fem deltakere arbeidet som ledere og sju som helsepersonell.

Deltakerne var i alderen 26–66 år, med 1–42 års arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid. De arbeidet ved tre sengeposter, bemannet bofellesskap og hjemmetjenester og var utdannet som vernepleiere, sykepleiere og sosionomer.

Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene foregikk på deltakernes arbeidsplass høsten 2017 og ble gjennomført av førsteforfatteren. Vi brukte en semistrukturert intervjuguide (20) (tabell 2).

Tabell 2. Intervjuguide

Informasjonsutveksling og kommunikasjon

- Hvilken informasjon mener du det er viktig at det blir gitt til bruker ved overføringer mellom kommune og DPS?
- Hvilken informasjon får bruker om sin rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester?
- Hva slags informasjon blir gitt til bruker om medisiner og bivirkninger?

Organisering av tjenestetilbud

- Hvilken betydning har samhandling mellom DPS og kommune for å ivareta brukernes behov for helsetjenester?
- Hvordan organiserer helsepersonell overføringer av brukere mellom kommune og DPS?
- Hvordan legges det til rette for at brukeren kan medvirke i dette?
- Hvilke utfordringer kan dere stå overfor ved organisering av tjenestetilbud?

Engasjere og involvere brukeren i samhandling

- Hvilke tjenestetilbud tilbyr DPS og kommune?
 - Hvordan er bruker med på å bestemme oppfølging?
 - Hva er utfordrende med å få bruker til å engasjere og involvere seg?
-

En digital lydopptaker ble benyttet under intervjuene, som varte fra en halv til halvannen time. Ordrett transkribert datamateriale besto av 201 sider tekst.

Forskningsetikk

Studien er lagt frem for personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 55144. Deltakerne mottok informasjonsskriv om studien, der vi innhentet skriftlig samtykke til å delta.

Navn på institusjoner, avdelinger, kommuner og personopplysninger ble anonymisert, og det var ikke personopplysninger knyttet til datamaterialet (20).

Analyse

Vi analyserte intervjumaterialet inspirert av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse gjennom fem steg (19):

1. Intervjuene ble lest for å danne et helhetsinntrykk av innholdet,
2. meningsenheter som ord, setninger eller avsnitt ble identifisert,
3. meningsenhetene ble kondensert ved å korte ned teksten,

4. kondenserte meningsenheter ble merket med koder som beskrev innholdet, og
5. kategorier ble dannet ved at koder med innholdsmessige sammenhenger ble sortert sammen (tabell 3).

Tabell 3. Analyseprosessen

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori
Brukere med brukerstyrt plass kan legge seg inn på sykehuset her når de kjenner økende psykiske symptomer, uten at innleggelsen er initiert av lege eller legevakt.	Brukerne med brukerstyrt plass kan legge seg inn på DPS-et når de kjenner økende psykiske symptomer.	Brukerstyrte innleggelser	Brukerinvolvering i innleggelser
Nettverksmøter er brukerens møte der de kan invitere hvem og så mange de vil. Det kan være venner, familie og dem som skal følge brukeren opp videre. Der kommer det ofte frem gode løsninger som nettverket kan bidra med.	Brukeren velger deltakere i nettverksmøter. Nettverket bidrar til utarbeiding av tiltak som kan ivareta psykisk helse og forebygge forverring.	Nettverksmøter	Brukerdeltakelse i samhandlingsmøter
En del brukere ønsker å være innlagt lenger enn vi tenker er hensiktsmessig, og da gjør vi bare det vi må gjøre. De blir informert, men ikke involvert i utskrivelsen.	Når brukere ønsker å være innlagt lenger enn vi tenker er hensiktsmessig, skriver vi dem ut uten å involvere dem.	Bruker vil ikke hjem	Brukerinvolvering i samhandling ved utskrivelse til hjemmet

Resultater

Brukerinvolvering i innleggelser

Innleggelser i DPS-er kan være planlagte, brukerstyrte og akutte. Ved planlagte innleggelser involveres brukeren i å planlegge innleggelsen sammen med helsepersonell fra DPS-et og kommunen.

Hensikten kan være utredning, behandling, miljøterapi eller medisiner. Ved medisiner ønsker helsepersonellet fra DPS-et å ha brukerne innlagt til medisinerne har gitt effekt. De gir brukerne informasjon om aktuelle medisiner, slik at de kan være med og velge:

«Ved å la brukeren delta i valg av medisiner kan vi skape den gode alliansen som er viktig i behandlingen.» (Helsepersonell på DPS)



«Helsepersonellet fra DPS-et ønsket flere brukerstyrte innleggelser.»

Brukere med brukerstyrt plass kan få innleggelse ved økende psykiske symptomer. Helsepersonellet fra kommunene fortalte at brukerstyrte innleggelser gir god samhandling og fungerer spesielt godt kombinert med brukernes kriseplan, som inneholder faresignaler og tegn på økende psykiske symptomer. Helsepersonellet fra DPS-et ønsket flere brukerstyrte innleggelser:

«Når brukeren kommer tidlig til innleggelse og direkte til avdelingen han/hun skal være, kan en få til bedre samhandling rundt behandlingen. Dette kan hindre forverring av lidelsen.» (Helsepersonell på DPS)

Brukerne ble ikke alltid involvert i samhandlingen ved akutte innleggelser i DPS-et. Helsepersonell fra DPS-et er ekspertene og tar beslutningene om innleggingsgrunnlag og behandlingsbehov:

«Det er vi som avgjør om brukerne er syke nok til innleggelse. Vi skiller mellom livskriser og reelle psykiske lidelser. En livskrise er ikke innleggingsgrunnlag, men går over av seg selv.» (Helsepersonell på DPS)

Helsepersonellet fra kommunene kan være uenige i beslutninger tatt ved DPS-et og fortalte om situasjoner med mangelfull samhandling og forståelse for hverandres ansvarsområder:

«Avgjørelsene DPS-et tar, kan handle om manglende kunnskap om kommunens rolle, kompetanse og ansvarsområde samt hva som er godt for brukerne når de er dårlige.» (Helsepersonell i kommune)

Ved tvangsinnleggelser er det vanskeligere å involvere brukeren, men god samhandling kan bidra til å ivareta brukermedvirkning i slike situasjoner:

«Brukeren kan velge at vi kjører til DPS-et istedenfor politiet. Hvis han/hun får velge måten innleggelsen skjer på, har vedkommende i hvert fall fått medvirket litt. Det kan roe ned hele situasjonen.» (Helsepersonell i kommune)

Brukerdeltakelse på samhandlingsmøter

For at brukeren skal kunne delta i samhandlingen mellom DPS-et og kommunene, må vedkommende først samtykke til at helsepersonell fra DPS-et og kommunene kan gjennomføre samhandlingsmøter og utveksle informasjon.

Helsepersonell fra DPS-et var opptatt av å samhandle med kommunene om ansvaret for brukerne og ikke skille mellom DPS-ets og kommunenes brukere:

«En god grobunn for ivaretagelse av brukermedvirkning i samhandling er hvis kommunen og DPS-et har et godt samarbeid med jevnlige møter på DPS-et og i kommunen. Da er det lettere for brukeren å delta i samhandlingen. Det er en enorm trygghet for oss og brukerne å vite at DPS-et har et medansvar der vi kan søke hjelp.» (Helsepersonell i kommune)

Samhandlingen kan foregå gjennom nettverks-, samarbeids- og ansvarsgruppemøter. Ved nettverksmøter velger brukeren deltakere, styrer møtet og bestemmer tema. Brukerens nettverk bidrar med å utarbeide tiltak som kan ivareta den psykiske helsen, og forebygge forverring.

Samarbeids- og ansvarsgruppemøter skiller seg fra nettverksmøter ved at møtedeltakerne hovedsakelig er fagpersoner, og ved at brukerne ikke nødvendigvis deltar. Hensikten med møtene er informasjonsutveksling mellom helsepersonellet, beslutninger om tjenestetilbud og tverrfaglig samarbeid.

Helsepersonell fra DPS-et inviterer ofte brukerne med på møtene eller spør om det er noe de vil skal tas opp. For helsepersonellet fra kommunene er det en selvfølge at brukeren deltar dersom vedkommende ønsker det. De legger møtene til klokkeslett som passer for brukeren, og i et rom han eller hun liker.

Brukerne sier ofte nei til å delta på samarbeids- og ansvarsgruppemøtene, noe helsepersonellet fra kommunene hadde reflektert over:

«Tenker brukerne at de har så lite de skulle ha sagt at det ikke er vits i å være med i samhandlingen? Stoler de på at vi gjør det beste for dem, eller bryr de seg ikke om hva som blir bestemt?» (Helsepersonell i kommune)

Selv om brukeren ofte får tilbud om å være med på samhandlingsmøter, kan spesielle grunner tale imot. Helsepersonellet fra DPS-et presiserte at hvis de er uenige om ansvarsfordelingen, må de bli enige før brukeren kan delta. Hvis helsepersonell vurderer å iverksette tiltak relatert til økonomi, bolig eller tjenestetilbud, diskuterer de dette først uten at brukeren deltar:

«Brukeren kan bli forvirret og lei seg over det som blir bestemt. Det kan sette tanker og følelser i sving på en uheldig måte. Det er viktig å være bevisst på det etiske, at det vi gjør er gjennomtenkt og kan begrunnes faglig dersom brukerne ikke tas med i samhandling, og at vi alltid gir dem informasjon når de er klar for det.» (Helsepersonell på DPS)

Brukerinvolvering ved utskrivning til hjemmet

Helsepersonell fra DPS-er og kommuner bestemmer oftest dato for utskrivning sammen med brukeren. Det er vanlig at brukerens ønsker og tjenestebehov kartlegges, og at brukeren gis informasjon om tjenestetilbudet fra DPS-et og kommunene, slik at han eller hun kan velge oppfølging hjemme:

«Vi kan ikke bestemme tjenestetilbud for brukerne, det er hva de ønsker og ser som mulig. Vi kan gi dem informasjon om mulighetene som finnes, slik at de får et større spekter å velge i. Det er ofte lurt å spørre brukerne hva de tenker kan bli utfordrende hjemme, da får vi hint om hva som kan være nyttig for dem.» (Helsepersonell på DPS)

Noen brukere tar ikke imot oppfølging etter utskrivning, selv om helsepersonellet anbefaler det. De kan mangle motivasjon, sykdomsinnsikt eller ha liten tro på bedring. Helsepersonell fra DPS-et og kommunene ønsker å gi brukerne håp om en bedre fremtid og motiverer dem til å medvirke i valg av tjenester og ta imot oppfølging. Likevel kan medvirkning være vanskelig:

«Gjennom medvirkning gir vi tilbake noe av ansvaret for brukerens liv til den selv. Ikke alle vil ha det ansvaret, men heller ytes omsorg for. Vi presenterer tanken om at brukerne kan bli så gode at de ikke trenger oss. Når en bruker er bedre og vi snakker om å trappe ned hjelpen, så finner han/hun andre symptomer for ikke å miste tjenestene.»
(Helsepersonell i kommune)



«Mange brukere trives veldig godt på DPS-et og vil ikke hjem til ensomheten.»

Helsepersonell på DPS

Noen ganger samhandler verken brukeren eller helsepersonellet fra kommunen om utskrivning fra DPS-et, selv om de mener at brukeren ikke er utskrivningsklar. Det er også brukere som ønsker å være innlagt lenger enn helsepersonellet tenker er hensiktsmessig:

«Mange brukere trives veldig godt på DPS-et og vil ikke hjem til ensomheten. De slår seg til ro, det er sosialt, de blir kjørte rundt og får god mat.» (Helsepersonell på DPS)

Ved utskrivning hjelper helsepersonell fra DPS-et og kommunene brukeren med å etablere kontakt med aktuelle tjenester. De kan også utarbeide en individuell plan (IP) sammen med brukeren. IP er et samhandlingsverktøy som inneholder vedtak om brukernes tildelte helsetjenester. Helsepersonellet fra DPS-et har tro på IP, selv om det ikke alltid brukes:

«Gjennom IP kan man få en felles forståelse av brukerens mål, ressurser og tjenestebehov, og sikre at det alltid er noen som er ansvarlige for å gi brukerne tjenestene de har rett på.» (Helsepersonell på DPS)

Selv om helsetjenestene som tilbys i DPS-et og kommunene, ikke er koordinert gjennom IP, kan brukerne benytte seg av tjenester fra DPS-et og kommunen når de er hjemme. DPS-et tilbyr gruppeaktiviteter som kan bygge gode relasjoner mellom helsepersonell og brukere, samt hindre en forverring av deres psykiske lidelse:

«Under gruppeaktivitetene er vi sammen i perioder der brukerne er bedre og hjemme. Det gir muligheter for tidlige intervensjoner ved forverring og sikrer oppfølging av brukere som ikke går fast til behandler.» (Helsepersonell på DPS)

Helsepersonellet fra DPS-et er opptatt av å ha et tjenestetilbud som er tilpasset hver enkelt bruker, og å samhandle med kommunene for å hjelpe brukeren best mulig. Det kan være viktig for dem å delta i tjenestetilbudet på DPS-et:

«Har tenkt om vi gjør brukerne avhengig av tilbudene i DPS-et når de har tilbud i kommunene, men har funnet ut at brukerne har ulike mestringssevner. Flere strever så mye med de sosiale ferdighetene sine at de ikke får tilfredsstillende utbytte av tilbudet i kommunene, og trenger tjenester begge steder.» (Helsepersonell på DPS)

Diskusjon

Studien dokumenterer at helsepersonell fra DPS-et og kommunene samhandler om og ivaretar brukermedvirkning for personer med alvorlige psykiske lidelser når de utformer og gjennomfører deres tjenestetilbud.

Brukermedvirkning i samhandling skjer ved at brukerne deltar i planleggingen av innleggelse i DPS-et, i samhandlingsmøter i DPS-et og kommunene, og i planleggingen av utskrivninger fra DPS-et til kommunene.

Det betyr at helsepersonell tilrettelegger for overføringer og informasjonsutveksling, samtidig som de ivaretar brukernes ønsker og behov for tjenester (6). Studien dokumenterer at brukermedvirkning i samhandling utfordres når helsepersonellet fra kommunene og brukeren ikke involveres i å vurdere om det er grunnlag for innleggelse i DPS-et.

Det er også utfordrende når brukeren ikke deltar i samhandlingsmøter eller i valg av tjenestetilbud, og når det er uenighet mellom helsepersonellet om ansvarsfordeling og tjenestetilbud.



«Helsepersonellet er opptatt av å samhandle om ansvaret for brukerne og ikke skille mellom DPS-ets og kommunenes brukere.»

Ved planlagte innleggelser deltar brukeren med å vurdere tid for og hensikten med innleggelsen. Dermed ivaretar helsepersonellet brukerens ønsker og behov ved innleggelser (4, 6, 7, 21). Ved brukerstyrt plass på DPS-et blir brukerne innlagt når de kjenner økende psykiske symptomer.

Det er dokumentert at brukerstyrte innleggelser reduserer liggedøgn og tvangsinnleggelser på DPS. En viktig forklaring er at brukeren føler seg trygg når hjelpen er tilgjengelig (22, 23).

Resultatene viser at helsepersonellet er opptatt av å samhandle om ansvaret for brukerne og ikke skille mellom DPS-ets og kommunenes brukere. Et felles ansvar for brukere med behov for koordinerte tjenester styrker samhandlingen på tvers av tjenestenivå (6, 24). Det kan derfor være hensiktsmessig ikke å spesifisere hvem som er hovedansvarlig for brukerne i samhandlingen.

Resultatene viser også at samhandling ofte foregår gjennom samarbeids- og ansvarsgruppemøter med helsepersonell fra DPS-et og kommunene. Helsepersonell tilrettelegger møtene slik at brukerne ønsker å delta, noe som igjen støttes av forskningen (7, 25).

Brukerne deltar med å planlegge utskrivning og oppfølging hjemme. Dette funnet samsvarer med McDonald og medarbeidere (6), som presiserer at helsepersonell skal kartlegge brukerens ønsker og tjenestebehov samt gi informasjon om aktuelle tjenestetilbud ved overføringer.

Resultatene viser at brukere mottok tjenester fra DPS-et hjemme. Da kan samhandling og kontinuitet i tjenestene oppnås, og brukeren får det best egnede tjenestetilbudet (14). Tjenestene fungerer integrerte selv om DPS-et og kommunene har ulike finansierings- og ansvarsområder (5).

Resultatene dokumenterer at helsepersonell kan møte på utfordringer med å ivareta brukermedvirkning i samhandling. Det var utfordrende når brukere og helsepersonell fra kommunene ikke deltok i DPS-ets vurdering av innleggelsesbehov ved akutte innleggelser.

Forskning viser at diagnoser og symptomer ofte legger føringer for innleggelsesgrunnlaget, og at det finnes en oppfatning om at kompetansenivået er høyere i DPS-ene enn i kommunene (4, 21). Ifølge resultatene kan oppfatningen skyldes at helsepersonellet i DPS-et mangler kunnskap om kommunens kompetanse og ansvarsområder samt om hva som er gode tiltak for brukerne i dårlige perioder.

Da kan det bli uenighet om hvem som har ansvaret for brukere med alvorlige psykiske lidelser i ulike sykdomsfaser (21). Felles møteplasser for helsepersonell på DPS-er og i kommuner kan gi økt kunnskap og forståelse for hverandres roller, kompetanse og ansvarsområde i samhandling (6, 24).

En annen utfordring oppstår når helsepersonell på DPS-et vurderer brukeren som ferdigbehandlet uten å involvere brukeren og helsepersonell fra kommunen. Det kan skje dersom behandlingen ikke har gitt ønsket effekt. Da overtar kommunen ansvaret for en bruker med like sterke psykiske symptomer som på DPS-et (26).



«Resultatene viser at det kan være utfordrende for helsepersonell å involvere brukerne i samhandling knyttet til utskrivning.»

Forskning dokumenterer at flere norske kommuner mangler tilstrekkelig tjenestetilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser (14, 15). Symptomene til personer med alvorlige psykiske lidelser kan være for krevende til at de klarer å benytte seg av tjenestetilbudet hjemme i kommunene og etterleve medisineringsen etter at de er skrevet ut fra DPS-et (14, 27, 28).

Mangel på tjenestetilbud og aktiviteter etter utskrivning er utfordringer som kan føre til at brukere ikke følger opp behandlingen, og som kan gi redusert livskvalitet (12).

Resultatene viser at det kan være utfordrende for helsepersonell å involvere brukerne i samhandling knyttet til utskrivning. Noen brukere ønsker ikke oppfølging hjemme, selv om helsepersonellet motiverer til medvirkning i å velge tjenester og ta imot hjelp. Forskning viser at årsaker kan være stigmatisering, dårlige erfaringer fra tidligere oppfølging og manglende sykdomsinnsikt (14, 15).

Resultatene dokumenterer viktigheten av å ha et tjenestetilbud som er tilpasset den enkelte brukerens ønsker og behov. Det kan gjøre at brukerne tar imot oppfølging hjemme (6, 14). DPS-et og kommunene kan inkludere likepersoner i deres tjenestetilbud og i samhandlingen for å gi personer med alvorlige psykiske lidelser støtte og bedret livskvalitet (29).

Likepersoner har bearbeidet egenerfaring med psykiske lidelser og bruker denne erfaringen til å hjelpe andre. Likepersonene kan arbeide på aktivitetssenter, med miljøarbeid, forskning og undervisning, eller de kan ha samtaler med brukere (13, 25, 30). Tiltak som støtter egenomsorg, sosiale og kognitive ferdigheter, livsstil og medisineringsen kan også styrke brukeren i samhandlingen (6, 29).

IP er et samhandlings- og brukervedvirkningsverktøy som inneholder vedtak om brukernes tildelte helsetjenester. Den sikrer at helsepersonell til enhver tid ivaretar brukernes ønsker og behov for tjenester (6).

Resultatene fra denne studien viser at IP ikke alltid ble brukt i samhandling, selv om helsepersonell hadde tro på IP. Da kan helsepersonell fra DPS-et og kommunene ha jobbet etter ulike planer, og kvaliteten på tjenestene kan ha blitt redusert (4, 27).

Styrker og begrensninger

Studien ble gjort i et forskerfellesskap der tre forskere deltok i alle faser, noe som styrker studiens troverdighet (18). En annen styrke er at fortolkningene av datamaterialet ble knyttet til studiens hensikt og rammeverket for samhandling i analysearbeidet (6, 19).

Det er også en styrke at deltakerne var ledere og helsepersonell fra fire kommuner og alle tre sengepostene ved et DPS, med erfaring i å samhandle og ivareta brukermedvirkning når brukerne har alvorlige psykiske lidelser.

En begrensning med individuelle intervjuer er at deltakerne kan holde tilbake informasjon eller komme med strategiske svar. En begrensning ved utvalget i studien er at det ikke inkluderte brukere eller helsepersonell fra flere DPS-er og kommuner.

Det ville gitt større utvalg med flere perspektiver, men ville økt kompleksiteten i studien. Brukernes perspektiver på samhandling er et viktig område i fremtidig forskning.

Konklusjon

Studien beskriver hvordan helsepersonell fra et DPS og fire kommuner har ivaretatt brukermedvirkning når de samhandler om innleggelser, samhandlingsmøter og utforming av tjenestetilbud ved utskrivning og når brukeren er hjemme.

Brukermedvirkning i samhandling vanskeliggjøres når DPS-et alene tar beslutninger om innleggingsgrunnlag og behandlingsbehov, når brukeren ikke ønsker å delta i samhandlingsmøter og valg av tjenester, og når helsepersonell fra DPS og kommunene er uenige om ansvarsfordeling og tiltak.

Studien har som implikasjon for praksis at møteplasser der helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjenesten diskuterer samhandlingsutfordringer, kan gi økt kunnskap om hverandres kompetanse og ansvarsområde.

For å styrke brukeren i samhandling er det viktig at involvert helsepersonell og brukeren inkluderes i beslutningsprosesser, og at beslutninger er tilpasset brukeren. Beslutningene må ta hensyn til brukerens sosiale og kognitive ferdigheter, ivareta vedkommendes psykiske og somatiske helse samt medisinerings.

Referanser

1. St.meld. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/sec1> (nedlastet 04.01.2019).
2. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus> (nedlastet 02.01.2019).
3. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1> (nedlastet 08.09.2018).
4. Hannigan B, Simpson A, Coffey M, Barlow S, Jones A. Care coordination as imagined. Care coordination as done: findings from a cross-national mental health systems study. *International Journal of Integrated Care*. 2018;18(3):1–14. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3978>
5. Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. 2002;2:e-12.
6. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. Care Coordination Atlas. 4. utg. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf (nedlastet 04.01.2019).
7. Westerlund H. Mer enn bare ord? Ord og begreper i psykisk helsearbeid. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/multimedia/3094/80006-Hefte-Ord-og-begreper.pdf> (nedlastet 02.01.2019).
8. Storm M, Edwards A. Models of user involvement in the mental health. *Context: intentions and implementation challenges*. *Psychiatric Quarterly*. 2013;84(3):313–27. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)

9. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+bruker> (nedlastet 23.10.2018).
10. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse-%20og%20omsorgstjenesteloven%20> (nedlastet: 23.10.2018).
11. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten> (nedlastet: 23.10.2018).
12. Storm M, Husebø AML, Thomas EC, Elwyn G, Zisman Ilani Y. Coordinating mental health services for people with serious mental illness: a scoping review of transitions from psychiatric hospital to community. *Adm Policy Ment Health.* 2019;46(3):352. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)
13. Wright N, Rowley E, Chopra A, Gregoriou K, Waring J. From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. *Health Expectations.* 2016;19(2):367–76. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)
14. Ose SO, Slettebak R. Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasienten. Sintef: Trondheim; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/endeligrapport-sintef-a25247.pdf> (nedlastet 13.12.2019).
15. Ose SO, Pettersen I. Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV). Sintef og NTNU: Trondheim; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/contentassets/f98d2810156e4dd6b8b7aa1da8174334/endeligrapport_sintef-a26086_2.pdf (nedlastet 04.01.2019).
16. Simpson A, Hannigan B, Coffey M, Barlow S, Cohen R, Jones A, et al. Recovery-focused care planning and coordination in England and Wales: a cross-national mixed methods comparative case study. *BMC Psychiatry.* 2016;16(147):1–18. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)

17. Noseworthy AM, Sevigny E, Laizner AM, Houle C, Riccia PL. Mental health care professionals' experiences with the discharge planning process and transitioning patients attending outpatient clinics into community care. *Arch Psychiatr.* 2014;28(4):263–71. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)
18. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today.* 2004;24(2):105–12. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)
20. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
21. Bøe TD, Thomassen A. Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
22. Heskestad S, Tytlandsvik M. Brukerstyrte kriseinnleggelsler ved alvorlig psykisk lidelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 2008;128:32–5.
23. Støvind H, Hanneborg EM, Ruud T. Bedre tid med brukerstyrte innleggelsler? *Sykepleien.* 2012;100(14):58–60. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)
24. Meier N. Collaboration in healthcare through boundary work and boundary objects. *Qualitative Sociology Review.* 2015;11(3):60–82.
25. Borg M, Karlsson B. Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
26. Aarre TF. En mindre medisinsk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
27. Gerson LD, Rose LE. Needs of persons with serious mental illness following discharge from inpatient treatment: patient and family views. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2012;26(4):261–71. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)
28. Rose LE, Gerson L, Carbo C. Transitional care for seriously mentally ill persons: a pilot study. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2007;21(6):297–308. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)

29. Fortuna KL, Storm M, Naslund JA, Chow P, Aschbrenner KA, Lohman MC, et al. Certified peer specialists and older adults with serious mental illness' perspectives of the impact of a peer-delivered and technology-supported self-management intervention. 2018;206(11):875-81. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)

30. Velligan DI, Roberts DL, Sierra C, Fredrick MM, Roach JO. What patients with severe mental illness transitioning from hospital to community have to say about care and shared decision-making. *Issues Ment Health Nurs.* 2016;37(6):400-5. DOI: [10.5334/ijic.3978](https://doi.org/10.5334/ijic.3978)