

BEDRE SAMHANDLING MED ”SAMTIDIG SAMHANDLING”?

”CONTEMPORARY
COLLABORATION”

Ansattes erfaringer rundt
Samarbeid mellom DPS og
bolig med base i kommuner

Masteroppgave i psykisk helsearbeid
Tove Kristin Steen
Hint, Høgskolen i Nord-Trøndelag

FORORD

Denne masteroppgaven om samhandling mellom ansatte ved DPS og ansatte i bolig med base i kommuner, har vært en utrolig lærerik og spennende prosess. Det er mange som har bidratt med inspirasjon og hjelp til gjennomføring av oppgaven.

Først vil jeg takke informantene som tok seg tid i en travel hverdag til å stille opp til intervju, og som var villige til å dele sine erfaringer og tanker.

Takk til min veileder Ellen Saur for nyttige innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Spesielt i forhold til det å være forsker på egen arbeidsplass.

Takk til mine ledere Trond Utheim og Anne Cathrine Svenning for tilrettelegging gjennom studiet. Takk til gode kollegaer for støtte og oppmuntring underveis, samt Torill Sallaup for nyttige innspill. Takk til St. Olavs Hospital og Norsk sykepleierforbund som ga økonomisk støtte til slutføringen av arbeidet. I den forbindelse vil jeg også takke Olav Burkeland som hjalp meg med søknaden om økonomisk støtte til St. Olavs Hospital.

En spesiell takk til medstudent Bjørg Neset for at hun kunne stille opp som observatør under to av intervjuene, samt samvær og støtte under turene til Namsos. Takk til min mann, Lyder Knudsen for støtte og hjelp med språklige formuleringer. Sist, men ikke minst takk til min 7-årige datter Rakel med søsken for stor tålmodighet mens mor har sittet ved datamaskinen.

Trondheim, februar 2011

Tove Kristin Steen

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Bedre samhandling mellom de ulike tjenestenivåene er pekt på som et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Det er fortsatt store utfordringer knyttet til voksne personer med alvorlig psykisk lidelse med behov for omfattende og sammensatte tjenester. Vi har fått en samhandlingsreform, hvor det blant annet stilles forventninger til distriktpsikiatriske sentre (DPS) om kunnskapsutveksling med kommunehelsetjenesten, samt å ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten.

Hensikt: I forbindelse med implementering av samhandlingsreformen, har jeg undersøkt ansattes erfaringer i forbindelse med overflytting av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til bolig med base i kommune. Det de ansatte fra kommune og DPS hadde gjort, var å møtes regelmessig over et tidsrom fra et par måneder til et par år. Møtene foregikk hovedsakelig i boligene, hvor de ansatte veiledet hverandre, reflekterte sammen, og handlet sammen med pasientene. Jeg intervjuet ansatte tilknyttet to boliger med base i kommuner tilhørende opptaksområdet til DPS, og ansatte på døgnavdelingen ved DPS, hvor jeg til daglig jobber.

Metode: Jeg har foretatt 4 fokusgruppeintervju. To intervju av ansatte ved DPS, og to intervju av ansatte i de to boligene. De ansatte er her helsearbeidere med tett og tilnærmet daglig kontakt med pasientene. Intervjuene ble foretatt på informantenes arbeidsplass. Det ble gjort lydopptak av intervjuene som så ble transkribert og analysert.

Resultater: Funnene handler om hva som skjer i samarbeidet rundt personer med psykiske lidelser som har behov for omfattende og sammensatte tjenester, når tjenesteutøverne på begge nivåer i en gitt tidsramme samhandler samtidig. Det kom fram at det er forskjellige oppfatninger av veiledningsbegrepet, og at det er behov for ulike typer kunnskapsformidling mellom nivåene. Et viktig funn var utvekslingen av taus kunnskap, og at det skjedde en form for nyskapning gjennom dette samarbeidet. Erfaringene sier også noe om utvikling av trygghet og relasjoner, både mellom fagutøverne og mellom fagutøvere og pasienter.

Konklusjon: Innenfor samhandling og kunnskapsutveksling har det vært mindre fokus på miljøterapi og deling av taus kunnskap mellom nivåene. Det er behov for å utnytte og løfte fram denne kunnskapen for å utvikle ny felles kunnskap, slik at pasienten / brukeren kan bygge opp et godt liv.

ABSTRACT

Background: Development of an effective collaboration between psychiatric care and community social services, is pointed out as an important issue. Professional collaboration related to persons with severe mental illness, still causes major challenges. In Norway we have got a “Reform of collaboration”. This reform says that the district- psychiatric centres (DPC) is expected to guaranty both professional guidance and the interchange of knowledge to the community social services. The DPC is also obligated to look after the continuity in the psychiatric care.

Aim: The aim of this study was to explore the experiences of the employees during transition of clients from the hospital/DPC to housings in the community. The clinical staff from the housing in the community and the DPC had regular meetings. The meetings mainly took place in the housing of the community. The staff guided each other, reflected together, and worked together with the clients. I interviewed the staff of two housings in the community, and the staff of the DPC, where I usually work.

Methods: I used four focus group interviews. Two interviews of the staff in the DPC, and two interviews of the staff in two different housings in the community. The staff is in this case healthworkers with close and about daily contact with the clients. I did the interviews in the institution where the staff worked. The interviews were recorded, and then transcribed and finally analyzed.

Results: The findings tells us what happened during the collaboration between the staff working with people with severe mental illness, and with needs of comprehensive and coordinated care, when the staff from the DPC and the staff from the housing in the community temporarily collaborate together over a period of several months. I facilitated that there is different understandings of the concept of guidance. There is a need of different types of counselling and guidance between the psychiatric care and community social services. An important finding was the interchange of tacit knowledge, and the developing of new ways of working based upon this phenomenon. The findings also say something about the importance of developing good relationships and experience of safety and confidence, both within the staff and between the staff and the clients.

Conclusion: Collaboration and interchanging of knowledge between the psychiatric care and community social services, has probably too less focus on both tacit knowledge and challenges of daily activities. There is a need to utilize this knowledge to develop a new common knowledge, so the client may build up a good life.

INNHOOLD

1. INNLEDNING.....	6
1.1 Formålet med prosjektet.....	6
1.2 Begrepsavklaring og problemstilling.....	9
1.3 Oppgavens oppbygning og avgrensning.....	10
2. BAKGRUNN OG TIDLIGERE FORSKNING.....	11
2.1 Kort om utviklingen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid de senere år.....	11
2.2 Distriktspsykiatriske sentre.....	12
2.3 Individuell Plan.....	12
2.4 ACT-team.....	13
2.5 Samarbeidsavtaler.....	13
2.6 Aktuell forskning.....	13
2.7 Teori.....	16
2.7.1 Taus kunnskap.....	16
2.7.2 Veiledning.....	18
3. METODE.....	19
3.1 Etiske vurderinger.....	19
3.2 Kvalitativ metode.....	20
3.3 Om forskerens bakgrunn og forforståelse.....	21
3.4 Rekruttering av informanter og utvalg.....	21
3.5 Datainnsamling.....	23
3.6 Intervjuenes kvalitet.....	26
3.7 Analyse.....	27
3.8 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.....	29
4. FUNN OG FORTOLKNINGER.....	30
4.1 Presentasjon av funn.....	30
4.2 Hvordan ”samtidig samhandling” foregikk.....	30
4.2.1 Om besøkene fra bolig i DPS.....	30
4.2.2 Om besøkene fra DPS i bolig.....	33
4.3 Forutsetninger for å få det til.....	35
4.4 Hva innebar det å møtes?.....	37
4.5 Om møter uten ”samtidig samhandling”.....	45
4.6 Kunnskap.....	48
4.6.1 Overføring av taus kunnskap.....	48
4.6.2 Kunnskap om pasient / bruker.....	51
4.6.3 Kunnskap om hverandre.....	51
4.6.4 Kunnskap om psykiske lidelser.....	52
4.7 Relasjoner og trygghet.....	57
4.8 Å utvikle noe nytt sammen, fordeler og ulemper.....	64
4.9 Hva samhandling er.....	70
5. AVSLUTNING.....	72
5.1 Oppsummering og konklusjon.....	72
5.2 Metodekritikk.....	73
5.3 Videre forskning.....	75
REFERANSER.....	76
VEDLEGG.....	83

1. INNLEDNING

Det har i mange år vært fokus på samarbeid og samhandling mellom de ulike tjenestenivåene i Norsk helsevesen. Likevel er det fortsatt tilbakemeldinger på at tjenestene fremstår som fragmenterte (Rapport fra Helsetilsynet 2007; St.prp.nr.1 (2007-2008). Det er en målsetning og en utfordring å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet for pasienter/brukere med sammensatte behov, og vi har nå fått Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009) som poengterer dette.

Kunnskapsutveksling og samarbeid mellom aktørene er viktig for at pasientene skal kunne oppleve en sammenhengende tjeneste (St.prp.nr.1 (2007-2008).

Jeg arbeider som psykiatrisk sykepleier ved en døgnavdeling på et distriktpspsykiatrisk senter (heretter kalt DPS). Ved min avdeling har vi gjort oss noen interessante erfaringer angående samhandling rundt pasienter med behov for omfattende og sammensatte tjenester, i denne sammenheng pasienter som ble overflyttet fra DPS til bolig med base. Pasienter med dobbeltdiagnose i form av psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse, kan fort bli kasterballe mellom bolig, DPS, akuttpost og spesialpost. Ut fra ønske fra en av boligene om at DPS måtte inn og gjøre mer, ble det prøvd ut en måte å gjøre det på hvor de ansatte fra DPS og kommune var samtidig tilstede over tid. Det ser nå ut til at pasientene fungerer i boligene sine. Ingen av dem har 2-3 år etter overflyttingen hatt behov for innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Erfaringene i forbindelse med overflyttingen er sammenfattet i begrepsavklaringen i kapittel 3, og vil bli videre utdypet i analysen. Denne undersøkelsen springer ut fra disse erfaringene.

1.1 Formålet med prosjektet

Innen psykisk helsearbeid er det behov for økt kunnskap om hva som kan fremme god samhandling, både mellom fagfolk fra ulike tjenester og mellom fagfolk og brukere/pasienter med behov for koordinerte hjelpetilbud. *I følge departementet skal hovedtyngden av arbeidet for bedre samhandling skje lokalt og i den utøvende tjenesten*. Organiseringen må gi rammer for samhandling, og det må arbeides for å finne fram til helhetlige løsninger, slik at

overgangen mellom ulike helsetjenester blir mest mulig velfungerende og forutsigbar for pasienter og pårørende (Stp.prp.nr.1 (2007-2008)).

I følge DPS-veilederen og Lov om spesialisthelsetjenesten (1999-07-02, § 6-3), skal DPS bistå kommunene med råd og veiledning, samt opplysninger om helsemessige forhold slik at de skal kunne løse sine oppgaver. Veilederen understreker også viktigheten av å møtes som likeverdige parter slik at kunnskap kan overføres begge veier (Sosial og helsedirektoratet, IS-1388 Veileder). Veiledningsplikten til DPS er også presisert i samhandlingsreformen. I tillegg skal DPS ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten (St.meld.nr. 47 (2008-2009)).

Det er i dag lite forskning på hvordan samhandling som organisatorisk verdi er satt ut i livet (Schönfelder, W. 2008). Men det er godt dokumentert at samhandling mellom sykehus og kommune ofte fungerer dårlig (St.meld.nr.47 (2008-2009)). I følge samhandlingsreformen er de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten i liten grad rettet mot pasientens samlede behov. Det skal framover arbeides med nye finansieringsformer, økt satsing på de kommunale oppgaver og lovendringer som blant annet innbefatter en klarere pasientrolle (St.meld.nr.47 (2008-2009)).

De ulike nivåene representerer hver sin organisasjon med ulike perspektiver. Fysisk avstand og forskjellige oppgaver bidrar også til koordineringsproblemer. I kommunehelsetjenesten handler det om funksjon i dagliglivet. I spesialisthelsetjenesten handler det gjerne om diagnoser og behandling av symptomer (St.meld.nr.47 (2008-2009)). I dette møtet kan det lett bli faglig uenighet, men begge perspektiver kan være viktige i samhandlingen med pasienten.

Mitt bidrag her er å studere en måte å samhandle på, og hvilken innvirkning det har på praksis. I forbindelse med implementering av Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009)), og de erfaringer som er gjort, ønsker jeg å studere ansattes erfaringer rundt en praksis som her er kalt ”**samtidig samhandling**”. Det betyr at fagutøvere som har daglig og tett kontakt med brukeren reflekterer sammen, og handler sammen samtidig. Det handler om å utvikle en praksis som er faglig forsvarlig, der muligheten til å beskrive det vi ikke kan forklare uten å møtes blir ivarettatt. Fordelen med begrepet ”samtidig samhandling”, er etter min oppfatning at det tydeliggjør *samtidighet* og *handling sammen* i interaksjonen mellom nivåene. Fallgruver kan være ”kulturkrasj” og for høye forventninger om hva den andre parten skal bidra med. ”Samtidig samhandling” vil kunne være aktuelt i forbindelse med

overflytting fra DPS til bolig med base i kommune, og kanskje også i andre sammenhenger. En tradisjonell overføring vil kunne bestå av samarbeidsmøte, skriftlig overføringsnotat i form av epikrise og/eller sykepleiesammenfatning, og eventuelt kriseplan. Ved ”samtidig samhandling” skjer overføring ved at helsearbeiderne fra hvert nivå møtes jevnlig på hverandres arena, ideelt sett også sammen med pasienten (se fig.1). Det blir en grad av hospitering, men det vil mer dreie seg om samarbeid i forbindelse med den enkelte pasient. Praksis tilpasses ut i fra den enkeltes behov. Det gjelder både ansatte og brukere. I ett av tilfellene som ble studert her, ønsket ikke pasienten å møte representantene fra DPS. Det ble da kun møter mellom ansatte. I et annet tilfelle var det nødvendig at ansatte fra DPS var mye tilstede sammen med pasient og helsearbeidere fra kommunen. En nærmere beskrivelse av hvordan ”samtidig samhandling” kan foregå, kommer under begrepsavklaring i neste kapittel. Formålet med dette prosjektet er altså å utforske hva som skjer i samspillet mellom fagutøvere fra DPS og kommune når de en gitt tid gjennom *hospitering knyttet til bestemt pasient, handler, utveksler kunnskap og reflekterer sammen rundt pasienten.*

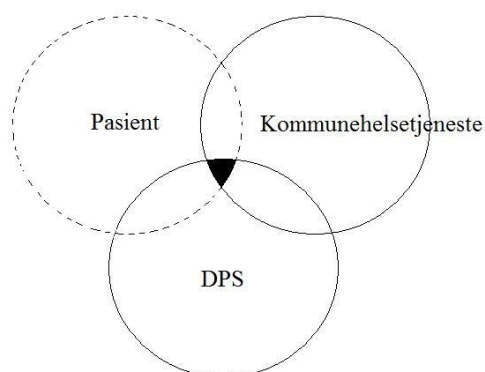


Fig.1: Illustrasjon ”samtidig samhandling”.

Selv om denne illustrasjonen ikke kan gi noe riktig bilde av virkeligheten, har jeg valgt å ta den med. Dette fordi den for meg i stor grad bidro til *forståelsen av å utvikle praksis sammen.*

1.2 Begrepsavklaring og problemstilling

Det jeg legger i begrepet ”samtidig samhandling”, er altså at de utøvende tjenesteyterne fra begge nivå i en gitt periode samtidig er til stede og veileder hverandre både med og uten pasienten til stede. Det er ikke snakk om et ordinært samarbeidsmøte, men en samhandling gjennom dagliglivets utfordringer på institusjon og i hjemmet . Samhandling kan beskrives som synkronisert samarbeid, å gjøre hverandre god, der samarbeidpartene vet om hverandre og hva de gjør i prosessen. Synkronisert samarbeid vil her si at man gjennom kunnskapsutveksling tilpasser samarbeidet mot felles mål.

Beskrivelse av hvordan ”samtidig samhandling” kan foregå: Personalet som skal jobbe med pasienten i kommunehelsetjenesten kommer på besøk til DPS og ser hvilken behandling pasienten får og hvordan han /hun fungerer i institusjon. DPS og kommune deltar sammen i overflyttingen til bolig. Personalet fra DPS besøker pasienten i boligen etter flyttingen. Det vil være ofte besøk til å begynne med, sjeldnere etter hvert som alle parter opplever at det fungerer bra. Besøkene kan bestå av samhandling med bruker, utveksling av erfaringer og refleksjon. Partene (også pasienten) kan i tillegg ringe til hverandre for å utveksle erfaringer, gjøre avtaler og varsle om endringer og eventuelle problemer. Hos oss foregikk det helst på dagtid da det var mest personale på jobb. Men noen besøk har også foregått i helger, på kvelder og i høytider.

”Samtidig samhandling” har et økonomi- og tidsaspekt som kanskje kan likne på forebygging: At en ekstra investering på kort sikt kan være økonomisk i det lange løp. Dette vil bli videre behandlet i drøftingen.

For en *periode* vi det altså ideelt sett bli tilnærmet *ett team* som jobber sammen mot et felles mål: å få pasienten til å fungere i boligen. (Hvor lenge denne perioden skal vare, vil være avhengig av situasjon og person). Håpet er at tjenesteyterne fra begge nivåene og brukeren sammen kan integrere og utvikle den kunnskap som trengs for at brukeren skal kunne bygge opp et godt liv.

Problemstillingen blir da:

Hva skjer i samarbeidet rundt personer med psykiske lidelser som har behov for omfattende og sammensatte tjenester, når tjenesteutøverne på begge nivåer over tid samhandler samtidig?

1.3 Oppgavens oppbygging og avgrensning

KAPITTEL 2 inneholder bakgrunn, tidligere forskning og teoretisk referanseramme. Det behandler kort historisk bakgrunn og aktuell forskning om temaet samhandling. Med aktuell forskning mener jeg forholdsvis ny forskning. Videre at temaet primært skulle si noe om samhandling mellom nivåene innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Denne oppgaven handler først og fremst om samhandling mellom nivåene der helsearbeidere med pasientnær kontakt er innbefattet (hjelpepleiere, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og andre). Jeg har fokusert på forskning og teori som jeg mener kan være aktuell for denne gruppen i et samhandlingsperspektiv.

KAPITTEL 3 omhandler metoden jeg har brukt for å finne svar på problemstillingen. Jeg har beskrevet etiske vurderinger, kvalitativ metode, forforståelse, rekruttering av informanter, intervjuene, transkriberingen og analysen.

KAPITTEL 4 beskriver funnene, fortolkninger og diskusjon på bakgrunn av teori og tidligere forskning.

KAPITTEL 5 inneholder oppsummering og konklusjon, samt metodekritikk. Til slutt noen tanker om videre forskning.

Oppgaven handler om ansattes erfaringer rundt overflytting av voksne pasienter fra spesialisthelsetjenesten til bolig med base i kommune. Jeg forutsetter at behovet for bolig med base er avklart i de tilfeller som behandles her. I drøftingen vil jeg komme inn på at det kan være ulike synspunkter på dette.

2 BAKGRUNN OG TIDLIGERE FORSKNING

Det har vært en utfordring å finne forskning om god faglig samhandling. I følge Schönfelder (2008) kan årsaken til dette være mange aktører og varierende tjenestetilbud. I tillegg er det i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid flere faglige og organisatoriske perspektiver som konkurrerer med hverandre. Det er vanskelig å utvikle en forskningsdesign som favner denne kompleksiteten (Schönfelder, 2008). Det er behov for forskning på områder som krever god samhandling, som psykisk helse og rusproblematikk. Og det er behov for forskning på gode måter å samhandle på (St.meld.nr.47 (2008-2009)). I dette kapittelet beskrives utenom bakgrunn og tidligere forskning, noe av det som er prøvd for å bedre samhandlingen mellom nivåene. Som teori har jeg valgt ut veiledning og taus kunnskap. Det ligger imidlertid utenfor rammene her å behandle disse temaene inngående.

Jeg har søkt i Bibsys, Svemed, Medline, Embase, Cinahl, Psyc info og Helsebiblioteket.

Det har heller ikke vært lett å finne gode søkeord. Jeg har søkt på samhandling, psykiatri, mental health services, continuity of patient care, collaboration, cooperation, coordinated care, og kombinert søkeordene etter beste evne. Jeg har ikke funnet dokumentert forskning på den type samhandling jeg ønsker å evaluere.

2.1 Kort om utviklingen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid de senere år

Psykiatireformen i Norge og flere andre land kom etter institusjonskritikk på 70-tallet og hadde som intensjon sosial integrering i samfunnet. Statlige føringer pekte ut en retning fra tradisjonell institusjonspsykiatri til lokalbaserte tjenester, fra en passiv pasientrolle til en aktiv, deltagende rolle. Dette skulle skje i samarbeid mellom sykehus og kommune (Magnusson og Lützen 2009). St.meld. nr.25 (1996-97) *Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* avdekket store mangler ved psykisk helsevern og dannet bakgrunn for *Om opptrappingsplanen for psykisk helse* (St.prp.nr. 63 (1999-2008)). Et overordnet mål i opptrappingsplanen var å skape helhetlige tjenester (Stp.prp.nr.63 (1997-1998)). I følge Helseforetaksloven (2001-06-15), § 41, Kommunehelsetjenesteloven (1982-11-19)§ 1-4 og Spesialisthelsetjenesteloven (1999-07-02), §2-5, skal det samarbeides på tvers av nivåene. I følge Stp.prp.nr.1 (2007-2008), er samhandling en forutsetning for kvalitet i helsetjenesten. Det er imidlertid få konkrete føringer på hvordan samhandlingen skal settes ut i livet (Scönfelder 2008).

2.2 Distriktpsikiatriske sentre

Opprettelsen av distriktpsikiatriske sentre (DPS) har vært et middel for å styrke sammenhengen i tjenestetilbudet. Men DPS har hittil ikke blitt det ønskede bindeleddet mellom sykehus og kommune slik intensjonen var. Det er fortsatt svikt i forbindelse med utskriving fra langtidsopphold på sykehus /DPS (Myrvold og Helgesen 2009). Kommunene opplever dårlig tilgjengelighet for innleggelse på kort varsel, samt måten veiledningsplikten er blitt ivarettatt på (Helsetilsynet 2002). Det etterlyses veiledning tilpasset den kommunale virkelighet, samt veiledning i forhold til kompliserte atferdsmønstre (Steihaug og Loeb 2007). Akuttpostene opplever stort press og dårlig tilgjengelighet og fleksibilitet på DPS. (Schönfelder 2007; Myrvold og Helgesen 2009). I 2006 kom DPS-veilederen, som skulle gi føringer og fokusere på aktuelle utfordringer for å nå intensjonene i opptrappingsplanen (Sosial- og helsedirektoratet IS-1388 Veileder). Fortsatt er det store forskjeller på hvordan DPS'ene rundt i landet ivaretar sine oppgaver.

2.3 Individuell plan

Individuell plan er et plandokument som skal klargjøre ansvar og oppgaver når flere aktører er inne i tiltak rundt en person. Individuell plan har som intensjon å fremme samarbeid mellom enheter og på tvers av nivåer (Sosial- og Helsedirektoratet IS-1253 Veileder). Den skal også være et redskap for individuell tilpasning av hjelpen i forhold til den enkeltes forutsetninger og hverdagsliv (Rådet for psykisk helse 2008). Individuell plan er imidlertid ikke noen forutsetning for samhandling. Min erfaring når det gjelder mange av de sykeste pasientene, er at de ofte i liten grad er i stand til aktivt å delta i utformingen av planen. Noe som også bekreftes av Hansen, G. V. (2007). Videre kan de på grunn av symptomatologi eller kognitiv fungering ha vanskeligheter med å holde fokus i samarbeidsmøter, slik at viktige utfordringer i dagliglivet ikke kommer fram. Noen tema er sårbare og vanskelig å ta opp i et slikt møte. Andre pasienter ønsker ikke individuell plan og vegrer seg mot behandling. De kan trenge mye tid og motivering for i det hele tatt å ta imot hjelp (Grut 2007). I ansvarsgruppemøter og under arbeid med Individuell plan kan det videre stilles spørsmål om hvem som har makten, og at pasienter som svar på denne maktubalansen yter motstand mot våre velmente råd. Plandokumenter med mål og utviklingsarenaer kan og oppleves fremmed for brukerne (Saur og Johansen 2007).

2.4 ACT-team

I samhandlingsreformen anbefales ACT-team (Ambulant team – Assertive Community Treatment). Det er et tverrfaglig sammensatt team som i samarbeid mellom kommune og DPS, skal være der for de dårligste pasientene. Denne ordningen forutsetter imidlertid ett visst befolkningsgrunnlag og omfatter således ikke små kommuner (St.meld.nr 47 (2008-2009)). ACT-team vil neppe heller fritta DPS fra sin veiledningsplikt eller plikten til å ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten. Kommune og DPS bør fortsatt prøve å utvikle gode former for samhandling og kunnskapsutveksling.

2.5 Samarbeidsavtaler

Det eksisterer nå samarbeidsavtaler mellom De fleste helseforetak og kommuner (St.prp.nr. 1 (2007-2008)). Disse skal kvalitetssikre samhandlingen gjennom mest mulig like og forutsigbare rutiner. Det er viktig med samarbeidsavtaler, men de er ikke noen garanti for god samhandling der brukeren er (Myrvold og Helgesen 2009; Steihaug og Loeb 2007). I følge Opptrappingsplanen er det i møtet mellom brukerne/pårørende og tjenesteutøverne at kvaliteten på tjenesten oppleves og prøves (Stp.prp.nr.63 1998-1999).

2.6 Aktuell forskning

Schönfelder (2008) bruker begrepet "bakkebyråkrater" om høgskoleutdannede som arbeider innenfor psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. De har langvarig og tett kontakt med brukerne, stor arbeidsbelastning og en uforutsigbar hverdag. De har mye ansvar, men lite myndighet, og står for det meste av koordineringen rundt pasienten. I offentlige dokumenter er legene beskrevet som sentrale koordinatorene, men ofte har de ett perifert forhold til pasientene, og de deltar i liten grad i ansvarsgrupper. I følge Schönfelder (2008) opptrer legene som portvoktere og er til hinder for god samhandling mellom nivåene. Hvis legene fortsatt skal ha koordineringsrollen, må de endre praksis radikalt (Opdal 2009). I følge Schönfelder (2008) bør bakkebyråkratenes perspektiv i langt større grad bli synlig i diskusjon om framtidig utforming av psykisk helsevern. Videre at spesialisthelsetjenesten ikke kan unndra seg ansvar som del av et helhetlig tjenestetilbud, selv om hovedansvaret ligger på kommunen.

FoU-prosjekt *"Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1.og 2. linjetjenesten"* har hatt som målsetting å dokumentere varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom

1. og 2. linjetjenesten med utgangspunkt i gode eksempler fra hele landet. Her kommer det fram at godt samarbeid og veiledning må være basert på likeverd mellom partene. Det er ofte en vanlig oppfatning at den høyeste kompetansen ligger i andrelinjetjenesten. Helseforetakene har *en annen type kompetanse* enn de ansatte i primærhelsetjenesten. De kommunalt ansatte opplever ofte at spesialisthelsetjenesten har en klar formening om hva som skal gjøres når brukeren overføres til kommunen. De som skal følge opp brukeren i det daglige, opplever imidlertid en annen virkelighet. En annen ting som kanskje er like viktig, er at den kan bidra til å skape passivitet hos den annen part.

Poenget med samarbeid og samhandling må være å utnytte og utvikle begge parter kompetanse, erfaringer, holdninger og ressurser for øvrig. Da bør utgangspunktet være at begge parter har kunnskap som det er nyttig for den annen part å få del i (Magnussen og Lyngroth 2007).

SINTEF Helse har utgitt en rapport om samhandling og organisering rundt de mest ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid i kommuner (I undersøkelsen poengteres det at det er brukere som ansatte opplever som ressurskrevende, og at ressursbehovet varierer over tid). Her beskrives at DPS har manglende kunnskap om kommunene og kommunenes psykiske helsearbeid. Det er også liten forståelse for at psykisk helsearbeid i kommunen er forskjellig fra arbeidet i spesialisthelsetjenesten (Steihaug og Loeb 2007). Videre beskrives problemer i forhold til utskrivingsprosessen og manglende oppfølging fra spesialisthelsetjenesten etter utskrivning eller utflytting i bolig. Ansatte i kommunen stiller seg undrende til å skulle overta eneansvaret for de dårligste brukerne fordi disse ikke greier å nyttiggjøre seg av behandlingstilbudet som DPS kan gi. De har vanskeligheter med å forstå at ansvaret skal overlates til kommunen *”fordi brukeren er for syk”* (Steihaug og Loeb 2007, s.49). Det etterlyses delt ansvar om de ressurskrevende brukerne, altså tjenester fra begge nivåer samtidig over tid (Steihaug og Loeb 2007). Her gis også et kort eksempel på liknende overflytting som i ”samtidig samhandling.” Det gjaldt pasienter som hadde vært innlagt i flere år, hvor de etter grundig forberedelse, ved opplæring av personalet og gradvis overgang fra sykehus til kommune lyktes med innflytting i gruppeboligen. Det ble imidlertid beskrevet som en strevsom prosess fordi de ansatte i kommunen hadde måttet kjempe for å gjøre det slik. Det påpekes videre at det for en pasient som lenge har vært innlagt på sykehus, kan være en vanskelig prosess å flytte i egen bolig (Steihaug og Loeb 2007).

Magnusson og Lützen (2009) beskriver forskjellige behandlingsplaner og taushetsplikten som hindringer i samarbeidet mellom nivåene. Det blir ”oss og dem.” I følge Repstad (2004) regulerer taushetsplikten bare i liten grad informasjonsutvekslingen mellom nivåene. Her hevdes det at det innenfor lovverket ligger et samarbeidspotensial som foreløpig er lite utnyttet. Organiseringen i helsevesenet med inndelingen av to nivå; 1. linje- og 2.linjetjenesten, er med tanke på en arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal omsorgstjeneste. Arbeidsdeling og spesialisering er til for å gjøre oppgavene håndterbare og effektive. Nivåene har egne mål, fysiske rammer, forskjellige ansvarsområder, administrering, og finansiering (Repstad 2004). De to nivåene belønnes i dag etter interne mål og ikke i forhold til pasientenes samlede behov. I tillegg hersker det en ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Spesialisthelsetjenesten har som mål å behandle symptomer. Kommunehelsetjenesten har mer fokus på funksjonsnivå og mestringssevne (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Det gir forskjellige perspektiver på pasientens omsorgsbehov og forskjellig forståelse av å være utskrivingsklar (Hellesø og Fagermoen 2010). Dette kan gi ulike forventninger, eller mangel på forventninger til hverandre.

De forskjellige nivåene i helsetjenesten har forskjellige oppgaver og bruker ofte ulike metoder i arbeidet med brukerne. Dette gjør at det utvikles forskjellige kulturer (Steihaug og Loeb 2007; Haugtomt 2003). En kultur består av et sett normer og verdier og grunnleggende antagelser som deles av en gruppe (Repstad 2004, s.91). Innenfor hver organisasjon eksisterer en kultur med felles språk, symboler, ritualer og prosedyrer. Kultur dannes over tid, og har en tendens til å skape samhold innen kulturen og avstand til andre kulturer. Videre er all samhandling sosial og foregår mellom personer. En måte minske barrierer for samarbeid, er å skape en felles kultur. Et virkemiddel for å skape felles kultur kan være gjennom utveksling av ansatte (Repstad 2004). I følge Jacobsen, (1992b) viser empiriske undersøkelser at samhandlingen øker ved større personellflyt mellom organisasjonene (Repstad 2004). I følge Magnusson og Lützen (2009) kommer det også fram at samarbeidet går lettere hvis tjenesteyterne fra de forskjellige nivå kjenner hverandre.

Under litteratursøket kom jeg over en modell for samhandling, kalt ”Transitional Discharge Modell.” Den er basert på Peplau’s teori at en trygg relasjon virker terapeutisk, men er da utvidet til ikke bare å gjelde mellom sykepleier og pasient, men forskjellige helsearbeidere, familie og ”likemenn”. Den går ut på at helsearbeider fra sykehuset bevarer kontakten med

pasienten i overgangen mellom sykehus og kommune, inntil relasjonen med helsearbeider i kommunen er etablert. I tillegg opererer modellen med likemannsstøtte fra en tidligere innlagt pasient. Vanligvis avsluttes relasjon mellom sykehusansatt og pasient ved utskrivelse fra sykehus. Dette kan være sårbart for pasienter med langvarig psykisk lidelse (Forchuk m.fl. 2007). Bruk av denne modellen har vist en markant nedgang i antall reinnleggelser. (Christensen, A. og Nielsen B. 2008), (Forchuk m.fl. 2007). Modellen er prøvd ut i Canada og Skottland, og er under utprøving i Finland og en rekke andre land (Forchuk m.fl. 2007; (Reynolds m.fl. 2004). Kontinuitet i relasjon for opplevelse av kontinuitet i behandlingen beskrives også av Olesen (2004). Denne modellen har en del likehetstrekk med ”samtidig samhandling”. ”Samtidig samhandling” er imidlertid ikke noen modell, men en måte å samhandle på. Samhandling mellom nivåene kan dessuten være viktig og nødvendig, selv om pasienten ikke lengre ønsker kontakt med sykehuspersonalet. Godt samspill mellom fagutøverne kan også gi bedre samspill mellom fagutøvere og brukere, og kan i den sammenheng forstås som en parallellprosess (Hansen 2004).

Overnevnte rapporter antyder at relasjoner, likeverd, samtidighet og felles ansvar er suksesskriterier for god samhandling. Videre at veiledningen mellom kommune og DPS må gå begge veier og at partene må ha respekt for hverandre.

2.7 Teori

2.7.1 Taus kunnskap

Samarbeidsavtaler, Individuell plan og samarbeidsmøter ser foreløpig ut til å være utilstrekkelig for god samhandling mellom aktørene. Slik jeg ser det, kan en årsak være at disse fora er lite egnet for overføring av taus kunnskap. Kunnskap er både eksplisitt og taus. Den tause kunnskapen er knyttet til sanser, personlige erfaringer og kroppspråk og er vanskelig å beskrive for andre. I følge Krogh m.fl. (2000) er deling av taus kunnskap første steg i en prosess for kunnskapsutvikling. Den tause kunnskapen er tett knyttet til komplekse oppgaver, og er derfor vanskelig å beskrive i formelle prosedyrer. Taus kunnskap deles gjennom en sosialiseringssprosess over tid, hvor en i fellesskap deler opplevelser og følelser. Det påpekes at potensialet for kunnskapsutvikling er størst når gruppen utvikler sosiale relasjoner, og får anledning til å dele språk, ritualer, praksis, verdier og mål. Størrelsen på gruppen bør være liten; et såkalt mikrosamfunn. Det stilles krav om fysisk tilstedeværelse mens arbeidet utføres for at den tause kunnskapen skal kunne formidles (Krogh m.fl.2000).

Krogh m.fl. (2000) har satt opp noen måter å dele taus kunnskap på: *Ved direkte observasjon*: Man observerer oppgaven som blir gjort, som i en mester/svenn- relasjon, og diskuterer hvilke handlinger som fungerer evt. ikke fungerer. *Ved direkte observasjon og fortellinger*: Man observerer oppgaven som blir gjort, men dette blir supplert med fortellinger om liknende hendelser eller metaforer. *Ved imitasjon*: Basert på direkte observasjon, forsøker man å imitere en oppgave / handlingsmåte. *Ved eksperimentering og sammenlikning*: Man prøver ut forskjellige løsninger, og sammenlikner sin måte å arbeide på med ekspertens. *Ved felles utøvelse*: Man gjør oppgaven i fellesskap, og kan hjelpe hverandre med å forbedre handlingsmønstre. Vanligvis deles taus kunnskap gjennom kombinasjon av disse elementene (Krogh m.fl.2000).

Benner (1995), "fra novise til ekspert", tar utgangspunkt i Dreyfus-brødrenes teorier, og viser hvordan faglig utøvelse i omsorg og sykepleie utvikles over tid. Hun beskriver utvikling av ekspertsykepleie som en utvikling av et beskrivende språk, felles forestillinger, antagelser, forventninger, handlingsmønstre (en tendens til å handle på bestemte måter under bestemte omstendigheter), og maksimer. (Maksimer er kryptiske instruksjoner som kun gir mening for andre, hvis disse har en dyp forståelse av situasjonen). Personlig viten og erfaringer som utvikler klinisk kompetanse har også betydning (Benner 1995).

Sykepleie og andre helsefag hviler på erfaringsbasert taus kunnskap (Polanyi 2000). Kari Martinsen (2003) omtaler denne kunnskapen som faglig skjønn og kunstdimensjonen i sykepleien. Hun hevder at taus kunnskap ikke er tilgjengelig for oss gjennom begreper og regler. Innlevelse i situasjonen, erfaringsbasert vurdering og skjønn spiller hovedrollen her. Vi vet mer enn vi kan formidle med ord. Vår viten blir redusert når vi bare sier hva vi vet (Martinsen 1989; Polanyi 2000). I følge Kari Martinsen(1989) læres ferdigheter i mellommenneskelige relasjoner, hvor det emosjonelle og det rasjonelle utgjør en enhet. Hun henviser til Benner og Dreyfus-brødrene, og sier at det som særpreger kunnskapen til en klinisk ekspert, er at den er uartikulert. Intuisjon er en evne som formidler taus kunnskap (s.26). Det er en utfordring å erkjenne verdien i taus kunnskap, og hvordan denne kan løftes fram og utnyttes (Krogh m.fl. 2000; Polanyi 2000; Kari Martinsen 2003). Det å avdekke og beskrive praktisk kunnskap blir derfor viktig i forskningen.

2.7.2 Veiledning

Kommunene har ikke vært tilfreds med måten veiledningen fra DPS er blitt ivaretatt på, og det etterlyses veiledning tilpasset den kommunale virkelighet (Steihaug og Loeb 2007).

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 (1998) definerer veiledning som en systematisk og personlig læreprosess, hvor kunnskap og erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse. Indre og ytre rammer bør defineres gjennom en skriftlig kontrakt (Bakken 2008). I følge Tveiten (2008) er veiledning et lite klart definert begrep. Fokus i veiledning er læring, vekst, utvikling og økt mestringskompetanse (Tveiten 2008). Veiledning og undervisning henger sammen og griper inn i hverandre. Undervisning handler om å formidle kunnskap. Veiledning handler om at den som veiledes selv oppdager hvilken kunnskap som trengs (Tveiten, 2008). Tveiten (2008) legger vekt på at den som veiledes må være *veiledbar*. Det betyr å være bevisst hva veiledning er, hvordan den foregår, og hvilke roller og funksjoner som inngår i veiledningen. I følge Tveiten (2008) bygger veiledning på flere tradisjoner:

- Terapitradisjonen
- Håndverkstradisjonen
- Veiledning gjennom handling og refleksjon over handling.

Innenfor terapitradisjonen fokuserer veiledningen på følelser. Her kan skillet mellom det faglige og personlige bli uklart, ettersom yrkesutøveren bruker seg selv som viktigste redskap i arbeidet. I veiledning er det imidlertid personen som yrkesutøver det gjelder, ikke privatpersonen. Innenfor håndverkstradisjonen fokuseres det på kunnskapsformidling av mesteren i den praktiske arbeidssituasjon. I følge Tveiten (2008) er veiledning mer enn formidling av kunnskap, og veiledningskompetanse er en betingelse for å kunne veilede. Veiledning gjennom handling og refleksjon over handling kan ha elementer av flere tradisjoner. Tveiten (2008) beskriver veiledning som vektlegger refleksjon over handling. Man reflekterer over egen rolle i praksis og grunnlaget for ens praksis.

3. METODE

Valg av metode beror på hvilken metode som er best egnet til å belyse problemstillingen. Jeg har valgt kvalitativ metode. Det er en utforskende og beskrivende metode, som egner seg når man vil gå i dybden og undersøke ulike nyanser av et fenomen (Thagaard, 2009). Her gjaldt problemstillingen ansattes erfaringer vedrørende samhandling rundt personer med behov for omfattende og sammensatte tjenester. Kvalitative metoder egner seg til studier av temaer som det er lite forskning på fra før. Metodeopplegget er preget av fleksibilitet, og kan endres og tilpasses erfaringer underveis. Forskeren har nærhet til kildene, og forskerens nærvær vil ha innflytelse på hvordan datainnsamlingen forløper (Thagaard 2009). I kvalitativ forskning står fenomenologien og hermeneutikken sentralt. Innenfor fenomenologien forsøker man å forstå deltakernes erfaringer med et fenomen. Hermeneutikken omhandler fortolkningen av disse erfaringene, og man søker å oppnå en gyldig forståelse av meningen i teksten. I følge hermeneutikken kan meningen bare forstås ut fra den sammenhengen det som studeres er en del av. Og delene må forstås ut fra helheten. I tolkningen inngår også et samspill mellom forsker og tekst, hvor forskerens forforståelse vil kunne innvirke på hvordan intervjueteksten tolkes (Thagaard 2009).

3.1. Etiske vurderinger

Jeg har fulgt prinsippene i Helsinkideklarasjonen gjennom prosjektet og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste sine retningslinjer for oppbevaring av data. Deltakerne kunne gi frivillig informert samtykke til å delta i undersøkelsen, og hadde mulighet for å kunne trekke seg når som helst under prosjektet. Dataene er blitt anonymisert og oppbevart forsvarlig etter etiske retningslinjer (Ringdal 2009). Prosjektet er godkjent av NSD .

Både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten oppleves det knapphet på ressurser. I en travel hverdag er det fristende å gå når den andre kommer. Det blir derfor viktig å dokumentere om denne innsatsen i form av samtidighet vil kunne gi gevinst.

Brukermedvirkning er et viktig satsningsområde både i forskning og behandling. Det innebærer å utvikle rutiner som bygger opp under pasientens delaktighet og egen mestring (Sosial- og helsedirektoratet, Veileder IS 1388). Brukermedvirkning innebærer at bruker er

med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk både på individ- og systemnivå. Pasientene som er innbefattet i denne undersøkelsen vil ikke bli intervjuet. Årsaken tidsmessig, at det kunne blitt vanskelig med godkjenninger innenfor denne rammen. I en annen sammenheng kunne det ha vært gjort. De har kanskje likevel på sin måte gitt uttrykk for sin mening i samhandlingen med personalet i tjenestene. Personalet ble da deres ”talsmenn.” I følge Hummelvolls definisjon på psykiatrisk sykepleie virker sykepleieren som omsorgsgiver og pasientens talsmann når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker (Hummelvoll 1998, s.29). I Kari Martinsens omsorgsteori består omsorg av tre dimensjoner: Den relasjonelle, den praktiske og den moralske. Omsorgsmoral er å handle ut fra prinsippet om ansvaret for de svakeste. I alle avhengighetsforhold inngår det makt. I følge Martinsen dreier omsorgsmoral seg om hvordan vi bruker denne makten. Dette mener hun forplikter på en slik måte at de svakes posisjon kan endres slik at de får en reel mulighet til å leve det beste liv de er i stand til. Vi må stille oss på pasientens side og være deres talsmann (Martinsen 2003). Jeg finner det mest etisk riktig å gjøre det på denne måten, men det kan diskuteres om brukerperspektivet er tilstrekkelig ivaretatt og om personalet virkelig uttrykker pasientenes meninger.

Et aktuelt etisk dilemma innenfor psykisk helsevern er i hvilken grad det er riktig å gripe inn mot brukerens vilje når han ellers vil forkomme (Steihaug og Loeb 2007). I følge Magnusson og Lutzen (2009) har personalet fra sykehus og kommune forskjellig syn på dette. Om og hvorvidt institusjonenes ”makt” vil følge med videre i systemet som følge av økt samarbeid, blir viktig å diskutere. Noe slikt kom imidlertid ikke fram i B. H. Opdal (2009) sin undersøkelse om hvordan pasienter opplever samhandlingen innenfor psykisk helsearbeid for voksne. Her ble det angitt at det å stadig måtte starte på nytt til nye behandlere, var noe av det brukerne opplevde som belastende.

3.2 Kvalitativ metode

Jeg besluttet å bruke kvalitativ metode i form av intervju. Dette fordi jeg mener ”samtidig samhandling” har kvalitative kjennetegn. Det er en dynamisk prosess som kvalitativt design er godt egnet til å utforske (Ringdal 2009). Det vil være mangfold og nyanser i møte med hver enkelt pasient, og det vil kunne være forskjellige behov i forhold til hvor mye samtidighet med hvem som trengs. De utøvende tjenesteyterne må utvikle måten på nytt hver gang, fordi hver situasjon vil være litt forskjellig. Videre er kvalitative forskningsintervjuer anvendelige

når man skal beskrive samspillet mellom aktører i helsevesenet eller spesielle intervensjoner (Vallgård og Koch 2007, s.61). I det kvalitative forskningsintervju blir kunnskap konstruert gjennom utveksling av synspunkter mellom intervjuer og intervjupersoner (Kvale 1997). Det som har vært viktig å få rede på, er hva som konkret skjedde i gruppen på arbeidsplassen i arbeidet med overføring av noen pasienter fra sykehus til kommune. Hvilke erfaringer og opplevelser satt helsearbeiderne igjen med etter disse overflyttingene?

Problemstillingen berører metodologisk evalueringsforskning og aksjonsforskning. En evaluering av denne måten å gjennomføre overflyttinger på vil kunne forme og korrigere praksis videre. Innenfor aksjonsforskning er avstanden mellom forsker og subjekt minimalisert (hva det betyr for meg), og målet er å utvikle bedre praksis i praksisfeltet. Utgangspunktet her var pasienter som ikke fungerte i sine respektive boliger. Gjennom dialog, refleksjon og aksjon ble fokus rettet mot samhandlingen mellom nivåene, og det ble fremtvunget og forsøkt en praksis som her kalles ”samtidig samhandling”(Hummelvold 2003).

3.3 Om forskerens bakgrunn og forforståelse

Jeg har arbeidet flere år på akuttpost og de siste årene på en døgnavdeling på DPS. Da jeg arbeidet på akuttpost, var samhandling med andre instanser for mitt vedkommende så godt som fraværende. Det var stort sett turnuskandidatene og sosionomen som var i kontakt med instansene utenfor. Kommunen var en stor, uoversiktlig masse som jeg ikke turte eller visste å ta kontakt med. Ved DPS ble det mer kontakt med samarbeidende instanser, men jeg vil ikke påberope meg å ha vært noen foregangsfigur her heller. Jeg hadde også vært på ett besøk i en av boligene en av juledagene. Dette var noen uker før besøkene ble avsluttet. Jeg husker at jeg var på ukjent og utrygg grunn. Jeg hadde ikke vært der før og hadde heller ikke møtt noen av helsearbeiderne i boligen. Det var en stund siden pasienten var hos oss, og jeg var ikke den som kjente vedkommende best. Men jeg kom altså som representant fra spesialisthelsetjenesten. For meg var det spennende å komme inn i boligen og se hvordan det var der, og det var en trygghet for meg at de i boligen så ut til å kjenne pasienten, og alt så heldigvis bra ut. I ettertid har jeg reflektert over dette besøket. Jeg la lite vekt på besøket der og da. Jeg gjorde jo ikke annet enn å være der en halv times tid og pratet litt med pasienten og den andre helsearbeideren. Men hadde det ikke stått bra til, måtte jeg jo ha konferert med

mine medarbeidere ved DPS og kanskje tilkalt vakthavende lege. Hva betydde det egentlig for personalet i boligen at noen fra spesialisthelsetjenesten var der?

Jeg startet studiet på bakgrunn av en ny forforståelse. Da jeg formidlet interesse for forskning overfor min nærmeste leder, ble jeg forespurt om å skrive om erfaringene med samhandling vi hadde gjort på avdelingen. Umiddelbart fant jeg på navnet ”samtidig samhandling”, og var klar for studiet med entusiasme og pågangsmot. Det har vært en prosess å bevege meg fra rollen som sykepleier til forsker. ”Samtidig samhandling” er kanskje ikke noe nytt og revolusjonerende begrep, men det klinger godt i mine ører og oppleves funksjonelt for meg. Det kan tenkes at flere DPS som driver med det samme (Jfr. Steihaug og Loeb 2007), men jeg fant ikke eksempler på studier om det under litteratursøket.

Da jeg søkte litteratur og leste om emnet, påvirket dette også min forståelse om emnet. Jeg lurte blant annet på om vi som har daglig og tett kontakt med pasientene kunne være mer betydningsfulle aktører når det gjelder samhandling enn jeg tidligere har vært klar over. Dette var altså utgangspunktet for meg i starten. Jeg startet ikke som nøytral forsker, men med en forforståelse.

3.4 Rekruttering av informanter og utvalg

Informantene var utøvende tjenesteyterne som i litt varierende grad har vært med på denne type samhandling, henholdsvis på kommune (bolig med base) og døgnavdeling på DPS, hvor jeg til daglig arbeider. Det vil si et strategisk utvalg, da informantene har kvalifikasjoner som er relevante i forhold til problemstillingen (Thagaard 2009). Patton (2002) betegner fokusgrupper som homogene grupper, her helsearbeidere. Det var til sammen 18 informanter, henholdsvis 4 informanter i to av intervjuene og 5 informanter i de andre to. For å få fram flest mulig perspektiver, hadde det vært ønskelig med større grupper (5-8stk.) enn det jeg fikk til. I følge Halkier (2006) kan det imidlertid være tilstrekkelig med en gruppe på bare 3-4 deltakere.

Jeg sendte forespørselen om å delta på e-post til henholdsvis leder og fagkoordinator i kommunene. Det ble avtalt tid og sted for intervju, og invitasjonen til intervjudeltagelse ble sendt (vedlegg 1). De hadde ikke lokale tilgjengelig noen steder i kommunene hvor vi kunne sitte helt uforstyrret, men de hadde et rom hvor det var mulig å få intervjuet gjennomført med

minst mulig forstyrrelser. Leder / fagkoordinator anga tidspunkter hvor det var flest mulig av de aktuelle kandidater på jobb. I følge leder/ fagkoordinator var personalet engasjert i temaet.

På egen arbeidsplass hengt jeg opp invitasjonen på et sentralt sted. Jeg fikk nærmeste leder til å informere de ansatte om undersøkelsen på et møte uten min tilstedeværelse. Det viste seg i etterkant at personalet av usikre på om de befant seg i målgruppen. Begrepet ”samtidig samhandling” er jo ikke noe innarbeidet begrep, og jeg måtte i etterkant forklare de kandidatene jeg visste var aktuelle at nettopp de var i målgruppen. (Jeg var på det tidspunktet heller ikke klar over en pasient ikke hadde villet møte de ansatte fra DPS under overflyttingene). Da var allerede flere opptatt på de oppsatte tidspunkt for intervjuet.

I etterkant ser jeg at invitasjonen i tillegg kunne vært lagt i hver enkelt ansattes posthylle, og at den kunne vært utformet annerledes.

Jeg setter rekrutteringsproblemenene i sammenheng med kanskje for svak informasjon om prosjektet. Det var et dilemma og skulle fremstå nøytral og ikke presse medarbeidere til å delta, og samtidig ”reklamere” for prosjektet. Det kan også ha å gjøre med en travel hverdag, hvor hensynet til pasientene må komme først. Kanskje sier det også noe om vanskelighetene med å få samlet folk til ansvarsgruppemøte?

De 18 informantene hadde ulik fagbakgrunn, men alle hadde to år eller mer i arbeidserfaring. I tilfeldig rekkefølge og etter antall: 6 vernepleiere, 5 sykepleiere, 3 omsorgsarbeidere, 1 assistent, 1 ergoterapeut / miljøterapeut, 1 hjelpepleier og 1 sosionom/ miljøterapeut. 9 hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid. 5 hadde annen videreutdanning. I et av intervjuene kom ikke eventuell tilleggsutdanning fram. 6 av informantene var menn, resten kvinner. 3 av informantene hadde ikke vært med på noen av de tre overflyttingene. Den ene av dem hadde ikke vært med på samhandling med annen instans. Vedkommende hadde startet å jobbe der etter at overflyttingsfasen var over, men jobbet i boligen til en av pasientene som ble overflyttet. Jeg valgte å ta alle som møtte med, både av hensyn til gruppestørrelse, men også fordi de som en del av gruppen på arbeidsplassen og var representanter for et arbeidsmiljø.

3.5 Datainnsamling

Jeg valgte å bruke fokusgruppeintervju fordi det er egnet til å produsere data om sosiale gruppers fortolkninger, normer og interaksjoner, og man kan få flere perspektiver (Halkier

2006). Fokusgruppeintervju er også godt egnet for å evaluere erfaringer og synspunkter innen organisasjoner, der det er en tilnærmet homogen gruppe (Patton 2002). Samhandling er i seg selv en aktivitet som foregår mellom flere personer, og er avhengig av gruppen og kulturen på arbeidsplassen. I fokusgruppeintervju foregår det et samspill mellom informantene, der de deler ideer og synspunkter med hverandre (Patton 2002). Som moderator skulle jeg passe på at fokus på tema ble holdt, og at alle fikk komme til orde (Patton 2002). Intervjuene ble foretatt i løpet av våren 2010. Når det gjelder datainnsamling, er et generelt kriterium innenfor kvalitativ forskning, at man fortsetter intervjuene inntil man når et metningspunkt, hvor man ikke får vite noe nytt (Kvale 1997). Samtidig må materialet ikke bli større enn at man greier å analysere i dybden. Sist, men ikke minst handler det om tid og ressurser (Halkier 2006). Jeg hadde til sammen fire fokusgruppe intervju, to på DPS og to i de respektive boligene.

Jeg startet intervjuene på egen arbeidsplass (DPS) for å gjøre det mest mulig trygt for meg som uerfaren intervjuer. Det var en utfordring å finne de riktige spørsmålene som kunne gi svar på problemstillingen uten å være forutinntatt (Thagaard 2009). Jeg gjorde et forsøk på et prøveintervju av to medarbeidere en søndag formiddag jeg var på jobb. Det måtte dessverre avsluttes etter ca. 15. min., men de som ble intervjuet lot til å ha mye å fortelle. Jeg ble oppløftet av dette, og fikk tro på at spørsmålene var egnet for de ordentlige intervjuene.

Jeg startet intervjuene med å dele ut invitasjonen og samtykkeerklæring til intervjuet, og påpekte spesielt de to punktene jeg hadde fått beskjed om å legge til fra NSD: (1). At det skulle presiseres at Hint er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet, og (2) at det er mulig å trekke seg fra prosjektet også etter at intervjuet er avsluttet. Deltakerne fikk tid til å lese gjennom. Ingen hadde spørsmål eller kommentarer til dette. Samtykkeerklæringen ble skrevet under før intervjuet. Jeg presiserte at jeg var interessert i deres erfaringer, og at det er jeg som skal lære (Halkier 2006). Jeg benyttet en intervju-guide som var delvis strukturert (vedlegg 2). Spørsmålene var utformet på forhånd, men med mulighet for åpne svar. Dette for å kunne sammenlikne gruppene fra de forskjellige nivå Halkier (2006). Samtidig ville jeg kunne stille oppfølgingsspørsmål i forhold til uventede tema som kom opp (Halkier 2006). Jeg forsøkte å få med at alle intervjusspørsmålene ble berørt på en eller annen måte selv om jeg ikke direkte stilte alle spørsmålene. Jeg startet med samme første spørsmål, men rekkefølgen etterpå ble litt forskjellig i hvert intervju.

Jeg gjennomførte altså intervjuene på informantenes egen arbeidsplass. Dette for å sikre at informantene svarte mest mulig fritt, og de kunne utdype hverandre på bakgrunn av felles erfaringer. (Halkier 2006). Det er et relevant sted i forhold til emnet. Hver arbeidsplass har sin organisasjonskultur med en viss grad av sosial kontroll. (Patton 2002; Bø og Sæther 2004) Det kan hende at de som hadde avvikende synspunkter ikke meddelte disse.

To av intervjuene var på egen arbeidsplass. Dette har kunnet påvirket resultatene av undersøkelsen. Kanskje har de av lojalitet til en kollega, formet svarene etter det. Videre har det vært en utfordring for meg å drive forskning på egen arbeidsplass, når jeg til daglig var en av dem. Jeg kan ha oversett viktige elementer fordi jeg har tatt dem for gitt. Det har også gjort det vanskelig å finne relevante spørsmål. Videre kan jeg fått et ensidig perspektiv og ha oversett andre perspektiver (Østern 2009). I følge Thaagard (2009) er det viktig å oppnå et perspektiv hvor en kan se egen kultur med andres øyne. Mitt perspektiv går kanskje snarere under overflaten og ned i dybden slik Østern (2009) beskriver. Fordelen er at jeg lett skjønnte hva de snakket om, da jeg jo delte mange av deres erfaringer (Thaagard 2009). Jeg har hatt ekte tilgang til å forstå betydningen av viktige fenomener Østern (2009). Hvis man skal drive fagutvikling på egen arbeidsplass som kliniker, må det nødvendigvis også bli fra et perspektiv innenfra.

Når det gjelder intervjuene i kommunehelsetjenesten, kan det ha påvirket svarene at intervjueren kom fra spesialisthelsetjenesten. Jeg forsøkte å fremstå ydmyk og åpen i forhold til at de satt inne med kunnskap som kanskje er av betydning for både for spesialisthelsetjenesten og i forhold til samhandling generelt. Dette i håp om å oppnå rollen som den aksepterte utenforstående (Thaagard 2009). I egenskap av å være helsearbeider, fremsto jeg vel heller ikke helt utenforstående.

Det er anbefalt å være to stykker under intervjuene. En som har fokus på intervjuet og en som observerer, tar notater og holder orden på det tekniske (Patton 2002). Jeg fikk med meg en medstudent på de to siste intervjuene. Ett av de som foregikk i kommunen, og ett på egen arbeidsplass. Det var til stor hjelp å ha noen å reflektere sammen med i etterkant. Jeg skrev ned noen umiddelbare inntrykk etter hvert av intervjuene. Observatøren hadde også gjort notater underveis i intervjuet. Dette for videre hjelp under analysen (Kvaale 1997). De to første intervjuene ble foretatt dagen etter hverandre. Dette var en utfordring for meg som

forsker, som fikk lite tid til å fordøye inntrykkene imellom. Mellom de siste intervjuene var det ca en måned. Jeg hadde da fått startet transkriberingen av det første intervjuet.

Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene. Jeg transkriberte så og si ordrett, men i form av bokmål. Det er likevel viktig å være klar over at skriftliggjøring av intervjuetekst kan gi en fordreining av det som ble sagt (Malterud 2003). Informantene ble gitt bokstaver fra A til E for å sikre deres anonymitet videre. Forstyrrelser ble ikke tatt med bortsett fra et par ganger, der jeg synes det gjorde mye av seg. Intervjuene varte fra 1 time og 4 min. til 1 time og 20 min. Etter transkriberingen satt jeg igjen med materiale på 97 sider til sammen.

3.6 Intervjuenes kvalitet

Intervjuene er råmaterialet for den senere analysen, og er avgjørende for kvaliteten på det videre arbeidet (Kvaale 1997). Det stilles store krav til intervjueren om oppmerksomhet og lydhørhet under intervjuene. Når intervjuet først er gjort, er det ikke mulig å gjenta det på grunn av ny innsikt både hos intervjuer og deltakere (Vallgård og Koch 2007).

Det var for meg veldig krevende, men utrolig lærerikt å gjennomføre intervjuene. Jeg ser at det å være moderator er et håndverk som læres gjennom øvelse over tid. Det gjenspeiles også i refleksjonsnotatene. Jeg har beskrevet der at det var tungt og krevende. At jeg var lite fornøyd med egen rolle, da jeg var for redd for pauser, stilte flere lukkede spørsmål og stilte for lite bekreftelsesspørsmål. Innimellom ble jeg kanskje mer en deltager enn intervjuer. I følge observatøren hadde jeg imidlertid ikke virket styrende under intervjuene. En årsak til for få bekreftelsesspørsmål var kanskje at jeg med min nærhet til feltet mente å forstå godt hva deltakerne sa.

Et av intervjuene ble mye dominert av en person, som også var leder der. At vedkommende var leder kom først fram under intervjuet. Kanskje jeg skulle ha presisert i invitasjonen, at leder ikke skulle være med. Samtidig var dette en liten arbeidsplass, og det virket å være en god tone mellom leder og øvrige informanter. Det hadde ellers blitt bare tre deltagere om leder ikke var blitt med. Intervjuene fungerte best da deltakerne fikk fortelle historien om hvordan overflyttingen gikk til. Dette ble også bekreftet av observatøren. Under intervjuene virket deltakerne engasjert i temaet.

Alle de som ble intervjuet sa det hadde vært artig og interessant å delta. Jeg sendte et eksemplar av det ferdig transkriberte intervjuet til hver av deltakerne for gjennomsyn og

eventuelle innspill. Bare to gav tilbakemelding, og da i form av at det så riktig ut, de hadde ingenting å anmerke. De som gav tilbakemelding var fra egen arbeidsplass.

3.7 Analyse

Tolkningen av data starter ideelt sett allerede under intervjuforberedelsene og under intervjuene, og vil videre oppta forskeren under transkriberingen. Deretter følger organiseringen av teksten. Jeg har foretatt en hermeneutisk- fenomenologisk analyse. Dette fordi jeg her kunne behandle min forforståelse og deltagelse metodologisk. Hermeneutikken var opprinnelig knyttet til tolking av tekster, hvor delene skal forstås ut av helheten, mens helheten igjen må forstås ut i fra delene. Gadamer (1900-2002) har videreført hermeneutikken til nyere tid og tar utgangspunkt i mennesket som et historisk vesen. All forståelse bygger på en forforståelse. Gjennom samhandling og dialog vil forforståelsen korrigeres, samtidig som vi får nye data som fortolkes. Prosessen er dynamisk, og de enkelte delene kan gjentas flere ganger. I følge Gadamer er en viss forforståelse en betingelse for å vite hvilke forskningsspørsmål vi skal stille (Thagaard 2009; Vallegårda og Koch 2007; Kvaale 1997; Riis 2006).

Den objektive forsker er for Gadamer utopi (Vallgård og Koch, 2007). Rouhiainen (Østern 2009, s 63) sier at i en kvalitativ studie som hviler på fenomenologi og hermeneutikk, blir forskeren også ett undersøkelsesinstrument. Dette betyr at forskerens verdier og ideer er en viktig del av undersøkelsesprosessen. Thagaard (2009) understreker også at forskerens nærvær i kvalitativ metode har innflytelse på hvordan datainnsamlingen forløper. Her påpekes det at det blir et gjensidig påvirkningsforhold mellom forsker og informanter som en konsekvens av den kvalitative forskningens prinsipp. I møtet mellom det som fremtrer i materialet og forskerens horisont, kan det oppstå en ny forståelse. Det blir viktig med åpenhet om betingelsene for resultatene. Jeg har forsøkt å redegjøre for egen forforståelse. I det videre arbeidet har jeg forsøkt å følge de metodiske prinsipp som inngår i hermeneutisk analyse som beskrevet i Vallgård og Koch (2007). Jeg har forsøkt å være oppmerksom på fallgruben med å legge for mye av min forforståelse ned over materialet, og "bare se det jeg vil se". (Sette min forforståelse på prøve. F.eks: "hvorfør spør jeg som jeg spør" og "kunne det vært omvendt av hva jeg tror?", at man bevisst sin egen forforståelse setter seg inn i den andres sted, bruker teori, ser på spørsmålets struktur.)

I følge Kvaale (1997) finnes det ingen standard metode for analyse av kvalitative data. Metoden avhenger av hva som skal analyseres og hvorfor. Det anbefales å følge en prosedyre som muliggjør en dialog mellom forsker og materiale. Analysen kan betraktes som dekontekstualisering hvor man ser nærmere på deler av materialet, og rekontekstualisering, hvor materialet så settes sammen igjen på en ny måte (Malterud 1996).

Jeg har sett etter både variasjon og felles trekk mellom intervjuene (Thaagard 2009). Jeg leste først alle intervjuene for å få et helhetsinntrykk. Jeg fokuserte så på selve teksten, og forsøkte i første omgang å ikke tolke den. Jeg ønsket å være åpen for informantens erfaringer, slik at deres perspektiv kunne komme fram (Thagaard 2009; Kvale 1997).

Deretter identifiserte jeg meningsbærende enheter, det vil si de uttalelsene som kunne si noe om problemstillingen min (hva skjer..). I første omgang utelot jeg mine spørsmål og kommentarer og anså det som ikke gyldige data. Jeg utelot også korte svar på lukkede spørsmål som ja og hmm. Jeg identifiserte så uttalelser som sa noe om hva informantene mente samhandling er, og hva de hadde sagt om ulemper med ”samtidig samhandling”. Jeg identifiserte også utsagn om den praktiske gjennomføringen (hvordan). Her måtte jeg innhente noe informasjon i etterkant hos kolleger (antall uker og timer pr. dag) som ikke hadde kommet fram under intervjuene. Jeg så i etterkant at det var viktig å inneha de samme praktiske opplysninger for alle tre overføringer for å kunne sammenlikne dem med hverandre. Til slutt samlet jeg en gruppe uttalelser jeg ikke visste hvor jeg skulle plassere, men som jeg syntes sa noe viktig om temaet samhandling. De meningsbærende enheter ble så kondensert (Malterud 2003). Deretter forsøkt plassert ut fra en forforståelse i følgende kategorier: Trygghet, kunnskap, relasjoner, forutsetninger. Noen kategorier ble senere delt inn i ulike underkategorier. Eksempelvis ble kunnskap delt opp i ulike former for kunnskap. Jeg har forsøkt å være oppmerksom på at jeg har tolket data ut fra egen forforståelse (Thagaard 2009). Forforståelsen ble imidlertid endret flere ganger underveis, etter hvert som jeg bearbeidet materialet og fant ny litteratur. I materialet dukket det også opp uventede funn som resulterte i nye kategorier. Jeg måtte flere ganger gå tilbake til grunnmaterialet etter hvert som jeg fikk ”nye briller” å se det med. Noen utsagn som først virket uten betydning, inneholdt likevel relevant informasjon etter hvert som jeg fikk nye perspektiv. Spesielt var det fruktbart å lese litteratur som sto i kontrast til mine antagelser, som anbefalt hos Riis (2006) og Repstad (2004). Jeg studerte også hva som i liten grad ble nevnt i intervjuene, men som er fremhevet i annen litteratur om samhandling. Til slutt ble sitatene beskrevet og sammenfattet under hver

kategori med tilhørende overskrift. Analyse og funn er underbygget med deler av grunndata for øke påliteligheten.

3.8 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

Innenfor all forskning gjelder krav om kvalitet for at det skal kunne kalles vitenskapelig kunnskap. Kvaliteten vurderes ut fra hvordan den produserte viten er framkommet, og hvordan den plasserer seg i forhold til eksisterende viten. I kvalitativ forskning er det ikke klare regler og normer for kvalitetskriterier. Begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet brukes ofte i stedet for validitet (gyldighet), reliabilitet (pålitelighet) og generaliserbarhet (Vallegårda og Koch 2007; Thagaard 2009). Malterud (2003) understreker betydningen av relevans. Forskningen skal bringe ny erkjennelse som er nytting for andre.

Troverdighet (reliabilitet) handler om å gjøre rede for hvordan data er innsamlet. Det vil si en detaljert beskrivelse av forskningsprosessen trinn for trinn. I dette inngår at forskeren skiller mellom grunnlagsinformasjon og egne vurderinger av denne informasjonen. Det må også redegjøres for relasjonene til informantene, og betydningen konteksten til feltet kan ha for dataene forskeren får (Thagaard 2009).

Bekreftbarhet eller validitet handler om de tolkninger vi har kommet frem til, er gyldige i forhold til virkeligheten vi har studert. Forskeren må redegjøre for eget ståsted, og kritisk vurdere sine analyser og tolkninger som grunnlag for konklusjonene man har kommet fram til (Thagaard 2009). En måte å validere på er å sammenlikne sine resultater med andre beslektede studier. Inngående kjennskap til feltet kan også styrke validiteten (Vallegårda og Koch 2007). Validiteten styrkes av å synliggjøre og teoretisk begrunne valg som er gjort underveis i forskningsprosessen, såkalt gjennomsiktighet. Forskeren må tydeliggjøre grunnlaget for fortolkningene.

Overførbarhet er knyttet til om den forståelsen som utvikles innenfor en studie, også kan være gyldig i andre sammenhenger. Overføringsverdien økes hvis andre lesere med liknende erfaring eller kjennskap til feltet gjenkjenner resultatene (Thagaard 2009).

4. FUNN OG FORTOLKNINGER

4.1 Presentasjon av funn

Jeg har inndelt i informanter fra bolig og informanter fra DPS. Jeg har brukt sitater så ordrett som mulig, slik at ikke betydningen av det som blir sagt går tapt. Samtidig er noen sitater endret til mer skriftlig språk av hensyn til deltakernes anonymitet. Jeg har brukt (...) der jeg har utelatt deler av en setning eller et avsnitt, eller slått sammen setninger, men beholdt meningsinnholdet. Jeg har også omskrevet noe der informantene sier noe som kan være taushetsbelagt. Jeg har brukt begrepet *pasient* når informantene fra DPS snakker, og *bruker* når de fra boligene snakker for å være mest mulig tro mot språket som brukes. Jeg har for det meste erstattet ordene han / hun med pasient / bruker der informantene snakker om dem. Men for å få flyt i språket har jeg noen ganger valgt å bruke han / ham om pasient /bruker. Navn på DPS og psykiatrisk sykehus er byttet ut med DPS og psykiatrisk sykehus. Sitater er skrevet i *kursiv*. Jeg har valgt ut noen hovedsitater under hvert underkapittel fra kapittel 4.3 som jeg syntes illustrerte hovedpoeng i kapittelet. Før problemstillingen besvares, vil jeg først gå litt nærmere inn på hvordan ”samtidig samhandling” foregikk rent praktisk, og hvilke forutsetninger informantene vektla for å få det til. Jeg fant det mest hensiktsmessig å diskutere temaene etter hvert i stedet for å samle all diskusjon til slutt under ett.

4.2 Hvordan ”samtidig samhandling” foregikk

4.2.1 Om besøkene fra bolig i DPS

Den første overflyttingen ble på en måte fremtvunget ut fra et ønske fra personalet i en av boligene om at DPS måtte inn og gjøre mer. DPS ønsket ikke å ta over oppgavene, og tilbudet fra DPS ble at ”*da skulle vi gjøre det sammen*”. Dette ble akseptert fra boligen. I etterkant foregikk det to liknende overflyttinger til fra DPS til bolig. Det er erfaringene fra disse tre overflyttingene som blir studert her.

Den praktiske gjennomføringen foregikk litt forskjellig fra overflytting til overflytting på bakgrunn av erfaringer man gjorde underveis, og ut i fra hensikt og behov. Under intervjuet diskuterte informantene fra DPS om det i det hele tatt var nødvendig at de ansatte fra boligen kom og var på DPS. Noen hadde tanker om at DPS kanskje bare skulle vært ute i boligen, og at pasienten ikke skulle vært lagt inn på DPS i det hele tatt. Andre mente det var viktig at de

fra boligen fikk se omgivelsene på DPS slik at de kunne sammenlikne det med omgivelsene i bolig når DPS fortalte om erfaringer derfra.

Under den første overflyttingen hadde personalet fra boligen blitt værende for seg selv da de kom på DPS. Personalet fra boligen hadde bare flyttet vaktene sine over til DPS, og var der sammen med pasienten i 3-4 uker. DPS hadde da på forhånd innarbeidet rutiner som personalet i boligen fikk skriftliggjort og skulle følge opp videre. Personalet fra boligen hadde altså ikke videre kontakt med personalet fra DPS utenom at de første gangen ble tatt i mot og vist ned til enheten (som lå i en bygning for seg selv) der pasienten var. I ettertid sier både de ansatte fra DPS og fra boligen at dette ikke var en ideell løsning. Informant fra DPS: *”Jeg vet ikke om det var så enkelt for dem, de kom jo for å være sammen med den pasienten. Det var litt sånn vanskelig”*. En reflekterte videre over at dette var en kunstig situasjon uten mulighet for aktiviteter som de kunne gjøre i bolig. Man kom fram til at man burde ha løsrevet det litt fra den pasienten og kombinert det med hospitering slik at de også deltok i andre ting på huset. Informantene fra bolig bekreftet noe av det samme med å oppgi tiden på DPS som ikke noe spesielt bra: *” Det var bare oss og ham da. Ellers så møtte vi bare opp og hadde vaktene våre der, så for min del var det ikke noe, vi hadde ikke noe samarbeid med dem, utover å være på hans vakt da”*.

Den andre overflyttingen foregikk til en nystartet bolig med base. I forbindelse med overflyttingen var personalet fra boligen på besøk på DPS sammen med personalet fra DPS. De var også på besøk på psykiatrisk sykehus ettersom pasienten for tiden befant seg der. Det kom ikke fram hvor lenge personalet fra denne boligen var på DPS, men et par dager ble forslått som passe tid fra informant på DPS. Informant fra bolig ga uttrykk for at det var interessant å se hvordan det var på psykiatrisk sykehus da vedkommende *” ikke hadde vært på en sånn plass før”*. Det ble snakket om at det var interessant å se hvordan de jobbet der, men også hvor bra bemanningen var i forhold til bolig. Den siste overflyttingen var til samme bolig. Personalet fra boligen hadde jo allerede vært på DPS, og behøvde ikke dit en gang til.

Diskusjon angående besøk på DPS

Det var altså stor variasjon på hvor lenge personalet fra boligen var på DPS . Informantene her snakket om et tidsperspektiv fra 3-4 uker ned til et par dager.

I det siste tilfellet var hensikten å bli kjent med omgivelsene og personalet, samt å observere hvordan personalet jobbet miljøterapeutisk med pasienten. Dette for å kunne sammenlikne med omgivelsene i bolig, og som bakteppe når de ansatte fra DPS fortalte om sine erfaringer med pasienten i etterkant. Informantene gav her uttrykk for at det var interessant å se hvordan det var på sykehus. Men da var de altså sammen med ansatte på DPS og psykiatrisk sykehus.

I den første overflyttingen var hensikten mer at de ansatte fra boligen skulle få prøve ut rutinene som var innarbeidet på DPS for så å videreføre dem i bolig. De ansatte fra boligen hadde fått skriftliggjort hva de skulle gjøre i forhold til det som var problemområder for pasienten. Det ble kanskje sett på som hensiktsmessig at de som kjente pasienten best og snart skulle overta ansvaret, fikk prøve ut rutinene i praksis før overflyttingen fant sted. I en travel hverdag var det også ressursbesparende for de ansatte på DPS når ansatte fra boligen var der. DPS var videre kritisk til å ta på seg oppgaver de mente tilhørte kommunen, noe som kanskje ble markert her. Skillet mellom ”oss og dem” var tydelig som Magnusson og Lutzen (2009) beskriver.

Personalet fra boligen jobbet for seg selv med pasienten på DPS. De arbeidet altså på andres arbeidsplass, men uten nevneverdig kontakt med de andre ansatte. Under intervjuet virket det som informantene i boligen vegret seg litt for å si at det ikke var så greit. Det kan nok forklares med at forskeren kom fra DPS. Da spørsmålet ble gjentatt om hvordan det var for dem, kom de med noen uttalelser. Informantene fra DPS hadde i det første intervjuet kommet fram til dette ikke var så heldig, og det ble bekreftet av informanter i boligen. Ansatte fra boligen og ansatte på DPS befant seg riktignok på samme område, men de handlet ikke sammen samtidig.

Erfaringene som ble gjort her, indikerer at personalet fra DPS bør ta seg tid til å være sammen med de besøkende ansatte fra bolig, og kanskje løsrive besøket noe fra den spesielle pasienten det gjelder. Under den siste overflyttingen hadde ikke personalet fra boligen vært på DPS ettersom de allerede hadde vært der i forbindelse med tidligere overflytting. Det som ikke kom frem her, men som jeg mener bør ha skjedd, er at pasient og ansatte fra bolig har

møtt hverandre i en eller annen sammenheng før overflyttingen. Dette momentet vil jeg komme tilbake til i kapittel 4.7.

4.2.2. Om besøkene fra DPS i bolig

Hvor ofte og hvor lenge personalet fra DPS var på besøk i boligene varierte også. I den første boligen var de der ca. 2 timer 2-3 dager i uka til å begynne med, gradvis sjeldnere. Fasen med felles besøk varte i underkant av ½ år. Det var møter både med og uten bruker til stede. Informanter fra DPS uttrykker at det var greit for dem å være i boligen. De kom fram til at det var bedre at de kom i boligen: *"For vi hadde kortere tidsrom, og hadde på en måte avtalt hva vi skulle gjøre når vi var der"*. I den andre boligen var det besøk fra DPS 1 gang pr. uke ca. 1 time over ½ år. Deretter 1 gang pr. måned ca. 1 år. I skrivende stund: 1 gang hver andre måned. De hadde bare møter med personalet da pasienten ikke ønsket å møte de ansatte fra DPS. Den tredje overflyttingen var til samme bolig og varte i 2-3 måneder. Personale fra DPS var her i boligen ca. 1 time både med og uten bruker til stede. Først 1 gang pr. uke, så hver 14. dag og til slutt 1 gang pr. måned. Her var besøkene også avsluttet, men denne boligen hadde altså likevel en viss kontakt med DPS gjennom den første brukeren. Boligene hadde også mulighet for telefonkontakt. Det kom ikke fram hvor mye telefon ble brukt. Men informantene i den ene boligen virket å ha lav terskel for å ringe til DPS når de trengte noen å drøfte med: *"Vi vet jo at vi får hjelp hvis vi ringer vakt-telefonen"*.

Hvor lenge skal kontakten vedvare? I den første boligen var kontakten med DPS opphørt på intervju tidspunktet. Her sier informantene fra boligen at det var bra så lenge det varte, men de ønsket at det fortsatt hadde vært en kontakt. *"Om ikke så ofte, så en viss dialog"*. I den andre boligen var det fortsatt (2 år etter utskrivelse) besøk av personalet fra DPS 1 gang pr. 2. mnd. Her uttrykker både informant fra DPS og informant fra bolig tilfredshet med dette. Informant fra DPS opplever sågar å få *"påfyll"* i hverdagen av disse møtene. Informantene i begge boligene understreker at det er viktigst i startfasen. Men de ønsket altså ikke at kontakten skulle gli helt ut. I følge noen informanter var ønsket om fortsatt kontakt med tanke på om det skulle oppstå en situasjon, eller behov for en reinnleggelse, at de kunne slippe å gå via legevakt. Andre la vekt på muligheten for å ha noen og drøfte med i vanskelige situasjoner. Informantene fra DPS uttrykte ikke noe ønske om vedvarende kontakt med boligene. De snakket om at de hadde veldig mange å følge opp utenom de som var innlagt. En informant snakket om at det tok tid å dra ut. Det ble påpekt at mye av virksomheten foregikk ute til tross

for at de arbeidet på en døgnavdeling: *”Vi er en døgnenhet, men halvparten av virksomheten foregår ute”*.

Diskusjon om besøk i bolig

Resultatene tyder på at informantene i begge boligene ønsker å ha en viss kontakt med DPS i overskuelig tid i etterkant. Informantene fra DPS uttrykte ikke noe slikt ønske, men enkelte av dem var altså fornøyd med å ha en langvarig kontakt. Der det fortsatt var kontakt mellom bolig og DPS, var møtefrekvensen blitt til 1 time hver andre måned. (Det blir til ca 2 timer med reisetid til /fra DPS).

Det faller utenfor rammen av denne undersøkelsen å si noe om hvor stort behovet er for slike overføringer til psykiatri- boliger med base i opptaks-området til DPS. I følge Steihaug og Loeb (2007) gjelder det ikke mange. Man kan også spørre om det er riktig bruk av tid for personalet på en døgnavdeling å være så mye ute, og om ”samtidig samhandling” skaper økt etterspørsel fra kommunen. Og i så fall om det gjelder på kort eller lang sikt. Ingen av pasientene her har hatt behov for innleggelse på psykiatrisk sykehus eller DPS i etterkant. Selv om det tar tid å dra ut, er det kanskje likevel en god investering? I følge Steihaug og Loeb (2007) har en rådmann uttalt at det er ressurs sparende på lang sikt når kommunalt ansatte og spesialister jobber samtidig på samme arena (Steihaug og Loeb 2007).

Magnussen og Lyngroth (2007) har mål om å dokumentere langvarige og likeverdige samhandlingsmodeller. Selv om ”samtidig samhandling” ikke akkurat er noen ny modell, inneholder samarbeidsmåten muligheter for varighet og likeverdighet.

Det er begrenset hvor mye virksomhet som kan foregå utenfor en døgnavdeling når man også skal drive pasientbehandling, noe som informantene fra DPS påpeker. Enkelte av informantene mente at så mye som halvparten av virksomheten foregikk utenfor DPS. DPS har veiledningsplikt overfor kommunen (Sosial- og helsedirektoratet IS-1388 Veileder). Det er gjerne de dårligste pasientene som legges inn på døgn. Kanskje er det viktig nettopp her at de som skal følge opp videre får veiledning. Steihaug og Loeb (2007) understøtter også delt ansvar med samtidige tjenester fra begge nivå over tid for de ressurskrevende brukerne. Partene bør kanskje vurdere sammen hvor lang tid kontakten skal vedvare, ikke bare fastsettes av den ene parten. Det å trekke kommunen med i utskrivelsesprosessen, slik at de kan delta i beslutningene knyttet til utskrivning, etterlyses i Myrvold og Helgesen (2009).

Scönfelder (2008) mener bakkebyråkrater fra 2.linje-tjenesten og bakkebyråkrater i 1.linje-tjenesten bør ha mulighet og forpliktelse til å ha regelmessig kontakt med hverandre uavhengig av behandlers vurdering.

4.3 Forutsetninger for å få det til

For det handler om å møtes tidlig og snakke om saken, sånn at en oppfatter det på lik måte, og få fortalt hverandre hva som er vanskelig, og hva som går an, og hva en kan tilby.”

Informantene fra DPS la vekt på betydningen av å starte samarbeidet med ansatte fra kommunen på et tidlig tidspunkt. De mente det var en feil som stadig ble gjort, at samarbeidet startet for seint. Informantene fra DPS kom med eksempler der de hadde startet samarbeidet for sent, slik at utskrivelsesprosessen hadde tatt lengre tid enn nødvendig.

Informantene fra DPS la også betydelig vekt på hvordan man møter de man samhandler med. At man har en felles forståelse og at det må være en likeverdighet hvor alle kan bidra med hvert sitt kompetansefelt.

Noen av informantene fra DPS oppga ubehag med å være i rollen som spesialist som skal veilede andre i hvordan det skal gjøres: *”se på meg og lær av meg, her kommer spesialistene, liksom.”* Det *”å tilstrebe likeverdighet”* og unngå en bedrevitende posisjon var et viktig moment. Informant fra bolig sier at de ikke følte de ble tatt på alvor når bruker gang på gang ble returnert fra akuttpost. Informant fra DPS snakket om at det kan bli *”sårbart”* å måtte ta imot hjelp fra *”spesialistene”*. En informant fra DPS mente *”likeverdighet var hele chuet”* for at de lyktes. De hadde tydeliggjort overfor de ansatte i boligen at de hadde hvert sitt kompetansefelt: *”Og så gikk vi inn og sa at det her det kan dere. Det her er dere dyktige på. Dere er mye flinkere på de områdene her enn vi er. Men nå kan vi noe om psykiatri, som vi har sett hos den pasienten, så skal vi hjelpe dere med å mestre den biten, men det meste klarer dere selv.”*

En annen informant fra DPS mente kulturen og kompetansen hos de ansatte i boligen, samt plasseringen av boligen (utenfor store boligkompleks av omsorgsboliger) var avgjørende for at de lyktes. Andre igjen la vekt på at tilbudet må være tilstrekkelig i forhold til behovet, at det må være noen å samhandle med. Hvis behovet er daglig tilsyn, mens tilbudet blir en gang pr. uke, blir det vanskelig med samarbeid i følge informant på DPS. Informanten beskrev erfaring med at tiltakene fra DPS var nytteløse når tilbudet fra kommunen var utilstrekkelig:

”Hvis tilbudet fra kommunen (...) ikke er tilstrekkelig, så hjelper det jo nesten ikke hva vi gjør.” Store boligkompleks med mange små stillinger ble også opplevd som problematisk når det gjelder samhandling. Informantene fra DPS nevnte også fleksibilitet, respekt for hverandre, holdninger, at man bruker tid på å møtes og bli kjent hverandre som viktige faktorer for å lykkes i samhandling med kommunen.

Informantene fra boligene nevnte ikke noe spesielt om forutsetninger direkte. I den ene boligen la de stor vekt på betydningen av å ha noen å drøfte med. I den andre boligen vektla de forståelse for at de jobber under annet lovverk. Informantene her var også opptatt av samarbeid med pårørende. I følge informantene var pårørende en betydningsfull faktor i forhold til bruker.

Diskusjon om forutsetninger

At de kommunalt ansatte ikke sa noe om forutsetninger direkte, kan ha med forskerens tilnærming til tema under intervjuet. En annen forklaring kan være at kommuneansatte ikke ønsket å si noe om dette, fordi forskeren kom fra spesialisthelsetjenesten. I følge Roos (2010) har spesialisthelsetjenesten høy faglig legitimitet i kommunehelsetjenesten. Kanskje er kommuneansatte derfor forsiktige med å stille krav.

At det må være en likeverdighet og at partene må ha respekt for hverandre understøttes av Magnusson og Lyngrot (2007). I det ene tilfellet var det nødvendig å tydeliggjøre likeverdighet. Som hjelper kan en lett føle seg hjelpeløs og mislykket når brukeren av forskjellige årsaker ikke fungerer. Det blir da viktig å styrke mestringfølelsen hos hverandre, slik at en kan få tilbake troen på seg selv som hjelper etter dramatiske episoder. Anerkjennelse for hverandres kompetanse er også viktig for å unngå å skape passivitet hos den andre part (Magnusson og Lyngroth 2007). I følge informantene fra DPS har gjerne de kommunalt ansatte et ønske om å ha pasienten innlagt, for å bli behandlet. Hvis det ikke fungerer i kommunen, er ikke pasienten ferdig behandlet. På den andre siden er ikke sykehusansatte eksperter i kommunale omsorgstjenester (Roos 2010). Derfor blir det viktig å få til en samhandling hvor alle parter deltar aktivt.

Når det gjelder den andre boligen, ble ikke likeverdighet fremhevet i intervjuene som en avgjørende faktor. Slik jeg tolker det, eksisterte det likevel en likeverdighet mellom partene i og med at partene anerkjente hverandres kompetanse under intervjuene. Her var boligen ny,

samhandlingen med DPS hadde foregått fra starten av, og forhistorien lå andre steder i systemet.

Fleksibilitet ble fremhevet i intervjuene. I den forbindelse ble det nevnt at man ikke kunne være rigid i forståelsen om hvilke oppgaver som tilhørte hvem. Blir man imidlertid ikke enige om dette, kan kanskje en løsning være å *gjøre det sammen*. Gjennom å bruke tid på å være sammen, kan man også bli bedre kjent med hverandre. At samhandlingen går lettere når de ansatte kjenner hverandre understøttes av Magnussen og Lutzen (2009). Jeg vil komme mer inn på dette temaet i kapittel 4.7.

Noe som gikk igjen under intervjuet i en av boligene var behovet for å ha noen å drøfte med, spesielt på ubekvem arbeidstid som kveld og helg. Det var ikke alltid at de traff på ansatte ved DPS som kjente til saken eller til dem. Selv om informantene her bedyret at det var fra DPS de hadde fått desidert mest hjelp og støtte fra, er det sannsynlig at de ansatte på DPS ikke alltid ville eller kunne sette seg inn i situasjonen og drøfte saken med dem. Under intervjuet ble det foreslått psykiatrisk legevakt som en mulighet for å ha noen å drøfte med. Inntil videre, må det kanskje være greit å prøve og ta seg tid til å undersøke litt, og være med på å tenke høyt sammen.

4.4 Hva innebærer det å møtes?

Jeg har nå vært inne på den praktiske gjennomføringen samt forutsetninger som i følge informantene var viktige for å lykkes. Jeg vil nå gå inn på selve problemstillingen om hva som skjer i samarbeidet under ”samtidig samhandling”. Her vil det mest dreie seg om møter mellom ansatte fra DPS og ansatte fra bolig ute i de respektive boligene med og uten bruker til stede. Det var her ”samtidig samhandling” først og fremst fant sted. Under rekrutteringen av informanter hadde flere vært i tvil om de tilhørte målgruppen. Her kommer det fram hva informantene la i begrepet ”samtidig samhandling”, noe som sier hvorfor de var i tvil om dette.

Alle informantene mente at det var viktig å møte hverandre, men de hadde forskjellige erfaringer og opplevelser på hva møtene innebar for dem. Noen mente de hadde gitt og fått veiledning og undervisning. Dette innebar gjerne ”å vise i praksis”. Andre snakket om *debriefing* og å *reflektere sammen*, andre igjen om overføring av *erfaringer og relasjon*. Det å

være *samtalepartner* ble løftet frem av flere. Det å *gi støtte og tenke høyt sammen* ble også nevnt her.

Informantene hadde forskjellig syn på veiledningsbegrepet. Ved DPS skilte noen informanter mellom veiledning, og rådgivning og undervisning. Informant fra DPS: *” For ofte når det er snakk om veiledningsplikten, så er det undervisning de etterspør (...) vi hadde rådgivning og undervisning. Å vise i praksis. Det var ikke veiledning.”* Her ble det fremholdt at veiledning gikk mer på hvordan det er for *hjelper* å være i relasjon til en bestemt bruker. Ofte var det ikke dette de kommunalt ansatte hadde ønsket å få da de hadde spurt DPS om veiledning. Veiledningen var derfor blitt dårlig mottatt av de kommunalt ansatte. En av informantene på DPS som tidligere hadde jobbet i hjemmesykepleien, mente dessuten at de ikke hadde hatt tid til å ta i mot veiledning på den måten som ble tilbudt. I dette tilfellet hadde de vært mye sammen med personalet og pasienten samtidig for *”å vise i praksis”* hvordan de forholdt seg til brukeren. I følge denne informanten var dette altså rådgivning og undervisning. Andre informanter på DPS mente at *”å vise i praksis”* var veiledning.

I det andre tilfellet hadde ikke pasienten villet møte de ansatte fra DPS. Her snakket informantene mer om utveksling av erfaringer og å være *samtalepartner*. Informant fra DPS fremholdt at de ikke hadde drevet med veiledning: *”Vi var der og snakket med dem. Det var mer sånn utveksling av erfaringer, ikke sånn veiledningssetting(...) Vi har vært der som samtalepartnere(...), og vi har gitt skryt, for de har jo jobbet veldig bra.”* Overlegen fra DPS hadde vært i boligen og undervist om psykoser. Dette ble omtalt som undervisning av denne informanten.

I den siste overflyttingen hadde det vært møter mellom ansatte både med og uten pasienten til stede. Informant fra DPS la her vekt på det å overføre sine erfaringer om pasienten til neste bistandsyter, men brukte også veiledningsbegrepet. Det å handle sammen samtidig ble omtalt der det var møter med pasient til stede og forstått som samtidig samhandling: *” Vi hadde veiledning med personalet(...). Men vi hadde også møter hvor pasienten var til stede(...)hvor man handler sammen samtidig”*. Under veiledningen hadde det foregått en *”utveksling av erfaringer på hva som skjer i relasjon til pasienten”*. Informanten framholdt denne utvekslingen av erfaringer som avgjørende for at de lyktes med overføringen av pasienten.

En annen informant fra DPS meddelte å ha gitt både undervisning og veiledning til kommunalt ansatte. Undervisningen bestod i å gi forklaringer på sykdomsuttrykk og

symptomer, og hvordan håndtere det. Hva som er viktig for at pasienten skal få det bedre og gjøre symptomene mindre. Dette ble også omtalt som ”kunnskapsoverføring”. Veiledning ble her beskrevet som ”å høre på de som la fram et problem (...) Det trenger ikke være rådgivning, men at de får forståelse og blir sett.” Informantene fra DPS snakket om at det ikke alltid var mulig for dem å løse ethvert problem heller. Da fremholdt de det å gi forståelse og støtte som en viktig funksjon.

Noen av informantene fra DPS hadde altså et skille på undervisning og rådgivning, og veiledning. Informantene hadde videre forstått ”samtidig samhandling” som det å samhandle samtidig fra begge nivå med pasienten til stede. Dette ble også omtalt som rådgivning og undervisning i form av ”å vise i praksis”. Om møtene der pasienten ikke var til stede, snakket informantene om utveksling av erfaringer, samt det å være en samtalepartner. Informantene fra DPS kom fram til at det var viktig å finne ut hva de kommunalt ansatte hadde behov for og egentlig ville ha.

Informantene fra den ene av boligene mente de hadde fått veiledning fra DPS. De beskrev at de la fram problemer som oppstod underveis og drøftet dette med DPS. De fikk også se i praksis hvordan personalet fra DPS forholdt seg til bruker. Informant fra bolig: ”Vi ble kjent med bruker på en annen måte fordi vi fikk veiledning fra DPS. De stilte andre spørsmål og fikk dialog med bruker”.

Informantene fra den andre boligen skilte mer på veiledning og undervisning: ”Vi har hatt veiledning med DPS (...) og så noe undervisning.” De beskriver at DPS er interessert i hva de gjør, hvorfor og hvordan, og at dette kan de dra med seg videre til andre brukere. Videre at det gir dem tyngde å kunne drøfte med DPS.

Informant fra samme bolig beskrev at innholdet i møtene hadde utviklet seg over tid og innfører samtidig enda et begrep på hva som foregikk mellom de ansatte fra DPS og bolig: ”I starten var det mer debriefing. Håndterte vi dette riktig? Kunne vi gjort det annerledes?(...) Nå er det ikke enveis, men mer refleksjon sammen med DPS”. Flere informanter fra denne boligen fremholdt at veiledningen tidligere fokuserte på situasjoner som hadde vært, nå gikk mer på å planlegge framover.

Om den tredje overflyttingen snakket informant i bolig om ”hospitering”. Dette ble sagt i forbindelse med at de fant måten å overføre bruker fra DPS til bolig hensiktsmessig også overfor neste bruker som kom fra DPS: *”Etter erfaringene med første bruker, bestemte vi at neste bruker skulle få samme måte å bli kjent med oss på (...) med å ha hospitering og sånn.”* Informantene mente her at ”overføring av relasjon” var det primære. At relasjon til bruker ble bygd gjennom ansatt på DPS, blant annet gjennom å være samtidig tilstede med bruker. Når de var alene med brukeren, hadde de kunnet henvise til praksis hos ansatt på DPS. Informanter fra DPS var også inne på begrepet hospitering. De omtalte ukene hvor de ansatte fra boligen var sammen med pasienten på DPS, som hospitering. Ellers snakket de om at det var lenge siden det hadde vært aktuelt. De hadde ikke forstått ”samtidig samhandling” som hospitering.

Diskusjon: Veiledningsbegreper

Informantene hadde altså mange forskjellige beskrivelser på hva møtene inneholdt. ”Samtidig samhandling” er ikke noe innarbeidet begrep. Selv om det klinger godt i mine og enkelte kollegaers ører, gir det ikke en entydig forståelse for hva som gjorde at man lyktes i overføringene her. Det som kommer frem under resultatene, er at det under disse tre overflyttingene var behov for mange former for samvær mellom ansatte på DPS og i bolig: *Veiledning og kunnskapsoverføring, undervisning om symptomer og sykdomsuttrykk, rådgivning, å vise i praksis, utveksling av erfaringer, overføring av relasjon, være samtalepartnere, gi støtte, debriefing, refleksjon sammen med, hospitering.*

Samhandling generelt handler om mye forskjellig, alt fra It-løsninger til lovhjemler og samarbeidsavtaler. Samhandling har vi ellers på flere nivå, fra politisk /administrativt nivå til individnivå, som behandles her. I begrepet ”samtidig samhandling” ligger det en oppfordring om at partene må møtes ansikt til ansikt under samhandlingen. Det ligger også en oppfordring til å handle sammen samtidig. Informantene hadde jo forstått ”samtidig samhandling” som å handle sammen med pasienten til stede. Ideelt sett skulle pasienten i hvert fall en del av tiden vært til stede sammen med de ansatte fra begge nivå. I det virkelige liv er det ikke alltid mulig å få til. Det kan for eksempel være fordi pasienten forbinder psykiatrisk sykehus med tvang og politi, eller for å vise at psykiatrisk sykehus og DPS er et avsluttet kapittel i livet. Likevel foregikk det altså noe mellom de ansatte som gjorde at det ikke har vært behov for innleggelse på psykiatrisk sykehus. De ansatte i boligen hadde greid å håndtere de vanskelige situasjonene, og brukerne så ut til å trives.

I følge DPS-veilederen (Sosial- og helsedirektoratet IS-1388 Veileder) skal DPS bidra med råd og veiledning til kommunene. Det kan i følge veilederen blant annet omfatte veiledning ved behov rundt enkeltpasienter og kompliserte situasjoner (s.34). At DPS har veiledningsplikt overfor kommunen er kjent både hos kommune og DPS. Hvordan denne veiledningen skal foregå sier veilederen ingenting om, og det ser her ut til å være flere oppfatninger om hva veiledning egentlig innebærer.

Tveiten (1998) definerer veiledning som en systematisk og personlig læreprosess, hvor kunnskap, erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse (Bakken, L.N. 2008, s.96). Sykepleiefaglig veiledning var klart definert for en av informantene (som også var sykepleier), men samme informant kunne fortelle at mange av de ansatte fra kommunen hadde blitt skuffet når de kom fra DPS og skulle gi veiledning på den måten. Enkelte hevdet også at knappet på tid og ressurser gjorde det vanskelig å ta i mot veiledning slik den ble tilbudt. Det var råd om hva de skulle gjøre i vanskelige situasjoner de kommunalt ansatte hadde ønsket, ikke hvordan de hadde det i relasjon til bruker. I følge Lister og Crisp (2004) hersker det ikke en klar oppfatning av hva veiledning for sykepleiere innebærer (Killèn, K. 2007).

Informantene i bolig som hadde fått *vist i praksis* hvordan de skulle forholde seg til bruker, mente imidlertid at de hadde fått veiledning. Slik sett framstår ikke veiledningsbegrepet entydig hos de forskjellige faggrupper som er representert her. I følge Tveiten (2008) er veiledning et lite klart definert begrep. Litteratur jeg har funnet om veiledning, er ofte myntet på studenter i praksis, eller den er formalisert individuelt eller i grupper, hvor man reflekterer over egen praksis. Det inngås gjerne en skriftlig kontrakt hvor indre og ytre rammer fastsettes. I veiledning reflekterer man over egen rolle i praksis. Det legges vekt på at den som veiledes selv skal finne svar på sine spørsmål. Fokus i veiledning er læring, vekst, utvikling og økt mestringskompetanse (Tveiten 2008). Lauvås og Handal (2000) bruker betegnelsen kvalifisert veiledning der veiledningen gis i profesjonssammenheng, og av en som har veiledningskompetanse.

Under ”samtidig samhandling” foregikk det i vid forstand en form for veiledning. Men det var ikke veiledning ”etter boka”. Den var ikke formalisert i form av noen kontrakt, og den var heller ikke ledet av en kvalifisert veileder. Riktignok hadde noen veiledningskompetanse, men

ingen fremsto her som leder av en veiledningsgruppe. I veiledningen er dialogen hovedformen. Her var det gjerne dialog og handling om hverandre.

Tveiten (2008) legger vekt på at den som veiledes må være *veiledbar*. Det betyr å være bevisst hva veiledning er, hvordan den foregår, og hvilke roller og funksjoner som inngår i veiledningen. Hvis den andre primært har behov for råd, vil det være lite interessant ”å finne svaret selv”. Over tid hadde møtene i en av boligene utviklet seg til å bli ”*refleksjon sammen med*”. Kanskje betyr det at ”å bli veiledbar” er en prosess som kan utvikles over tid.

Rådgivning, undervisning og instruksjon er ikke synonymt med veiledning. Skillet mellom veiledning og rådgivning og undervisning er imidlertid uklart. Det å få råd kan hindre at den som veiledes oppdager løsningen selv. Den som gir råd blir den som vet best, og forteller hva den andre skal gjøre (Tveiten 2008). Informantene fra DPS var ikke komfortabel med å være i en bedrevitende posisjon, og hadde tanker om at det kunne føles ”*sårbart*” for den andre parten: ”*Se på meg og lær av meg, her kommer spesialistene, liksom*”. Det blir viktig å tydeliggjøre likeverdighet, at man har hvert sitt kompetansefelt, som flere av informantene var inne på. Likevel ønsket de ansatte i boligen å se i praksis hvordan man forholdt seg til psykosesymptomene. Kari Martinsen fremholder at faglig dyktighet læres gjennom eksempellæring i praksis. Ut fra erfaringen får man noe kunnskap om disse tilstandene. Deretter kan man synliggjøre kunnskapen gjennom ord (Martinsen 2003).

Veiledning og undervisning henger sammen og griper inn i hverandre. Undervisning handler om å formidle kunnskap. Veiledning handler om at den som veiledes selv oppdager hvilken kunnskap som trengs (Tveiten, 2008). K. Killèn (2007) mener undervisning noen ganger kan ha en sentral plass i veiledning, ettersom mangel på kunnskap ofte blir synlig i veiledningsprosessen. Informantene i begge boligene hadde fått undervisning om psykoseproblematikk, men også råd og en form for veiledning.

I følge Tveiten (2008) bygger veiledning på flere tradisjoner: Terapitradisjonen, håndverkstradisjonen, og veiledning gjennom handling og refleksjon over handling. En av informantene i bolig beskrev at veiledningen i starten hadde mer preg av ”*debriefing*”. Debriefing kan ha visse likhetstrekk med terapitradisjonen med tanke på muligheten for følelsesmessig avreagering. I veiledning arbeides det også med affektiv kompetanse, der følelser, holdninger og verdier er sentrale. Veiledning kan likne terapi når egne følelser står i veien for å utøve god praksis. Det som imidlertid skiller terapi og veiledning, er yrkesutøveren som privatperson med terapibehov kontra yrkesutøveren i relasjon til

yrkesutøvelsen (Tveiten 2008). Debriefing kan defineres som et gruppemøte hvor man snakker sammen og deler erfaringer rundt en hendelse, og får mulighet til følelsesmessig avreagering. Hensikten er å forebygge utbrenthet, oppnå gjensidig støtte og utdype hva man har lært av hendelsen. Oppsummering og avreagering kan være nødvendig etter all innsats. Dette gjelder situasjoner som er vanskelig å mestre, og som i tillegg involverer sterke følelser (NEL 5.12). Informantene refererer her til usikkerhet rundt det å håndtere uro og utbrudd fra bruker. Man hadde behov for å gå igjennom krevende situasjoner, og få tilbakemelding på måten de håndterte situasjonen. Her kan det kanskje også trekkes en parallell til DPS-veilederen om ”veiledning ved behov rundt enkeltpasienter og kompliserte situasjoner” (Sosial- og helsedirektoratet IS-1388 Veileder, s.34).

I litteraturen om veiledning vektlegges veiledningen gjennom handling og refleksjon over handling. Den som veiledes handler da ikke sammen med veilederen, med gjør seg noen erfaringer som så blir gjenstand for veiledning og refleksjon.

I håndverkstradisjonen foregår opplæringen ved at lærlingen lærer ved å *være sammen med* mesteren og se hva mesteren gjør. Mye av den verdifulle kunnskapen er taus. Slik sett er håndverkstradisjonens kunnskapsformidling viktig. Mesterens formidling av kunnskap og ferdigheter defineres som veiledning av noen. Andre mener veiledning er mye mer enn formidling av kunnskap og at håndverkstradisjonen derfor blir for snever (Tveiten 2008). Jeg vil drøfte dette videre i kapittel 4.6.

Refleksjon over egen praksis inngår som et viktig element i veiledning. De ansatte i en av boligene hadde i noen grad sett hvilken behandling pasienten hadde fått på sykehus, men måtte ellers håndtere situasjoner selv i bolig, da bruker ikke ville møte de ansatte på DPS. På bakgrunn av situasjoner i praksis hadde de møter med de ansatte på DPS. Møtene utviklet seg over tid til å bli refleksjon sammen med, noe som kan minne mer om veiledning i mer tradisjonell forstand. Møtene hadde likevel en annen og mer uformell form. Det var ”*ikke sånn veiledningssetting.*” Det å utveksle kunnskap og erfaringer, gi støtte, samt å være samtalepartnere antyder noe av det samme. Kunnskapen ble formidlet begge veier. Det var faste ansatte som kom, men ingen fast gruppeleder. Innenfor samhandling mellom instanser i forbindelse med overflytting av pasient, kan det se ut som en løsere form for veiledning kan være mer hensiktsmessig.

Noen av møtene innebar også overføring av relasjon. Jeg vil komme tilbake til relasjonsbegrepet i kapittel 4.7. Men vil kort nevne at en her kan se en parallell med ”Transitional Discharge Modell” (Forchuk m.fl. 2007; Reynolds m.fl. 2004). Helsearbeideren fra DPS har bevart kontakten med pasienten inntil relasjon med ansatte i bolig var oppnådd. Mange pasienter med psykiske lidelser har problem med å opprette relasjon til nye mennesker, og trenger tid for å kunne stole på nye hjelpere (Forchuk m.fl.2007). Informant fra DPS snakker imidlertid også om ”overføring av hva som skjer i relasjon”. Her henspiles det på at relasjonen har bydd på utfordringer, som det kan være verdt at neste bistasdyter er forberedt på. I den sammenhengen kan det være nærliggende å referere til Hansen (2004). Hun bruker begrepet parallellprosess, der samspillet mellom fagutøverne har betydning for samspillet mellom fagutøvere og brukere.

Når det gjelder hospitering blir det i følge Norsk offentlig utredning (NoU 2005:3) anbefalt hospitering som en god metode for kunnskapsoverføring mellom ulike deler av helsetjenesten. Videre at hospitering vil kunne forbedre relasjoner og skape felles holdninger. Hospitering i form av praksiskonsulentordning har hovedsakelig vært en ordning primært for legene, men det anbefales at dette også blir gjeldende for andre helsearbeidere. Kanskje hospitering gjennom ”samtidig samhandling” i større grad kan passe med arbeidshverdagen til sykepleiere og andre fagutøvere med pasientnær kontakt, ettersom ”samtidig samhandling” på en måte følger pasienten?

Hensikten med veiledning er å styrke mestringskompetansen (Tveiten 2008). Under ”samtidig samhandling” kan det se ut som at mestringskompetansen ble styrket. I følge DPS-veilederen skal også veiledningen foregå begge veier. Det blir viktig at ansatte fra DPS innhenter kunnskap om og forståelse for psykisk helsearbeid i kommunen (Steihaug og Loeb 2007). Dette vil også bli drøftet i kapittel 4.6. Som informantene var inne på, blir det viktig å avklare hva som ønskes, og hva som er praktisk mulig å få til. Samhandling i form av veiledning i betydningen faglig veiledning er ikke alltid hensiktsmessig. Informantene hadde mange forskjellige opplevelser om hva de sammen hadde gjort. De ansatte fra DPS og bolig hadde først og fremst møttes ansikt til ansikt. Det de gjorde sammen varierte ut fra behov og situasjon. Kanskje kan ”samtidig samhandling” være et like nyttig begrep som veiledning i mange sammenhenger.

4.5 Om møter uten samtidig samhandling

Mange av informantene var opptatt av konsekvensene ved ikke å møtes, eller ved ikke å møtes på den måten som ”samtidig samhandling” innbefatter. Informant fra DPS sier for eksempel at de som ikke møtte på ansvarsgruppemøte ble en ukjent faktor. En informant fra bolig beskriver at de var ”uten fallskjerm” før ”samtidig samhandling” med DPS fant sted. Før det hele raknet hadde de tidligere besøkt bruker på DPS noen ganger, deltatt på et stort møte, og fått skriftliggjort ukeplan som skulle følges opp videre etter overflytting i bolig. Deretter sto de stort sett alene med bruker. Informantene mente ”stor- møtet” hadde vært veldig informativt, men kom etter hvert fram til at det også var mye som ikke ble sagt der, hvor det satt representanter fra mange deler av hjelpeapparatet med bruker og pårørende til stede. En informant fra bolig mente at mye ble sagt mellom linjene, men at de hadde ikke forstått informasjonen der og da. I etterkant oppsto flere spørsmål. De var også inne på at DPS ikke hadde forutsetninger for å se hvordan det ble i bolig. Informanter fra DPS antydte at de ansatte i boligen her hadde virket desillusjonerte før de startet ”samtidig samhandling”.

Når det gjelder ansvarsgruppemøter var noen informanter inne på at de var lite egnet til veiledning og kunnskapsoverføring. Informant fra bolig: ”Det er en del viktig informasjon som man velger å ikke fokusere på der (...) ansvarsgrupper går med til å finne ut hvem som gjør hva, ikke til informasjon og veiledning”. Annen informant fra DPS hadde imidlertid stor tro på ansvarsgruppe-modellen, og mente det kunne fungere i stedet for veiledning.

Flere av informantene var inne på at skriftlig informasjon noen ganger ikke var nok: Den skrevne ukeplanen fra DPS hadde ikke fungert i boligen. En annen informant fra bolig fortalte om en kriseplan som ikke fungerte etter intensjonene, og hvor det endte med reinnleggelse: ”Kriseplanen funkete ikke fordi vi forstod den ikke.” Samme informant mente videre at det blir for enkelt å bare skrive epikrise og føre det videre. Dette var spesielt rettet mot Bup. Flere av informantene opplevde det som problematisk å ta i mot brukere som kom derfra, på grunn av dårlig samhandling etter fylte 18 år. De var opptatt av at det måtte gjøres mer i forhold til denne gruppen. I den andre boligen anga de at kriseplanen hadde vært til stor hjelp, men det var etter perioden med ”samtidig samhandling.”

Informantene på DPS berørte temaet om når ”samtidig samhandling” var nødvendig. Pasientene som ble overflyttet her hadde behov for nokså omfattende tjenester av hjelpeapparatet. Andre pasienter kunne i følge informant fra DPS være ”fint i stand til å

trekke i trådene selv". I følge informant fra DPS handlet det om funksjonsnivået: *"Det er noe med funksjonsnivået. Gjentatte ganger var det noe diffust som ikke funket. Da må man gå litt dypere inn i ting. Da må man ikke spare på ressursene"*. Informanter fra DPS la vekt på å investere mye i overgangen for å slippe å få pasienten i retur.

Diskusjon om møteformer og hva som ble lite nevnt i intervjuene.

Selv om problemstillingen handler om hva som skjer når de ansatte mellom nivåene møtes, har jeg valgt å ta med litt om hva informantene mente var konsekvensen av å ikke møtes over tid. Dette for å tydeliggjøre forskjellen på andre måter å møtes på og "samtidig samhandling." Informantene i en av boligene hadde altså vært på et stort samarbeidsmøte i forkant av utskrivelsen fra DPS. Informantene mente "stor-møtet" hadde vært veldig informativt. Likevel hadde alt raknet for brukeren i bolig. I følge Informantene på DPS hadde de ansatte i boligen virket desillusjonerte i starten av perioden med "samtidig samhandling." De ansatte i boligen hadde ikke greid å hankses med bruker etter det "informativt møtet", ukeplanen fungerte ikke, de hadde ikke blitt tatt på alvor på psykiatrisk sykehus da brukeren ble dårlig. Det er lett å skjønne nederlagsfølelsen. Var de dårlige hjelpere, eller offer for dårlig samhandling? Noen ganger kan nok ansvarsgruppemøter og skriftlig informasjon fungere greit. I andre, og mer kompliserte tilfeller, må det kanskje noe mer til? Som informant fra DPS var inne på kan funksjonsnivå være en indikator. Men hvis noe ikke fungerer, bør man vel heller ikke vente *"gjentatte ganger"* før man går *"litt dypere inn i ting."* At ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunalt ansatte sammen vurderer funksjonsnivå og omsorgsnivå ved utskrivingsprosessen kan være en vei å gå, noe som etterlyses fra kommunalt hold (Myrvold og Helgesen 2009).

En kriseplan inneholder gjerne situasjoner som kan være sårbare for pasienten, samt signaler som kan være tegn på forverring av psykisk lidelse. Videre hva og hvem som kan hjelpe når en situasjon oppstår. Det er kanskje ikke alltid lett å forstå hva signalene innebærer for en som ikke har sett dem. Hvis en kriseplan skal forstås av andre som ikke har kjennskap til pasienten, og kanskje liten kjennskap til psykiske lidelser, vil jeg tro at den må utformes veldig tydelig. Det ble utarbeidet kriseplan etter "samtidig samhandling." Da hadde de ansatte i boligen fått et grunnlag for å forstå den.

Når vi nå er inne på hva som skjer når vi ikke møtes, kan det kanskje være på sin plass å si noe om hva som i liten grad ble nevnt under intervjuene. Ordet *fastlege* er kun nevnt to ganger. I det ene tilfellet da fastlegen ikke ville gjøre noe i en vanskelig situasjon, den andre

gangen for å beskrive hvor mange aktører det kan være i et ansvarsgruppemøte. Ordet legevakt er imidlertid nevnt flere ganger i forbindelse med forhistorien til pasientene / brukerne. En av informantene fortalte om dårlig erfaring med legevakt. Når de kommunalt ansatte må innom legevakt med bruker, er krise allerede et faktum. Da har kanskje noe sviktet underveis.

I følge Scönfelder (2008) står legene som portvoktere og hindrer samarbeidet mellom instansene når pasienten trenger overflytting fra ett nivå til et annet. Fastlegen står i offentlige dokumenter som sentral i koordineringen rundt pasientene. Samtidig er de stort sett fritatt fra kravet om tverrfaglighet. I virkeligheten er det de såkalte ”bakkebyråkratene” som har ansvaret for denne koordineringen. Fastlegen har en heller perifer rolle. Han mener ”bakkebyråkratenes” perspektiv i større grad bør tas hensyn til, når det gjelder utformingen av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Videre at deres argumentasjon med hensyn til overflytting av pasient fra ett nivå til et annet, bør telle på lik linje med legens på grunn av den tette og daglige kontakt med pasienten Scönfelder (2008).

”Samtidig samhandling” er en samhandling med daglige aktiviteter i fokus. Det kan være en årsak til at fastlegen er lite nevnt her. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge har undersøkt fastlegers vurdering av DPS (Groven m.fl. 2009). Den viser at samarbeidsmøter og veiledningstilbud, samt tilbakemeldinger underveis i utrednings- og behandlingsprosesser, er noen av områdene fastleger var mindre fornøyde med. Hvis fastlegene skal ha en sentral rolle i koordineringen rundt pasientene, bør det kanskje fremgå hvordan de skal delta når det gjelder pasienter med psykisk lidelse og omfattende tjenestebehov. Resultatene her tyder ikke på at fastlegen har vært noen sentral aktør i overgangen mellom DPS og kommune.

En annen viktig ting som kun er nevnt med ett ord i intervjuene er *individuell plan*. Da kom informantene samtidig inn på det å skyve koordinatorrollen over på hverandre. En mulighet er at individuell plan er underforstått innbefattet når informantene snakker om ansvarsgruppemøter. Kanskje skulle jeg ha spurt mer direkte om dette under intervjuene. Ellers kan det være at individuell plan ikke har den sentrale plassen som de styrende myndigheter ønsker. Scönfelder (2008) påpeker mye ansvar og lite myndighet rundt koordinatorrollen. Ofte blir koordinatoren sittende alene med ansvaret for pasienten (Hansen 2007). Myrvold og Helgesen (2009) omtaler individuell plan som ressurskrevende og at det er en utfordring å involvere alle parter.

Individuell plan tilhører bruker, og skal være et redskap for samhandling mellom enheter og nivåer. Kanskje føles det ukomfortabelt og fremmed for bruker å sitte i møter, og utarbeide plandokument og mål for framtiden (Saur og Johansen 2007). Selv har jeg hørt det uttrykt hos pasienter jeg har møtt. Kanskje denne måten å samhandle på ikke alltid er det som er mest hensiktsmessig for pasienten.

4.6 Kunnskap.

”Det handler om kunnskap generelt og kunnskap om den spesielle pasienten”

Informantene hadde altså mange forskjellige meninger om hva som hadde foregått når de møttes. Det som kom fram i denne sammenhengen, var at det skjedde en form for kunnskapsutveksling under møtene mellom de ansatte.

4.6.1 Overføring av taus kunnskap

Flere av informantene beskrev en form for kunnskapsoverføring som best kan beskrives som overføring av kunnskap i handling eller taus kunnskap. Jeg har analysert intervjuene videre etter eksempler på måter å dele taus kunnskap på som beskrevet i Krogh m.fl. (2000). Jeg har tilpasset eksemplene til en gitt kontekst.

Direkte observasjon

Informant fra DPS anga betydningen av at de ansatte i bolig fikk observere hvordan de skulle forholde seg til psykosesymptomer. Informant fra DPS: *”De ønsket rett og slett å se i praksis hvordan vi snakket med pasienten. Hvordan de skulle kommunisere i forhold til psykosesymptomene. Og det hadde vi ikke fått til uten å gjøre det i praksis tror jeg”.*

Informanten hadde en formening om at de ikke hadde fått det til, hvis de bare hadde fortalt de ansatte i boligen hva de skulle gjøre. Informantene fra bolig bekreftet dette ved si at DPS før ”samtidig samhandling” fant sted, hadde forsøkt å fortelle dem hva de skulle gjøre, uten at det hadde hjulpet på problemene. Informant i bolig snakket om at de under ”samtidig samhandling” observerte ansatte fra DPS i leiligheten til bruker: *”Jeg var på en måte observatøren, mens DPS stilte spørsmålene”(…)”De stilte andre spørsmål, og fikk dialog med bruker.”*

Informanter fra den andre boligen beskrev også betydningen av å se hvordan sykehuspersonalet forholdt seg til brukerne, og hvordan de snakket til dem. De understreket videre betydningen av å se hverandre i aksjon for å forstå hva det å roe og trygge brukeren innebar. Informantene i begge boligene påpekte betydningen av å lære og kjenne kroppsspråk og væremåte. En informant fra DPS mente at det å komme ut i boligen til pasienten og observere forholdene der, ga en helt annen forståelse av situasjonen: *”Jeg fikk se virkeligheten. Når du er der og ser hva som foregår gir det en helt annen informasjon. Ser situasjonen.”*

Direkte observasjon og sammenlikning

Både informant fra DPS og fra bolig viste til at personalet fra boligen hadde besøkt sykehus og DPS, møtt pasienten, samt observert omgivelsene og hvordan de arbeidet der.

Informantene opplyste at de ved observasjon og sammenlikning ble i stand til å danne seg et inntrykk av både behandling og omgivelser, og pasientens forventede fungering i boligen.

Informant fra bolig: *”Vi hadde en sånn type hospitering på DPS og sykehus, ble kjent med bruker og det tilbudet han hadde der. Fikk se hvordan de jobbet miljøterapeutisk. Dro så disse erfaringene inn i boligen”*. Annen informant fra bolig hevdet at de så nye sider av bruker ved å observere ansatte fra DPS i samhandling med bruker: *”Vi ble kjent med bruker på en annen måte fordi vi fikk veiledning fra DPS. De stilte andre spørsmål og fikk ham i dialog”*. Her kunne de gjennom observasjon, sammenlikne hvordan ansatte fra DPS handlet i situasjoner med egne tidligere erfaringer.

Informant fra samme bolig hadde en formening om at DPS tidligere ikke hadde forutsetninger for å vite hvordan det ble i bolig uten mulighet for observasjon og sammenlikning: Informant fra bolig: *DPS hadde ikke forutsetninger for å se brukeren i den leiligheten, så fritt som et er her og hvor mye han kan bestemme selv. Det er ikke sikkert de hadde klart å forstått, eller klart å komme med noen tips i forhold til noen problemstillinger heller”*. I løpet av intervjuet reflekterte informantene i boligen videre rundt dette. At personalet ved DPS før ”samtidig samhandling” fant sted, hadde forsøkt å fortelle dem hva de skulle gjøre uten at det hadde hjulpet på problemene. De kom etter hvert fram til at DPS måtte observere omgivelsene og hvordan de jobbet, for å kunne gi veiledning. Informant fra bolig: *”Hadde de sett oss under vårt lovverk, og i disse omgivelser, så kunne de kanskje ha gitt oss noen innspill videre”*. De

resonerte seg så fram til at DPS måtte inn i bolig for å kunne veilede dem, men også for å videreføre arbeidet som var gjort på DPS.

Felles utøvelse, imitasjon og sammenlikning

Personalet i boligene hadde også hatt felles utøvelse med personalet fra DPS. Dette var noe de kunne ta med seg videre i forhold til andre brukere. Erfaringer de gjorde gjennom felles utøvelse var sammenliknbare i andre situasjoner. Informant fra bolig: *"Bruker brukte lang tid på å bli trygg. DPS var der hele tiden og kom hvis det var noe. Det roet oss og det roet ham. Og det kunne vi dra med oss overfor andre brukere og."* Informant fra DPS bekreftet at de hadde hatt felles utøvelse i boligen: *"Jeg brukte mye tid i boligen sammen med pasienten og personalet, og da snakket vi om tingene og handlet sammen samtidig"*.

Informant fra bolig anga at både de og bruker hadde fått økt kunnskap og mestringskompetanse gjennom felles utøvelse, imitasjon og observasjon: *"De lærte oss hvordan de stilte spørsmål og gikk i dialog med bruker."(...)"* Nå ser vi signalene så vi kan være litt føre var. DPS var flinke til å se etter de signalene. Både vi og bruker er blitt flinkere til å tilpasse hverdagen".

Eksperimentering og sammenlikning

Både ved DPS og i bolig snakket informantene om sammenhengen mellom kunnskap og erfaring. Informant fra bolig: *Det er jo snakk om erfaring, bruker erfaring fra situasjon til situasjon".* Annen informant fra bolig snakket om at de våget å gjøre mer når de hadde DPS å drøfte med. Informanten mente faren for uheldige handlingsmønstre ble mindre ettersom de kunne drøfte handlingsmåten med DPS i etterkant. Det ble altså tryggere å eksperimentere. Informanter fra DPS anga at de måtte handle annerledes når de gikk inn i pasientens hjem enn på institusjon: *"Vi måtte stille krav på en annen måte i pasientens hjem"*. De kunne sammenlikne med institusjon, men måtte finne andre løsninger i boligen. Videre var det behov for å drøfte tiltakene med personalet i boligen, pasient og pårørende. Informant fra DPS: *"Vi konfererte både med pasienten, nettverket og personalet der"*. Det kan tyde på at ansatte fra DPS i større grad måtte ta hensyn til samarbeidspartnere og bruker, når de skulle improvisere og eksperimentere fram løsninger i bolig.

Fortellinger og sammenlikning

Fortellinger og sammenlikning var særlig aktuelt der pasienten ikke ville møte ansatte fra DPS, men ble benyttet i alle overføringene. Informant fra DPS fortalte om læring og

kunnskapsoverføring gjennom fortellingene fra personalet i bolig: *”Spennende å høre hvordan de takler dagligdagse utfordringer. All den kreativiteten som blir vist for å håndtere ulike situasjoner(...)lærer mye av måten de greier å håndtere de ulike situasjoner på”*. Flere informanter fra DPS la vekt på å utveksle erfaringer og fortelle om erfaringer: *”Vi brukte tid på å snakke om pasienten og fortelle om erfaringene”*. Gjennom fortellingene til hverandre kunne de sammenlikne situasjoner og omgivelser. Informant fra DPS: *” Vi har sagt våre erfaringer herfra, men de må jo gjøre sine erfaringer på en ny plass”*.

Informant i bolig viste til at de *”får indirekte litt veiledning på alle”* under møtene med DPS. Gjennom fortellingene kunne de sammenlikne disse med andre brukere de hadde. I den andre boligen hadde de også brukt fortellinger og sammenlikning for å innhente kunnskap.

Informant i bolig: *”Vi kunne stille spørsmål, komme med problemstillinger, få litt veiledning i forhold til hvordan de hadde gjort det, og komme med innspill i forhold til hvordan det ble i brukers hjem”*. Her er det kanskje også innslag av improvisering. Gjennom fortellinger og sammenlikning improviserte de fram løsninger som kunne fungere i bolig.

4.6.2 Kunnskap om pasienten

Flere informanter la vekt på det å få kunnskap om den spesielle pasienten. Informanter fra DPS mente kunnskapen som de ansatte i boligen hadde opparbeid om pasienten tidligere, var betydningsfullt i den samtidige samhandlingen. De ansatte i boligen ble kjent med nye sider ved bruker, gjennom samhandlingen med DPS: *”Det var jo ting vi ikke trodde bruker kunne, men som de kunne fortelle at det kan han”*. Annen informant fra bolig mente det kunne være en fordel å få kunnskap om brukeren før de skulle ta imot vedkommende i bolig. Det gjorde det lettere å vite hva som trengtes, og at *”da vet en jo hvem det er snakk om”*.

4.6.3 Kunnskap om hverandre

Informantene sa også noe om betydningen av å få kunnskap om hverandre. Flere informanter fra DPS oppga at de syntes kommunalt ansatte gjorde en flott jobb. En informant fra DPS snakket om at fordommer og uvitenhet om hverandre løses ved å møtes. Andre informanter fra DPS påpekte hvordan holdninger til hva som er viktig kunne påvirke samhandlingen. Her ble det nevnt holdninger om samarbeid, hva som er viktig for pasienten, eller menneskesyn ved sykdom. Videre kunne like rammebetingelser og ulik organisering gjøre at arbeidsmåtene ble forskjellige. Noen påpekte videre at dette kunne bidra til at kommunalt ansatte kunne ha vanskelig for å ta i mot veiledningen fra DPS. De var inne på at måten man gav veiledning på

var av stor betydning. En ydmyk og ikke-bedrevitende holdning ble da framhevet av annen informant fra DPS i den forbindelse ble det sagt: *”vi kan ha noe å lære vi og. Det har vi helt sikkert”*.

Informantene i begge boligene beskrev lavere terskel for å ta kontakt med DPS etter ”samtidig samhandling”. Informant fra bolig: *”Kjenner jo til oppbyggingen av DPS og hvordan de jobber. Det gjør det lettere å ta kontakt igjen. Det er ikke noe skummelt og farlig, de er faktisk samarbeidspartnere... Vi vet hva DPS kan hjelpe oss med”*.

4.6.4 Kunnskap om psykiske lidelser

I boligen hvor det fortsatt var kontakt med DPS, hadde de i følge informant fra DPS utviklet et *fagmiljø* som var til nytte i kommunen. De kalte det selv en *”omsorgsbasis”* for å hjelpe brukere i kriser som var håndterbare for personalet der. De virket engasjerte og opptatt av å hindre akuttinnleggelser. Informant fra bolig kunne fortelle at de nå i tillegg hadde ca 10 brukere som de servet utenom de som bodde der. De kunne enten bruke krisesenga eller være der på dagtid. Dette var i tett samarbeid med DPS og psykiatritjenesten i kommunen. De hadde lav terskel for å ringe til DPS og en informant beskrev at de i de nevnte møtene med ansatte på DPS fikk: *”indirekte litt veiledning på alle”*. Men de understreket betydningen av å ha noen å drøfte med som enten de kjente, eller som kjente brukeren, også på kveld og helg. De mente at mange akuttinnleggelser for brukerne de servet kunne unngås hvis de hadde noen å drøfte med. De etterlyste også mer undervisning i forhold til psykiatri og forskjellige diagnoser. Dette behøvde ikke å være av en lege, men gjerne på *”sykepleiernivå”*.

Informanter fra DPS hadde på sin side snakket om at hvis noen hadde liten kunnskap på et område, kunne det være vanskelig å vite hva man skulle spørre etter. De hadde en formening om at kunnskap etterspør mer kunnskap. Når samarbeidspartnere hadde høy kompetanse etterspurte de i større grad tjenestene deres, og var lettere å samarbeide med. I den andre boligen betraktet de seg som *”ikke faglærte innen psykiatri”*. De hadde tidligere servet andre brukere med psykisk utviklingshemming, men psykiske lidelser var noe nytt for dem. Gjennom veiledning og overføring av taus kunnskap lærte de likevel å kjenne igjen tegn og symptomer som kunne indikere tidlige tegn på psykose: *”Nå ser vi signalene så vi kan være litt føre var. DPS var flinke til å se etter de signalene. Både vi og bruker er blitt flinkere til å tilpasse hverdagen”*.

Diskusjon: Ulike former for kunnskap

Jeg var i starten av undersøkelsen oppmerksom på temaet taus kunnskap. Da jeg under intervjuet mente at informantene var inne på disse temaene, spurte jeg dem direkte om det. Spørsmålet virket da for ledende, og jeg fikk ikke da de svarene jeg håpet på. Det virket heller ikke som at alle informantene var fortrolig med begrepet. Under analysen ser jeg at jeg likevel fikk svar, men ikke der jeg spurte om det. Det kom gjennom historiene som informantene fortalte og i andre sammenhenger. I analysen har jeg lagt lite vekt på uttalelsene hvor jeg har spurt direkte. Under analysen valgte jeg kunnskap som en kategori, og samlet alle uttalelsene som sa noe om en eller annen form for kunnskapsutvikling og kunnskap. Jeg gikk deretter over til å identifisere utsagn som sa noe om taus kunnskap.

I følge Krogh m.fl.(2000), er det første og mest betydningsfulle steget i kunnskapsutvikling å dele taus kunnskap. Den tause kunnskapen er tett knyttet til sanser, erfaringer og kroppsspråk. Vanligvis deles taus kunnskap gjennom en kombinasjon av alle mekanismene (observasjon, fortellinger osv.). Det gjorde det også vanskelig å dele opp utsagn som sa noe om dette. Den tause kunnskapen gjøres eksplisitt ved å reflektere over den og sette navn på den (Krogh m.fl. 2000).

Utgangspunktet for overføring og utvikling av kunnskap må være vissheten om hva som trengs for å legge til rette og bygge opp et godt liv for og i samarbeid med bruker. Da behøves ulike former for kunnskap og kompetanse (Steihaug og Loeb 2007; Magnussen og Lyngroth 2007). Innenfor psykisk helsearbeid og psykisk helsevern har kunnskapsgrunnlaget tradisjonelt vært tuftet på medisinsk psykiatri og psykologi (Steihaug og Loeb 2007; (Haugsgerd et.al 2002). Man har nå sett at kunnskapsgrunnlaget må utvides og kunnskap fra flere tradisjoner må trekkes inn.

Innenfor sykepleiefaget har det vært mange diskusjoner om forskjellige kunnskapsformer, samt hvilken vekt og status de bør ha. Det ligger utenfor denne rammen å komme inn på dem alle. Begreper som teoretisk kunnskap og erfaringskunnskap, eksplisitt kunnskap og artikulert kunnskap, taus kunnskap og de aristoteliske begreper episteme (viten), techne (håndverkskunnskap) og fronesis (klokskap) kan her nevnes (Alsvåg 2009). Hvordan kan de forskjellige typer kunnskap formidles?

I følge Steihaug og Loeb (2007) etterlyses bedre veiledning fra DPS i å håndtere kompliserte atferdsmønstre. Informantene i begge boligene hadde observert ansatte på DPS i samspill med pasient og angitt nytten av det. Det var også viktig at de ansatte på DPS fikk observere hvordan det var i bolig, slik at de kunne komme med innspill som var fruktbare i bolig-sammenheng. Felles utøvelse og imitasjon var også nødvendig noen ganger. Det var videre påkrevd med utveksling av erfaringer, fortellinger, eksperimentering, sammenlikning og kombinasjoner av disse.

Innenfor bl.a. sykepleien anvendes fortsatt håndverkstradisjonen hvor lærlingen lærer ved å være sammen med mesteren og se hva mesteren gjør. Mye av kunnskapen er innforstått eller taus (Tveiten 2008; Lauvås og Handal, 2000; Martinsen 1989). I følge Martinsen (1989) formidles taus kunnskap best gjennom eksempler. Eleven må se hvordan mesteren gjør det, deretter prøve selv, og så igjen bli korrigert av mesteren. I følge Polyani (2000) er det å vite *at* og vite *hvordan* to forskjellige former for viten (Benner 1984). Personalet i den ene boligen visste at handlingene til bruker var skadelige. Men de visste ikke hvordan de skulle få bruker ut av dette mønsteret.

Patricia Benner (1995) beskriver utvikling av ekspertpsykepleie som en utvikling av et beskrivende språk, antagelser, forventninger, handlingsmønstre (en tendens til å handle på bestemte måter under bestemte omstendigheter), og maksimer. Erfaringer som utvikler klinisk kompetanse har også betydning (Benner 1995). I følge Krogh m.fl.(2000) deles taus kunnskap gjennom en sosialiseringssprosess over tid, hvor en utvikler sosiale relasjoner, deler opplevelser og følelser, språk, ritualer, praksis, verdier og mål.

Jeg ser mange paralleller mellom kultur, sosialiseringssprosessen i ”mikrosamfunn” (Krogh m.fl.2000) og Benners(1995) beskrivelse av hvordan erfaringsbasert / taus kunnskap utvikles. Innenfor hver organisasjon eksisterer en kultur med felles normer, verdier, språk, grunnleggende antagelser, ritualer og prosedyrer (Repstad 2004). Informanter fra DPS var inne på betydningen av holdninger man har om hverandre. Det kunne gjelde holdninger om samarbeid, hva som er viktig for pasienten, eller menneskesyn ved sykdom. Ulike arbeidsmåter, rammebetingelser og organisering hadde også betydning for samarbeidet. Det sier kanskje noe om forskjellige perspektiver på pasientens omsorgsbehov som Hellesø og Fagermoen (2010) beskriver. Kultur dannes over tid, og har en tendens til å skape samhold innen kulturen og avstand til andre kulturer (Repstad 2004). De forskjellige nivåene i

helsetjenesten har forskjellige oppgaver og bruker ofte ulike metoder i arbeidet med brukerne. Dette gjør at det utvikles forskjellige kulturer (Steihaug og Loeb 2007; Haugtomt, 2003; Magnusson og Lützen 2009).

All samhandling er sosial og foregår mellom personer. I følge Repstad (2004) er en måte minske barrierer for samarbeid, å skape en felles kultur. Gjennom ”samtidig samhandling” er muligheten til stede for å skape et felles språk, felles antagelser, handlingsmønstre, ritualer og prosedyrer. Haugsgjerd m.fl. (2002), sier noe om sammenhengen mellom kultur og taus kunnskap, ved å fremheve den erfarne helsearbeider, som har gått fra å være novise til å bli en faglig kulturbærer.

Tveiten (2008) mener veiledning innenfor håndverkstradisjonen bør begrenses til læring av konkrete og avgrensede ferdigheter. Hun påpeker at veiledning er mer enn formidling av kunnskap. ”Umoral” og fordommer også kan utvikles dersom ikke veiledningen også innebærer bevisst refleksjon i handling og over handling. I følge Martinsen (1989) er verdiene knyttet til konkrete handlinger. Gjennom praksis fremstår en etisk kompetanse som er taus. Hun fremholder at erfaring og dialog ikke er motsetninger, men at praksis danner grunnlaget for dialog.

I følge informant fra DPS måtte de ansatte i boligen se hva personalet på DPS gjorde. Det ble ingen bedring av situasjonen når de bare ble fortalt hva de skulle gjøre. Den viten som ble forsøkt formidlet, ble redusert gjennom ord (Martinsen 1989; Polyani 2000), og var da ikke holdbar i de konkrete situasjoner i bolig. Å se i praksis ble da grunnlaget for videre dialog og veiledning. I den andre boligen hvor pasienten ikke ville møte ansatte fra DPS, fikk de ansatte på forhånd observere noen handlinger på sykehus og DPS. Eksperimentering, sammenlikning, fortellinger og refleksjon ble videre grunnlag for handling. Heller ikke her ble de bare fortalt hva de skulle gjøre. Veiledningen foregikk etter behov og situasjon, og antok ulike former og retninger.

Noen av informantene ved DPS anga at de hadde lært av de ansatte i bolig. I løpet av intervjuet i en av boligene ble mye av det som brukeren skulle forholde seg til etter flere år på institusjon nevnt: ny plass, nytt personale, nye naboer, nye rutiner, lære å vaske klær, holde orden på en leilighet, handle. Å hjelpe bruker med å mestre alt dette, er ingen liten oppgave. Og det er oppgaver som de kommunalt ansatte gjerne har mer innsikt i enn ansatte fra DPS

(Steihaug og Loeb 2007). Myrvold og Helgesen (2009) påpeker i sin undersøkelse at kommunalt ansatte ikke har grunnlag for å vite hva de skal spørre etter før pasienten blir skrevet ut. Men de kan i etterkant se andre sider og behov enn det spesialisthelsetjenesten har oppgitt. Informantene i den ene boligen bekrefter dette med sin historie. De påpekte også at DPS ikke hadde forutsetninger for å se hvordan det ble i bolig uten å se omgivelsene eller aktivitetene som foregikk. I følge Steihaug og Loeb (2007) har ansatte på DPS for liten kunnskap om kommunene og kommunenes psykiske helsearbeid. Jeg baserer meg på tynt grunnlag her, men det var ansatt som hadde deltatt i ”samtidig samhandling” som klart uttrykte læring fra kommunalt ansatte. Ellers gjaldt temaet hos ansatte på DPS mest om veiledning *til* kommunen. Uttrykket ”*vi kan ha noe å lære vi og. Det har vi helt sikkert*” tyder på positive holdninger om å lære fra ansatte i kommunen, men at det kanskje ikke helt er erfart i praksis. Det å innse at man har noe å lære er positivt. Det å få tak i denne kompetansen bør være viktig for ansatte på DPS, for å kunne gi tilpasset veiledning. Kanskje kan ”samtidig samhandling” være en måte å få mer kunnskap om kommunalt helsearbeid på. Verken pasient, kommunalt ansatte eller ansatte i spesialisthelsetjenesten kan sikkert vite hvordan det blir i bolig før pasienten befinner seg der. Alle perspektiver kan bli viktige i den videre samhandlingen.

Informantene var også inne på det å få kunnskap om den spesielle pasienten / brukeren. En av informantene i bolig snakket om at det var greit å treffe bruker før han kommer ”*for da vet en hvem det er snakk om*”. Slik jeg tolker det her, trer det nå en person fram i hjelperens bevissthet. I Levinas’ filosofi, kalt ”ansiktets etikk”, spiller medmenneskets ansikt en viktig rolle. Det er den andres ansikt som innstifter humaniteten og kaller på vårt ansvar (Bø og Sæther, 2004). Man kan gjøre seg noen forestillinger på forhånd om hvem brukeren er, men det blir noe annet å møte vedkommende. Samtidig kan en også komme i feil spor i samhandlingen med bruker. Informanter i bolig fortalte også om ferdigheter de ikke trodde brukeren hadde, men som fagutøverne ved DPS hadde avdekket under oppholdet der. På andre områder hadde de ansatte i boligen viktig kunnskap om brukeren. To forskjellige arbeidskulturer med forskjellig fagkunnskap, ble kjent med bruker på forskjellige måter. Begge innfallsvinklene ble viktige i den videre samhandlingen.

Informantene i begge boligene beskrev lavere terskel for å ta kontakt med DPS etter erfaringene med ”samtidig samhandling.” Det å oppdage at det ikke er noe skummelt og farlig

vitner om egne tidligere erfaringer, hvor kommunen framsto som en stor uoversiktlig masse som det virket skremmende å ta kontakt med. Slik kan kanskje også DPS ha fremstått for de kommunalt ansatte. Det ukjente forblir ukjent inntil man foretar en tilnærming. Fordommer og uvitenhet, men også frykt blir kan bli mindre når man møtes. Jeg vil også komme inn på dette i kapittel 4.7.

En av boligene var i ferd med å bygge opp et fagmiljø innen psykisk helsearbeid. Informantene fra denne boligen hevdet at dette var blitt mulig med hjelp og støtte fra psykiatritjenesten i kommunen, og det tette samarbeidet med DPS. Selv om informantene i boligen bedyret at det var fra DPS de hadde mottatt mest hjelp og støtte, er det usikkert hvor mye ”samtidig samhandling” spiller inn her. En av informantene fra DPS mente mye lå i kulturen og kompetansen hos de ansatte. Utsagnene sier i alle fall noe om ”å gjøre hverandre god.” Det viser også at det er mulig å bygge opp et godt fagmiljø i en bolig med base i kommunen. God samhandling kan ha vært en viktig faktor for å få til dette.

Når det gjelder å få kunnskap gjennom undervisning, hadde overlegen fra DPS vært i den ene boligen og undervist om psykoser. En informant i boligen uttrykte under intervjuet behov for mer slik undervisning, men det var ingen forutsetning at den måtte gis av lege. I Sintef Helse sin undersøkelse rundt de ressurskrevende brukerne hadde de kommunalt ansatte uttrykt misnøye med å motta veiledning fra andre med tilsvarende kompetanse fra DPS (Steihaug og Loeb 2007). Informant fra bolig kan ha uttrykt at undervisningen gjerne kunne være ”på sykepleiernivå” på grunn av kunnskap om at overlegen kanskje ikke hadde tid til å komme dit, eller fordi kjennskap til de andre DPS- ansattes kunnskap gjorde at dette ble betegnet som godt nok. Mange typer kunnskap trenger kanskje mange typer kunnskapsformidling, og mange typer samvær.

4.7. Relasjoner og Trygghet

” Det handler ikke om tjenesten, men om relasjon til de som utfører tjenesten ”

Informantene snakket om relasjoner både mellom bruker / pasient og hjelper og relasjoner mellom hjelperne. De la stor vekt på betydningen av relasjonen til bruker / pasient. Informant fra DPS: *”Hvis ingen kan utvikle en relasjon til pasientene, så kommer de tilbake igjen”*. Informanter fra bolig la også vekt på relasjon: *” Mye er relasjonelt betinget, sant”*.

Både i bolig og på DPS ble det hevdet at kontinuitet er viktig for pasientene, og at stadig skifte av kontakt er uheldig. Når det gjaldt overføring av pasient, ble det også understreket at overføring av relasjon til pasient var viktig og at det kunne ta tid. Informant fra bolig:

”Relasjonen til den brukeren ble bygd gjennom ansatt på DPS. Bruker brukte lang tid på å bli trygg. DPS var der hele tiden og kom hvis det var noe. Det roet oss, og det roet ham”.

Informant fra DPS kunne bekrefte at overføring av relasjon var noe som det kunne være nødvendig å bruke tid på: *”Vi inngår relasjoner med pasientene. Kommunen skal også ha relasjon. Dette er en prosess som må få lov å ta tid”.* Samme informant påpekte også at de relasjonelle utfordringene de hadde hatt til pasient på DPS gjerne fortsatte overfor nye hjelpere. Det å bruke tid på å forberede de nye hjelperne på disse utfordringene, var viktig for å lykkes.

Det å møte andre hjelpere og inngå relasjoner med dem, ble ansett som viktig for samhandlingen, både på DPS og i boligene. Informanter fra DPS påpekte den kvalitative forskjellen på å snakke om *”Kåre, Nils og Kari”* kontra *”representanter fra kommunen”*. En av informantene hadde jobbet i en liten kommune hvor alle kjente alle. Der mente informanten at samarbeidet mellom instansene fungerte godt. Annen informant fra DPS snakket om at samhandlingen mellom nivåene hadde fungert best når de ansatte kjente hverandre. Informantene i boligen hvor det fortsatt var kontakt med DPS, nevnte fornavn på flere ansatte ved DPS under intervjuet.

I boligen hvor kontakten var avsluttet, fikk jeg ikke noe direkte svar på om de ble kjent med de ansatte på DPS. Informant fra denne boligen understreket likevel betydningen av å møte en person når det gjaldt spørsmål om samhandlingskunnskap. Slik jeg tolker det her betyr samhandlingskunnskap i denne sammenhengen å kjenne til noen av personene som jobber innenfor DPS. Informant fra bolig: *”Et ansikt sier mer enn et skriv. Så det er viktig at du har et hode å henge det på og et menneske å snakke med når du skal dit”.* Selv om de ikke ble spesielt kjent med de ansatte på DPS, visste de om noen *personer*, og de visste hva DPS kunne hjelpe dem med. Det gjorde det lettere å ta kontakt igjen.

Alle informantene snakket mye om trygghet og utrygghet, når de fortalte om erfaringene med ”samtidig samhandling”. Informantene fra DPS snakket om å bruke tid på å finne ut av usikkerhet og utrygghet. At det som tilsynelatende var greit, kunne bli ugreit når man kom hver til sitt. Dette var også informantene i bolig inne på, når de snakket om at spørsmålene om

hvordan de skulle forholde seg til situasjoner kom i etterkant av utskrivelsen fra DPS. På DPS la noen også vekt på det å være åpen om egen usikkerhet / utrygghet: *"At vi kan snakke om problemer, ting vi er redde for"*.

Personalet fra DPS hadde observert utrygghet hos personalet i bolig når det gjaldt psykiatri. Dette ble også bekreftet av personalet i boligen: *"Vi var litt mer forsiktige, turte ikke stille de samme spørsmålene som DPS stilte"*. I følge informanter på DPS var *"samtidig samhandling"* med på å gi økt trygghet for personalet i boligen. Ved å observere de ansatte på DPS i samhandling med bruker, fikk de ansatte i boligen mot til å nærme seg bruker. Informant fra DPS: *"Da turte de å gjøre ting de ellers ikke hadde turt"*. Informant fra bolig snakket om at de fikk hjelp til å bygge opp tillit, slik at bruker fikk større tillit til personalet i boligen: *"De hjalp oss å bygge opp tillit, og til å forstå at vi bare måtte fortsette å prate med bruker og stille spørsmål (...) så han begynte jo å åpne seg mer og mer til oss da"*. I følge informantene fra bolig hadde det resultert i større trivsel for bruker: *"Bruker sier at han trives og vil bo her, (...) det virker som han trives"*. De hadde også, som tidligere beskrevet, uttalt at spesialisthelsetjenesten ikke var noe skummelt og farlig, men faktisk samarbeidspartnere. Dette utsagnet kan bety at møtene førte til større trygghet i forhold til videre samarbeid.

Informantene i begge boligene sa at samhandlingen på en måte hadde gitt dem trygghet. I den andre boligen snakket de om tryggheten det gav å ha noen å drøfte med: *"Det har vært med å trygge rammene våre" (...) "Vi tør å gjøre en del intervensjoner når vi har DPS å drøfte med. Du føler deg ikke så alene"*. Informantene i bolig snakket også om tryggheten det innebar å få vite om tidligere erfaringer som var gjort med bruker. Det å få vite om tidligere problemer og utfordringer, gav dem en forutsigbarhet som igjen ga trygghet: *"Det er trygt å få vite hva slags erfaringer som er gjort før og da, så slipper vi å starte helt på skratsj"*. Informant fra denne boligen uttalte at de gjennom egne erfaringer og kontakten med DPS etter hvert begynte å bli trygge, og mestret nå å møte vanskelige situasjoner. Informantene her mente også at det nå var blitt mindre utbrudd fra brukerne. En av informantene i bolig hevdet videre at når personalet i boligen var trygge i situasjoner, gjorde det også bruker trygg: *"Vi er stabile her og tåler utbruddene til bruker, og det har gjort ham så trygg at det ikke har vært noen innleggelse etter flyttingen hit"*.

I boligen der bruker ikke ville møte DPS, mente informant at samhandlingen likevel var med å skape trygghet for bruker. Selv om bruker ikke ville møte de ansatte på DPS, opplevde ansatte i bolig at bruker likevel var inneforstått med at det var en forbindelse mellom de

ansatte: ”Foreløpig er det for utrygt for bruker å være med sammen med de fra DPS. Bruker forstår ikke og tror det er snakk om innleggelse(...). Men han ser at det er linker mellom oss og spør for eksempel om vi kan høre med navngitte personer på DPS om forskjellige ting. Og det opplever jeg som trygghetskapende for ham da”.

Diskusjon: Trygghet, relasjon og sammenheng

I følge ”Transitional Discharge Modell” virker en trygg relasjon terapeutisk. Når psykiatrisk sykepleier bevarer kontakten med pasienten i overgangen mellom sykehus og kommune inntil relasjon med hjelper i kommunen er etablert, har antall reinnleggelser gått markant ned. For pasienten kan det gå alt fra minutter til flere måneder å etablere en trygg relasjon til den som skal hjelpe (Forchuk m.fl. 2007). Informant fra DPS påpekte nettopp betydningen av overføring av relasjon. Slik tjenestetilbudet er utformet i dag, eksisterer det en organisert diskontinuitet med skifte av tjenestested og skifte av hjelpere med skiftende symptomtrykk (Rådet for psykisk Helse (2005-2008). Det blir da vanskelig for hjelperne å se hele bildet. Ikke minst kan det føles utrygt for pasienten. Sykehusansatte som arbeider på institusjon og har mulighet for å observere pasientene døgnet rundt, kan ha en tendens til å overvurdere pasientenes behov. Sykehusansatte kan derfor ”bestille” boliger med døgstruktur i større grad enn det som strengt tatt er nødvendig (Roos 2010). I følge (Hellesø og Fagermoen (2010) kan sykehus ansatte både overvurdere og undervurdere pasienters omsorgsbehov i kommunen. Dette kan godt være riktig, men jeg stiller spørsmål ved løsningen om å opprette et ”institusjonsledd” til som et kommunalt helsehus blir. For pasienten blir det enda flere personer å forholde seg til, og som blir midlertidige kontakter. Opdal (2009) fant i sin undersøkelse ut at det brukeren opplevde som belastende, var å stadig måtte starte på nytt overfor nye behandlere.

Ved ”Samtidig samhandling” vil sykehusansatte i større grad kanskje lære noe om den kommunale virkelighet. Kanskje vil det også være mulig å finne riktig omsorgsnivå sammen med de kommunalt ansatte og bruker. For pasienten kan overgangen bli lettere når en person som pasienten stoler på, kan opprettholde kontakten en stund videre. (Jfr. Transitional Discharge Modell).

Uten at det kom fram i Opdal (2009) sin undersøkelse, kan det være en befrielse for enkelte å kunne starte på nytt med blanke ark, uten at noen har forutinntatte meninger. I et av tilfellene

som ble studert her, ønsket ikke pasienten kontakt med de ansatte ved DPS. Dette var likevel ikke til hinder for samarbeid mellom kommune og DPS. Noen ganger oppleves ikke relasjonen til ansatte på sykehus trygg for pasienten. Hvis relasjon til ansatte i spesialisthelsetjenesten for eksempel er forbundet med tvangsinnleggelse, kan relasjonen heller oppleves som utrygg. Det å være ferdig med psykiatrisk sykehus, og være ”bra nok til å bo for seg selv,” kan også motivere bruker til å avvikle kontakten med de ansatte på sykehus, og heller etablere relasjon til ansatte i kommunen. Noe som jo er et mål i forbindelse med overføring av pasient fra DPS til kommune. Det viktige blir at pasienten får oppleve en trygg overgang til bolig. Noe som også blir vektlagt i ”Transition Discharge modell”(Forchuk m.fl. 2007). Som informanter fra DPS og boliger var inne på, er mye av hjelpen som gis relasjonelt betinget.

Det kan bli en motsetning mellom å ”starte med blanke ark” og overføring av relasjonelle utfordringer. Hansen (2004) bruker begrepet parallellprosess der godt samspill mellom fagutøverne også kan gi bedre samspill mellom fagutøvere og brukere. Om bruker ikke ønsker at opplysninger blir videreført mellom nivåene, kan en likevel samarbeide og utveksle generell informasjon, også om relasjonelle utfordringer. I følge Repstad (2004) er det uutnyttede muligheter innenfor lovverket til samarbeid.

Flere av informantene la vekt på opprettelse av relasjoner mellom ansatte på de forskjellige nivå. Forchuk m.fl. (2007) forlenger terapeutiske relasjoner til også å gjelde personalet imellom, og ikke bare mellom pleier og pasient. I Levinas` filosofi er det den andres ansikt som innstifter humaniteten. Personen vi møter blir unik i stedet for å bli underlagt kategorier og begreper (Bø og Sæther 2004). I stedet for ”representant fra kommunen / spesialisthelsetjenesten” framsto det i møtene mellom ansatte *personer*, som informantene her var inne på. En av informantene på DPS snakket om at samhandlingen mellom nivåene fungerte best når de ansatte kjente hverandre. Hvordan de var blitt kjent, fremgår ikke her da denne informanten ikke hadde deltatt i noen av disse tre overføringene. Jeg har ikke erfaring med at ansvarsgruppemøter fungerer som arenaer for å bli kjent, med at det skjer i mer uformelle sammenhenger, og over tid.

Å skape en felles kultur tar tid, men økt personell-flyt kan minske kulturelle barrierer mellom organisasjoner. All samhandling er relasjonell og foregår i interaksjon mellom personer (Repstad 2004). ”Samtidig samhandling” kan være en måte å bli kjent med andre

helsearbeidere på. Det å gjøre noe sammen er en vanlig måte å bli kjent på, også ellers i samfunnet (Jfr. ”teambuilding”). I lys av at alle er helsearbeidere og arbeider med felles pasient /bruker har man mulighet for å skape en felles kultur. I følge Hansen (2004) fører relasjoner mellom helsearbeidere til lavere terskel for å ta kontakt med hverandre.

Informantene i en av boligene ga ikke noe direkte svar på om de ble kjent med de andre ansatte på DPS. I lys av at de ble værende for seg selv da de var på DPS, og at kontakten med DPS nå var avsluttet, er det nærliggende å tro at det her ikke ble noen nær relasjon mellom de ansatte på de to nivåene. På bakgrunn av samhandlingen som hadde vært, anga de likevel at det nå var lettere å ta kontakt med DPS om det skulle bli aktuelt igjen.

Jeg hadde i forkant av undersøkelsen en forforståelse om at ”samtidig samhandling” kunne gi en form for trygghet for brukere og ansatte. At alle informantene også bekreftet dette, kan ha med måten spørsmålene ble stilt på under intervjuene. Mange av uttalelsene som handlet om kunnskap, handlet også om trygghet. Det samme med uttalelser om relasjoner. Jeg måtte gjøre et valg, og satte da relasjoner og trygghet sammen. Men kunnskap kan også gi trygghet, noe jeg håper likevel kommer fram her. Under analysen hadde jeg trygghet og relasjoner som egne kategorier, og plasserte uttalelser som sa noe om dette der.

Uten at dette kom direkte fram i intervjuene, kan man ikke utelukke muligheten for at ”samtidig samhandling” også kunne ha vært opplevd som utrygt for noen, i hvert fall i starten. Informant i en av boligene hevdet at møtene med DPS i starten hadde preg av ”debriefing”. Det kan tyde på utrygghet i starten i forbindelse med krevende situasjoner. Nye omgivelser og nye mennesker å forholde seg til, kan skape utrygghet for både pasient og personale. Det samme med nye måter å håndtere situasjoner på. Da jeg spurte om vi mister noe ved ”samtidig samhandling” svarte en av informantene i bolig at de var skeptiske til samhandlingen med DPS i starten: *”Vi var jo kritisk til det som DPS kom med, går det an liksom? Men vi prøvde jo å gjennomføre det, og det viste seg jo at det gikk bra. Det var veldig positivt. Tror ikke vi mister så mye.”* Her antyder informant skepsis overfor tiltakene DPS gjorde i forhold til bruker. Det var spesielt rettet mot tiltakene som de hadde sett DPS gjøre, og som de da prøvde å gjøre selv i etterkant. Ved å møte hverandre jevnlig, tyder resultatene her likevel på at personalet fra DPS og bolig etter hvert ble tryggere på hverandre, og tryggere på hvordan de skulle møte situasjoner. Gradvis erfarte de at samspeillet med bruker ble bedre.

Antonovsky (2005) utviklet begrepet KASAM – Kjäsle Av SAManhang (opplevelse av sammenheng) som svar på hvordan mennesker greier å håndtere påkjenninger av forskjellig art. I stedet for å fokusere på hva som gjør at folk blir syke, stiller han spørsmålet om hva som gir positive helseeffekter. Det søkes da etter forhold som fremmer personenes evne og mulighet til aktivt å handle og være i samspill med omgivelsene. KASAM inneholder tre sentrale komponenter: 1. begripelighet, 2. håndterbarhet og 3. meningsfullhet. Komponentene griper inn i og overlapper hverandre.

Begripelighet handler om at de utfordringer man møter er forutsigbare, eller at personen forstår situasjonen. Når en forstår hva som skjer og hvorfor det skjer, gir det en grunnleggende følelse av trygghet og kontroll. Håndterbarhet handler om det er tilgjengelige ressurser til å møte utfordringer. Det kan være egne ressurser eller andre mennesker man stoler på, for eksempel i hjelpeapparatet. Meningsfullhet handler om delaktighet, samt å ha noe som betyr noe for en i livet. I meningsfullhet ligger også en følelses- og motivasjonskomponent. Når en person opplever tilværelsen meningsfull, vil han være motivert til innsats, til å delta (Antonovsky 2005; Almvik og Borge 2000; Almvik og Borge 2006).

Ut fra dette perspektivet må fagfolk lete etter og iverksette helsefremmende tiltak i samarbeid med bruker. I stedet for å sitte i møter med mål og planer, kan det *å gjøre noe sammen i praksis* være en strategi der brukers egen kompetanse og ressurser i større grad tas i bruk. For den psykisk syke innebærer det en overgang å flytte fra sykehus til bolig, noe som kan medføre utrygghet (Forchuk m.fl. 2007). For en som er avhengig av hjelp blir det nye mennesker å forholde seg til, nye omgivelser og nye rutiner. For mange personer med store hjelpebehov handler det ikke om å bli frisk, men å ha en opplevelse av å ha god helse. Det å mestre overgang fra sykehus til bolig, kan gi en slik opplevelse. Det forutsettes da at utfordringen oppleves som en passende belastning (Antonovsky, 2005; Almvik og Borge, 2006; Almvik og Borge, 2000). Mestring som verdi i kan bli problematisk for brukere som strever med å håndtere hverdagen. Her betyr mestring å legge vekt på det som fungerer i stedet for å fokusere på problemer (Steihaug og Loeb 2007). I kommunalt psykisk helsearbeid fokuseres det på funksjon og mestring i hverdagen. Sykehusansatte har gjerne større fokus på hva som kan minske symptomer. Ulik forståelse mellom nivåene gjør at overgangen lett kan bære preg av manglende sammenheng. Pasienten må imidlertid ikke bli stående alene mellom

de ulike forståelsesrammene. Møter mellom de forskjellige aktører vil kunne øke forståelsen og gi en sammenheng.

I nye og utrygge situasjoner, blir det viktig å ha tilstrekkelige ressurser for å greie og håndtere dem. Det å møte de nye hjelperne før overflyttingen, og at hjelpere fra sykehus er med i overgangen, kan for eksempel være med på å gi både forutsigbarhet, begripelighet og håndterbarhet. En opplevelse av å kunne være en aktiv medspiller er avgjørende for å oppnå en følelse av å lykkes. I følge Martinsen(1989) er omsorg å frigjøre hverandres ressurser, slik at alle får en mulighet til å leve det beste liv de er i stand til.

For at ansatte skal være i stand til å hjelpe, må de også kunne håndtere situasjoner. De utfordringer de ansatte møter bør også kunne forklares og forstås, og oppleves som passende. Å få veiledning i forhold til nye og ukjente utfordringer, som for eksempel psyko-seproblematikk, vil da være viktig. Det vil også være fordel om man til en viss grad er forberedt på noen av de utfordringer som vil komme. Ansatte på DPS kan i noen grad forberede pasient og kommunalt ansatte på mulige utfordringer. Ingen kan helt sikkert forutsi hvordan det vil utarte seg i bolig. De ansatte i bolig var aktive medspillere i prosessen. Deres innsats var til syvende og sist avgjørende for at de lyktes. De ansatte fra DPS vil kanskje bli bedre til å se hele bildet, når de "blir med" i boligen. At pasienten, de kommunalt ansatte og de ansatte fra DPS deltar sammen i utflyttingsfasen, og sammen integrerer og utvikler den kunnskapen som trengs for å bygge opp et godt liv for brukeren, kan kanskje gi en større grad av mening og sammenheng for alle parter.

4.8 Å utvikle noe nytt sammen, fordeler og ulemper

"Vi tenker ut fra institusjon. Det blir en ny virkelighet når pasienten flytter ut i hjemmet".

Et interessant funn var at det skjedde en form for nyskapning med "samtidig samhandling." Informanter fra bolig var inne på at DPS ikke hadde forutsetninger for å se på forhånd hvordan det ble i bolig. Under intervjuet kom de fram til at DPS måtte se til at rutine de hadde innarbeidet der fungerte i boligen: *"At opplegget fungerer i virkeligheten, ikke bare fastsette det på et møte".*

Informant fra DPS påpekte betydningen av en likeverdighet i å bidra sammen, at man må tilpasse samhandlingen til kulturen på stedet. I følge informanten kan man ikke bare presentere en ferdig løsning og forvente at den passer andre. I stedet må man utvikle noe

sammen: *”Så det må være en likeverdighet i at vi skal bidra sammen, (...) at vi kommer med hvert vårt. Dere kan noe som ikke vi kan, men vi kan også. Man kan ikke bare ha gjort all erfaring, og så tre det nedover hodet på andre innenfor en helt annen kultur, så man må være der fra starten og utvikle noe sammen”*.

Personalet på DPS kunne ikke gjøre tingene på sammen måte i pasientens hjem som på institusjon. Informanter fra DPS: *”Vi måtte gjøre det annerledes når vi gikk inn i pasientens hjem”(...) ”Vi måtte stille krav på en annen måte i pasientens hjem.”* Informantene fra DPS nevnte respekt, som de mente ble på en annen måte i pasientens hjem. Likevel, påpekte de, var det noe som måtte styres. De snakket om at lovverket setter noen begrensninger over hva man har lov til å gjøre, men lovverket stiller også krav om å yte hjelp og hindre skade på seg selv eller andre.

I boligen var informantene opptatt av utfordringen det var å tilpasse erfaringene fra DPS til et helt annet miljø og et annet lovverk. De var opptatt av at de jobbet under forskjellig lovverk, noe de mente DPS ikke hadde nok kunnskap om. Informant fra bolig: *”DPS manglet innsikt i lovverket vårt”(...)” Det er ting som kan gjøres på DPS, som vi ikke har myndighet til”*. På psykiatrisk sykehus tok de muligheten fra bruker til å skade seg selv eller andre. Det kunne ikke de gjøre i boligen når han kom tilbake. Informantene i bolig mente at de under samhandlingen kanskje hadde bidratt til at DPS fikk forståelsen av at de jobber under annet lovverk. Mye av veiledningen de fikk gikk på hvordan de skulle omforme hjelpen til å passe inn i bolig, og som var etter deres lovverk. Informant fra bolig: *”Vi kunne stille spørsmål og komme med problemstillinger, få litt veiledning i forhold til hvordan de hadde gjort det, og kunne komme med innspill i forhold til hvordan det ble i brukers hjem”*.

Informant fra DPS hvor de hadde hatt møter uten pasienten til stede, antydte noe av det samme. De hadde fortalt om sine erfaringer med pasienten på DPS, men understreket at de i bolig måtte gjøre nye erfaringer: *” Vi har sagt våre erfaringer herfra, men de må jo gjøre sine erfaringer på en ny plass”*. Informantene i bolig fortalte om prosessen hvor de ble kjent med bruker, så hvilken behandling brukeren fikk, samt at de fikk se omgivelsene og rammene som eksisterte på sykehuset og på DPS. Disse erfaringene kunne de bygge videre på når pasienten kom i bolig. Informant fra bolig: *”Vi hospiterte på DPS og psykiatrisk sykehus, ble kjent med bruker og tilbudet bruker hadde der. Fikk se hvordan de jobbet miljøterapeutisk. Dro så disse erfaringene med inn i boligen”*. En annen informant fra bolig var inne på noe liknende i

forbindelse med betydningen av å møte hverandre. Informanten beskrev da hva det innebar å møte brukeren før overføringen til bolig og at det ga en pekepinn på hvordan de kunne tilpasse hjelpen i bolig: *”Danner deg et bilde av hva vi kan gjøre når bruker kommer hit”*. Informantene i bolig fortalte også om at de så at bruker trivdes mye bedre i bolig enn på psykiatrisk sykehus. Her ble det lagt vekt på det fysiske miljøet, at det var hjemmekoselig, og med hverdagslige aktiviteter som for eksempel matlaging. Da kom informantene samtidig inn på omformingen av hjelpen tilpasset bolig: *” Rammene på DPS og sykehus har vært veldig, veldig trygg for bruker. Men hvordan kan det være overførbart til en vanlig bolig? Men det er faktisk det”*.

Informantene på DPS understreket at det i denne sammenhengen var viktig å få med pasienten / brukeren om hvordan det skal tilrettelegges. De snakket om at det å bruke tid sammen med pasienten i overgangen fra DPS til bolig både var mer effektivt og ga mer brukermedvirkning enn om de satt i samarbeidsmøter uten pasienten til stede. Det ble samtidig påpekt at pasienten kunne ha mye å bidra med, og at det også var viktig at pasienten deltok på ansvarsgruppemøter. Informantene på DPS hadde tanker om at ”samtidig samhandling” i det lange løp var ressursbesparende: *”Hvis vi ikke hadde gjort det, så hadde pasienten fortsatt vært innlagt på døgn og akuttpost.”(...)”Egentlig var det ressursparende”*.

Informantene gjorde seg noen tanker om at ”samtidig samhandling” kunne ha ulemper. Informantene fra DPS snakket om tidsbruk, at det tar tid å dra ut. De poengterte at de jo jobbet på en døgnenhet, men at veldig mye av virksomheten foregår ute. Det kunne bli for mange å følge opp ute. Noen mente også at det kunne være vanskelig å følge opp i store boligkompleks med mange små stillinger. Det var da vanskelig å vite hvem av personalet de skulle forholde seg til. Informantene fra DPS påpekte videre at det kunne være utfordrende å stadig tilpasse seg nye arbeidskulturer. Det var ikke bare å ta med seg tidligere erfaringer og forvente det samme når de kom til en ny plass. En av informantene fra DPS var inne på videreføring av holdninger fra institusjon til bolig: *”Jeg tenker på hvilke holdninger er vi med på å skape og videreføre gjennom måten vi snakker på, hvilke ord vi bruker.”*

At ”samtidig samhandling” kan få uheldige konsekvenser ble også påpekt av informanter i bolig: *” kan få føringer som går under annet lovverk”*. En informant fra bolig var også inne på at ”samtidig samhandling” kunne hindre at de fant kreative løsninger selv: *”Tror at sånn skal*

vi gjøre det, og så blir vi littegrann blind ". En annen informant fra bolig mente det kunne være mulighet for at: *"Bruker kan bli forvirret om hvem han skal forholde seg til"*.

Informantene i bolig snakket i en annen sammenheng om at DPS muligens hadde til hensikt å observere dem og hvordan de var i situasjoner med bruker. Ut fra dette kan det være en teoretisk mulighet for at de ansatte i bolig i noen tilfeller kunne ha følt seg overvåket av de ansatte fra spesialisthelsetjenesten.

Diskusjon: Å utvikle noe nytt sammen

På forhånd hadde jeg en forventning om en form for samhandlingskunnskap uten at jeg visste helt hva den besto i. Jeg fikk imidlertid ikke noe direkte svar på det under intervjuene, da informantene ikke virket å ha noe stående svar på det. Resultatene her kan tyde på at samhandlingskunnskap kan handle om mange ting; så som relasjoner, kunnskap om hverandre, kunnskap om pasient /bruker, trygghet. Et overraskende og interessant funn var da at det skjedde en nyskaping gjennom "samtidig samhandling". Kanskje er dette form for taus samhandlingskunnskap? Gjennom "samtidig samhandling" hadde de ansatte klart å skape en sammenheng mellom institusjon og bolig. I Magnusson og Lützen (2009) sin undersøkelse går det fram at taushetsplikten og forskjellig lovverk var utfordringer når det gjaldt samhandling nivåene imellom. Forskjellig lovverk ble fremhevet som en utfordring også av informantene i bolig. Likevel hadde de ansatte sammen klart å skape rammer og struktur som gjorde brukerne trygg. Det var ikke rammer gjennom låste dører, men gjennom kunnskapsutveksling om utfordringer i dagliglivet. Kanskje kan dette best betegnes som *miljøterapi*. Miljøterapi har tradisjonelt vært gjeldende for institusjoner (Hummelvoll 1992). I følge Steihaug og Loeb (2007) fungerer bemannede boliger som miljøterapeutiske enheter med institusjonsramme. Her hevdes det at de ansatte i bolig bør få oppfølging fra spesialisthelsetjenesten hele tiden. Martinsen (1989) kaller omsorgsarbeid hvor målet ikke er selvhjulpenhet for vedlikeholdsomsorg. Omsorgen innebærer relasjon over tid, og innebærer risiko for følelsesmessig overbelastning. Den som skal utøve slik omsorg trenger derfor selv støtte og omsorg fra andre (Martinsen 1989).

Miljøterapi skal kunne skape rammer og struktur, samt hjelpe den enkelte til å delta i fellesskapet ut fra sine premisser. Daglige aktiviteter gir mulighet for å se hvordan klienten forholder seg til andre, hvordan oppgaver løses, og hvordan frustrasjoner håndteres. Dagliglivets situasjoner som for eksempel personlig hygiene, matlaging og rengjøring danner

grunnlaget for miljøterapien (Hummelvold 1992). Under ”samtidig samhandling” var det dagliglivets situasjoner som var gjenstand for veiledning. Disse situasjonene kunne bli forskjellig på institusjon og i bolig.

Informantene i bolig snakket om at ansatte fra spesialisthelsetjenesten hadde for liten kunnskap om lovverket de jobbet under. I følge Rådet for psykisk helse er organiseringen under to forskjellig lovverk mer historisk betinget, enn basert på brukers behov og hvilke tiltak som virker (Rådet for psykisk helse 2004). Ansatte i spesialisthelsetjenesten har en annen type kompetanse enn de ansatte i primærhelsetjenesten (Magnusson og Lyngroth 2007). Likevel kunne altså noen av erfaringene fra institusjon overføres til bolig. Gjennom disse erfaringene og gjennom nye erfaringer i bolig, og ”samtidig samhandling” over tid, klarte ansatte fra begge nivå og brukerne sammen å skape noe nytt og funksjonelt.

Kvalifisert miljøterapi bygger på en utviklet faglig *kultur*. Kompetansen må bygges opp lokalt, ut fra den gruppen av mennesker som arbeider sammen i det daglige. Den kan ikke realiseres ut fra generelle prinsipper. God miljøterapeutisk kultur må skapes, vedlikeholdes og stadig fornyes ved at enkeltpersoner i miljøet går fra å være novise til mer erfaren og til å bli ekspert og kulturbærer. Egenskaper som gjelder er forståelse, kyndighet, selvrefleksjon, ydmykhet, romslighet, fasthet, mildhet og mot (Haugsgjerd m. fl. 2002). Måter å lære disse egenskapene på, går gjennom ulike typer veiledning, og gjennom utveksling av taus og erfaringsbasert kunnskap. I et velfungerende team bør alle medlemmers kompetanse bli verdsatt og brukt (Haugsgjerd m.fl. 2002). I følge Schönfelder (2008) bør ”bakkebyråkratene” i større grad tydeliggjøre miljøterapien for å få anerkjennelse for sitt perspektiv. Behovene som psykisk syke med store hjelpebehov har, dreier seg først og fremst om dagliglivet, hvor målet er best mulig livskvalitet. Han mener miljøterapi og nettverksarbeid bør utformes tydeligere som referanseramme for faglig identitet både i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern.

En forskningsbasert kunnskap som både identifiserer kjernen i psykisk helsearbeid og samtidig rommer mangfoldet og det individuelle aspektet slik det utspiller seg i praksis, etterlyses i SINEF helse sin undersøkelse om de ressurskrevende brukerne. Her savnes det en teoretisk forankring av det psykiske helsearbeidet for å legitimere det som gyldig kunnskap, og for å videreutvikle kunnskapsfeltet (Steihaug og Loeb, 2007).

Som informantene var inne på hviler det et etisk ansvar på de ansatte om hvilke holdninger vi viderefører til hverandre gjennom handlinger og ord. Det er mye som sitter ”i veggene” i institusjonspsykiatrien. Det må reises spørsmål om ”institusjonenes makt” blir med videre som formynder i systemet. At flere personer samhandler samtidig rundt pasienten, kan også utgjøre et ubalansert maktforhold. Pasienten kan føle seg overkjørt ved å være alene blant flere ”velmenende” omsorgspersoner. I følge Martinsen (1989) er verdiene knyttet til konkrete handlinger. Hun fremholder omsorg som et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep, hvor det moralske begrep handler om hvordan vi lærer å bruke makt. I alle avhengighetssituasjoner inngår det makt. Omsorgsmoral er å handle ut fra prinsippet om ansvaret for de svake. Den kjennetegnes blant annet av at den er relasjonell, ansvarlig, situasjonsorientert, og inneholder holistisk, intuitiv og uartikulert kunnskap. Den kan ikke baseres på generelle regler og prinsipper. En formynderholdning hvor en passiviserer og fastholder individer i underlegne posisjoner er ikke omsorg. Omsorg er å frigjøre hverandres ressurser, og legge til rette for at de svake kan leve det beste liv de er i stand til. Solidaritet gjør maktutøvelsen forsvarlig. Vi må kunne tenke at rollene kunne være byttet om (Martinsen 1989). Når to arbeidskulturer møtes, vil det være større mulighet til å korrigere hverandres maktbruk. I tillegg har alle ansatte innenfor helse og omsorg et personlig ansvar for en moralsk forsvarlig praksis. Kanskje er det også mulighet for at institusjonens makt blir mindre? At kreative løsninger utarbeidet i kommunen kan gi nye føringer på institusjon?

Informant i en av boligene nevnte at DPS kanskje hadde til hensikt å observere dem. Under intervjuet hadde intervjuer overføring av taus kunnskap i tankene, men det ble altså forstått annerledes hos informant. Det kommer ikke fram om det virkelig var tilfelle her, men det kan likevel være verdt å se litt nærmere på muligheten for at de ansatte i bolig kan ha følt seg observert av spesialisthelsetjenesten. Det kan hos de fleste til tider eksistere en frykt for ”ikke å være god nok”, også i jobbsammenheng. Denne følelsen kan særlig komme hvis ting ikke fungerer. Når ansatte fra to arbeidskulturer skal gjøre noe sammen, kan det oppstå en underlegenhet og utrygghet hos en av partene eller begge. Noen kan komme i forsvar og yte motstand mot andres forslag. Ansatte kan føle seg observert, kontrollert og kanskje overvåket av den andre parten. Kanskje kan de ha en følelse av at den andre parten ikke stoler på at de kan jobben eller vise versa. Det er heller ikke sikkert at man alltid lykkes med pasienten. Hver situasjon vil være unik. Selv om overflyttingene her lyktes, kan det i andre tilfeller komme nye situasjoner og utfordringer som ikke kan håndteres på samme måte. Samhandling kan beskrives som synkronisert samarbeid, å gjøre hverandre god, der samarbeidspartnerne vet om

hverandre og hva de gjør i prosessen. Ydmykhet og åpenhet, samt å støtte hverandres kompetanse blir viktige ingredienser for å komme videre i prosessen. Ved å møtes jevnlig, er kanskje muligheten for å vite om hverandre, og vite hva de gjør i prosessen i større grad til stede.

I dag er det ansvarsgruppemøter, Individuell plan og kriseplan som stort sett er gjeldende i forbindelse med overflytting av pasient. Kanskje kan ”samtidig samhandling” være et hjelpemiddel til kunnskapsoverføring mellom ansatte uansett hvor de befinner seg i systemet? Kanskje kan vi slå fast at ”bakkebyråkratenes” kompetanse er for mangartede til å få plass i et skriv og et par møter? Det kreves i så fall mange møter.

4.9 Hva samhandling er

Jeg startet alle intervjuene med å spørre hva deltakerne la i begrepet samhandling. Et uventet funn var hvor mangartede helsearbeiderne beskrev dette begrepet. I samhandlingsreformen defineres samhandling som:

”Et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppvarefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (St.meld.nr.47 (2008-2009), s.13).

Ingen, inkludert intervjueren hadde denne definisjonen i hodet. Noen av uttalelsene gjenspeiler kanskje den daglige og tette kontakten personalet har med brukeren, da samhandling ble definert som å ”gjøre noe sammen med brukeren”, eller ”å gi brukeren et tilfredsstillende tilbud gjennom dagen”. Eller at samhandling er ”noe som foregår mellom to personer hvor den ene gjør noe og den andre responderer”. Andre definisjoner gikk på ”noe tverrfaglig”, ”tillit og trygghet”, ”dra nytte av hverandre faglig”, ”brukeren føler helhet, slik at det blir en viderebehandling”, ”i samme rom og gjør noe i lag”, ”utveksling av erfaringer”, ”samtidighet”, ”samarbeid”, ”gjøre oppgaver sammen”, ”handle sammen mot felles mål”, ”være på hverandres plass sammen”, ”at vi møtes og snakker sammen”, ”at kommunikasjonsveien mellom instanser blir kortere”, ”at samarbeid og samhandling er tett sammenvevde begrep”. Informantene virket noe usikre da de skulle uttale seg om dette begrepet ettersom de ikke kunne gi en entydig definisjon. I et av intervjuene diskuterte deltakerne begrepet lenge, og kom stadig tilbake til hvordan de skulle definere samhandling.

Med det samme tolket jeg også det dit hen at de ikke visste eller hadde tenkt over hva samhandling er. En annen tolkning kan være at deltakernes erfaringer var med på å farge deres syn på hva samhandling er. De hadde en praktisk tilnærming til begrepet ut fra det de hadde erfart.

5. AVSLUTNING

5.1 Oppsummering og konklusjon

Jeg har studert ansattes erfaringer i forbindelse med overflyttinger av pasient /bruker fra spesialisthelsetjenesten til bolig med base i kommuner, der de ansatte fra DPS og bolig hadde møttes jevnlig over tid. Jeg har kalt denne samhandlingen for ”samtidig samhandling.” Resultatene viser at det foregikk en kunnskapsutveksling mellom de ansatte, men de hadde forskjellige opplevelser av hva som hadde foregått. Det hersket blant annet en ulik forståelse av veiledningsbegrepet , og ulike former for veiledning er blitt diskutert. I samhandlingen foregikk det også en utveksling av taus kunnskap. Jeg har forsøkt å synliggjøre hvordan denne utvekslingen foregikk, gjennom direkte observasjon, observasjon og fortellinger, imitasjon, eksperimentering og sammenlikning, felles utøvelse, og en kombinasjon av disse. Jeg har videre diskutert ulike former for kunnskap som kan være nyttig i et samhandlingsperspektiv. De ulike nivå har ulike arbeidsmåter og ulik kultur. Jeg har forsøkt å vise sammenhengen mellom taus kunnskap og kultur, samt betydningen av å skape en felles kultur gjennom at ansatte over tid samhandler samtidig. Jeg har også sett på betydningen av trygghet og relasjoner for å skape sammenheng for pasient /bruker og ansatte. Til slutt har jeg studert den nyskapningen som skjedde i møtene mellom de ansatte på de ulike nivå, og i samspill med pasient /bruker. Nye rammer ble utviklet gjennom miljøterapi, som besto av en felles utviklet kultur, og basert på perspektivene fra de ulike parter. Jeg har videre pekt på noen ulemper med ”samtidig samhandling.”

Jeg hadde forventninger om trygghet og kunnskap som resultater av undersøkelsen. En vag formening om samhandlingskunnskap ble til ulike typer kunnskap, og betydningen av relasjoner. Uventede funn var de ulike begreper om veiledning og at det skjedde en form for nyskapning i samhandlingen mellom nivåene.

Rapporter og føringer når det gjelder samhandling legger vekt på samtidighet og felles ansvar. Videre at veiledningen mellom nivåene må gå begge veier. Det har imidlertid vært få konkrete føringer og studier på dette. Det har videre vært lite fokus på overføring taus kunnskap mellom nivåene i forbindelse med samhandling. Perspektivene til de faggrupper som jobber pasientnært, og som i praksis har ansvaret for koordineringen rundt pasient /bruker har i liten grad vært presentert i føringer og offentlige dokumenter om samhandling. I denne oppgaven har jeg studert disse faggruppers erfaringer. Jeg har vist at det kan være faglig forsvarlig og

praktisk gjennomførbart med samtidighet over tid. Det blir opp til ledere og bevilgede myndigheter å legge til rette for denne samtidigheten. Det kan være nødvendig å investere i en ekstra innsats i overgangene mellom nivåene. Til gjengjeld kan det være ressursbesparende på lang sikt. Hvis brukerne kan slippe å ”bli kasteballer” mellom nivåene ligger det også en etisk forsvarlighet i dette.

5.2 Metodekritikk

Jeg vurderte å gjøre en kvantitativ undersøkelse på dette. Man kunne da spurt ansatte ved flere DPS og tilliggende kommuner om tiden de brukte på samtidighet med i overføringsfasen, og sett om det var sammenheng mellom denne samtidige tiden og antall reinnleggelser, enten på akuttpost eller DPS. De utøvende tjenesteyterne behøvde da bare å besvare tidsbruken. Hvis den ene parten ikke har svart, vil det kunne være sikring hos den andre parten. På denne måten kunne man også finne gjennomsnittlig optimal samtidig samhandlingstid. I følge Schönfelder (2008) er ikke nedgang i antall reinnleggelser nødvendigvis en indikasjon på godt samarbeid. Han understreker verdien av å utvikle en felles strategi for og med pasienten. Jeg kom fram til at det ble viktig å utdype hvordan en slik strategi kan utvikles. Et utforskende og utdypende design virket da hensiktsmessig. Hadde dette vært en større undersøkelse, kunne man har brukt både en kvalitativ og kvantitativ design, såkalt triangulering (Ringdal 2009; Repstad 2004). I denne omgang av hensyn til ressurser, måtte jeg nøye med en metode.

Troverdighet er knyttet til pålitelighet. I kvalitativ forskning betyr det ikke å få de samme resultater ved å gjenta undersøkelsen. En annen forsker vil tolke materialet ut fra sin forforståelse. Samme forsker vil også ha endret sin forforståelse underveis (Vallgård og Koch 2007). Troverdighet handler om at forskeren gjør rede for hvordan data er utviklet. Det betyr at forskeren skiller mellom empiri og egne vurderinger av denne informasjonen (Thagaard 2009). Dette har jeg forsøkt å gjøre. I følge Thagaard (2009) handler troverdighet også om at forskeren redegjør for relasjoner til informantene, og hvilken betydning dette kan ha for datainnsamlingen og resultater. Jeg har forsket på egen arbeidsplass, og redegjort for fordeler og begrensninger dette innebærer. Jeg har også reflektert over betydningen det kunne ha for intervjuene av kommunalt ansatte, at forskeren kom fra spesialisthelsetjenesten. Noen av informantene hadde ikke vært med på ”samtidig samhandling.” Jeg har vært åpen på dette og begrunnet deres deltagelse i prosjektet. Kanskje skulle jeg likevel undersøkt om det var flere forskjeller her.

I et nærsynt perspektiv i forhold til egen organisasjon kan jeg ha oversett flere viktige element, og jeg har vært inne på at det var vanskelig å finne relevante spørsmål til intervjuene. Hva og hvorvidt DPS har mye å lære om kommunalt omsorgsarbeid, er noe jeg under intervjuene med ansatte ved DPS nok var for lite oppmerksom på, og som jeg ser på som en svakhet ved undersøkelsen. Jeg spurte riktignok om det, men ser i ettertid at det ble for overfladisk. Det at forskeren selv er DPS-ansatt, er vel en opplagt årsak.

Bekreftbarhet eller validitet handler om gyldigheten av tolkningene som er gjort. Resultatene er diskutert i relasjon til eksisterende teori (Kvale 1989, s.77; Østern 2009) Analysen er gjort ut fra forforståelse, men alternative tolkninger er forsøkt hentet fram (Malterud 2003). Jeg har forsøkt å begrunne for de valg som er gjort, og påpekt svakheter dette innebærer.

Jeg har beskrevet grunnlaget for egne tolkninger. Jeg har tolket ut fra egen forforståelse, men den har endret seg flere ganger underveis i prosessen. I egenskap av å være sykepleier, har jeg også drøftet noe av materialet i lys av sykepleieteori. En forsker med annen bakgrunn ville kunne finne andre perspektiver med andre teorier.

Det hadde vært ønskelig å innlemme pasienter /brukere i en slik undersøkelse. Jeg har i denne undersøkelsen latt helsearbeiderne være pasientenes talsmenn, og begrunnet dette valget. Det er likevel sannsynlig at en ville fått nye perspektiver om pasientene /brukerne hadde blitt intervjuet. Det er usikkert hvordan de ansatte har ivaretatt rollen som pasientenes talsmenn, og i hvor stor grad de egentlig har uttrykt pasientenes /brukernes synspunkter. Det hadde også vært ønskelig å ha med pårørende. Det kom fram at pårørende var en betydningsfull faktor i et av tilfellene her. I de andre tilfellene var ikke pårørende nevnt. I en annen sammenheng hadde det vært ønskelig å få pårørendes synspunkter vedrørende samhandling rundt personer med behov for omfattende og sammensatte tjenester.

Overførbarhet innebærer hvorvidt undersøkelsens funn og fortolkninger også har relevans i andre sammenhenger (Malterud 2003; Thagaard 2009). Denne studien gjelder samhandling mellom DPS og to boliger med base i to forskjellige kommuner. Mange av funnene er i overensstemmelse med annen forskning. Det er derfor grunn til å tro at resultatene her kan være nyttige i flere sammenhenger. Erfaringene her tilsier at det som er anbefalt å gjøre i annen forskning om samhandling, faktisk viser seg å være fruktbart.

5.3 Videre forskning

Fremtidig forskning bør fokusere på overføringsverdi av utenlandske modeller til norsk setting, f.eks Transitional Discharge Modell. Andre anbefalinger i følge litteratur om samhandling, er langtidseffekter av samhandlingstiltak, samt forskning på effekter av samhandlingstiltak rundt personer med diagnosen schizofreni, andre psykoser, og alvorlige atferds- og personlighetsforstyrrelser (Rapport fra kunnskapssenteret nr. 3, 2008). Det hadde også vært spennende å se hva andre faggrupper hadde fått ut av en tilsvarende undersøkelse av ”samtidig samhandling”.

6. Referanser

- Almvik, A. og Borge, L. (2003) *Tusenkunstnerne, muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (2.oppl). Bergen: Fagbokforlaget
- Almvik, A. og Borge, L. (2006) *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget
- Alvsvåg, H. (2009) Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. *Sykepleien forskning*, 09/03, s.216-220
- Antonovsky, A. (2005) *Hälsens mysterium* (2.utg.). Finland: W.S Bookwell
- Bakken, L. N. (2008) Kompetanseheving for personale i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien forskning*, 02, s.94-98
- Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert* (1.utg.) Oslo: TANO Forlag
- Bø, A.K. og Sæther, W.H. (2004) *Kunsten som beveger*. Bergen: Fagbokforlaget
- Christiansen, A og Nielsen, B. (2008) Shared Care ved behandling av svære sinnslidelser. *Ugeskrift for læger*, 170/46, s. 3761-3763
- Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey, S., Martin M. L., Jensen, E. (2007) The transitional discharge model. Comparing implementation in Canada and Scotland. *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 45, No 11, s.31-38
<http://proquest.umi.com.proxy.helsebiblioteket.no/pqdweb?index=0&sid=1&srchmode=1&vinst=PROD&fmt=6&startpage=-1&clientid=70873&vname=PQD&RQT=309&did=1380091431&scaling=FULL&ts=1260295033&vtype=PQD&rq=309&TS=1260295054&clientId=70873>
[lastet ned 04.10.2009]
- Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey S., Martin M. L., Jensen, E. (2007) Transitional discharge based on therapeutic relationships; state of the art. *Archives of psychiatric Nursing*, Vol. 21. No. 2, s. 80-86

https://vpn.hint.no/,DanaInfo=www.sciencedirect.com+science?_ob=MImg&_imagekey=B6WB7-4NC4KD4-6-1&_cdi=6703&_user=3498928&_orig=browse&_coverDate=04%2F30%2F2007&_sk=999789997&_view=c&_wchp=dGLzVlz-zSkzS&_md5=a9cb22ef9392c4917d666ddf2dc77272&_ie=/sdarticle.pdf

[lastet ned 04.10.2009]

Groven, G., Bjertnæs Ø. A., Holmboe, O., Damgaard, K. (2009) Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. PasOpp-rapport fra Kunnskapssenteret nr.2-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=10664 [lastet ned 15.01.2011]

Grut, L. (2007). SINTEF Helse, rapport A1207. *Tverrfaglig samarbeid i psykisk helsearbeid* <http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/TverrfagligPH.pdf> [lastet ned 03.10.2010]

Halkier, B. (2006) *Fokusgrupper* (1. utg.) Fredriksberg C: Forlaget Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag

Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap*. Om Individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid.

<http://koff.hiof.no/~gunnarvh/avhandl.pdf> [lastet ned 23.01.2011]

Hansen, L. B. (2004) *Samhandling på tvers*. Hist / AHS-Notat nr.1, Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Haugtomt, S. A. (2003), Samarbeid over virksomhetsgrenser- en forutsetning for god behandling. *Tidsskr. Nor. Lægeforening* nr.17, 123: 2462-2464

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke J. A. (2002): *Perspektiver på psykisk lidelse* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Helesø, R. Og Fagermone M.S (2010) *International Journal of Integrated Care* – Vol.10 18
February 2010 ISSN 1568-4156

<http://www.ijic.org/> [lastet ned 20.01.2011]

Helseforetaksloven (2001), *Lov om helseforetak*: lov av 15. juni 2001 nr. 93.

http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20010615-093.html&emne=helseforetakslov*& [Lastet ned 20.02.2011]

Helsetilsynet (2002) Rapport nr. 10, 2002. Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten.

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2002/spesialisthelsetjenestens_veiledningsoppgaver_kommunehelsetjenesten_rapport_102002.pdf [Lastet ned 07.02.2011]

Helsetilsynet, rapport nr. 8, 2007: Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Statens Helsetilsyn

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2007/helsetilsynetrapport8_2007.pdf [Lastet ned 05.01. 2011]

Holst, H. og Severinsson, E., (2003) A study of collaboration inpatient treatment between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, s. 650-658

Hummelvoll, J.K. (2003) *Kunnskapsdannelse i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Hummelvoll, J. K. (1992) *Helt- ikke stykkevis og delt* (4.utg.) Ad Notam Gyldendal AS

Killèn, K. (2007). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning* (3.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kommunehelsetjenesteloven (1982), *Lov om helsetjenesten i kommunene*. Lov av 19. november 1982 nr. 66

http://www.lovdatab.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjenestelov*& [Lastet ned 20.02.2011]

Krogh, G. V., Ichijo, K., Nonaka, I. (2001). *Slik skapes kunnskap*. NKS forlaget

Kvaale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Lauvås, P. og Handal, G. (2000) *Veiledning og praktisk yrketeori*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag

Lilleeng, S., Ose S. O., Bremnes, R., Pedersen, P. B., Hatling, T. (2009). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne* Sintef rapport A9712

<http://www.sintef.no/uploadpages/219752/Rapport%20A9712%20Pasienter%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%2020%20november%202007.pdf> [Lastet ned 05.03.2009]

Magnussen, G. Og Lyngroth, S. (2007) AGENDA Utredning og utvikling AS; Fou-prosjekt: *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2.linjetjenesten*

<http://helsedialog.no/filestore/5459Rapport2samhandling.pdf> [lastet ned 03.03.2009]

Magnusson A, and Lutzen, K. (2009) Factors that influence collaboration between psychiatric care and community social services: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. *Scan J Caring sci* 23, s.140-145

Malterdud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2003) *Fenomenologi og omsorg* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Myrvold, T. M. og Helgesen, M. K. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid, organisering, samarbeid og samordning* NIBR-rapport 2009:4

<http://www.nibr.no/publikasjoner/rapporter/1137/> [lastet ned 30.11.2010]

NEL: Norsk Elektronisk Legehåndbok, *Debriefing*, Vedlegg 1, 5.12

NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet

Olesen, F. (2004) Kontinuitet i sundhetsvæsenet. *Ugeskrift for læger 2004*; 166(41):3617

Opdal, B. H. (2009). *Sømløst psykisk helsearbeid*. Master i kunnskapsledelse, Handelshøyskolen i København

http://brage.bibsys.no/hint/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_10172/1/Bernt+Harald+Opdal.pdf [lastet ned 17.11.2009]

Patton, M. Q. (2002) *Qualitative research & evaluation methods*. London: Sage Publications Ltd.

Polanyi, M. (2000) *Den tause dimensjonen*. Oslo: Spartacus Forlag

Repstad, P. (2004) *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Reynolds, W. et. al. (2004) The effects of a transitional discharge modell for psychiatric patients. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing* 11, 82-88

<https://vpn.hint.no/ehost/,DanaInfo=web.ebscohost.com+pdf?vid=5&hid=112&sid=666c8e5b-3862-4346-ad65-77bde54d8460%40sessionmgr13> [lastet ned 10.10.2009]

Repstad, P. (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Universitetsforlaget

Riis, A. H. (2006) *Kultur mødets hermeneutik* (1. utg.). Denmark: Forlaget Univers

Roos, E. (2010). *Samhandling – et tilsiktet eller utilsiktet resultat?* Avhandling avlagt ved Handelshøyskolen i København for graden Master of Public Administration

Ringdal, K. (2009). Enhet og mangfold. 1.utgave. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Roos, Erik (2010) Samhandling et tilsiktet eller utilsiktet resultat? Hva er årsaken til at utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskriving og hva kan gjøres? Avhandling avlagt ved Handelshøyskolen i København for graden Master of Public Administration 2010, Hint, Hist

Rådet for psykisk helse; Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena (2008)
<http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/dokumenter/tjenester.pdf>
[lastet ned 23.03.2009]

Rådet for psykisk helse (2005-2008) Del av sluttrapport for prosjektet kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid (KUP- rapporten)
<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=28270> [lastet ned 10.06.09]

Saur, E. og Johansen, O. (2007) Bruk av kultur og humor i rehabiliteringsprosessen, en undersøkelse av Høylandsmodellen i rehabilitering
http://brage.bibsys.no/hint/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_4431 [lastet ned 18.01.2011]

Schönfelder, W. (2008) Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Avhandling for graden doctor rerum politicarum. Institutt for sosiologi. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø
<http://www.ub.uit.no/munin/bitstream/10037/1385/1/thesis.pdf> [lastet ned 17.11.2009]

Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Psykisk helsearbeid for voksne, Distriktpsikiatriske sentre –med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*
Veileder IS-1388

Spesialisthelsetjenesteloven (1999), *Lov om spesialisthelsetjenesten*, lov av 2. juli 1999 nr. 61
http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetjenestelov*& [lastet ned 20.02.2011]

St. meld. nr.25, (1996-1997) *Åpenhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet

St. meld. Nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet

St. prp. nr. 63 (1997-1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse*. Helse- og omsorgsdepartementet.

St. prp. nr. 1 (2007-2008) Helse- og omsorgsdepartementet. Programområde 10 Helse og omsorg

Steihaug, S og Loeb, M (2007) *De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering*. SINTEF Helse Rapport
<http://www.sintef.no/uploadpages/35301/A1367.pdf> [lastet ned 05.03.2009]

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tveiten, S. (2008) *Veiledning mer enn ord* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Vallgård, S. og Koch (2007) *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskap* (3. utg.). København: Munksgaard Danmark

Østern, T. P. (2009) *Meaning making in the Dance Laboratory*. Manuscrip for doctoral thesis at the Theatre Academy, Helsinki

Til Ansatte i kommunehelsetjenesten

Ansatte ved Tiller DPS

Invitasjon til å delta i fokusgruppeintervju for ansatte med erfaringer på *samtidighet* med pasient og andre ansatte fra annet nivå i helsetjenesten i forbindelse med overflytting av pasient fra DPS til kommune ("samtidig samhandling"). Tema er kunnskaputveksling og samhandling mellom DPS og kommunalt psykisk helsearbeid.

Formålet med undersøkelsen er å utforske ansattes erfaringer rundt "samtidig samhandling". Med "samtidig samhandling" forstår vi det å være samtidig tilstede med pasient og andre ansatte fra annet nivå i helsetjenesten. "Samtidig Samhandling" kan særlig være aktuelt i forbindelse med overflytting av pasient fra et nivå til et annet. Enten ved besøk på DPS eller i pasientens hjem. Målet med undersøkelsen er å utvikle gode modeller for samhandling og kunnskapsoverføring mellom psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Dette skal igjen bidra til et helhetlig og sammenhengende hjelptilbud for brukerne. Med knapphet på tid og ressurser blir det viktig å dokumentere om samtidighet har noen form for gevinst eller ei, og hva denne eventuelt består i.

Fokusgruppeintervjuet som jeg ber deg delta i, ønskes gjennomført i løpet av mars/april 2010. Det vil ta ca. 1 ½ time. Tove Steen, psykiatrisk sykepleier ved Tiller DPS og masterstudent ved Hint, vil gjennomføre alle intervjuene. Jeg vil om mulig ha med en medstudent til å hjelpe meg med det tekniske, samt å se på egen arbeidsplass med et nøytralt forskerperspektiv. Å ha med en observatør anbefales også i litteraturen (Bente Halkier, 2005: fokusgrupper. Roskilde universitetsforlag). Jeg ønsker å gjennomføre 3-4 fokusgruppeintervju. To grupper fra kommunehelsetjenesten og 1-2 fra Tiller DPS. Et fokusgruppeintervju går ut på å stille noen åpne spørsmål som deltakerne i gruppen diskuterer og reflekterer over. Hensikten med intervjuene er å innhente kunnskap basert på gruppens samlede erfaring. Det kreves ingen forberedelse å delta i fokusgruppen. Tove Steen har taushetsplikt etter Forvaltningsloven § 13 og lov om helsepersonell § 21. Dette gjelder også for eventuell medstudent /observatør som deltar under intervjuet. Skjema for informert samtykke underskrives på forhånd. Alle som deltar under intervjuet kan trekke seg fra intervjuet når som helst uten å oppgi noen grunn og uten at det får konsekvenser for vedkommende. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, som blir slettet når prosjektet er avsluttet. Alle opplysninger vil bli behandlet anonymt, og det skal ikke være mulig å finne tilbake til bestemte personer gjennom å lese det som blir skrevet. Lydbånd og samtykkeskjema vil bli oppbevart nedlåst.

Undersøkelsen blir meldt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Prosjektet vil dokumenteres gjennom to fagartikler eller en vitenskapelig artikkel og skal være ferdig til desember 2010.

Mvh
Tove Steen
Tiller DPS, døgnavdelingen
Telf.: 73864000
Tove.kristin.steen@stolav.no

Vedlegg 1

SPØRSMÅL TIL FOKUSGRUPPEINTERVU

Presentasjon. Lese gjennom ”invitasjon til fokusgruppeintervju”. Interessert i erfaringer (ikke viten). Ingen svar som er riktig eller galt. Det er jeg som skal lære. Anonymisering.

Presentasjon av hver enkelt: Navn, yrkesgruppe, yrkeserfaring.

HOVEDSPØRSMÅL:

1. Hva legger dere i begrepet samhandling?
2. Kan dere si litt om deres erfaringer og opplevelser i samhandlingen med DPS /kommunen?
3. I forbindelse med felles bruker /de pasientene hvor vi var på besøk og hadde besøk: Kan dere si litt om deres opplevelser og erfaringer med samhandlingen her?

TILLEGGSSPØRSMÅL:

4. Hva er forskjellen på det å bruke møter, telefon og skriftlig overføringsnotat og ”samtidig samhandling”?
5. Hva med samhandlingskunnskap og kunnskapsoverføring? Hvordan får vi samhandlingskunnskap?
6. Hva med effektivitet i forhold til at vi har en travel hverdag med mange oppgaver på egen arbeidsplass?
7. Hva med brukermedvirkning? Hvordan tror dere brukeren har opplevd overgangen mellom DPS og kommune?
8. Hva med taus kunnskap og kunnskapsoverføring?
9. Er det viktige ting angående samhandling som hittil ikke er snakket om som dere vi nevne?

(Husk oppsummering! Husk penn og tape!)

10 min. tenkepause etterpå til umiddelbare inntrykk.

Vedlegg 2

