

MASTEROPPGAVE

Emnekode: MPH495

Navn.: Camilla Hyttebakk

Helhetlig hjelp på tvers av tjenestenivå

Hva kjennetegner kulturer og holdninger til samarbeid på tvers av tjenestenivå.

Dato: 23.04.2018

Totalt antall sider: 66

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
1.0 Innledning og problemstilling	5
1.1 Bakgrunn for oppgaven	5
1.2 Tidligere forskning	7
1.3 Presentasjon av problemstilling	10
1.4 Begrepsavklaring	11
1.5 Oppgavens struktur	13
2.0 Teori	13
2.1 Politiske føringer og organisasjonskultur	13
2.2. Organisasjonskultur	15
3.3 Recovery	17
3.0. Metode	18
3.1 Tilnærming og metodevalg for prosjektet	19
3.2 Forforståelse	20
3.3 Gjennomføring av undersøkelsen	21
3.3.1 Forberedelser til intervju	22
3.3.2 Rekruttering	22
3.3.3 Gjennomføring av intervjuet	24
3.3.4 Transkribering	25
3.4 Analyse	25
3.6. Ethiske refleksjoner	28
4.0. Resultat:	29
4.1. Holdninger til innleggelse i spesialisthelsetjenesten	29
4.2 Holdninger til brukermedvirkning	32
4.3 Holdninger til kommunehelsetjenesten	33
4.4 Holdninger til spesialisthelsetjenesten - Det e mæst brannslukking kanskje	37
5.0 Diskusjon	40
5.1 På hvilken måte fremmer eller hemmer samarbeidskulturen mellom tjenestenivå helhetlig hjelp	40
5.1.1 Maktforhold mellom tjenestenivå	43
5.1.2 Felles forståelse av ansvarsfordelingen/ Rolleavklaring	44
5.1.3 Holdninger til helhetlig hjelp	44
5.1.4 Holdninger til gjensidig veiledningsplikt	46
5.1.5 holdninger til deltakelser i overgangsfaser	46
5.1.6 Holdninger til informasjonsutveksling- e-meldinger	48
5.2 Recoveryorientert tilnærming i samarbeid mellom tjenestenivå- holdninger og virkemidler	49
5.3 Oppsummering:	52
7.0 Litteratur liste	53

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge har psykisk helsearbeid hatt en dreining fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, med fokus på behandling i hjemkommunen. Sentrale perspektiver både i kommune- og spesialisthelsetjenesten er samarbeid på tvers av ulike nivå, kompetanseutvikling, brukermedvirkning, mestring og recovery. Det foreligger begrenset kunnskap om de erfaringer ansatte har om samarbeidskulturen og holdninger til overgangen mellom tjenestenivå. Tilgjengelig forskning viser hvilke erfaringer pasienten har, samt hvordan de ansatte opplever ulike samarbeidsformer som Ambulerende akutteam, individuell plan, ambulerende oppfølgingsteam og nettverksmøter for å fremme en sømløs overgang for pasienten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er behov for mer erfaringsbasert kunnskap om samarbeidskulturen mellom de ulike tjenestenivå.

Hensikt og problemstilling: Formålet med studien er å bidra til økt kunnskap om samarbeidskulturen mellom de ulike tjenestenivå for brukeren har etter langvarige og/eller gjentatte innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Problemstilling: Hva kjennetegner kulturer og holdninger på tvers av tjenestenivå og hva fremmer og hemmer helhetlig hjelp som ivaretar brukerens behov og ønsker?

Metode: Studien er en kvalitativ undersøkelse basert på 4 fokusgruppeintervju. 3 intervju fra kommunehelsetjenesten og ett fra spesialisthelsetjenesten. Det er benyttet en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming og analyse av data med Malterud (2017) sin modell om systematisk tekstkondensering som inspirasjon til analysemodell.

Resultat: I studien beskriver deltakerne hvordan de selv arbeider for å fremme en kultur for samarbeid og hvordan de opplever at eget og andres tjenestenivå i henhold til samarbeid og holdninger som fremmer helhetlig hjelp. Dette ble sett i lys av politiske føringer, organisasjonspsykologi og recoveryorientert tilnærming. Studien er ment å være et tverrsnitt av situasjonen slik den oppleves av informantene i dag, jmf Tjora (2012) om validitet. På grunn av stadige nye virkemidler, IKT verktøy, pakkeforløp og politiske retningslinjer vil det være nødvendig med kontinuerlig forskning på området. Studien viser oss hvordan tjenestenivåene ønsker å samarbeide om brukeren, i overgangen mellom tjenestenivå. Den viser at det er store forskjeller i kommunehelsetjenestene i forhold til holdninger til tverrfaglighet, samarbeid og struktur, her er det mye å gå på for å få til sømløse tjenestetilbud. Begge etterlyser informasjon om det andre tjenestenivå sine tilbud og virkemidler. Det er vilje til samarbeid på tvers av tjenestenivå.

Abstract:

Background: In Norway the mental Healthcare system has changed from special health care to municipality healthcare system, with focus on treatment in the home district. Central in both in the specialist and the municipal health service is cooperation with different levels, human resource development, uses patriation, mastery and recovery. It is limited knowledge about the experience employers has about collaborative culture and attitude in transition between service levels. Available research shows experience of the patient, and how the employers experience collaborative with difference teams as ambulatory emergency team, individual plan, ambulatory follow-up team and network meetings to promote a seamless service offer in transitions between special- and municipal health care systems. It is necessary to find experience-based knowledge about collaborative culture between different health care service levels.

The purpose and problem: The purpose of the study is to contribute to increase knowledge in collaborative culture between service level for the patient after long-term and /or repeatedly admissions in specialist health care. The purpose: What characterizes cultures and attitudes across service levels and what promotes and inhibits comprehensive help, that safeguards the patients needs and desires?

Method: This study is a quantitative examination based on 4 focusgroup interviews. 3 interviews in municipal healthcare and 1 in specialist health care. It has been used phenomenological and hermeneutical approach in analysis of data with inspiration from Malterud's (2017) model of systematical text condensation as inspiration of the model of analysis.

Result: In this study the informants describe how they work to promote cultures of cooperation and how they experience their own and other service levels in relation to cooperation and attitudes that promotes comprehensive service. This was seen in the light of political guidelines, organization psychology and recoveryoriented approach. This study is meant to be a cut-through of the situation the way the informants experience it today, jmf Tjora (2012), about validation. Because of new aids, IKT-tools, pathways and political guidelines it is necessary with continuous research on the subject. This study shows how the service levels wants to cooperate with the patient in the transition between service levels. It shows that it is huge differences in municipal services in attitudes of interdisciplinarity, cooperation and structure, they have a lot to go on before they have seamless service between the levels. Both calls for information about what the other levels are doing, their offer and tools. They both are willing to cooperate with each other.

Forord:

Denne masteroppgaven er gjennomført ved Nord Universitetet. Ved siden av full jobb har det vært en krevende prosess som nå endelig skal avsluttes.

Jeg vil benytte anledningen til å takke min veileder Arve Almvik for god, direkte og konstruktive tilbakemeldinger gjennom arbeide med oppgaven. En takk rettes også til min arbeidsgiver, Surnadal kommune som gjennom de siste 4 årene har latt meg bruke tid på dette, både fri med og uten lønn, samt økonomisk støtte. Jeg har også fått bryne meg på internundervisning i perioden, som er relevant for min utdanning underveis. Takk også til gode medstudenter og kollega som har holdt motivasjon min oppe. Takk også til med intervjuer Grete Sognæs, for gode diskusjoner, god praktisk hjelp og gjennomlesning.

Til sist men ikke minst vil jeg takke min datter, Ida Kaspara Hyttebakk for rettskriving i engelsk, og samboeren min, Øyvind Lilleløkken som har vært tålmodig og har holdt skansene hjemme til tross for at han fortsatt mener at det er ubegripelig rart at noen orker å gå mer på skole, og for at han leste korrektur hele oppgaven.

Rindal 23.04.2019 Camilla Hyttebakk

1.0 Innledning og problemstilling

Denne oppgaven innledes med å beskrive bakgrunnen for studien, bakgrunnen for valg av tema og problemstilling. Videre presenterer jeg tidligere forskning som er aktuell for problemstillingen, før enkelte begrep avklares. Til slutt beskrives oppgavens disposisjon.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Innenfor psykisk helsearbeid har det de siste 30 årene vært en gradvis nedbygging av sentralinstitusjonene og personer med psykiske helseplager får i større grad hjelp fra egen kommune (Ramsdal 2013). Kommunene har fått ansvar for å tilby fleksible og varige tjenestetilbud for denne brukergruppen, samt bidra med tjenester som kan hjelpe den enkelte med og mestrer sin hverdag og livssituasjon på en god måte. Opptrappingsplan for psykisk helse (St.prp.nr 63, 1997-98) var en statlig satsing for å styrke tilbudet til personer med psykiske helseplager. Der ble det lagt vekt på å utvikle gode tilbud i kommunalhelsetjenesten. Dette mener jeg fordrer en endring i samarbeidskulturen mellom de ulike tjenestenivå.

Helhetlige tjenestetilbud med fokus på brukernes interesser og mestring i hverdagen mener jeg er viktig. Et helhetlig tjenestetilbud utfordrer kommunehelsetjenesten til å samarbeide internt og eksternt når det er behov for det (Helsedirektoratet 2014). God kjennskap til hverandres kompetanse, forståelse for hverandres oppgaver og kultur vil være nyttig (Sørgard og Karlsson 2017). Viktige temaer som bør ligge i et helhetlig tilbud er beskrevet i Folkehelsestjenesteloven §7:

«tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk» (sit. Lov om folkehelsearbeid 2011, §7.)

På grunn av at ordlyden i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er generell og har lite konkrete tiltak, gis brukeren på den ene siden, mulighet til å påvirke innholdet i eget tjenestetilbud. På den andre siden blir den enkelte prisgitt de holdninger og kulturer som råder i den enkelte kommune i forhold til brukermedvirkning og tiltaksgjennomføring (Kullerud et.al 2013). Jeg vil derfor påstå at det viktig å sette fokus på organisasjonens holdninger til hvordan de samarbeider med bruker, nettverk og andre tjenestenivå for å få til et helhetlig tjenestetilbud.

På samfunnsnivå er det god økonomi i å hjelpe brukerne der de bor. Dette fører til mindre belastninger på familie, nettverk og brukeren selv på sikt. Hjelp nær hjemmet vil ofte være en mer varig løsning enn innleggelse, og trolig føre til et kortere sykdomsforløp og

bedre tilfriskning. Bedre psykisk helse vil føre til økt livskvalitet for brukeren selv og økt samfunnsdeltakelse (Joy et. Al. 2006).

Dette temaet er viktig fordi fragmenterte tjenester gir brukerne en opplevelse av å være kasteball mellom ulike tjenester kommunen, og mellom tjenestenivå. Norsk forskningsråd gjorde en evaluering av samordninger av tjenester på ulike tjenestenivå i 2004 og konkluderte med at kommuner og de distriktpspsykiatriske sentrene ikke samordnet tjenestene godt nok. Det ble lagt til grunn at kommunene ikke har benyttet seg av koordinerende arbeidsverktøy som for eksempel koordinator, ansvarsgrupper og individuell plan. (Norges forskningsråd 2004).

På grunn av stadig ny kunnskap og svingninger i feltet, kan det oppleves som at kommune- og spesialisthelsetjenesten sin kunnskap, holdninger og retningslinjer er i utakt. Økt kunnskap om tjenestenivåenes forståelse, forventning og kultur, vil trolig øke muligheten for helhetlig behandling, med brukeren i fokus (Hansen og Ramstad 2014). Tjenestene beskrives som fragmenterte og bruker får bistand fra ulike tjenester. Blant annet fra spesialisthelsetjenesten med både sentralinstitusjoner, polikliniske behandlinger og distriktpspsykiatriske sentre. Fra kommunenivå; NAV, hjemmetjeneste, miljøtjeneste, rus- og psykiatritjeneste, og fastlege. Denne fragmenteringen gjenspeiles i ulike lover, veiledere og forskrifter (Lov om helse- og omsorgstjenester (2011), Lov om bruker og pasientrettigheter (1999), Lov om arbeids- og velferdsordningen (2006), Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999), Helsedirektoratet (2014), Samhandlingsreformen (2008-2009) og Forskrift om fastlegeordningen 2012). Sverdrup (2009) sier at det er mye som tyder på at samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten har bedret seg gjennom perioden med Opptappingsplan for psykisk helse (St.prp.nr 63, 1997-98). Til tross for dette mener kommunehelsetjenesten at det likevel er vanskelig, og at samarbeidet er preget av ulikt maktforhold, og at det er spesialisthelsetjenesten som tar avgjørelsene (Olsen et.Al, 2015).

Jeg arbeider i kommunal helsetjeneste som avdelingsleder og har kjennskap til hvordan samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten fungerer. Jeg har god kjennskap til hvordan samarbeidet i kommuner fungerer og hvor krevende det kan være å skreddersy et tilpasset tjenestetilbud for den enkelte lokalt, hvor psykisk helsetjeneste er lite utviklet og fleksibel i arbeidsformen. Erfaringen er begrenset til kommuner med 6000 innbyggere eller mindre. I det daglige virke har det kommet tilbakemeldinger fra brukere, spesialisthelsetjenesten og samarbeidspartnere i kommunen om at det er utfordrende å finne fram i tjenestene som finnes i kommunen. Historisk sett har denne brukergruppen blitt sendt

fra ett kontor til neste uten at noen har tatt tak i deres utfordringer, på en helhetlig og god måte. Det kan virke som at det er store ulikheter fra kommune til kommune.

Det er tilbakemeldinger fra denne brukergruppen og spesialisthelsetjenesten som har trigget min nysgjerrighet for temaet. Noen av spørsmålene jeg, som barnevernspedagog og avdelingsleder er nysgjerrig på er; Hvordan kan spesialist- og kommunehelsetjenesten sammen få til gode samarbeidskulturer som fremmer et sømløst behandlingstilbud for den enkelte bruker? Kan brukeren få god nok hjelp hjemme, slik at de slipper innleggelse og hvis det er nødvendig med innleggelse, kan dette gjøres planlagt, frivillig og med en konkret målsetting? Hvilke holdninger har personalet til allerede etablerte tiltak?

Studien er en kvalitativ undersøkelse som er basert på fokusgruppeintervju med 3 kommunehelsetjenester og 1 spesialisthelsetjeneste. Dataene er samlet inn via egne intervju. Metoden vil bli beskrevet i kapittel 4 om metode. Det er benyttet en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming for å analysere datamaterialet. Funnene blir diskutert opp mot tidligere forskning, samt teori om recovery og organisasjonskultur.

1.2 Tidligere forskning

Tidlig i prosessen, høsten 2018 ble det gjort et litteratursøk hvor søkeordene gjengitt under ble brukt i ulike kombinasjoner, alle i kombinasjon med søkeord psykisk helse:

- Samarbeid mellom tjenestenivåene psykisk helsearbeid
- Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten spesialisthelsetjenesten psykisk helsearbeid.
- ACT team/FACT team
- Samarbeidskultur og psykisk helse

Det ble søkt i følgende databaser: Idunn, Medline, Norat, Psykinfo, Google scouler. Det ble kun søkt på norske artikler, da oppgaven er basert på samarbeid mellom tjenestenivå i Norge. Det ble få treff som handler om de ansattes holdninger og samarbeidskulturen på tvers av tjenestenivå. Imidlertid finnes det mye forskning på tiltak og de ansattes holdninger til disse, evalueringer av reformer og sentrale føringer. I flere av rapportene, undersøkelsene og artiklene kan de ansattes eller avdelingens holdninger skinne gjennom. Det ble derfor til at hovedmengden litteratur som jeg brukte i oppgaven, er funnet via referanser fra andre artikler som berører den aktuelle problemstillingen. Dette gjelder også brukerundersøkelser hvor brukere har svart på spørsmål om hvordan de opplever å bli møtt av ansatte og samarbeidet på

tvers av tjenestenivå eller tjenester. Det ble tatt et nytt søk i litteratur i mars 2019. Her blir funnene gjennomgått.

Offentlig sektor bærer preg av biomedisinske holdninger, verdier og kulturer. Det innebærer at de som utfører tjenestene i større eller mindre grad er påvirket av evidensbasert kunnskap som medfører krav til rutiner, dokumentasjonsplikt, resultat dokumentasjon, krav om kvalitetssikring fra tilsynsmyndigheter og evidensbasert forskning. I studier kommer det frem at tjenesteyterne opplever dokumentasjonsplikten som en innskrenkning av deres autonomi og mulighet for nytenkning (Ekeland et al 2012). Hansen og Ramsdal (2014) evaluerte Romeriksprosjektet, som omhandlet samarbeidskultur mellom tjenestenivå og enheter. De fant at styringskulturen i helsesektoren oppleves som lite samarbeidsvennlig, dette gjelder spesielt opp mot spesialisthelsetjenesten.

Forskning som belyser samarbeidskultur mellom kommune- og spesialisthelsetjenester viser at styringskulturen i organisasjonen er lite samarbeidsvillig. Den er preget av regler og prosedyrer, fremfor å samarbeide om et helhetlig tjenestetilbud. Det brukes i tillegg tid på å diskutere tolkninger av styrende dokumenter, og om hvem som skal ta ansvar for hvilke tiltak. Styringskulturen oppleves ofte som hemmende for et godt samarbeid. Når det gjelder profesjonskulturen har den ingen innvirkning på samarbeidskulturen. Imidlertid har samarbeidsgrupper på tvers av nivå på utøvernivå vist seg å ha flere positive effekter. Dette gjelder blant annet at de er blitt kjent med hverandre og hverandres arbeidsformer, og skape gode relasjoner. På dette nivået var det liten hindring i hierarkiet (Hansen og Ramsdal 2014, Bratterud og Granerud 2011).

Spesialisthelsetjenesten uttrykker at det er vanskelig å finne tilstrekkelige tjenester i kommunen og at det tar lang tid og etablere dem (Bratterud og Grane 2011). På den andre siden opplever kommunehelsetjenesten at spesialisthelsetjenesten etterspør tjenester som er urealistiske, som en slags superservice (Bratterud og Granerud 2011)

Både kommune- og spesialisthelsetjenesten søker å arbeide recoveryorientert, med bruker sine ønsker, behov og mål fokus. Imidlertid gjenstår det mye arbeid før de ulike nivåene får til sømløse tjenestetilbud og godt utbygde tilbud i kommunehelsetjenesten (Kullerud et al 2013). ACT team er eksempel på tiltak som skal fremme helhetlig og lokale tilbud til bruker. Evaluering av ACT og ambulerende akutt-team viser at både bruker og pårørende er mer fornøyd med tjenestetilbudet. Metoden har halvert antall innleggelser i døgnenhet, har færre alvorlige psykiatriske og depressive symptomer, mindre alvorlig

selvmordsrisiko og mindre problemfylt rusmiddelbruk (Akershus Universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste ROP 2014, Joy et. Al. 2006). Brukerne opplever fleksibel hjelp som nyttig og at oppfølging i bruker sitt nærmiljø gir bruker og fagpersoner bedre kjennskap til hverandre og mer fleksible løsninger (Kolberg 2009, Gullslett og Ekeland 2012).

Ørstavik (2008) skrev at jo lengre vekk fra brukeren sin hverdag, lokalsamfunn, pårørende og nettverk tjenesten befinner seg, desto større og mer dramatiske beslutninger tas. Det er gjennom ulike tiltak arbeidet med at brukere skal ha større innvirkning på sin behandling, og at lokalsamfunn, pårørende og nettverk er viktig for en raskere tilfriskning (Gullslett og Ekeland 2012, Sørgård og Karlsson 2007).

Bratterud og Granerud (2011) fant at både kommune- og spesialisthelsetjenesten har savnet deltakelse fra lege i samarbeidet rundt bruker, noe som begge parter mener er naturlig, da fastlegen er medisinskfaglig ansvarlig. Fastlegen fremheves som en viktig støttespiller for kommune- og spesialisthelsetjenesten, bruker og pårørende, dette gjelder både for å fange opp vanskene, for å opprette kontakt med tjenestene og den videre behandlingen (Sverdrup 2009).

Forskning og evaluering av metoder innen behandling, samhandling, recovery og brukervedvirkning viser at de fleste tiltak har noe virkning på flere brukergrupper. Imidlertid har de fleste metoder liten virkning, såfremt behandler ikke oppleves som fleksibel, møter brukeren og pårørende med respekt, får tillit og utstråler trygghet i relasjonene. I tillegg oppleves det for mange som viktig at de kan gjøre hverdagslige ting sammen (Connrad et. Al, 2009, Hopkins og Niemiec, 2007).

Brukere med langvarige og/eller sammensatte tjenester har lovfestet rett på Individuell plan (Lov om sosiale helse- og omsorgstjenester mm, Lov om spesialisthelsetjenesten og Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsetaten, 2009). Gjennom kartlegging av bruk av individuell plan via Brukerplan for 2015, viser det seg at kun 8% av brukerne med psykiske helseplager har individuell plan (helsedirektoratet 2015). Michaelsen, Vatn og Holling (2007) anbefaler individuell plan som verktøy, da denne kan bidra til å starte en prosess hos brukeren hvor denne får mulighet til å innta en aktiv rolle i utformingen av sitt eget liv. På den andre side mener de at det kan være problematisk å la brukeren medvirke, da mange brukere over tid har utviklet en passiv rolle. De profesjonelle har lave forventninger til brukerens deltakelse.

Videre fant de at arbeidet med individuell plan forutsetter at maktforholdet mellom bruker og profesjonell utjevnes og er likeverdig. Relasjonen mellom dem vil derfor endre seg

og de må arbeide tettere for å få til det nødvendige samarbeidet (Normann og Sandvin 2003). Tresfjord og Hatling (2004) evaluerte et samhandlingsprosjekt fra Rogaland, og fant erfaringer på at individuell plan kan bidra til terapeutiske effekter hos brukerne. Det viste seg at brukerne fikk bedre selvtillit, større tro på egne ressurser og håp om bedring.

Ifølge forskning viser det seg at det er viktig for brukere med alvorlige psykiske helseplager å ha en person og forholde seg til over tid. Når det gjelder samarbeid mellom instanser og nivå, vil det være en fordel om alle parter arbeider mot samme mål. Det er nødvendig med retningslinjer og avtaler på overordnet nivå mellom de ulike instanser og etater (Lauvås og Lauvås, 2004 og Sverdrup et. Al 2007). Disse avtalene ble satt i system når Samhandlingsreformen kom, hvor avtale om samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ble pålagt (Samhandlingsreformen 2008-2009).

Det arbeides med IKT redskap som skal forenkle samhandlingen, ikke bare med brukeren, men også mellom fastlege og andre deler av kommunehelsetjenesten og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. E-meldinger er et verktøy. En undersøkelse gjort av Borg et. Al. (2013) viser at bruk av e-meldinger mellom hjemmetjenesten og fastlege har bedret både effektiviteten og kvaliteten på informasjonsutvekslingen mellom tjenestene. Videre viste det seg at rollene og ansvaret raskere ble avklart, noe som øker kvaliteten på tjenestene. Brattheim et. Al (2016) viser at sykepleiere var mer fornøyde med kommunikasjon med sykehus ved hjelp av E-meldinger.

Det finnes mange studier om hva brukere mener de trenger av bistand for at de skal få helhetlig hjelp og hvilke verdier og holdninger helsetjenestene har til helhetlig hjelp. Imidlertid må jeg gå inn i studier som undersøker ulike behandlingsmetoder for å finne noe om hva fagfolk forventer av seg selv og av sine samarbeidspartnere. Begrep som kan si noe om temaet er organisasjonskultur, forventninger, makt, holdninger og verdier. Hvilke holdninger, kulturer og verdier fagfolk har til hverandre, som fremmer eller hemmer brukermedvirkning er mindre belyst.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Jeg ønsker å se nærmere på hvilke holdninger og kulturer som er gjeldende for spesialist- og kommunehelsetjeneste i overgangen mellom tjenestenivå. Ved å bli kjent med holdningene fra de ulike tjenestenivå, kan jeg kanskje bidra til at de som skrives ut til egen kommune har realistiske forventninger til hvilken hjelp de kan få. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten vet hva som bør være kartlagt før vedkommende kommer hjem. På

denne måten er det større sjanse for at tjenestetilbudet blir tilpasset den enkelte bruker (Sørgard og Karsson 2007).

I oppgaven har jeg valgt å fokusere på holdninger til fagpersonene på de ulike tjenestenivå, ikke brukers forventninger. Dette på grunn av at brukernes forventninger er undersøkt i større grad enn organisasjonenes. Når fagpersoners holdninger og forventninger er undersøkt, er de i liten grad sammenlignet i ulike tjenestenivå. Etter å ha diskutert utfordringene med samarbeidspartnere har jeg erfart at det er positivt for den enkelte bruker at spesialist- og kommunehelsetjenesten arbeide mot samme mål. Det er interessant å se om fagpersonenes holdninger til å bruke ulike virkemidler som allerede er etablerte, kan bedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og med bruker. Dette er blant annet elektroniske meldinger, individuelle planer og ansvarsgrupper.

I Studien har jeg fokus på brukere med psykiske helseplager. Det er grunn til å tro at det er store likhetstrekk med oppfølgingen av rusmiddelavhengige, men jeg har likevel valgt og ikke fokusere på dette. Det er vanskelig med et klart skille.

Samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og konsekvensen av god eller dårlig samhandling mellom tjenestenivåene, samt hvordan dette påvirker tilbudet bruker får, er temaet i denne oppgaven. Hva kjennetegner kulturer og holdninger til samarbeid på tvers av tjenestenivå- hva fremmer og hva hemmer helhetlig hjelp som ivaretar brukers behov og ønsker. For å besvare dette har jeg valgte følgende fokusområde:

- På hvilken måte fremmer eller hemmer samarbeidskulturen mellom tjenestenivå helhetlig hjelp
- Recoveryorientert tilnærming til samarbeid mellom tjenestenivå- holdninger og virkemidler

1.4 Begrepsavklaring

Det gjøres spesielt rede for spesialisthelsetjenesten med tilbud om døgnopphold og kommunale helse- og omsorgstjenester sine forventninger til samarbeid rundt brukerens innleggelse og utskrivelsesprosessen. Studien begrenses til voksne brukere med langvarig og/eller gjentatte institusjonsopphold og fagpersoner som arbeider med brukergruppen i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Begrepet bruker benyttes gjennom oppgaven, dette forstås som både bruker, pasient og tjenestemottakere. Samhandlingsreformen definerer samhandling mellom tjenesteyterne på følgende måte:

«Helse -og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte:»
(Samhandlingsreformen, s 13)

Fagperson i denne sammenhengen er alle som er ansatt i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan være både leger, psykologer, terapeuter og helsefagarbeidere med flere.

En holdning er: «En forutsigbar positiv eller negativ meningsreaksjon på en situasjon». Våre holdninger dannes ut fra oppfatninger av hva som er livets «sannheter» og verdier. Holdningene vi har, påvirker både våre følelser og atferd, de er innlærte og relativt varige, og fører til at vi reagerer automatisk i situasjoner som likner hverandre. En holdning er mer enn en mening. Våre meninger vil endre seg, mens våre holdninger kan være ubevisste samtidig som de styrer mye av vår atferd, valg, motivasjon og virkelighetsoppfatning. Holdninger skaper derfor handlingsmønstre, med utspring i det vi oppfatter som «sannheter» (ledernytt.no). Det vil i oppgaven bli lagt spesielt vekt på holdninger som er i tråd med recoveryorientert praksis og i forhold til organisasjonskultur, da dette er i tråd med politiske føringer (St.meld nr 26 2014-2015).

I oppgaven defineres helhetlig hjelp med inspirasjon fra Borgstadklinikken sine nettsider. De beskriver helhetlig hjelp som å ivareta fysisk og psykisk helse, familie og nettverk og sosial ivaretagelse. I dette legges god medisinsk oppfølging, kosthold, søvn, struktur og mulighet for fysiske aktivitet som viktige psykiske faktorer. Kartlegging, behandling og trygghet er viktige faktorer. Nye handlingsmønstre for å ivareta brukeren nærmere hjemmet er viktig for å ivareta sosial tilhørighet. For å ivareta helheten er det viktig at brukeren sikres bolig, realistisk og sikker inntekt og en aktivitet som arbeid, dagtilbud eller utdanning.

[\(https://www.borgestadklinikken.no/hva-star-vi-for/helhetlig-behandling/\)](https://www.borgestadklinikken.no/hva-star-vi-for/helhetlig-behandling/)

Gjennom hele oppgaven forsøker jeg å holde fokus på recovery som verdigrunnlag og definisjon av recovery er hentet fra Karlsson og Borg:

Recovery er det arbeidet personen gjør alene eller sammen med andre for å oppnå og skape mening i eget liv. Et liv der han eller hun erfarer å bli elsket av noen og elsker andre. Et liv der han eller hun opplever å høre til og være til nytte. Et liv med muligheter til gleder og moro. (sit. Karlsson og Borg, 2017 s 11)

Karlsson og Borg (2017) hevder at ingen personer kan forandres utenfra. De som arbeider med personer med psykiske helseplager bør ha holdninger til bruker som gjenspeiler at bruker er den som har best kunnskap om hva som hjelper, og at de selv leder arbeidet mot egen recovery og at bruker kan velge å leve et liv som er annerledes enn flertallet. (Karlsson og Borg, 2017)

1.5 Oppgavens struktur

Oppgaven er delt i 5 kapitler. I dette kapittelet har jeg gitt en innføring i bakgrunn for oppgaven, beskrivelse for hva studien ønsker å undersøke samt aktuell forskning som finnes på feltet.

I kapittel 2 følger aktuelle politiske føringer og relevant teori. Videre beskrives metodevalg og gjennomføringen av studien i kapittel 3, samt noen etiske refleksjoner som ble gjort gjennom hele prosessen. I kapittel 4 presenteres funnene i studien ut fra de ulike tema som ble arbeidet frem av den fenomenologiske og hermeneutiske dataanalysen.

I kapittel 5 diskuteres og drøftes de ulike funnene opp mot aktuell forskning, politiske føringer og teori. På slutten av kapittelet diskuteres metoden opp mot kriterier om gyldighet og overførbarhet.

I siste kapittel vil det bli skrevet en oppsummering av studien, inkludert implikasjoner for praksis og behov for videre forskning.

2.0 Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere teori som er sentral og relevant for kulturer og holdninger som fremmer og hemmer helhetlig hjelp med fokus på å ivareta brukers ønsker og behov. Dette er organisasjonskultur og brukermedvirkning, med recovery som en grunnleggende verdi for å ivareta helhetlig hjelp. Flere av begrepene er nevnt i veilederen Sammen om mestring (Helsedirektoratet 2014) og alle begrepene er, etter min oppfatning, viktige for å bygge en samarbeidskultur mellom tjenestenivåene som skal bidra til å følge gjeldene retningslinjer i dagens psykiske helsearbeid. Samt at de sammen med brukeren kan få til et målrettet, tilpasset og helhetlig tilbud. Dette kapitelet har jeg delt inn i tre deler, politiske føringer som er gjeldende, organisasjonskultur og recovery.

2.1 Politiske føringer og organisasjonskultur

Politiske føringer vil påvirke hvordan fagpersoner samarbeider om bruker på, og på sikt de holdninger og kulturer som er etablert og blir videreført i det daglige arbeidet. I veilederen Sammen om mestring (Helsedirektoratet 2014) skisseres noen prinsipper bak arbeidsfordelingen mellom tjenestenivåene. De skriver at god samhandling mellom

tjenestenivåene forutsetter at det er et visst likeverd mellom nivåene, både når det gjelder teoretisk og praktisk tilnærming. Det må gis rom for dialog, interesser og respekt for hverandres kompetanse og faglige innsikt. Dette vil utvide kompetansen på begge nivå. Videre legger veilederen vekt på at de kommunale tjenestene skal være utformet ut fra et bruker- og mestringsperspektiv, og med fokus på å unngå innleggelser. Det er viktig at brukeren blir hovedaktør i egen bedringsprosess, og at det blir lagt vekt på helhetlige tjenester som fremmer mestring. Det påpekes som viktig å bygge gode relasjoner mellom bruker og de som utøver tjenesten, at tjenestene er tilgjengelig og individuelt tilpasset (Helsedirektoratet 2014).

Tradisjonelt sett har de ulike tjenestenivåene, ulike faglige tradisjoner, virkemidler og kompetanse. Målet er at de sammen skal tilby et bredt spekter av tjenester og måter å tilnærme seg bruker på. Det er viktig at fordeling av ansvar, oppgaver og utformingen av tjenestene er tilpasset de lokale forholdene. Spesialisthelsetjenestene skal understøtte og ikke erstatte kommunale tjenester uten at det er nødvendig å sende brukerne mellom ulike tjenestenivå (Helsedirektoratet 2014).

Spesialisthelsetjenesten har som hovedformål å motvirke sykdom, skade eller lidelse, og har derfor et smalere formål enn kommunehelsetjenesten. For å ha rett til tjenesten må visse kriterier være oppfylt. Disse er alvorlighet, nytte av behandlingen og kostnadsnytte. De har videre ansvar for å bistå kommunen der denne ikke har kompetanse for å ivareta brukerens rett til nødvendig helsehjelp. Det betyr at spesialisthelsetjenesten har en definisjonsmakt og en reservasjonsrett som kommunehelsetjenesten ikke har (Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999, Helsedirektoratet 2008).

Spesialisthelsetjenesten er underlagt politisk styring med at Helse og omsorgsdepartementet årlig sender ut oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene og som derfra videresendes til de enkelte helseforetak. I tillegg er tjenestene underlagt juridisk og økonomisk styring (Lov om spesialisthelsetjenester 1999, Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 1999).

Kommunehelsetjenesten har en sentral plass i helsetjenesten og oppfattes som fundamentet i helsetjenestene. Dette har til dels sammenheng med at den står for nærhet og tilgjengelighet, og at det i de siste årene har vært mer fokus på oppbygging av kommunale tjenester (NOU:2005; fra stykkevis til helt. En sammenhengende omsorgstjeneste).

Kommunen er en kompleks organisasjon med mange formål og tjenester, en av disse er Helse og omsorgstjenestene. Kommunen er ikke underlagt direkte politisk styring, men reguleres i høy grad av juridiske og økonomiske virkemidler (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, Pasient og brukerrettighetsloven 1999, Lov og arbeids- og velferdsforvaltningen 2006). Kommunen har plikt til å yte tjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Helse og omsorgstjenesteloven sier at formålet med tjenestene er bredt og omfatter i tillegg til forebygging og behandling av sykdom, å legge til rette for mestring for den enkelte, fremme sosial trygghet, bedre levekår og en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Fastlegen har en unik posisjon, som både portvokter og døråpner til spesialisthelsetjenesten, og fungerer som en koordinator for den enkelte bruker mellom tjenestenivåene (st.meld. 25, 1996/97).

2.2. Organisasjonskultur

Alle organisasjoner har et felles sett med verdier og en organisasjon kan ikke fungere uten disse. Verdiene danner grunnlaget for organisasjonskulturen og skaper en ramme for all menneskelig aktivitet i organisasjonen. Disse verdiene gjør det lettere å ta beslutninger på grunn av at handlingsrommet til den enkelte reduseres. Alternativer som bryter med sentrale verdier i en organisasjon vil derfor bli mindre aktuelle. Det vil ikke bli prioritert å arbeide mot mål som er svake verdimesig og vi vil gradvis tilpasse oss de verdier og normer som finnes i organisasjonen (Bush 2014).

En felles forståelse av verdier og normer i en organisasjon kan bidra til tilhørighet og tillit mellom personalet og ledelse. Imidlertid kan en gruppe med sterk og homogen kultur hindre kritiske røster i å tre frem, da alle skal tenke det samme. Nytt personal formes inn i disse kulturene, noe som kan føre til gruppetenkning. Dette kjennetegnes ved at medlemmene i gruppen lett overvurderer gruppens makt og moral. Man rettferdiggjør kritikk på det en selv og andre gjør med kollektive rasjonaliseringer, og står fast på at det gruppen gjør er riktig. Videre kan medlemmene i gruppen preges av trangsynthet og manglende evne og vilje til å forstå kritikk eller alternative synspunkter. I tillegg vil gruppetenkning utvikle et kollektivt press i retning av egen etablert kultur (Janis 1972). En sterk og enhetlig kultur kan også bidra til å hindre læring og endringer som er nødvendig i organisasjonen (Funkuyama 1995).

Hvordan en organisasjon fungerer er avgjørende for hvilke rammebetingelser tjenestene har, dette vil prege alle ledd i organisasjonen. Schein (1987) definerer organisasjonskultur på følgende måte:

«organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser- skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon- som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og som derfor læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene.»

Schein (1996) deler organisasjonskultur i tre subkulturer; profesjonskulturer, styringskulturer og utøverkulturer. Når det gjelder profesjonskultur blir denne lagt på grunnlag av fagutdanningen til fagpersonen. Kulturen er med på å styre hvordan de utfører sine oppgaver, samt holdninger og normer ovenfor brukergruppen. Styringskulturen inneholder måten organisasjon blir ledet på og rammene som blir lagt for at ansatte skal kunne gjennomføre jobben sin. I denne oppgaven blir samarbeidskultur oppfattet som en organisasjonskultur, kultur handler først og fremst om fagfolkenes holdninger til hverandre, men indirekte også deres holdninger til brukere og pårørende.

Kulturen i organisasjonen kan bidra til å fremme eller hemme samarbeid og koordinering gjennom de sett med normer og verdier som til enhver tid er gjeldende. En felles kultur kan bety at personalet erkjenner at de er en del av en større sammenheng. Og at de har de grunnleggende antakelser, verdier og normer som fremmer felles forståelse og tenkning omkring hvordan oppgavene skal løses og arbeidsformen tilpasses for å realisere et felles mål (Jacobsen og Thorsvik 2013). Organisasjonskultur kan i likhet med organisasjonsstruktur benyttes som styringsmiddel i organisasjonen. Kulturen kan være med på å bestemme hva som er passende atferd når personalet skal utføre oppgaven (O'Reilly 1989 og Pfeffer 1997).

Kulturen i enheten kan bidra til at personalet «frivillig» benytter de kulturelementene som er presisert som viktige i tjenesten. På den måten kan man si at kulturen kan fungere som et kognitivt kart, der personalet ubevisst kutter ut informasjonen som ikke passer i den grunnleggende antakelsen man allerede har. Samt at de konsentrerer seg bare om de opplysningene som er «relevante». På den måten kan kulturen være med på å begrense eller systematisere informasjonstilgangen (Jacobsen og Torsvik 2013).

Kulturen som er i organisasjon utvikles via ulike måter å forstå og tolke fenomener på, denne læres videre til nytt personell som kommer inn i organisasjonen. Ved endringer i samfunnets normer og regler, kan kulturen endres over tid. Selv om kulturbegrepet vil beskrive gruppens fellestrekk, vil enkeltindivider har ulike oppfatning av fenomenet, det vil si

at det ikke er lineær sammenheng mellom ideer på gruppenivå og den enkelte fagperson (Jacobsen og Thorsvik 2013).

3.3 Recovery

I st.melding nr 26 (2014-2016) Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet er det lagt vekt på at brukerens behov for utvikling og endring skal stå i sentrum, og at ingen beslutninger skal tas uten brukeren. Brukerens ønsker og behov skal være i fokus. Dette er grunnlaget for recovery.

Karlsson og Borg (2017) skriver at å forsøke å forandre noen mot deres ønsker, mål eller drømmer skaper utelukkende motstand, fiendskap og fremmer undertrykking. Recovery handler om å skape seg et liv til tross for de utfordringene og vanskene de har, arbeide mot deres mål og ønsker. Det dreier seg om å gjenskape tilhørighet i nærmiljøet (Davidson et. Al. 2008). Dette er i tråd med Opptappingsplan for psykisk helse, som blant annet tydeliggjør at alle innbyggere som har erfart vanskeligheter med psykisk helseplager, skal leve et trygt og verdig liv i lokalmiljøet (sosial og helsedepartementet 1998). Et viktig ledd i arbeidet med å utvikle recoveryorienterte og helhetlige tjenester, har vært å etablere (F)ACT team, Ambulerende akutt-team og ambulerende oppfølgingsteam m.fl. Dette for å gjøre samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten lettere og gi bruker bedre overganger mellom de ulike tjenestenivåene. Disse teamene er ment å arbeide med brukerne i nærmiljøet med hyppig kontakt, aktiv relasjonsbygging, oppsøkende virksomhet bygd på helse- og sosialfaglig kompetanse, tverrfaglighet og teamarbeid.

Tradisjonell tilnærming av arbeid med brukere med psykiske helseplager har vært at de profesjonelle har tatt ansvar for behandlingen, det har vært fokus på sykdomsorientering, diagnoser, symptomreduksjon og behandlingseffekt. Recovery utfordrer dette synet med en tilnærming med fokus på brukerens valgmuligheter, personlige meninger, erfaringer, ressurser, håp og drømmer, samt selvstyring og egenkontroll (Slade 2009). Det handler om å bygge håp om et bedre liv og troen på en fremtid med innhold og mening. Personens egen prosess og innsats er viktig, samt nettverket og de sosiale betingelsene. Det viktigste er at brukeren opplever bedring. Om dette medfører symptomfrihet eller at de har lært seg å leve med symptomene er ikke avgjørende (Borg et.Al 2013). I recoveryorientert tenking er det ikke vesentlig om man blir kvitt alle symptomer og plager, men at man kan leve et godt liv med de utfordringer man har, uten at man er en «psykiatrisk pasient» (Borg 2009).

Recovery kan forstås både som en personlig og sosial prosess. Recovery som en personlig prosess handler om menneskets egen historie og erfaring, både med å leve med psykiske helseplager, hvilken behandling som hjelper og utvikling av mestringsstrategier og erfaringer (Borg et. Al 2013).

Antonovsky (2003) hevder at motstandskraft og evne til mestring er avhengig av den enkeltes opplevelse av mestring, også kalt «Sense og Coherenence». Denne holder fokus på brukerens aktive evne til å tilpasse seg omgivelsene og hendelsene de opplever, og at indre og ytre stimuli oppleves som forståelig, håndterbare og gir mening. Dess flere motstandsressurser den enkelte bruker har, dess høyere grad av mestring (Langeland 2014). Gode tjenester sammen med den enkeltes evne til å utnytte egne ressurser, kan være et viktig bidrag til å skape tillit til hjelpesystemet. Personalet sin oppgave blir å gjøre situasjonene forståelige og motivere til medvirkning og engasjement (Heggen 2007). Tanken er å legge vekt på bruken av potensielle eller eksisterende motstandsressurser i stedet for å minimalisere risikofaktorene. De har fokus på å skreddersy et tilbud fremfor å søke etter den rette kur. (Antonovsky 2012). Denne vridningen av fokus må inkludere brukerens nettverk, da bruker og nettverk må finne måter å leve med sykdommen på sammen (Bredland et. Al. 2012).

Recovery som sosial prosess handler om sosial kontekst, hverdagsliv og nærmiljø. I prosessen vil venner ha stor betydning, samtidig som at de har et hjem, arbeid/aktivitet, sosiale arenaer og ordnet økonomi. Det er viktig at fagmiljøet viser brukeren respekt og anerkjennelser når det gjelder egne erfaringer og preferanser, og de viser samarbeid i praksis (Borg et Al. 2011). Det er i vanlige sosiale omgivelser man finner gode recoveryarenaer. Viktige forhold for bedring vil være gode relasjoner, engasjement, fellesskap, håp, å høre til og finne egne løsninger og så videre (Borg og Topor 2014).

Recovery beskrives som en individuell opplevelse, og oppgavene til tjenesteyterne vil være å støtte den enkelte brukers bedringsprosess. Relasjon mellom fagpersoner og bruker skal i praksis preges av gjensidighet. Fra fagpersonene skal det presenteres valgmuligheter, og ikke «ordne opp» (Borg et. Al 2013). Jakko Seikkula (2012) sier at beskrivelsen av brukeren og hvordan den blir snakket til vil være med på å stigmatisere personen. I tillegg var han opptatt av å bytte ut fagspråket med et språk som bruker kunne kjenne seg igjen i. (Seikkula 2012).

3.0. Metode

Dataene i min studie ble samlet inn gjennom 4 fokusgruppeintervju, 3 i kommunehelsetjenesten og 1 i spesialisthelsetjenesten. I dette kapitlet gjør jeg rede for

prosjektets metodevalg, forberedelser, analyse og den praktisk gjennomføringen av undersøkelsen. Egen rolle som prosjektleder og masterstudent vil bli beskrevet, samt min forforståelse. Analyseprosessen vil bli beskrevet, og aktuelle etiske problemstillinger ved gjennomføringen vil bli belyst.

3.1 Tilnærming og metodevalg for prosjektet

I oppgaven ønsker jeg å se på hvilke holdninger og kulturer i samarbeide mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, som påvirker helhetlig tjenestetilbud. For å undersøke dette er det hensiktsmessig å anvende en kvalitativ tilnærming. Dette i tillegg til allerede tilgjengelig forskning og litteratur.

Kvalitative metoder er å betrakte som godt egnet for å gå i dybden på et tema og få tak i informantenes subjektive opplevelser. Når det finnes lite forskning fra før, er det viktig med fleksible og åpne forskningsmetoder. Kvalitative metoder gir større mulighet til å tilpasse studien etter hva som kommer fram. (Thagaard, 2009).

I denne oppgaven har jeg hentet inspirasjon fra fenomenologien og hermeneutikken. Valget har sammenheng med forskningsspørsmålet, som har til hensikt å få frem kulturer og holdninger hos ansatte i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og deres erfaringer med samarbeid på tvers av tjenestenivå. I fenomenologien søker man å oppnå en forståelse og dykke dypere i den enkeltes erfaringer, fokuset rettes mot å forstå fenomenet ut fra den enkeltes subjektive perspektiv (Kvale og Brinkmann 2017). Målet er å komme i kontakt med essensen av fenomenet og at jeg skal sette min egen forforståelse til side. Eget kjennskap til feltet kan påvirke resultatet, og kan gi en mer aktiv rolle enn det som er normen i et fenomenologisk perspektiv. Av den grunn hentes også inspirasjon fra hermeneutikken.

Kvale og Brinkmann (2017) beskriver hermeneutikken som læren om fortolkningen av tekster. Forskere innenfor denne retningen forsøker å komme frem til gyldige fortolkninger, samtidig som de er oppmerksom på at resultatet av analysen alltid vil være avhengig av kontekst og de spørsmålene som stilles (Kvale og Brinkmann, 2017, Thagaard, 2009).

Jeg har i oppgaven valgt å innhente opplysninger fra informanter ved hjelp av fokusgruppeintervju. Malterud (2012) beskriver et fokusgruppeintervju som en måte å samle informantene til diskusjon i en eller flere grupper, for å få frem fortellinger om erfaringer som vi ellers ikke ville fått i individuelle samtaler. I et fokusgruppeintervju er målsettingen å videreutvikle gruppeintervjuer til kvantitative data om et tema. Sentralt i samtalen vil samhandlingen mellom deltakerne stå og intervjuene skal gjennomføres på en slik måte at

dynamikken mellom deltakerne åpner nye dører til et felt som er relativt ukjent. I et fokusgruppeintervju oppmuntres deltakere til å snakke med hverandre, stille spørsmål, utveksle anedokter og kommentarer på hverandres erfaringer og synspunkter (Malterud, 2012).

Det er ikke enighet om hvor rigide regler det skal være for å kalle intervjuet et fokusgruppeintervju. Her har jeg hentet inspirasjon fra Malterud (2012) og en løs tolkning av reglene på grunn at har vært utfordrende å finne informanter (se under rekruttering) og at informantene har en travel hverdag. Det har derfor ikke vært klart hvem som har stilt til intervju i forkant. Jeg har valgt å gjennomføre intervjuene uten å ha oversikt over deltakere da alle intervju har vært forankret i ledelsen. Ledelse har vært hjelpelig med å finne relevante informanter til prosjektet.

3.2 Forforståelse

Et ledd i analysen skal være at jeg reflekterer over egne erfaringer med fenomenet og situasjoner som kan påvirke oppgavens innhold (Creswell, 2007). Denne refleksjonen er ment å bidra til bevissthet og åpenhet rundt egen forståelsesramme. Det er ønskelig at tidligere erfaringer skal settes til side såfremt dette er mulig.

Temaet er valgt på bakgrunn av egen, samarbeidende spesialisthelsetjenester og egne brukeres erfaringer med samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Alle beskriver stor variasjon i måten kommunene tar imot bruker i hjemkommunen på og hvordan spesialisthelsetjenesten legger til rette for samarbeid i utskrivelsesfasen. Tilbakemeldinger tyder på at det er variasjoner i den enkelte kommune, avdeling og spesialisthelsetjeneste. Min egen erfaring fra flere års arbeid i mindre kommuner er at kommunehelsetjenestene er fragmenterte. Tjenesten har vært preget av sen saksbehandling og ansvarsfraskrivelse for «vanskelige» brukere. I stedet for langvarig oppfølging med fokus på stabilitet og mestring, opplever denne brukergruppen gjentatte innleggelse. Ved et dypere dykk i disse brukerne sin livshistorie, gjennom samarbeidsmøter med andre kommunale tjenester viste det seg at årsaken til flere reinnleggelse var at de ble skrevet ut til kommunene uten et konkret tilbud.

I min rolle som avdelingsleder for en avdeling i habiliteringstjenesten, søkte jeg i 2014 egen kommune om midler, for at vi skulle prøve ut et prosjekt med 4 brukere med lang erfaring med innleggelse, og som ingen hadde lyktes med å ivareta. Tanken var at vi ved hjelp av miljøterapeutiske tiltak, med fokus på faste rutiner og fast fagpersonell, skulle bedre den enkeltes psykiske helse. I arbeidet med brukergruppen erfarte vi at det var store

variasjoner i hvordan spesialisthelsetjenesten samarbeidet med de kommunale helsetjenestene i overgangen mellom tjenestenivåene. Det var tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten om at bruker var prisgitt hvilke fagpersoner de møtte fra kommunen, uavhengig av hvilken stilling denne har i organisasjonen. Som ansatt i en liten kommune har jeg erfart at brukerne har behov for at noen er tilgjengelig, noen de har tillit til, regelmessige treffpunkt og noe å fylle hverdagen med. Når disse kriteriene er på plass vil det skape en større trygghet som gir rom for å feile, rom for humor, samhørighet og mestring, samt gi trygge rammer i hverdagen. Ofte ser man at familienettverket er slitt og ikke har overskudd til å ta de nødvendige kampene. Jeg har gode erfaringer både med mestringsplaner og nettverksmøter.

I forbindelse grunnutdanningen min som barnevernspedagog og videreutdanningen innen psykisk helsearbeide har jeg kommet frem til at det er vanskelig for et menneske å ta stilling til spørsmål som hvem man er og hva man vil før de grunnleggende behovene for næring, søvn og trygghet er ivaretatt, jamf Maslows behovspyramide (Nielsen og Raaheim 1997). For å kunne gi et helhetlig tjenestetilbud til brukeren må det kartlegges hva brukeren mestrer og hva er det bruker trenger hjelp til. Det å ha et sted å bo, nok penger til mat og drikke og nok søvn vil være viktig for å ha nok energi til å klare hverdagen. Når disse grunnleggende fysiske behovene er dekket, vil man kunne arbeide med å trygge den enkelte. Fagpersonene kan ikke forvente at de som trenger vår bistand skal føle seg trygge på oss med en gang. Det kreves tillitsskapende arbeid. Når det er etablert en trygg base, vil vi kunne arbeide med at brukeren skal tilbake til samfunnet som en aktiv deltaker, bli den beste utgaven av seg selv. På den måten tror jeg at bruker kan får dekket sine sosiale behov og behov for tilhørighet. Jeg tror at det er mye støtte og hente fra familie og nettverk i en bedringsprosess. Familieråd (Horverak 2009) og nettverksmøter eller åpen samtaler som beskrives av Seikula (2012) er, slik jeg ser det gode måter for å informere og få familie og nettverk med på fremgangen til den enkelte bruker.

Jeg har en salutogenetisk tilnærming til fagfeltet (Antonovsky, 2012) og jeg velger å trekke frem det som fremmer god helse med å fokusere på det bruker mestrer fremfor fokus på sykdom. Det å legge til rette for at hverdagen skal være best mulig til tross for sykdommen og finne løsninger som fremmer mestring.

3.3 Gjennomføring av undersøkelsen

I avsnittene som følger blir arbeidet med selve intervjuet trinnvis beskrevet; forberedelsene til intervjuet, rekruttering av informanter og gjennomføring av selve intervjuene.

3.3.1 Forberedelser til intervju

Det kreves gode forberedelser for å gjennomføre et fokusgruppeintervju. Når problemstilling var klar, ble det sendt en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Søknad til NSD ble sendt inn på bakgrunn av at det intervjuene kan komme frem sensitive opplysninger om brukere eller andre tilsette i deres avdeling. NSD godkjente prosjektet (se vedlegg 4).

I et fokusgruppeintervju bør det være en moderator og en sekretær. Moderator styrer samtalen mellom deltakerne og sørger for at den avsatte tiden blir overholdt (Malterud, 2012). Prosjektleder var selv moderator under intervjuet til tross for at vedkommende ikke har erfaring med denne type intervju fra tidligere. Sekretær skulle sørge for replikkfesting, samt notere ned stemning, gester og andre situasjoner som ikke blir festet på diktafon (Malterud, 2012). Denne er utdannet sosionom og har en rekke kurs innenfor psykisk helsearbeid, vedkommende er i dag ikke yrkesaktiv. Sekretær ble valgt på bakgrunn av bekjentskap, og interesse for faget. Malterud (2012) sier at moderator bør ha erfaring fra fokusgruppeintervju i tillegg til kunnskap om fagfeltet. Både moderator og sekretær har en del praktisk og teoretisk kunnskap om fagfeltet, men ingen erfaring med metoden fokusgruppeintervju.

I forkant av intervjuet ble det laget en case (se vedlegg 1) som utgangspunkt for diskusjon i intervjuet, i tillegg var det forberedt noen tema som skulle belyses (Se vedlegg 2) problemstillingen.

Det ble laget informasjonsskriv til ledelsen i den enkelte kommune- og spesialisthelsetjeneste (Se vedlegg 3).

3.3.2 Rekruttering

For å rekruttere informanter ble det tatt kontakt med 3 spesialisthelsetjenester med sengeposter for brukere med psykiske vansker og 5 kommuner. Egen kommune var ikke aktuell på grunn av egen rolle og erfaringer i kommunen. Utvalg ble gjort på bakgrunn av egne brukeres erfaring med disse spesialisthelsetjenestene, der det er blitt beskrevet helt ulikt fokus på bedringsprosessen og holdninger til samarbeide med kommunehelsetjenesten. Dette er å betrakte som en strategisk utvelgelse i forhold til valg av spesialisthelsetjenester, mens kommunehelsetjenestene ble valgt tilfeldig ut fra bekjenskaper og tilgjengelighet. Målet var ha informanter fra en liten, en mellomstor og en bykommune, men det lyktes ikke å få et intervju i en bykommune. Når det gjelder spesialisthelsetjenestene som ble forespurt, har avdelingene i hovedsak nedslagsfelt i ulike kommuner.

For å finne informanter i spesialist- og kommunehelsetjenesten ble hjemmesiden til den enkelte helsetjeneste brukt. Nettsidene var av vekslende kvalitet og nytte, så i de fleste tjenester ble det tatt kontakt med servicekontoret for å få oppgitt riktig navn, epostadresse og telefonnummer. Tjenestene er ulikt organisert i hver kommune, det ble derfor sendt ut et informasjonsskriv til aktuelle ledere i kommunen. Det ble tatt kontakt med kommune- og spesialisthelsetjenester på mail og telefon, uten at det lyktes med å få kontakt. Informasjonsskriv ble sendt på mail til faglig ansvarlig ved spesialist- og kommunehelsetjenesten med en forespørsel om deltakelse (se vedlegg 3). Etter en uke ble den aktuelle avdeling kontaktet på telefon for å høre om de har mottatt henvendelsen, og om de kan være behjelpelig med å være informanter. Alle fikk tilbud om at prosjektleder kunne komme til deres enhet og informere om prosjektet. En kommune takket ja til at prosjektleder skulle komme og informere om prosjektet. Dette ble gjort før kommunen takket ja til å delta som informanter.

Spesialisthelsetjeneste 1 ble kontaktet via bekjentskaper i ambulerende oppfølgingsteam, de informerte sin leder om at vedkommende ville bli kontaktet i forbindelse med prosjektet. De anså temaet som så viktig for å få til gode løsninger for den enkelte bruker at de ønsket å delta. Spesialisthelsetjenesten 2 og 3 svarer ikke på henvendelsene.

Her er en skjematisk oversikt over informanter som deltok i prosjektet:

	Innbyggere	Årsverk og struktur i psykisk helsetjeneste	Deltakere
Kommune 1	2000	Egen psykisk helsetjeneste, 2 ansatte. Ansvar på natt og helg: Hjemmetjenesten Koordinerende enhet og oversykepleier ved sykehjem	Deltakere 3 personer: Avd.leder ved hjemmetjenesten og korttidsavd. ved sjukeheimen (samme person). Avd.leder ved sjukeheimen og koordinerende enhet (Samme person). Avd.leder ved Miljøtjenesten.
Kommune 2	7000	12 årsverk. Egen avdeling under hjemmetjenesten, aktivitetssenter, ambulante tjenester der ansatte drar hjem til bruker og bofellesskap. Alle arbeider i turnus dag og aften. Hjemmetjenesten ansvar på natt	Deltakere 6 personer: Fagleder for psykisk helse Fagleder for aktivitetstilbud. 4 øvrige ansatte tverrfaglig sammen satt av sykepleier, vernepleier og pedagog
Kommune 3	15000	Kommunen har delt tjeneste for rus- og psykisk helsehjelp. De har bemanning i turnus, men ikke bemannet på natt.	Deltakere 5 personer: En representant fra hjemmetjenesten 2 fra psykisk helsetjeneste.

		Hjemmetjenesten har ansvaret på natt. Alle ansatte i psykiske helsetjeneste har sykepleie som grunnutdanning.	Koordinerende enhet og kreftkoordinator (Samme person). Vernepleier fra bolig for utviklingshemmede. Ansatt fra tildelingskontor.
Spesialisthelsetjeneste		DPS med døgnetenhet og ambulerende oppfølgingsteam	Deltakere 8 personer Fagleder for ambulerende oppfølgingsteam. Psykiatriske sykepleiere og andre fra ambulerende oppfølgingsteam. En representant fra døgnsesksjon i enheten.

Tabell 3: Oversikt over informanter i den enkelte kommune, kommunestruktur og roller i kommunen.

Intervjuet i kommune 1 ble gjennomført uten psykisk helsetjeneste og fastlege til stede. De ønsket ikke å delta på grunn av lange ventelister og av hensyn til sine brukere, de var redd for at populasjonen var for gjennomslukt og at brukerne ville bli gjenkjent. De tre som deltok i intervjuet sier at de ikke arbeider med personer med psykiske helseplager og at brukergruppen har oppfølging av psykisk helsetjeneste. Jeg valgte å gjennomføre fokusgruppeintervju på bakgrunn av at alle som arbeider innenfor helse og omsorgstjenesten i en kommune vil være i kontakt med brukere som har en psykisk helse.

Kommune 3 ble rekruttert via bekjentskaper, men ingen av informantene er kjent for forsker fra tidligere.

Organisering av tjenestetilbudet innenfor psykiske helsearbeid er ulike i de forskjellige kommuner, i utvalget er det ikke tatt hensyn til kommunestrukturen.

3.3.3 Gjennomføring av intervjuet

Intervjuene i spesialisthelsetjenesten ble gjennomført i deres allerede etablerte fagmøte. Møte i kommunen ble gjennomført på eget møte, på informantenes arena. Alle fikk fri fra arbeidsgiver med lønn for å delta i intervju. Alle intervju, med unntak av intervju i kommune 1 ble gjennomført med moderator og sekretær på informantenes arena. Malterud (2017) anbefaler å benytte møtelokaler hvor det er lite forstyrrelser. Alle kommune- og spesialisthelsetjenester ha vært behjelpelig med å skaffe lokaler til intervju.

Under samtlige intervju ble det utlevert en case, men alle informanter så på den og la den til side. De valgte å fortelle om egen hverdag og hvordan de opplever samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og mellom enheter på samme nivå. Moderator valgte å la informantene snakke fritt om temaet uten casen, da dette trolig gjenspeilet deres hverdag, holdninger og erfaringer til problemstillingen på en bedre måte. I tillegg til case

hadde moderator noen stikkord med for å kunne holde temaet og for å sikre at informantene besvarte de samme tema i de ulike intervju.

Hverdagen til informantene er preget av uforutsatte hendelser, noe som preget intervju i kommune 2 og 3, samt spesialisthelsetjenesten. Malterud (2017) anbefaler at intervju skal gjennomføres uten forstyrrelser. I intervjuene kom informanter for seint til intervjuet, og andre måtte gå tidligere på grunn av andre avtaler eller telefoner. Dette gjorde at det til tider var ulike fagpersoner i intervjuet på ulike tidspunkt. Når informanter kommer og går under intervjuet, ble det krevende for gruppen og holde temaet. Det ble valgt å gjennomføre intervjuet til tross for at det ble uoversiktlig, med flere avbrudd på grunn av at alle har satt av tid til dette og beskrev temaet som viktig også for dem. I intervjuet med kommune 3 måtte moderator informere om hensikten med intervjuet 3 ganger, da informantene kom i 3 puljer. En konsekvens av dette, var at intervjuet i oppstarten gikk tregt, da de som deltok fra starten ikke arbeidet direkte med oppfølging av denne brukergruppen. I en periode under intervjuet var det såpass krevende å holde samtalen i gang at det ble vurdert avsluttet. Når representanter fra psykisk helsetjenesten kom, ble den mer målrettet og intervjuet fikk en ny vinkling. De som deltok fra starten av i intervjuet hadde reflektert over noen tema som de undret seg over hos psykisk helsetjenesten i egen kommune. De bidro derfor til faglig gode refleksjoner og engasjement i fokusgruppen.

Etter hvert intervju, ble innholdet diskutert av moderator og sekretær. Deretter ble det ført en forskningslogg som inneholder observasjoner og tanker, opplevelser og erfaringer begge har gjort seg under intervjuet. Loggen ble skrevet etter hvert intervju, hvor umiddelbare inntrykk ble skrevet, samt tanker som moderator og sekretær diskuterte etter hvert intervju.

3.3.4 Transkribering

Alle intervju ble transkribert av meg i dataprogrammet NVivo. Dette skapte god oversikt over materialet. Intervjuene ble skrevet på dialekt, i håp om at nyanser i samtalen kommer godt frem. Gester fra intervjuet ble skrevet inn der dette virket relevant. Intervjuene ble lagret på personlig passordbeskyttet PC og en minnepinne for sikker lagring.

3.4 Analyse

I analysearbeidet benyttes Malterud (2012) sin presentasjon av analysemodellen systematisk tekstkondensering. Hun har en firetrinns modell for analyse, som består av: helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og sammenfatning. Fremgangsmåten er systematisk og har retningslinjer for beskrivelsene som skal utarbeides, noe som har vært en god støtte i analysearbeidet.

En fenomenologisk fremgangsmåte er helhetlig, noe som krever at forsker har en forståelse for hele materialet. For å få et helhetsinntrykk av teksten ble alle tekstene lest to ganger. Deretter ble det tatt ut sitat som viser essensen av det som blir sagt. Dette på bakgrunn av at perioder av intervjuene består av både informanter og moderator svarer med hmm, jaha..... og lignede uttrykk. Dette er ikke essensielt for tema i oppgaven og viktige poeng ble mer fremtredende.

De ulike intervju ble skrevet ut på fargeark for å skille dem i analyseprosessen. Deretter ble utsagn fra intervjuene klippet ut og limt inn under de tema de har sterkest tilhørighet. Til tider var det vanskelig å sette dem inn under riktig tema, da mange utsagn gikk inn i hverandre. Dette kalles meningsbærende enhet (Malterud, 2012). Når essensen var markert ble det gjort en grundig gjennomgang for å finne tema som teksten kan kategoriseres etter. Dette ble gjort med at sitat fra essensen i teksten ble gjennomgått og stikkord som forsker mente var viktig, hvert intervju hver for seg. Dette beskrives av Malterud (2012) som første analysesteg for å få overblikk over materialet.

Hvert intervju ble gjennomgått og ut fra teksten ble det skrevet ned stikkord som har relevans for problemstillingen. Det ble nedskrevet i et skjema, hvert ord ble kun skrevet en gang selv om de samme tema kom frem i flere av intervjuene. Stikkord som trygge, oppfølging, årsak til sykdom, lav terskel og samarbeidsmøte er eksempler på ord som kunne være relevante (Se vedlegg 5).

På trinn tre i Malteruds (2012) modell abstraheres innholdet i teksten til kondensering. Det ble arbeidet en del med å komprimere meningsformuleringene som hadde samme betydning. Det ble vurdert om utsagnene med samme mening kom fra en informant eller fra flere, og om det var konsensus i den enkelte fokusgruppe om kulturen/holdninger til temaet. Det var derfor nødvendig å gå inn i transkripsjonen gjennom hele prosessen, for å sikre at all informasjon ble beskrevet riktig. Etter at alle stikkord i alle intervju var tatt ut, gjennomgikk forsker alle stikkord og plasserte de i ulike tema. Jeg hadde mange ideer på hvilket tema som var fornuftig å bruke. Til slutt ble det tatt utgangspunkt i veilederen for psykisk helse, Sammen om mestring (Helsedirektoratet 2014) og de retningslinjer for samarbeide med andre som er beskrevet der. Stikkordene fra intervjuene ble kategorisert under følgende tema: Holdninger til familie/nettverk og frivillige organisasjoner, holdninger til brukermedvirkning, holdninger til innleggelse, holdninger til spesialisthelsetjenesten, holdninger til kommunehelsetjenesten. Tabellen under viser relevante stikkord i de ulike kategoriene.

Holdninger til innleggelser	Holdninger til brukermedvirkning	Holdninger til spesialisthelsetjenesten	Holdninger til kommunehelsetjenesten	Holdninger til familie og nettverk
Akuttøpphold/ Tvangsinnleggelse	Individuell plan og koordinator	Kommunikasjon/ Informasjon	Oversikt/ /struktur	Nettverksgrupper,
Stabiliseringsopphold	Ansvarsgruppe	Veiledning, roller og struktur	Roller/Samarbeid og oppgaver	Kvalitet nettverk
Årsak	Respekt	Prioritering	Tiltak	Relasjoner,
Konsekvenser	Tiltak	Personal og kompetanse	Personal og kompetanse	Nærmeste pårørende
		Samarbeid internt	Veiledning	Kartlegging
		Tiltak	Fastlege/legevakt	Stigma,
			Prioriteringer	Tabu
			Kommunikasjon	

På trinn fire sammenfattes betydningen av innholdet (Malterud, 2012). De ulike tema blir sammenfattet og det blir sett på ulikheter og likheter mellom ulike tjenestenivå og forskjeller fra kommune til kommune. Dette med bakgrunn av at det ser ut til at det er forskjeller på hvordan de ulike spesialist- og kommunehelsetjenestene er organisert på, samt deres holdninger til både seg selv og hverandre. På denne måten er det ønskelig å belyse de likheter og ulikheter som noen informanter beskriver og om det er samsvar med det inntrykk helsetjenestene har. Det er gjennom teksten beskrevet hva informantene erfarer og hvilke kulturer og holdninger de har til samarbeid. Denne delen av analysen fremstilles i kapittel 5, Funn.

I diskusjons delen av studien ble de funn som ble gjort drøftet. Før jeg kom frem til hvordan jeg skulle dele opp drøftingene vurderte jeg å dele den opp på samme måte som i resultatdelen. Jeg kom frem til at det ville bli vanskelig å besvare problemstillingen konkret nok med en slik oppdeling, da mange av holdningene i organisasjonene gikk over i hverandre i temaene som skilte seg ut i analysen. Jeg valgte derfor å dele kapitlet inn i to deler ut fra problemstillingen, del en handler om på hvilken måte fremmer eller hemmer samarbeidskulturen mellom tjenestenivå helhetlig hjelp, del to handler om recoveryorientert tilnærming til samarbeid mellom tjenestenivå- holdninger og virkemidler. Ut fra dette mener jeg at jeg kan dekke problemstillingen.

Tjora (2013) sier at man bør ha et reflektert forhold til egne holdninger og erfaringer når man skal behandle kvalitative data. Jeg har derfor, gjennom hele prosessen, vært bevisst på at egen erfaring kan påvirke de tema jeg har valgt. Jeg har forsøkt å holde egne erfaringer

utenfor drøftingsdelen og fokusert på å drøfte funnene opp mot relevant teori, sentrale føringer og annen forskning. Egen erfaring ville trolig blitt støy i drøftingen, da mine erfaringer er annerledes enn de funn som ble gjort i studien.

3.6. Etiske refleksjoner

De fire etiske områder som må diskuteres før gjennomføring av intervju er informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvaale og Brinkmann, 2017).

Informert samtykke innebære at forskningsdeltakerne informeres om undersøkelsens overordnede formål og om hovedtrekkene i designen, så vel som mulige risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet (Kvale og Brinkmann 2017). Deltakerne ble gjennom informasjonsskriv og i starten intervjuet informert om formålet med prosjektet og at intervju vil bli anonymisert i oppgaven, for deretter å bli slettet etter at prosjektet er ferdigstilt. De fikk informasjon om at de kunne trekke seg fra prosjektet når de måtte ønske dette. Det ble også informert om at tilgangen til intervjuet er begrenset til prosjektleder.

Med konfidensialitet i forskningen refereres det til enighet mellom forsker og deltakerne om hva som kan gjøres med dataene, som blir et resultat av deres deltakelse. Konfidensialitet som et etisk usikkerhetsområde er relatert til det problemet at anonymitet, på den ene siden, kan beskytte deltakerne mot å bli gjenkjent. På den andre siden kan det tjene som et alibi for forskerne ved å gi dem mulighet til å tolke deltakerens utsagn uten å bli motsagt. Opptak av intervjuene vil bli slettet så fort oppgaven er godkjent og under arbeid vil all informasjon fra informanter være innelåst i arkivskap hjemme hos forsker. Det ble i flere av intervjuene nevnt navn på steder, avdelinger eller tjenester, disse ble utelatt allerede ved transskribering av intervjuene for å sikre anonymitet jmf Malterud (2017). Det vil kun bli referert til den enkelte kommune- og spesialisthelsetjeneste med kommunen sitt nummer for å kunne se ulikheter mellom kommunene. Sitatene blir gjengitt på bokmål for å fremheve budskapet. I fremstillingen av informantenes svar, er disse bearbeidet sånn at de ikke skal kunne bli gjenkjent.

De ansatte i tjenestene måtte sette av tid til intervju. Når jeg nå har fått mulighet til å intervju fagpersoner, møtte jeg godt forberedt for å få til et effektivt intervju. På den måten ønsker jeg å vise respekt for informantenes tid.

Jeg er tilsatt i en kommune som har samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det ble forsøkt å ikke la dette farge spørsmål som stiltes fra mentor i intervjuet. Det er derfor viktig å være bevisst på egen rolle i intervjuet og i analysen av teksten etterpå. Dette er tema som

mentor og sekretær diskuterer etter hvert intervju. Det er lett å bli farget av at dette er en av kampsakene mine. Det er derfor viktig å stille åpne spørsmål samt å innta en lyttende posisjon, slik som metoden fokusgruppeintervju skal (Malterud 2012). Jeg var gjennom hele prosessen oppmerksom på at egen erfaring fra feltet kan gi en mer aktiv rolle enn det fenomenologiske perspektivet i utgangspunktet beskriver. Det var viktig å være klar over at egne erfaringer kan påvirke spørsmål som blir stilt og hvilke uttalelser i intervjuet som kan bli fremhevet (Kvale og Brinkmann 2017). Dette kan påvirke resultatet på en måte som gjør at de er tilpasset egne skjema og erfaringer, og at jeg på denne måten kunne gått glipp av viktige moment.

4.0. Resultat:

I denne delen av oppgaven vil jeg gi en fremstilling av de funn som er gjort i studien. Funn vil være fremstilt på en beskrivende måte, som forteller om informantenes opplevelse av fenomenet. Dette i tråd med fenomenologisk tilnærming og analyse, hvor hensikten er erfaringsbeskrivelser (Malterud, 2015). Kapittelet er inndelt i 4 tema, ut fra tema som fremkom under analysen av intervjuene, det vil i tillegg bli brukt sitateksempler.

4.1. Holdninger til innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

Det første temaet er holdninger til innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Informanter fra kommunehelsetjenesten i kommune 1 og 2, samt spesialisthelsetjenesten sier at de tror at brukere har størst utbytte av behandling hjemme, uten innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Kommune 3 opplever at det er vanskeligere å få brukere innlagt, og at sykehusene har endret rutine i forhold til innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsetjeneste i kommune 3 opplever at de må slåss brukerne inn, og understreker at dette er en brukergruppe som selv ikke er i stand til å kjempe for et godt tilbud. Brukerne blir i større grad avvist av spesialisthelsetjenesten. Informanter i kommune 3 sier at spesialisthelsetjenesten begrunner dette med at brukerne ikke er dårlige nok eller at det ikke er selvmordsfare som årsak til at de ikke blir innlagt.

Det finnes ulike typer innleggelser og de er mer eller mindre traumatisk for brukeren, mener samtlige informanter. Både spesialist- og kommunehelsetjenesten i kommune 1 og 2 mener at akuttinnleggelser er mest traumatisk for brukere og bør unngås. Imidlertid sier spesialisthelsetjenesten at de må ta inn vanskelige brukere for at kommunen skal få en pause, en representant fra spesialisthelsetjenesten sier følgende om det å være innlagt, til tross for dette:

«Det er ingen som blir friske av å ligge i en seng her.»

Kommunehelsetjenesten i kommune 2 opplever at det er lite nyttig for brukeren å bli innlagt på tvang, de arbeider for at bruker skal få hjelp i hjemmet. Der dette ikke er mulig arbeider de for å få til en planlagt innleggelse, som de mener gir bedre resultater. En representant sier:

«At akuttinnleggelser er nesten bortkastet, fordi at brukeren kommer hjem neste dag»

Den psykisk helsetjenesten i kommune 3 mener at innleggelser handler mye om å klare og ivareta hverdagen slik at denne er bra nok og at dette er noe brukeren kan leve med. De har erfart at det ikke er mye som skal til før lasset velter og da har brukerne kanskje behov for 2-3 dagers timeout, og det er denne timeouten kommune 3 oppgir som vanskelig å få innvilget. Når bruker blir alvorlig syk og ikke får plass, må personalet i kommunen være tettere på rundt den enkelte. De må realitetsorientere vedkommende, og trygge dem på at dette går bra. Imidlertid er det uenighet blant informantene fra spesialisthelsetjenesten vedrørende nytten av innleggelse, da en annen ser at det kan være diagnoseavhengig. Vedkommende mener at om bruker har en bipolar lidelse og på vei ned fra mani eller opp fra en depresjon, kan de ha utbytte av et stabiliseringsopphold. Det sies i intervjuet at de med personlighetsforstyrrelser skal «fortast mulig heim» etter et kriseopphold.

Kommunehelsetjenesten beskriver at det er en høy terskel for at bruker legges inn, kommune 1 og 2 mener dette er både på bakgrunn av at det ikke er bra for brukeren, men også på grunn av at det er samfunnsøkonomisk kostbart. Informantene i kommune 2 forteller videre at de følger bruker tett og lar denne bli kjent med de ansatte slik at de kan føle seg trygge. På den måten har de mulighet til å fange opp om en forverret helsesituasjon på et tidligere tidspunkt og kan sette inn tidlige tiltak. I kommune 2 og 3 har de personell til å kunne endre på arbeidsdagene sine om noen skulle få en forverret helsesituasjon.

Alle kommunene mener det er viktig med dialog med spesialisthelsetjenesten. De opplever ofte at bruker endrer atferd ved innleggelser og blir derfor betraktet som friske. Med god informasjon kan det gis en bedre og raskere behandling. En informant i kommune 3 sier at det er spennende og viktig å følge brukeren når denne er innlagt, «for vi møter dem i hverdagen».

Informantene i kommune 3 sier at for noen brukere er det å være innlagt en form for trygghet, her er det trygge rammer. Ved at dører låses og at noen er der hele tiden, er

forebyggende mot selvskadning, og mot å sette seg selv i fare.

«De finner flyten, faller til ro. Da bli det greit.»

Innleggelse av brukere styres av fastlege eller legevakt, alt ettersom hvilken tid på døgnet innleggelsen er nødvendig. Begge nivå av helsetjenester mener at fastlegen er viktig for samarbeidet mellom tjenestenivåene både ved innleggelse og utskriving.

Kommune 1 og 2, samt spesialisthelsetjenesten ser en tendens til at kommuner med geografisk nærhet til døgnenhet er raskere til å legge inn brukere i spesialisthelsetjenesten. Kommune 3 har nær geografisk beliggenhet i forhold til døgnsesjon, de beskriver at innleggelse er vanskelig å få til. Spesialisthelsetjenesten er opptatt av at det har konsekvenser for bruker å være innlagt, og dette understøttes av kommune 2. I intervjuet med spesialisthelsetjenesten kommer det frem følgende uttalelser vedrørende dette:

«Mange av brukerne har vært innlagt mange ganger. De har ikke mye til liv. Når de kommer til institusjon så har de det bra. De klorer seg nesten fast. De blir verre av dess lengre de er her»

Kommune 2 trekker også frem nytten av innleggelser, der brukeren har lange nok opphold til at de kan ha permisjon før de blir skrevet ut. Det gir bruker mulighet til å komme inn igjen og reflektere over hvordan det var å være hjemme, før de skal skrives ut og skal klare seg selv. Kommune 3 opplever at spesialisthelsetjenesten ikke lenger er «like hissige» på å sende brukeren hjem som tidligere.

Utskriving av bruker er et tema som opptar både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Begge ønsker å samarbeide med hverandre og bruker for å få til en god overgang mellom tjenestenivåene. Spesialisthelsetjenesten er opptatt av informasjon ved innleggelse, og kommunehelsetjenesten er opptatt av prosessen for utskriving. I alle intervju fra kommunen gir de uttrykk for at de ikke vet hvordan spesialisthelsetjenesten jobber.

Informantene fra kommune 2 sier at det er viktig å jobbe med å planlegge utskrivelsen, det er viktig at kommunen er på banen gjennom hele prosessen slik at de sammen med spesialisthelsetjenesten kan planlegge hvordan behandlinga skal være og samarbeidet mellom alle parter både før, under og etter innleggelsen.

«Vi må ikke tenke at nå er de innlagt, så nå klarer de seg. Det må hele tiden være en kontakt.»

Kommunehelsetjenesten sier at det er viktig at de får beskjed når bruker skrives ut. Dette uavhengig av om de skriver seg ut selv eller ikke, og om det gjelder permanent

utskrivninger eller ved permisjoner. De opplever i stor grad at spesialisthelsetjenesten følger opp dette, såfremt de har samtykke av bruker. Kommune 3 sier at spesialisthelsetjenesten er gode på utskrivingsfasen, og at dette gjelder spesielt ved større avdelinger. Når en bruker skrives ut til kommunen på tidspunkt med lite eller ingen bemanning, kan dette utfordre andre deler av kommunehelsetjenesten enn psykisk helsetjeneste.

Når det gjelder informasjon ved utskrivelse forventer kommune 3 at det blir informert om hvilket behandlingssløp det er lagt opp til og hvilken oppfølging bruker og spesialisthelsetjenesten er blitt enige om. Det gir kommunehelsetjenesten mulighet til å følge opp det de allerede har begynt med. Informasjon som bør legges ved er tidspunkt for utskrivning, hva som er kartlagt, hva er gjort og eventuelle medisinske behandling. Samt hva som forventes av kommunen før bruker kommer hjem. Informanter fra kommune 3 er så nære spesialisthelsetjenesten at det er lett for dem å kjøre seg en tur for å få til et samarbeidsmøte.

4.2 Holdninger til brukermedvirkning.

Tema to handler om holdninger til brukermedvirkning og gjelder for begge tjenestenivå. Både kommune- og spesialisthelsetjenesten er enige om at brukermedvirkning er nødvendig for å få til gode løsninger og trekker frem ulike typer verktøy for å ivareta brukerstemmen i tjenestetilbudet. Verktøy som Individuell plan (IP), ansvarsgrupper, koordinator og mestringsplaner blir diskutert i alle intervju. Kommune- og spesialisthelsetjenestene er enige om at IP blir et ekstra system å forholde seg til, og at planene ofte blir inaktive. I kommune 3 ble ikke IP nevnt. Kommunehelsetjenesten i kommune 1 og 2 forteller at de gir tilbud om koordinator uten at det blir brukt individuell plan, og at bruker har andre virkemidler for å samarbeide, som for eksempel ansvarsgrupper. Alle informantene mener at en viktig brikke for å få til et godt og helhetlig tilbud er ansvarsgrupper.

«Selv om individuelle planer ikke virker og at de bare blir liggende i en skuff eller død på Sampro, så er det ofte at ansvarsgruppene fungerer»

Kommune 2 har nylig begynt å jobbe med mestringsplaner for den enkelte bruker. Målsettingen er at bruker skal ha noen punkt å gå etter om det buttrer imot.

«Det er om å gjøre at vi setter i verk tiltak allerede når vi merker søvnproblemene»

I kommunehelsetjenesten er det utfordringer i forhold til brukermedvirkning og selvbestemmelse, der de ser at bruker ikke alltid velger det som er best for dem selv. Miljøtjenesten i kommune 1 beskriver dette

«Når de ikke vil ha hjelp og ikke ser behovet for hjelp til å rydde opp, så er det vanskelig»

Informanter fra kommune 2 har fokus på recovery. En slik tilnærming utfordrer tjenesteyterne i kommunehelsetjenesten, både med bakgrunn av tidligere erfaringer med blant annet medisiner og at brukere har et visst rett på forfall sier informantene videre. Dette med bakgrunn av at egen utdanning, holdninger og etiske retningslinjer som tidligere var gjeldene i forhold til medisiner.

«Ja, jeg tror at vi yter brukeren større rettferdighet med at vi lar dem få en stemme og kan påvirke hva slags hjelp de egentlig trenger. Hva er det brukeren tror vil hjelpe seg, og ikke bare hva vi tjenesteytere tror.»

Gjennom kommunehelsetjenesten i kommune 2 er det blitt gjort noen grep for å gjøre brukerperspektivet mer synlig. De ønsker å ta hensyn til brukers ressurser og interesser for å få til et helhetlig behandlingstilbud. Kommune 2 sier følgende:

«Vedtaket blir da utformet på en slik måte at det er målet til brukeren som gjennomføres i vedtaket. Og da er det hva vi kan bistå med for at brukeren skal nå målet.»

4.3 Holdninger til kommunehelsetjenesten

Tredje temaet handler om holdningene til kommunehelsetjenesten, både til egen tjeneste og holdninger spesialisthelsetjenesten har til den kommunale helsetjenesten.

Strukturene internt i kommunen oppleves utenfra som uoversiktlig forteller begge tjenestenivåene. Imidlertid opplever kommunehelsetjenesten å ha oversikt innad i egen kommune, og at de vet hvem som skal kontaktes når de får brukere med behov for helhetlig hjelp. Kommune 2 og 3 har etablert et forvaltningskontor, og alle forespørsler om tjenester til kommune skal komme via forvaltningskontoret. De fordeler ansvar og oppgaver videre til riktig tjeneste. Kommune 3 sier at når bruker er innlagt i spesialisthelsetjenesten kommer henvendelsen til forvaltningskontoret, men når det blir spurt litt mer om alle i kommunen er kjent med forvaltningskontoret sitt ansvar og oppgaver, samt riktig tjenestevei for å få bistand, blir alle informanter litt usikker på om det er nok kunnskap om dette internt. Kommer henvendelsen til en tilfeldig person i en annen tjeneste er det ikke sikkert at det er nok kunnskap om saksgangen. Kommune 2 forteller at det er viktig at de som tildeler tjenestene har god kunnskap om feltet. De har utarbeidet et kartleggingskjema som brukes til å få oversikt over brukerens helhetlige situasjon.

«I vår kommune så vil jeg si at det er oversiktlig for oss, men jeg tror kanskje brukeren opplever at den ikke er det».

Kommune 3 har laget samarbeidsrutiner for komplekse saker og har erfart at saksbehandlingen fra de får en henvendelse til de får tildelt tjenester er raske. Det går bare noen dager, fra de har fått henvendelsen til faggruppen er samlet rundt bordet. De kaller da inn bredt for å finne de som er best egnet til å yte tjenester til denne brukeren.

Psykisk helsetjenesten i kommune 2 og 3 er alltid beredt på uforutsatte hendelser og akutte situasjoner. Når henvendelsene kommer når det er helg eller helligdager, tar de det som haster og løser resten etter helga.

Informantene i alle intervjuene er enige om at hjemmesidene til kommunen er lite oppdatert og uoversiktlig, noe som gir blant annet spesialisthelsetjenesten en utfordring i oppstarten av et samarbeid med brukeren sin hjemkommune:

«Det er en utfordring når vi skal finne ut hvem som har ansvaret og telefonnummeret til koordinerende enhet.»

Kommunehelsetjenesten i alle 3 kommuner oppleves fragmenterte. I tillegg har kommune 1 en opplevelse av at det kan være vanskelig å benytte tjenester på tvers av avdelinger og tjenestenivå der brukeren ikke har tilhørighet.

«Det har jeg ikke erfaring fra i denne kommunen, men i forhold til en nabokommune, hvis det kommer gråsonepasienter så var det nesten umulig å få til et samarbeid med tjenester for psykisk utviklingshemmede, leger og spesielt spesialisthelsetjenesten.»

Ved innleggelse opplever spesialisthelsetjenesten at kommunehelsetjenesten ikke sender med nok informasjon. Dette mener de er viktig for å få en god overgang for brukeren og at behandlinga blir mer målrettet. Det er ennå ikke utviklet et felles journalsystem for spesialist- og kommunehelsetjenesten, noe spesialisthelsetjenesten mener har vært nyttig. Imidlertid er det utviklet et kommunikasjonssystem mellom tjenestenivåene, der de kan sende informasjon elektronisk. Spesialisthelsetjenesten ønsker å få informasjon gjennom e-meldinger. Spesialisthelsetjenesten opplever at de er mer «drilla» på bruk av e-meldinger, men at de ikke får svar fra kommunen. Kommunehelsetjenesten på sin side uttrykker god nytte av E-melding:

«Nå er det bare å sende en e-link med spørsmål til fastlegen, og høre om vi kan justere for eksempel medisiner.»

Noen ganger får spesialisthelsetjenesten med så lite informasjon om brukeren at de ikke vet om de har kommunal oppfølging eller ikke. Når kontakten mellom tjenestenivå er etablert opplever spesialisthelsetjenesten kontakten som positivt.

«Når vi har fått kontakt, så har det vært veldig fruktbare og gode samarbeidsrelasjoner med kommunen som gode pasientforløp.»

Informantene fra kommune 1 og 2 oppgir at de har lite oversikt over hvem de skal ta kontakt med i spesialisthelsetjenesten. I kommune 3 har de god oversikt. Imidlertid uttrykker kommune 1 og 2 liten bekymring i forhold til dette, da de bruker kompetansen som allerede finnes i kommunen:

«Alle som jobber her har fullt opp med våre egne ting, og da er det veldig greit å bruke de som kan oppgavene best.»

Informantene fra kommunehelsetjenesten beskriver sine tjenester forskjellig. Kommune 2 og 3 har en bemanningssituasjon som gjør at de kan jobbe med å skape trygge rammer rundt brukeren med tilbud om samtaler, veiledning, støtte, motivering og praktisk hjelp. Kommune 1 arbeider frem løsninger etterhvert som behovet melder seg, noen ganger er det utfordrende for spesialisthelsetjenesten som sier følgende:

«Du får liksom som svar at et sånt tilbud som du etterspør kan vi ikke gi her i kommunen.»

Informantene i kommune 1 og 2, samt spesialisthelsetjenesten er enig om at det er viktig å arbeide forebyggende for å unngå innleggelse og forverring av sykdom. Videre sier de at det er viktig å sette inn tiltak raskt. De mener det kan bidra til raske forbedring av helsesituasjonen.

Informantene i kommunehelsetjenesten opplever at det er lett å ta kontakt mellom tjenestene internt. Imidlertid uttrykker kommune 1 at det kan være noe mer krevende å plassere bruker i rette tjenestene, hvor ingen *«føler egentlig ansvar for vedkommende.»*

Spesialisthelsetjenesten opplever at det er stor variasjon i saksbehandlingen i den enkelte kommune, og at prosessen er tidkrevende. De sier videre at det er særlig de store kommunene som deres tjenester ligger i, er det mindre effektivt:

«Særlig i de her store kommunene som vi er i, at det er mye rart. Når vi se på de små kommunene så har vi gode historier. Vi vet ikke årsaken til dette, større administrasjon?».

Kommunen lengre unna spesialisthelsetjenesten har utviklet en kompetanse som er høy på grunn av at de ikke får rask bistand:

«Jeg har inntrykk av at de som er ute i felten er veldig dyktig på å vurdere og håndtere komplekse situasjoner. Fordi vi vet det at det ikke kommer noen fra spesialisthelsetjenesten og hjelper oss»

Spesialisthelsetjenesten har inntrykk av at samarbeidet på tvers av avdelingen fungerer bedre ute i kommunene enn det gjør mellom tjenestenivåene. De forteller at det ikke var dette brukerne hadde inntrykk av tidligere. Det skjer mye bra ute i kommunen, sier informantene fra spesialisthelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten får stadig mer ansvar og arbeidsoppgaver, noe som krever kompetanse. Dette bygges opp i kommunene fortløpende. På den andre siden ser informantene i kommunehelsetjenesten at de har mye kompetanse som de kan bli bedre på å benytte på tvers av instanser.

«Jeg vet at det er en ny tanke for de fleste kommuner, men den som har arbeidet innenfor miljøtjenesten har mye erfaring med å berolige, stabilisere og det å sette seg ned og forstå hva det egentlig er med brukeren. Det er en kompetanse som er uutnyttet i mange kommuner.»

Informantene i kommune 1 og 2 trekker frem at de arbeider med å utvikle høyere kompetanse hos ansatte og samarbeid på tvers av nivå og tjenester. Det trekkes frem at de som arbeider i kommune både er tverrfaglige, har høy kompetanse, er dyktig, har lang erfaring og at de ser verdien med egen og kollegers kompetanse. Dette understrekes av informantene i kommune 3. Informant i kommune 2 sier:

«Vi har ingen grunn til og ikke være stolt av den jobben vi gjør i kommunen.»

Det er opprettet gjensidig veiledningsplikt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Mens kommunehelsetjenesten sier at de er flinke til å be om veiledning ved behov, sier spesialisthelsetjenesten at de får lite konkrete henvendelser vedrørende tema å veilede i. Flere av informantene fra kommune 2 var ukjent med at veiledningsplikten var gjensidig, og ble derfor usikker på hva dette innebar. For en av informantene i samme kommune var dette helt naturlig, da de kjenner brukeren sin situasjon best. Kommune 3 beskriver også den gjensidige veiledningsplikten som viktig:

«Å da tenker jeg: Hurra, det er på tide. Jeg har gått noen runder med nærmeste sykehus og akuttavdelingen der altså.»

Kommune 2 mener at de vil få bedre resultat med å diskutere den enkelte sak med spesialisthelsetjenesten. I kommune 2 har spesialisthelsetjenesten jevnlig møter med kommunene for veiledning og informasjonsutveksling. Dette er nyttig for begge nivå. Det blir diskutert enkelte brukere og generelle problemstillinger. Både kommune 1 og 2, samt spesialisthelsetjenesten tenker at arbeidet innenfor psykiske helse bør løses på lavest mulig nivå.

«Vi tenker at førstelinjetjenesten er bunnen her.»

Alle informanter er enige om at denne brukergruppen har behov for helhetlige tjenestetilbud. Det er derfor viktig at det arbeides tverrfaglig både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten slik at alle kan arbeide mot samme mål. Det er viktig at vi møter bruker på samme måte på alle nivå.

Spesialisthelsetjenesten sier at kommuner ved noen få anledninger har nektet og ta imot brukere som er klare til å skrives ut. Informanter fra spesialisthelsetjenesten sier at det kanskje sier noe om hvor mye kommunen har strevd med bruker før innleggelse. Og at en innleggelse kanskje har bidratt til et friminutt for kommunen. Spesialisthelsetjenesten opplever noen ganger, i enkelte kommuner at de må diktere hva kommunen skal gjøre. De tar da initiativet til ansvarsgruppemøter og lar kommunen gradvis ta over arbeidsoppgavene.

Spesialisthelsetjenesten opplever at det i mange tilfeller er krevende å få fastlegen på banen, samtidig som at den har ansvar for oppfølgingen av denne brukergruppen. Det blir nevnt i intervjuet at det er vanskelig å få fastleger til å møte på samarbeidsmøter, samtidig som de forsøker å sette seg inn i fastlegen sin arbeidshverdag. I kommune 1 og 3 er det oftest et system rundt brukeren som gjør at fastlegen ikke er delaktig i utskrivingsprosessen. De får epikrisen etterpå. Informantene opplever stor forskjell på fastleger i forhold til hvor tett de arbeider med bruker. Spesialisthelsetjenesten opplever at legen som skriver inn brukeren ikke nødvendigvis har oversikt over den helhetlige situasjon. De har kjennskap til brukeren sin situasjon her og nå, men ikke historien bak.

4.4 Holdninger til spesialisthelsetjenesten - Det er mest brannslukking kanskje...

Fjerde tema er holdninger til spesialisthelsetjenesten, både holdninger internt i tjenesten, men også kommunehelsetjenestens holdninger til spesialisthelsetjenesten. Det blir sagt i intervju at når en bruker får en forverret helsesituasjon kan det være nødvendig med et opphold i spesialisthelsetjenesten. I denne prosessen ønsker spesialisthelsetjenesten

informasjon om pasient i forkant for å få til et best mulig behandlingsforløp, men slik er det ikke bestandig:

«Hvis det er et elektivt opphold og folk har kommunale tjeneste fra før, så er det naturlig med kontakt i forkant. Men her blir 80-90 % akuttinnlagt. Så vi må orientere oss i etterkant.»

Kommune 2 opplever at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er ryddig, dette gjelder spesielt de fastsatte samarbeidsmøtene de har med poliklinikken. Fastlegene deltar på disse møtene. Når det gjelder generell orientering om tjenestetilbudet opplever kommune 1 og 2 at spesialisthelsetjenesten kommer for å orientere om sitt tjenestetilbud en gang, så går det et halvt år så har tilbudet endret seg. Imidlertid sier spesialisthelsetjenesten at de driver for lite med informasjon til kommunene når det gjelder oppgavene til ambulant team.

Når det gjelder oppgavefordelingene mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten kommer det frem en problemstilling fra en informant i kommune 2:

«Holdningen er at det er inne på spesialisthelsetjenesten at behandlingen foregår. Når de kommer tilbake til kommunen er det ettervern. Du er ferdigbehandlet.»

Dette underbygges av en uttale fra en informant i spesialisthelsetjenesten som sier at de opplever at pårørende, ansatte i kommunen og brukeren selv mener det er mere tyngde bak de forslag som kommer fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten ser ingen grunn til at det er slik, da det er kommunen som kjenner brukeren og lokale forhold best. Det mener både informanter fra kommune 2 og 3, samt spesialisthelsetjenesten.

For de som arbeider i kommune 1 og 2 er det en høy terskel for å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten.

«Det synes jeg er vanskelig. For det første vet jeg ikke hvem jeg skal ta kontakt med. Det er lettere å be dem som har kontakt med spesialisthelsetjenesten om å kontakte dem.»

Informanter i kommune 1 og 2 opplever spesialisthelsetjenesten som fragmenterte, da det finnes mange ulike team og avdelinger å ta kontakt med.

«Nå kommer de hit fra spesialisthelsetjenesten for og orienter litt, for vi har etterlyst det. Med alle teamene som finnes, er det litt diffust hva som finnes og hva hvert enkelt team egentlig gjør. Hvordan skal vi samarbeide med dem?»

Et av teamene som kommune 2 trekker frem som en viktig samarbeidspartner er akutteamet. De skal rykke ut til sitt område samme dag om de blir kontaktet og om de ikke har mulighet til å rykke ut kan de gi råd og veiledning på telefon.

Kommune 3 har god erfaring med FACT teamet som er tilknyttet psykiatrisk poliklinikk. De er aktivt deltagende sammen med bruker i overgangen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten til kommunen. De kommer med løsningsforslag til kommunen og brukeren. Kommune 3 sier at det er nyttig for dem å ringe til spesialisthelsetjenesten for å kunne drøfte saker med, der de selv føler at de mangler kompetanse. Noen ganger står ansatte i kommunehelsetjenesten alene på vakt og det er godt å ha noen «å spille ball med.»

Spesialisthelsetjenesten ved ambulerende team deltar ofte i ansvarsgrupper eller samarbeidsmøter mellom bruker og kommune. De har ellers lite felles med kurs eller møter med kommunehelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten opplever at det er utfordrende med brukere som har hatt gjentatte innleggelser. De blir ikke nødvendigvis innlagt ved samme avdelinger og får ulike behandlinger. Det er lite kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenestene. Det gjør det vanskelig for bruker å bryte «vanen» med innleggelse. Ved spesialisthelsetjenesten innkalte de nylig flere enheter innen samme nivå for å sammen finne ut hvordan de best mulig skulle hjelpe denne brukergruppen.

«Det går på hvordan vi skal bryte den onde sirkelen og finne andre løsninger. Det å kunne snakke fritt og komme med løsninger.»

For å få til bedre oppfølging av denne brukergruppen har informantene ved spesialisthelsetjenesten opprettet et ambulant oppfølgingsteam.

«Det er derfor vi har et ambulant oppfølgingsteam, vårt mandat er å gjøre innleggelsene kortere og på lang sikt hindre nye innleggelser.»

Alle informanter i kommune 3 er enige om at spesialisthelsetjenesten har andre rammer å jobbe under enn kommunehelsetjenesten. For det første blir brukeren innlagt i spesialisthelsetjenesten for at denne ønsker dette selv eller ved tvang. Kommune 3 opplever veldig store forskjeller mellom de ulike spesialisthelsetjenestene. En informant forteller om en bruker som var innlagt ved et større sykehus og ble positivt overrasket over deres måte å samarbeide med kommunehelsetjenesten på. De fikk telefon fra spesialisthelsetjenesten allerede ved innleggelse der de ønsket et samarbeidsmøte med kommunen. Det opplevdes

som veldig positivt at de fikk være med på møter, være deltakende allerede fra begynnelsen og få innblikk i hvordan spesialisthelsetjenesten jobbet. Informanten følte seg inkludert i prosessen og brukeren ble ikke bare skrevet ut til kommunen som deres problem.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres studienes funn som ble presentert i forrige kapittel. Flere aspekter i funnene kunne vært interessant å drøfte, men med utgangspunkt i problemstillingen har jeg valgt ut disse hovedtema: På hvilken måte fremmer eller hemmer samarbeidskulturen mellom tjenestenivå helhetlig hjelp og recoveryorientert til nærming i samarbeide mellom tjenestenivå- holdninger og virkemidler.

5.1 På hvilken måte fremmer eller hemmer samarbeidskulturen mellom tjenestenivå helhetlig hjelp.

Felles kultur for samarbeid innad i en organisasjon er krevende, det vil trolig være enda mer krevende å samarbeide mellom tjenestenivå. Funn i studien viser at innad i tjenestene er det større grad av samlokalisering og personlige bekjenskaper, noe som kan bidra til en større felles forståelse hverandres arbeidsoppgaver. En slik organisering vil fremme samarbeid på tvers av tjenester. Imidlertid vil det straks bli mer krevende når ulike tjenestenivå skal samarbeide, og spesielt der det er fysisk avstand og trege samarbeidsformer. I tillegg til store fysiske avstander og ulike politiske retningslinjer virker styringskulturen i tjeneste både hemmende og fremmende. Det stilles strenge krav til rutiner, dokumentasjonsplikt og krav til kvalitetssikring fra tilsynsmyndighetene.

Kulturen i en organisasjon kan fungere som et kognitivt kart, der personalet ubevisst kutter ut informasjonen som ikke passer i den grunnleggende antakelsen som råder. Samt at de konsentrerer seg bare om de opplysningene som er de opplever som «relevante». På den måten kan kulturen være med på å begrense eller systematisere informasjonstilgangen (Jacobsen og Torsvik 2013). Funn i studien viser at 1 av 3 kommuner har fokus på at bruker skal legges inn i spesialisthelsetjenesten fremfor å få behandling i hjemmet, men 2 av 3 kommuner forsøker å bygge opp et tjenestetilbud i kommunen tilpasset den enkelte bruker. Selv om kulturbegrepet vil beskrive gruppens fellestrekk, vil trolig enkeltindivider innenfor organisasjon ha ulike oppfatninger av fenomenet (Jacobsen og Thorsvik 2013). Spesialisthelsetjenesten antyder i intervjuet at det i enkelte kommuner er avhengig av hvilken person de møter i helsetjenesten, fremfor hvilken rolle den enkelte har. Møter de en engasjert ansatt, får bruker god støtte når denne kommer hjem. I intervjuet i kommunen som var opptatt av innleggelse var det en person som førte ordet i større grad enn de andre. Denne personen

hadde fokus på hvor vanskelig det var å få en innleggelse for brukeren i spesialisthelsetjenesten, og bemerket løsning i hjemkommunen som alternativ nummer to. En holdning om at innleggelse er første alternativet strider mot politiske føringer (Helsedirektoratet 2014) og forskning om bedringsprosesser (Borg 2009, Danbolt et. Al 2010, Karlsson og Borg 2017).

Organisasjonskultur kan i likhet med organisasjonsstruktur benyttes som styringsmiddel i organisasjonen. Kulturen kan være med på å bestemme hva som er passende atferd når personalet skal utføre oppgaven (O'Reilly 1989). Hvordan kulturen er med på å styre verdier og holdninger er avhengig av bevisstheten og refleksjonene som er i den enkelte organisasjon. Organisasjonskultur og struktur kan være med på både å fremme og hemme samarbeid mellom tjenestenivå. Funn i studien kan tyde på at fagpersoner som arbeider nærmest bruker og ledere har ulikt kunnskapsnivå om hva som forventes av tjenestene. I intervju der fagledere for enheten deltok, kom det fram at ansatte med faglederrolle har større innblikk i hvilke endringer som skjer fra sentrale føringer, enn de som arbeider direkte opp mot den enkelte bruker. Det kan være vanskelig i en organisasjon å få til endringer hos alle ansatte til samme tid. Det vil ikke være en lineær sammenheng mellom endringer på gruppenivå og den ansatte. Det kan være vanskelig for fagansvarlig å formidle ut til tjenesteyterne raskt, samtidig vil de trolig være farget av egen utdanning, tidligere erfaringer og kulturen i enheten. Endringer i kultur vil ta tid. Når det tar lang tid å innarbeide nye rutiner og få utvekslet ny informasjon, vil dette hemme samarbeidet med andre enheter og nivåer, da endringene skjer i utakt.

Kommunehelsetjenesten er som tidligere beskrevet bygd opp på ulike måter fra kommune til kommune. Dette gjør at det er utfordrende for spesialisthelsetjenesten som skal samarbeide med mange kommuner og finne frem til riktig kontaktperson i den enkelte kommune (Bratterud og Grane 2011, Hansen og Ramstad 2014, Norges forskningsråd 2004).

Funn i studien viser at strukturen i kommunehelsetjenestene er uoversiktlig, spesialisthelsetjenesten sier at fragmentering av de kommunale helsetjenestene gjør arbeidet med å bistå brukere i å finne rette tjeneste og kontaktpersoner i deres hjemkommune. Studien sier videre at det kan se ut til at mindre kommuner har en større oversikt over egen struktur enn den største kommunen. Funn i studien viser at det er viktig at den som arbeider ved et forvaltningskontor har innblikk i fagfeltet. Spesialisthelsetjenesten i studien opplever at det tar lang tid for kommunene å etablere et tilpasset tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten. Hansen og Ramsdal (2014) sier at styringskulturen i helsesektoren

oppleves som lite samarbeidsvillig, og at dette gjelder spesielt opp mot spesialisthelsetjenesten. Noen av utfordringene som har ligget der er at systemet oppleves som forholdsvis rigid, det har tradisjonelt sett vært lite nytekning. Funn i studien viser at kommunehelsetjenesten er positive til internt samarbeid. Uoversiktlig struktur vil virke hemmende på gode overganger mellom tjenestenivå, da det vil bruke tid på å finne ut hvilke tjenester brukeren allerede har, avklare forventninger, kontaktpersoner og hvilke tjenester som finnes i hjemkommunen.

Informantene fra de to minste kommunene sier at det er nødvendig i deres kommuner å bygge opp tjenestetilbudet etter hvert som behovet melder seg. En informant har arbeidet i en annen kommune tidligere, og sier at i denne kommunen var det vanskelig å få til et godt samarbeid mellom tjenestene, og at denne brukergruppen falt mellom alle stoler. Når tjenesten blir fragmentert fører dette til at flere har ansvar for deler av tjenestene. Brukeren hører ikke til noe sted, og ingen ønsker da å ta det fulle ansvaret. Det blir et spørsmål om økonomi og bemanning. Ingen funn i studien viser økonomi som et fokusområde for kommunehelsetjenesten.

Gjennom større ansvar i kommunehelsetjenesten har behovet for kompetanse blant de ansatte i tjenestene økt. Funn i studien viser økt fokus på kompetanse i kommunehelsetjenesten. Der kompetanse bygges opp gjennom videreutdanninger, kurs og daglige utfordringer de står ovenfor. Innad i hver enkelt kommunehelsetjeneste oppleves det ulikt hvilken kunnskap som blir vektlagt og hvilke faggrupper som «kan» fagfeltet. Kun 1 av 3 kommuner legger vekt på at et tverrfaglig sammensatt team er det beste for å få til et godt fagmiljø og en god samarbeidskultur. Tverrfaglighet er viktig for å ivareta helheten, da ulike fagfelt har ulikt fokus og kunnskap. Eksempler på dette er at sykepleieren som kan mye om fysisk helse og medikamenter, vernepleieren kan mye om miljøbehandling og tilrettelegging i hverdagen, sosionomer kan mye om systemnivå og nettverksarbeid.

Funn i studien viser at når det tas kontakt med spesialisthelsetjenesten, gir kommunen signal om at tjenestene er fragmenterte. Kommunehelsetjenesten sier at spesialisthelsetjenesten har store ulikheter i hvilke fokus de har i behandlingen. Brukeren på dette tjenestenivået blir sendt til flere behandlingssteder, de ulike stedene gir ulik behandling og ulike tiltak blir satt inn ut fra fokuset til den aktuelle spesialisthelsetjeneste.

5.1.1 Maktforhold mellom tjenestenivå

Historisk sett har det vært en ubalanse i maktforholdet mellom tjenestenivåene. Spesialisthelsetjenesten har hatt monopol på hva som er rett behandling for brukerne gjennom mange år. I studier gjort av Olsen et. Al. (2015) og Brattrud og Granerud (2011) fremstår spesialisthelsetjenesten fremstår som en premissleverandør for behandlingstilbudet i kommunen. Med flytting av behandlingsansvaret til kommunene har det vært en målsetting at maktbalansen skal jevnes ut. I studien til Olsen et. Al (2015) sier kommuneansatte at de fortsatt ikke opplever at spesialisthelsetjenesten ser på dem som likeverdige samarbeidspartnere. Funn i denne studien tyder på at kommunehelsetjenesten sier at de er glade for å bli hørt og tatt med på råd. Samtidig beskriver 2 av 3 kommuner at de forventer at spesialisthelsetjenesten har beskrevet videre behandling ved utskrivning. Bare en kommune stiller seg spørrende til ettervern som noe som skal skje etter at de er behandlet, og ikke som en del av helhetlig behandling. Holdningene som fremkommer i studien tyder på at det fortsatt er spesialisthelsetjenesten som er ekspertene og at det fortsatt er ulikt maktforhold mellom tjenestenivåene.

Spesialisthelsetjenesten har som hovedoppgave å motvirke sykdom, skade eller lidelser (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999). De arbeider ut fra enkelte kriterier for innleggelse, og har makt til å definere hvem som skal få en innleggelse eller ikke. De skal vurdere alvorligheten av brukerens situasjon. Det er derfor viktig at den som legger inn brukeren sender med god informasjon. I tillegg til dette skal brukeren ha nytte av behandlingen de kan tilby lidelser (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999). At spesialisthelsetjenesten har makt til å definere hvem deres brukere skal være, etter Lov om etablering og gjennomføring av psykiske helsevern, (1999), tyder på at det fortsatt ikke er jevn maktfordeling mellom tjenestenivåene. Det kan tyde på at lovens ordlyd ikke er oppdaterte i forhold til dagens sentrale føringer om gjensidig veiledningsplikt.

Funn i studien viser imidlertid at spesialisthelsetjenesten mener kommunehelsetjenesten har best kunnskap om lokale forhold og kjenner bruker best, mens kommunehelsetjenesten på sine side fortsatt har større respekt for avgjørelser tatt i spesialisthelsetjenesten, noe som også gjenspeiler seg hos brukerne av tjenestene forteller spesialisthelsetjenesten i studien. Danbolt et al (2016) sier kommunehelsetjenesten har like god eller bedre kunnskap om brukeren enn spesialisthelsetjenesten, til tross for dette opplever de å bli behandlet som assistenter av spesialisthelsetjenesten. Dette bekreftes av spesialisthelsetjenesten i denne studien, hvor de sier at de av og til må instruere kommunen på hvilke tiltak den enkelte bruker skal ha etter

utskrivning. Det kan tyde på at likeverd mellom tjenestenivå ikke er oppnådd, selv om dette er intensjonen. Funn i studien viser at spesialisthelsetjenesten betrakter sin oppgave som å være en støtte til kommunehelsetjenesten.

Hansen og Ramsdal (2014) sier at oppfattelser av lik status er viktig for å få til gode samhandlingsprosesser, mens ulik status og hierarki kan vanskeliggjøre en samarbeidsprosess. I denne studien beskriver både begge nivå at brukere og deres pårørende har større tiltro til forslag som blir fremmet fra spesialisthelsetjenesten enn kommunehelsetjenesten. Dette gjenspeiler også det som informantene fra 2 av 3 kommuner sier er deres oppfatning i studien. Det kan være nærliggende å tro at dagens lovverk står i veien for likeverdighet og fremhevelsen av kompetansen som finnes i kommunehelsetjenesten.

5.1.2 Felles forståelse av ansvarsfordelingen/ Rolleavklaring

Funn i studien viser at det er en fordel om begge tjenestenivå kjenner hverandre sine oppgaver og har et ønske om å forstå hvordan det andre tjenestenivået arbeider. Dette vil være utfordrende på bakgrunn av at oppgavene stadig er i forandring og at dette bestemmes ut fra sentrale føringer. Funn i studien viser at kommunehelsetjenesten opplever at spesialisthelsetjenesten etterspør tjenester som kommunen ikke har, dette oppleves fra kommunehelsetjenesten som manglende vilje til å se hva de har som tiltak. Spesialisthelsetjenesten på sin side sier at enkelte kommuner har liten vilje til å legge til rette for tiltak som brukeren har behov for.

Det er viktig at det tidlig i behandlingsløpet blir gjort avklaringer i forhold forventninger tjenestenivåene har til hverandre, slik at brukeren får helhetlige tjenester. En felles forståelse av verdier og normer i en organisasjon kan bidra til tilhørighet og tillit mellom personalet og ledelse. Danbolt et. Al (2010) sier at gjensidig kunnskap innebærer at de ulike parter har kunnskap om hverandres kompetanse, systemer, muligheter og begrensinger. I tillegg fremhever han at kjennskap til hverandre og felles møtepunkt fremmer godt samarbeid. Dette underbygges informantene fra spesialisthelsetjenesten og Elstad et. Al (2013), som mener at fysiske møter fremmer samhandling og utvikling av koordinerte og helhetlige tjenester.

5.1.3 Holdninger til helhetlig hjelp

I veilederen sammen om mestring (2014) er fokus på at tjenesten i kommunal sektor skal være utformet ut fra et bruker- og mestringsperspektiv. Tjenesten skal være tilgjengelig og individuelt tilpasset og det er viktig at den fremstår som helhetlig (St.meld nr 25, 2005-2006) Ifølge Karlsson og Borg (2017) er det i vanlige allmennmenneskelige arenaer at det finnes løsninger som setter i gang bedringsprosesser hos den enkelte. Dette kan være arenaer som

eget hjem, på arbeidsplassen eller på fritidsaktiviteter. Det å møte personen på sin egen arena endrer maktfordelingen i den mellommenneskelige relasjonen. Funn i studien viser at kommunehelsetjenesten beskriver det å arbeide i andre sitt hjem som krevende på ulike vis. De er prisgitt relasjonen de opparbeider seg til den enkelte bruker og det tar tid å bygge opp en god relasjon. Kommune 2 arbeider tett med sine brukere for å bygge opp gode relasjoner, som skaper trygghet og struktur for brukeren, de ønsker med dette å kunne komme raskt inn og bistå bruker om situasjonen forverrer seg. Dette i tråd med recoveryorientert tilnærming (Karlsson og Borg, 2017).

Det er i kommunen de kjenner de lokale forholdene, noe som kan være hensiktsmessig i forhold til å vite hvilke muligheter som finnes for bolig, hvor er det bosteder som er egnet for den enkelte, finnes det sosiale arenaer og aktiviteter som den enkelte kan ha nytte av. Dette i tråd med intensjonen i St.meld nr 25, (2005-2006) Mestring, muligheter og mening.

Kommunehelsetjenesten i en kommune beskriver at spesialisthelsetjenesten har andre virkemidler enn det kommunehelsetjenesten har for å stabilisere brukeren. De kan låse dører, legge dem i reimer eller utføre andre former for tvang som gjør at brukeren beskrives som trygge. De kan da ikke skade seg selv. De tiltak som kommunehelsetjenesten her beskriver er tvangstiltak. Hovedregelen er at personer som har behov for hjelp fra helsetjenester skal ha denne hjelpen ut fra frivillighet, og tiltak ved tvang kan bare utføres når dette er nødvendig i forhold til liv og helse. 2 av 3 kommuner og spesialisthelsetjenesten i studien viser til at frivillige innleggelse er mest hensiktsmessig. Frivillighet fremmer helhetlig hjelp og bedringsprosessen til bruker.

Funn i studien viser at kommuner som ligger lengre unna en spesialisthelsetjeneste er bedre på å finne gode løsninger lokalt, da de ikke får hjelp uansett. Dette bekreftes av spesialisthelsetjenesten, som mener at kommuner som ikke har lett tilgang på deres tjenester heller ikke benytter seg av disse så ofte. Det har ikke lyktes å finne noen statistikk eller artikler som støtter opp under denne påstanden fra spesialist- og kommunehelsetjenesten i kommune 1 og 2. Imidlertid kan det tyde på at det er noe i denne påstanden, da kommune 3, som ligger nærmest en spesialisthelsetjeneste har større fokus på at brukere har behov for innleggelse enn de andre kommunene.

Internasjonale studier påpeker at samlokalisering eller faste møtepunkt har positiv virkning på samarbeidet på tvers av nivå (Craven og Bland, 2006). Funn i studien viser at 1 av 3 kommuner har faste møtepunkt med spesialisthelsetjenesten, og at det ikke er samordnet

møtepunkt mellom avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Forskning viser at for å få til godt samarbeid på tvers av nivå må aktørene treffes og få felles forståelse av ansvarsfordeling. (Akre et.al, 2015). Kommunehelsetjenesten som har faste møtepunkt med spesialisthelsetjenesten nevner ikke dette som en utfordring. Det tyder derfor på at faste møtepunkt gir kompetanseheving og bedre samarbeid på tvers av nivå, når dette er satt i system.

5.1.4 Holdninger til gjensidig veiledningsplikt

Helsedirektoratet (2014) legger til grunn at begge tjenestenivå er likeverdige i samarbeidet om bruker, og har derfor innført gjensidig veiledningsplikt mellom tjenestenivå. Funn i studien viser at både kommune og spesialisthelsetjenesten er enige om at dette er det eneste riktige. Informantene er enige om at det er kommunen som har størst kunnskap om de lokale forholdene, og de sitter inne med mye kunnskap som spesialisthelsetjenesten med fordel kan benytte i arbeidet med bruker. Informasjonsutveksling er viktig spesielt i innleggelse- og utskrivingsprosessen. For at veiledning skal lykkes må det gis rom for dialoger mellom tjenestenivå, det gjelder både interesse og respekt for hverandres kompetanse, faglige innsikt brukermedvirkning (Danbolt et.al 2016, Sjørgard og Karlsson 2017).

Ansatte i 1 av 3 kommuner hadde ikke hørt om gjensidig veiledningsplikt, med unntak av avdelingslederen. De andre i intervjuet var noe usikker på hva dette ville innebære. Det fremkom gode argumenter for at kommunehelsetjenesten skal kunne veilede spesialisthelsetjenesten; De har kunnskap om nærmiljøet og kjenner brukeren, nettverket, målsettinger og historikk. Samtlige informanter i studien som har kjennskap til gjensidig veiledningsplikt mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er udelt positiv til dette.

Det er ulik oppfatning og forventning til hva gjensidig veiledningsplikt innebærer, og hvem som skal ta ansvaret for at denne skal praktiseres. Kommunehelsetjenesten forventer informasjon, men etterspør ikke dette fra spesialisthelsetjenesten. De sitter på gjerdet og venter på at de skal ta initiativ. Funn i studien viser samtidig at spesialisthelsetjenesten etterspør tema som kommunehelsetjenesten ønsker veiledning på. Det kan tyde på at når ansvaret ligger på begge nivå, blir begge parter sittende på gjerdet og vente på utfall fra den andre. Er dette tilfelle, vil gjensidigheten virke mot sin hensikt, og hemme samarbeid på tvers av tjenestenivå.

5.1.5 holdninger til deltakelser i overgangsfaser

Spesialisthelsetjenesten ser god nytte av at kommunehelsetjenesten deltar aktivt når en bruker har behov for et opphold i spesialisthelsetjenesten, og ønsker en kontakt allerede før

innleggelsen har funnet sted. De har et ønske om aktiv deltakelse fra den enkelte brukers fastlege.

Kommune 3 opplever at spesialisthelsetjenesten ikke lenger er «like hissige» på å sende brukeren hjem som tidligere. Det er da naturlig å spørre seg om dette kan ha en sammenheng med at det er vanskeligere å få brukerne innlagt. Kriteriene for å bli innlagt er i større grad vurdert av fastlege og spesialisthelsetjenesten, slik at den som blir lagt inn har et sterkere behov for innleggelser og at denne er mer motivert for behandling. Kommunehelsetjenestene har mulighet til å kunne kontakte spesialisthelsetjenesten for å få hjelp til å vurdere brukeren. De kan blant annet kontakte ambulerende akutteam og de vil være med på å vurdere om brukeren har behov for innleggelser eller om det er andre og bedre alternativer.

Fastlegen er ment som et bindeledd mellom tjenestenivåene og bruker. Legen er døråpner til spesialisthelsetjenestene og medisinsk faglig ansvarlig lokalt (Helsedirektoratet 2018 og forskrift om fastlegeordningen 2013). Ose og Slettebakk 2014 fant at 83 prosent av kommunene mente at de hadde et godt samarbeid med fastlegene. De fant videre at samarbeidet var bedre i små kommuner enn større kommuner, funn i denne studien sier at kommunen med 7000 innbyggere hadde størst involvering i samarbeidet både om bruker og generelt fra fastlege.

Funn i studien viser at alle informanter er enige om at fastlegen er et viktig bindeledd mellom bruker og kommune- og spesialisthelsetjenesten. Informantene beskriver en endring i holdninger til deltakelse i samarbeid og behandling fra fastlegene sine sin side. De tar stadig større ansvar for brukergruppen. Imidlertid ser de at fastleger generelt er travle og lite tilgjengelige i utskrivelsesprosessen og samarbeidet med spesialisthelsetjeneste. Funn i studien viser at det er stor variasjon på hvor engasjert fastlegen er i psykisk helsearbeid, noe som bekreftes av Ose og Slettebakk (2014). Funn i studien viser at kommunene har ulik praksis og holdning til samarbeid med fastlege. I en kommune sier de at de ikke føler at de har behov for dette samarbeid, da de får epikrisene raskt og følger opp deretter. I en annen kommune sier fastlegene at de ikke har noen kontakt med disse brukerne annet enn at de får en epikrise etter noen måneder. Den siste kommunen har etablert et tett samarbeid med fastleger og at de deltar på møter med spesialisthelsetjenesten. De kommuniserer tett med fastlege også ved hjelp av e-meldinger. På denne måten bistår de hverandre med helhetlige vurderinger av bruker. E-meldinger til fastleger fungerer for alle kommuner som et godt arbeidsredskap. Bratterud og Granerud (2011) fant at både kommune- og spesialisthelsetjenesten har savnet deltakelse fra lege i samarbeidet rundt bruker, og dette

stemmer delvis med funn gjort i studien på begge nivå. Imidlertid kan funn i studien tyde på at det er en bedring i deltakelse fra fastlegen i arbeidet med denne brukergruppen.

5.1.6 Holdninger til informasjonsutveksling- e-meldinger

Funn i studien viser at kommunehelsetjenesten ønsker at spesialisthelsetjenesten tar kontakt med dem før utskriving av bruker og at de sammen med brukeren kan finne gode tiltak. Kommunen opplever at det har vært bedring i forhold til informasjonsflyten etter at det ble innført e-meldinger mellom tjenestenivåene, noe som bekreftes av Borgen et.al (2015) som har forsket på e-meldinger mellom hjemmetjenestene og fastlege. Videre sier fastlegene i samme studie at de får mulighet til å ta en mer aktiv rolle i behandlingen og et større koordineringsansvar for sine brukere. Dette i tråd med ansvarsendringen som ligger i opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid (St.prp.nr 63 1997-98). Forskning viser at etter at E-meldinger ble tatt i bruk i helsetjenestene ble informasjonsflyten ikke bare raskere, men også mer presise. Dette gjør at behandlingen blir mer målrettet og helhetlig. Kommunehelsetjenesten var fornøyd med å kommunisere ved hjelp av E-meldinger (Brattheim et.al 2016).

Funn i studien viser at informantene ikke er fornøyde med informasjon de får fra hverandre. Begge tjenestenivå har tanker om forbedringer den andre kan gjøre, men har liten kjennskap til den andres ønsker. Spesialisthelsetjenesten sier at det er vanskelig å få tak i rette person i kommunehelsetjenesten på telefon, men at det er lettere med elektroniske meldinger. Utfordringene blir for lite informasjon om brukeren og det blir vanskelig å treffe med tiltak og rask avklaring i spesialisthelsetjenesten, sier spesialisthelsetjenesten i studien. For lite informasjon vil føre til at spesialisthelsetjenesten vil bruke unødvendig tid på å bli kjent med bruker og finne riktige tjenester. Mange brukere viser en endring i atferd når de blir innlagt, de finner roen og fremstår som friske. De vil da bli sendt hjem uten grundig kartlegging og behandling. De kommer da tilbake til den samme situasjonen de kom fra, uten at endring av helse eller tjenestetilbud har skjedd.

Den samme type informasjon forventer kommunehelsetjenesten ved utskriving at bruker til hjemkommunen, videre har kommunehelsetjenesten et ønske om at de skal får vite utskrivingsdato i god tid og at de får god nok informasjon til at de kan fortsette med samme type behandling som spesialisthelsetjenesten. Dette tyder på lav deltakelse fra kommunehelsetjenesten når bruker er innlagt. Ved høy deltakelse ville kommunen vært med i prosessen med å finne riktige tjenester før utskriving sammen med bruker og

spesialisthelsetjenesten. Dette ville vært recoveryorientert tilnærming ut fra Karlsson og Borg (2017) sin definisjon.

5.2 Recoveryorientert tilnærming i samarbeid mellom tjenestenivå- holdninger og virkemidler

Funn i studien viser at det er enighet om at brukermedvirkning er viktig. En tilnærming for at brukeren skal være i førersetet er å arbeide etter en recoveryorientert tilnærming (Karlsson og Borg 2017). Har man en recoveryorientert tilnærming på behandlingen, vil dette trolig bryte den allerede etablerte organisasjonskulturen. Funn i studien viser at informantene opplever en utfordring å endre rutiner. Den kunnskapen de allerede har ervervet gjennom utdanning, erfaring og etisk refleksjon ligger i ryggmargen. Det kan være vanskelig å legge egen kunnskap til side for å kunne la brukeren ta egne valg. Å legge fram mulige behandlingsmåter og tiltak, til tross for at man faglig sett har lært at dette ikke er en god løsning kan være utfordrende. Medisinfri behandling er eksempel på behandlingsalternativ som utfordrer evidensbasert kunnskap (Standal og Heiervang, 2018). Denne måten å tenke på vil endre behovet for å sette mennesker i en bås ut fra diagnoser (Antonovski 2012). Fagpersoner blir utfordret i å tenke hele personen.

I recoverytilnærming er det fokus på at brukeren skal ha ansvar for valg av behandling, og at denne skal være i førersetet i eget liv. For å oppnå dette er det utviklet ulike metoder og hjelpemidler for å fremme brukermedvirkning. Tre virkemidler som skal fremme aktiv deltakelse av bruker og helhetlige tjenester er individuell plan, ansvarsgrupper og koordinator.

I veilederen Sammen om mestring (Helsedirektoratet 2014) sies det at brukere skal ha en person å forholde seg til. Funn i studien samsvarer med dette, og informantene fra kommunehelsetjenesten er opptatt av at alle brukere som har behov for sammensatte tjenester skal ha en kontaktperson. Koordinator er en person som skal bistå bruker med å samle tjenestene, være en sparringspartner og bistå slik at bruker får ivaretatt sine rettigheter og har oversikt over sitt eget liv. Funn i studien viser at alle informanter er enige om at en person å forholde seg til fremmer bedring, med forbehold om at denne personen har god oversikt over systemet og god på menneskelige relasjoner (Almvik og Borge, 2006). I studien blir det ikke fokusert på hva dette innebærer, men 2 av 3 kommuner beskriver koordinator, sammen med en ansvarsgruppe er en viktig suksessfaktor for å lykkes med helhetlig hjelp. Alle informanter i studien, med unntak av en person fra spesialisthelsetjenesten, ser på individuell plan som en ekstra byrde som hverken fagpersonene eller brukere forstod nytten av. Dette samsvarer med Sverdrup et.al (2007) sine funn, som indikerer at helsetjenestene i liten grad tar ansvar for å

utarbeide individuelle planer til tross for at bruker har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Michalesen et. Al (2007) fremhever individuell plan som et verktøy for å bistå brukere i en prosess der denne får muligheten til å innta en mer aktiv rolle i eget liv, et liv der de av fagpersoner blir beskrevet som passive. Videre sier Michalsen et. Al. (2007) at de profesjonelle har lave forventninger til brukerens deltakelse, dette samsvarer med funn i denne studien om at de ikke ser hensikten med å bruke individuell plan. I funn i studien kommer det frem at 1 av 3 kommuner og spesialisthelsetjenesten sier at journalsystemet deres er det systemet som fagpersonene dokumenterer i. Dette er et system som brukerne må be om innsyn i for å få, mens i en individuell plan vil alle få samme informasjon.

Funn i studien viser at fagpersonene hindrer bruk av individuell plan som et hjelpemiddel for bruker, og på denne måten får bruker mindre oversikt over de bestemmelser som blir gjort. Begge nivå, med unntak av en person i spesialisthelsetjenesten sier at verktøyet er for komplisert, det er et ekstra verktøy og forholde seg til og at de har vanskelig for å fremsnakke verktøyet til bruker. Når den som skal forklare hva dette innebærer ikke ser nytten av Individuell plan som et arbeidsredskap, vil mest sannsynlig informasjon også bli negativt fremstilt, bevisst eller ubevisst. Holdningen vil være med på og hemmer recoveryorientert tilnærming der bruker stadig skal få mer ansvar for sitt eget liv. Dette tyder på manglende kunnskap og tid til bruk av individuell plan som samhandlingsverktøy, der bruker deltar på lik linje med fagpersoner (Michalsen et. Al. 2007).

Funn i studien viser at begge nivå velger å bruke ansvarsgrupper fremfor individuell plan. I intervju med kommunehelsetjenesten i kommune 3 valgte moderator å problematisere ansvarsgruppe som en modell på bakgrunn av erfaringer med at ansvarsgrupper består i hovedvekt av brukers profesjonelle nettverk. Det har da i tidligere intervju kommet frem at kommunehelsetjenesten valgte bort nettverksmøter som møteform, da møtene ble for store. Det kan virke som at det ble en større utfordring for fagpersonene når det private nettverk var til stede. Det kom ikke frem i studien at noen har forhandlet med bruker om deltakere i ansvarsgruppen fra privat nettverk. Dette kan oppleves som motstridene mot recoveryorientert praksis, der bruker skal være i førersetet og det skal være et mål at bruker kommer tilbake til samfunnet (Karlsson og Borg 2017). Nettverket til brukeren kan ha en utjevnende effekt i en gruppe rundt den enkelte (Seikula 2012). Det er grunn til å tro at en bruker, som allerede er pasifisert blir mer passiv i en gruppe med overvekt av fagpersoner som har lang erfaring og faglig tyngde. Aktiv deltakelse i eget liv vil fremme god psykisk helse (Karlsson og Borge, 2017). Recovery beskrives som en individuell opplevelse, og oppgavene til tjenesteyterne vil

være å støtte den enkeltes prosess. Relasjon mellom fagpersoner og brukeren skal i praksis preges av gjensidighet. Fra fagpersonene skal det presenteres valgmuligheter, og ikke «ordne opp» (Borg et. Al 2013).

Det er i de vanlige sosiale omgivelsene man finner gode recoveryarenaer. Viktige forhold for bedring vil være gode relasjoner, engasjement, fellesskap, håp, å høre til og finne egne løsninger og så videre (Borg og Topor 2014). Dette innebærer at tjenestene skal bidra til å fremme mestring på følgende livsarealer; bolig, arbeid, økonomi og sosial inkludering (Helsedirektoratet 2014)

Karlsson og Borg (2017) sier at om man fjerner mennesket fra dennes sosiale miljø, vil det frata både personen selv og fagpersonen muligheten til å forstå den enkeltes uttrykk og væremåte i den sosiale sammenhengen utfordringene viser seg i. Noen brukere, pårørende og fagpersoner har erfart at det er nyttig at brukeren får en innleggelse, for på denne måten å kunne starte på nytt. Spesialisthelsetjenesten i studien utfordrer denne erfaringen med at de ikke vil ta inn brukere som ikke har nytte av behandlingen og har gjentatte innleggelser. De vil arbeide for å bryte dette mønsteret, jmf Lov om spesialisthelsetjenester (1999).

En innleggelse vil føre til isolasjon fra familie, lokalmiljøet, håpløshet, stigmatisert, avmakt og hjelpeløshet. 1 av 3 kommuner og spesialisthelsetjenesten uttrykker at det arbeides med å bryte dette mønsteret for at brukeren skal kunne få et selvstendig liv. Dette er i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen (St.Meld nr 47 (2008-2009)). Brukeren kan føle seg stigmatisert, en innleggelse er for mange både som straff og krenkende (Kolberg 2009). At de har det så vanskelig at de må legges inn er ofte etterfulgt av avmakt, håpløshet og hjelpeløshet (Borg og Karlsson, 2017). Spesialisthelsetjenesten og 2 av 3 kommuner i studien mener at dette ikke er bra for brukeren, og at de aldri blir friske og kan stole på egen dømmekraft om de ikke bryter mønsteret med at de skal legges inn.

Seikula (2012) sier at beskrivelsen av brukeren og hvordan den blir snakket til vil være med på å stigmatisere personen. Negativ omtale vil hemme relasjonsbygging mellom bruker og helsetjenestene. Et tiltak som 1 av 3 kommuner har gjort for å bedre omtale av bruker på er at de beskriver bruker sine ressurser og målsettinger i vedtak, fremfor det de ikke mestrer. Vedtak skrives til brukeren og lese hva den enkelte kan og hvilke mål alle skal hjelpe til å arbeide imot er mer oppløftende og gir en større følelse av å kunne lykkes. Det gjør noe med et menneske å lese om seg selv på en negativ måte. Omtalen beskriver både holdninger og forventninger til brukeren, og er et bilde på kulturen i en tjeneste. Seikula (2012) sier at måten

brukeren blir snakket til er med på å bygge opp selvbilde eller stigmatisere personen. Tradisjonelt sett er en medisinskfaglig tilnærming med å stigmatisere og undergrave muligheten til mestring for bruker, med at de blir sykeliggjort (Antonovsky 2012). Det handler om å bygge håp om et bedre liv og troen på en fremtid med innhold og mening. Personens egen prosess og innsats er viktig, samt nettverket og de sosiale betingelsene (Borg 2009).

5.3 Oppsummering:

I studien beskriver deltakerne hvordan de arbeider for å fremme en kultur for samarbeid, og hvordan de opplever eget og andres tjenestenivå i henhold til samarbeid og holdninger som fremmer helhetlig hjelp. Dette ble sett i lys av politiske føringer, organisasjonskultur og recoveryorientert tilnærming. Studien er ment å være et tverrsnitt av situasjonen slik den oppleves av informantene i dag, jamf Tjora (2012) om validitet. På grunn av stadige nye virkemidler, IKT verktøy, pakkeforløp og politiske retningslinjer, vil det være nødvendig med kontinuerlig forskning på området. Til tross for dette mener jeg at studien viser oss noe om hvordan tjenestenivåene ønsker at samarbeidet om brukeren skal være i overgangen mellom tjenestenivå. Studien viser også at det er forskjeller mellom kommuner i forhold til holdninger til tverrfaglighet, samarbeid og struktur, her er det mye å gå på for å få til sømløse tjenestetilbud. Begge tjenestenivå etterlyser informasjon om det andre tjenestenivået sine tilbud og virkemidler. Imidlertid deltok ingen fastleger i studien, og disse er fra begge tjenestenivå betraktet som en døråpner mellom tjenestenivåene. Studien viser vilje til samarbeid på tvers av tjenestenivå.

Ordlyden i Lov om pasient og brukerrettigheter (1999) er i utakt med sentrale føringer om likestilte tjenestetilbud mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Loven gir fortsatt spesialisthelsetjenesten en definisjonsmakt ovenfor bruker og kommunehelsetjenesten. Både kommune og spesialisthelsetjenesten er positive til samarbeid på tvers av tjenestenivå. Dette er et godt utgangspunkt for å få til gode samarbeidsarenaer for kunnskapsdeling og helhetlige tjenestetilbud for den enkelte bruker. Både kommune- og spesialisthelsetjenestene oppleves som uoversiktlig for samarbeidende part og virker derfor hemmende for raske og gode overganger både fra kommune til spesialisthelsetjeneste og fra spesialisthelsetjenesten og tilbake til kommunen. De ulike tjenestenivå er oppbygd ulikt og beskrives som både uoversiktlig og rigide. Dette er hemmende for samarbeidet mellom tjenestenivå.

Det har vært interessant og fått flere informanter fra spesialisthelsetjenesten, da studien sier bare noe om en enhets holdninger og kulturer. Kun en informant fra

spesialisthelsetjenesten er en svakhet i studien, da det ikke vil komme frem ulikheter mellom tjenester på dette nivået.

Kommunehelsetjenestene i studien sier at de arbeider etter recoveryorientert tilnærming, men sier samtidig at det er krevende å sette faglig kunnskap til side når brukeren velger andre løsninger enn de som erfaring tilsier er best. Bruker i førersetet vil utfordre fagpersoner både faglig, etisk og personlig, noe som krever en endring i kultur og holdninger, bygget på erfaring fra brukerperspektivet.

7.0 Litteratur liste

Akershus Universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2014); Utprøving av ACT -tam i Norge. Hva viser resultatene? Helsedirektoratet.

Akre, A.G.D., Egeland, K., Garpe, K.D., Jørgensen, A.W og Vaskinn, H. S. (2015): Å ville hverandre vel: Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike - Romeriksprosjektet (2010-2015). Tidsskrift for psykisk helsearbeid [03/2015\(12\)](#)

Almvik, A. og Borge, L (2006): Psykisk helsearbeid i nye sko: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS 2006

Antonovsky (2012) Helsen's mysterium. Den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal akademiske.

Anthony, W., Rogers, E.S. og Farkas, M.D. (2003) Research on Evidence-Based Practices: Future Directions in an Era of Recovery. *Community Mental Health Journal*, 39 (2), 101-114.

<https://www.borgestadklinikken.no/hva-star-vi-for/helhetlig-behandling/>

Borg, M. (2009) Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet. Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46; 452-459.

Borg, M., Jensen, P, Topor, A. og Andersen, A.J. W. (2011): Recovery med nordisk blikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 4(8) 290-292

Borg, M., Karlsson, B. og Stenhammer, A. (2013): rcoveryorienterte praksiser. Rapport nr 4/2013. Trondheim: NAPHA

Borg, M., Melby,L., Hellesø, R. og Steinbekk, A. (2015):Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenesten og fastleger. *Sykepleien forskning*, 10 (1), 42-48.

Borg,M. og Topro, A (2014) Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse. Kommuneforlaget.

Bratterud, T.L. og Granerud, A (2011) Sammen om gode overganger Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* vol 8 (3). Universitetsforlaget

- Brattheim, B.J., Hellesø, R. og Melby, L. (2016); Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, (1), 26-33.
- Bredland, E.L., Linge, A. og Vik, K. (2012): Det handler om verdighet og deltakelse. Gyldendal akademiske.
- Bush, T. (2014): ledelse, kultur og verdier, Fagbokforlaget
- Conrad, I. Dietrich., Heider, D., Blume, A., Angerlmeyer, M.C. og Reidel- Heller, S. (2009): «Crazy? So what!»: A school program to promote mental health an reduce stigma- result of a pilot study. *Health Education*, 109 (4), 314-328.
- Craven, M. A. og Bland, R. (2006): Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16786824>
- Creswel, J.W. (2007): Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research. Pearson education (US)
- Danbolt, L.J., Hestad, K., Kjønsberg, K., Kvalvik, A.M. og Hynnekleiv, T. (2016) Fra ensidighet til gjensidighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*
- Danbolt, L.J., Jensen, L.H. og Kjønsberg, K (2010). Hjelp når du trenger det- En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykiske helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(3), 238-245.
- Davidson, L, Anders, Heyman, R., Tondora, J., Fry, J. og Kirk T (2008) From «dobbel Trouble» to «Dual Recovery»: Interfrating models of recovery in addiction and mental health. *Journal of diagnosis*, 4(3), 273-290.
- Ekeland, J.T. og knudsen, M.G. (2012) Autonomiens betydning og vilkår ved ambulante akutteam. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 01, 14 (20)
- Elstad, T.A, Steen, T.K. og Larsen, G.E. (2013) Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalet psykisk helsearbeid: Ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296-305.
- Forskrift om fastlegeordninger 2013
- Fukuyama, F. (1995) Trust: The social Virtues and the Creation og Prosperity (engelsk). New York: Free Press.
- Gullslett, M. K og Ekeland, T. J. (2012): Autonomiens betydning og vilkår ved ambulante akkutteam. En teoretisk analyse, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* vol 9 (1). Universitetsforlaget
- Hansen, G.V. og Ramsdal, H (2014) Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeide* vol 11(1). universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet 2008: Prioriteringsveileder for psykisk helsearbeid for voksne.
- Helsedirektoratet 2014 Sammen om mestring: Veileder i psykisk helsearbeid og rus for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenester.

Helsedirektoratet 2015: Aktivitesdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015, Norsk pasientregister.

Helsedirektoratet 2018: Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne 2013-2017.nr 6/2018.

Heggen, K (2007): Rammer for meistring. I Ekeland, T.J og Heggen, K (red): Meistring og myndiggjering: reform eller retorikk. s 64-83. Oslo: Gyldendal akademiske

Hopkins, C. og Niemiec, S. (2007)Mental health crisis at home: Service user perspectives on what helps and what hinders. Journal of Psychiatric and mental health nursing. 14(3), 310-318.

Horverak, Sveinung (2009); Familieråd og nettverksråd, Universitetsforlaget

Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2013); Hvordan organisasjoner fungerer? Fagbokforlaget.

Janis, I. (1972). Victims of Groupthink: A psychological Study of Foreign- Policy Decisions and Fiascoes (engelsk). Boston.

Joy, C. B, Adams, C.E. og Rice, K (2006) Crisis intervention for people with several mental illnesses. Cochrane datatbase og Systemic reviewes (online) (4) CD001087.

Karlsson, B og Borg, M. (2017): Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser, Gyldendal Akademiske.

Kolberg, C. (2009): Hvordan kan vi unngå at psykisk helsevern skader mer enn det hjelper? Noen dilemma og forsøk på løsninger. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 5(4), s 301-309.

Kullerud, H., Løwer, T.R. og Lydersen, B. (2013); Psykisk helse i samhandlingsreformen: God intensjon- for dårlig resultat, Tidsskrift for psykisk helsearbeid vol 10 nr 4. Universitetsforlaget.

Kvaale, S. og Brinkmann, S. (2015): Kvalitative forskningsintervju, 3.utgave, Gyldendal akademiske.

Langeland, E. (2014): Salatugenese og psykiske helseproblemer- kunnskapsoppsummering. NAPHA- rapport nr 1/2014.

Lauvås, K og Lauvås, P. (2004). Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og samarbeid. Oslo.Universitetsforlaget.

<https://www.ledernytt.no/gode-holdninger-skaper-resultater.5339778-112372.html>

Lov og arbeids- og velferdsforvaltningen 2006

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 1999

Lov om folkehelse 2011

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011

Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999

Lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsetaten 2009

Lov om spesialisthelsetjenester 1999

Malterud, K. (2017): Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag, 4. utgave, Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012): Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Universitetsforlaget.

Michaelsen, R., Vatne, S. og Holling, A. (2007): Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid. Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning.

Nielsen, G. H. og Raaheim, K. (1997): en innføringsboki psykologi for universitet og høyskoler, Cappelen Akademiske Forlag

NOU:2005; Fra stykkevis til helt. En sammenhengende omsorgstjeneste

Normann, T. og Sandvin, J.T.(2015). Individuell plan. Et sesam, sesam? Kommuneforlaget.

Norges forskningsråd (2004). Evaluering av opptrappingsplaner for psykisk helsekonklusjoner og policyutfordringer. Sammenfatning og analyse av ti evalueringsprosjekter.

Olsen, B.M., Vatne, S. og Buus, N (2015); kontinuitets- og samhandlingsutfordringer i psykiske helsetjenester- En fokusgruppestudie. Klinisk sygepleje, 29 (04). Oslo: Norges forskningsråd.

O'Reilly, C. (1989) Corporations, and Commitment: Motivation and Social Control in Organization. <http://journals.sagepub.com/doi/10.2307/41166580>

Ose, S. O. og Slettebak, R. T. (2014). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF Rapport A25834.

Pfeffer, J. (1997) New Directions for Organization Theory: Problems and prospects. Oxford University Press. New York

Ramsdal, H. (2013): Statlige reformer og lokal iverksetting- hva betyr det for psykisk helsearbeid. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 04/2013(10).

Schein, E.H. (1996) Three cultures of management: the key to organizational learning. Sloan Management review 38(1) 9-21.

[Schein](#), E. H. (1987): Organisasjonskultur og ledelse -er kulturendring mulig? Libro forlag.

Seikkula, J. (2012) Åpne samtaler, 2.utgave, Universitetsforlaget.

Slade, M (2009). Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge University Press (New York).

St.Meld 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening.

St.Meld 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet. Helse og omsorgsdepartementet.

St.Meld nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen-rett sted til rett tid. Helse og omsorgsdepartementet (samhandlingsreformen).

St.prp.nr 63 (1997-98)- Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008

St.prp.nr 63 (1997-1998) sosial og helsedepartementet; Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998

Sverdrup, S., Myrvold, T.M. og Kristoffersen, L.B. (2007) Brukermedvirkning og psykisk helsearbeid: Idealer og realiteter (NIBIR-Rapport 2007:2) Institutt for by og regionsforskning (Oslo)

Sverdrup, S. (2009). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr 04. Idunn.

Sørgård, J. og Karlsson, B. (2017). «Åpen dialog bak lukkede dører» Pasienter og pårørendes erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatris avdeling. Tidsskrift for psykisk helsearbeid vol 14 (4) s 327-338. Universitetsforlaget.

Thagaard, T. (2009). Systematikk og innlevelse. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Tjora, A. (2012). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Gyldendal Akademiske

Tresfjord, S. og Hatling, T. (2004). erfaring fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøy individuell plan psykisk helse (IPPH). (Sluttrapport fra samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003). SINTEF Helse (Trondheim).

Ørstadvik, S. (2008) Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 5 (2), 111-119. Universitetsforlaget.

<http://www.napha.no/content/13757/Evaluering-av-ACT-team-ferdig>

Vedlegg 1:**Case:**

Enslig dame 24 år. Bipolar lidelse, paranoia, sosial angst

Nettverk:

Ingen nære venner. Lite familienettverk, kontakten er uklar. Mest mor.

Økonomi:

Arbeidsavklaringspenger, glemmer ofte å sende inn meldekort og får derfor uregelmessige utbetalinger.

Interesser:

Gå tur i fjellet, moteklær, foto og film

Mål:

Kjæreste og 2 barn. Jobbe som helsefagarbeider ved langtidsavdeling på sjukeheimen. Ha mange gode venner

Utfordringer:

Ingen utdanning ut over 1 år på vgs

Selvskading ved risping på armer og ben. Slå hodet i veggen til hun besvimer.

Overdriver det hun begynner med, for eksempel gå lange fjellturer uten trening. Har ved 3 anledninger måtte ha hjelp fra hjelpekorpsset for å komme seg hjem.

Status ved innleggelse:

Mente at huseier overvåket henne med at han har montert chip i kroppen hennes. Hadde da rispet seg til blods på flere steder på kroppen i et forsøk på å finne chippen. Gikk fysisk til angrep på huseier utenfor huset for å få vite hvor chippen var. Ble derfor innlagt på tvang.

Manglende betalt husleie.

Har ikke arbeid, skoleplass eller dagaktivitetstilbud.

Vedlegg 2:

Stikkord til intervju

Hva forventes, slik dere ser det, av kommunehelsetjenesten/Spesialisthelsetjenesten før, under og etter utskrivelse av bruker?

Tidsperspektiv

Veiledning

Holdninger

Samarbeidskultur:

- 1.linjetjenesten
- Pårørende/nettverk
- Lokalt

Oversiktlig system

Kunnskap om de andre sine oppgaver

Ansvarsfordeling

IP/ansvarsgruppemøter

Saksbehandling: spesialisthelsetjenesten sier at kommunal saksbehandling er sendrektig og uoversiktlig.

Prosessen ved utskrivning av bruker

Hva skal til før dere anbefaler innleggelse av bruker? Hva gjør kommunehelsetjenesten i forkant når denne er kjent?

Brukeren sin rolle i egen situasjon

Samarbeid med fastlege

Vedlegg 3:

Informasjonsskriv til kommune og spesialisthelsetjeneste

Hei, i forbindelse med et masterstudium i Psykisk helsearbeid ved Nord Universitet, inviteres dere til å være med i en kvalitativ studie. Formålet med studien er å undersøke kulturene og forventningene kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har til seg selv og den andre part når pasienter skrives ut fra institusjon og tilbake til kommunen. For å kunne gjennomføre studien søker jeg kontakt med dere som er ansatt i avdelinger innenfor spesialisthelsetjenesten og hjelpetjenestene i kommunen, og som kan være med på et fokusgruppeintervju med andre fra samme enhet/kommune.

Sentrale føringer legger vekt på at mennesker med psykiske lidelser har behov for helse- og sosiale tjenester som er preget av kvalitet, samhandling og koordinering, det stilles derfor store krav til samarbeid og informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene og enheter på kommunalt nivå.

Formålet med studien er å sette fokus på kulturen og holdninger til samarbeidet på tvers av nivå i hjelpetjenestene, til pasienter som har en historikk med langvarige eller gjentatte institusjonsopphold i døgnetenhet i psykiske helsetjeneste. Hva forventer de ulike tjenestenivåene av seg selv og hva forventer denne av det andre nivået? Hva skal til for at pasienten skal få gode overganger og god livskvalitet?

Jeg ønsker å intervju fagpersoner som deltar i innleggelse- og utskrivingsprosessen av pasienter til og fra spesialisthelsetjenesten. På grunn av at kommunene er organisert ulikt, ber jeg om at den enkelte kommune vurderer hvem som bør delta i dette fokusgruppeintervjuet. Jeg henvender meg til dere som tar imot pasienter i kommunen, dette kan være fastlege, hjemmetjenesten, Nav, psykiatrisk sykepleiere, koordinerende enhet, rehabiliteringsteam osv. Fra spesialisthelsetjenesten ønsker jeg kontakt med behandlere, Oppfølgingsteam og kontaktpersonene til pasientene.

Disse intervjuene skal i utgangspunktet skje på de ulike avdelingene hvor informantene arbeider og jeg er åpen for å bruke allerede etablerte fora, som dere har, hvis det er ønskelig. Jeg ønsker en gruppe på ca 6 deltakere. Hvert intervju vil ta ca 1,5 time. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, i tillegg vil jeg ha med meg en kollega under intervjuet som bistår meg med notater. Intervjuene vil bli transkriberte. Dersom det er ønskelig kan informantene i ettertid få se transkripsjonen av sitt eget intervju. All informasjon i dette studiet vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Deltakelsen er frivillig og dere kan når som helst trekke dere dersom dere ønsker det.

Jeg ønsker å delta på intervjuet og er kjent med at det blir gjort opptak av samtalen. Jeg godkjenner de kriterier som er beskrevet over.

Dato;

Underskrift

Vedlegg 4: Godkjenning NSD

Arve Almvik
Høgskoleveien 27
7600 L EVAN GER

Vår dato: 22.03.2018

Vår ref: 59737 / 4 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.03.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

59737	Hva kjennetegner kulturer og holdninger til samarbeid på tvers av tjenestenivåene- hva fremmer og hva hemmer recovery?
Behandlingsansvarlig	Nord universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Arve Almvik
Student	Camilla Hyttebakk

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Nord universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt Ved prosjektslutt 01.03.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg 5: Stikkord

Liste over stikkord fra intervju

Trygge	Kartlegging	Psykisk helse	Kunnskap om
Innkluenderende	Relasjoner	Lokalt samarbeid	andres felt
Stabilisere	Individuell plan	Bistand	Prioriteringer
Prognose	Journalssystem	Fastlege	Rett person på rett
Lære og leve med	Gode system	Psykisk helsetjeneste	plass
Verge	Kommunikasjon	Informasjon	Lokalisering
Veiledning	Hjelpe tiltak	Årsak til sykdom	Kort vei
Oppfølging	Bemanningsplan	Innleggelsesrapport	Kompetanse lett
Psykiatrisk team	Stort press/tid	Tverrfaglig samarbeid	tilgjengelig
Samarbeid	Medisin	Kompetanse	Lav terskel
Klargjøring	Åpningstider	Helhet	Voksenhabilitering
Miljøterapi	Ansvarsfordeling	Psykiatri	Kunnskap
Retten til forfall	Sikkerhet	Nav	Samarbeidsmøte
Tvang	Usikkerhet	Brukermedvirkning	Sammensatt
Familie/nettverk	Drar i team	Nettverksgrupper	Årsak
Helsesøster	Høgtider/helg	Ansvarsgrupper	Nærmeste
Somatisk sykehus	Høgterskel for å ta	Spesialisthelsetjenesten	pårørende,
Ambulerende	kontakt med	Alvorlighetsgrad	Kvalitet nettverk
team	spesialisthelsetjenesten	Bakgrunn	
Lege	Vanskelig	Jobb/praksis	
Stigma	Skrive seg ut	Økonomi	
Tabu	Samtykkekompetanse	Støttekontakt	
Psykiatrisk	Ringe til enhetsleder	Muligheter	
sykepleier	Kabbeseng	Begrensninger	
Ressurser i	Ordne tilbud som	Stabilitet	
kommunen	passer	Forstå hva som skjer	
Oversikt	Natt	Faller mellom to stoler	
Vanskelig om det	Nye tanker	Gråsone	
er utenom	Vite hva de andre kan.	Endre tanker	
kommunen	Erfaring	tenke nytt	
Rutiner	ansvar	Berolige	

