

# Sammen om gode overganger

*Samarbeidsmodeller mellom psykisk helsevern i kommunen og  
i spesialisthelsetjenesten*

**Tone Lise Brattrud**



Høgskolen i Hedmark



Masteroppgave, master of mental health care, avdeling for helse og  
idrettsfag

Høgskolen i Hedmark 2009

## Forord

Min motivasjon for å gå i gang med denne studien har vært interesse og kunnskap fra fagfeltet psykisk helsearbeid. Jeg har 20 års erfaring som sosionom på psykoseavdeling. En av mine oppgaver har vært kommunesamarbeid. Det har gitt meg bred innsikt i de samarbeidsutfordringene fagfeltet står ovenfor. Mitt interessefelt har vært pasienter med psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Rus kan oppleves som en kompliserende faktor i behandlingen av psykiske lidelser. Utfordringen ligger i å se begge lidelsene samtidig i en integrert forståelse. Tilbudet har vært preget av mangel på kontinuitet og sammenheng. Det gleder meg derfor at jeg i denne sammenheng kan løfte fram de gode eksemplene og erfaringene fra godt faglig arbeid som informantene har gitt meg. Min forforståelse og kunnskap om temaet har jeg forsøkt å sette i parentes i tråd med god forskningsetikk. Jeg har forsøkt å opptre ryddig og løfte fram den gode praksisen fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det håper jeg blir studiens styrke.

Jeg vil få takke min arbeidsgiver for har lagt forholdene til rette for at jeg kunne gjennomføre denne studien og min veileder ved Høgskolen i Hedmark, Arild Granerud, for kommentarer og gode innspill. Videre vil jeg takke arbeidsgruppa og prosjektledelsen i Miljøterapiprosjektet for konstruktive tilbakemeldinger underveis. Det rettes også en takk til samarbeidspartner og informanter som har gjort studien mulig. Takk til medstudenter for en spennende læringsprosess vi har delt det siste året, og takk til familie og kollegaer for tålmodighet og oppmuntringer underveis.

Jeg håper studien kan være til inspirasjon og nytte for pasienter, pårørende og fagpersonene innen psykisk helsearbeid.

Hamar 29. juni 2009

Tone Lise Bratrud

---

# Innhold

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>INNHold</b> .....	<b>3</b>
<b>NORSK SAMMENDRAG</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>1. BAKGRUNN</b> .....	<b>8</b>
1.1 INNLEDNING.....	8
1.2 STATLIGE FØRINGER.....	9
1.3 MILJØTERAPIPROSJEKTET.....	11
1.4 DELSTUDIEN “SAMMEN OM GODE OVERGANGER”.....	12
1.5 FORSKNINGSFELTET.....	13
1.6 AVGRENSNINGER OG BEGREPSAVKLARINGER.....	14
<b>2. PSYKISK HELSEARBEIDS TEORI</b> .....	<b>17</b>
2.1 PSYKOSE OG PSYKOSEFORSTÅELSE.....	17
2.2 INTERGRERT BEHANDLING.....	18
2.3 MARGINALISERING OG LITE SOSIALT NETTVERK.....	19
2.4 PSYKISK HELSEARBEID I LOKALSAMFUNNET.....	21
2.5 BRUKERMEDVIRKNING OG INVOLVERING.....	23
2.6 DIALOGBASERT NETTVERKSARBEID.....	25
<b>3. TIDLIGERE FORSKNING OG LITTERATUR OM SAMARBEID</b> .....	<b>26</b>
<b>4. METODE</b> .....	<b>32</b>
4.1 HANDLINGSORIENTERT FORSKNINGSSAMARBEID.....	33
4.2 DATAINNSAMLINGEN.....	34

---

4.3	KVALITATIV INNHOLDSANALYSE.....	37
4.4	ETISKE REFLEKSJONER .....	38
<b>5.</b>	<b>RESULTATPRESENTASJON / FUNN.....</b>	<b>40</b>
5.1	KOMMUNEPERSPEKTIVET .....	40
5.1.1	<i>Kategori 1 - Brukeren i sentrum.....</i>	<i>41</i>
5.1.2	<i>Kategori 2: Likeverdig samhandling mellom nivåene.....</i>	<i>43</i>
5.1.3	<i>Kategori 3 - Samarbeid om gode overganger ved utflytting .....</i>	<i>44</i>
5.1.4	<i>Kategori 4 - Særlige utfordringer for samarbeidet.....</i>	<i>48</i>
5.2	SPESIALISTHELSETJENESTEPERSPEKTIVET .....	51
5.2.1	<i>Kategori 1- Individuell behandling.....</i>	<i>52</i>
5.2.2	<i>Kategori 2- Planleggingen skjer i arbeidslaget .....</i>	<i>55</i>
5.2.3	<i>Kategori 3 – Kompleksiteten er en utfordring for samarbeidet .....</i>	<i>56</i>
5.2.4	<i>Kategori 4 - Tilbake til hjemkommunen og lokalsamfunnet.....</i>	<i>58</i>
5.3	SAMHANDLINGSPERSPEKTIVET .....	61
5.3.1	<i>Samarbeidsavtalen .....</i>	<i>62</i>
5.3.2	<i>Beskrivelse av prosessen .....</i>	<i>63</i>
<b>6.</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>65</b>
6.1	METODISKE REFLEKSJONER.....	65
6.1	DISKUSJON AV STUDIENS FUNN.....	67
6.1.1	<i>Det nødvendige brukerperspektivet.....</i>	<i>68</i>
6.1.2	<i>Komplekse pasienter og store funksjonshindringer.....</i>	<i>69</i>
6.1.3	<i>Rehabiliteringsperspektivet etterspørres.....</i>	<i>71</i>
6.1.4	<i>Samarbeid ved innleggelse og underveis i oppholdet .....</i>	<i>72</i>
6.1.5	<i>Samarbeid ved utskrivning.....</i>	<i>74</i>

---

6.1.6	<i>Samarbeidets utfordringer</i> .....	75
<b>7.</b>	<b>KONKLUSJON OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>77</b>
<b>8.</b>	<b>REFERANSER</b> .....	<b>80</b>
	<b>VEDLEGG:</b> .....	<b>86</b>
	<b>VEDLEGG 1:</b> Godkjenning fra REK	
	<b>VEDLEGG 2:</b> Informasjonsskriv	
	<b>VEDLEGG 3:</b> Samtykkeerklæring	
	<b>VEDLEGG 4:</b> Intervjuguide	
	<b>VEDLEGG 5:</b> Flytdiagram forskningsprosessen	
	<b>VEDLEGG 6:</b> Samarbeidsavtale	
	<b>VEDLEGG 7:</b> Litteratursøk Cochrane, Psycinfo, SweMed	

**Antall ord: 22430 ord**

## Norsk sammendrag

Studien ”Sammen om gode overganger”, fokuser på hvilke samarbeidsrutiner og relasjoner som må etableres mellom kommunene og psykiatriske avdelinger på et psykiatrisk sykehus for å få til en god rehabiliteringsprosess for pasienten. Studien er en del av et miljøterapi-prosjekt, og er et samarbeidsprosjekt med Høgskolen i Hedmark. Målgruppen for prosjektet er mennesker med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Prosjektets målsetting er å bedre det miljøterapeutiske behandlingstilbudet og bidra til kompetanseheving hos personalet. Studien har en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming med deskriptiv design. Intervensjonen har bestått av fokusgruppeintervjuer og rundbordskonferanser. For å ivareta samhandlingsperspektivet er det nedsatt grupper med representanter fra sykehuset og samarbeidskommuner. Dataene er analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultatene viser at for å lykkes i samarbeidet, må pasientens behov og medvirkning settes i sentrum for utvikling av tjenestene. De ansatte må bidra til å skape et verdig liv ved å tilrettelegge sosiale arenaer, materielle forhold og samarbeide med pasientens personlige nettverk. Det er dårlig utbygde kommunale tjenester til denne pasientgruppa og uklarheter i koordineringsansvaret. Vesentlig for samhandlingen er relasjonsutvikling og dialog. Det er viktig å ha respekt og likverdig samhandling, kjenne til hverandres roller og funksjoner, dele faglig kompetanse og avklare forventninger, foruten å starte samarbeidet tidlig. Tidlig kartlegging og felles målsetting kan redusere innleggelsestiden i sykehus. Samarbeidet underveis i behandlingsforløpet baseres på dialog, god informasjonsutveksling, struktur, planlegging og ansvarlig rollefordeling. Koordineringsansvaret bør avtales og det bør jobbes mer målrettet med bruk av individuell plan. Ved utskrivning fra sykehus vektlegges gradvis tilbakeføring med planlegging av permisjoner, hospitering, fleksibilitet og overlappende tjenester, kriseplaner, kompetanseoverføring og veiledning. Økonomiske, mobile innsatsmidler, fra sykehus til kommunene bør benyttes i særskilte tilfeller. Samarbeidet har utfordringer som bør løftes til ledelse og politisk nivå.

### **Nøkkelord:**

Kommune, psykisk helsevern, psykiatrisk sykehus, psykose, dobbeltdiagnose, rus og psykisk lidelse, samarbeid, tverrfaglig samarbeid, koordinering, integrert behandling

## **Abstract – Concerted actions for soft transitions**

The project “Concerted actions for soft transitions” focuses on the shared routines and relationships which need to be established between the local authority and the psychosis division of a psychiatric hospital in order to ensure an ideal environment for rehabilitation. The project is part of an environmental therapy project in the psychosis division in conjunction with Hedmark University College. The target group of the project includes those with a serious psychotic disability simultaneous to an intoxication problem. The aim of the project is to suggest improvements to environmental therapy and to increasing staff skills. The study has a phenomenological, hermeneutic approach with a focus on descriptive design. This has involved focus group interviews and round-table conferences. In order to maintain an interactive perspective, groups were formed comprising representatives from the hospital and the participating local authorities. The momentum for action was maintained through weekly dialogues at the two units of the division. The data was processed with the aid of a qualitative content analysis. The finds are presented in tables within a municipal perspective, a special health services perspective and an interaction perspective.

The results indicate that in order for concerted actions to be successful, the patient’s needs and participation must be placed at the centre of service development. The staff must contribute to establishing a dignified life by organising social arenas, material circumstances, and through involvement with the patient’s social network. Municipal services are poorly developed for this patient group and responsibility for coordination is obscure. Essential for interaction and teamwork is the development of relationships and dialogue. It is important to have respect and mutual cooperation, to be aware of each other’s roles and functions, to share professional expertise and to discuss expectations, in addition to the commencement of cooperation at an early stage. Registration of the patient’s circumstances and joint objectives can serve to reduce the period of hospitalisation. Cooperation during the course of treatment is based on dialogue, good information exchange, structural planning and delegation of functions. The coordination of responsibility needs to be determined and there is a need to focus more objectively by incorporating an individual program. Upon discharge from the hospital, importance is attached to a gradual reintroduction into the community in stages with planned leaves of absence, incorporating flexibility and overlapping services, a crisis plan, transfer of skills and guidance. Economic mobile contributions should be used under special circumstances. Cooperation involves challenges which need to be elevated to the leadership and the political level.

**Keywords:** Community, mental health service, psychiatric hospital, psychosis, treatment planning, drug abuse, dual diagnoses, case management, cooperation and collaboration.

# 1. Bakgrunn

## 1.1 Innledning

Studien ”Sammen om gode overganger”, handler om hvilke samarbeidsrutiner og relasjoner som må etableres mellom psykisk helsevern i kommunene og spesialisthelsetjenesten for å få til en god rehabiliteringsprosess for pasienten. Målet er å utvikle gode samarbeidsmodeller som understøtter pasientens bedringsprosess. Studien er en del av et miljøterapiprosjekt ved en psykoavdeling på et psykiatrisk sykehus, og et samarbeidsprosjekt mellom avdelingen og Høgskolen i Hedmark.

Det psykiske helsearbeidet er organisert i flere forvaltningsnivåer, med spesialiserte sykehustjenester, distriktpsykiatriske sentra (DPS) og kommunale helsetjenester. Alle nivåene har de siste årene gjennomgått omorganiseringer mot et desentralisert psykisk helsevern. Målet har vært å utvikle tilgjengelige og sammenhengende tjenester av høy faglig kvalitet tilpasset befolkningens behov. Det har vært flere store samfunnsreformer siden 1980 tallet med dette formålet. Vi har hatt en statlig Opptrappingsplan fra 1999 til 2008, for å etablere pasientnære tjenester innenfor det kommunale tjenestetilbudet, og bygge ned de store psykiatriske institusjonene. Innen DPS og på sykehus har dette medført store organisatoriske reformer og omstillinger. De statlige føringene vektlegger autonomi og rettigheter. Vi har fått ny helselovgivning i 2004 med flere pasientrettigheter, større brukermedvirkning og mer ambulant virksomhet. (Sosial-og helsedirektoratet 2006). Med rusreformen overtok de statlige helseforetakene det tidligere fylkeskommunale ansvaret for behandlingstiltak til rusmisbrukere. På kommunenivå har vi hatt reformer som ny organisering av sosialtjenester, arbeid og trygd samlet i Nav og Ny fastlegeordning.

Desentraliseringen av spesialisthelsetjenesten innebærer at DPS skal ha et hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne. Det er likevel store variasjoner mellom tjenestene både i kommunene og på DPS nivå hva angår bemanning, tilgjengelighet og ressurser. Tjenestene oppleves mange steder som fragmenterte. Det pekes på av forskere og forfattere at tjenestene i møte med mennesker med psykiske lidelser er organisert ut fra sykdomsfase og symptomintensitet. Kommunale tilbud og fastlege er fremtrendene ved milde symptomer.



---

Ved sterkere symptomer og lidelse, vil innleggelse i sykehus aktualiseres. Når symptomene igjen dempes blir pasientene henvist til de kommunale tjenestene. Dette kaller Nytingnes og Skjerve (2005) for organisert diskontinuitet. I hvert ledd møter den lidende nye tjenester og nye fagpersoner. Dette innebærer stadige brutte relasjoner i vanskelige faser og overganger i livet. ( Nytingnes og Skjerve, 2005, Bøe T.D. & Thomassen A, 2007).

Erfaringene fra Stortingsmeldingen viste at det var svikt i alle ledd og på alle nivåer, og man er i gang med utformingen av en ny samhandlingsreform som ventes fra departementet høsten 2009. Utfordringene vil være å skape helhet og bedre sammenheng i tjenestetilbudet. Man står foran store samhandlingsutfordringer (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Veilederen for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene tar også opp behovet for å bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. De viser til at dette berører både den praktiske organiseringen av tjenestene og grunnleggende problemstillinger knyttet til holdninger, kommunikasjon og vilje til å finne fram til helhetlige løsninger for pasientene. For å klare dette må pasientens behov settes i sentrum, og man må finne fram til fleksible løsninger og ha en bred tilnærming med tverretattlig og tverrfaglig samarbeid.

## 1.2 Statlige føringer

Statlige føringer har gjennom lengre tid vist behov for store endringer innen det psykiske helsetilbudet. Dette tas opp allerede i Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. Der ble det satt et kritisk søkelys på norsk psykiatri. Meldingen slo fast at pasientene ikke fikk den hjelpen de trengte, at personalet ikke fikk mulighet til å gjøre en god nok jobb og at myndighetene ikke maktet å gi befolkningen et godt nok tilbud. Meldingen la vekt på hva som måtte endres i forhold til det ”psykiatriske behandlingstilbudet” En særlig endring var at brukerperspektivet skulle sterkere inn og at tjenestetilbudet skulle styrkes betraktelig. Fokus ble brukermedvirkning, større krav til informasjon og retten til Individuell plan (IP). Stortingsmeldingen ble etterfulgt av Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. 63 1997-2006) som la vekt på mer desentralisering og styrking av behandlingstilbudet, og en utvikling der familie og nærmiljø trekkes mer aktivt med i behandlingen.

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, har vært sentralt for utbyggingen av psykisk helsearbeid i kommunene. Planen ble forlenget ut 2008 og en evaluering forventes i 2009. Veilederen for det psykiske helsearbeidet for voksne i kommunene sier at *”det skal være en målrettet, faglig fundert og samordnet innsats og fortrinnsvis gis et tilbud i brukernes nærmiljø i tråd med LEON prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå)”*. Psykisk helsearbeid i praksis skal være tilrettelegging for mestring. Sentrale områder veilederen trekker fram i utformingen av tjenestetilbudet er: 1) Tilgjengelighet til egen bolig, med bistand og oppfølging 2) Mestring – arbeid og utdanning, 3) Mestring – sosialt felleskap og meningsfylte aktiviteter 4) Faglig innhold og samhandling i psykisk helsearbeid og 5) Folkehelse arbeid og forebygging av psykiske lidelser. Opptappingsplanen har som utgangspunkt et ønske om en samfunnsutvikling med større vekt på kulturelle og menneskelige verdier og desentraliserte behandlingstilbud (Helse og omsorgsdepartementet, 2006).

En forutsetning for å kunne behandle pasienten på lavest effektive omsorgsnivå, er at lokalsamfunnet har tilstrekkelig kompetanse og økonomiske ressurser til å sikre god faglig oppfølging, sysselsetting og behandling. Desentraliseringsprosessen stiller større krav til helsepersonell. Særlig ligger det her utfordringer til mennesker som har kontakt med helsevesenet og er innlagt over lengre perioder i sitt liv. Helsepersonell må kunne samhandle og sikre helhetlige, koordinerte tjenester og forholde seg til komplisert kunnskap gjennom behandlingsforløpet. Det må sikres gode samarbeidsrelasjoner mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Ut i fra behovet for større brukermedvirkning, kom nye pasientrettigheter og lovgivning knyttet til individuell plan (IP). Hensikten med individuell plan er at mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal sikres en helhetlig plan som klargjør ansvarsforhold og synliggjør oppfølgingstiltakene (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Som ledd i opptappingsplanen (St.prp.63:1997-98) ble Rusreformen gjennomført i 2004. Etter Rusreformen har de regionale helseforetakene et ”sørge-for-ansvar” for alle tverrfaglige, spesialiserte behandlingstilbud for alle med psykiske lidelser og samtidig rusmisbruk. Kommunene har fortsatt et hovedansvar for å forebygge og avhjelpe rusproblemer, men all institusjonsbehandling er nå overført til spesialisthelsetjenesten. Denne lovendringen har tydeliggjort at psykiske lidelser og ruslidelser henger sammen. I

---

departementets kunnskapsbase Helsedialog ligger oppdaterte linker og statlige føringer på området. ([www.helsedialog.no](http://www.helsedialog.no)).

### 1.3 Miljøterapiprosjektet

Miljøterapiprosjektet kom i stand på bakgrunn av at psykoseavdelingen, så behovet for fagutvikling, kompetanseheving og bedre samhandling innen sengepostene. De initierte så prosjektet i samarbeid med Høgskolen i Hedmark. Prosjektet har flere bærende ideer, hvorav et området er knyttet til fagutvikling innenfor ”samhandling og kommunesamarbeid”, prosjektets delmål 3. Miljøterapiprosjektet i sin helhet er et handlingsorientert forskningssamarbeid, hvor det forskes på egen arbeidsplass for å utvikle og kvalitetsforbedre praksis. Dette gjøres sammen med avdelingens FoU enhet og erfarne forskere fra Høgskolen i Hedmark. Prosjektet retter seg mot mennesker med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Dette er mennesker som trenger tiltak som integrerer behandlingen av rusmisbruk og den psykiske lidelsen, og tjenesteleverandører som koordinerer sine tjenester innenfor en helhetlig tilnærming. Helhetsperspektivet betyr i denne sammenheng at man ser den enkelte pasient som en kompleks, integrert helhet med fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon og at den sosiale sammenheng som bedring og rehabilitering skjer innenfor, må tas hensyn til. Her betyr dette relasjonen til familie, nettverk og lokalsamfunn (Hummelvoll 2004, Nysveen K. m.fl 2008).

Hovedmålet med prosjektet er å systematisere og utvikle det faglige miljøterapeutiske tilbudet basert på vitenskaplig kunnskap og praksisbasert kompetanse, slik at tilbudet oppleves meningsfylt for pasienter, pårørende og ansatte i de ulike poster, samt ansatte i kommunen. Ideen er at lokal erfaringskunnskap utviklet gjennom systematisk refleksjon over praksis i samarbeid med ansatte, pårørende, pasienter og tjenestenettverket i lokalsamfunnet, kan skape sentral kunnskap. Dette forutsetter at ansatte blir trukket aktivt med i refleksjon og fordypning av egen praksis, samt utvikling og evaluering av denne. En slik tilnærming kan bidra til kompetanseutvikling hos personalet og skape ny forskningsbasert kunnskap om samhandling med kommunene i forhold til tiltak som fremmer pasientens personlige og sosiale rehabilitering. De aktuelle postene kan utvikle seg til gode modellposter for miljøer som driver forskning, fagutvikling og kompetanseheving. ( Nysveen K. 2007).

To enheter i spesialisthelsetjenesten (psykoseavdeling) er valgt ut til å være forskningsenheter. I tillegg er en enhet valgt som referanseenheter. Enhetene har på forhånd vært igjennom en prosess med utarbeidelse av mål og verdigrunnlag, som er beskrevet i selvstendige notater. ”Mål og verdigrunnlag” notat nr 1/08 og 3/08 i Høgskolen i Hedmarks notatserie (Nysveen K. m.fl. 2008). Mål, holdninger og verdigrunnlag vil bli evaluert i et eget forskningsprosjekt avsluttet i 2009. I tillegg er det skrevet to masteroppgaver innen prosjektet, Stensrud 2007 og Østby 2007.

Miljøterapiprosjektet er organisert med prosjektkoordinator som avansert sekretær. Prosjektledelsen lagt til en oppnevnt arbeidsgruppe, og det er oppnevnt ressursgruppe med koordinatorene på de deltagende enhetene. Det er også en referansegruppe hvor brukerorganisasjonene og kommunene er representert.

## 1.4 Delstudien “sammen om gode overganger”

I delstudien ”Sammen om gode overganger” var hovedmål, delmål og forskningsspørsmålene gitt. Prosjektet var godkjent hos Personvernombudet og Regional Etisk komite (REK). Det ble utarbeidet prosjektbeskrivelse for delprosjektet som ble godkjent hos prosjektledelsen våren 2008.

Studien har som formål å utvikle gode samarbeidsmodeller mellom kommunene og avdelingen. Målgruppen for prosjektet er pasienter innlagt i psykoseavdelingene, den samme som i Miljøterapiprosjektet. Prosjektets målsetting er å bedre behandlingstilbudet og utvikle et funksjonelt samarbeidet, hvor man ønsker å sette fokus på pasientenes evne til å mestre sitt liv i lokalsamfunnet, og se på enhetene sine tilnærminger til samarbeidet med pasienten, pårørende og tjenestenettverket. Hensikten med prosjektet er også å bidra til kompetanseheving hos personalet og samtidig bedre det miljøterapeutiske behandlingstilbudet. Med miljøterapi i denne sammenheng forstås et utvidet miljøterapibegrep som bygger opp under menneskers evne til å mestre et liv i samfunnet og som har et åpent perspektiv mot, og aktiv samhandling med, den kommunen den enkelte personen skal flytte tilbake til (Nysveen m.fl. 2007).

---

**Studiens forsknings spørsmål**

*-Hvilke samarbeidsrutiner og relasjoner mellom kommunen og enheten må etableres for at en skal få en god rehabiliteringsprosess for pasienten?*

*-Hva bør være det sentrale innholdet i dette arbeidet for at det på best mulig måte skal understøtte pasientens bedringsprosess.*

## 1.5 Forskningsfeltet

Forskningsfeltet er to enheter, sengeavdeling i psykoavdeling i spesialisthelsetjenesten, og to bykommuner i samme opptaksområdet.

### **Psykoavdeling i spesialisthelsetjenesten**

Psykoavdelingens hovedmålsetting er ”å gi mennesker med schizofreni eller annen alvorlig sinnslidelse et aktivt og mest mulig helhetlig behandlings- og rehabiliteringstilbud”.

To enheter fra avdelings Ressurs og sikkerhetsseksjonen inngår i prosjektet. Målgruppa er personer med schizofreni og/eller andre psykoselidelser og med tilleggsproblematikk. For en av enhetene er dette rus og aggresjonsproblematikk, for den andre er det rus, suicidalitet og selvskading. Flere av pasientene har behov for langvarig behandling og rehabilitering med koordinerte og sammensatte tjenester etter utskrivelse. Noen vil ha behov for et høyt omsorgsnivå kanskje livet ut. Enkelte mangler grunnleggende praktiske og sosiale ferdigheter og har kognitive funksjonsnedsettelse. Flere av pasientene har vært innlagt over år. (Nysveen m.fl. 2008).

Enhetene har henholdsvis elleve og åtte plasser, hvorav to skjermingsplasser og to treningsleiligheter. Personalgruppa innen begge enhetene er tverrfaglig sammensatt med psykiater, psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, ergoterapeut, hjelpepleiere og miljøassistenter.

Avdelingen har økonomiske stimuleringsmidler, kalt ”mobile innsatsmidler”, for å stimulere samarbeidet med kommunene. Dette er midler som benyttes til delfinansiering av tjenester i utskrivningsprosesser. Formålet er å finne smidige løsninger mellom tjenestenivåene når det gjelder oppgave og ansvarsforhold. Avtalene er knyttet til oppfølgingstjenester som

boveiledertjeneste, kommunale aktivitetstiltak, sysselsetting og meningsfull fritid. De har også vært brukt til oppretting eller styrkning av målretta tilbud i kommunene, som dagsenter og samarbeidsprosjekter. ( Idsø K. & Resløyken A. 1994, 2004).

Sykehuset har i tillegg inngått basisavtaler med kommunene i opptaksområdet for å avklare oppgave- og ansvarsforhold. Overordnet disse avtalene er *samhandlingsavtaler* mellom helseforetaket (HF) og Kommunenes Sentralforbund (KS) . Samhandlingsavtaler er forankret politisk, faglig og administrativt i kommunene og i helseforetakene. (Sosial – og helsedirektoratet 2005 / IS-1332). Alle disse avtalene er tilgjengelig på sykehusets hjemmeside. ([www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no))

### **To bykommuner**

Begge bykommunene ligger på Østlandet. I henhold til deres hjemmesider har byene henholdsvis 25.000 og 17.500 innbyggere. Av tjenester innenfor psykisk helse har den ene et tildelingskontor for helse- og sosiale tjenester, oppfølgingstjenester, hjemmesykepleie, hjemmehjelpstjenester, ergoterapi, fysioterapi, bo- og servicesenter og rehabiliteringsenhet.

Den andre har en helseavdeling og en sosialavdeling. De beskriver et bredt tilbud innen ulike helsetjenester som helsestasjon, legetjeneste, skolehelsetjeneste, tannhelsetjeneste og fysioterapi. Innenfor helsetjenesten har de egen psykisk helsetjeneste med psykiatriske sykepleiere og miljøarbeidere, de har bo- og omsorgstilbud, Nav sosialtjeneste som har eget rusteam.

## **1.6 Avgrensninger og begrepsavklaringer**

### **Pasientbegrepet**

Ordene pasient, klient og bruker benyttes noen ganger om hverandre. Tradisjonelt er du pasient når du er innlagt i helseinstitusjon, klient eller bruker når du mottar ytelser fra det offentlige tjenesteapparatet. Ordet ”bruker” benyttes oftest av tjenesteutøvere i kommunene, men er også knyttet til brukerorganisasjonene og brukervedvirkning. Denne studien har sitt utgangspunkt i psykisk helsevern på sykehus og ordet pasient blir stort sett benyttet gjennomgående. I resultatpresentasjonen fra kommuneperspektivet benyttes ordet bruker, som er det mest brukte i det empiriske materialet.

### **Rehabilitering og bedringsprosess**

Rehabilitering forstås i denne sammenhengen som den fysiske, psykiske og sosiale tilretteleggingen som er nødvendig for at pasienter skal kunne leve et selvstendig liv utenfor institusjon. Målet er bedring av funksjonsevnen og fjerne hindringer slik at pasienten kan få en bedre livskvalitet. Ifølge Berg (2002) handler rehabilitering om gjenoppretting av verdighet, selvstendighet, mestringsevne, yrkestilpasning, samt sosial deltagelse i samfunnet. Individets indre prosesser som den subjektivt opplevde menneskelige verdighet bør være en overordnet verdi for rehabiliteringsprosessen.

Bedring, tilfriskningsprosessen, knyttes til pasientens egen opplevelse av å bygge opp motstandkraft og opplevelsen av å komme seg. (Topor 2004).

### **Alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusmisbruk**

Begrepene psykose, schizofreni og alvorlig psykisk lidelse brukes i denne oppgaven om hverandre. Mange med psykose og alvorlig psykisk sykdom blir friske og lever sitt liv utenfor hjelpeapparatet. Med begrepet alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusmisbruk menes i denne sammenheng studiens målgruppe i betydningen; mennesker innlagt i sykehus over lengre tid og som har sterke begrensninger i sin livsutfoldelse. Psykose og psykiske lidelser forstås her som komplekse tilstander hvor psykososiale oppvekstvilkår og den enkeltes livssituasjon spiller sammen med genetiske og konstitusjonelle faktorer. En behandlingstilnærming til pasientens problemer bygger på en helhetsforståelse hentet fra og samsvarer med helhetsperspektivet beskrevet i Miljøterapiprosjektet, se s 12. (Hummelvoll 2004).

Omfattende bruk av alkohol og narkotiske stoffer har en rekke negative konsekvenser som problemer med mellommenneskelige relasjoner, skolegang, arbeid, rettsvesen og ikke minst helseproblemer. Rusmisbruk har en alvorlig innvirkning på mange menneskers funksjonsnivå, men har en langt alvorligere effekt på mennesker med alvorlig psykisk lidelse. De har en sårbarhet for rus som forsterker den psykiske lidelsen. Begrepet rusmisbruk eller ruslidelse brukes om individer som oppfyller diagnostiske kriterier. Dobbelt diagnose er begrepet som brukes for å beskrive individer som har en alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusmisbruk. (Muser m. fl. 2006).

### **Psykisk helsevern**

Psykiatri, psykoterapi, psykososialt arbeid, psykososial rehabilitering, psykisk helsevern er begreper som i en viss grad brukes om hverandre. Psykisk helsearbeid er et relativt nytt begrep. Psykiatribegrepet er i dag knyttet til den medisinskfaglige spesialiteten, selv om det fremdeles brukes som benevnelse på ulike tilbud. I oppgaven vil psykisk helsevern bli benyttet i forhold til en utvidet forståelse som omfatter tjenester fra kultur, boligetat, og andre samarbeidspartnere innenfor et helhetlig tjenestenettverk.

### **Samarbeidsrutiner**

Ordet samarbeid er et positivt ladet ord, og et vanlig begrep i vårt dagligspråk. Det er vanskelig å definere presist, men i tilknytning til arbeid i organisasjoner brukes ordene samarbeid, samordning, samhandling og noen ganger koordinering om hverandre. Samarbeid er sammensatt av forstavelsen ”sam” og ”arbeid” som vil være å arbeide sammen om et arbeide. (Lauvås & Lauvås 1994). Samarbeid ansatte i mellom er en lovpålagt oppgave, innenfor taushetsplikten og opplysningsrettens rammer. Samtykke opphever taushetsplikten. Taushetsplikten og dens unntaksbestemmelser regulerer samarbeidet, men berøres lite i denne masteroppgaven. Rutiner blir brukt synonymt til prosedyrer og retningslinjer. De skal skape struktur, stabilitet, forutsigbarhet og trygghet, spesielt for nytilsatte. Noen ganger kan rutiner bli statiske, hindre fleksibilitet og de gir lite rom for det individuelle. Faglig, klinisk skjønn bør aldri erstattes av rutiner.

### **Avgrensning**

Oppgaven avgrenses mot ideologiske diskurser i forståelsen av lidelsen og psykosens karakter. Likeledes avgrenses mot kommunikasjonsteori. Temaer som organisering av psykisk helsevern fokuseres lite.



## 2. Psykisk helsearbeids teori

### 2.1 Psykose og psykoseforståelse

Forståelse av psykiske lidelser vil være ledet av vårt menneskesyn, som igjen påvirker holdninger og handlinger. Konsekvensene av dette gir seg utslag i samhandlingen, terapiprosessen og valg av tiltak. Slik vil også psykosen forstås i fra mange teoretiske vinklinger. Det vil dreie seg om forklaringsmodeller som den biomedisinske modellen, den psykoanalytiske modellen, den eksistensielle modellen, den sosiale modellen, den behavioristiske modellen, relasjonsmodellen og den holistisk-eksistensielle psykiatriske sykepleiemodellen. De teoretiske grunnsynene representerer forsøk på helhetsforklaringer, men er oftest stykkevis forklaringer (Hummelvoll 2004).

Cullberg (2000) beskriver psykosen som et sammenbrudd i personens evne til å opprettholde kontinuitet og sammenheng i sin forståelse av verden. En gjenoppretting av psykologisk balanse krever at ytre opplevelse tolkes i overensstemmelse med en indre forståelse. Kravet om sammenheng og mening i den psykotiske tilstanden overordnes med dette kravet om logikk og rasjonalisme. Resultatet blir feiltolkning som gir en skjør indre stabilitet, og truer opplevelsen av å delta i en felles virkelighet. I den langvarige psykosen har det skjedd en viss organisering. Verden fortolkes gjennom psykosens briller og pasienten har tilpasset seg trusselbildet psykosen representerer. Han lever på en måte i en forlenget unntakstilstand. Dette bidrar til sementering av forestillingene som skaper de psykiske funksjonshindringene som psykosen representerer.

Strand (1990) viser hvordan psykodynamisk teori har gitt modeller som bidrar til en forståelse av psykoselidelser. Egopsykologi og objektrelasjonsteori gir gode innspill i forhold til å forklare hva som skjer når en er psykotisk. Innenfor denne tenkningen forstås ego som det organiserende prinsipp i personligheten, mens selvet representerer bevisste og ubevisste opplevelser som bidrar til å forme den. Sentralt i Strands tenkning ligger at psykosen representerer en tilbaketrekning fra en felles virkelighet, og at dette er en problemløsningsstrategi for å takle opplevd stress og påkjenninger (Strand 1990).

Hovedsymptomene ved psykoselidelsen er vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelse, sosial og emosjonell tilbaketrekning (Jordal og Repål 1999). Disse symptomene påvirker personens evne til å fungere i arbeid, skole, familie og med venner. Selvforstyrrelser, oppmerksomhetsforstyrrelser og kognitiv svikt har hatt mye fokus i psykoselidelsen de senere år. Kognitiv svikt har sammenheng med funksjonssvikten i dagliglivet. Den kan medføre redusert oppmerksomhet, konsentrasjonsforstyrrelser, dårlig hukommelse og dårlig eksekutiv fungering. Med eksekutiv fungering forstås evnen til planlegging, evne til fleksibilitet og evne til problemløsning (og handling). Pasienten kan i tillegg ha vansker knyttet til sosial kognisjon, vansker med å forstå andres følelser og problemer med å takle egne følelser. (Ueland & Øie 2006, Stensrud 2007).

### *Lidelsens dimensjoner*

Eriksson (1993) forstår psykisk lidelse i tre dimensjoner hvor hver dimensjon sier noe om det å leve med en lidelse: 1) *Sykdomslidelsen* forteller hvordan psykosens påvirker en som person både fysisk og psykisk. 2) *Livslidelsen* henspeiler på sorgprosessen ved at livet dreide i en annen retning enn det en hadde tenkt og hvordan dette fører til at en må nyorientere seg i forhold til egne målsettinger. 3) *Behandlingslidelsen* viser hvordan relasjonen til andre mennesker preges av at en står i et ikke likeverdig og ufrivillig forhold til personalet. Videre at behandlingen i seg selv kan påføre lidelse, eksempelvis i form av bivirkninger av medikamentbruk. Hummelvoll (2004) har føyd til en fjerde dimensjon, 4) *den sosiale lidelsen*. Denne forstås som et uttrykk for reduserte muligheter til sosial deltagelse samt samfunnets ofte stigmatiserende holdninger til mennesker med en psykoselidelse. Mange mennesker med psykoselidelse vil oppleve at de ikke er inkludert i det sosiale fellesskapet. (Hummelvoll 2004, Stensrud 2007).

## 2.2 Integreert behandling

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem, dobbeltdiagnosepasienter, har funksjonsnedsettelse på flere områder. Problemene er komplekse og sammensatte. Tiltak som integrerer behandlingen av begge lidelser er anbefalt og noen steder satt i system med gode erfaringer. Tidligere behandlingsforskning har vist at tradisjonell parallell behandling i hovedsak er ineffektiv i behandlingen av pasienter med ”doppeltdiagnoser”.

---

Nyere forskning viser derimot at integrerte behandlingsprogrammer som kombinerer psykisk helsevern med rusmisbruksintervensjoner gir mer lovende resultat (Mueser K.T. m.fl. 2006, Landheim A 2002). I dag finnes det egne avdelinger som arbeider med begge lidelsene samtidig innenfor integrert behandling. En slik tilnærming inneholder følgende sentrale komponenter: Begge lidelsene skal behandles samtidig av samme behandler. Det skal tenkes allsidig og helhetlig rundt pasienten som bolig, økonomi, sysselsetting, familie/sosialt nettverk og fritid. Man skal drive aktivt oppsøkende virksomhet og redusere negative konsekvenser, ha et langsiktig perspektiv, ha fokus på livskvalitet og motivasjonsbasert behandling og ikke ha krav til absolutt rusfrihet for å motta behandling. Behandlingen bygger på en "case management" tilnærmingen som den mest sentrale intervensjonen i poliklinisk behandling. Dette innebærer 1) psykoterapeutisk arbeid, 2) koordinering av det kliniske arbeidet og funksjon som talsmann, og 3) rehabiliterings- og endringsarbeid. Aktiviteten er strukturert, representerer kontinuitet og går over tid. Intervensjonene er motiverende endringsarbeid, kognitiv adferdsterapi, sosial ferdighetstrening og gruppeintervensjoner, selvhjelpsgrupper, familie- og nettverksarbeid samt krise- og tilbakefallsforebygging (Mueser m.fl. 2006).

## 2.3 Marginalisering og lite sosialt nettverk

Mange mennesker med psykiske lidelser opplever å bli ekskludert fra det sosiale fellesskapet. Sosial eksklusjon kan defineres som det som hender når individer lider under en kombinasjon av sammenlenkede problemer som for eksempel arbeidsløshet, mangel på evner, lav inntekt, dårlige boforhold, kriminalitet, dårlig helse og familieoppløsning. Disse faktorene vil ha relevans for de med psykiske lidelser. Mange bor alene og opplever ensomhet. I forhold til nasjonal statistikk har cirka 20 % av mennesker som bor alene psykiske lidelser (Drevdahl, 2002). Mange er utsatt for marginalisering, stigmatisering og utestegning. Det kan bli "de og oss", de psykiske syke og "oss normale". Dannelsen av grensesamfunn, som er steder hvor samfunnsmedlemmene blir sett på som annerledes og mangelfulle, fungerer ved å plassere individer i forhåndsbestemt kategorier som f. eks. sosialklienter, husløse, narkomane, psykiatriske pasienter (Drevdahl, 2002).

Granerud og Severinsson (2006) konkluderer i sin artikkel i tidsskriftet "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing" at mennesker med psykiske lidelser strever med å

bli inkludert i samfunnet. De lever med skam og ensomhet, har lav selvfølelse, angst og depresjon. De savner tilhørighet. Meningsfylt aktivitet, arbeid og sosial ferdighetstrening kan redusere stigmatiseringen.

I en undersøkelse som Granerud (1999) gjennomførte for å få kunnskap om i hvilken grad psykiatriske langtidspasienter ble akseptert i nærmiljøet etter etablering i egen bolig – og få kjennskap om hvordan integrering i lokalsamfunnet best kunne skje, viste resultatene følgende: Ved nyetablering av fellesbolig i nærmiljøet ble nabolaget preget av usikkerhet, redsel og økt informasjonsbehov. Omgivelsene opplevde ”de nye naboene” som skremmende med en avvikende væremåte, noe som førte til kontaktvansker. Nabolaget reagerte med ekskludering, segregering, usikkerhet og redsel. Undersøkelsen viste at for å oppnå integrering, må mennesker med psykisk funksjonshemming styrke sin sosiale kompetanse samtidig som det må arbeides aktivt med informasjon og kontaktskapende tiltak i nærmiljøet (Granerud, 1999).

Å tilhøre et sosialt fellesskap gir trygghet og anerkjennelse. Støtte fra sosiale nettverk har stor betydning for folks helse. Sosialt nettverk og sosial kapital er begreper som i noen sammenheng benyttes om hverandre. Sosial kapital er et begrep som tradisjonelt har vært knyttet til materielle forhold. Begrepet er beskrevet av Bourdieu 1989 og senere gjengitt av Ekeland & Heggen (2007) i ”Meistring og myndiggjering”. Her er det oversatt med ”forbindelser” som kan være, slekts og familierelasjoner, relasjoner til skolekamerater eller andre medlemmer av en gruppe. Det er den potensielt mobiliserbare summen av kapitaler av ulike typer som innehas av hvert medlem i en gruppe. Det utgjør en ressurs som alle i gruppa kan ha fordel av, et gode eller aktivum som en får tilgang til gjennom sosial relasjoner. Her snakkes det om 1) tallet på personer i ens sosiale nettverk som er forberedt på eller kjenner seg forplikta til å hjelpe deg når det trengs, 2) styrken i relasjonen når det gjelder beredskap til å hjelpe, og 3) hvilke ressurser disse personene rår over. Kulturell kapital vil være et nærliggende begrep som er sentralt i forebyggende kommunalt helsearbeid. Dette handler om en symbolsk kapital som viser til samfunnsmessige dominansforhold, handlinger eller kjennetegn som blir verdsatt av dominerende grupper i et samfunn (Ekeland & Heggen, 2007).

---

## 2.4 Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet

I lokalsamfunn er helsefremmende arbeid sentralt. Ottawa-charteret fra 1986 definerer helsefremmende arbeid slik: *”prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. For å nå fram til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre eller mestre sitt miljø”* ([www.euro.who.com](http://www.euro.who.com)).

Ifølge Hummelvoll (2004) kan psykisk helsearbeid betraktes som et paraplybegrep som dekker flere yrkesgrupper med sine respektive perspektiver. Arbeidet er avhengig av flerfaglig kunnskapstilfang, tverrfaglig praksis og tverrfaglig samarbeid, - og samarbeid med brukergrupper og frivillige organisasjoner. Fokuset er helse. Følgelig vil arbeidet bygge på kunnskaper man har om faktorer og prosesser som fremmer helse (salutogenese) og sosial tilhørighet for individer og grupper – og kunnskaper om hva som lindrer psykisk lidelse. Dette fagfeltet trenger klargjøring av hvilke teoretiske perspektiver som faggrupper og deres samarbeidspartnere mener arbeidet bør hvile på, - og hvilke praktiske følger denne forståelsen får i det daglige arbeidet. (Hummelvoll 2004: s 531). Helse påvirkes av lokalsamfunnsutviklingen og av helsepolitiske prioriteringer. Det er en oppgave som bedrives av folk flest i de ulike sosiale sammenhenger, og det er en oppgave for alle etater i en kommune. Det psykiske helsearbeidet har et relasjonsfokus og retter seg mot samarbeidet mellom bruker og ansatte. Evne til alliansebygging er en forutsetning og relasjonen har stor bedring for bedring. Psykisk helsearbeid forutsetter empati og evne til å ta inn over seg brukerens perspektiv. Dette perspektivet innebærer at erfaringskunnskap søkes aktivt og inkluderes i grunnlaget for beslutninger om tiltak, og at brukerdeltagelse blir hjørnesteinen i det psykiske helsearbeidet. (ibid).

### *Et salutogent perspektiv*

Det salutogene perspektivet ble innført av sosiologen Aron Antonovsky (1985) og viser hvordan mennesker kan mobilisere egne krefter i helsefremmende arbeid. Han sier at helse i vår kultur oftest har en patogenetisk orientering. Patogenese innebærer at fokuset er rettet mot sykdommens årsaker. En fokuserer ensidig på stressfaktorer, på symptomer og årsaker. Stress oppfattes som sykdomsfremkallende. Det salutogene perspektivet oppfatter stress og

konflikter som faktorer som hører livet til. Det avgjørende vil være hvordan man forholder seg, og hvilke faktorer som bidrar til at mennesker opprettholder helse. Han var opptatt av to begreper: Generelle motstandsressursser og opplevelse av sammenheng. (*Sense of Coherence* - *SOC*). De generelle motstandsressurssene består av både indre og ytre faktorer som virker beskyttende på tilværelsen. Erfaringer gjennom livet vil skape opplevelsen av sammenheng. Begrepet inneholder tre faktorer i forhold til hvordan man opplever tilværelsen: *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. SOC innebærer å ha motstandskraft og evne til mestring av stressfaktorer og kriser. (Antonowsky 1996).

*Begripelighet* handler om man opplever indre og ytre stimuli som forståelige, om de representerer en sammenhengende og tydelig informasjon istedenfor støy, kaotisk og uforklarlig. Mennesker som har en opplevelse av begripelighet, forventer at framtiden er forutsigbar og at den settes i en sammenheng og kan forklares.

*Håndterbarhet* handler om i hvilken grad en opplever at mobiliserbare ressurser vil være tilstrekkelig til å mestre krav og forventninger. Hvis en har en sterk opplevelse av å kunne håndtere situasjonen, vil en ikke føle seg som et offer. Man er i stand til å takle utfordringene man står ovenfor.

*Meningsfullhet* handler om hvorvidt opplevelsen av livet er forståelig følelsesmessig, og at problemer og krav oppleves verdt å bruke krefter på. En søker mening i det som skjer og mobilisere ressurser til å komme gjennom det.

### ***Recovery og bedringsprosesser***

I følge Topor (2004) er det fire sentrale faktorer som bidrar til at pasienten kommer i en god recovery og bedringsprosess. Bedring er en pågående prosess. Den kan være tilfeldig, og en bedring vil ofte komme fra utenforliggende hendelser, uavhengig av den terapeutiske relasjonen. De fire faktorene må inntreffe samtidig. Det første handler om 1) at man må ut av elendige dårlige, materielle forhold som bolig, økonomi og dårlige levekår, det vil si ha en viss standard. Det andre handler om individet selv, 2) det å ha endringstro og håp og kunne delta aktivt i eget liv, det tredje handler om 3) den sosial relasjonen og det fjerde 4) om det å skape mening i tilværelsen. Topor hevder videre at personalet må bruke sine kunnskaper og kompetanse til å utvikle en tillitsfull og trygg relasjon til pasienten. Dette er den gode hjelperelasjonen som skal bidra til denne pågående hjelpeprosessen. Da vil det handle om

---

egenskaper ved den profesjonelle selv. Behandlingen må ta utgangspunkt i at pasienten selv medvirker aktivt, pasienten og personalet må ha tro på at behandlingen har positivt effekt. Det betyr å holde håp og motivasjonen oppe. Da vil det handle om egenskaper ved den profesjonelle selv (Topor 2004).

## 2.5 Brukermedvirkning og involvering

Brukerperspektivet er et nødvendig perspektiv, og brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Brukermedvirkning, enten det er på system eller individnivå, innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk. Brukerstyring er når brukerne styrer tjenesten eller tiltaket. Brukermedvirkning på individnivå har en egenverdi i seg selv som en terapeutisk effekt. Medvirkningen vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess. Samfunnet trenger også brukermedvirkning på systemnivå for å rette opp svikt og brister og skape bedre tjenester. Ved en slik instrumentell brukermedvirkning er formålet å bedre tjenesteapparatet. (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Andreassen (2005) sier det slik: Demokratihensynet begrunner at underrepresenterte grupper deltar i prosesser og avgjørelser, som får betydning for utforming og utbygging av helsetjenester i stor skala. Brukermedvirkning på systemnivå skal også gi myndighetene mulighet til å kvalitetssikre sin virksomhet ved å få tilført kunnskap om hvordan brukerne opplever dagens situasjon og tilbud. Brukermedvirkning på systemnivå kan sikres gjennom organisert samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner. Organisert samarbeid handler om at pasientene gjennom sine organisasjoner systematisk høres i viktige spørsmål som angår dem, og sikres representasjon i organer som er viktige for beslutningsprosessene.

Ørstavik (2002) har sammenfattet litteraturen som omhandler teamet og har funnet seks ulike motiv som taler for brukerperspektivet og brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. 1) Det menneskelige argumentet bygger på brukerperspektivet ut fra et medborgerperspektiv. Et demokratisk samfunn forutsetter at alle skal få mulighet til å artikulere sine behov og møtes med respekt. 2) Det økonomiske argumentet bygger på at aktive brukere leder til mindre kostnader for samfunnet. 3) Det terapeutiske motivet innebærer at rehabilitering og integrasjon i samfunnet går raskere og bedre om brukeren er aktivt støttende og delaktig enn om man betraktes som et passivt objekt for ulike tiltak. 4) Det moralske argumentet stiller snarere krav i forhold til brukeren enn til samfunnet gjennom å poengtere den moralske plikt

til å klare seg selv og ikke ligge samfunnet til byrde. 5) Fra et pedagogisk perspektiv kan man fremholde at læring og nylæring lettes av engasjement og egenaktivitet. Endelig vil 6) profesjonsargumentet fokusere på at den egenopplevde erfaringen får unik betydning, noe den profesjonelle og generelle kunnskapen ikke kan erstatte. Brukeren er ekspert på sin egen situasjon. (Ørstadvik 2002, Hummelvoll 2008). Disse argumentene viser at det fremdeles er en vei å gå.

Gro Beston (2003), ansatt brukerrepresentant ved Høgskolen Hedmark, gir disse rådene til forskere og praktikere i hvordan samarbeidet med brukerne bør være. Hun sier man må se mer bort fra diagnosene, og søke etter likhetene, det mellommenneskelige. Skal forskningen frembringe ny kunnskap om det å være psykisk syk, må man gripe tak i angsten som en grunnleggende følelse i mange psykiske lidelser. Angsten er felles og forstår man de grunnleggende likhetene ved det å være syk, kan man komme fram til en bedre behandling. Hun sier videre at man trenger hjelp til å komme på sporet igjen, hjelp til å bli hørt og forstått og til å føle trygghet (Beston m.fl. 2005, Hummelvoll m.fl. 2003). Det skumleste ved å være frisk er å ta ansvar for eget liv, sier en bruker og frivillig medarbeider ved et rehabiliteringssenter i Oslo. Anne Grete Orlien 2006, har i sin artikkel skrevet om hva som virker helbredende for personer med alvorlig psykisk lidelse. Hun beskriver betydningen av tro, åndelighet og mening i livet.

Bøe & Thomassen (2007) løfter fram dialogen, relasjonen og etikken som de viktigste faktorene innenfor fagfeltet psykiske helsearbeid. De sier at det ikke nødvendigvis er fagpersonene som har den viktigste kunnskapen. Brukerperspektivet, den andres "innenifrakunnskap" må frem og være bærende i arbeidet. Fagperspektivet bør ikke være entydig rådende i samhandlingen. Da kan det stå i veien for dialogen og det gode endringsarbeidet. Kvaliteten på kommunikasjonen og relasjonen er vesentlig. Faglig praksis må i større grad forstås som etisk praksis og må dreie seg om kompetanse på å skape relasjoner, kompetanse på å skape dialog, kompetanse på å legge til rette for fruktbart samarbeid og kompetanse på å gjøre den andres kompetanse tydeligere.



## 2.6 Dialogbasert nettverksarbeid

Nettverksarbeid har blitt et slags moteord innenfor andre psykososiale arbeidsområder, som utdanning, rådgivning, rehabilitering. John Barnes (1954) regnes som opphavsmann til begrepet nettverk. Han så ved å studere en norsk landsby at han kunne følge sosiale forbindelser på kryss og på tvers av sosiale klasser, familiegrensener o.s.v. hvis han forestilte seg dem som fibere med knutepunkter som skapte sosiale nettverk. Enkeltmennesker har, på denne måten, tilgang til relasjoner der de opprettholder sin sosiale identitet, der de får åndelig og materiell støtte, informasjon og nye relasjoner.

Siden 1970 tallet har nettverksarbeid og nettverksmetoder blitt utviklet. I Norden har vi foregangspersoner som finske Jaakko Seikkula med nettverksintervensjoner som egen arbeidsmetode innen lokalpsykiatrisk helsearbeid. Han har bl.a. skrevet bøkene "Åpne Samtaler" og "Nettverksdialoger". I Norge har Tom Andersen, som var professor ved Universitet i Tromsø samarbeidet med dette miljøet og vært en stor inspirasjonskilde til kommunikasjon og samhandling med pasienter og deres nettverk. Nettverksdialoger handler om møtet og dialogenes betydning, møtet mellom personens livsverden og det profesjonelle systemet. Grenseoverskridelser er nødvendige både innenfor den profesjonelle systemet og mellom profesjonelle og ikke profesjonelle. Disse dimensjonene smelter sammen. Når pasientens nettverk inviteres til å delta i behandlingen, inviteres de ikke til å få behandling, men til å bidra med hjelp og støtte, for sammen å fokusere ressursene som vil løse problemene. Intervensjonene organiseres via nettverksmøter enten hjemme hos pasienten eller i kommunen. Tom Andersen (1991) kom med måter å organisere dialogen på, blant annet gjennom reflekterende team som veiledningsmetode og nettverksmøter som en ny intervensjon. Reflekterende team er bevisste dialoger, og en strukturering av møtene til fremme for den indre dialogen. Når en snakker, lytter de andre, for så å kommentere tilbake. (Seikkula & Arnkil 2007).

### 3. Tidligere forskning og litteratur om samarbeid

Dette kapittelet inneholder forskning og litteratur om samarbeid, samarbeidsutfordringer og utfordringer i organisering av psykisk helsefeltet. Ved litteraturgjennomgangen om samarbeid ble det brukt norske og engelske søkeord i basene Psychinfo, Cochrane Library og Swemed. Søkerordene står i sammendragene (se vedlegg 7).

I oppsummert forskning foretatt i Australia med 25 RCT studier fra 1998 til 2009 viser Cleary m.fl. fra (2008) til at det ikke er noe bevis for at noen psykososial behandlingsmetode er bedre egnet enn andre for å redusere misbruksforekomst hos personer med psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. De har foretatt en studie som omfatter sosialpsykiatriske intervensjoner for å finne ut av hva som er mest effektivt for denne pasientgruppa. Intervensjonene de har undersøkt omhandler, standard en til en oppfølging, integrert behandling i egne programmer, sosial ferdighetstrening og psykoedukasjon, kognitiv adferdsterapi, motiverende intervju og tolvtrinnsmodellen. Studien viser at ingen av modellene gir bedre resultat enn andre. De viser til metodiske utfordringer ved høy drop out og vanskelige målemetoder, men at det ikke er den metodiske tilnærmingen som er avgjørende for hvordan det går med pasientene.

Etter nedbyggingen av asylene i England på begynnelsen av 70 og 80 tallet utviklet det seg nye lokalbaserte tilnærminger innen psykisk helsearbeid, med organisering i team for poliklinisk oppfølging. Case mangement and "assertive community treatment (ACT) " er modeller for lokalbasert psykiatri. ACT teamene er tverrfaglig sammensatt og arbeider oppsøkende i pasientens hjem eller der han befinner seg. Tilnærmingen har vist seg virksom i forhold til bedring av funksjonsevne og livskvalitet. Tansella og Tornicroft (2001) viser til at det innenfor denne tilnærmingen er forsket fram virkningsfulle elementer for god behandling til mennesker med psykisk lidelse og rus i kombinasjon. Som god behandling trekkes følgende prinsipper: Vær etisk reflektert, vis åpenhet, høflighet og respekt for autonomi, og planlegg tjenester ut fra behov. Det betyr at man heller må gi god kvalitet til noen få, istedenfor kvantitet ved å nå ut til flest mulig. I England har det fått den konsekvensen at de alvorlig psykisk syke skal prioriteres, i betydningen de med psykose, schizofreni og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Kontinuitet i relasjonen og god koordinering er fundamentet og utføres av samme fagperson.

---

Marsall & Lockwood (2009) sammenligner ACT, ambulant oppsøkende virksomhet, med ordinær kommunal oppfølging, og mener å finne at denne oppfølgingen bidrar til å personer med alvorlige psykiske lidelser bedre beholder kontakt med hjelpeapparatet, enn de som får standard oppfølging og at ACT bidrar til betydelig reduksjon i antall personer innlagt for langtidsopphold i psykiatrisk sykehus.

Peter Barham og Robert Hayward (1995) tar opp utfordringene pasientene i England møtte, knyttet til å nedlegging av de store institusjonene i sin bok *Relocating Madness*, fra London. De forsøker å forstå skjebnene til pasientene og hvilke mekanismer som gjør seg gjeldende i lokalsamfunn når personer med schizofreni skal integreres. De ser på de sosiale forholdene og skjebnene til personer med schizofreni. De forteller om stigmatisering og utstegning, men også at det var en prosess med mye kreativitet hvor ny forståelse utviklet seg. Det er historier om håp, om det å gjenvinne verdighet og deltagelse i samfunnslivet. Forfatterne vektlegger den åpne dialogen mellom pasientene og lokalsamfunnet og de nødvendige samfunnsdiskusjonene som må tas om tilbudet og støtten disse personene trenger. De er opptatt av et etisk skifte av fokus fra pasient til person og medborger på egne premisser.

Chilvers m. fl. (2006) har gjort en sammenlignende studie i forhold til personer med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem, og som bor i egne boenheter med oppfølging blant annet også fra frivillige organisasjoner. De sammenlignet pasientgrupper som bodde i ordinære boliger med standard behandling i forhold til pasienter som bodde i tilrettelagte boenheter med støtte. De viser til færre langtidsinnleggelse, men større avhengighet av profesjonelle og større eksklusjon fra lokalsamfunnet. De sier at lokalpsykiatriske tilbud bør inneholde en form for botilbud med oppfølging, men stiller spørsmål om hvorvidt forsøkene på integrering oppveier ulempene ved å bo i bofelleskap.

De første til å starte oppsøkende tverrfaglige behandlingsteam i Norge var kommuneoverlege Knut Michelsen Moss kommune og prosjektleder Roald Engmann. De har gått gjennom forskning på ACT-team og oversatt noe av dette til norsk. De sier: "Assertive community treatment (ACT) er en måte å organisere behandling til mennesker med alvorlige mentale sykdommer som har tilleggsproblemer som rusavhengighet, isolasjon, hyppige innleggelse, dårlige levekår etc. ACT team arbeider oppsøkende mot de syke der de befinner seg; hjemme, på jobb eller skole. Arbeidet er ikke kontorbasert, men en oppsøkende praksis. Teamet leverer all behandling tverrfaglig og tverrsektorielt, både statlige og kommunale

tjenester. Ansatte er psykiater, psykolog, sykepleiere, sosionom eller andre relevante yrkesgrupper med høgskoleutdanning. Behandlingen som gis er kunnskapsbasert og vitenskaplig begrunnet, og teamet arbeider pasientfokusert med pasientens egne mål som grunnlag for individuelle planer ([www.moss.kommune.no/kunde/filer/ACT-prosjektet.pdf](http://www.moss.kommune.no/kunde/filer/ACT-prosjektet.pdf)).

Litteraturgjennomgangen i Norge og Norden viser at vi har store utfordringer knyttet til samarbeid innenfor psykisk helsevern. I Danmark nevnes spesielt mangelen på sammenheng og samarbeid innen og sosial og helsesektoren, særlig i omstillingsperioder når reformer skal gjennomføres. Dette handler om fordommer og uinnfridde forventninger med bakgrunn i ulike behandlingskulturer og profesjonskonflikter. (Seemann, J 1996, Bøe & Thomassen 2007).

I forhold til relevante samhandlingstiltak mellom leger i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, ga dette ni systematiske oversikter og ti enkeltstudier, fortrinnsvis fra USA, ingen norske. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har samlet studier på dette feltet og sett dem i forhold til norske forhold: I sin konklusjon sier de: Følgende faktorer synes å fremme god effekt av samhandling: Organisatorisk forankring av tiltaket på alle nivåer, integrering av spesialisthelsetjenester, fokus på helhetlig pasientforløp, opplæring av leger og pasient, aktiv oppfølging av pasient og gode rutiner for tilbakemelding til leger. Helseøkonomiske analyser tyder på at samhandlingstiltak krever flere ressurser og øker kostnadene for helsetjenesten ([www.kunnskapssenteret.no/upload. rapport/3/2008](http://www.kunnskapssenteret.no/upload. rapport/3/2008)).

Nytingnes og Skjerve (2005) skriver i artikkelen "Brist i alle ledd – eller er det leddene som er selve bristen" om hvordan behandlingsapparatet er organisert som en behandlingsskjede med ulike avgrensede ledd; denne organiseringen blir fragmentert og uten helhet. De peker på at tjenestene i møte med mennesker med psykiske lidelser er organisert ut fra sykdomsfase og symptomintensitet. Ved milde symptomer vil tilbud hos fastleger være relevant. Ved sterkere symptomer vil kommunale psykiske helsetjenester eller polikliniske tilbud være aktuelt, og ved enda mer uttalte dramatiske symptomer aktualiseres innleggelse i sykehus. Når symptomene igjen dempes blir de henvist til de kommunale tjenestene igjen. Dette kaller Nytingnes og Skjerve for organisert diskontinuitet. I hvert ledd møter den lidende nye tjenester og nye fagpersoner. Dette innebærer stadige brutte relasjoner i vanskelige faser. Bøe og Thomassen (2007) tar opp disse problemene med organiseringen i behandlingsskjeder i sin bok "Fra psykiatri til psykisk helsearbeid". I opptrappingsplanen

---

presiseres det at en skal utforme det psykiske helsevernet i forhold til tilgjengelighet, kontinuitet, samarbeid og helhet. Ifølge forfatterne, kan løsningen være å tenke behandlingsnettverk framfor kjede. Samarbeid handler om å forsøke å skape et nettverk av aktuelle ressurspersoner. Slike ressurspersoner kan finnes blant fagfolk, men like viktig er det at en inviterer inn ressurspersoner fra brukerens pårørende / familie og nettverk (ibid).

I tidsskrift for Norsk Legeforening nr 20/2005 omtales forskningsprosjektet, "Koordinering og ressursfordeling i psykiatrien". Her beskrives strukturelle utfordringer knyttet til koordinering. Som utgangspunkt for å studere koordinering og samarbeidsrelasjoner, undersøkes faglige, funksjonelle og økonomiske "grenseflater", som er med å definere forholdet mellom tjenestene. Dagens organisering i tre nivåer gjør at funksjonelle, økonomiske og faglige grenser krysses. Studiens resultater peker på at disse grensene ikke tas hensyn til ved samordning og koordinering. Den uformelle dialogen som er så viktig for samordning og koordinering, domineres av ulike faglige språk og vurderinger med makt til den medisinske tenkningen og fagspråket. Den første utfordringen, er de økonomiske aspektene knyttet til finansieringsordninger, resultater og regnskap. Kommunen er i hovedsak rammefinansiert (unntatt fastlegen) og spesialisthelsetjenesten er i tillegg til rammene stykkprisfinansiert. I psykiatrien har man dårlige metoder for å beskrive "produksjonen" som foregår. I stedet for måletall med kvalitetsmål, er det produktivitetsmål som blir brukt. Den andre utfordringen handler om de faglige grensene knyttet til de ulike profesjonene og den hierarkiske oppbygningen i sykehusene. Det er dels legene med sitt medisinske behandlingsperspektiv, men også psykologer og andre med helse- og sosialfaglige perspektiv. Koordineringen blir forstyrret av ulike faglig tankegang som har ulike mål for virksomheten og ulike løsninger for pasienten. En tredje utfordring henger sammen med den distansen psykiatrien har til politiske prioriteringer og de grenser som dette skaper i form av ulike funksjoner, ulike forventninger og ulike roller. Politikken som styrer prioriteringene og på den måten hvilken funksjon psykiatrien skal ha, er blitt mer distansert med den nye helsereformen. Det råder uklarhet om ansvar og det pågår diskusjoner om psykiatrien prioriterer tilbudet til de minst syke (Reisæter, G.S. Dahl 2005).

Pål Repstad (2004) sier i sin bok "Dugnadsånd og forsvarsverker" at forenklet sett kan oppgaveløsninger effektiviseres gjennom samarbeid. Organisasjonene må se fordelene ved å inngå ryddige avtaler om arbeidsfordeling. Det finnes en rekke faktorer som hemmer samarbeidet, bl.a. makt og interessefaktorer. Boka beskriver også forhold man må ta hensyn

til for å lykkes. Her nevnes blant annet betydningen av gode nettverk og informasjonsutveksling. Gode nettverk, kontakter og samarbeid er avgjørende for læring og fornyelse, og det er avgjørende for å få ting gjort i praksis. Ofte skjer læringen samtidig med handlingen. Det gode med uformelt samarbeid, er at det gir synergieffekt som læring. (Repstad P. 2004).

I Norge gjorde AGENDA, på vegne av Kommunes Sentralforbund (KS) i 2005/2006 en undersøkelse av til sammen 25 samarbeidsprosjekter over hele landet. I sin forskningsrapport viser de til flere eksempler på samhandlingsmodeller mellom første og andrelinjetjenesten, hvor praktisk samarbeid fungerer godt. De sier dette handler om desentralisert og effektivisert utnyttelse av helsetjenesteressursene. Fellesnevneren for alle tiltakene som er utprøvd er at de bygger på likeverd, samhandling og samarbeid – over alle grenser til pasientenes beste (Magnussen 2007). De 16 samarbeidsmodellene som fungerte godt, har det til felles at de legger bort prestisje og profesjonskamp, og satser på å finne løsninger. Likeverd og respekt mellom partene og en viss romslighet er en nødvendig forutsetning for samarbeid over profesjonsgrensene og mellom helseforetakene og kommunene. Vi er størst og vet best holdningen som til tider har vært rådende innen spesialisthelsetjenesten, kan ødelegge for konstruktivt samarbeid. Felles forståelse og respekt for hverandres kompetanse tar tid. Begge parter besitter kompetanse som den andre vil ha nytte av å kjenne til. Skal samarbeidet lykkes kreves at det opprettes en ”samhandlingsansvarlig” i kommunene, at avtalesystemene er på plass, at møtevirksomheten er regelmessig og strukturert. Likeledes at det fokuseres på hva som er best for pasienten og at samarbeidet er støttet av ledelsen (Magnussen 2007).

KS kom i 2007 med en rapport ”De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid, samhandling og organisering” vedrørende de største utfordringene for å etablere gode tjenester til ressurskrevende brukere. De konkluderer med at det handler om tjenestenettverkets kapasitet, kompetanse og samarbeid. Det finnes pasienter som trenger tjenester fra begge nivåer samtidig og over tid, gjerne i bofellesskap som drives både av kommunen og helseforetaket som er et felles ansvar. Samarbeid og veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunen er nødvendig ønskes fra kommunene. (Steinhaus & Loeb 2007.)

---

Innenfor Sykehuset Innlandet HF, er det tidligere gjort interessante studier og forskningsarbeider innenfor samarbeid og samhandling. Blant dem vil det her nevnes: Høgskolen i Hedmark (HH), rapport 1/2001 "Hører de ikke hva vi sier" (Holst H, 2001). Hans konklusjon er at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ikke oppleves tilfredsstillende, men fungerer ved "adhock-møter". De psykiatriske sykepleiere i kommunen savner et mer systematisk samarbeid med forum for faglig veiledning og koordinering. De etterlyser bedre kunnskap hos primærlegene om sine metoder.

Notat nr. 11/2008, (HH) "Hjelp når du trenger det" av Danbolt m.fl. tar for seg bedret tilgjengelighet i psykisk helsevern. De konkluderer i delprosjekt 1 med: For å bedre tilgjengeligheten og samarbeidet trengs smidigere innleggelsesprosedyrer, erfarne folk i frontlinjen, brukerinnflytelse, nettverkstenkning, tettere samarbeid med kommunelegene, ambulante tjenester og ett telefonnummer for henvendelser til spesialisthelsetjenesten. Lett tilgjengelige DPS-funksjoner og gode samarbeidsrutiner mellom første- og andrelinje etterspørres i særlig grad. (Danbolt A m.fl. 2008).

Ved flere Høgskoler i Norge er det opprettet videreutdanninger knyttet til psykisk lidelse og rus. Kompetansehevende tiltak der samhandlingen vektlegges spesielt er videreutdanningen i regi av SEPREP (Senter for psykososial rehabilitering ved psykoser). Utdanningen er organisert i samarbeid mellom SEPREP, Sykehuset Innlandet og Høgskolen i Hedmark. En annen utdanning hvor fagfolk fra ulike yrker og etater møtes med bedre samhandling som mål, er videreutdanningen "Rus og psykisk lidelse – samarbeid gjennom tverrsektoriell behandlingsnettverk fra Høgskolen i Nord Trøndelag. Erfaringene fra dette studiet presenteres av Johansen & Fjone (2006) i egen artikkel. De sier at geografisk nærhet og arbeidsfellesskapet studentene har utenfor studiet er en av suksessfaktorene for at studentene skal utvikle samhandlingskompetanse. De peker på at samhandling må gis rammebetingelse som gjør det mulig å samhandle. Det må synliggjøres i måten ledelsen tenker på i forhold til arbeidet i den enkelte etat.

## 4. Metode

Dette kapittelet inneholder valg og beskrivelse av forskningsmetoden, handlingsorientert forskningssamarbeid innen kvalitativ forskning. Som metode for datainnsamling beskrives bruk av fokusgruppeintervjuer og rundbordskonferanser. Kommunikativ validitet har vært sentralt i gjennomføringen av studien. Denne studien dreier seg om ansatteperspektivet. I Miljøterapiprosjektet er det i tillegg gjort individuelle pasient- og pårørendeintervjuer. Dette representerer andre perspektiver på samme tema og vil bli presentert i egne notater, men vil fungere som kommunikativ validering.

I min tilnærming til forskningsspørsmålene er det viktig å få erfaringskunnskap og dybdeperspektiv, ikke årsaksforklaringer. Hensikten er å få en dypere forståelse av fenomenet og informantenes livsverden. Innenfor kvalitativ metode har jeg valgt et fenomenologisk og hermeneutisk design (Manen 2007). Handlingsorientert forskningssamarbeid er valgt som metodetilnærming. Denne metoden inneholder et aksjonsmoment som er sentralt for fagutviklingsperspektivet. (Nysveen m.fl. 2007).

De kvalitative metodene har forankring i fenomenologi og hermeneutikk som vitenskapsteoretiske kunnskapssyn. Fenomenologien er opptatt av verden slik den erfares for subjektet og relaterer kunnskapen til forståelse, mening og den konteksten den opptrer i. Empirien hentes fra praksisnær virkelighet og er erfaringsbasert. Den fenomenologiske metode er deskriptiv, induktiv og representerer et ”innenfraperspektiv”. På denne måten vil jeg se på fenomenene med en naiv og fordomsfri holdning som mulig. Som forsker parantessetter jeg egne fordommer og meninger, og beskriver fenomenene som de fremstår så nært emperien som mulig. Jeg inntar en bevisst selvrefleksiv holdning til mitt materiale. (Hummelvoll & Barbosa da Silva 1996, Tornquist 2002).

Hermeneutikken er opptatt av en dypere forståelse av mening og knytter kunnskapsutviklingen til tolkning av tekster. Sentrale temaer er forståelseshorisont, fordom og hermeneutisk sirkel. Man vil aldri være forutsetningsløs i møte med sitt materiale, men preget av sine erfaringer. Den hermenautiske sirkel representerer et fortolkende prinsipp hvor helheten forstås ut fra delene og delene fra helheten. Tolkningen vil derfor bli gjort ut fra en vekselvirkning mellom empiri, teori og egne erfaringer (ibid).



---

## 4.1 Handlingsorientert forsknings samarbeid

Den overordnede forskningstilnærmingen for prosjektet er handlingsorientert forskningssamarbeid som hører inn under aksjonsforskningstradisjonen. Handlingsorientert forskningssamarbeid, skal fremme den faglige kompetansen hos ansatte gjennom systematisk refleksjon over praksiserfaringer og medskapning av relevant kunnskap. Dette kan bidra til sentral kunnskap innen psykisk helsearbeid.. Problemstillingene hentes fra praksisfeltet, og den profesjonelles livsverden. Hensikten er forskning for praksis, i praksis og sammen med praksis. Det er ønskelig at det er kort avstand i tid mellom kunnskapsdannelse og anvendelse ved at kunnskapen samskapes. En slik tilnærming har sitt teoretiske fundament i en humanistisk orientering. Deltagerne er involvert både som medforskere og som medsubjekter. Dette innebærer at refleksjoner som medfører forandringer, skjer parallelt med forskningen. Forskere og medforskere starter der problemet oppleves, og søker primært å forstå disse i den lokale sammenheng. Sentrale kjennetegn ved forskningen er subjektiv forståelse, refleksivitet, prosesser, kontekst og deltagelse. I et slikt perspektiv blir man ikke nøytral, men deltaker i en subjekt- subjekt relasjon. Dette igjen er avhengig av nærhet, ikke distanse til det man forsker på. Kritisk refleksivitet i form av bevissthet om egen rolle, forforståelse og påvirkning blir sentralt i hele forskningsprosessen. Refleksiviteten beskriver en holdning hvor man systematisk forholder seg til kunnskapsdannelsens kontekst og validiteten i de ulike trinnene i forskningsprosessen. Forforståelsen viser til forskerens personlige og faglige erfaringer, motivasjon og kvalifikasjoner for å utforske feltet, perspektiver og teoretisk bakgrunn. Denne må parentessettes for naivt å gå inn i materialet. Selv om man naivt går inn betyr det ikke at man er uten teoretiske referanser ( Reason & Heron 1986, Hummelvoll 2003, Granerud 2007).

Som klinisk sosionom har jeg en dyp forankring i relasjonstenkning og sosialt arbeids teori. Jeg er opptatt av helhetstilnærming som innebærer at man ser mennesket som en kompleks, integrert helhet med fysisk, sosial og åndelig dimensjon som skaper forskjellige behov. (Hummelvoll 2004). Min forforståelse knyttes til erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme. Fallgruven vil være hvis resultatene i funnene ikke stammer fra empirien, men fra min forforståelse.

Handlingsorientert forsknings- samarbeid innebærer at en utvikler kunnskap gjennom fire faser. Den første fasen har som mål å bli enige om hva som skal utforskes. Forskeren og

medforskerne bestemmer dette sammen på bakgrunn av en kartlegging av feltets konkrete behov (fase 1). Etter en slik overordnet beslutning må en utvikle en mer detaljert plan for hvordan selve forskningsaksjonen skal gjennomføres og hvordan holdninger og prosedyrer skal registreres (fase 2). Så følger en naturlig fordypning i praksis. Her åpner en for nye erfaringer. En slik fordypning i praksis er avgjørende for den nye kunnskapsdannelsen (fase 3). Avslutningsvis vender en tilbake til de opprinnelige spørsmålene og ser disse i lys av nye erfaringer. Her foregår en kritisk refleksjon som gjør at man kan avvise, revidere og videreutvikle ideer og modeller (fase 4). Gjennom alle fasene foregår en kontinuerlig kunnskapsdialog som har som mål å fremme en reflektert og bevisst praksis (Hummelvoll 2003). Flytskjema på forskningsprosessen vedlegges (vedlegg 5).

### *Studiens aksjonsmoment*

Handlingsorientert forskningssamarbeid har fokus på utvikling av praksisnær kunnskap for handling. Som en del av aksjonen, har det i denne delstudien og i Miljøterapiprosjektet i sin helhet, vært ukentlige dialogundervisninger på enhetene. Her har det vært refleksjoner rundt sentrale temaer. Det har vært god deltagelse på dialogundervisningene.

Refleksjoner og bevisstgjøringsprosesser er en forutsetning for at fagutvikling og kompetanseheving skal skje, og at dette settes ut i handling. I dette og i samtalene mellom rundbordskonferansene, ligger studiens aksjonsmoment. Forskningsspørsmålene og sentrale temaer rundt samhandling bringes inn, reflekteres over og utdypes. Mellom møtene skjer en bevisstgjøringsprosess som igjen skal føre til forbedret praksis i handling. Det vil bli definert satsningsområder og forbedring av samarbeidet som blir prøvd ut i praksisfeltet. Aksjonsprosessen vil bli understøttet ved at man arrangerer seminar underveis, hvor alle prosjektdeltakerne blir invitert inn til dialog og erfaringsutveksling (Hummelvoll 2003).

## 4.2 Datainnsamlingen

Som datainnsamlingsmetode ble fokusgruppeintervjuer og rundbordskonferanser valgt. Totalt var det fire fokusgruppeintervjuer, to i spesialisthelsetjenesten og to i kommunene. Strategisk utvalg var ansatte i psykisk helsevern, tverrfaglig og tverretatlig sammensatt. Dette var leger, enhetsledere, miljøarbeidere, psykiatriske sykepleiere, psykiatriske hjelpepleiere og sosionomer i alderen 25 til 60 år, begge kjønn, men flest kvinner. Noen hadde mange års

---

erfaring, noen kortere. Begge enhetene i sykehuset valgte en samarbeidskommune. Etter at fokusgruppeintervjuene var gjennomført, ble det gjennomført rundbordskonferanser gjennom et halvår. Kommunerepresentantene tok ansvar for å skaffe informanter og tilrettelagt for intervjuene i sine kommuner. Representantene fra enhetene og kommunene deltok sammen i rundbordskonferansene. Det ble holdt fire på hvert sted, i alt åtte møter. Konferansene var et ledd i datainnsamlingen og i aksjonsdelen. Godkjenninger, informasjonsbrev og samtykkeerklæringer ble innhentet på forhånd. (Vedlegg 1, 2 og 3).

### *Fokusgruppeintervjuene*

Respondentene i det strategiske utvalget er skjønnsmessig valgt. Inklusjonskriteriet er sentrale aktører innenfor miljøterapien i det psykiske helsearbeidet. På sykehusnivå, er dette ansatte i miljøet på enhetene, deres ledere, overlege og sosionom. I kommunen var det viktig å få med miljøpersonalet i boligene, oppfølgingstjenesten og tildelingsenheten i psykisk helse. I og med at prosjektet er rettet mot mennesker med alvorlig psykiatrisk lidelse og rus som tilleggsproblematikk, ble seksjon for rusoppfølging invitert til å delta i intervjuet. Kommunens representanter i prosjektet sto for utvelgelsen av informanter til fokusgruppeintervjuene. Forskningsspørsmålene, tverrfaglig og tverretattlig representativitet og samtaler med prosjektkoordinator var utgangspunktet for denne utvelgelsen. Alle fokusgruppeintervjuene var semistrukturerte intervjuer i form av en samtale over valgte temaer. (Vedlegg 4 – intervjuguide). Intervjuene var arrangerte samtaler med sentrale nøkkelpersoner og ble styrt av meg som moderator og avansert sekretær.

Før datainnsamlingen startet hadde enhetene i spesialisthelsetjenesten vært gjennom en bevisstgjøringsprosess med utarbeidelse av mål og verdigrunnlag. Det hadde også vært et prøveintervju med referanseenheten i prosjektet. Ansatte på begge enhetene ble intervjuet sommeren 2008 med en seminstrukturert, tematisert intervjuguide. Temaene i intervjuguiden fulgte prosessen fra innleggelse til utskrivning, fra søknaden og starten på samarbeidet, det som skjedde underveis i behandlingen, til utskrivningen og oppfølgingen etterpå. Det var seks til åtte informanter i hvert av intervjuene, psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, sosionomer, overlege, enhetsledere og miljøarbeidere.

Etter intervjuene ble det skrevet baselinedokumenter for begge enhetene. Disse dokumentene er statusbeskrivelser av nåværende praksis og danner utgangspunktet før aksjonen. Referatene,

oppsummeringene og baselinedokumentene ble sendt fram og tilbake for kommunikativ validering og reflektert til metningspunktet.

Høsten 2008 ble de to fokusgruppeintervjuene med kommuneansatte gjennomført. Henholdsvis seks og sju informanter deltok. Gruppene var tverrfaglig sammensatt og representerte ulike kommunale enheter, fra tildelingsenhet, psykiatrisk helsetjeneste, boliger psykisk helse, sosialtjeneste og oppfølgingsenhet for rus. De var psykiatriske sykepleiere, sosionom, vernepleier og miljøarbeidere. På et av intervjuene var co-moderator med i tillegg til sekretær for referatskriving. Dataene ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert av sekretær. Intervjuene fant sted på de respektive arbeidsplasser. Det ble satt av ca 2 timer til hvert intervju. Det ble servert kaffe og tilrettelagt for god atmosfære og dialog.

### *Rundbordskonferansene*

Rundbordskonferanser brukes som en del av datainnsamlingen og aksjonen i denne studien. Datainnsamlingen er inspirert av tenkningen fra flerstegs fokusgruppeintervjuer, men er løsere i formen. Dette gir variasjon i metoder, og sammen med aksjonsmomentet bedre mulighet for implementering. Rundbordskonferansene ble ledet av moderator. Rollen innebefattet et tillegg som avansert sekretær med ansvar for referater og oppsummeringsnotater underveis. Avansert sekretær ledet prosessen, skrev avtaleutkast og kom med innspill underveis.

Validiteten blir ivaretatt i den tverrfaglige bredden hos deltagerne som sammen reflekterte til metningspunktet. I denne bevisstgjøringsprosessen ble det åpnet for utprøving av nye erfaringer og justering av rutiner og behandlingstilnærminger. Slik fremmes den faglige kompetansen og lokale kunnskapen hos ansatte og gir styrke i funnene.

Rundbordskonferansene ble avholdt både i kommunen og på sykehuset. Det ble laget et mandat og en møteplan. Møtene foregikk gjennom en halvårsperiode fra høsten 2008 og ut februar 2009, i alt fire møter på hvert sted, med cirka seks ukers mellomrom. Konferansene ble holdt både i kommunen og på sykehuset. På møtene deltok i hovedsak valgte representanter fra kommunene og posten. På enkelte møter deltok prosjektledelsen og enhetsledere fra sykehuset. I tillegg møtte representant fra Høgskolen, som veileder.

---

Oppsummeringsnotater ble skrevet mellom møtene. Disse notatene inneholdt utkast til samarbeidsavtaler. Som en kommunikativ validering har det vært mange utkast og stadig endringer, før endelig dokument forelå. De er underskrevet av avdelingsledere og sendt til høring hos Brukerorganisasjonene. Prosessen har vært understøttet ved at divisjonsledelsen i psykisk helsevern har bidratt med innspill og justert innholdet i tråd med overordnede avtaler. Dette for å kvalitetssikre innholdet og gyldiggjøre kunnskapen. Som eksempel vedlegges samarbeidsavtalene, vedlegg 5.

### 4.3 Kvalitativ innholdsanalyse

All kvalitativ analyse innebærer en fortolkning av dataene som er innhentet, en hermeneutisk og empirisk tilnærming. Man ser på enkeltdelene og helheten i materialet, vekselvis, fram og tilbake. Analyse består i å stille spørsmål til materialet. Hva forteller det oss og hvilke tanker har vi om dette? Hvordan kan vi organisere svarene på en systematisk og relevant måte? Analyseprosessen innebærer abstraksjon og generalisering. Vi skal ha kunnskap om variasjonsbredde og fellestrekk. Dataene dekontekstualiseres og rekontekstualiseres, men helhetsinntrykket må likevel bevares. (Malterud 1996). Materialet vil bli kritisk reflektert med avsluttende kommentarer.

Som analysemetode er kvalitativ innholdsanalyse valgt. Innholdsanalyse har til hensikt å beskrive og klargjøre innholdet i tekstmaterialet og dens logiske struktur. Innholdsanalyse er empirisk i orienteringen. Den er eksplorativ. Når tekst skal analyseres inneholder teksten alltid flere tolkningsmuligheter. Analysen skal beskrive både det åpenbare og det latente innholdet i teksten. Analysen tar tak i innholdsaspektene og beskriver det synlige, opplagte, men den kan også forklare hva teksten ellers snakker om, som relasjonsaspektet og den underliggende mening (Granheim & Lundmann 2003).

Først trinn i analysearbeidet var å identifisere meningsbærende enheter i den transkriberte teksten. Materialet var stort med fire fokusgruppeintervjuer og åtte rundbordskonferanser. Hvert fokusgruppeintervju ble først analysert hver for seg. Første trinn i analysen ble gjort ved å markere ord og meningsenheter med fargekoder. Sentrale temaer ble notert, og materialet ble systematisert og kodet. Teksten ble kortet ned, men kjernen ble beholdt. Kodearbeidet tok sikte på å klassifisere alle meningsbærende enhetene (Granheim &

Lundmann 2003). Det viste seg at deler av materialet hadde store likhetstrekk og jeg valgte derfor å slå sammen de to intervjuene fra kommunehelsetjenesten og de to fra spesialisthelsetjenesten. Funnene presenteres som kommuneperspektivet i tabell 1 og spesialisthelsetjenesteperspektivet i tabell 2 med kategorier, underkategorier og meningsbærende enheter/begreper. Den etterfølgende teksten utdypes med sitater. Andre trinn i analysearbeidet var å komme fram til en bedre tolkning på et høyere logisk abstraksjonsnivå. Her gjaldt det å finne bedre betegnelser samt å kondensere stoffet inn i sentrale hovedtemaer og undertemaer (Malterud 1996).

Rundbordskonferansene resulterte i to samarbeidsavtaler. Begge avtalene hadde noenlunde samme struktur, og analysen av dette materialet er derfor også slått sammen i tabell 3. Analysen av dette materialet er todelt. Første del er en beskrivelse av det sentrale innholdet i avtalen, med vekt på ansvarsfordeling mellom kommunen og sykehuset. Andre del er en beskrivelse og refleksjon rundt prosessen.

## 4.4 Etiske refleksjoner

Miljøterapiprosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste og Regional Etisk komite (REK) med prosjektnummer 1.2007.349. Denne delstudien er inkludert i disse godkjenningene, med informasjonsbrev og samtykkeerklæringer.

Respondentene har gitt frivillig informert samtykke og er kjent med at de kan trekke seg fra undersøkelsen på ethvert tidspunkt. Samtykkeerklæringer og godkjenninger var innhentet. Dataene er behandlet konfidensielt. Materialet er aidentifisert og kan ikke spores tilbake til enkeltrespondenter. I løpet av hele prosjektperioden er utkast drøftet med arbeidsgruppe og referansegruppe. Transkriberinger og bånd vil bli destruert forskriftsmessig ved utgivelse av rapporten.

Helsinkideklarasjonen med forskningsetiske retningslinjer (1964, revidert i 2008) har lagt føringer for etiske prinsipper knyttet til forskning. Disse er lagt til grunn i denne studien. De sentrale prinsippene er autonomiprinsippet, frivillighetsprinsippet, konfidensialitetsprinsippet, velgjørenhetsprinsippet og ikke skade prinsippet. Autonomiprinsippet handler i denne sammenhengen om å opptre slik at man ikke skader den faglige integriteten. Også ansatte kan være i sårbare posisjoner og kan krenkes. Dette skal man som forsker respektere.

Materialet er forsøkt balansert med ydmykhet og lojalitet. Man skal ikke presse, men samtidig ikke overbeskytte. Å delta skal ikke få uheldige konsekvenser for dem i deres arbeidssituasjon. Man må kunne forvente at ansatte i en organisasjon kan stå fram med sine ytringer og dermed bidra til ny kunnskap. Å frarøve dem dette, vil være en krenkelse i seg selv. Tilbakemeldingene har vist at det oppleves meningsfullt å ha mulighet til påvirkning og delta aktivt i forbedringer av hverdagen og tilbudet til pasientene.

Å forske på egen arbeidsplass kan gi flere etiske utfordringer. Man kjenner enkeltpersoner, kulturen, har makt og mulighet for å drive aktiv påvirkning. Lang erfaring bidrar også at man må tre ut av andre roller man tidligere har hatt. At forskningen er ønsket og initiert av avdelingens ledelse, stiller en i et avhengighetsforhold der det forventes lojalitet. Det kan gjøre posisjonen som naivt søkende og ”nøytral” vanskelig. Funn og tilbakemeldinger kan medføre faglige og organisatoriske endringer. Å bidra til endringer, kan i seg selv gi motstand i personalgruppa. Som forsker er det viktig å yte respondentene og fagfeltet rettferdighet i fremstillingen av materialet.

## 5. Resultatpresentasjon / funn

Resultatene fra fokusgruppene presenteres med kategorier, underkategorier og begreper i tabeller. Presentasjonen er tredelt, fokusgruppeintervjuene med kommuneansatte fra to kommuner i tabell 1, fokusgruppeintervjuene med ansatt på to enheter i spesialisthelsetjenesten i tabell 2, og resultatene fra rundbordskonferansene i tabell 3. Analysen ledet fram til hovedkategorier som belyses gjennom underkategorier og begreper. Underkategoriene beskrives løpende i teksten med sitater fra informantene. Sitatene er markert med kursiv. De er gjengitt med noen språklige redigeringer.

### 5.1 Kommuneperspektivet

<b>Kategori 1</b>		
<b>Brukeren i sentrum</b>		
<b>Underkategori</b> <b>Relasjonsutvikling og dialog</b>	<b>Underkategori</b> <b>Å skape et verdig liv</b>	<b>Underkategori</b> <b>Samarbeid med nettverket</b>
<b>Begreper:</b> Relasjon og tillit er en forutsetning Motivasjon og endringstro må til Være bærere av håp er viktig Dialog og samhandling gir bedring	<b>Begreper:</b> Skape areaer for medvirkning Skape meningsfull aktivitet Skape bedre materielle forhold	<b>Begreper:</b> Samarbeid med familie Legge til rette for beholde venner, interesser og sosiale kontakter
<b>Kategori 2</b>		
<b>Likeverdig samhandling mellom nivåene</b>		
<b>Underkategori:</b> <b>Å kjenne til hverandre</b>	<b>Underkategori:</b> <b>Å dele sin faglige kunnskap</b>	
<b>Begreper:</b> Uformell kontakt er ønskelig Å ha et ansikt å ringe til Å kjenne til hverandre gjør det lettere å ta kontakt	<b>Begreper:</b> Gjøre seg kjent med hverandres funksjoner Avklare forventninger til hverandre Respekt for faglige vurderinger og ulik kompetanse Informasjonsutveksling og veiledning	
<b>Kategori 3</b>		
<b>Samarbeid om gode overganger ved utskrivningen</b>		
<b>Underkategori:</b> <b>Struktur og planlegging</b>	<b>Underkategori:</b> <b>Samhandlingsarenaer og rutiner</b>	<b>Underkategori:</b> <b>Utfordringer ved utskrivning</b>
<b>Begreper:</b> Fleksibilitet er sentralt Gode overganger og gradvis utskrivning vektlegges Permisjonene skal planlegges Kriseplaner hindrer reinnleggelse Hospitering gir god kompetanseoverføring	<b>Begreper:</b> Regelmessige samarbeidsmøter ønskes Individuell plan og ansvarsgrupper startes på sykehuset Koordineringsansvaret er delegert sykehuset under innleggelsen Oppfølging og tiltak avtales i utskrivningsfasen	<b>Begreper:</b> Fastlegen bør være mer sentral i ansvarsgruppa DPS som koordinerende enhet har en uavklart rolle



<b>Kategori 4</b>		
<b>Særlige utfordringer for samarbeidet</b>		
<b>Underkategori: ”Dobbeltdiagnosepasienter blir kasteballer i systemene”</b>	<b>Underkategori: Svikt i kommunale oppfølgingstjenester</b>	<b>Underkategori: Organisatoriske utfordringer</b>
<b>Begreper:</b> Rusmisbrukere legges ikke inn Dobbeltdiagnosepasienter er vanskelige å hjelpe Å skaffe boliger til ruspasienter er utfordrende	<b>Begreper:</b> Manglende kommunale tjenester Manglende kompetanse innen dobbeltdiagnose Urealistiske forventninger fra spesialisthelsetjenesten	<b>Begreper:</b> Kommunen oppretter særomsorg Ulike kulturer og faglig forståelse gir samhandlingsutfordringer Koordineringsansvaret er uklart

Tabell 1 presenterer en sammenfatning fra fokusgruppeintervjuene med kommuneansatte

### 5.1.1 Kategori 1 - Brukeren i sentrum

Å sette brukeren i sentrum var et tydelig funn i denne studien. Kategorien innebærer fokus på bedringsprosessen, brukermedvirkning, samarbeid med nettverket og det relasjonelle aspektet. Rehabilitering og psykisk helsearbeid forutsetter relasjon og alliansebygging. Denne holdningen er bevisst reflektert i materialet. For at brukeren skulle komme i en bedringsprosess, sier de ansatte at de må formidle håp og framtidstro, tilrettelegge for sosiale kontakt gjennom arenaer for mestring og bedre de materielle forholdene mange av pasientene lever under. De vektlegger dialog og samhandling med det personlige og profesjonelle nettverket. De opplever å gjøre godt hjelpearbeid hvis de lykkes i å motivere og ha endringstro. Det er viktig å inngi tillit, være trygg og forutsigbar, og de sier at det er brukerens egne målsetting som skal være deres fokus.

#### *Relasjonsutvikling og dialog*

I en hjelperelasjon er allianse, dialog og god relasjonsutvikling forutsetninger for faglighet. De ansatte sier de må bruke sine kunnskaper og kompetanse til å utvikle en tillitsfull og trygg relasjon til brukeren. Samhandling og dialog er fundamentet for bedringsprosessen. De skal motivere for endring og bære framtidshåpet. Aktiv brukermedvirkning er en forutsetning.

Psykisk helsearbeid ser de på som profesjonelt hjelpearbeid med rehabilitering som mål. En av informantene sier at han ser på rehabilitering og bedring som to sider av samme sak, der rehabiliteringen er 1) tiltakene og bedringsprosessen er 2) brukerens opplevelse av å mestre sitt liv. En annen sier de må motivere og støtte opp under bedre selvaktelse for at brukeren skal komme i en bedringsprosess.

*Jeg tror det gir trygghet og forutsigbarhet å vite at du har hjelpere med kompetanse som kan bistå. Vi må skape åpen dialog og trekke inn nettverket.*

*Det er nødvendig at de får tillit og mot til å gå videre. Vi er der for å motivere til bedring.. Da må relasjonen ligge i bunn.*

### **Skape et verdig liv**

Ansatte i kommunen ønsker at brukers bedring skal fortsette etter sykehusoppholdet. De ønsker at brukeren skal få et verdig liv, og tilrettelegger sosiale arenaer med tanke på brukernes fungering. Brukerne trenger deres støtte, men også utfordringer å strekke seg etter i hverdagen. De mener at det må utvikles hjelpetiltak i forhold til brukers behov. Hjelpetiltakene skal være målrettet og, men på plass før brukeren kommer hjem fra sykehuset. Materielle levekår må sikres. Det er en forutsetning at bedringsprosessen kan komme i gang. De sier de ser forskjell på brukere som har oppfølging fra kommunen allerede og de som ikke har et hjelpeapparat etablert rundt seg. De sier også at ting tar tid. Det tar tid å få tiltakene på plass, så prosessen ut av sykehuset må starte tidlig. Videre mener de at det må legges til rette for at brukeren får et meningsfullt tilbud på fritiden. Fritiden utgjør en stor del av dagen, så meningsfull aktivitet er sentralt for god livskvalitet. De mener det kan være en stor overgang å komme hjem og klare det selvstendige livet ute.

*En ting er bedring inne på sykehuset. Noe annet er hvordan få til at dette fortsetter når pasienten er kommet hjem.*

*Hjelpetiltakene må på plass før brukeren kommer hjem. Bolig og materielle forhold har mye å si at de skal leve et selvstendig liv ute. En del ting må legges til rette for at brukeren skal kunne bo på egenhånd.*

### **Samarbeid med nettverket**

Hjelperollen innebærer å se brukeren i forhold til hans familie og nettverk. Det må være dialog med nettverket, for at man sammen skal få til de gode tjenestene.

Å lykkes med samarbeidet forutsetter at man starter der brukeren er og arbeider på hans premisser. Brukers familie og private nettverk må inn tidlig. Påførende er en ressurs og den viktigste del av nettverket. Noen sliter med ensomhet og har kun foreldre (familie) som

---

stiller opp. De er opptatt av den sosiale støtten nettverket kan gi, som det å legge til rette for å beholde venner og tidligere interesser.

*Det er en stor overgang å komme hjem igjen. Det er viktig med nettverk. Det å trekke pårørende inn gir trygghet. Det er viktig for folk å ha noe å gjøre, være i en aktivitet.*

*Privat nettverk, familie og venner betyr mest. Vi må samarbeide med dem.*

### **5.1.2 Kategori 2: Likeverdig samhandling mellom nivåene**

En opplevelse av likeverdighet og respekt er oppgitt som viktig for å lykkes med samarbeidet mellom kommunen og det psykiatriske sykehuset. Likeverdighet og respekt viser at det relasjonelle aspektet er sentralt i alle mellommenneskelige forhold, også de profesjonelle seg imellom. Det handler om den uformelle kontakten, som å ha et ansikt å ringe til og den mer formelle, planmessige kontakten. Samtidig skal man dele sin daglige kompetanse og avklare roller og forventninger til hverandre.

#### ***Å kjenne til hverandre***

Å ha noe kjennskap til hverandre og hverandres oppgaver, er viktig for å starte et samarbeid. Det er lettere å ta kontakt hvis man har møttes uformelt, forutsatt at det var et hyggelig møte. Man har et ansikt å plassere kontakten på. En sier at å kjenne til hverandre bidrar til at det føles lettere å ta kontakt. Det gir den nødvendige tryggheten. Da er det forhåpentligvis en person som inngir tillit i den andre enden, ikke bare et system. Enda bedre er det hvis man har etablert en relasjon på forhånd. Den tilliten og tryggheten man får ved å kjenne til hverandre gjør likeverdig samhandling lettere. Har man tillit, respekter man hverandres faglige vurderinger, ståsted og kompetanse. Man løser en oppgave sammen, men har ulikt ansvar og oppgaver.

*Kjennskap til hverandre har mye å si. Du kjenner posten og miljøet og da er det lettere å ringe. Du kjenner ansiktet på den i andre enden.*

*De har forståelse for hvordan vi jobber og vi har forståelse for hvordan de jobber. Da kan vi kjøre i samme retning, har tillit og er trygge på hverandre.*

### *Å dele sin faglige kompetanse*

Å ha kjennskap til hverandres oppgaver og ansvar er nødvendig for godt samarbeid. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike bidrag i samarbeidet og av og til kan det bli uenighet om fokus i behandlingsforløpet og om tiltakene kommunen må ha på plass etter utskrivning. Det er viktig med gjensidig informasjonsutveksling slik at tjenestene kan oppleves sammenhengende.

Flere av de kommuneansatte er opptatt av at forventninger og roller må avklares. Hva kan man få hjelp til? Hvilke muligheter og begrensinger ligger i systemene hos de ulike forvaltningsnivåene? Hvis forventningene avklares på forhånd, vil man unngå urealistiske krav og kan sammen jobbe mer målrettet. Slik er det lettere å få til et godt samarbeid.

Flere opplever at deres kunnskap kan bli satt til side når pasienter legges inn i sykehus. De forteller om episoder hvor de ikke ble respektert og hørt for sin faglige kompetanse, blant annet om innleggelse var nødvendig. En sier han føler seg overprøvd, og at spesialisthelsetjenesten er premissleverandør. De skal starte kartleggingen på nytt når brukeren legges inn, istedenfor å respektere de vurderingene som allerede er gjort. Det vanskeliggjør samarbeidet.

*Forventninger er et sentralt begrep. De må avklares og vi må ha respekt for hverandres roller og faglig ståsted. Vi har ulik form for kompetanse. De har spisskompetanse på det medisinske. Vi har kompetanse på tiltak og oppfølgingstjenester. Vi må informere hverandre og dele vår kompetanse.*

*Vi kan være uenige om innleggelse er nødvendig og da blir vår avgjørelse om at dette er nødvendig satt til side, og vi blir ikke hørt.*

### **5.1.3 Kategori 3 - Samarbeid om gode overganger ved utflytting**

Å skrives ut av sykehus etter lengre tids opphold er en stor overgang. Tilværelsen inne på sykehus kan bli beskyttende med få utfordringer. Det er vanskelig å skape gode overganger mellom livet i institusjon og livet utenfor. Samarbeidet i denne fasen bør være overlappende, slik at kommunes og sykehusets ansatte kan arbeide parallelt mot en god utskrivningsprosess for brukeren.

---

## *Struktur og planlegging*

Mange av de kommuneansatte var opptatt av at utskrivning av pasienter som har vært lenge innlagt i psykiatrien måtte planlegges godt. Det må brukes tid på utskrivningsprosessen med permisjoner underveis. Det tar tid å bygge opp gode og riktige tjenester i kommunen og pasienten trenger å trene på overgangen til livet utenfor hvis han har vært lenge innlagt. Hvis tjenestene planlegges på forhånd, kan man bruke den tiden man trenger og evaluere underveis. Å finne egnet bolig er en utfordring.

*Problemet er hvis ingen har planlagt noe i forkant, hvis vi må bygge opp noe eller finne tjenester til vedkommende etter utskrivning som vi ikke har, da blir det stress.*

Hospitering hos hverandre er en ordning de opplever å ha gode erfaringer med. Spesielt viktig synes de det er at noen fra pasients arbeidslag blir med pasienten ut i hans bolig og jobber der parallelt med miljøarbeiderne i kommunen. Samtidig nevnes det at det er ønskelig at sykehuset er representert med noen pasienten kjenner godt i ansvarsgruppa for en overgangsperiode. Her vil det være det relasjonelle aspektet som avgjør. Det muliggjør gode, og smidige overganger og kompetanseoverføring mellom nivåene.

Tidsperspektivet nevnes som viktig. Å bruke tid skaper trygghet. Brukeren må prøve seg ute, ha permisjoner i leiligheten og så komme tilbake til trygge omgivelser.

Veiledning gitt av personer i sykehuset som har stått brukeren nær trekkes også inn som nødvendig. Det at personalet fra avdelingen er tilgjengelig for miljøpersonalet i kommunen, hjelper dem til å håndtere situasjoner som oppstår.

*Vi har god erfaring med at de blir med ut og så trekker de seg gradvis ut igjen. Det var vellykket. Gravis utskrivning og overlapping er nødvendig.*

*Vi hadde et møte før innleggelsen. Da samtalen vi om hva slags tilbud kommunen hadde. Så gjennomgikk vi i fellesskap hva som var verdt å ta vare på og hva som måtte endres.*

*Vi var med på avdelingen i forkant. Det var en hospitering inne på sykehuset mens pasienten ennå var innlagt, men jeg lurte på om det kunne vært like hensiktsmessig andre veien, at de hospiterte ute hos oss.*

## Samhandlingsarenaer og rutiner

De kommuneansatte mener det er viktig å komme tidlig i gang med samarbeidet etter at pasienten er innlagt på sykehus. Å ha felles realistiske målsettinger er nødvendig. Det gjør det lettere å planlegge de tiltakene som er nødvendig når pasienten kommer hjem.

Arenaer for det formelle pasientrelaterte samarbeidet er samarbeidsmøter, arbeidsmøter og ansvarsgrupper. De opplever at det er mange konstruktive og gode samarbeidsmøter. Det første samarbeidsmøtet bør være tidlig etter innleggelsen, og det bør etableres gode rutiner og samhandlingsarenaer. På det første samarbeidsmøtet bør det være en felles kartlegging av pasientens problemer og ressurser, medisinskfaglig så vel som sosial fungering i dagliglivet. Pasienten bør delta. Noen ganger, sier de at det kan være vanskelig med pasienten tilstede. Dette handler om et behov for å diskutere mer fritt, og om å skåne vedkommende fra diskusjoner om "urealistiske bestillinger" til kommunen.

Når møtene av og til ikke fungerer er det fordi de er dårlig forberedt. Det kan være mange tilstede fra sykehuset, det kan være at pasienten ikke sier noe og eller det kan være manglende sakliste for møtet. De kan også fungere dårlig på det relasjonelle planet mellom sykehusansatte eller kommuneansatte. De savner felles målsettinger, gode rutiner og struktur for samarbeidet:

*Mye samarbeid er dårlig planlagt og strukturer. Det vil være personavhengig hvordan samarbeidet fungerer. Hvor mye skal en bruker utsettes for spørsmål under et samarbeidsmøte. Det kan jo sitte ti stykker der, og det virker så dårlig forberedt.*

*Vi kartlegger gjerne i forhold til brukeren, men vi savner ADL kartleggingen og fokus på hvordan han skal mestre dagliglivet? Det overrasker meg. Det handler ikke bare om livet inne, men også om livet ute."*

Ansvarsgrupper og individuell plan (IP) er områder man må samarbeide om. De kommuneansatte ønsker at IP skal påbegynnes mens brukeren er innlagt, for noen også videreføres, og at det oppnevnes ansvarsgruppe i utskrivningsfasen. I ansvarsgruppen skal sentrale, viktige personer sitte. Disse skal ha makt og myndighet inn i sine organer og koordinere arbeidet. Brukeren skal alltid delta i en ansvarsgruppe. I denne sammenheng nevnes at IP må baseres på realistiske målsettinger. Brukeren skal ha noe å strekke seg etter,

---

men delmålene må være hverdagsnære og konkrete. Hvis ikke, sier de kommuneansatte må IP endres etter hjemkomsten.

*Det er positivt at det etableres ansvarsgrupper og bygges opp stabile nettverk rundt brukeren når de kommer ut.*

*IP er et kjempebra verktøy, men det er viktig at brukeren har et eierforhold til planen. IP og ansvarsgruppe bør påbegynnes mens han er innlagt i avdelingen. Intensjonen må være å ikke love noe på vegne av kommunen. Kommunen må trekkes inn i dette arbeide. Kommunen må tidlig inn selv om det er brukerens plan. Man må ha en visjon, en drøm, men den må konkretiseres til delmål og en retning å gå. Du må kunne hake av når du har nådd et av delmålene.*

Koordinering av tjenester og IP er et ansvar lovpålagt de ansatte i kommunen. Dette ansvaret delegeres til sykehuset når brukeren er innlagt, sier flertallet fra det kommunale psykiske helsevernet. For russektoren derimot, spesielt LAR (legemiddelassistert rehabilitering), har koordineringsansvaret og deltagelsen i ansvarsgruppa vært tydeligere definert som kommunalt ansvar. Der holder man i trådene selv om brukeren er innlagt i institusjon. Det framkommer noe uenighet i forhold om hvem som skal koordinere samarbeidet. Ansvaret er ikke tydelig definert mens pasienten er innlagt.

*Å koordinere og drive ansvarsgrupper blir lagt til de som jobber i tiltakene mens brukeren er i kommunen. Koordinering ligger i institusjonen under innleggelsen.*

*I LAR har vi et gjennomgripende ansvar, også når pasienten er innlagt. Vi innkaller og leder møtene også da.*

### ***Utfordringer ved utskrivning***

Det ligger utfordringer i å få til sammenhengende gode tjenester. De kommuneansatte forteller om svikt i ressursene, manglende kompetanse og lite samarbeid med ledelsesnivået. Sakene må løftes politisk for å utvikle tjenestene. Fastlegen savnes i samarbeidet rundt pasienten. Han har en sentral rolle som medisinskfaglig ansvarlig, og er en selvskreven medlem av ansvarsgruppa, mener flere av respondentene. Hvem som skal sitte i ansvarsgruppa utover må avtales. Flere sier de opplever DPS som fraværende i samarbeidet. Deres rolle er dårlig definert og tilbudet er ikke tilstrekkelig utbygd. En nevner at DPS ikke

har denne pasientgruppa som sin målgruppe. De har ikke døgnplasser i distriktet og det oppleves vanskelig å ”få dem på banen”.

*Fastlegen søker pasienten inn. Vi har gjort våre vurderinger og det er ikke alltid vi er enige. Fastlegen må være med i ansvarsgruppa. Han blir ikke alltid innkalt..*

*Det er tungvinte prosedyrer og lite samarbeid med DPS. De er vanskelig å få på banen.*

#### **5.1.4 Kategori 4 - Særlige utfordringer for samarbeidet**

Statlige utredninger og forskning peker på at det er mange utfordringer knyttet til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. De vanskeligste utfordringene fra de kommuneansattes perspektiv synes å være at de ikke får nødvendig spesialisert hjelp med brukere med omfattende og sammensatt problematikk. De opplever å ikke ha ressurser eller kompetanse til å gi adekvat hjelp. De har ikke godt nok utbygde tjenester, tjenestene er fragmenterte og egnede boliger er vanskelig å skaffe.

##### *Dobbeltdiagnosepasienter blir kasteballer i systemet*

Kommuneansatte har nevnt flere utfordringer knyttet til brukere som har et rusproblem i tillegg til psykiatrisk problematikk. Brukerne nevnes her som ”dobbeltdiagnosepasienter.” De blir lett kasteballer i systemene og det finnes ikke tilbud nok til dem. En av de kommuneansatte mente at dette er en gruppe som i dag ble systematisk diskriminert, og det er helsevesenet som diskriminerer dem, selv etter rusreform. Han sier: ” *De med psykiske lidelser er sårbare personer, men de med rusproblematikk i tillegg er ekstra sårbare, i tillegg til at de kan ha en adferd som er lite tillitsvekkende og bidrar til stigmatisering og utestegning.*”

En utfordringer de har beskrevet er at det er vanskelig å få lagt dobbeltdiagnosepasienter inn i psykiatriske avdelinger på sykehuset. På psykoseavdelingen er hovedfokuset på den psykiske lidelsen og ikke rusproblematikken, slik de kommuneansatte opplever det og som blant annet er beskrevet i flere kartleggingsundersøkelser. (Landheim A, Bakken K, Vaglum P. 2002). Tidligere har dette vært vanlig praksis, men fokuset har den senere tid hatt en dreining mot en bredere forståelse mot integrert behandling.



---

En annen utfordring de beskriver er at problematikken pasientene har, kan gjøre dem redde og usikre. De opplever at de ikke har kompetanse og personell nok til å takle utfordringene. Det har vært vanskelige episoder og få personer. En tredje utfordring handler om at gode boliger er vanskelig å finne. De er enige om at personer med rusproblematikk ikke skal bo i samme boligfellesskap som personer med psykiske vansker. Det har de dårlig erfaringer med. De mener at det ikke skal være "rus" i psykiatriboligene, og i praksis betyr det at de opplever at det ikke finnes botilbud til denne gruppa.

*Det er en stor gruppe som systematisk diskrimineres i Norge, dobbeltdiagnose-pasientene. Det er rusmisbruker og eksmisbrukere med psykiske problemer i tillegg. Helsevesenet diskriminerer dem. I psykiatrien finnes ikke rusproblematikk og i rusinstitusjonene forventes det at manskal håndtere psykiatrisk problematikk. Dette er trist når vi nå har hatt en rusreform.*

*"En klarer ikke yte noe når en selv er redd og usikker, og så er det ingen andre der ute. En er alene på jobb".*

*Det er sagt at det ikke skal være rus i bofellesskapene. Det er det. Problemet er at det kanskje ikke får så store konsekvenser. De med psykiatriske lidelser er sårbare sjeler og lett å lede på ville veier."*

### ***Svikt i kommunale oppfølgingstjenester***

Pasienter får mindre oppfølgingstjenester enn behovet tilsier, og tilbudene er ikke forenlige med det som individuelle planer tilsier og behovet pasientene har, sier de kommuneansatte. De mener at sykehuset har urealistiske forventninger til tiltak som de ikke klarer å innfri. Det oppleves frustrerende at tjenestene ikke er tilstrekkelige for at pasientene skal få den hjelpen de trenger for å mestre hverdagen og det selvstendige livet utenfor institusjon.

Selv etter Opptrappingsplanens slutt er det ikke ressurser eller kompetanse nok til at tjenestene er tilstrekkelig utbygd. Det finnes enkelte steder kun dagtjenester innen psykisk helsevern på kommunenivå. Derfor oppleves det problematisk å stå i et forventningspress som de ikke er i stand til å oppfylle. Her savner de samarbeid med de rette nivåene, som ledelsesnivået og politikere.

*Pasientenes behov meldes og tiltakene finnes ikke. Så kommer folk ut og har forventninger til hva som skal skje. Hvis vi må finne tjenester til vedkommende vi ikke har, er det skapt urealistiske forventninger om hva kommunen kan tilby.*

*I institusjonen er det bemanning døgnet rundt. Det er begrenset hva vi kan få til når vi bare har dagtjenester. Jeg har opplevd at de søker om 60 timer miljøarbeider-tjeneste i uka. Vi er snille og greie og skal gjøre alt mulig uten at vi har ressurser til det.*

### **Organisatoriske utfordringer, særomsorg og faglige grenser**

Kommunen ansatte mener det ligger mange utfordringer i systemene slik de er organisert i ulike forvaltningsnivåer. Foruten sykehuset som oppleves stykkevis og delt, har kommunene fragmenterte tjenester innenfor psykisk helse. Her handler det om selvstendige enheter som, oppfølgingsteam, boteam og rusteam, i tillegg kommer Nav sosialtjeneste. Samordningen blir vanskelig, og man kjenner kanskje ikke hverandre. Spesielt vanskelig er dette når det gjelder rus og psykiatrisk problematikk. Da involveres mange instanser. Helhetlige sammenhengende tjenester oppleves vanskelig å få til. Mellom nivåene er det utfordringer knyttet til ulikt lovverk, ulike funksjoner og ulik fagkompetanse. Dette beskrives som ulikt fokus i behandlingstilnærmingen, hvor helheten er lett å miste. De har sin fagforståelse og sitt språk i fra to ulike kulturer, spissformulert sett – den medisinske tradisjonen opp mot den mer sosialpsykiatriske forståelsen i kommunene.

*Man må se på helheten, og også på samarbeidet internt i kommunen. Vi kjenner ikke hverandre og representerer ulike kulturer. Også i kommunen er psykiatrien delt opp. Vi har et boteam, en oppfølgingsenhet, en tildelingsenhet, et Nav kontor og en rusenhet. Det gir oss samarbeidsutfordringer.*

*Sykehuset skjønner ikke situasjonen vår ute i kommunen, og vi skjønner ikke alltid hva som foregår mens pasienten er innlagt. Det er to forskjellige verdener, veldig mange ansatte. De har en medisinsk spisskompetanse. Vi har en breddekompetanse.*

*Kombinasjonen rus og psykiatri må vi håndtere innenfor de systemene vi har. Det er diskusjoner om høna eller egget. Det henger jo sammen. Vi må snakke sammen om felles utfordringer.*

## 5.2 Spesialisthelsetjenesteperspektivet

<b>Kategori 1</b>		
<b>Individuell behandling</b>		
<b>Underkategori:</b> <b>Praksis ved innleggelse</b>	<b>Underkategori:</b> <b>Ønsket samarbeid ved innleggelse</b>	
<b>Begreper:</b> Prosedylene følges ikke Trenger en lengre kartleggingsfase Lite informasjon gir uklare målsettinger Problem- og sykdomsfokus Har kontakt med pårørende	<b>Begreper:</b> Ønsker å starte samarbeidet tidligere Ønsker mer informasjon fra kommunen Ønsker klarere målsettinger for oppholdet Ønsker mer struktur og forpliktelse Avklaring av forventninger gir bedre kartlegging	
<b>Kategori 2</b>		
<b>Planleggingen skjer i arbeidslaget</b>		
<b>Underkategori:</b> <b>Ansvar ligger i arbeidslaget</b>	<b>Underkategori:</b> <b>Samhandlingsarenaer</b>	<b>Underkategori:</b> <b>Sosionomen har en sentral rolle</b>
<b>Begreper:</b> Behandlingsplanlegging foregår i arbeidslaget Koordineringsansvaret er felles Utydelige roller gir lite retning	<b>Begreper:</b> Samarbeidsmøter med kommunen Ansvarsgruppemøter og individuell plan i utskrivningsfasen Samarbeid med fastlegen er viktig	<b>Begreper:</b> Ansvar for struktur på samarbeidet Koordinerer samarbeidet internt i avdelingen Koordinerer samarbeidet med kommunen Søker og har oversikt over tjenester og tilbud i kommunen
<b>Kategori 3</b>		
<b>Kompleksiteten er en utfordring for samarbeidet</b>		
<b>Underkategori:</b> <b>Rus er lite fokusert</b>	<b>Underkategori:</b> <b>Sikkerhetsproblematikk er en utfordring</b>	
<b>Begreper:</b> Lite systematisk kartlegging av rusproblematikk Ingen gruppebaserte rusmestringsprogrammer Individuell tilnærming til rus Uklarhet i behandlingstilnærming, totalavhold eller skadebegrensning	<b>Begreper:</b> Sikkerhetsvurderinger er nødvendig Pasienter som er dømt til behandling Tilleggsprobleme gir lang behandlingstid Utflytting er vanskelig å få til	
<b>Kategori 4</b>		
<b>Tilbake til hjemkommunen og lokalsamfunnet</b>		
<b>Underkategori:</b> <b>God praksis ved utskrivning</b>	<b>Underkategori:</b> <b>Spesielle utfordringer i utskrivningsprosessen</b>	
<b>Begreper:</b> Trygghet, relasjon og kjennskap er en forutsetning Brukermedvirkning og selvstendigjøring er fokus Systematisk arbeid og planlegging over tid Gradvis utskrivning og overlappingsperiode Fleksibilitet er nødvendig for gode overganger Kompetanseoverføring og veiledning er sentralt Pasientens behov bør styre tjenestene Gode erfaringer med bruk av mobile innsatsmidler	<b>Begreper:</b> Kommunen har for lite tilbud i forhold til behovene Egnede boliger er vanskelig å finne Lang behandlingstid gir institusjonalisering Oversikt og koordinering er en stor oppgave DPS har en uavklart rolle i samarbeidet	

Tabell 2, presenterer en sammenfatning fra fokusgruppeintervjuene med ansatte i psykiatrispesialistavdelingen

### 5.2.1 Kategori 1- Individuell behandling

I funnene fra ansatte på psykiatrisk sykehus ble det vektlagt at all behandling skulle være individuelt tilpasset. Rutiner og prosedyrer kunne bli en hindring for det individuelle perspektivet og ble ikke alltid fulgt.

Mange av pasienter som var innlagt på sykehuset hadde et profesjonelt nettverk i kommunen ved innleggelsen. Det gjorde at samarbeidet kunne starte umiddelbart. Man visste hvem som skulle kontaktes og fikk nødvendig informasjon for en god kartlegging. Når man møtte utfordringer, handlet dette ofte om ukjente pasienter, der hjemkommune ikke var kjent eller uaktuelt å flytte tilbake til. Avklaringer måtte gjøres på et høyere nivå i organisasjonen

*Generelt har vi individuelle behandlingsplaner. Vi må starte ut individuelt. Behovene er forskjellige. De har forskjellig tilleggsproblematikk. Sikkerheten må vurderes og det er mange hensyn å ta. Derfor blir samarbeidet også veldig forskjellig.*

*Det vil være veldig individuelt hva pasientene har behov for. Deres situasjon er svært forskjellig, noen kommer inn til soning direkte fra fengsel, noen fra andre institusjoner. Ingen kommer direkte fra kommunen.*

#### **Praksis ved innleggelse**

Begge enhetene beskrev at de hadde behov for en kartleggingsfase eller "bli kjent fase". En mente man de måtte ha observasjonsopphold på inntil seks uker for å gjøre grundig medisinsk og diagnostisk utredning. Andre sa at kommunen burde kontaktes innen to uker. Det var avgjørende å få god informasjon om pasientens fysiske og psykiske tilstand, funksjonsnivå og tjenester som skulle planlegges i kommunen.

*Vi trenger en observasjonstid. Den brukes til å kartlegge pasientens søvnmønster, hygiene, matinntak, fysisk og psykisk tilstand. Legen mener det er viktig å ha en slik kartleggingsperiode før kommunen kontaktes.*

*For de pasienter som kommer inn for å få hjelp, kan seks ukers observasjonstid være for lenge. Pasienten skal opprettholde samme funksjonsnivå, ikke ha tilbakegang.*

Når man ikke kjente pasientene fra før, var det vanskelig å ha klare målsettinger og behandlingsplaner. Man visste ikke nok om pasientens fungering eller hva som hadde skjedd

---

forut for innleggelsen. Uklare målsettinger i starten ble gjennomgående beskrevet som et problem, som kunne bidra til at pasienten ikke fikk den beste behandlingen.

*Ved innleggelse kan det være definert målsettinger for oppholdet, men denne endres underveis og det kan være flere målsettinger og faser for ett og samme opphold.*

*Det dukker ofte opp problemer mot slutten av et opphold, som det kunne ha vært jobbet mer målrettet med fra begynnelsen hvis vi hadde visst om dem. En tidlig, grundig kartlegging sammen med kommunen, ville unngå dette.*

I kartleggingsperioden ble det fokusert på pasientens problemer, symptomer og den psykiske sykdommen. Spesialisthelsetjenesten skal drive utredning og behandling, og det forventes at det medisinske aspektet er hovedfokus i kartleggingen. Legen har en sentral rolle i dette arbeidet. Det var enighet om at dette ligger i spesialisthelsetjenestens oppgaver og ansvar, og pasientene oppleves som dårlig fungerende når de legges inn på dette nivået. Likevel ble det nevnt at denne arbeidsformen kunne medføre at andre sider av pasientens tilværelse, som nettverk, ressurser og livskvalitet blir underkommunisert. Pasienten blir ikke sett i samhandling med sitt nettverk, og problemene blir ikke løst lokalt.

*I kartleggingssamtalen er pasientens problemer hovedfokus. Legen konsentrerer seg om den aktuelle problemstillingen i henvisningen for å gjøre en god utredning.*

Begge enhetene har i miljøterapien godt etablerte prosedyrer for å ta tidlig kontakt med pasientens pårørende. Dette gjøres så snart pasienten er informert og enig. Av og til ønsket ikke pasienten at pårørende skulle kontaktes. Dette ble sett på som en stor utfordring grunnet taushetsplikten. Pårørende får tilbud om samtaler, også ut i fra egne behov. De pårørende deltar unntaksvis som ressurspersoner knyttet til pasientens kartlegging og behandling. Mange pårørende får tilbud om å delta i ”pårørendegrupper”. Flerfamiliegruppene og ”tidlig intervensjonstenkning” er godt etablert i enhetene.

*Pårørende kontaktes hvis pasienten har gitt tillatelse til det. Det er en utfordring for oss å tilby pårørende støtte, dersom pasienten ikke vil at vi skal ha kontakt med pårørende.*

### *Ønsket samarbeid ved innleggelse*

Begge enhetene ønsket å starte samarbeidet med kommunen tidligere enn det som var praksis. Tidlig kontakt kunne gi bedre helhetsforståelse av pasientens situasjon. Samarbeidet med kommunen og en god kartlegging burde starte før innleggelsen, sa flere. En nevnte muligheten for mer ambulant virksomhet, f. eks. å reise hjem til pasienten eller ta møtene i hjemkommunen. Man fikk bedre informasjon om pasienten i hans nærmiljø og svar på spørsmål man ofte stilte seg. Hvorfor var innleggelse nødvendig? Hvordan fungerte pasienten i sitt hjemmemiljø, og hvilke ressurser var tilgjengelig i nettverket? Hvilke tiltak var iverksatt fra kommunens side? Denne informasjon gjorde kartleggingen mer komplett som igjen kunne føre til kortere innleggelsestid i spesialisthelsetjenesten. Mer nettverksarbeid og utadrettet virksomhet, var ønskelig. Samtidig ønsket de bedre prosedyrer for kommunesamarbeidet.

*Vi har prosedyrer om at kommunen skal kontaktes innen en til to uker etter at pasienten er innlagt. Vi har det som et satsningsområdet å ta tidligere kontakt.*

*Noen ganger er det lettere å snakke med pasienten i hans egen bolig. Vi får mer informasjon og settingen der gir bedre grunnlag for observasjoner. Å ha møte med kommunen før innleggelse, kunne være nyttig. Det kan være med på å få en grundigere kartlegging og finne et felles mål for oppholdet. Erfaringer viser, at det kan være underliggende årsaker til innleggelsen, som tap av kontaktpersoner, tap av tilbud eller økonomisk rot. Vi savner mer målrettet og forpliktende samarbeid om disse problemene.*

Alle ønsker å arbeide mer aktivt med brukermedvirkning mens pasienten er innlagt. Her er dette uttrykt som å være bevisst på ikke å frata pasienten hans ansvar for eget liv, ha en bevissthet om hva pasientens faktisk klarer og samarbeide med han og nettverket innenfor et salutogent perspektiv.

*Vi har et ønske om å jobbe mer aktivt med brukermedvirkning, men det er vanskelig å få til for pasientene er så dårlige når de er hos oss.*

*Vi må ikke frata pasienten ansvar for eget liv. Vi må ha en bevissthet på hva pasienten faktisk klarer, og jobbe mot selvstendigjøring og bedring.*

---

## 5.2.2 Kategori 2- Planleggingen skjer i arbeidslaget

Arbeidet innad i behandlingsmiljøet og miljøterapien er organisert i arbeidslag, der ulike yrkesgrupper har ulike oppgaver. Det er tverrfaglig sammensatte arbeidslag rundt pasientene som skal gi en spisskompetanse og bidra med hver sine fagområder. Der skjer mye av behandlingsplanleggingen. Det synes å være rutiner og forventninger knyttet til de ulike roller, men ansvaret oppleves å bli pulverisert. Primærkontakt, sosionom, individualterapeut og lege har forventninger knyttet mot sin rolle. Dette gjør at mange må ha nødvendig informasjon, og koordinering blir nødvendig. Dette gjøres på rapporter og interne behandlingsmøter.

### *Ansvaret ligger i arbeidslaget*

Koordineringsansvaret synes å være et felles ansvar for de som er i arbeidslaget. De ansatte ønsket at første samarbeidsmøtet var et kartleggingsmøte der både kommunen og enheten deltok for best å få oversikt over pasientens helhetlige situasjon. De ønsket et slikt møte en til to uker etter innleggelsen. De ønsket at de i samarbeid med kommunen kunne lage prosedyrer og sjekklister for hva som skulle tas opp på et slikt møte. Deretter ønsket de et regelmessig samarbeid underveis i behandlingsforløpet. Sosionomen hadde ansvaret for å innkalle til disse møtene. Når pasienten var i stand til det, skulle han være tilstede på dette møtet, men møtet kunne holdes uten han. Pårørende kunne delta hvis pasienten ønsket dette.

### *Samhandlingsarealer*

Mye av samarbeidet foregår i ansvarsgruppemøter når pasienten er hjemme i kommunen. Under innleggelsen går ansvarsgruppa over til å bli samarbeidsmøter. Den gjenetableres når pasienten skrives ut. Legen ønskes som fast medlem av ansvarsgruppa, sammen med noen sentrale nøkkelpersoner som er viktige for pasienten.

Individuell plan (IP) påbegynnes mens pasienten er innlagt hvis han ønsker det og ikke har fra før. Sosionomen har sammen med primærkontakten ansvar for dette. IP utarbeides sammen med pasienten og i samarbeid med kommunen for at tiltakene skal være mulig å oppnå. Det vil kunne sprike mellom pasientens behov og ønsker, og det som er mulig å få til:

*Arbeidet med IP påbegynnes på avdelingen dersom det ikke allerede foreligger en.  
Hvis pasienten har IP tas det kontakt med kommunen. Planen blir omskrevet og*

*tilpasset pasientens behov. Det er avdelingen og sosionomen som har ansvaret for IP så lenge pasienten er innlagt. Kommunen overtar når pasienten skrives ut.*

Planleggingsmøter og samarbeid rundt utskrivning er viktige areaer for samhandling. Her skal tiltak og oppfølging planlegges, og avtaler gjøres.

*Når samarbeidsmøter holdes varierer, men vi ønsker det mer regelmessig.. Vi har mest kontakt mot slutten av oppholdet i utskrivelsesfasen. Da må mye planlegges og tiltakene må være på plass.*

### **Sosionomen har en sentral rolle**

Sosionomene på enhetene har et særskilt definert ansvar for kontakten/samarbeidet mot kommunen. Dette arbeidet skal gjøres i samarbeid med pasientens primærkontakt og arbeidslag. Oversikt over kommunens tiltak og tjenester er en spisskompetanse som hun skal ivareta. Hennes blikk må derfor i større grad rettes utover veggene i institusjonen. Det synes å gi framtidshåp. Hun skal følge opp saksbehandlingen og enkeltvedtakene. Hun skal kjenne systemet, søke tiltak og ha nok informasjon for å tilrettelegge for pasientens behov. Det kan være bolig, økonomi, arbeid og aktivitet. Sosionomene (og primærkontakten) skal initiere individuell plan, sitte i ansvarsgruppe og koordinere arbeidet innad på enheten og utad mens pasienten er innlagt.

*Sosionomen har ansvaret for individuell plan og er derfor den som samarbeider med pasientens primærkontakt i kommunen etter utskrivelse.*

*Sosionomen har oversikt over de tjenester og tiltak som finnes i kommunen. Hun bistår pasienten med å søke om disse.*

### **5.2.3 Kategori 3 – Kompleksiteten er en utfordring for samarbeidet**

Enhetene beskriver å ha mange pasienter med tilleggsproblemer utover den psykiske lidelsen. Det er få pasienter innlagt på hver enhet, men mange er innlagt over lang tid, fra ½ til flere år. Lengste innleggelsen var på mellom 10 til 15 år. Mange er tvangsinnlagt og noen er overflyttet fra fengsel eller dømt til soning i institusjon. Når pasientene er innlagt over år, anses samarbeidet å være mindre viktig. Pasientene oppleves som veldig syke og om



---

omfattende oppfølgingsbehov når de er klar for utskrivning fra institusjonen. Dette gir spesielle utfordringer i kontakten med hjemkommunen:

*Vi har ressurskrevende pasienter. Noen er tvangsinnlagt og skal utskrives på tvungent ettervern. Noen har farlighetsproblematikk og er inne til soning. De skal være her over tid, da blir samarbeidet mindre aktuelt.*

### ***Rus er lite fokusert***

En av enhetene sier de sjelden har pasienter med rusproblematikk innlagt, og de for tiden ikke har pasienter med dobbeltdiagnose, i betydningen alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmisbruk. Noen av pasientene har diagnosen schizofreni med et samtidig rusproblem. Når få pasienter har rusproblematikk og ingen ruser seg mens de er innlagt på enheten, fokuseres rus lite.

Den andre enheten jobber individuelt med rusproblematikken. De kartlegger rusproblematikk og jobber med ferdighetstrening på situasjoner ute. De sier likevel at rus ikke systematisk kartlegges hos alle. Det brukes ikke ruskartleggingsinstrumenter og kartlegger ikke systematisk med rusens funksjon eller rusmestring.

Rusing inne på avdelingen oppfattes som et problem. Dette oppfattes som vanskelig og pasientene blir da skjermet på eget rom. Rusing medfører ingen konsekvenser som utskrivning. En uttaler at de jobber med skadereduksjon og ikke totalavhold, men at det er pasientens totale problematikk som må være styrende for valg av tilnærming. Å arbeide med rus og psykisk lidelse samtidig som metode (integret behandling) er kjent, men brukes ikke systematisk. Dette var et satsningsområde for bedret kompetanse.

*Enheden har noe fokus på rus, og det er ikke tillatt å ruse seg når man er innlagt. Hovedfokuset er å få pasienten til å mestre livet uten rus, noen ganger der det å minske skadeomfanget.*

*Pasientene med rusproblemer, har ingen egen kriseplan for å mestre rus, men det står av og til om rus i kriseplanen for symptommestring. Vi jobber med dette individuelt. Noen av enhetens pasienter har vært med på "Et bedre liv" kurs. Noen av postens samarbeidskommuner har rusprogram med rusteam og ruskonsulenter.*

### *Sikkerhetsproblematikk er en utfordring*

Enkelte innlagte pasienter er dømt til behandling, soning eller varetekt. Noen er vurdert som farlige, og sikkerhetsvurderinger blir sentralt. Sikkerheten er vektlagt og mange pasienter er tvangsinnlagt over tid.

De sier de har kompliserte og ressurskrevende pasienter innlagt, spesielt på en av enhetene. De trenger spesialisert kunnskap om tvangsbehandling og sikkerhetsvurderinger. Det vil være andre samarbeidspartnere som politiet, fengselsvesen eller kriminalomsorg i frihet. Det kreves tilrettelagte boliger og et godt spesialisert, skreddersydd tilbud etter endt behandling. Mobile innsatsmidler kan brukes til å tilrettelegge for samarbeidet i særskilte tilfeller. Da vil hver pasient være et eget prosjekt og samarbeidet løftes på et overordnet ledernivå i forhold til tjenester og samhandling. Dette er mer ressurskrevende utskrivninger, både økonomisk og kompetansemessig. Disse utskrivningene tar lang tid og er vanskelig å få til, men de nevner eksempler hvor de har lyktes med gode rehabiliteringsprosesser.

Hensynet til allmennheten, og at pasientgruppa kan oppleves som farlig, synes flere er utfordrende. Det vil være en balansegang mellom pasientens behov og samfunnets. Holdningsskapende arbeid er nødvendig, og tilbakeføringene til samfunnet vanskelig.

*Vi er en sikkerhetspost og farlighetsvurderinger må gjøres for å sikre pasienten selv, men også omgivelsene rundt.*

*Vi har mange hensyn å ta og mange samarbeidsutfordringer. Vi samarbeider like ofte med politi som med kommunen. Sikkerheten må ivaretas.*

#### **5.2.4 Kategori 4 - Tilbake til hjemkommunen og lokalsamfunnet**

Gode tjenester i utskrivningsprosessen kan være vanskelig å få til. De har eksempler på godt samarbeid og prosjekter hvor de har lyktes. Disse nevnes, spesielt knyttet til et prosjektet som det ble jobbet systematisk og forpliktende i egne prosjekter. Ved hjelp av avdelingens ledelse, økt innsats og økte midler, bygde man en firemannsbolig ved hjelp av statlige midler, og gikk sammen om finansiering av oppfølgingen i en avtalt overgangsperiode.

### ***God praksis ved utskrivning***

God struktur, forpliktende samarbeid og felles planlegging er nødvendig for å få til godt samarbeid. Man må avklare ansvarsforhold og etablere tjenester ut fra pasientens behov. Det bør være en gradvis utflytting med god koordinering og planlagte permisjoner. I utskrivningsprosessen kan personalet på avdelingen overlappes miljøpersonale ute i kommunen. Det er ønskelig at miljøpersonalet i kommunen hospiterer på avdelingen i forkant, for å bli kjent med pasienten og behandlingsopplegget. De ansatte ønsker å strekke seg langt for å få til gode overganger for pasienten. De tar ansvar for å sikre en god overlappingsperiode og kompetanseoverføring til nytt personale. De gir veiledning og sitter i ansvarsgrupper i avtalte tidsperioder, minimum tre måneder. De ønsker å være fleksible og lett tilgjengelig hvis det oppstår problemer, slik at reinnleggelser kan hindres. Mobile innsatsmidler kan brukes når dette er påkrevet i særlige tilfelle for å få til smidige løsninger ved for eksempel å delfinansiere boveiledertjeneste eller oppfølgingstjeneste knyttet til aktivitet.

*Posten har lang erfaring fra krevende utskrivelsesprosesser. S-prosjektet var et vellykket eksempel på dette. Her ble det jobbet systematisk med oppnevnt koordinator internt og eksternt i kommune. Det ga struktur, avklaring av ansvarsforhold og framdrift i prosjektet.*

*Miljøpersonalet i kommunen ble ansatt tidlig i prosessen og var inne til hospitering på avdelingen. Likeledes var personalet på avdelingen med ut i boligen i en overgangsperiode, og deretter fortsatte pasientene til polikliniske samtaler. Dette var en god modell for samarbeidet hvor vi nå kan hente ut gode erfaringer.*

*Mobile innsatsmidler kan brukes i særskilte tilfelle. Da kan vi få til smidige løsninger, for eksempel boveiledertjeneste og aktivitet.*

### ***Spesielle utfordringer i utskrivelsesprosessen***

De ansatte i spesialisthelsetjenesten beskriver at pasientene ikke får nødvendig oppfølging etter utskrivning. De får for dårlige tjenester i forhold til behov. Det er ressursknapphet i kommunen. De er få ansatte, og mange har ikke den nødvendige kompetansen. De beskriver også at det er vanskelig for miljøpersonalet å følge med pasienten ut, fordi det kommer nye pasienter inn. Turnusen skal gå opp. Det er ikke avsatte ressurser på enhetene for oppfølging

i kommunen, men det finnes ambulant team i avdelingen organisert. Disse kan bistå, men har ikke den relasjonelle nærheten til pasientene.

*Strategien for utskrivelse er ofte lagt måneder eller år i forveien av arbeidsgruppa rundt pasienten. Det er posten som definerer behovene. Kommunen får da en bestilling med tanke på tiltak, men det er sjelden de klarer å imøtekomme dette. Behovene har vært drøftet i samarbeidsmøter hvor psykiatrisk sykepleier fra kommunen har vært tilstede. Vår erfaring er at kommunen har stort arbeidspress og knapphet på ressurser.*

*Det blir gjort store endringer i tjenestetilbudet. Kommunen har vedtaksmøter der personalet revurderer behovet for tjenester og gjør endringer.*

En annen utfordring er å finne egnet boliger med oppfølging. Kommunen har ikke nok omsorgsboliger, ressurser for oppfølging eller egnede kommunale leiligheter. Flere av pasientene har dårlig boevne og kan ikke bo i ordinære boliger. Enkelte trenger døgnbemanning. De har vært lenge inne på institusjon, og dette kan medføre ”institusjonalisering” med tap av funksjonsevne og mulighet til å bli selvhjulpen.

Mange utfordringer knyttes til DPS sin framtidige rolle i samarbeidet. Personalet opplever dette uklart. De nevner at det koordinerende ansvaret skal ligge. DPS har vært dårlig utbygd i distriktet, uten sengeenheter, og det har vært liten tradisjon på samarbeid. DPS har tradisjonelt ikke hatt psykosepasienter som sin målgruppe. Deres behov blir ivaretatt på sykehusnivå.

*Det har ikke vært noen tradisjon på samarbeid med DPS. Vi har samarbeidet direkte med kommunen. Pasientene våre har ikke vært innenfor deres målgruppe.*

*Det har vært vanskelig å få DPS på banen slik vi ønsker at samarbeidet skal være og som er beskrevet i DPS veilederen. De skal ha et koordinerende ansvar. Vi vet ikke hva vi kan forvente, men det skjer ting der.*

## 5.3 Samhandlingsperspektivet

Tabell 3 er funn fra rundbordskonferansene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. I tabellen presenteres hovedinnholdet i samarbeidsavtalen med ansvar og oppgavefordeling. Prosessen i arbeidet presenteres deretter. Samarbeidsavtalen ligger vedlagt (vedlegg 5).

<b>Spesialisthelsetjenestens ansvar:</b>	<b>Kommunens ansvar:</b>
<b>Ved innleggelse</b>	<b>Ved innleggelse</b>
<p>Søknad om innleggelse vurderes av avdelingens inntaksteam. Det foretas en vurderingssamtale av overlege og personalet på enheten. Her vil det være forskjell på kjente og ukjente pasienter. For kjente pasienter er det vanligvis etablert kontakt med kommunen, og de har oppnevnt koordinator. For ukjente pasienter vil første samtale være en kartleggings samtale. Vurderingen gjøres ut i fra formulert henvisning, sammen med pasientens og evt. pårørende opplysninger.</p> <p>Første kartleggings samtale kan foregå før innleggelse, men som oftest starter samarbeidet med kommunen så snart pasienten er innlagt. Innkalling til første samarbeidsmøte bør skje innen 2 uker etter innleggelse. Møtet holdes på sykehuset. Møtet kan finne sted uten pasienten, men han/hun oppfordres til å delta. Pårørende kan delta hvis pasienten ønsker dette.</p> <p>Første samarbeidsmøtet i avdelingen er et kartleggingsmøte. Sosionomen ved enheten innkaller. Pasientens fastlege innkalles. Sosionomen sammen med pasientens primærkontakt koordinerer samarbeidet internt og eksternt.</p> <p>Aktuell situasjon, problemer, behov og ressurser presenteres i første samarbeidsmøte. Målsettinger for oppholdet defineres. Samarbeidsavtalen inneholder sjekkliste til bruk for kartleggingen.</p>	<p>Kommunen har ansvar for å orientere om sitt tjenestetilbud. Ved innleggelsen skal de gi nødvendig informasjon vedrørende den aktuelle pasienten og relevant informasjon om kommunens helse- og sosialtjenester.</p> <p>Ved innleggelse vil det for kjente pasienter, vanligvis være etablert kontakt med kommunen, og oppnevnt koordinator. Hvis det ikke er avtalt koordinator, skal tildelingsenheten skaffe oversikt over de tilbud og tjenester pasienten har og koordinere samarbeidet inntil fast koordinator er på plass. Inntil dette er avklart koordiner tildelingsenheten kontakten med enheten og det interne samarbeidet i kommunen.</p> <p>Kommunen deltar på første kartleggingsmøtet med enheten. Koordinator i kommunen eller tildelingsenheten representerer kommunen. Pasientens fastlege innkalles.</p> <p>Kommunen har et overordnet koordineringsansvar i forhold til pasientens behov og tjenester, men ansvaret kan delegeres til enheten mens pasienten er innlagt.</p>
<b>Underveis i behandlingsforløp</b>	<b>Underveis i behandlingsforløpet</b>
<p>Det skal holdes regelmessige møter underveis i behandlingsforløpet. Tidspunktene tilpasses individuelt, men helst en gang i kvartalet. Ved lengre innleggelser kan det være hvert ½ år. Sosionomen tar ansvar for innkalling. Neste møtetidspunkt avtales fra gang til gang.</p> <p>Aktuell situasjon, behandlingstiltak, og tidsperspektiv drøftes i møtene. Egensjekkliste er utarbeidet.</p> <p>Ansvarsgruppe og individuell (IP) plan: Hvis pasienten har IP, revideres og evalueres denne underveis i samarbeidet. Hvis pasienten ikke har IP, og ønsker dette, initieres samarbeidet av sosionom eller dokumentansvarlig. Pasienten, sykehuset og kommunen utarbeider IP i fellesskap, og tilstreber enighet om målsettinger og tiltak.</p> <p>Enheten tar ansvaret for å orientere om behandlingstilbudet som er gitt, evaluering og prognose.</p>	<p>Kommunen forplikter seg til å møte på regelmessige samarbeidsmøter, minst en gang i kvartalet. Koordinator tar ansvar for å vurdere hvilke tjenester pasienten skal ha på kommunalt nivå samtidig som behandlingen pågår. Dette gjøres i samråd med pasienten, enheten og fastlege.</p> <p>Koordineringsansvarlig skal orientere om retten til IP, og sammen med enheten ta ansvar for å oppdatere og endre denne. Pasienten, sykehuset og kommunen utarbeider IP i fellesskap, og tilstreber enighet om målsettinger og tiltak.</p> <p>Koordineringsansvarlig skal holde løpende kontakt med enheten om de tiltak og tjenester som planlegges iverksatt.</p>
<b>Ved utskrivning</b>	<b>Ved utskrivning</b>
<p>Utskrivningen skal skje ved strukturert planlegging og gjensidig overlappning mellom institusjonen og kommunen. Det gjøres individuelle avtale om permisjoner i utskrivningsfasen, hospitering, overlappende tjenester og veiledning. DPS bør være en naturlig samarbeidspartner.</p>	<p>Kommunen deltar i møtene der utskrivning planlegges. De legger til rette tjenester og tiltak som gjør det mulig for pasienten å bo i eget hjem, i forhold til hans/hennes behov og eksisterende lovverk.</p>

<p>Henvisning til DPS bør skje i god tid før utskrivelse, og de inviteres til samarbeid.</p> <p>Kommunens miljøpersonale kan tilbys hospitering på enheten for å bli kjent med pasienten og pasientens behandlingsprogram. Er det mulig, avtales overlappingsperioden der personer fra pasientens primær -gruppe følger opp pasienten i hans bolig.</p> <p>Hvis ikke ansvarsgruppe er opprettet, gjøres dette hvis pasienten ønsker. I ansvarsgruppen skal pasienten alltid delta sammen med noen få sentrale personer. Pårørende kan delta hvis pasienten ønsker det. Andre aktuelle samarbeidspartnere kan innkalles til møtet etter behov.</p> <p>Permisjoner brukes planmessig i utskrivningsfasen. Målet er å se hvordan pasienten fungerer hjemme. Kommunen kontaktes i god tid dersom de skal bistå under permisjonene. Permisjoner på ukedager gjør det lettere for kommunens personale å se hvordan pasienten fungerer hjemme.</p> <p>Det holdes eget utskrivningsmøte hvor avtaler gjennomgås. Epikrisen sendes fastlegen innen avtalt tidsfrist.</p> <p>Sykehuset Innlandets "Mobile innsatsmidler" kan brukes i særskilte situasjoner for å etablere smidige løsninger. Slike tiltak kan være avtaler om økonomisk bistand for boveiledertjeneste, kultur eller arbeidsrettede tiltak. Midlene brukes etter en samlet vurdering og søkes spesielt.</p>	<p>Eksempel på slik deltagelse er samarbeidsmøter vedrørende utskrivning, hospitere på enheten, regelmessig kontakt med pasienten og oppfølging av pasienten under permisjoner. Avtaler gjøres på forhånd.</p> <p>Koordinator viderefører IP og ansvarsgruppe. DPS inviteres til samarbeid der dette er ønskelig. Ved tilbakefall tas det kontakt med enheten for sammen å finne løsninger for stabilisering.</p> <p>Miljøpersonalet deltar i den pasientrelaterte veiledningen etter behov.</p>
--	--

Tabell 3 presenterer et sammendrag av innholdet i samarbeidsavtalen. Juridisk rammeverk og sentrale veiledere presenteres i avtalen slik den foreligger i sin helhet, vedlegg 5

### 5.3.1 Samarbeidsavtalen

Rundbordskonferansene besto av oppnevnte representanter fra kommunen og sykehuset i en kommunegruppe. Mandatet for arbeidet ble utviklet i gruppas første møte, etter føringer fra Miljøterapiprosjektet med mål om å utvikle en bedre samarbeidsmodell. Samarbeidsavtalen beskriver ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i en prosess fra innleggelse i sykehus, til regelmessig samarbeid underveis og til utskrivning.

Å starte samarbeidet tidlig er ønsket fra begge parter. Pasientens behov skal settes i sentrum for rehabiliteringsprosessen. Det bidrar til god kartlegging, felles målsetting og at tjenestene kommer på plass til pasienten skal utskrives. En god utskrivning forutsetter at sykehusets ansatte er fleksible og følger opp pasienten ute i kommunen for en overgangsperiode. Alt samarbeid trenger god planlegging. Det skal skje en kompetanseoverføring fra sykehusets ansatte til miljøpersonalet i pasientens bolig.

Sosionomen på sykehuset har i avtalen sentrale koordineringsoppgaver. Hun innkaller til møtene, søker om kommunale tjenester og koordinerer samarbeidet. Kommunen har ansvaret

---

for å påse at det skrives en IP og opprettes en ansvarsgruppe, men ofte er dette arbeidet initiert av sykehuset.

Avtalens utprøvningsperiode er planlagt til et år. Først redigeres og underskrives avtalene av ledelsesnivået og oppstartstidspunkt planlegges. Avtalen evalueres årlig og skal være under utvikling. I praksis betyr det at avtaleteksten kan endres og tilpasses gjeldende lovverk og utvikling i samarbeidsforholdene. Brudd på avtalen behandles etter vanlige rutiner i hver virksomhet.

### **5.3.2 Beskrivelse av prosessen**

Representantene til rundbordskonferanse var oppnevnt på forhånd med forskningsspørsmålet i denne studien som mandat. Første delen av prosessen handlet om betydningen av det relasjonelle aspekt i samarbeidet. Likeverdighet, kjennskap til hverandre og respekt for hverandres faglige ståsted var forutsetning for utvikling av godt samarbeid. Både formell og uformell kontakt var ønskelig.

Arbeidet startet med å beskrive ansvar og oppgavefordeling ved innleggelse sett fra begge perspektivene. Erfaringer ble utvekslet og det var mange refleksjoner over hvordan praksis burde være. Å sikre kortest mulig innleggelsestid lå som en forutsetning for samarbeidet. Avansert sekretær la fram utkast til samarbeidsavtaler etter hvert som de utviklet seg. Det forela fem, seks utkast på hvert sted før man samlet seg om modellen man ville prøve ut. Det var mange diskusjoner og engasjerende aktivitet. Avtalen skulle være konkret og mulig å gjennomføre. Det medførte behov for presiseringer.

Diskusjonene la opp til en forbedret praksis. Forventninger og roller, ble et diskusjonstema. Kommunens ansatte hadde forventninger om at det skulle skje en endring/bedring mens pasienten var innlagt. De ønsket å vite noe om behandlingen som ble gitt, hvilken effekt den hadde og prognose videre. Sykehusets ansatte ønsket å vite hvilke oppfølgingstiltak pasienten kunne få når han kom hjem, at disse var i forhold til behov og ikke ble justert ned rett etter utskrivning. Et annet tema, var at samhandling foregår på mange nivåer internt og eksternt, og det var vanskelig å samhandle med rette nivå for å få tjenester på plass.

Alle vektla og ønsket at samarbeidet skulle starte tidlig, gjerne før innleggelse hvis mulig. Dermed kunne kommunens representanter si noe om hvorfor innleggelse var nødvendig og

en felles kartlegging skulle starte. Ved innleggelsen var det en bevissthet om at spesialisthelsetjenesten og kommunen hadde forskjellige oppgaver. Sykehuset primæroppgave var å behandle den medisinske tilstanden, diagnostisere, behandle sykdommen og dens følgetilstander, mens de ansatte i kommunen fokuserte på pasientens fungering i hverdagslivet, livskvalitet og nødvendige tjenester. Noen områder var overlappende. Kommunen ønsket at ansatt fra sykehuset skulle reise mer ut til kommunen, for å hente kunnskap om pasienten i hans hjemmemiljø. Sykehuset hadde også eksempler på at dette hadde fungert bra i enkelte tilfeller. De ønsket en slik praksis, men det var vanskelig å gjennomføre. Dette førte til et diskusjonstema om hvorvidt det var lengre å reise fra sykehuset til kommunen enn motsatt ettersom det ble forventet at kommunens ansatte stilte på møter på sykehuset.

På andre, tredje og fjerde møtet fokuserte avansert sekretær på innholdet i det konkrete samarbeidet skulle være, og endelig utkast forelå først etter siste møtet. Mellom rundbordskonferansene ble det foreløpig utkast lagt fram for divisjonsledelsen i psykisk helsevern og justert i forhold til eksisterende avtaler og lovverk. Som en del av aksjonen mellom møte ble utkastene diskutert i dialogundervisning og på enhetene.

Deltagelsen i møtene varierte fra sykehusets frammøtte. Underveis møtte flere av representantene i sykehusets kommunegruppe opp. Enhetslederne kom til etter hvert som avtalene tok form. De rettet fokus mot at sykehuset ikke måtte love mer enn de kunne holde. Kommunens representanter var de samme under hele prosessen. Endelig avtale forelå først etter rundbordskonferansenes slutt. Utkastene hadde da blitt justert mange ganger, før de ble sendt ut til høring hos brukerorganisasjonene og underskrevet fra ledernivået. Underveis i prosessen pågikk pasientsamarbeidet, og erfaringer ble løftet fram og kommentert anonymt. Det skjedde en bevisstgjøringsprosess og synlig kompetanseutvikling i møtene. Det var enighet i gruppen om at innholdet i samarbeidsavtalen beskrev den optimale ønskede samarbeidspraksis. Intensjonene og de gode idealene var der. Man delte de gode erfaringene. Hverdagen er derimot motsetningsfull, så praksis og realiteter, kan senere komme til å stå i motsetning til hverandre. Omstillingsprosessene som forventes å komme kan bli motsetningsfulle, og nedskjæringene kan vanskeliggjøre gjennomføringen av avtalen. Samlet var det enighet om likevel å prøve ut avtalen.



## 6. Diskusjon

Dette kapitlet inneholder refleksjoner knyttet til studiens generaliserbarhet og validitet og til problemstillinger om forskning på egen arbeidsplass. Deretter følger diskusjon av studiens funn mot tidligere forskning og teori. Perspektivene har møttes, så materialet synes å gi stor enighet om hvordan godt faglig arbeid bør utføres. Samarbeidet har sine utfordringer som diskuteres avslutningsvis.

### 6.1 Metodiske refleksjoner

Den handlingsorienterte forskningstilnærmingens styrke er at den er erfaringsbasert og praksisnær. Fenomenene er beskrevet slik de framstår innen fenomenologisk tilnærming, og forforståelsen satt i parentes. Den hermenautiske tolkningen er forsøkt løftet til et høyere abstraksjonsnivå, men likevel innenfor det empiriske materialet. Av og til har det vært utfordrende fordi beskrivelsene har vekslet fra dagsaktuelle samarbeidsutfordringer til den ønskede gode praksis. Forskningsspørsmålene er normative i sin karakter med spørsmål om hva som må etableres. Det betyr et framtidsrettet fokus med et utviklingsperspektiv. Det synes å være den handlingsorienterte tilnærmingens styrke.

Intervjuguiden fungerte som en rød tråd. På alle stedene ble forskningsspørsmålet lest opp som en ramme for temaene i intervjuene. Det var en styrke å ha med sekretær for referatskriving. Intervjuene på sykehuset ble foretatt først. Her var jeg kjent i miljøet og gikk dermed rett til spørsmålene i intervjuguiden. Det kan ha vært en svakhet at jeg ikke bevisst ledet dem inn i en refleksiv holdning. I kommunen startet jeg intervjuene med refleksjoner rundt pasienters bedrings- og rehabiliteringsprosess. Kanskje kan det ha påvirket funnene ved at pasientperspektivet ble mer fremtredende der. Forskningen var initiert fra sykehusets enheter, der de skulle bedre sine samarbeidsprosedyrer. Det kan ha medført et mer teknisk, saksbehandlerorientert syn som synes i materialet.

Transkriberingen ble satt bort til sekretær. Det betyr at den deltagende observasjonen fra lyd til tekst ble borte. Det kan ha vært en svakhet. På den andre siden var det referater fra alle fokusgruppeintervjuene å støtte seg på sammen med egne og co-moderators notater.

I den kvalitative innholdsanalysen har jeg vært opptatt av den underliggende mening og trukket fram ulike perspektiver. Likhetene i materialet fra kommunens to enheter og sykehusets to, medførte at jeg i analysen valgte å slå sammen kommuneintervjuene i kommuneperspektivet, og sykehusintervjuene i spesialisthelsetjenesteperspektivet. En svakhet ved dette kan være at ulikhetene ikke trår tydelig fram og motsetningen blir underkommunisert. Men innenfor et normativt forskningsspørsmål gir det mening å fokusere på den gode praksis og tone ned ulikheter og forskjeller.

Generaliserbarhet handler om hvorvidt studiens funn er allmenngyldige og har overføringsverdi (Kvale 2006). Kvale drøfter generaliserbarheten ved å vise til at ved å gå i dybden på et tema kan man grundigere forstå fenomenet. Han sier at generaliserbarhet og reliabiliteten blir ivaretatt ved systematikken i gjennomføringen gjennom et godt håndverk. God reliabilitet handler om kvaliteten på gjennomføringen der en bruker seg selv som instrument. Med min faglige forståelse for temaet og systematisk gjennomføring, skulle det styrke reliabiliteten. På den andre siden vil min manglende forskningserfaring tale for det motsatte.

Validiteten knyttes til gyldigheten og relateres til om en måler det en ønsker å måle. Det handler om man klarer å vise hvordan studiens funn er framkommet og om man får svar på forskningsspørsmålene. Validiteten knyttes til hele gjennomføringen, om fremstillingen er korrekt, nøyaktig og objektiv i kunnskapsteoretisk sammenheng. Intersubjektiv validering forstås som forskerens evne til å formidle bredden og konsensus i sin beskrivelse (Hummelvoll & Barbosa da Silva 1996). Bredde og konsensus er ivaretatt ved fremstilling av funnene i ulike perspektiver. Den kommunikative validiteten har blitt ivaretatt ved systematiske tilbakemelinger på referater, oppsummeringsnotater og baselinedokumentene. Det har vært presentasjon av funn på dialogundervisning og i prosjektet referansegruppe. Samarbeidsavtalene har vært til høring hos bruker organisasjonene, og hos kollegaer. Slik er den kommunikative validiteten en av studiens styrker. Selv om det i denne studien har vært et strategisk og kontekstuellet utvalg, synes funnene å ha allmenngyldig karakter og overføringsverdi, ved at de fleste kjenner seg igjen. Funnene viser sammenheng og svarer på forskerspørsmålene.

Det har vært en utfordring å forske på egen arbeidsplass. Forskingen krever distanse og nøytralitet. Det er ikke mulig. Det å være kollegaer og kjenne arbeidsmiljøet, gir

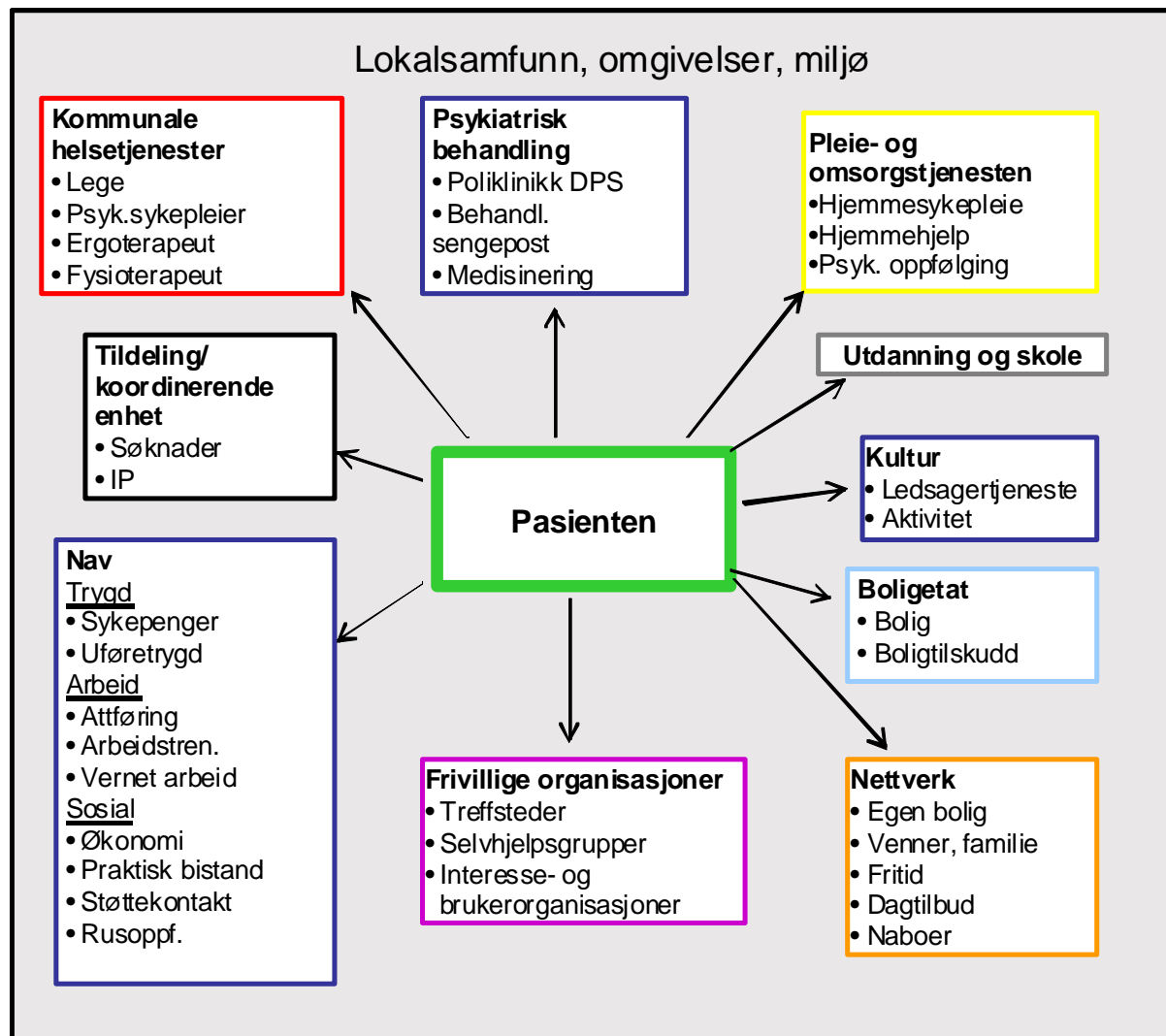
---

påvirkningsmuligheter. Innenifraperspektivet krever bevisst refleksjon. En svakhet kan være uklarheter knyttet til min forskerrolle i prosjektet. På den andre siden kan samspillet og dialogen ha gått lettere. Jeg kjenner fagspråket og kulturen. Forskerrollen er tydeliggjort gjennom informasjonsmøter, informasjonskrivene og intervjusituasjonene. Litt mer utydelig var rollen som avansert sekretær i rundbordskonferansene. Der var hovedfokuset utforming og innhold i avtalene. Ved å skrive utkastene kan jeg påvirket innholdet og forskningspreget kunne bli utydelig i diskusjonene.

I min bevisste refleksjon over forskerroller, har jeg vært innom flere etiske problemstillinger, blant annet vurdering av sårbarhet og ikke krenke prinsippet. Ansatte er også sårbare som mennesker og min kjennskap til dem kan ha åpnet for en fortrolighet jeg ikke ville hatt som utenforstående. Jeg kjenner personer og konflikter i miljøet, og har vært bevisst på å opptre støttende uten å ta aktiv del eller parti. Forskningen skal være til nytte for praksis. Det mener jeg denne studien er. Det gir bredde og styrker studiene, når perspektivene er bevisst gjort rede for. På den andre siden savnes brukerperspektivet og brukernes stemme i studien. Brukerorganisasjonene og pasientgruppa burde vært tydeligere representert og deres stemme er mulig underkommunisert. Det opprinnelige svaret på forskningsspørsmålet kan først besvares når pasienten og pårørende blir spurt om erfaringer fra samarbeidet. Som en konklusjon mener jeg det ligger et kunnskapspotensialet i å lytte til ansatteperspektivet. For meg å tilhøre et faglig nettverk som jeg har gjort i denne sammenheng, har styrket funnene. Samtidig som jeg har vært bevisst fallgruvne og forsøkt å opptre ryddig i tråd med god forskningsetikk.

## 6.1 Diskusjon av studiens funn

Koordinering mellom nivåene er en krevende oppgave. Jeg har valgt å illustrere kompleksiteten i en koordineringsmodell, figur 1, der ulike farger illustrer grensene. Etatene har forskjellige oppgaver, og de ansatte forskjellige faglige, juridiske og organisatoriske rammer å forholde seg. Alle er pålagt å kommunisere seg imellom til beste for pasienten, innenfor taushetspliktenes rammer, helst ved samtykke. Ofte vil koordineringsarbeidet være detaljerte og praktiske selvfølgeligheter som er lett å overse. Koordineringsansvaret må derfor tydeliggjøres og ansvar plasseres.



**Figur 1:** Koordineringsmodellen er utviklet med inspirasjon fra utredningsheftet 2-2000 (Statens helsetilsyn 2000) og viser kompleksiteten i arbeidet.

### 6.1.1 Det nødvendige brukerperspektivet

Ørstadvik 2002 referer til at i et demokratisk samfunn er brukerperspektivet et nødvendig perspektiv motivert utefra flere forhold. Hun trekker fram argumentene som retten til å være medborger i et samfunn. Det er et moralsk og et terapeutisk perspektiv ved at medvirkning fremmer rehabiliteringen. Ved siden av er det et pedagogisk og profesjonelle argument om at pasienten er ekspert på eget liv. Brukermedvirkning er i tillegg kostnadseffektivt samfunnsøkonomisk, sier hun. Dette innebærer at brukerperspektivet må løftes fram og tydeliggjøres i psykisk helsevern, og at det vil være motsetninger og utfordringer knyttet til medvirkningsmulighetene.

---

Funnene viser at alle ansatte i undersøkelsen vektlegger brukermedvirkning som en forutsetning for god rehabilitering. Pasienten er i sentrum for aktiviteten, jfr. figur 1. Brukerens behov, hans målsettinger og deltagelse skal styre tjenesteutviklingen, sier de. Praksis kan innebære utfordringer i dette. De beskriver samtidig komplekse pasienter med store funksjonshindringer og mange symptomer, som vanskeliggjør brukermedvirkning. Det er pasienter med psykoseproblematikk og et samtidig rusproblem, der noen også er innlagt på tvang. Hvor syke er pasientene, har de samtykkekompetanse og hvilken mulighet har vedkommende til en reell innflytelse? Dette er spørsmål som må reises og som krever kontinuerlig, faglige refleksjoner av de ansatte. De må kunne balansere mellom støtte og utfordring, og finne nivået for pasientens evne til å ta ansvar i eget liv.

Hummelvoll beskriver (2008) det nødvendige brukerperspektivet ved å vise til at det har vokst fram en brukerbevegelse som en motsetning til den individualiseringsprosessen i samfunnet i dag. Deres slagord er: "nothing about me, without me". Det betyr alt skal skje i prosesser ledet av brukeren. Det vil være en motsetning til dagens praksis og som vil være vanskelig å gjennomføre. Noen ganger vil sykehusopphold over lengre tid bære preg av lite autonomi for pasienten. Denne studien viser at flere mener at den psykiske lidelsens karakter kan bli en hindring for brukermedvirkning og deltagelse. Tilbaketrekning og isolasjon er symptomer på psykoselidelsen. På den andre siden er det ansattes oppgave å overta ansvaret når pasienten er for syk til å bære det selv. Noen ganger kan det være lett å overta for mye ansvar. En institusjonalisering vil da skje som medfører en ytterligere tilbaketrekning og en selvforsterkende effekt. Tilfriskningen og resultatene vil først komme når brukerens motivasjon og aktiv deltagelse rettes mot det selvstendige livet utenfor institusjon.

### **6.1.2 Komplekse pasienter og store funksjonshindringer**

De kommuneansatte viste til at pasienter med "dobbeltdiagnose" var vanskelig å hjelpe. Problematikken er sammensatt og har mange aspekter. Det kan handle om lidelsens karakter, manglende kompetanse eller svikt i utbyggingen av de kommunale, lokaltbaserte tjenestene. Å skaffe egnede boliger ble pekt på som en spesiell utfordring fra alle som ble intervjuet. Bemannede omsorgsboliger etterspørres i den studien som i flere andre studier. I sentral litteratur er manglende botilbud beskrevet som en av de største utfordringene man står ovenfor for personer med psykiske lidelser og et samtidig rusproblem. (Brodtkorb E. &

Rugkåsa M. 2007). Spørsmålet reises også i Opptrappingsplanen, Rusreformen og fra Statens helsetilsyn.

Pasientgruppa lever under sosiale vanskelige levekår. De har trange økonomiske vilkår, som gjør det vanskelig å delta på sosiale arenaer. De har psykiske funksjonshindringer, skam og angst. Gjentakende rusing bidrar til stigmatisering og utestegning fra det sosiale fellesskapet. Fattigdom er utbredt blant mange av dem, noen er også uten fast bolig. En av de kommuneansatte var opptatt av diskrimineringen pasientene ble utsatt for, og mente at de ble diskriminert ut i fra sin rusadferd. Granerud (2008) peker på manglende sosial integrasjon som et problem. Manglende integrering gjør at personene har liten mulighet for å gjenvinne et verdig liv. Dette ligger i den sosiale lidelsens karakter.

Den sosiale lidelsen gir reduserte muligheter til samfunnsdeltagelse. Hummelvoll (2004) beskriver det slik. Det kan oppleves som å ha mistet en sosial verdsatt rolle og meningsfulle oppgaver eller at man opplever fattigdom, utstøtning, boligproblemer, ensomhet og isolasjon og diskriminering. Det vises i stigmatisering og manglende integrering. Funnene i denne studien viser den samme tendensen. Kommuneansatte sa de ikke hadde kompetanse eller utbygde tjenester som imøtekom pasientgruppas behov. De samme utfordringene ble understøttet av sykehusansatte. Kompleksiteten og de store funksjonshindringene kunne medføre at mange ble værende i sykehuset over lang tid, med få muligheter for utskrivning til et godt lokalt tilbud.

Et annet spørsmål som det er relevant å stille seg er om det fremdeles er slik at personer med psykiske lidelser og et samtidig rusproblem blir kasteballer i systemene, slik det beskrives av de kommuneansatte. Psykisk helsevern har tidligere ikke hatt tradisjon for å behandle og forstå ruslidelsen, og pasienter med denne problematikken blir ikke lagt inn, hevder flere. Landheim (2004) beskriver fenomenet i sin forskning slik. "Vanlig praksis i behandlingsapparatet har vært at pasienten må forholde seg til flere systemer og kan fort bli kasteball mellom disse. Det faktum at ruslidelser og psykiske lidelser henger sammen blir ikke tatt på alvor i utformingen av tjenestene" (Landheim 2004). Anbefalt behandling og er beskrevet i integrert behandlingsforståelse som tilnærming, der begge lidelsene behandles parallelt og av samme behandler (Mueser m.fl. 2006). Diskusjonene pågår fremdeles om psykisk helsevern prioriterer tilbudet til de minst syke, de rene psykiatriske lidelsene, og at de aller sykeste med rusproblematikk ikke blir lagt inn, eller får et dårligere tilbud. De

---

sykehusansatte bekrefter dette ved å vise til at de ikke har gode tilbud på avdelingen. Samtidig sier de at rus blir underkommunisert. Rus blir ikke systematisk kartlagt og var lite fokusert i behandlingstilnærmingen på det tidspunktet denne undersøkelsen ble gjennomført. Rus anses å være en kompliserende faktor i tillegg til den psykiske lidelsen. Påstandene understøttes av RIO (rusmisbrukernes interesse- organisasjon). Som organisasjon mener de at det skjer en diskriminering av de med rusproblemer. De får ikke plass i det psykiske helsevernet. På den andre siden er helsebegrepet og sykdomsforståelsen i endring. Rus ble definert som sykdom ved de nye rusreformene. Tidligere var problematikken knyttet til avvikstenkning og sosiale forklaringsmodeller, forankret i sosialtjenesteloven. Omfattende rusproblematikk blir i dag definert som sykdom og psykiatrien får flere henvisninger enn tidligere. Den integrerte behandlingsforståelsen implementeres etter hvert.

### **6.1.3 Rehabiliteringsperspektivet etterspørres**

Fokuset på sikkerhet og farlighetsproblematikk knyttet til pasientgruppa var fremtredende på den ene sengeposten i sykehuset. Dette kan gå på bekostning av rehabiliteringsperspektivet ved at symptomer og farlighet overskygger. Pasientgruppa er kompleks og har store sammensatte problemer, sier flere. Noen pasienter er til soning og forvaring. Sykehuset har på den ene siden et ansvar for samfunnsvernet som ikke må glemmes, og lidelsens karakter vanskeliggjør tilbakeføring til et verdig liv utenfor institusjon. På den andre siden kan det føre til at framtidshåpet og troen på endring svekkes. Rehabiliteringen skal retter seg mot bedringsprosesser der relasjonen er av avgjørende karakter. Studien viser at ansatte også er opptatt av håp og endringstro. Dette samsvarer med et framtidsrettet fokus mot det salutogene perspektivet, beskrevet av Antonowski (1985). Han viser til betydningen av å se av sammenhengene i livet, opplevelse av mening, begripelighet og håndterbart, er faktorer som bidrar til bedring. Kontinuitet i relasjonen er viktig for tilfriskningen, men en utfordring i organisering av psykisk helsevern. Relasjonens betydning understøttes av flere. Alain Topor (2009) sier at en trofast terapeut betyr mest, at terapeuten ikke gir opp, men at han holdt år etter år. Skal ansatte ha betydning for pasienten og øke sjansen for god utvikling, bør de være rede på å ta en risiko for pasientens beste og gi pasienten følelsen av å være den utvalgte. Det som vanskeliggjør kontinuitet i relasjonen inne på sykehuset, er at personalet har oppgaver og turnus som vanskeliggjør utadrettet virksomhet. Samtidig er det i livets overgangsperioder når pasienter flytter hjem, at de er mest sårbare. Da trenger de kontinuiteten i relasjonene fra

de mest betydningsfulle personene fra de var innlagt. Nytingnes og Skjerve (2005) påpeker diskontinuitet i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det opprettes grenser og særomsorg. De forvaltningsmessige grensene med brutte relasjoner blir en gjennomgående hindring i det å skaffe kontinuitet og gode relasjoner som fundament for rehabiliteringen.

Studien viste at de sykehusansatte så det som en utfordring å holde rehabiliteringsperspektivet oppe. Samtidig etterspør de kommuneansatte et større fokus på funksjonsbedring og mestring av hverdagslivet som et perspektiv for behandlingen. De etterlyste utredninger av funksjonsevne ("ADL -abilty of daily life") for å trene pasienten til livet utenfor. Sykehusets kjerneoppgaver er knyttet til diagnostisk utredning og behandling av symptomer, inkludert utredning av funksjonsnivå og kognitiv fungering. Underveis i behandlingsforløpet bør det likevel vektlegges en praktisk og sosial rehabilitering som handler om gjenvinning av funksjoner og verdighet i livet. Det innebærer at fokuset rettes mot en best mulig fungering i lokalsamfunnet.

Lidelsestrykket og den psykiske smerten må kunne kommuniseres for å se sammenhenger og gjenopprette mening, jfr. Anonowski 1986. Hvordan de ansatte forstår lidelsen og dens uttrykk er avgjørende. Hummelvoll (2004) sier at den menneskelige lidelsen er satt til side i behandlingssituasjonen. Hvis personalet ikke er opptatt av de menneskelige reaksjonene på sykdommen, men i stedet fokuseres på den "medisinske sykklighet", vil pasienten miste muligheten til å bearbeide sykdommens konsekvenser for dagliglivet. Den største lidelsen ligger i savnet av en virkelig relasjon. Behandlingslidelsen kan dreie seg om å bli fratatt følelser og påført plagsomme bivirkninger som ved medikamentell behandling, Man blir angrepet i sin autonomi gjennom skjerming, grensesetting og tvangsbehandling. Dette kan bli en tillegglidelse som følger behandlingssituasjonen, sier han. Det er alltid et rom for håp som en dynamisk, personlig faktor, orientert mot fremtiden.

#### **6.1.4 Samarbeid ved innleggelse og underveis i oppholdet**

##### *Mer ambulant virksomhet*

Innledningsvis når et samarbeid skal starte vektla de sykehusansatte muligheten for å dra hjem til pasienten eller ut i kommunen for å starte kartleggingen der. Det ga dem mer informasjon, bedre kartlegging og behandlingsmålsettinger å arbeide ut fra. De



---

kommuneansatte på sin side var opptatt av å formidle hva i pasientens hjemmesituasjon og nærmiljø som bidro til at innleggelse var nødvendig, og de reiste gjerne inn til sykehuset for å formidle dette. Men som en av de kommuneansatte sa. ”Hvorfor er det lengre fra sykehuset og ut til oss, enn fra kommunen og inn til dem?” Det som hindret sykehuspersonalet i å reise ut, var fast turnus og oppgaver inne på avdelingen. Mer ambulant virksomhet har vist å være en av nøklene til bedret samarbeid. Det viser også denne studien. Det igjen krever fleksibilitet i organisering av oppgavene. Dialog og nettverksorienterte tilnærminger, som metode er beskrevet av blant annet Seikkula og Arnkil (2007). De understreker betydningen av at både det private nettverket og de profesjonelle systemene møtes over grensene og inviteres inn i samarbeidet ut i fra en ressursorientert tilnærming. De må gå sammen om å løse problemene der hvor problemene er.

Pasientene bor i en kommune og skal ikke være innlagt i institusjon over mange år selv om pasientene har alvorlige og langvarige lidelser. Det sier statlige føringer og undersøkelser. Hvordan skal man da tilrettelegge for at tilbakeføring kan skje raskere enn i dag? Å fokusere sterkere på rehabilitering er nevnt tidligere. Et annet innspill er systematisk samarbeid underveis i behandlingsforløpet. Det kan redusere innleggelsestiden. Gjennom utstrakt samarbeid kan pasientene utvikle sine ferdigheter til å ivareta egen helse, og få den hjelpen han trenger. Samarbeidet innebærer at man må informere om sin virksomhet, dele kompetanse og sammen se på målsettinger og behandlingstiltak. Alle var samlet om nye rutiner på dette området som samhandlingsperspektivet, tabell 3 konkretiserer.

### *Klarere koordineringsansvar og mer bruk av individuell plan*

Et stadig tilbakevendende tema både fra ansatte i kommunen og på sykehuset var hvem som skal ha koordineringsansvaret og sørge for den praktiske strukturen i samarbeidet. Utfordringene i samhandlingen preges av ulike funksjoner og roller. Det viser funn i denne studien. Det råder uklarhet om ansvar og koordinering. Koordinering innen psykisk helsevern er et felles ansvar. Det skal være en metode for å sikre samordning og kontinuitet i tjenestene og mellom nivåene. Mye av denne koordineringen kan virke som selvfølgeligheter og er av praktisk karakter, og er delegert til sosionomen på sykehuset under innleggelse. Ansvaret ligger likevel både i arbeidslaget og hos de kommuneansatte. Dette synes noe uavklart og bør konkretiseres for hver pasient. Erfaringene har vist at det arbeidet er en forutsetning for å få samarbeidet til å fungere. (Statens Helsetilsyn, utredningsserie nr. 2-

2000). Knyttet til denne studien viste det seg å være lite fokus på IP som et hjelpemiddel for koordinering. Avklaring av forventninger, tidlig start på samarbeidet og felles kartlegging nevnes som innspill for bedre samhandling, men IP nevnes ikke som et verktøy. Alle pasienter i psykisk helsevern har rett til IP. Det er nedfelt i pasientrettighetene og helselovgivning. Flere brukerorganisasjoner vektlegger IP som et godt koordineringsverktøy. RIO og Mental Helse sier begge at IP er koordinerings- og samhandlingsverktøyet hvis det bare brukes mer aktivt. Jon Storaas, leder i RIO (2009) sier at IP som koordineringsverktøy kun brukes i 40 % av tilfellene for pasienter innlagt i psykisk helsevern. Han sier videre at verktøyet er genialt hvis det hadde fungert etter intensjonene. Det gir mulighet til fokus på ressurser og interesser. Individuell plan, behandling og rehabilitering handler om å utvikle seg i samspill, tilrettelegge for mennesker og fokusere på ressursene. Aktivitet (inkludert arbeid) er nøkkelen til suksess for alle med og uten ruslidelser og psykiske lidelser, sier han.

Helsetilsynet påpeker at når ansvarets og oppgavefordelingen ikke er avklart, og samarbeidet svikter, øker risikoen for at pasientene ikke får nødvendig behandling. Ansvaret for helhetlige tjenester påhviler hver enkelt virksomhet. IP skal bidra til bedre samhandling, men det er mange steder usikkerhet om ansvaret og plikter på det området. Helsetilsynet vurderer det som en alvorlig svikt at dette virkemiddelet ikke er bedre tatt i bruk i psykisk helsevern (Helsetilsynet 2004).

### **6.1.5 Samarbeid ved utskrivning**

#### *Sammen om de gode overgangene hjem*

Denne studien viser at de sykehusansatte ønsker å følge opp pasientene ved hjemmebesøk etter utskrivning. De ønsker å skape kontinuitet for pasienten, ikke å utsette dem for flere relasjonsbrudd, men sikre gode overganger. Det samme mener de kommuneansatte. Funnene viser likhet i eksemplene og erfaringene for å sikre en god praksis. Denne oppfølging kan eksempelvis være ukentlig besøk fra 3 måneder opp til ett år. Hovedargumentet for denne praksisen er kontinuitet i relasjonen samtidig som den ivaretar en praktisk problemløsning i pasientens nærmiljø. Både de sykehusansatte og de kommuneansatte ønsker overlappingsperiode fra de sykehusansatt. Det vil ivareta behovet for kompetanseoverføring og veiledning. Samtidig ville den ideelle praksis være at pasienten hadde mulighet for en åpen retur til samme sengepost hvis kriser oppstår. Hospitering er et annet område de deler.

---

De kommuneansatte ønsker en gjensidig hospitering, der de kan dele kompetanse og bli kjent med hverandres arbeidshverdag og utfordringer. De sykehusansatt ønsker hospitering, men vektlegger at det primært er de kommuneansatte som skal hospitere hos dem. Planlegging, struktur og forpliktende avtaler sammen med kriseplaner for å hindre tilbakefall, vektla alle. Kommunen vil være hovedarenaen for den fremtidige utviklingen av tilbudet til mennesker med psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Vi står ovenfor store utfordringer hvis vi skal organisere sykehustjenestene utfra en tanke om kontinuitet for pasientene. Da må man ikke opprette egne ambulante team som skal overta pasienten ved utskrivning, men la fleksibilitet være en del av den spesialiserte rehabiliteringen. At det finnes gode erfaringer fra en slik organisering, viste flere av de sykehusansatte til.

Samarbeid med frivillige organisasjoner som et ledd i integreringen i hjemmemiljø, trekkes fram for å oppnå bedret livskvalitet og mest mulig selvstendig liv for sine pasienter. Alle vektla arenaer for utvikling av mestring og mener det handler om integrering, nettverk og interesser. H. Holst (2001) trekker i sin undersøkelse om samarbeid, fram de frivillige organisasjonene som areaer og gode møteplasser for å opprettholde kontakt og trivsel. Brukerorganisasjonene kan være et springbrett hvor man møter likesinnede, og ikke minst et sted hvor erfaringene kan deles. Forvaltningssystemene trenger erfaringskompetansen som viser hvor skoen trykker og som kan være virkemiddelet til å påvirke utformingen av et bedre tjenestetilbud.

### **6.1.6 Samarbeidets utfordringer**

#### *Svikt i det kommunale tjenestetilbudet*

Å skape tilstrekkelige og sammenhengende tjenester i kommunen er en utfordring, sier de sykehusansatte. De etterspør en superservice som ikke finnes og er urealistiske, sier de kommuneansatte. Er det svikt i det kommunale tjenestetilbud eller er det urealistiske forventninger? Trolig begge deler. De sykehusansatte synes det er vanskelig å finne fram i kommunale tjenester, det tar lang tid å etablere dem og det skjer mange endringer i tilbudet underveis. Kommunen selv sier de ikke har døgnbemannede boliger. Det har vært og er fremdeles ikke tilstrekkelig utbygde psykiatriske tjenester i kommunene. Vi har hatt opptrappingsplanen som ble slutført i 2008, men er vi er i mål? Neppe. Det er ingen tvil om at det er i kommunen den framtidige satsningen vil komme. Ny samhandlingsreform ventes i

2009 og vil vise. Det betyr trolig at det kommer en ytterligere forsterkning av tilbudet. Tross svikt i tilbudet, handler god samhandling om å gjøre nye erfaringer og sammen finne smidige løsninger. Da bør man inngå prosjekter på tvers av nivåer. Det tar tid og etablere gode tjenester, og ofte må det politiske miljøet inn. Sykehuset bør sende søknader til kommunen, og planlegge oppfølgingen ute tidligere enn det gjøres i dag.

### *Forvaltningsgrensene som barrierer*

Denne studien antyder at spesialisthelsetjenesten er premissleverandør og at det medisinske synet har forrang. De kommuneansatte antyder at spesialisthelsetjenesten har et kritisk blikk mot dem. De savnet respekt og verdsetting av sin kompetanse. De viser til språklige barrierer og ulikt fokus i behandlingstilnærmingen. Flere andre undersøkelser viser det samme. Faglige grenser kan vanskeliggjøre samarbeidet. Spesialisthelsetjenesten beskyldes ofte for å være premissleverandør. Samordning og koordinering må ta hensyn til grensene, sier Østergren & Reisæter (2005). De sier det finnes mangel på arenaer der erfaringer og kompetanse formidles og at det er behov for felles språk og fruktbar dialog. Det forsøkes å skapes samordning ovenfra med nye veiledere, reformer og statlige føringer. At DPS skal være en koordinerende enhet, sies i egen veileder (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Blikket skal vende mot kommunen. Studien viser klare utfordringer knyttet til DPS sin rolle og funksjon. Roller og ansvarsforhold synes uavklart. Tilbudet skal være helhetlig, tilgjengelig og skape samarbeid sies det i flere statlige føringer (O.tr.pr. 63, Bøe og Thomassen 2007). Da, sier forfatterne, kan løsningen være å tenke behandlingsnettverk framfor kjede. Samarbeid handler om å skape et nettverk av aktuelle ressurspersoner. Slike ressurspersoner kan finnes blant fagfolk, men like viktig er det at en inviterer inn ressurspersoner fra brukerens pårørende / familie og nettverk.

## 7. Konklusjon og anbefalinger

Studien har to forskningsspørsmål. De henger sammen og besvares sammen. Funnene viser at kommunens og sykehusets perspektiv er nære hverandre i sin forståelse av det sentrale innholdet i gode samarbeidsmodeller. Det har vært mulig å bygge bro og samles om de gode erfaringene.

Studien viser at det relasjonelle aspektet er av stor betydning for rehabiliteringsprosessen. På samme måte som at en god relasjon mellom pasient og hjelper ligger som en forutsetning for den faglige virksomheten, er relasjonen ansatte i mellom av stor betydning. De trekker fram betydningen av den uformelle kontakten, å kjenne til hverandre, ha respekt for hverandres faglige vurderinger og en opplevelse av likeverdig samhandling.

Fokus på bedringsprosesser og det salutogene perspektivet anses viktig. Bedring forutsetter brukermedvirkning og muligheter for å ta ansvar i eget liv. Når dette brukerfokuset holdes oppe understøttes pasientens bedringsprosess. Brukerens behov skal være styrende for tjenesteutviklingen. Det salutogene perspektivet forutsetter at sykehusansatte i større grad enn i dag vektlegger gjenvinning av funksjonsevne og målrettet rehabilitering mot et verdig liv utenfor institusjon. Alle er opptatt av samarbeid med pasientens personlige nettverk og legger til rette for aktivitet og meningsfullt innhold i hverdagen.

Denne studien viser at ansattes evne til fleksibilitet, struktur og planlegging er viktig for samarbeidet. Informasjonsutveksling, avklaring av roller og ansvar hos ansatte verdsettes. Dialog og kompetansedeling er en forutsetning for å få dette til. Gjennom god dialog kan man få til god informasjonsutveksling, bedre kartlegging og et samarbeid mot samme mål. Når pasienten legges inn i sykehus ønsker de sykehusansatte å kunne reise ut til kommunen for i fellesskap med pasienten, pårørende og kommuneansatte gjøre en bedre kartlegging. Både kommuneansatte og sykehusansatte ønsker å starte samarbeidet tidligere enn praksis er i dag. Å starte samarbeidet tidlig mener de kan gjøre innleggelsestiden i sykehus kortere.

Underveis i behandlingsforløpet er de opptatt av jevnlig samarbeidsmøter med avklaring av oppgaver og koordineringsansvar. De vil gjøre seg kjent med hverandres faglige kunnskap og dele erfaringer. De kommuneansatte ønsker å vite hvilke behandlingssmessige tiltak som er iverksatte, og de sykehusansatte hvilke tjenester det er mulig å etablere i kommunen med

utgangspunkt i pasientens behov. God planlegging er sentralt for godt samarbeid. Fra sykehusets side skjer planleggingen i arbeidslaget og sosionomen har en sentral rolle for koordinering av arbeidet internt og eksternt. Individuell plan (IP) bør initieres og følges opp i større grad enn i dag. Koordineringsansvaret og IP er et fellesansvar som må konkretiseres i hvert tilfelle. Samarbeidsmøtene bør forberedes og møtestrukturen holdes. Sjekklister for sentrale temaer er utarbeidet i samarbeidsavtalene mellom kommunene og sykehuset. Tjenester som kommunal oppfølging etter sykehusoppholdet bør planlegges. Søknader bør sendes tidligere enn i dag, da enkelte vedtak kan kreve politisk behandling.

Planlegging og aktiv bruk av permisjoner er sentralt ved utskrivning. Det bør være en prosess hvor pasienten har permisjoner, prøver seg ut og har muligheter for å komme tilbake til en trygg base inne på sykehuset. Det krever fleksibilitet av de sykehusansatte at de kan følge opp pasienten i hans hjem. Relasjonen til pasienten er avgjørende for hvem dette bør være. Sykehuset bør tilrettelegge rammene for sin virksomhet slik at ansatte har denne muligheten til beste for pasienten. Ved utskrivning bør IP og ansvarsgruppa være på plass og benyttes som koordineringsverktøy.

For å sikre gode overganger for pasienten hjem fra sykehus, er trygghet, kontinuitet og forutsigbarhet viktig. Både de sykehusansatte og de kommuneansatte ønsker kontinuitet for pasienten med overlappning fra miljøpersonalet i sykehus til pasientens hjem. Det vil ivareta behovet for kompetanseoverføring og veiledning. Samtidig ville den ideelle praksis være at pasienten kan komme tilbake til sengeposten hvis kriser oppstår. Kriseplaner for å hindre tilbakefall og håndtere stress bør utarbeides. Studien viser at gjensidig hospitering på hverandres arbeidsplasser anses å være en suksessfaktor. Slik kan kompetanse deles og overføres. Det gir bedre respekt og likeverdighet i samhandlingen. Veiledning fra sykehuset til miljøpersonalet i pasientens bolig, er sentralt. Forpliktende samarbeidsavtaler i utskrivningsfasen utarbeides. I særlige tilfeller kan økonomiske, mobile innsatsmidler være et godt virkemiddel for å utvikle gode tjenester i kommunene.

Av særlige utfordringer nevnes: Manglende kompetanse i behandlingstilnærmingen til pasienter med psykisk lidelse og et samtidig rusproblem både hos kommune- og sykehusansatte, og svikt i kommunale tjenestetilbud til pasientgruppa. Egnede boliger nevnes spesielt. Utfordringen er hvordan vi skal sikre fleksible, tilgjengelige tjenester og sammen gjøre kommunene robuste når det gjelder å bygge opp gode, tilbud innenfor områder som

bolig, oppfølging og innhold til hverdagen. Fastlegen savnes i det kommunale samarbeidet og DPS har en uavklart rolle.

Til slutt nevnes utfordringen knyttet til organiseringen av psykisk helsevern i forvaltningsnivåer. Det fragmenterer mer enn bidrar til helhetlige, sammenhengende tjenester. De økonomiske, organisatoriske og faglige grensene skaper vanskeligheter for samarbeidet.

## 8. Referanser

- Almvik A. & Borge L. (red) (2000). *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team. Dialogues and dialogues about the dialogue*. New York: Norton
- Antonovsky, A. (1985). The Life Cycle, Mental Health and Sense of Coherence. *Isr.J.Psychiatry Relat. Sci.*,22(4); 273-280
- Antonovsky, A. (2004). *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reizelts forlag
- Barham P. & Hayward R. (1995). *Recolating Madness. From the Mental Patient to the Person*. London: Free Association Books
- Berg, B. J. (2002). *Blåmann. Ung psykisk lidelse – familiens smerte*. Oslo: Aschehoug
- Beston, G. (2003). *Brukerperspektiv på Prosjekt undervisningsavdeling i Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttavdeling*. Universitetsforlaget Oslo
- Beston G., Stensland Holte J., Hummelvoll J. K. (red) (2005). *Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid. Rapport nr. 8 – 2005*. Elverum: Høgskolen i Hedmark
- Borg M., Kristiansen K. (2004). *Recovery-oriented professionals. Helping relationships in mental health services. Journal of mental Health Vol. 13 (5) 2004*.
- Borge L., Martinsen E.W., Ruud T, Watne Ø, Friis S. (1999). *Quality of life, loneliness and social contact among long-term patients. Psychiatric Services Vol.50, nr.1 - 1999*.
- Brodtkorb E., Rugkåsa M. (2007). *Under tak – mellom vegger. Perspektier på boligens betydning i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal
- Bråthen, Djuve, Dølvik, Hagen, Hernes, Nielsen (2007). *Fafo-rapport 2007:5. Levekår på vandring. Velstand og marginalisering*.
- Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Chilvers R., Macdonald G., Hayes A. (2006). *Supporting housing for people with severe mental disorders. Cochran Database of Systematic review. Issue , 2009 status in this issue unchanged*. Exeter, UK: Tagerine Bee Analysts
- Cleary M., Hunt G.E., Matheson S.L., Siegfried N., Walter G. (2008). *Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse.( Rewie). Cochran Database of Systematic Review 2008*, Australia: University of Sydney



- 
- Cullberg, J. (2000). *Psykosser. Et humanistisk og biologisk perspektiv*. Stockholm: Natur og kultur
- Danbolt L, Kjønnsberg K, Lien L., Granerud A (2008). *Hjelp når du trenger det – bedret tilgjengelighet i psykisk helsevern. Del 1. Notat nr 11-2008*. Elverum: Høgskolen i Hedmark
- Drevdahl D.J. (2002). *Home and Border: The Contradictions of Community. Advanced Nursing Science, 24(3): 8-20*
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk? (s. 13-28)*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eriksson, K (1993). *Møten med lidanden. Vårdsforskning, Institutt for vårdvetenskap. Reports fram the departement of Caring Science nr. 4. Åbo: Åbo Akademi*
- Foss C. & Ellefsen B. ( 2005). *Helsetjenesteforskning, perspektiver, metoder og muligheter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Friis S & Vaglum P. (1999). *Fra ide til prosjekt. En innføring i klinisk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug
- Fyrand, L. (1994). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Oslo: Tano
- Granerud, A. (1999). *De nye naboene – hvordan blir psykiatriske langtidspasienter mottatt i nærmiljøet når de etablerer seg i egne boliger?* Gøteborg: Nordiska helsovårdshøgskolan, MPH: 17
- Granheim U.H. & Lundmann B (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness*. Umeå Sweden: Departement of Nursing, Umeå University
- Granerud A. & E. Severinsson (2006). *The struggle for social integration in community – the experiences of people with mental health problems. Int. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13-2006*
- Granerud A. (2008). *Social Integration for people with mental health problems. Experiences, perspective and practical change*. Gøteborg, Sweden: Nordic School of Public Health
- Gråwe, R, Espeland B (2006). *På vei til et bedre liv* Trondheim: Tapir Forlag
- Habermas, J. (1997). *Teorien om den kommunikative handeln. On the pragmatics og communitaive action*. Aalborg : Aalborg universitetsforlag
- Haddlin B., Severinsen E., Hummelvold J.K. (2003). *Psykiatrisk omvårdnad och psykisk helsoarbete i lokalsamhellet – en resume av internationell forskning og yrkesmassig refleksjon. Int. rapport 10/2003*. Elverum: Høgskolen i Hedmark
- Holst H. (2001). *Hører de ikke hva vi sier ? En studie om samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern*. Elverum: Høgskolen i Hedmark

- Hummelvoll, J. K. & Barbosa da Silva, A. (1996). *Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten*. Elverum: Høgskolen i Hedmark
- Hummelvoll J.K. & Granerud A (1996). *Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten – en evaluering av brukertilfredshet*. *Int. rapport nr 3/1996*. Elverum: Høgskolen i Hedmark
- Hummelvoll J.K. (red. 2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hummelvoll J.K. (2004). *HELT – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal
- Hummelvoll J.K. (2006). *Handlingsorientert forskningssamarbeid. Teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner*. *Int. Tidsskrift for norsk Sykepleieforskning*
- Hummelvoll J.K. & Eriksson B.G. (2008). *Noen betraktninger om brukerperspektivet*. *Internt notat*. Elverum: Høgskolen i Hedmark
- Idsø K. & Resløyken A (1994) *Internt notat om bruk av mobile innsatsmidler*. Oppdatert 2004. Ottestad: Sanderud Sykehus
- Johansen A. R. (2007). *Rapport fra prosjekt "Samle og systematisere erfaringer med pasientgruppen alvorlige psykiatriske lidelser og rus i psykiatrisk avdeling"*. *Kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiske lidelser, Stange*. Tilgjengelig fra [www.dobeltdiagnose.no](http://www.dobeltdiagnose.no).
- Johansen O. & Fjone H. Haug (2006). *Rus og psykisk lidelse – samarbeid gjennom tverrsektorielle behandlingsnettverk*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 4-2006*, Oslo: Universitetsforlaget
- Jordahl, H. og Repål, A. (1999). *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak til pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget
- Kjønsberg K. (2007). *Handlingsorientert forskningssamarbeid som metode for fagutvikling i en psykiatrisk sykehusavdeling. En evaluering*. *Masteroppgave Høgskolen i Hedmark/Høgskolen i Vestfold*
- Lanheim A., Bakken K. og Vaglum P. (2002). *Psychiatric disorders among substance abusers treated in the substance abuse field*. *Nor Journal Epidemiologi 2002; 12(3):309-318*
- Lauvås & Lauvås (1994 – utg. 1995). *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiver og strategi*. Oslo: Tano
- Long A. (2005). *Community Mental Health Nursing*. *Int: Sines D., Appleby F. & Raymond E. (Eds.) Community Health Care Nursing (3.nd.ed)*: Oxford: Blackwell Science
- Lund E., Phil M., Sløk J. (1993). *De europeiske ideers historie*. København: Gyldendal

- 
- Løvsletten M. m.fl. (2004). *ROP-Sanderud 2002-2004. Et kompetanseutviklingsprosjekt om rus og psykiske lidelser*. Stange: Sanderud sykehus
- Malterud K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Magnusen, G. (2007). *Fou prosjekt. Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten. Rapport 94178/6064004. Tilgjengelig fra [www.ks.no](http://www.ks.no)*.
- Manen, Max van (2007) *Researching Lived Experience*. London: The Althouse Press
- Marshall M. & Lockwood A. (2006). *Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of systematic Reviews. Issue 2, 2009 (Status in this issue unchanged)*. Preston, UK: University of Manchester
- Muser K. T., Noordsy Douglas L., Drake Robert E., FoX Lindy (2006). (Oversatt til norsk Tone M. Andersen). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*, Oslo: Universitetsforlaget
- Nordby, K. (2004). *Jeg ser etter muligheter. Evalueringsrapport*. Ottestad: Sykehuset Innlandet HF
- Nordenstam T. (2000). *Fra kunst til vitenskap. Humanvitenskapens grunnlag i historisk perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget
- Nyttingnes, O. & Skjerve, A.G. (2005). *Brist i alle ledd – eller er leddene selv bristen? Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol. 2, nr. 2*
- Orlien A. G. (2006). *Det skumleste ved å være frisk er å ta ansvar. Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 2-2006*, Oslo: Universitetsforlaget
- Reason, P. & Heron, J. (1986). *Research with people: The paradigm of cooperative experiential inquiry*. London: SAGE Publications
- Reisæter, G. S. Dahl (2005) *Koordinering i psykiatrien – et grenseflateproblem? Norsk Tidsskrift for Legeforeningen nr. 20/2005*
- Seemann, J.(1996) *Når organisationer skal samarbejde. Distriktpsykiatri på tvers af professioner, sektorer og politiske niveauer*. København: Munksgaard
- Seikkula J. & Arnkil T.E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget
- Solheim L.J., Øvreid B. (2001). *Samhandling i velferdsyrke*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Individuell plan. Veileder til forskrift for individuell plan, Veileder IS-1253*. Oslo: HOD

- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsykiatriske sentre, - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Veileder IS-138*, Oslo: HOD
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Beskrivelse av fagfeltet – Råd og veiledning – Overordnede rammer. Veileder IS-1332*, Oslo: HOD
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak. Veileder IS-1315*, Oslo: HOD
- Sosial- og helsedirektoratet(1996-97). *Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*, Oslo: HOD
- Sosial- og helsedirektoratet (1997-98). *Stortingsproposisjon nr. 63. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*, Oslo: HOD
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Opptrappingsplanen for psykisk helse, forslag til tiltak 2003-2006. Rapport IS-1128*, Oslo: HOD
- Statens helsetilsyn (2000). *Utredningsserie 10-2000. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Oslo: HOD
- Statens Helsetilsyn (2000). *Utredningsserie nr. 2-2000. Koordinering av psykososialt arbeid*. Oslo: HOD
- Statens Helsetilsyn (2004). *Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Helsetilsynets rapport 4/2004*. Oslo: HOD
- Steinhaus S. Loeb M. (2007). *Sintef A 1367. De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid. Samhandling og organisering. Tilgjengelig fra [www.sintef.no/upload.helse/psykisk](http://www.sintef.no/upload.helse/psykisk)*.
- Stensrud B. (2007). *Miljøterapi – virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser*. Elverum: Høgskolen i Hedmark
- Storaas J. (2009). *Retningslinjene og dagens virkelighet sett fra brukerståsted. Foredrag fra konferansen "Jeg fant, jeg fant, Lillehammer. Tilgjengelig fra [www.dobbeltdiagnose.no](http://www.dobbeltdiagnose.no)*
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Thornicroft G. & Szumkler G. (2001). *Textbook of Community Psychiatry*. New York : Oxford University Press
- Topor, A (2004). *Vad hjälper? Vegar til återhemntning från svåra psykiskiska problem*. Stockholm: Natur og Kultur

- 
- Topor, A. (2005). *Fra patient til person. Hva hjelper mennesker med alvorlige psykiske problemer?* København: Akademisk Forlag
- Topor, A. (2009). *Trofast terapeut betydde mest. Foredrag på konferansen "Jeg fant, jeg fant"* Lillehammer  
Tilgjengelig upload, [www.dobbeltdiagnose.no](http://www.dobbeltdiagnose.no)
- Thornquist E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Ueland T & Øie, M. (2006). *Kognitiv svikt ved psykoser. Et informasjonshefte for mennesker med psykotisk lidelse, deres familie og venner*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
- Vatne, S (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Zubin, J & Spring B (1997). *Vulnerability: A new view of schizophrenia*. *Journal of abnormal psychology*, 18: 103-126.
- Ørstadvik S. (2002). *Det tvetydige brukerperspektivet - en analyse*. Artikkel i : Norvoll R (red). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskaplige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Øvretveit J. (1993). *Coordinating Community Care. Multidisciplinary teams and Care Management*. Buckimham: Open University Press
- [www.helsedialog.no/samarbeidsavtaler](http://www.helsedialog.no/samarbeidsavtaler) 22.01.09 Ny samhandlingsreform
- [www.kunnskapssenteret.no.upload. rapport/3/2008](http://www.kunnskapssenteret.no/upload. rapport/3/2008) Kunnskapssenterets rapport nr. 3-2008
- [www.sintef.no/sintefA1367/upload](http://www.sintef.no/sintefA1367/upload) 22.01.09 De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering
- [www.moss.kommune.no/kunde/filer/ACT-prosjektet.pdf](http://www.moss.kommune.no/kunde/filer/ACT-prosjektet.pdf)). *Rus og psykiatri. Assertive Community Treatment – ACT-prosjektet*

## **Vedlegg:**

**VEDLEGG 1:** Godkjenning fra REK

**VEDLEGG 2:** Informasjonsskriv

**VEDLEGG 3:** Samtykkeerklæring

**VEDLEGG 4:** Intervjuguide

**VEDLEGG 5:** Flytdiagram forskningsprosessen

**VEDLEGG 6:** Samarbeidsavtale

**VEDLEGG 7:** Litteratursøk Cochrane, Psycinfo, SweMed