



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGÅVE

Det handlar om å bli kjent med kvarandre.

Samhandling mellom primærhelsetenesta og
døgnavdeling i distriktpsikiatrisk senter.

It's about getting to know each other.

Cooperation between the primary healthcare service and
inpatient care in a district psychiatric centre.

Tanja Strandheim

Samhandling innan helse- og sosialtenester

Avdeling for helsefag

Rettleiar: Christian Moltu

15. juni 2017

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er
brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Forord

Arbeidet med denne masteroppgåva har vore ein lærerik og arbeidsam prosess. Både i høve å organisere eit slikt prosjekt, samarbeid med andre involverte, forskingsmetode og ikkje minst å skrive sjølve masteroppgåva. Eg kan ikkje legge skjul på at det har til tider vore utfordrande og ein prøve i det å halde ut, men mest av alt har det vore utviklande og spanande. For at eg no endeleg er komen til vegs ende med prosjektet er det fleire eg ynskjer å takke.

Først vil eg takke deltakarane som stilte opp i fokusgruppeintervju. Tusen takk alle saman, utan dykk hadde ikkje denne oppgåva blitt til.

Mykje takk til arbeidsgjevar Helse Førde, psykiatrisk klinikk, og næraste overordna Unni Irene Iversen, som har lagt til rette slik at eg fekk ta masterstudiet samhandling innan helse- og sosialtenester. Tusen takk!

Christian Moltu, mykje takk for stødig og fagleg god rettleiing, og for at du alltid gav meg mot til å halde fram i prosessen.

Eg må òg takke familien min som har vorte involvert på ulike måtar. Lena, takk for at du er ei søster som alltid stiller opp og høyrer på frustrasjon kring problemstilling, teori og elles tankar om prosjektet. Og ikkje minst mykje takk for all gjennomlesing av oppgåva undervegs.

Til døtrene mine, Rebecca og Sara. Eg er så uendeleg takksam for tolmodet dykkar. For all fritid og helgar der eg har prioritert studiet, likevel har eg aldri høyrte missnøye. Rebecca, kva skulle eg ha gjort utan deg og «språkvask»? Sara, tenk at du tok deg tid til å skrive så fine takkekort til alle deltakarane. Tusen takk !

Til slutt må eg rette ein stor takk til foreldra mine, Bjørg og Ottar. Mykje takk for all praktisk hjelp heime. For alle middagane, snøbrøyting, henting av ved og hundepass som eg sjølv ikkje gjorde då eg sat djupt ned i bøker og skriving.

Lavikdal 14. juni 2017

Samandrag

Bakgrunn: I 2012 kom Samhandlingsreforma som for alvor sette søkelyset på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Innan psykisk helsevern for vaksne har det vore lite forskning på samhandling og det er difor eit behov for å rette merksemda mot dette feltet.

Hensikt: Hensikta har vore å få betre forståing av tilsette i kommunar sin ståstad og slik bidra til kunnskap som kan betre samhandlingsrelasjonen.

Problemstilling: Kva kjennskap og forventningar har tilsette i primærhelsetenesta til døgnbehandling ved eit distriktpsikiatrisk senter?

Metode: Studien byggjer på kvalitativ metode for å undersøkje førstepersonperspektivet til kommunehelseaktørane som går inn i samhandling. Data i studien er frå 3 fokusgruppeintervju med 17 deltakrar frå 8 kommunar. Datagrunnlaget har vorte analysert ved systematisk tekstkondensering.

Resultat: Det er variasjon i helsetilstanden til menneske som primærhelsetenesta tilviser for behandling, samt at det er variasjon i kva dei tenker eit opphald ved distriktpsikiatrisk senter inneheld. Utskriving til kan vere spesielt utfordrande. Eit sentralt funn, er at det er eit stort behov for at fagfolk i ulike tenestnivå vert kjent med kvarandre.

Konklusjon: Tilsette i ulike tenestnivå har nytte av å verte betre kjent med kvarandre for å kunne samhandle på ein betre måte. For å lukkast med dette må ein snakke med kvarandre ansikt til ansikt. Dette fører til at ein kan oppnå tillit og anerkjenning av «den andre». Utan anerkjenning av kvarandre sin faglege kompetanse, synest god samhandling å verte vanskeleg.

Nøkkelord: Samhandling, primærhelseteneste, distriktpsikiatrisk senter, døgnbehandling

Abstract

Background: In 2012 the cooperation reform came, which set the spotlight on cooperation between the primary- and special healthcare service. In mental healthcare for adults, there have been little research on cooperation and there is therefore a need to point the attention towards this field.

Purpose: The purpose has therefore been to get better understanding of the employed in the municipality's viewpoint and that way contribute knowledge, which can better the collaboration.

Problem: What knowledge and expectations do the employed in the primary healthcare service have to inpatient treatment in a district psychiatric centre?

Method: The study builds on qualitative method to survey first person perspective of the employed in the municipal in cooperation. Data in the study is from 3 focus group interviews with 17 participants from 8 municipal's. The data foundation have been analysed with systematic text condensation.

Result: There is variation in the state of the health of the people who the primary healthcare service indicates treatment for, and there is variation in what they think a stay at DPC is like. Discharge can be especially challenging. A central discovery is that there is a big need for professionals in different level of service to get to know each other.

Conclusion: Employees in different levels of service benefit to get to know each other to be able to cooperate in a better way. To succeed with this, one has to talk with each other face to face. This leads to that one can achieve trust and recognition of "the other". Without recognition from each other's professional competence, good cooperation seems to be difficult.

Keywords: Cooperation, primary healthcare service, district psychiatric centre, inpatient care

Innhald

1 Innleiing	1
1.1 Avgrensing og problemstilling	1
2 Teoretisk rammeverk og tidlegare forskning	2
2.1 Helsetenesta i Noreg	2
2.2 Samhandling	4
2.3 Tidlegare forskning på samhandling	5
2.4 Samhandlingsreforma	7
2.5 Offentleg organisasjonar	8
2.5.1 Organisasjonskultur	9
3 Metode	10
3.1 Fokusgruppeintervju	10
3.2 Rekruttering og utval	11
3.3 Organisering av fokusgruppene	12
3.4 Pilotintervju	13
3.5 Kritisk vurdering av forskarrolla	14
3.6 Forforståing og refleksivitet	14
3.7 Forskingsetiske betraktningar og godkjenning	15
3.8 Datainnsamling – gjennomføring av fokusgruppeintervju	15
3.9 Transkripsjon	16
3.10 Analyse	17
4 Resultat	19
4.1 Ein kvardag prega av kaos	20
4.2 Oppliving av behandling ved DPS døgnavdeling	21
4.2.1 Omsorg som gir «fotfeste», meir enn å bli kvitt ein sjukdom	22
4.2.2 Aktivitet og struktur for å gjenvinne meistring	23
4.3 Utskriving er det viktigaste og vanskelegaste for samhandling	24
4.3.1 Pasienten si sjølvbestemming er viktig og utfordrande	24
4.3.2 Oppliving av at helsepersonell ved DPS burde samarbeide meir om utskrivning	25
4.4 Behov for å kjenne kvarandre i samhandling	29
4.4.1 Behov for å verte anerkjent som fagperson	29
4.4.2 Behov for at DPS gjer seg kjent med lokalsamfunna	30
4.4.3 Behov for at DPS får realistisk kunnskap om ressursar i kommunane	31
5 Diskusjon	33
5.1 Diskusjon av funn	33

5.1.1 Samansette behov og behandling ved DPS døgnavdeling	33
5.1.2 Utskriving – ein viktig faktor kring samhandling	35
5.1.3 Behov for å verte kjent med kvarandre	36
5.2 Diskusjon kring samansetting av fokusgruppene	38
5.3 Diskusjon kring moderatorrolla	39
5.4 Refleksivitet kring analyseprosessen.....	39
5.5 Diskusjon kring validitet og reliabilitet	40
5.6 Implikasjonar for praksis og vidare forskning.....	41
6 Konklusjon	42
Referansar	43

Vedlegg:

- Nr. 1: Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt sendt p.r. brev
- Nr. 2: Førespurnad om deltaking sendt p.r. e-post
- Nr. 3: Organisering av fokusgrupper sendt p.r. e-post
- Nr. 4: Spørsmål om personopplysningar, samt informasjon til deltakarane, sendt p.r. e-post
- Nr. 5: Samtykkeskjema
- Nr. 6: Intervjuguide
- Nr. 7: Gåve til deltakarane

1 Innleiing

Samhandling er ikkje noko nytt i helsesektoren. Helsepersonell har alltid måtte dele kunnskap og samarbeide. Dette fordi mange helseproblem er komplekse og krev kompetansane frå mange aktørar. Det som er nytt, er den store merksemda på samhandling i helsepolitikken (Melby & Tjora, 2013, s. 13). I 2012 kom Samhandlingsreforma Rett behandling – på rett sted – til rett tid (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009), som for alvor sette søkelyset på samhandling.

Bakgrunnen for reforma er at organiseringa av helsetenestene i Noreg gjer til at mange pasientar tek imot tenester frå begge nivå, både frå primær- og spesialisthelsetenesta. Dette kan opplevast som uoversiktleg og mangelfullt koordinert. Reforma skal difor komme i møte behovet for ei meir heilskapleg helseteneste for pasientar (Hellesø, 2012, s. 149). Spesielt viktig er samordning og kontinuitet for dei pasientane som har langvarige og samansette behov (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009, s. 48).

I min yrkeskvardag ved eit distriktpsikiatrisk senter (DPS) er samhandling med primærhelsetenesta ein stor del av mine arbeidsoppgåver. Mi erfaring er at vi stundom har ulik oppfatning av røynda. Noko som til dømes kan gje seg utslag i at vi ikkje har same syn på kven av pasientane og kva helsetilstand som skal behandlast på spesialistnivå. Eg opplever at dette kan føre til frustrasjon på begge tenestenivå. Ikkje berre fører dette til, utifrå mitt syn, at vi ikkje samhandlar godt nok, men òg at pasientar kan «felle mellom to stolar». Samhandling er difor eit svært viktig område å forbetre innan helsevesenet, med tanke på pasientar som har behov for hjelp, støtte og behandling både frå både primær- og spesialistnivå.

1.1 Avgrensing og problemstilling

I denne oppgåva er det fokusert på tilsette innan kommunalt psykisk helsearbeid og fastlegar. Eg har valt dette fokuset, då eg ynskjer å få fram erfaringane fagfolk som arbeider i primærhelsetenesta har når det gjeld samhandling med DPS døgnavdeling.

Problemstillinga er: Kva kjennskap og forventningar har tilsette i primærhelsetenesta til døgnbehandling ved eit distriktpsikiatrisk senter?

Eg vil spesielt rette fokus mot fylgjande undersspørsmål:

- a) Kva helsetilstandar er det primærhelsetenesta tilviser DPS døgnavdeling?
- b) Kva forventningar har primærhelsetenesta til innhaldet i eit døgnopphald?
- c) På kva måte påverkar kjennskap samhandling mellom tenestenivåa?

Eg har erfart at kommunar nyttar ulike namn på psykisk helsearbeid. Det kan til dømes vere psykiatritenesta, tiltakstenesta, oppfølgingstenesta eller psykisk helseteneste. Eg omtalar alle deltakarane frå primærhelsetenesta, kommune eller psykisk helseteneste. Dette for å ivareta anonymiteten til deltakarane.

I denne oppgåva er det DPS døgnavdeling det handlar om, sjølv om eg av og til nyttar forkortinga DPS. I ei døgnavdeling vert pasientar innlagt for ein periode. Mi erfaring er at lengda på opphaldet kan variere frå ei veke til fleire månader.

Eg har valt å nytte omgrepet pasient. Det er naturleg for meg, då det er ordlyden vi nyttar i min arbeidskvardag. Eg er kjend med at tilsette i kommunar ofte nyttar omgrepet brukar.

2 Teoretisk rammeverk og tidlegare forskning

Først i dette kapittelet gjer eg greie for helsetenesta i Noreg. Deretter seier eg noko om definisjonen på samhandling og samhandlingsreforma, for så å vise til tidlegare forskning på feltet. Til slutt gjer eg kort greie for organisasjonsteori og kvifor eg har nytta slik teori i dette prosjektet.

2.1 Helsetenesta i Noreg

I Noreg har vi ein todelt grunnstruktur i helsetenesta. Skiljet bidreg til å tydeleggjere fordeling av oppgåver, men fører òg til utfordringar i høve kontinuitet. Det som særpregar norsk helseteneste er at den i all hovudsak er offentleg eigd og drive. Dette gjeld primær- og spesialisthelsetenesta. Det er eit skarpt skilje mellom eigarskap og ansvarsfordeling mellom tenestenivåa som er regulert av kvar sitt lovverk og styrings- og finansieringssystem (Grimsmo, Kirchhoff, & Aarseth, 2015, s. 3-4).

Primærhelsetenesta sitt ansvarsområde for helse og omsorgstenester omfattar alle pasient- og brukargrupper med somatisk eller psykisk sjukdom, skade eller liding, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne (Helse- og omsorgslova, 2011). Tenester kommunen har ansvaret for er blant anna fastlegetenester, legevakt, plass i institusjon, ergo- og fysioterapi, helsestasjon, støttekontakt og helsetenester i heimen, som personleg assistanse, og heimesjukepleie (Helsedirektoratet, 2014, s. 77 -86).

I kommunen finn vi det lokale rus- og psykisk helsearbeidet. Det overordna målet er å bidra til fleire friske leveår for befolkninga samt redusere negative konsekvensar for den einskilde grunna rusmiddelbruk eller psykiske helseproblem. Kommunalt rus- og psykisk helsearbeid skal såleis betre levekår for personar med nemnte vanskar. Vidare skal arbeidet førebyggje og redusere

problemutvikling og fremme meistring av eige liv. Pårørande skal sikrast naudsynt støtte og avlastning (Helsedirektoratet, 2014, s. 8).

Fastlegen har ei viktig rolle i primærhelsetenesta då fastlegen ofte er pasienten sin første kontakt med helsevesenet. Fastlegeordninga vart innført i 2001 og føremålet var å betre kvaliteten i allmenlege tenesta ved å auke tilgjenge og kontinuitet i lege – pasient relasjonen (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009, s. 89). Alt etter kva pasienten treng av behandling – eller kva hjelpebehov han eller ho har, kan fastlegen tilvise naudsynt helsehjelp (Regjeringen, 2017, 04.03). Det gjer til at det er fastlegen som avgjer om pasienten har behov for spesialistbehandling (Dahlbom, 2016, s. 696). Fastlegen har dermed ein viktig portnarfunksjon for å regulere bruken av spesialisthelsetenester (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009, s. 92).

I Noreg er spesialisthelsetenesta delt inn i fire regionale helseføretak som har ansvaret for spesialisthelsetenester for befolkninga i sin helseregion. Spesialisthelsetenester omfattar blant anna offentlege sjukehus, legespesialist, rusinstitusjon, distriktpsykiatriske senter (DPS) og ambulansetenester (Regjeringen, 2017, 04.03).

På bakgrunn av tilvising frå primærhelsetenesta vert det vurdert om vedkomande har behov for, og dermed rett til, naudsyn helsehjelp frå spesialisthelsetenesta. Vurderinga skal skje innan ti vyrkedagar (Helsedirektoratet, 2017, 26.05).

Psykisk helsevern er delt inn i to nivå. Det er delt i sentraliserte sjukehusavdelingar og i DPS. Ei sjukehusavdeling har ansvar for blant anna akutt hjelp, ivareta pasientar med alvorleg psykisk lidning som krev spesiell kompetanse, store personalmessige ressursar eller behov for lukka avdeling (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s.15).

I 2014 var det 77 DPS i Noreg, organisert under helseføretaka eller i privat drift (Sjetne & Holmboe, 2014, s. 3). Mange DPS er samla i felles lokale, medan andre har spreidde einingar noko som kan medføre utfordringar, ikkje minst på eit fagleg plan (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 45). Eit DPS skal ha ansvar og oppgåver på spesialistnivå, innanfor psykisk helsevern for vaksne, i eit gitt geografisk område. Det desentraliserte tilbodet bør bestå av dag- og døgntilbod, polikliniske og ambulante tenester. DPS si kjerneverksemd er utgreiing, diagnostikk og behandling av menneske med psykiske lidingar (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 21). Behandling av psykiske lidingar bør i størst mogleg grad verte gitt som poliklinisk, ambulant og som dagbehandling. Når dette ikkje er nok, skal pasientar få behandling ved døgneiningar som i hovudsak skal vere opne einingar (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 30). I tillegg skal DPS drive med opplæring av pasientar og pårørande,

retteiing til kommunar, forskning og kvalitetsarbeid og utdanning av helsepersonell (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 22).

Relevant for dette prosjektet er DPS døgnavdelingar. DPS er nivået mellom primærhelsetenesta og sjukehus, og bør såleis vere vegen inn og ut av spesialisthelsetenesta. Pasientar som har behov for oppfølging etter utskriving skal prioriterast på DPS- nivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 11-12). Det tyder at mykje av samhandling mellom tenestenivå skjer mellom kommunane og DPS døgnavdeling.

Døgnavdelingane er ulike. Det er variasjon i kor mange plassar og kva type døgntilbod som er ved dei ulike DPS. Det er avhengig av fleire faktorar som storleik på opptaksområdet, kompetanse og ressursar ved DPS (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 30). Kva som vert sett på som tilstrekkeleg døgnplassar vert vurdert utifrå til dømes førekomst av psykisk lidning i befolkninga, innbyggjartal, geografi og kva for andre tenester som finnst innan psykisk helsevern og DPS i opptaksområdet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 47). Mi erfaring er at DPS døgnavdelingar har mellom 10- 15 pasientplassar.

2.2 Samhandling

I dette delkapittelet skal vi sjå at det kan vere vanskeleg å verte einige om ein definisjon på samhandling. Samhandlingsreforma definerer samhandling slik: «Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009, s. 13).

Schönfelder (2013, s. 63) påpeikar at sjølve ordet samhandling kunne ha vore byta ut med ordet samarbeid i definisjonen i samhandlingsreforma. Samarbeid og samhandling kan då sjåast på som synonym. Bukve og Kvåle (2014, s. 16) seier at samhandling kan forståast som samarbeid i situasjonar der det ikkje er *ein* aktør som har fullstendig kontroll over prosessen eller utføringa av oppgåva.

Dahl (2014, s. 19) på side meiner at samhandling skil seg frå samarbeid då det krev at menneske møtast i fora for å arbeide med ei eller fleire oppgåver. Ordet samarbeid dekker derimot dei administrative og forvaltningsmessige gjeremål, som kan løysast via til dømes telefonsamtalar og e-post. Ein annan som skil mellom samarbeid og samhandling er Orvik (2004, s. 257). Han meiner at samhandling er meir forpliktande enn samarbeid. At det er ei norm om å gjere noko i lag og handlingane til kvar og ein må vere koordinerte. Dette krev gjensidig tilpassing i høve kvarandre sine

arbeidsoppgåver, tillit, likeverd og felles forståing av situasjonen. Til grunn ligg det ei forplikting om å få til ting saman.

Som vi ser er det skilnad i høve korleis vi kan forstå omgrepet samhandling utifrå litteraturen. Eg vil difor tru at personar som samhandlar òg legg til grunn ulik forståing. Etter å ha sett på omgrepet, går vi no over til å sjå på kva tidlegare forskning viser til når det gjeld samhandling.

2.3 Tidlegare forskning på samhandling

For å sette studie min inn i ein samanheng har eg gjort litteratursøk i databasane Oria, SveMed og Academic Search Elite. Eg nytta søkeorda: *samhandlingsreforma, samhandling, primærhelsetjenesten og distriktpsikiatrisk senter, psykisk helsearbeid og distriktpsikiatrisk senter, samhandling og distriktpsikiatrisk senter, samhandling og psykisk helsearbeid, mental health and collaboration, mental health and community services and collaboration, primary health care and collaboration and specialist health care*. Utifrå treff i søka har eg trekt fram forskning som er relevant for mi problemstilling og som no vert presentert.

Samhandlingsreforma føyer seg inn i ein internasjonal trend med fokus på korleis fragmentering i offentleg sektor kan møttas (Grimsmo, et al., 2015, s. 8). Til dømes viser ein litteraturstudie utført av Andersson, Åhgren, Axelsson, Eriksson, Axelsson og Åhgren (2011) at det finnast eit uttal av modellar for samarbeid og kva som fungerer best varierer utifrå kontekst. Det som er viktig å legge merke til i høve min studie, er kva faktorar som er identifisert i høve å fremme eller hemme samarbeid. Slike faktorar er i størst grad knytt til kommunikasjon, tillit og forplikting (Andersson et al., 2011).

Sjølv om samhandlingsforma er ein del av ein internasjonal trend, er det likevel slik at helsevesenet i Noreg er særmerka med tanke på organisering (Grimsmo et al., 2015, s. 3). Vidare er det viktig at samhandlingsreforma er ei norsk politisk reform. Difor har eg valt å konsentrere meg om norsk forskning. Eg vurderer dette som mest relevant til min studie som er utført i ein lokal kontekst på Vestlandet. Det ein kan merke seg før vidare lesing, er at det er lite variasjon i forskingsfunna.

Danbolt, Hestad, Kjøsberg, Kvalvik og Hynnekleiv (2016, s. 348) peikar på at det er lite norsk forskning på området kring samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenesta innan psykisk helsevern for vaksne. Dei viser òg til at det er behov for å forske på lokale samhandlingskontekstar og utforske dei involverte aktørane sine erfaringar med refleksjon om relasjonar, interaksjonar, maktstrukturar og kva som hemmar og fremmar god praksis. Vi ser her at mitt prosjekt er heilt i tråd med det forskarar har peika på som svært sentralt tema for forskning.

For mitt prosjekt er det viktig å merke seg funn som viser at det å ha kunnskap om kvarandre er eit sentralt poeng i ein samhandlingsrelasjon. Det å ha faktaopplysning om den ein skal samhandle med er særst viktig. Det vert til dømes vist til, at det å ha oppdatert organisasjonskart med informasjon om tenester som pasientar kan nytte seg av er viktig. Andre relevante funn for mitt prosjekt, er det som kjem fram når det gjeld haldningar til kvarandre. Faktisk interesse og å vere audmjuk ovanfor «den andre» i samhandlingsrelasjonen vert poengtert. Det å love noko på andre sine vegne er noko ein må unngå. Når det gjeld haldningar til kvarandre, er det å snakke positivt og støtte kvarandre, med på å byggje tillit til samhandlingspart (Danbolt et al., 2016, s. 351).

Oppsummert viser Danbolt et al., (2016, s. 351) at praksis er meir prega av kvar for seg aktivitet enn samhandling. Det ser ut til at dette primært ikkje skyldast organisering, men svak anerkjenning av «den andre» sin kompetanse. Nøkkelen til betre samhandling vert rapportert å vere gjensidig anerkjenning mellom fagfolk i ulike tenestenivå. Ei svak anerkjenning av den ein skal samhandle med heng truleg saman med at ein kjenner kvarandre for lite. Det å etablere møtearenaer der profesjonelle aktørar frå ulike instansar møter kvarandre legg til rette for å auke kunnskapen om kvarandre, og slik bidra til å skape eit betre samhandlingsklima (Danbolt et al., 2016, s. 352).

Dette er i samsvar med Akre, Egeland, Garpe, Jørgensen og Vaskinn (2015) sine resultat etter eit femårig samhandlingsprosjekt på Romerike. Prosjektet vart oppretta for å iverksette eit systematisk og forpliktande samarbeid på tvers av tenester. Eit vesentleg prinsipp som vert framheva er at samhandling er meir enn koordinering og samordning, men at ein faktisk gjer noko saman. Det er igjen spesielt viktig å merke seg at funn viser at fagfolk må lære kvarandre å kjenne. Det å etablert faste møtearena bidrog i studien til kunnskap om kvarandre sin organisasjon. Slik kunnskap førte til større forståing for den andre sine avgrensingar, men òg kva som var mogeleg å få til. På denne måten vart det utvikla ein samhandlingskultur prega av tillit og respekt for kvarandre. Ein god kultur, der det var utvikla ei felles forståing av kva som var utfordringar, førte igjen til at det vart lettare å sette inn ressursar der det var behov (Akre et al., 2015, s. 263-264).

Elstad, Steen og Larsen (2013, s. 296-297) har sett på kva som kan fremme god samhandling på tvers av ulike tenester basert på fagtilsette sine erfaringar. Fagtilsette i studien er tilsette ved DPS, kommunale butiltak og i kommunalt psykisk helsearbeid. Til liks med Akre et al., (2015) fann Elstad et al., (2013) at det å møtast, samarbeide ansikt til ansikt og slik verte kjent med kvarandre, både fagleg og med tanke på tenestetilbodet, fremmar samhandling. Igjen ser vi verdien av å tileigne seg kunnskap om «den andre». Både i høve den hjelpetrengande, organisering av tenester og rettleiing. Praktisk samarbeid vert trekt fram som nyttige for gode overgangar mellom tenestenivå. Ein slik prosess skapte tillit mellom partane som skal samhandle (Elstad et al., 2013, s. 303).

Olsen, Vatne og Buus (2015, s. 55) har utforska profesjonelle sine erfaringar med kontinuitet i psykisk helsevern, med utgangspunkt i korleis dei opplever samhandling. Deltakarane i studien er frå to ulike organisatoriske nivå, omtalt som kommune- og spesialisthelsetenesta. Funna viser at tilsette i dei ulike tenestenivåa er kjent med overordna dokument som opptrappingsplanen og samhandlingsreforma, samt at dokumenta pålegg samhandling. Sjølv om dette var kjent, låg det ikkje føre interne eller felles skriftlege prosedyrar for korleis samhandle lokalt. Møtepunktta var ad hoc med fokus på kvar og ein pasient. Mangel på formaliserte prosedyrar førte til at personleg erfaring vart avgjerande for grad av samhandling. Funna i undersøkinga syner at partane mangla kjennskap til «den andre» sine rammer og planar, og at dette hemma kontinuitet i samhandling (Olsen et al., 2015, s. 60-61). Utfordringane vart forklart med mangel på rutinar og prosedyrar, som førte til usynlege strukturar, skapt av tradisjonell tenking innan psykisk helsearbeid. Desse usynlege strukturane opprettheldt «tatt for gitt praksis» som, når dei får dominere, fører til frustrasjon i både kommune- og spesialisthelsetenesta. Årsaka til dette er at dei profesjonelle forstår kvarandre sine praksisar utifrå eigne premissar (Olsen et al., 2015, s. 66). Det kjem fram at tilsette i begge tenestenivå i liten grad tek ansvar for manglande samheng. Eigeninnsats vert legitimert, medan ein devaluera «den andre» sin innsats (Olsen et al., 2015, s. 61).

Dahlbom (2015, s. 696) påpeikar rolla til fastlegar i samhandling mellom tenestenivåa. Kvar tredje pasient oppsøker allmennlege på grunn av psykiske problem. Å sortere ut pasientar som har behov for behandling av spesialist kan vere problematisk og allmennlegar opplever difor at pasientar vert avvist av DPS. Med dette viser Dahlbom (2015) behovet allmennlegar har for rettleiing frå spesialist. Slik eg ser det, er dette òg eit til døme på for lite kunnskap om den ein samhandlar med.

Eg har vist til norsk forskning som har relevans for mitt prosjekt. Det er spesielt viktig å merke seg at det er behov for å verte kjent med kvarandre på tvers av organisatoriske nivå, for å fremme samhandling. Dette skal igjen føre til betre og meir heilskaplege helsetenester, som er samhandlingsreforma si overordna mål.

2.4 Samhandlingsreforma

Det sentrale i reforma, og som har relevans for denne oppgåva, handlar om å møte pasientane sitt behov for koordinerte teneste på ein betre måte. Spesialist- og primærhelsetenesta er opplevd som fragmenterte og er prega av ulikt syn og mål for kva helsehjelp som skal ystast. Andre utfordringar som er formulert er at helsetenesta har for stort fokus pr. i dag på behandling av sjukdom og seinkomplikasjonar, i staden for å gje tilbod som vil redusere kronisk utvikling av sjukdom. Det tyder at tenestene generelt er prega av for liten innsats for å avgrense og førebygge sjukdom. Den tredje

utfordringa reforma tek sikte på å imøtekomme, er at den demografiske utviklinga og endringa i sjukdomsbildet gir utfordringar som kan true samfunnet si økonomiske bereevne. Det vert fleire eldre og fleire med kroniske og samansette sjukdomar. Kols, diabetes, demens, kreft og psykisk lidning er sjukdomar som er i sterk vekst, og er ei gruppe med store og aukande behov for samhandling (Meld. St. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 13-14). Dette er utfordringane, og relevans for mitt prosjekt er det overordna målet om å betre samhandling mellom tenestenivåa.

Samhandlingsreforma er såleis eit tiltak frå myndigheitene si side for å freiste å løyse «wicked problems», og løysinga er å sette inn tiltak som skal syte for ei meir heilskapleg tenking (Grimsmo et al., 2015, s. 8). Kva «wicked problems» er, vert omtala i neste delkapittel.

2.5 Offentleg organisasjonar

Prosjektet mitt omhandlar fagfolk i offentleg helsetenester. Eg har difor valt å seie noko om organisasjonane for å skape eit bakteppe for vidare lesing.

Organisasjonar som yte helse- og omsorgstenester er på lik line med andre organisasjonar oppretta for å realisere spesifikke mål. Dei skil seg likevel frå andre organisasjonar på eit vesentleg punkt. Det særlegne med helse- og omsorgsorganisasjonar er at kjerneaktiviteten rører ved menneske direkte og kan difor omtalast som «menneskebehandlande». Målet er ikkje å levere noko til menneske, men faktisk å gjere noko med menneske. Det er fagfolk som skal gjere noko direkte med menneske og ofte handlar det om å gjere ei positiv endring i den einskilde sitt liv (Vabø, 2014, s. 14).

Organisasjonar som er «menneskebehandlande», vert ofte beskrive som innbyrdes avhengig av kvarandre fordi dei arbeider med samansette og menneskelege vanskar (Vabø, 2014, s. 16). Ei kommunal psykisk helseteneste og eit DPS er døme på slike organisasjonar. Vidare er det slik at samansette problem ikkje let seg forklarast og avgrensast på ein eintydig måte. Samansette problem vert av den grunn omtalt som «wicked problems» eller «uregjerlege problem» (Vabø, 2014, s. 16).

Fagfolk som er tett på og i direkte samspel med menneska dei skal hjelpe eller behandle, vert omtala som «bakkebyråkratar». Det er fagfolk lengst nede i organisasjonane som er i kontakt med menneske med hjelpebehov. Det viser at «bakkebyråkratane» har eit særleg ansvar, då det er dei som utifrå politikken sine ideal, skal utføre eit praktisk arbeid i samspel med menneske med hjelpebehov (Vabø, 2014, s. 15). Slik vert fagfolk byråkratar for politikken «ovanfrå», samstundes som dei skal foreta skjønsmessige tilpassingar og prioriteringar på «bakken» (Vabø, 2014, s. 45). «Bakkebyråkratane» i mitt prosjektet vert såleis fastlegar og tilsette i kommunal psykisk helseteneste. Dette er fagfolk som

skal realisere offentlig politikk som kjem «ovanfrå» noko som samhandlingsreforma er eit godt døme på.

I løpet av arbeidet med prosjektet har eg heile tida hatt i meg ei undring om kvifor psykisk helseteneste i kommunane verkar å vere så ulike. Fagfolk har mykje dei same profesjonane og skal yte dei same tenestene. Likevel opplever eg at tenestene kvar for seg har sitt særeigne «vesen» og måte å på vere på. Eg har difor valt å sjå på omgrepet kultur.

2.5.1 Organisasjonskultur

I eit kulturelt perspektiv ser vi på korleis organisasjonar eigentleg fungerer. Vi går tett på og ser korleis menneske i organisasjonen kan utvikle felles mønster av meiningar og haldningar, som gjer seg gjeldande i korleis ein handlar. Eit kjenneteikn ved organisasjonskultur er det tydelege fokuset på oppleving, tankar og meiningar, som er felles for fleire personar i ein bestemt sosial samanheng (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 126). Vi kan tenke oss at ei kommunal psykisk helseteneste er ein slik sosial samanheng der fagfolk utviklar eit felles mønster. Ein enkel måte å vise til korleis organisasjonskulturen kjem til uttrykk er «korleis vi gjer det her hos oss» (Vangen & Huxham, 2009, s. 77), eller «måten vi alltid har gjort ting på her» (Strand, 2007, s. 185). Felles oppfatning av røynda vert utvikla innan kulturen og viser seg gjennom eigen sjargong og språk. Det vert laga metaforar som gir meining til hendingar og åtferd. Det handlar om eigne symbol som skapar meinig i eigne erfaringar (Bang, 2015, s. 52). Kultur er difor noko immaterielt, noko abstrakt. Det er fenomen som dei fleste av oss vil sei eksistera, men det er vanskeleg å vere nøyaktig i kva det består av (Bang, 2015, s. 20).

Sidan organisasjonskultur er abstrakt kan den ikkje studerast direkte. Den er ikkje nedskrive, slik som den formelle strukturen, men finnast «inne i hovudet» på medlemmane. Dette er dei grunnleggande forventningane og er sjølve kjernen i ein kultur. Grunnleggande forventning er oppfatning eller meining om noko som, gjennom felles tolking i sosial gruppe, er nedfelt som ei sanning. Dei er ikkje diskutabile og er av den grunn vanskeleg å utfordre og endre. Nye personar vert sosialisert inn i gruppa der desse grunnleggande forventningane vert overført som den rette måten å forstå, tenke og føle på kring bestemte tilhøve. Berarane av forventningane er ikkje alltid bevist kva dei ber med seg (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 131-132).

I praksis betyr dette at den einskilde profesjonelle, «bakkebyråkrat» har ein posisjon midt i mellom politikk og den hjelpetrenagde. Yrkeskvardagen deira handlar om å gjere ein positiv forskjell i livet til den hjelpetrenagde. «Bakkebyråkratane» må av den grunn bruke seg sjølv med alt det innebere av faglege kvalifikasjonar og ansvar. I tillegg må utøving av faget vere i samsvar med gjeldande politikk

på området (Vabø, 2014, s. 15). «Bakkebyråkraten» er òg ein del av ein kultur, eit fellesskap som eksistera på gitt arbeidsstad, vi ser her at fagutøvar er kontekstuel bunden. Den einskilde vert påverka av kulturen han eller ho er ein del av. Kulturen har innverknad på korleis tenesta utøver arbeidet, då det vert sosialt utvikla eit fellesskap av meiningar, oppfatningar, verdiar og symbol som gir retningsliner for korleis ein bør opptre i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 130).

3 Metode

Kvalitativ metode er eigna til eksplorerande studiar der føremålet er å utforske eit felt som det er lite kunnskap om frå før (Thagaard, 2013, s. 16). Feltet eg har utforska er frå før lite studert og difor er studien min gjennomført som eit kvalitativt forskingsprosjekt.

Kvalitativ metode bygger på teori om menneskeleg erfaring, fenomenologi, og tolking, hermeneutikk. Det handlar om systematisk innsamling, organisering og tolking av tekstmateriale frå samtalar, observasjon eller skriftlege kjeldemateriale (Malterud, 2013, s. 26). Metoden er eigna dersom ein ynskjer å vite meir om menneskeleg erfaring, oppleving, tankar, forventningar, motiv og haldningar. Dette kan vere med på å styrke forståinga av kvifor menneske handlar slik dei gjer (Malterud, 2013, s. 27). I kvalitative studiar nyttar forskaren både beskriving og tolking, fordi det ikkje går å skilje dei frå kvarandre. Ei beskriving vil alltid vere farga av ei tolking og ei tolking vil alltid bygge på ei beskriving. Dette gjer til at forskaren er ein aktiv deltakar i kunnskapsutviklinga i kvalitative metodar (Malterud, 2013, s. 44). Innan kvalitativ forskning kan ein nytte ulike metodar for innhenting av data, det kan vere til dømes individuelle intervju, feltarbeid eller fokusgruppeintervju. Eg har nytta fokusgruppeintervju og i neste delkapittel skal eg gje ei beskriving av kjenneteikn ved metoden.

3.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgrupper ein rasjonell metode for innhenting av data og det krevst mindre ressursar enn om kvar einskild deltakarar skulle blitt intervjua individuelt. Som metode høver fokusgrupper godt dersom ein ynskjer å utforske fenomen som handlar om erfaringar, haldningar eller synspunkt i eit miljø der menneske samhandlar (Malterud, 2012, s. 22). Det spesielle med fokusgrupper er kombinasjonen av gruppesamhandling og fokus på eit emne som er bestemt av forskar.

Gruppesamhandlinga og emnefokus skal gje deltakarane høve til å uttrykke meiningar som elles er tause eller som vert tatt for gitt (Halkier, 2010, s. 10). Målet er at gruppedynamikken skal skape assosiasjonar og fantasi som vil stimulere til fortellingar, og på den måten produsere kunnskap om emnet (Malterud, 2012, s. 22).

Den som leia gruppa vert kalla moderator. Som i all anna kvalitativ forskning er resultatet avhengig av korleis moderatoren meistrar å nytte seg sjølv som eit metodisk verktøy (Malterud, 2012, s. 65). Moderator skal lytte, få deltakarane til å snakke saman og handtere den sosiale dynamikken i gruppa. Deltakarane skal alltid snakke meir enn den som intervjuar. Moderator si oppgåve er å legge til rette for det sosial samspelet, utan å kontrollere det. Moderator må balansere spørsmåla sine mellom innleving og distanse. Med dette meinast at moderator ikkje skal vere pågåande og krevjande i sine spørsmål, men heller ikkje det motsette. Det skal skapast eit sosialt rom der deltakarane kan kome med sine opplevingar og erfaringar. For å gjere dette mogeleg må moderator sørge for at fokusgruppa får eit uformelt preg, få deltakarane til å delta aktivt, sørge for at aktiviteten handlar om emnet og til slutt frå fram så mange ulike meiningar og erfaringar som mogeleg (Halkier, 2010, s. 56-58).

I fokusgrupper vert det nytta ein sekretær. Sekretæren si oppgåve er å følgje med på kva som skjer i fokusgruppediskusjonen. Det vil seie å legge merke til og ta notat om stemning, klima og samhandling (Malterud, 2012, s. 66). Sekretæren skal ikkje delta i samtalen, men notere hovudmoment og tilhøve som ikkje kjem fram på lydfila (Malterud, 2013, s. 133).

I mitt prosjekt valte eg fokusgruppeintervju. Dette då eg ville nytte samhandling i grupper for å få fram andre slags forteljingar og erfaringar, enn eg ville fått med individuell intervju med dei same personane (Malterud, 2012, s. 20). Særleg med tanke på at eg ynskte å utforske fleire kommunar og få fram flest mogeleg perspektiv om temaet. Ved å ha grupper med deltakarar frå ulike kommunar var eit av måla at gruppesamhandlinga skulle bidra til utforsking hjå kvarande, og slik få fram erfaringar, haldningar og synspunkt (Malterud, 2012, s. 22), samt meiningar som elles er tause eller tatt for gitt (Halkier, 2010, s. 10).

3.2 Rekruttering og utval

Det første eg byrja med var å spørje meg sjølv, kven er det som kan svare på det eg spør om? Det vil seie at eg måtte finne dei personane som kunne seie meg noko om det eg ynskte å undersøke. Eg måtte difor gjere eit strategisk utval (Thagaard, 2013, s. 60). Mitt strategiske utval var fagfolk i primærhelsetenesta som har erfaring med pasientar innlagt ved DPS. Inklusjonskriterium var å vere fastlege eller tilsett i ei kommunal psykisk helseteneste. Utdanning eller stilling var ikkje lagt vekt på. Målet var å få ei breidde i deltakarane som representerte breidda i feltet. Eg ekskluderte fastlegar som stod oppført som vikar. Dette fordi eg har kjennskap til at vikarar ofte har korte engasjement og av den grunn kanskje har liten kjennskap til DPS i nærområdet. Ein føremålstenleg måte å rekruttere

deltakarar på er å rette ein formell førespurnad (Thagaard, 2013, s. 61). Eg retta difor min førespurnaden til primærhelsetenesta, i alt tretten kommunar.

Eg sende brev til 55 fastlegar og til psykisk helseteneste i kommunane (vedlegg nr. 1). Det er ikkje alltid formelle førespurnader fører fram (Thaggard, 2013, s. 61). Det erfarte eg. I førespurnaden gav eg fjorten dagar svarfrist. Innan den tid hadde eg fått svar frå to kommunar og hadde med det fem deltakarar. Neste runde i rekrutteringsprosessen var å nytte e-post. Eg sende i alt 79 førespurnader p.r. e-post (vedlegg nr. 2).

Personane som hadde sagt seg villige til å delta var geografisk spreidd. Ei utfordring som gjorde seg gjeldande var å samle personane utan at dei fekk lang reiseveg. I håp om å få rekruttert fleire deltakarar frå nærliggande område, ringde eg til nabokommunane til dei aktuelle.

Eg ringte til fem «naboar» i alt åtte personar, eg ringde ikkje til legar. To av femtifem legar hadde svart og eg vurderte difor at det var større moglegheit å få rekruttert tilsette i psykisk helseteneste. Etter fleire telefonsamtalar hadde eg atten deltakarar frå åtte ulike kommunar. Det opna for at eg kunne organisere tre fokusgrupper.

Tabell 1: Utval

Lege	Sjukepleiar	Sjukepleiar med vid.utd. psykisk helsearbeid	Sosionom	Sosionom med vid.utd. i psykisk helsearbeid	Barneverns-pedagog med vid.utd. psykisk helsearbeid	Hjelpepleiar
1	3 ¹	4	3 ²	1	3	2

Nokon av deltakarane hadde anna utdanning i tillegg. Eg har valt å berre ta med utdanningar som er relevant i denne samanheng. Dette er òg med tanke på å ivareta anonymiteten då det er små tilhøve.

3.3 Organisering av fokusgruppene

I utgangspunktet var det 18 deltakarar frå 8 kommunar. Eg fekk eit fråfall. Eg organiserte tre grupper utifrå kvar dei var geografisk plassert. I høve kvar intervjuja skulle gjennomførast vart det avtalt med kvar ein skilde gruppe. Eg sende e-post med førespurnad til ei og ei gruppe, om kva tidspunkt som kunne passe innanfor eit gitt tidsrom (vedlegg nr. 3). Dette gjorde eg for å ivareta anonymiteten, slik

¹ 1 er under vidareutdanning i psykisk helsearbeid

² 1 er under vidareutdanning i psykisk helsearbeid

at dei som var i dei ulike gruppene ikkje hadde kjennskap til kven som deltok i dei andre gruppene. I tillegg til e-postar vart det mange telefonsamtalar for å få endeleg avklart tidspunkt for gruppene.

Då stad og tidspunkt var avklart, sende eg ut e-post til deltakarane der eg spurte etter personopplysingar om blant anna namn, utdanning og stilling (vedlegg nr. 4). Eg presiserte at dette var for å få oversikt på utvalet og anonymiteten ville verte ivaretatt. I denne e-posten var det eit vedlegg med informasjon om oppmøtestad, tidspunkt og kva som skulle gå føre seg på den aktuelle intervjudagen (vedlegg nr. 4).

I tillegg til deltakarar måtte eg, som tidlegare forklart, ha ein sekretær til fokusgruppene. Eg avtalte med medstudent og kollega for å fylle denne funksjonen. Før faktisk gjennomføring av fokusgrupper er det anbefalt å utføre eit pilotintervju for å øve seg i praksis (Halkier, 2010 s. 56). Spesielt med tanke på at eg var uerfaren i rolla som moderator, organiserte eg eit intervju på eigen arbeidsstad.

3.4 Pilotintervju

Vi sat rundt eit bord på matsalen der vi ikkje plar å ha møter, eg serverte kaffi, farris, sjokolade og nøtter. Dette gjorde eg for å bryte det vanlege mønsteret i håp om at det skulle verte mindre flaut og kunstig. På grunn av den daglege drifta fekk eg berre samla fire kollegaer og hadde førti minutt til rådvelde, som er omtrent eit halvt fokusgruppeintervju. Eg tok ikkje pilotintervjuet opp på lydfil eller hadde med sekretær.

Eg gjorde meg nokre nyttige erfaringar i pilotintervjuet. Eg såg behovet for å forklare at eg har ein guide med spørsmål, men at eg ikkje nødvendigvis kjem til å nytte den fullt ut under intervjuet. Eg vart merksam på dette, då ein av deltakarane i ettertid sa at ho vart svært fokusert på kva som stod skrive. Det kan difor vere føremålstenleg å ikkje ha intervjuguiden (vedlegg nr. 6) synleg under heile intervjuet. Vidare syntest eg det var vanskeleg å stille spørsmåla på ein enkel og daglegdags måte. Dette overraska meg då eg hadde øvd på dette saman med rettleiar, samt eg trudde, at eg hadde eit ukomplisert språk. I bakhovudet låg tanken om at moderator først og fremst skal vere innstilt på å lytte (Halkier, 2010, s. 56), samstundes som eg opplevde at eg ikkje meistra det tilstrekkeleg. Merksemda mi var i for stor grad på intervjuguiden, noko som førte til at eg ikkje var godt nok fokusert på kva deltakarane fortalde. Dette gjorde til at balansen mellom å la gruppa leve sjølv og styre etter intervjuguide vart utfordrande. Eg erfarte at gruppedeltakarane hadde fokus på andre moment ved temaet enn det eg var førebudd på. Difor vart det vanskeleg å ta oppfølgingsspørsmål. Ei svært viktig erfaring med pilotintervjuet var at eg må vere førebudd på å improvisere, noko som òg Halkier (2010, s. 55) påpeikar.

3.5 Kritisk vurdering av forskarrolla

Spørsmålet innan moderne vitskapsteori er ikkje om forskaren påverka og yte innflyting på utviklinga av kunnskapen, men korleis han eller ho gjer det. Forskaren påverka gjennom sin eigen ståstad, fagleg interesse, motiv og personlege erfaringar. Dette har innverknad når forskaren utviklar problemstilling, perspektiv, metode og utval. Forskaren har òg innverknad på korleis forskingsspørsmåla vert svara på, korleis konklusjonen vert vektlagd og formidla (Malterud, 2013, s. 37). Vi ser her at forskar påverkar heile prosessen og det er eit sentralt poeng å halde seg sjølv i bakgrunnen. Det hadde likevel vore naivt å tru at eg kunne «nullstille» meg og ta forskarrolla utan å vere påverka av den eg er og min spesielle ståstad (Malterud, 2013, s. 39). Det er difor ikkje spørsmål om eg har påverka forskingsprosessen, men korleis eg har gjort det. Det vert såleis sett som eit kvalitetsteikn i kvalitativ forskning om ein kan syne til refleksivitet om desse prosessane (Malterud, 2013, s. 18). Det skal eg freiste å gjere greie for, og eg byrjar ved å vise til mi eiga forforståing.

3.6 Forforståing og refleksivitet

Forforståing er den «bagasjen» ein har med seg inn i forskingsprosjektet. Motivasjon for å gå i gang med eit prosjekt er ofte ein del av ein slik «bagasje». Forforståing består vidare av erfaringar, hypotesar, fagleg perspektiv og teoretisk referanseramme (Malterud, 2013, s. 40). Eg er sosionom og det er etablert ein fagleg ståstad i meg i kraft av grunnutdanninga. Ein sosionom arbeider med å forebygge, løyse og redusere sosiale problem. Vi har eit overordna heilskapleg perspektiv som er tufta på menneskerettar og sosial rettferd (Semmerud, 2015, s. 7). I tillegg har eg vidareutdanning innan psykisk helsearbeid, slik at mitt faglege perspektiv er både sosial- og helsefagleg. Av fagleg erfaring kan eg vise til fleire år innan kommunalt sosialt arbeid og erfaring frå DPS. Min «bagasje» består såleis av erfaring knytt til det å samarbeide med spesialisthelsetenesta, og det å vere ein del av spesialisthelsetenesta. Denne erfaringa gjer meg til forskar i eige felt.

Heilt i byrjinga av prosjektet utforma eg ei «sjølvmelding». Det er eit arbeidsnotat som omhandlar kva eg trudde eg kom til å finne i undersøkinga (Malterud, 2013, s. 4). Eg var førebudd på å finne at primærhelsetenesta kjenner seg underlegne spesialisthelsetenesta. At dei mislikar å verte fortalt kva tenester pasientane bør få og at DPS fortel pasientar kva dei har rett på. Vidare var det slik at eg hadde ei førestilling om at primærhelsetenesta hadde store forventingar om effekt av behandling, og forventning om at pasientane skal verte vesentleg friskare av å vere innlagt. I gjennomføringa av prosjektet har eg arbeidd for at forforståinga ikkje skulle hindre open utforsking av materialet.

3.7 Forskingsetiske betraktningar og godkjenning

Alle fokusgruppene starta med signering av samtykkeskjema (vedlegg nr. 5) og utfylling av personopplysningar (vedlegg nr. 4). Ved å få eit informert samtykke frå deltakarane skreiv deltakarane under på at dei kjenner prosjektet godt nok til å delta, samt at det var mogeleg å trekke seg utan at det fekk konsekvensar for den einskilde (Malterud, 2013, s. 204).

Som forskar må eg sørgje for at deltakarane kjenner seg trygge på at anonymiteten er ivaretatt, utan risiko for å bli gjenkjent (Malterud, 2013, s. 204). Eg informerte om at intervjuet vert tatt opp på lydfil, at deltakinga var anonym og at ingen andre enn meg skulle lytte til lydfilene samt lese transkripsjonen. Eg var open for at deltakaren kan få tilbakemelding om resultatet (Halkier, 2010, s. 74-75). Datafilene vart lagra på min PC beskytta av eit hemmeleg passord, lydfilene vart sletta med ein gong transkripsjonen var utført. Eg nytta pseudonym på deltakarane direkte i transkripsjonen. Det er eg som prosjektleiar som har kjennskap til namn på deltakarane, ingen andre har det. Prosjektet oppgjeve ikkje direkte eller indirekte opplysningar som kan identifisere deltakarane. All korrespondanse på e-post vart sletta. Av desse grunnar er dette ei anonym undersøking.

Prosjekt skulle ikkje samle inn data som omhandlar person eller sensitive opplysningar, difor var det ikkje naudsynt å melde inn prosjektet til Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2016, 09.05). Det var heller ikkje naudsynt å søke godkjenning hjå Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk då prosjektet ikkje har som mål å fremje ny kunnskap om helse og sjukdom (REK, 2016, 14.05).

3.8 Datainnsamling – gjennomføring av fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjua vart gjennomførte på tre ulike stader. Eg fekk låne møterom av to kommunar, og eit føregjekk i lokale til spesialisthelsetenesta. For å lage klart rommet med tanke på å organisere bord, stolar, servering med meir, møtte eg opp om lag 20 – 30 minutt før avtalt tid. To av møteromma var eg ikkje kjent med før eg møtte opp, sjølv om dette kan vere ein fordel. Det å servere drikke, eventuelt noko lett å ete vil vere med på å gjere stemninga meir avslappa (Barbour, 2007, s. 75). Eg hadde difor førebudd servering til intervjua av ulikt slag. Eg organiserte romma slik at vi sat rundt eit bord slik at alle deltakarane kunne sjå kvarandre (Malterud, 2012, s. 69). Som eg vurderte det, var det ikkje noko ved konteksten som påverka i negativ grad.

Med introduksjonen skapar moderator ramma for det sosiale rommet og sjølv samspelet i fokusgruppa. Det er samspelet som skaper empirisk data og av den grunn er introduksjonen svært viktig (Halkier, 2010, s. 60). Eg forklarte kva prosjektet gjekk ut på, fortalte at formålet er å betre

samhandlinga mellom primær- og spesialisthelsetenesta innan psykisk helsevern, og at dette òg var tema for intervjuet. Eg la særleg vekt på at ei fokusgruppe ikkje er eit intervju slik vi tradisjonelt tenker der ein legg opp til mange spørsmål, men at eg ynskte å få i gang ein samtale og diskusjon. Eg freista å legge vekt på at det er deltakarane sine erfaringar eg var interessert i, og eg nytta daglegtale og ikkje fagtermar (Malterud, 2012, s. 69), for å skape ei uformell stemning.

I gruppene presenterte eg sekretæren og forklarte at ho kom til å ha ein tilbaketrekt posisjon (Malterud, 2012, s. 67). Sekretær i to av intervjua er kjent med å arbeide i primærhelsetenesta. Eg hadde eit håp om at det ville vere med på å ufarleggjere situasjonen for deltakarane. I eit intervju hadde eg med kollega som medhjelpar.

I første fokusgruppeintervjuet tok vi deretter ein presentasjonsrunde av gruppemedlemmane. I dei to andre intervjua var nokre av deltakarar kjende med kvarande frå før, eller at dette vart gjort meir uformelt «på gangen» før vi starta intervjuet.

Det er svært viktig av det tekniske utstyret fungerer (Halkier, 2010, s. 64). Eg nytta mobiltelefon til å ta opp lyd. I frykt for at lyden skulle vere dårleg eller at den eine skulle slutte å fungere, nytta to stykk i kvar intervju. Det var godt, då den eine mobiltelefonen slutta å fungere i eitt av intervjua.

Fokusgruppene vart avslutta med at eg takka for deltaking og deltakarane fekk sjokolade og handskrivne takkekort (vedlegg nr. 7).

3.9 Transkripsjon

I praksis betyr transkripsjon å overføre frå talespråk til skriftspråk slik at intervjuet vert strukturert og eigna for analyse. I prosessen frå tale til skrift vert det gjort fleire abstraksjonar. Lydfila får ikkje med seg kroppsspråk, gestar, toneleie og pust, til dømes sukk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-206).

Eg byrja å transkribere straks etter eg hadde gjennomført ei fokusgruppe. Eg skreiv direkte av, nytta bortimot dialekt på deltakarane og tok med alle kremt, sukk, mmm, eh, pausar, latter og gjentakningar. Det første intervjuet brukte eg seksten timar på, dei to andre brukte eg mellom ti og tolv timar på kvart intervju. Til saman vart transkripsjonane på 97 sider med tekst.

Når datamaterialet var transkribert var neste steg å analysere. Kvaliteten på analysen er avhengig av forskaren. Å utføre ei analyse vert sett på som eit handverk. Det handlar om korleis forskaren meistar å forvalte kunnskapen om forskningstemaet, sensitiviteten ovanfor språket og korleis bruke

analyseverktøyet. Summen av dette viser til forskaren sin handverksmessige dugleik (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 219). I neste delkapittel gjer eg greie for korleis eg utførte analysen.

3.10 Analyse

Eg har nytta systematisk tekstkondensering som analysemetode. Systematisk tekstkondensering er inspirert av Georgi si fenomenologiske analyse, og er modifisert av Malterud (2013, s. 96). Metoden er godt eigna til tverrgåande analyser som samanfattar informasjon frå mange informantar og for å utvikle nye beskrivingar. Metoden krev inga omfattande teoretisk skulering, men som i all kvalitativ forskning er refleksivet og systematikk ein føresetnad for å utvikle vitskapleg kunnskap (Malterud, 2012, s. 94). Resultatet av systematisk tekstkondensering er «tema» som har støtte i materialet. Analysen gjekk gjennom 4 systematiske steg.

Steg 1 - Å få eit inntrykk av heilskapen

Første steg handlar om at eg måtte verte kjent med og få eit overblikk på materialet. Eg byrja difor med å lese transkripsjonen for å få eit heilskapleg inntrykk (Malterud, 2013, s. 98). Eg las gjennom datamaterialet to gonger. Ved gjennomlesing danna eg meg eit intuitivt inntrykk av kva tema teksten omhandlar. Eg var bevist på å vere open for inntrykka materialet formidla og freista å sette min eigen forforståing i parentes (Malterud, 2013, s. 98). Tema som danna seg for meg i denne første fasen var som fylgjer: «pasienten vert dårlegare av innlegging», «haldningar mot spesialisthelsetenesta», «følgd opp ute i kommunen», «utskriving», «behovet til gjengangarane», «vi kjenner dei best», «korleis verte møtt av spesialisthelsetenesta», «ikkje velkomen i spesialisthelsetenesta», «vi får berre bestillinga», «pårørande», og «kva i all verden er DPS?». Desse tema noterte eg ned i ei kladdebok.

Steg 2 - Å identifisere meiningsdannande einingar

I steg to organiserte eg den delen av materialet som skulle studerast nærare. Det handlar om å skilje relevant frå irrelevant tekst ved å identifisere meiningsberande einingar. Meiningsberande einingar er tekst som ber med seg kunnskap om temaet. Tekstane kan vere korte eller lange, og har ikkje krav om å vere innanfor tradisjonelle språkreglar i høve setning eller replikk (Malterud, 2013, s. 100). Utifrå dei intuitive tema frå steg ein oppretta eg fleire Word dokument som eg gav likelydande titlar som dei tentative tema. Deretter kopierte eg tekstbitar, altså meiningsberande einingar, frå transkripsjonen og limte det inn i dokumenta alt etter kva for tema teksten handlar om. Malterud (2013, s. 100-101) kallar dette for koding. Datamaterialet som opphavleg var på 97 sider vart no systematisert og redusert til 49 sider med meiningsberande einingar. Det var delar av transkripsjonen

eg ikkje systematisert i denne fasen då teksten ikkje var relevant for mitt prosjekt. Det var til dømes eldreomsorg, IPLOS- registrering og hendingar som ikkje var ved DPS.

Etter kvart som eg arbeidde slik endra eg ordlyden på tema. Eg slo saman tema, sletta tema, flytta tekst mellom ulike tema og lagde nye tema. Eg kom til eit punkt då eg vurderte meg nøgd med førebels struktur, då eg såg at det ikkje var føremålstenleg å systematisere meir på analysesteg to. På det tidspunktet hadde eg ni tema som var: «Behov for innlegging», «kjempe som berre juling», «korleis verte møtt av 2. linetenesta», «runddansen», «utskrivning», «vi får berre bestillinga», «vi kjenner pasienten best» «å verte dårlegare av å vere innlagt» og «å verte sett og høyrte». Ordlyden i tema var inspirert av, eller direkte utsegn frå deltakarane.

Då eg hadde systematisert dei meiningsberande einingane inn under kvar sitt tema, gjekk rettleiar og eg i fellesskap gjennom tema. Vi såg at det var nyansar som beskreib ulike meiningsaspekt i nokon av tema. Vi etablerte difor subtema som systematiserte tema. Malterud (2013, s. 105) kallar dette for subgrupper. I fellesskap kom vi fram til nye og meir beskrivande titlar på tema og subtema.

Eit døme på analytisk arbeid er at tema «runddansen» og «å verte dårlegare av å vere innlagt» ikkje vart teke med vidare i analysen. Grunngevinga er at «runddansen» som skulle vise til pasientar som er ofte innlagt ved DPS, hadde ikkje deltakarane brei interesse for. «Å verte dårlegare av å vere innlagt» svarar ikkje på spørsmål knytt til problemstillinga til oppgåva. Sjølv om dette var interessante tema måtte eg forkaste dei i høve til det vidare arbeidet, då det ikkje var relevant for mi undersøking.

Etter at det var oppretta nye namn på tema og etablert subtema var neste steg å sortere dei meiningsberande einingane i tema og subtema. Eg sorterte dei meiningsberande einingane alt etter kvar dei høyrte til. For å sikre at eg oppfatta utsegnene til deltakarane las eg dei meiningsberande einingane om og om igjen for å plassere dei i rett tema og subtema. Ved nokre høve gjekk eg tilbake i transkripsjonen for å sikre at eg fekk ei heilskapleg forståing av kva det handlar om.

Steg 3 – Å abstrahere innhaldet

Steg nummer tre i analysen er å lage kondensat. Kondensat er kunstige sitat. Det betyr at innhaldet i tema, altså dei meiningsberande einingane skal gjenfortellast i ei meir generell form (Malterud, 2013, s. 106). Eg sette dei meiningsberande saman slik at det såg ut som om dei var frå ein samtale. Dette gjorde eg med alle tema. Etter nærare ettertanke vurderte eg at tema «vi kjenner pasienten best» ikkje kunne reknast som eit tema då den innehaldt få meiningsberande einingar, eg valte difor å slette temaet. Deretter valte eg ut «gullsitat» som best illustrera det som vert omtala (Malterud, 2013, s. 107). Sitata er ekte slik som det vart sagt i fokusgruppene, men er skrivne på nynorsk og ikkje

dialekt. Uttrykk som «hmmm», «eeee» og liknande er ikkje teke med. Dette for å få betre flyt for lesar og for å ivareta deltakar då direkte tale til skrift kan sjå noko rart ut (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213).

Steg 4 – Å samanfatte tydinga

Steg fire handlar om å samanfatte dei føregåande stega i ein analytisk tekst. Ved å fortelje om det eg har funne er målet å lage nye beskrivingar eller omgrep (Malterud, 2013, s. 107). Eg las dei meiningsberande einingane og delar av transkripsjonen opp att fleire gonger, for å sikre at eg forstod essensen i det som var blitt fortalt i fokusgruppene. Det er særst viktig at det eg fortel er samsvar med det deltakarane har formidla. Eg måtte sikre at det eg formidlar er gyldige beskrivingar utifrå den samanhengen det opphavleg er henta i frå (Malterud, 2013, s. 107-108). Eg vurderte difor nøye om dei valte «gullsitata» var dei beste. Eg byte dei fleire gonger før eg kjende meg sikker.

4 Resultat

I dette prosjektet har eg kome fram til fire overordna funn som tabell 2 viser.

Tabell 2: Funn

Tema	Subtema
Ein kvardag prega av kaos	
Oppleving av behandling ved DPS døgnavdeling	Omsorg som gir «fotfeste», meir enn å bli kvitt ein sjukdom
	Aktivitet og struktur for å gjenvinne meistring
Utskriving er det viktigaste og vanskelegaste for samhandling	Pasienten si sjølvbestemming er viktig og utfordrande
	Oppleving av at helsepersonell ved DPS burde samarbeide meir om utskrivning
Behov for å kjenne kvarandre i samhandling	Behov for å verte anerkjent som fagperson
	Behov for at DPS gjer seg kjent med lokalsamfunna
	Behov for at DPS får realistisk kunnskap om ressursar i kommunane

Under kvart tema gjer eg greie for korleis eg har forstått og tolka materialet. Eg vil syne til direkte sitat frå deltakarane for å tydeleggjere ulike aspekt ved funna. I presentasjonen nyttar eg pseudonym for å illustrere korleis dei ulike sitata kjem frå ulike deltakarar.

4.1 Ein kvardag prega av kaos

I fokusgruppene vart deltakarane bedt om å fortelje om opplevingar dei har hatt i sin yrkeskvardag, der pasientar har hatt behovet for behaldning ved DPS døgnavdeling. Hovudregelen er at pasientar som skal behandlast i spesialisthelsetenesta vert tilvist frå primærnivå. Unnateke er pasientar som har behov for akutt hjelp. Føremålet med denne ordninga er at pasientar skal utgreiast på primærnivå, og slik vere vurdert for behovet for behandling i spesialisthelsetenesta (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009, s. 92). Tilsette i psykisk helseteneste fortel at for å få pasientar innlagt tek dei kontakt med pasienten sin fastlege, eller at fastlegen sjølv er i kontakt med pasienten og ser behovet. I dette kapittelet vert erfaringane presentert.

Kjersti fortel om ein situasjon der det har vore behov for innlegging:

Han byrja litt å drikke, sat heime, isolerte seg og sjølv bad om å få legge seg inn. Eg såg jo at han hadde det, kan du sei, veldig vanskeleg, for då trengte han å kome inn og han hadde jo ønske om å kome tilbake der han var kjent for å verte ivaretatt og, og då var det eit, med fastlegen hans eit arbeid, kan du sei, å prøve og så få han inn, det tok eit par veker.

Kjersti snakkar om isolering og bruk av alkohol som teikn på at pasienten har det vanskeleg. Slik som Kjersti, nemner Andreas òg isolasjon. Andreas sumerar symptom på dårleg psykisk helse på denne måten:

Isolasjon, er tilbaketrekt, hygiene, dårleg hygiene, eller mat, sånn typiske, sant, ete lite, og det er jo sånne symptom på at dei byrjar å verte dårleg.

Åse fortel om ei kvinne som opplever å få psykosar og av den grunn har behov for innlegging ved DPS.

Ho har ein sånn polymorf psykose, mangesidig, ho har masse angst både i forhold til globale perspektiv, og personlege perspektiv, så byrjar dette her då å verte veldig, nesten kataton, vert nesten heilt låst i alt til slutt då.

Det er ikkje alltid det går klart fram kva som er vanskeleg, men det er noko som er kaotisk i den einskilde sitt liv. Tove beskriv eit slikt kaos på denne måten:

Folk trenger å verte tatt ut av situasjonen, ut av miljøet, vere inne ein periode, for å på ein måte få lande seg sjølv. Vi jobbar ikkje i miljøet då sant, då snakkar vi om ein heilt anna prosess, då må ein berre roe ned noko som er kaotisk.

Julie fortel om ein pasient som er svært engsteleg og om ein som har vanskar på grunn av rusbruk, ho fortel òg om pasientar som har hyppige akutt innleggingar i forkant av DPS opphald. Maren dreg fram høgt stemningsleie som noko som gjer livet kaotisk for den einskilde. Ein slik kaotisk tilstand, som mest truleg skyldast mani, fortel Hege om.

Ein som stig, litt, han har ei lidning som gjer at han vert veldig høgt oppe i periodar og psykotisk, som må inn fordi han brukar masse pengar og alt går rett og slett over styr.

Sams for desse situasjonane er at dei er slik at pasientane ikkje meistrar å ta seg sjølv i vare. Ordet «timeout» vert nytta av Helen. Med det meinast at pasientane har behov for å kome inn på DPS for å få ein pause frå eigen kvardag og vanskelege livssituasjon på grunn av psykisk sjukdom. Ho fortel om dette på denne måten:

Det at brukaren trenger ein timeout, sant, frå oss, jammen altså. Ein er avhengig av hjelp året rundt og dette med å, å vi kjem tett på dei, vi veit alt for mykje om dei, altfor, sant, dette med, ja, å få verte innlagt, ja OK, eg må få hjelp frå nokon andre, eg er drita lei av desse her (litt humring) altså, ja, det der ser ein at har godt av å få pause frå hjelpeapparatet altså, ein trenger hjelp, men, ja, skifte i personale.

Fokusgruppene skildra ulike tilstandar og sjukdomsbilete som gjer at pasientane vert tilvist DPS. Vi ser døme på behov som har oppstått hjå pasientar, og som primærhelsetenesta vurderer ligg utanfor deira område for behandling. Det som vert skildra er variert frå konkrete diagnosar som psykosar, anst, depresjon, mani og bruk av rusmidlar, til meir diffuse skildringar som behov «for å lande seg sjølv», behov for «timeout» og eit avbrekk. Det vi ser er at tilsette i kommunen vert konfrontert med eit veksande kaos hjå pasientar. Vi skal no gå i frå behov for behandling, til å sjå på kva deltakarane tenker om behandlinga ved DPS døgn.

4.2 Oppleving av behandling ved DPS døgnavdeling

Deltakarane vart bedt om å fortelje om erfaringar dei har med pasientar, som i løpet av opphaldet ved eit DPS, har betra si psykisk helse. Det er i hovudsak to tema om gjer seg gjeldande når deltakarane omtalar kva dei tenker er behandling ved DPS. Det handlar om omsorg og aktivitet.

Medisinsk hjelp i form av medikamentvurdering, utprøving og endring vert òg nemnt som behandling.

4.2.1 Omsorg som gir «fotfeste», meir enn å bli kvitt ein sjukdom

Det som fleire av deltakarane var oppteken av, er at omsorg er ein viktig del av behandlinga ved DPS. Tove beskriv innhaldet i eit DPS opphald der omsorgsbiten er dominerande. Ho skildrar dette som eit reint omsorgs behov.

Kva tenker vi om kva behov ein brukar skal ha inne på eit DPS, og kva tenker DPS? For, fordi vist dei tenker behandlingsspektiv så er det ikkje alle av desse brukarane som skal ha behandling. Det er prøvt alt og dei er ferdig med det, men, det handlar om at dei kan klare å bu ute store delar av sitt liv, ved at dei av og til berre får vere inne litt, det er det som gjer til at dei klarar å fungere ute i samfunnet. Då er det eit heilt anna perspektiv enn, då snakkar vi ikkje om behandling, men då, at ein har ein anna, vi ser jo denne biten, at dei har nytte av å, å få lande litt, å verte pakka dyna rundt innimellom.

Helen er òg oppteken av omsorg slik som Tove. At eit heildøgnsstilbod er ein verdi i seg sjølv, med tanke på at ein har folk rundt seg heile døgnet. Her ser vi at omsorg er det som vert trekt fram som det viktigaste. Åse seier slik som Tove, at behandling ikkje er primærbehovet:

Heildøgns, eit system der ein har folk rundt seg. Ein samhandlar kanskje ikkje så mykje med dei, men folka er der, dag og natt, ein får mat, ein kan legge vekk noko i livet å berre vere, omsorgsbit på ein måte, og så skal dei ikkje fiksast eller reparerast, det er ikkje utsikter til bekring.

Slik som Tove, er Maren òg oppteken av at nokre pasientar vil meistre eigen kvardag ute i kommunen, dersom dei får vere innlagt i periodar. Slike planlagde opphald kan ha den effekten at pasientar held daglege rutinar ved å vite at dei skal få vere innlagt med jamne mellomrom. Det å vere kjent med eit spesielt DPS og få opphald der er med på å trygge og gje ro for einskilde. For nokon er høgtide ekstra sårbare grunna lite sosial nettverk og mangel på familie. Andreas fortel om dette på denne måten:

Det med ivaretaking. Vi har jo fleire brukarar, som i høgtidene er veldig sårbare for mange, på grunn av lite nettverk, lite familie, lite kontakt og det er veldig viktig for dei å få dei opphalda i høgtidene, i jul spesielt, og påske, og gjerne litt på sommarferien, men spesielt for brukarane er det, det trygt.

Her ser vi at Andreas på lik linje med Helen, Tove og Åse vurderer omsorg som vesentleg under eit opphald ved DPS døgnavdeling. Det står i samanheng med det opplevde kaoset som gjer til at ein ynskjer å hjelpe pasientar med ei innlegging.

Noko av deltakarane fortel om det dei opplever som ei heilskapleg behandling. Åse fortel om behandlinga, der ho inkludera både omsorg og aktivitet:

Då ser vertfall vi at får ho eit opphald inne, ho er veldig kjende inne, og trygge, her får ho vere på aktivitetsstove, her for ho gå på tur, her får ho omsorg og her får ho snakke om alt dette her som ho tenker på og grubla på og får litt orden i og får litt meir medisinsk hjelp, ja gjerne og justeringar så, så det har i vertfall vore veldig nyttig for ho.

Andre deltakarar var igjen meir opptekne av aktivitet og pasientane sin eigen medverknad for å betre si psykiske helse. I neste delkapittel vil eg presentere denne oppfatninga.

4.2.2 Aktivitet og struktur for å gjenvinne meistring

Fleire var opptekne av at pasientane aktivt skal delta i behandlinga. Olga er ein av dei. Ho seier det slik:

Om du er sjuk, enten av rus eller andre ting, så, så betyr jo det ikkje at du skal sitte i ein stol å rugge, altså du er ikkje slutta å leve. Sånn at når du skal på ein eller anna behandlingsplass, så er det jo veldig viktig med dette her å få frem kven er du, kva ønsker du, kva likar du å drive med? Kva er din form for aktivitet?

Olga uttrykkjer at pasientane har ansvar for å formidle kven dei er, slik at behandlinga kan verte mest mogeleg tilpassa den einskilde. Når aktivitet vert omtala vert det trekt fram kor viktig det er å ha struktur og rutine i kvardagen. For mange kan dette vere ei utfordring, og nokon fell ut av arbeid eller aktivitetstilbod. Dette har negative konsekvensar for den einskilde, til dømes i form av einsemd og isolasjon. Difor har nokon behov for hjelp til å etablere rutine i kvardagen og til å kome ut av eit negativt og inaktivt mønster. Lene fortel om ein pasient som hadde god nytte av å få hjelp med akkurat dette gjennom å vere innlagt ved DPS i ein periode:

Han hadde ganske klare tankar om kva han trengte hjelp til. Det handlar om å snu døgnet, stå opp til rett tid, følgje måltid, altså dei rammene som ein institusjon kan gje veldig godt, og kan vere i aktivitet og, ja, det var vel og kanskje ein tre vekers tid eller noko sånt. Nok til at han følte at dette var innarbeidd og. Han klarar det når han kjem heim igjen, no skal eg opp

kokka åtte, ete klokka ni og så ut av huset å gjere noko. Det var kjempe, det var ein veldig fin oppleving, både for han og oss, han har ikkje vore innlagt etterpå.

Gjennom Lene si forteljing ser vi at rutinar som er ved eit DPS kan hjelpe pasientar til å etablere nye og gode vanar. Det gjeld rutinar i høve døgnrytme og ernæring. Aktivitetar som vert nemnt er det å gå tur, vere på aktivitetsstove og fysisk aktivitet. I høve å få etablert daglege rutinar, vert det vist til at lengda på opphald bør vere av ei viss lengd. Det vert sagt både to til tre veker og to til tre månader. Camilla trekk fram den medisinske behandlinga saman med struktur som ein viktig del av behandling ved DPS:

Medisinendring, medisinjusteringar, tykkjer eg at dei har vore gode på. Når dei har fått tatt tak i medisinlista til folk og gjerne kutta litt og endra til, på andre type medisinar så har folk komen ut att med eit anna, betre, altså komen ut att friskare, men vi opplever jo og at når dei kjem ut att at situasjonen er lik, men dei har fått ein pause kanskje i frå kvardagen heime. Så ja, ja, medisinendring og struktur, tenker eg.

Behovet for å verte innlagt var samansett og mangfaldig og vitna om eit kaos. På same måte ser vi at kva som gjer at pasientane oppnår betre psykisk helse òg er variert. Nokon har behov for å verte ivaretatt og få eit avbrekk frå eigen vanskeleg kvardag, andre har behov for struktur og etablering av rutine, samt medisin. Ein viktig del av behaldninga er planlegging og prosessen kring utskriving frå DPS til eigen heim. I neste kapittel skal vi sjå på kva deltakarane har erfart kring dette.

4.3 Utskriving er det viktigaste og vanskelegaste for samhandling

Utskriving frå DPS til kommunen var eit tema som opptok deltakarane og kom fram i fokusgruppene, sjølv om det ikkje var eit tema i intervjuguiden. Samhandling mellom tenestenivå vert tydeleg når det vert snakk om utskriving. Deltakarane har mange ulike erfaringar å vise til, og det utmerka seg to aspekt. Det eine er at pasientar som er frivillig innlagt kan reise frå DPS når dei ynskjer. Det andre, og som vekte størst engasjement, var det som vert opplevd som styrt frå spesialisthelsetenesta. Eg presenterer først funn kring det som eg har valt å kalle pasienten si sjølvbestemming.

4.3.1 Pasienten si sjølvbestemming er viktig og utfordrande

Når det gjeld pasienten si sjølvbestemming kring utskriving, vert det blant anna sagt at det stundom ikkje er samsvar mellom det pasient formidlar og det som hender etter utskriving. Det kan vere at pasienten seier seg einig i kommunal oppfølging, men etter heimkomst viser det seg at pasienten ikkje ynskjer det likevel. Turid fortel om hennar oppleving på denne måten:

Vi har jo hatt situasjonar der pasienten har snakkar godt for seg, så utskriven, og ja, ja, dei skal snakke med oss, fortelje korleis dei har det, kjempe motivert, er så kjekke og greie, så kjem dei ut, og nei, drit i det, nei, dei vil ikkje ha oss inn, alt er heilt fint, vi skal på ein måte ikkje bry oss lenger, og då liksom, ja, kva er det no? Vi sleppe ikkje inn.

Dette er eit døme på at pasientar kan takke nei til tenester dersom dei ynskjer det. Det vert då fortalt om at pasientar ikkje ser sitt eige behov for oppfølging og avslår all hjelp, sjølv om tilsette i psykisk helseteneste vurderer at pasienten har behov for hjelp og støtte. Maren fortel om ein slik episode:

Vi kom ein gang inn på eit møte, ein som skulle skrivast ut og han hadde vore inne lenge, og ja, vore veldig mykje inn og ut då i psykiatrien. Nei, han skulle ikkje ha heimesjukepleie, han trengte ikkje oss, han kunne klare seg sjølv no, dette gjekk jo så fint! Her inne sant, ja, men, så tenker. Når du kjem ut så vert det noko anna, då har du ikkje alle desse rundt deg. Nei, men det var ikkje noko problem, han såg ikkje problemet i det heile tatt.

Anna som vart nemnt i høve utskriving, er at pasientane kan ynskje seg heim fort etter innkomst, eller at pasientar kan vere utskriven utan at psykisk helseteneste har fått informasjon. Dette kan ha samanheng med at pasienten sjølv har bestemt at kommunen ikkje skal ha informasjon. Magnar seier det slik:

Ved utskriving, men det er ikkje alltid det skjer, av og til er pasientane, eller brukaren komen tilbake til leilegheita utan at vi veit om det, det kan jo vere at brukaren ikkje ønsker det, har sagt nei, til at det skal vere noko kontakt eller beskjed.

Her har deltakarane snakka om at dei som fagpersonar ser andre behov enn det pasientane gjer, men at pasientar tek avgjersla sjølv. I motsett høve vert det omtalt at helsepersonell på DPS styrer prosessen kring utskriving, i komande delkapittel vert det presentert.

4.3.2 Oppleving av at helsepersonell ved DPS burde samarbeide meir om utskriving

Det vert beskrive av nokon deltakarar at DPS stundom legg føringar, og framstiller pasient for å ha eit større hjelpebehov enn det psykisk helseteneste vurderer. Dette vert opplevd som utfordrande i møta der pasient deltek saman med spesialist- og primærhelsetenesta og ein planlegg utskriving.

Hege fortel:

Ein pasient som vi har kjent i mange år og eg veit at han kan verte litt slik krevjande og skal ha veldig mykje merksemd, og når han var på utskrivingsmøte då, så vart det liksom sagt at

han måtte ha heimesjukepleie kvar dag, og pasienten sa ja, måtte ha heimesjukepleie kvar dag, og dei skulle komme med medisinar, og så, han hadde jo styr på medisinen!

I motsetnad til det Hege fortel, at DPS legg føringar for oppfølging etter utskriving, fortel Julie at utskrivingar stundom er, for primærhelsetenesta, dårleg grunngeve. Ein grunn kan vere at pasienten har vore innlagt så lenge at han eller ho må utskrivast, eller at vedkomande har det betre heime. Julie viser til pasientar med ei spesifikk diagnose, som ho opplever vert skriven ut utan å fått tilstrekkeleg med behandling:

Borderline spesielt, og vist dei først er komen inn på ein institusjon, så går det ikkje så lenge før at ein får beskjed om at, pasienten mest sannsynleg må ut att skrivast, og vi kan ikkje hjelpe vedkomande fordi at vi klarar ikkje å behandle denne problematikken

Psykisk helseteneste opplever stundom at pasientar vert for tidleg utskrivne frå DPS. Hege fortel at det er vanskeleg for kommunen å få gehør når ein ikkje er eining i vurdering om utskriving. Dette fører til meir arbeid for primærhelsetenesta, då pasientane må tilvisast til DPS kort tid etterpå. Irene viser til at pasientane som er for tidleg utskrivne fell tilbake til sitt vanlege mønster som er uheldig for vedkomande. Ho fortel:

Utskriving at etablering, reetablering av strukturen ikkje er på plass, vi hadde ønske for pasienten, og kanskje pasienten sjølv, ønska på ein måte å vere komen lenger enn det vedkomande faktisk er, og det er det nokon òg seier at vi, ikkje var klar for at, å verte utskrivne no. Vi tenkte litt meir tid utan at dei, tidfesta det då, vi ser at det ikkje er så godt etablert og at ein dette tilbake i gammalt mønster

Irene var oppteken av dei pasientane som har vanskar med å ha rutine i dagleglivet. Andre situasjonar der utskrivingar opplevast som for tidleg, gjeld medisinerings. Det kan vere at utskrivinga kjem for hurtig etter endring av medisin, slik at observasjonen i ettertid er for kort ved DPS. Andreas seier:

Der har vi vel tenkt å kjempe på innimellom, at den observasjonen i etterkant har blitt for kort, etter vårt hovud i kommunen. At ei veke er gjerne litt kort, vi kan observere, men korleis endringane virkar, det har vi opplevd meir enn ein gang, at ein vert utskrivne for tidleg

Helen fortel òg om situasjonar kring medisinerings. Ho har ei oppleving av at pasientane av og til kjem heim «overmedisinert», eller at DPS skriv ut fordi ein ikkje har lukkast med planlagt medisinendring. Lene fortel om ein episode kring dette:

Ein ikkje har greidd å få til den, den medisineringa og at ein ikkje vil vere innlagt lenger og vert utskriven med, med ei e-melding om at vedkomande er på bussen heim.

Under innlegging kjenner pasientane seg trygge og i varetatt. For nokre av pasientane vert det ein stor overgangen når dei skal heim att. Mange er einsame og overlatne til seg sjølv og ei psykisk helseteneste. Dette kan vere tungt for mange. I slike situasjonar er det viktig av kommunen er «tett på» i kontakten med pasienten. Camilla er oppteken av nettopp dette. Ho seier det slik:

Den tryggheita når du skal ut att, at det er nokon som er varsla og det at ein får komme inn å roe folk om at vi skal ta vare på deg når du kjem heim att, du, vi, vi skal komme til deg og vi skal, altså kome tett no første veka du kjem, vi skal vere der den dagen du kjem, vi skal vere der, vi må få, du må ringe å sei at no reise du, og så skal vi vere med huset ditt når du kjem.

Lene seg eining og viser til at pasientane er i ein sårbar situasjon etter utskriving. Turid påpeika behovet til kommunen med meir tid dersom det er snakk om så etablere pasient i ny bustad. Det er vist til missnøye med at pasientane ikkje vert følgt opp tilstrekkeleg av spesialisthelsetenesta etter utskriving, til dømes der pasientane har traumeproblematikk. Julie var oppteken av akkurat det, ho seier det slik:

Heller ikkje sikra, at dei har nokon følger dei opp i spesialisthelsetenesta når dei kjem ut for det er berre vi, men vi kan jo ikkje ta på oss ei traume behandling ute i kommunen sant, det går ikkje.

Ein av kommunane var spesielt oppteken av ein konkret del av samhandlinga mellom primær- og spesialisthelsetenesta ved utskriving. Det vert vist til ein prosess der tilsette i psykisk helseteneste og på DPS jobbar tett saman. Det vil innebere at tilsette i begge helsetenestene er med å jobba i den andre sitt felt. Det vert sagt at det er personavhengig kor god denne prosessen blir, kven det er som er behandlingsansvarleg eller primærkontakt for pasienten ved DPS. Irene har ei forventing om at DPS skal yte meir tid ute i kommunen enn kva som er i dag. Ho fortel:

Ein skal vere med ut i ein overgangsfase, før ein er utskriven. Det har vi jo pågåande akkurat no, konkret langtidsinnlegging, der ein skal ut i leilegheit og der det er store utfordringar for den det gjelde. Vi er to inn i avdeling i ein, i ein utskrivingsperiode på nokre veker, og der personale i avdelinga òg er ute i husvære til den det gjelde.

Deltakar frå andre kommunar nemner ikkje ein slik prosess, men Irene såg på dette som eit viktig aspekt i samhandlinga, og noko ho forventar av DPS.

I høve at spesialisthelsetenesta styrer utskrivingar fortel Laila ei historia som beskriv den opplevinga særst godt. Laila fortel om ein telefonsamtale med overlege på DPS:

Så sa han på torsdag skriv vi ho ut, og ho får plass på sjukeheimen. No viste eg, at vi då hadde ikkje plass på sjukeheimen, dobbeltbelegg i alle moglege rom, og einaste vi hadde var ein manns plass på dobbeltrom, så eg viste det, det kan ikkje vere sånn. Jo, så kom det fram kva for diagnose og nøye vurderingar om kva dei har gjort å, man måtte gjere mange medisin endringar, men dei valta altså å ikkje gjere det under opphaldet, det skulle man gjere på sjukeheimen og utskrivnen skulle ho verte fordi ho trivdas ikkje på avdelinga.

Dette er ei konkret historie om at lege ved DPS ikkje tar med i si vurdering det som lege for sjukeheimen informera om. I motsetnad til negative erfaringar kring utskriving, er det deltakarar som fortel om positive opplevingar. Maren oppsummerar det positive slik:

Men, vi har jo òg gode, altså DPS, då har vi hatt veldig gode utskrivingsprosedyrer, altså oppfølging av pasienten etterpå, veldig gode sjukepleie rapporter og god overføring til kommunen.

Åse har òg positive opplevingar kring samhandlinga mellom tenestenivåa fram mot utskriving. Ho opplever det som positivt:

Får vi jo no gode dialogar, som regel, får i vertfall spørsmål om både møter undervegs i alle fall ved utskriving, det trur eg nesten ikkje no skjer, så lenge pasienten ikkje vil reise ut, kan du sei, før vi får det til, så vert vi invitert inn på utskrivingsmøter, og ja. Så det er veldig greitt sånn, når det fungerer sånn.

Dialog per telefon under opphaldet vert trekt fram som ein anna positiv faktor kring utskriving. Turid fortel korleis ho og medarbeidar plar gjere det. Ho trekk fram kommunen sitt eige ansvar i prosessen:

Vi pleie ofte å ringe inn og høyre korleis ting går og etterlyse, at det vert beskjed med ein gang dei kjem inn, at vi ønsker å kome inn tidleg, å ha møter, å kva som er planen slik at ein ikkje plutseleg får e-melding om at. Ja, vi tenker møter, å sånn og sånn, utskriving neste veke. Vi må ha litt sånn i forkant, i forhold til korleis familie, og alt å forhalde seg til, det har i grunn fungert greitt.

Slik som Åse og Turid seier, at ein kan ha pågåande samhandling undervegs, syner Camilla til at ein sjølv kan ha denne dialogen med pasienten medan han eller ho er innlagt. Ho seier:

Det går jo an å ringe brukaren òg, ja, det er mykje, det bruka vi mykje, med folk vi har mykje kontakt med når dei er heime, at vi ringer dei når dei er innlagt for å høyre korleis, får mykje meir informasjon då enn om vi ringer ein eller anna på avdelinga

Turid og Camilla viser på denne måten korleis tilsette i kommunen kan ta initiativ til betre samhandling.

4.4 Behov for å kjenne kvarandre i samhandling

Deltakarane snakkar om tre ulike aspekt i høve behovet for å kjenne kvarandre. Aspekt som kom fram var: korleis deltakarane føler seg møtt som fagperson, forteljingar om at DPS tilsette ikkje kjenner kommunane dei skal yte tenester til, og til sist, DPS sitt behov for å verte kjent med kva ressursar dei ulike kommunane kan yte.

4.4.1 Behov for å verte anerkjent som fagperson

Nokon av deltakarane fortel om kontakt med spesialisthelsetenesta der ein ikkje føler seg møtt med respekt. Det handlar om at ein ikkje kjenner seg tatt på alvor, ikkje lytta til og at ein ikkje vert høyrte på som fagperson. Helen formidlar dette på denne måten:

Vi har jo og ei forventning, til at dei høyre det vi seier, tar oss på alvor, altså vi leikar ikkje butikk, altså. Har forventning om at fagpersonane i den andre enden, enten det er på e-link eller telefon, faktisk har respekt for det ein formidla, men, ein har opplevde det ymse.

Ingunn har opplevd tilsvarande, at hennar kollega i psykisk helseteneste ikkje vert lytta til av DPS tilsette. Ho fortel om dette:

Det er viktig å tilføre at du følte ikkje at den faglege vurderinga du tok blei tatt på alvor, kjende litt på den, at det vi såg ute, det stemte ikkje med legen, så vart ikkje vi tatt på alvor.

Det vert fortalt, at det ein formidlar av kjennskap til pasienten ikkje vert høyrte, slik som Hege fortel:

Prøvde eg forsiktig liksom at, men at du klarar jo kanskje det då, nei då sat jo pasienten å høyrt personalet, nei han klarar ikkje det, så vart han nesten på ein måte overkøyrte og sjukeleggjort.

Magnar fortel at sjølv om DPS ikkje er kjent med kva tilbod pasienten har i kommunen vert ein møtt med ei haldning om at tilbodet er for dårleg. Det kjem fram historier om situasjonar der ein kjenner seg verbalt angripen av tilsette på DPS under samarbeidsmøter. Tove har opplevd det slik:

Eg kjem jo opp i det på møte, som du beskrive, som eit sånt angrep og alle dei andre som sitter der, dei har jo kjøpt denne historia, så dei ser jo på meg, ja, kva har dykk å sei til dette liksom ?

Nokon seier at det er vanskeleg å ta kontakt med spesialisthelsetenesta fordi ein vert møtt med ei haldning om at ein er til bry. I motsetnad til negative opplevingar fortel Laila:

Mi oppleving er jo når man først har hatt kontakt med ein frå spesialisthelsetenesta, som psykiater, når man har hatt ein personleg kontakt og drøfta noko konkret, så er det jo ikkje langt frå at forståinga er der, då vert man høyrte, då vert man veldig sett og då veit man òg neste gang at dette vert såpass mykje lettare. Vist det vert ein sånn konkret person, sant, altså det tar jo kanskje ikkje alt for mykje for å forbetre den type dialog.

Fleire av sitata i dette delkapittelet syner at deltakarane har hatt negative opplevingar, der dei kjenner seg lite anerkjent som fagperson. Med dette i bakhovudet ser vi at det Laila fortel, om korleis dialogen kan verte betre og at det slett ikkje er så vanskeleg å få til.

4.4.2 Behov for at DPS gjer seg kjent med lokalsamfunna

Nokon av deltakarane snakkar om i kor liten grad spesialisthelsetenesta kjenner kommunane dei skal yte tenester til. Ikkje berre kjenner DPS dårleg til områda geografisk, men heimkommunane vert negativt omtala til pasientane. Lene fortel:

Dei, brukarane opplever det òg veldig respektlaust, det er frekt å liksom vere sånn. Ut att i skogen, stakkars vetle deg, du er så tosken at du har busett deg, det er sånn dei opplever det, og derfor så sladrar dei litt til oss når kjem heim igjen for å få forståing, sant. Sjølv om dei er einige når dei er innlagt, for kva anna skal du sei då, når nokon seier at du bur på ein idiotisk plass? Du orka jo ikkje å ta opp kampen.

Det er til dømes snakka nedsettande om aktivitetstilbodet i kommunen, kor vanskeleg det vert å leggje til rette når pasienten bur i ein stad med dårleg offentleg kommunikasjon. Camilla fortel:

Seinast i går så seier ei oppifrå i 2 lina inne på, Ja, han bur jo heilt ute i «huttiheita». Så tenker eg, altså seier du det til vedkomande? At du bur, bur jo eigentleg ute i ingen, altså, eksisterer jo nesten ikkje.

At DPS ikkje er kjent med det geografisk området DPS skal yte tenester til, har Maren og Camilla erfaring med. Camilla seier:

Ikkje er dei geografisk kjende, og det irriterer meg litt då, at dei nesten ikkje veit kor kommunen vår er. Dei du snakkar med, inne, veit dei i vertfall ingenting, og så tenker eg litt sånn, nesten litt sånn respektlaust.

Maren fortel:

Bestilling på at vi skal køyre til ytre del av kommunen som tar litt over ein time, ta med seg pasient og køyre til kommunesenteret som tar to timar, for å få injeksjon, for å køyre pasienten tilbake, det skulle då psykiatrien stille opp med.

Historiene skildrar DPS si manglande kunnskap om geografiske tilhøve. Korleis dette påverkar den einskilde fagutøvar, og kva utslag det kan få i høve forventningar til kommunen.

4.4.3 Behov for at DPS får realistisk kunnskap om ressursar i kommunane

I fokusgruppene kjem det fram at spesialisthelsetenesta ikkje har nok kunnskap om kvar einskild kommunen, i høve kva tenester pasientar kan få etter at dei er komen heim. Stundom vert det formidla til pasientane at kommunen skal hjelpe dei meir enn kva kommunen har ressursar til. Dette kan føre til at pasientar vert skuffa når kommunen ikkje kan innfri forventningane. Hege fortel om slike hendingar:

Vi har opplevd veldig mange uheldige episodar inne på utskrivingsmøta. Fordi at dei har vorte lova masse ting, du skal ha det og det og det, og så seier vi, at nei, det kan du ikkje få, så vert brukarane så sinte på oss og på kommunen fordi at inne på DPS så har dei sagt det og det altså, det vert det verste på ein måte for då, då får du ingen tillit heller, det vert alltid noko gnissingar mellom pasienten og oss altså.

Olga har ei liknande historie. Ho fortel at DPS ikkje har realistiske forventningar om kva kommunen kan yte av tenester, og at forventningane er alt for høge frå DPS si side. Olga fortel:

Dette samsvarar jo ikkje med det tilbodet vi har, det hadde jo vore veldig greitt vist dei etterspurde tilbodet, for vist du etterspør tilbodet så kan eg sei kva kommunen er i stand til å gjere noko med, med den bestillinga som du er komen med, ei liste på eit A4 ark, så veit ikkje eg kva kommunen du snakkar til, Bergen eller Oslo eller, sant, altså det var ikkje samsvar med det tilbodet som kommunen faktisk har

Deltakarane fortel at dei synest det er vanskeleg når DPS formidlar kva tilbod pasientane skal få, når dette ikkje står i forhold med det tilbodet kommunen faktisk kan yte. Tilsette i kommunen kan

oppfatte dette som ei bestilling frå DPS, om kva pasientane skal få. Dette gjer til at relasjonen mellom pasient og hjelpeapparatet i kommunen vert skadelidande.

Primærhelsetenesta har opplevd at sjølv med hyppige møter med DPS, og same overlege innan ein avgrensa tidsperiode, så forstår ikkje DPS kva kommunen faktisk kan yte av tenester. Dette kjem fram då Laila fortel:

Vi opplever at vi kan vere i periodar veldig ofte til møter med psykiateren om forskjellige pasientar og så har vi fortalt om korleis er den konkrete situasjonen. Kva kan vi stille opp med og kvar går våre grenser i høve til kor ofte kan vi reise ut. Så neste pasient ei veke seinare frå same avdeling får vi epikrisen, først skulle vi sette inn maksimalt med ressursar når det var viktig å nyttig og sånt, OK, vi kan strekke oss så langt. Og neste veke får vi neste pasient, og neste pasient og då ramsa opp eit maksimalt opplegg, som vi vertfall har opplevd nokon gonger, dei veit at vi kan yte dette i periodar til ein, to pasientar, sant, men vi kan ikkje yte maksimalt til alle pasientane samtidig, sant.

Utifrå Laila si forteljing ser vi at tilsette i primærhelsetenesta har freista å informere DPS om tilbodet i kommunen, utan at det har ført fram til større forståing om kva dei kan yte. I høve dette tema fortel Camilla:

Det føler eg at det har endra seg, dei er ikkje sånn at dei instruerer oss, dykk ute i kommunane, vi seier at dette trengje dei, og det må dykk vere så god å stille opp med. At dei er litt meir nyanserte på kva ein kan oppnå, men dei har, har lagt seg litt på at dei ikkje berre instruerer oss, litt sånn ovanfrå og ned haldning, på at det, sant, sånn tykkjer ikkje eg at det er lenger

Som vi no har sett har fleire av deltakarane erfaringar med at DPS har urealistiske forventningar om kva kommunen kan yte. Utan at Camilla motseier seg dette, ser ho ei endring.

Eg har i dette kapittelet presentert dei viktigast funna i undersøkinga. Desse tek vi med oss inn i neste kapittel der eg diskuterer funna mine sett i lys av teori og tidlegare forskning. Teori og forskning er tidlegare presentert i kapittel 2. Deretter tek eg føre meg og diskuterer ulike moment kring forskingsprosessen.

5 Diskusjon

5.1 Diskusjon av funn

Det mest sentrale i denne undersøkinga har eg valt å samanfatte i tre kategoriar:

- Samansette behov og behandling ved DPS døgnavdeling
- Utskriving – ein viktig faktor i samhandling
- Behov for å verte kjent med kvarandre

5.1.1 Samansette behov og behandling ved DPS døgnavdeling

Funn viser at fastlegar og tilsette i psykisk helseteneste har ein kvardag der dei møter svært samansette og ulike behov hjå pasientar. Deltakarane fortel om det eg oppfattar som «uregjerlege problem». Desse er samansette problem den einskilde har knytt til sin livssituasjon og unike biografi (Vabø, 2014, s. 17). Deltakarane fortel til dømes om pasientar som fell ut av arbeidslivet, isolerer seg og misser struktur i eigen kvardag. Slike problem er spesielle i sitt slag og det finst ikkje ei løysing som verkar for alle (Vabø, 2014, s. 17). Skildringane viser til psykiske lidingar som psykose, angst, depresjon, mani, til meir diffuse skildringar av uhelse eller bruk av rusmidlar.

Det er spesielt i høve desse samansette problema at skilnaden kjem til syne. Til dømes nemner ein deltakar at pasientar kan ha behov for å skifte av personale, eller eit opphald ved DPS der behandling ikkje ligge til grunn, men omsorg. Andre snakkar om alvorlege lidingar som psykose. Det kan tenkast at profesjonelle som møter den hjelpetrengande vurderer ulikt kva tilstand som må tilvist DPS for behandling, og såleis er «bakkebyråkraten» si skjønsmessige vurdering er avgjerande (Vabø, 2014, s. 30). Danholm (2016, s. 696) syner til dette, at det er utfordrande for legane i primærhelsetenesta å skilje kven av pasientane som skal tilvisast spesialist frå dei som ikkje skal. Legar opplever såleis at tilviste pasientar kan verte avvist av DPS. Tidlegare forskning syner at meir kunnskap om «den andre» sin kompetanse og oppgåver er med på å gjere samhandlingsrelasjonen betre. Gjennom meir kunnskap kan ein få auka forståing for avgrensingar, men òg kva som er mogeleg å få til (Akre et al., 2015, s. 263). Utifrå dette kan det tenkjast at meir informasjon kring DPS sin rolle og funksjon kan gjere det lettare for primærhelsetenesta å vurdere kven som har behov for spesialisert behandling.

Sjølv om den einskilde «bakkebyråkrat» har eit stort ansvar, kan vi ikkje legge heile forklaringa på den einskilde profesjonsutøvar, som til dømes lege som tilviser. Den einskilde fagutøvar er jo ein del av noko større, ei gruppe. Ulik vurdering av behandlingsbehov kan difor forklarast utifrå at nokre psykisk helsetenester og legar har utvikla ei felles forståing for når pasientar skal tilvisast DPS, og for kva. Det ei psykisk helseteneste vurderer som behandlingstrengande, vil andre ikkje vurdere som behandlingstrenagde i same grad. Slik sett er det mogeleg at det er kulturen som vert avgjerande.

La oss sei at dei ulike tenestene i samarbeid med legar har nokre grunnleggjande forventningar om kva eit opphald ved DPS skal innehalde. Blant anna for å dekkje pasientar sitt behov for omsorg. Grunnleggjande forventningar om korleis ting fungerer vert danna gjennom handlingar som har fungert godt nok over tid, og utvikla seg til ein sjølvstøtt handlemåte. Dette er erfaringar som påverkar vår oppfatning og korleis vi tolkar verda. Når dette vert utvikla over tid i ei gruppe vert det ei felles oppfatning for medlemmane, det er gruppa sin kultur (Bang, 2015, s. 55-56). Kanskje er det slik at «bakkebyråkratar» som har erfaring med at pasientar med til dømes behov for ein «timeout» har fått opphald på DPS. Slik har det oppstått ei grunnleggjande forventning om kva helsetilstand som kan tilvisast. Organisasjonskulturar i tenestene verkar såleis inn på tilvising og kva som vert forventa av eit opphald ved DPS.

Deltakarane sine refleksjonar kring forventningar om innhaldet i eit DPS opphald er varierende. Det vert snakka om omsorg, aktivisering og medisinsk behandling for alvorlege psykiske lidningar. Omsorg er ein faktor som vart påpeika av nær sagt alle deltakarane som viktig i behandling. Det er interessant å merke seg er at deltakara frå ein kommune legg særleg vekt på dette. Det vert sagt at det ikkje alltid er eit behandlingsbehov som ligg til grunn, men at DPS er ein stad pasientane « berre kan vere». Dette vil truleg stå imot eigenforståinga som finnast i DPS.

DPS si kjerneverksemd er utgreiing, diagnostikk og behandling av menneske med psykiske lidningar (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 21). Behandling av psykiske lidningar bør i størst mogeleg grad verte gitt som poliklinisk, ambulant og som dagbehandling. Når dette ikkje er nok, skal pasientar får behandling ved døgnheimingar (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 30). Utifrå dette er det vanskeleg å sjå at DPS er rett stad til å yte det eg oppfattar som «rein omsorgsteneste», og ikkje behandling, slik som sagt i fokusgruppene. Denne forventninga om kva DPS skal yte er, slik eg ser det, ikkje i samsvar med gjeldande politiske føringar.

Likevel er det slik at DPS blant anna skal førebyggje suicid, at kriser vert permanente plager og gje behandling til pasientar som har omfattande svikt i dagleg fungering (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Kanskje er det slik at menneske som ikkje meistarar å ta seg sjølv i vare, og ikkje får tilstrekkeleg hjelp med dag – og ambulante tilbod skal få opphald ved DPS. Dette var nokre av deltakarane oppteken av, dei omtalte det som at pasientane ikkje skal «fiksast eller reparerast», men det å «berre vere». Kanskje dette nettopp er å førebyggje suicid og at kriser vert permanente plager?

Som skrive ovanfor var andre deltakarar meir oppteken av det som omhandlar aktivitet og struktur. Det vert nemnt hjelp til å etablere rutinar i høve søvn, ernæring og det å vere i ein form for aktivitet.

Det vert peika på verdien av å vidareføre det som er etablert ved DPS, til eigen kvardag heime. Dette perspektivet viser meir til ei aktiv pasientrolle.

Kanskje kan òg denne ulikskapen forståast gjennom kulturperspektivet. Organisasjonskulturen er samansett av uformelle normer og verdiar som gradvis har vokse fram. Normene og verdiane har betydning for livet i, og korleis organisasjonen utføre si verksemd (Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness & Rørvik, 2015, s. 52). Kultur kan kome til uttrykk ved utsegn som «måten vi alltid har gjort ting på her» (Strand, 2007, s. 185). Kanskje er det kulturen i kvar teneste som skaper forventning om kva eit DPS opphald skal innehalde?

5.1.2 Utskriving – ein viktig faktor kring samhandling

Deltakarane i fokusgruppene var oppteken av det som omhandlar utskrivning frå DPS til eigen heim. Det handlar blant anna om pasientar som ikkje ynskjer hjelp etter utskrivning og at tilsette i primærhelsetenesta stundom opplever at utskrivningar er dårleg grunngeve. Ein deltakar forventa at DPS skal ut å arbeide «side om side» med tilsette i psykisk helseteneste i ein overgangsperiode. Det handlar òg om at psykisk helseteneste tek initiativ og planlegg tida etter utskrivning saman med DPS. Det vert vist til gode utskrivingsmøter og gode rapportar. Utskriving frå DPS til eigen heim handlar kort sagt om så mangt, og erfaringane inneheld både negative og positive faktorar.

Utifrå tilsette i psykisk helseteneste sine vurderingar styrer DPS ofte utskrivningar. Det handlar til dømes om at pasienten vert framstilt meir hjelpetrenagde enn dei opplever at vedkomande faktisk er, at utskrivning er dårleg grunngeve eller at opphaldet ved DPS er for kort av varigheit. Dette vitnar om mangelfull samhandling slik eg ser det, og eg støttar meg til definisjonen til Bukve og Kvåle (2014, s. 16). Dei seiar at samhandling kan forståast som samarbeid i situasjonar der det ikkje er *ein* aktør som har fullstendig kontroll over prosessen eller utføringa av oppgåva. Det kjem òg fram historie der tilsette i primærhelsetenesta ikkje vert lytta til og pasient vert skriven ut til ein sjukeheims plass som ikkje er ledig. Dersom vi ser på Orvik (2004, s. 257) sin definisjon meiner han at samhandling er ei norm om å gjere noko i lag, og handlingane til kvar og ein av person må vere koordinerte. Dette krev gjensidig tilpassing i høve kvarandre sine arbeidsoppgåver, tillit, likeverd og felles forståing av situasjonen. Til grunn ligg det ei forplikting om å få til ting saman. Historia om pasient som skulle skrivast ut til ein full sjukeheim viser til ein praksis som er langt i frå samhandling med tanke på gjensidig tilpassing, tillit, likeverd og felles forståing av situasjonen. Kanskje er spesielt det siste momentet, felles forståing av situasjonen, fråverande.

Det ser ut som at det er mangelfull kommunikasjon mellom tenestenivåa. Til dømes at utskrivning ikkje er grunngeve eller at pasientar er reist heim utan at psykisk helseteneste er informert. Dette er

i samsvar med anna forskning på området. Når kommunikasjonen mellom tenestenivå er mangelfull kan det føre det til misforståingar ved utskriving, til dømes at pasientar er komen heim utan at kommunen er kjent med det (Olsen et al., 2015, s. 61-63). Eller at psykisk helseteneste har fått ei e-melding om at pasient er på bussen heim. I slike tilfelle er kommunen informert, men om det er nok for å kalle det samhandling er eg tvilande til. Samarbeid er meir dekkjande, slik som Dahl (2014, s. 19) meiner. At samarbeid dekker dei administrative og forvaltningsmessige gjeremål, som kan løysast via telefonsamtalar og e-post.

Deltakarane fortel òg om gode erfaringar når det gjeld utskriving frå DPS. Døme på dette er møter og dialog undervegs i eit opphald, og at psykisk helseteneste tek kontakt med DPS og planlegge utskriving. Desse historiene er meir i tråd med definisjon på samhandling, at det handlar om å gjere noko saman (Orvik, 2004, s. 257).

Ei psykisk helseteneste var spesielt oppteken av at tilsette i kommunen og DPS byter arena i ein overgangsperiode. Med dette meiner dei at DPS skal utføre arbeidsoppgåver i heimen til pasienten og tilsette i psykisk helseteneste på DPS. Eg oppfatta dette slik at tilsette i dei ulike tenestenivåa arbeider saman i prosessen kring utskriving. Det å arbeide side om side og faktisk gjere noko saman legg grunnlag for ein god samhandlingskultur, slik Romerikprosjektet syner (Akre et al. 2015, s. 263-264). Ein deltakar fortel at ho og medarbeidarar plar ringe DPS for å planlegge utskriving. Dersom ein slik prosess er prega av å eit fellesskap, vil eg seie at det er innanfor ramma av samhandling. Tidlegare forskning syner at det å verte kjent med kvarandre føret til gode overgangar mellom tenestetilbodet (Elstad et al., 2013, s. 303). Meir om dette i neste delkapittel.

5.1.3 Behov for å verte kjent med kvarandre

På fleire områder kjem det fram eit behov for å verte betre kjent med «den andre». Nokon av deltakarane har vonde opplevingar i møte med DPS, dei kjenner seg ikkje respektert og anerkjent som fagperson. Særleg kjem det fram at DPS må verte betre kjent med kommunane. Det er ikkje berre eit behov for å verte geografisk orientert, men òg at nokre ved DPS må endre haldning i høve kommunane. Eit siste behov handlar om at DPS må få kunnskap om kva den einskilde kommunen har å tilby av tenester og ressursar, slik at DPS tilsette kan formidle dette til pasientar på ein realistisk måte.

Nokon av historiene til deltakarane beskriv manglande anerkjenning frå DPS tilsette. Det er vist til at svak anerkjenning av «den andre» sin kompetanse vanskeleggjer samhandling. Det er då interessant å merke seg at svak anerkjenning truleg heng saman med at ein kjenner kvarandre for dårleg (Danbolt et al., 2016, s. 351-352). At ein kjenner kvarandre for dårleg kan dermed vere ei mogeleg

forklaring på kvifor nokre ikkje har følt seg anerkjent i møte med DPS. Det er difor eit stort behov for å verte kjent med og slik auke kunnskapen om sin samhandlingspart. Så lenge relasjonen vert opplevd asymmetrisk i ein slik grad som nokon av deltakarane legg fram, er det vanskeleg å sjå at samhandlinga kan verte god. Deltakarar som har gode opplevingar kring samhandlings situasjonar understrekar verdien av å verte kjent med kvarandre. Ein deltakar har erfart at det vert enklare å samhandle dersom ein har hatt dialog og kontakt med ein konkret person. Dette er eit godt døme på det tidlegare forskning viser, at fagfolk må lære kvarandre å kjenne (Akre et al., 2015, s. 263).

Ein anna måte å forstå at tilsette i kommunen kjenner seg lite anerkjent, kan vere at det i nokon psykisk helsetenester eksistera ei sams oppfatning av røyndomen. I denne oppfatninga kan det ligge noko slikt som «DPS lyttar ikkje til oss, dei tek oss ikkje på alvor». Slike oppfatningar vert danna gjennom samhandling i gruppa, for å skape mening i det dei erfarer. Dei kan til dømes vere om kva som er sant og usant, om korleis ting heng saman og vurderingar av hendingar (Bang, 2015, s.53). Då ulike tenester gav uttrykk for ulike oppfatningar av korleis dei vart møtt, kan det tenkjast at det er etablert ulike kollektive oppfatningar. Sentralt for slike kollektive oppfatningar er at dei vert sett på som sann i den gruppa der den eksistera (Bang, 2015, s. 52-53).

Kollektive oppfatningar kan vere i utakt med røynda. For å imøtekomme slike oppfatningar er det sentralt at den kjennskapen som vert utvikla er basert på fakta, og ikkje på eiga forforståing og eigne spekulasjonar (Danbolt et al., 2016, s. 351). Når det manglar faktakunnskap i form av prosedyrar, rammer og avtalar vert personlege erfaringar avgjerande for grad av samhandling. Vidare fører eigne erfaringar til at ein forstår «den andre» utifrå eigne premisser, som igjen føre til ansvarsfråskrivning på begge tenestenivå (Olsen et al., 2015, s. 66). Det er fleire baksider med å ikkje kjenne kvarandre på tvers av tenestenivå. Den manglande kunnskapen kan blant anna føre til ansvarsforvitring der eigen innsats vert legitimert og «den andre» vert devaluert (Olsen et al., 2015, s. 61) For å redusere spekulasjonar og at forforståinga vert sanning, er det viktig å verte betre kjent gjennom å møtast og å utveksle kunnskap om tenestetilbod. Dette er òg peika på som eit ledd for å fremme samhandling (Elstad et al., 2013, s. 299).

I høve kjennskap ser det ut som at DPS lyt auke kunnskapen om kommunar som ligg innan DPS sitt ansvarsområde. Ein del av dette kan om mogeleg gjerast ved at DPS får informasjon om korleis kommunane er organisert. Med tanke på at kommunane er ulike i høve organisering og tenester, er det viktig å få fram det særreigne ved kvar kommune. Til dømes kor mange tilsette det er i psykisk helseteneste, kva tilbod som eksistera og korleis legeordninga fungerer. Likevel er det slik at ein ikkje vert kjent med den andre av å lese organisasjonskart, men det kan vere med å utvikle ei forståing om korleis tenestene fungerer i kommunen. Det kan vere ein måte å auke kunnskapen og slik unngå å

legge føringar som ikkje er realistiske. Dette er eit sentralt poeng i tidlegare forskning, det å ikkje love noko på andre sine vegne (Elstad et al., 2013, s. 301).

Nokon deltakarar fortalte at nokre tilsette ved DPS snakkar nedsettande om pasient sin heimstad. Dette vitnar om dårleg haldning slik eg ser det. Slike haldningar bidreg ikkje til ein likeverdig samhandlingskultur bygd på kunnskap og anerkjenning. Det er difor viktig at ein snakkar positivt og støtta kvarandre, noko som er med på å byggje tillit (Danbolt et al., 2016, s. 351).

5.2 Diskusjon kring samansetting av fokusgruppene

Litteratur viser til ulik anbefalt storleik på fokusgrupper. Ei anbefaling er på 5 til 8 deltakarar (Malterud, 2012, s. 40), maksimum 8 deltakarar (Barbour, 2007, s. 60) og til eit maksimum på 10 til 12 deltakarar. Grupper på 3 til 4 deltakarar kan òg fungere (Halkier, 2010, s. 39).

Ei gruppe hadde 9 deltakarar frå 2 kommunar. To grupper hadde 4 deltakarar, ei med deltakarar frå 2 kommunar og ei med deltakarar frå 3 kommunar. Samansetninga av deltakarar har innverknad på gruppedynamikken. Dersom ei gruppe er samansett av deltakarar med svært ulik rolle og status i ein organisasjon, kan det gje seg utslag i høve at gruppa vert masete, konfliktorientert eller mindre open (Halkier, 2010, s. 32-33). Samstundes er det viktig å påpeike at i den gruppa der ein lege deltok, opplevde ikkje sekretær og eg at dei ulike rollane hadde negativ innverknad på gruppedynamikken. Dette viser at status ikkje treng påverke den sosial samhandlinga negativt, dersom ein er bevist på dette i gjennomføringa.

I ei anna gruppe er det mogeleg at nettopp dette gjorde seg gjeldande ved at to deltakarar hadde leiar roller. At deltakarar frå ein kommune dominerte i tal deltakarar kan òg hatt innverknad. Det at deltakarane kjenner kvarandre kan ha både negative og positiv innverknad. Negativ dersom deltakarane går inn i etablerte mønster og sosial kontroll, fordi ein i ettertid må stå til ansvar for det ein fortalte i gruppa. Det kan vere at dette var til stades i gruppa der leiar deltok. Det positive ved at ein kjenner kvarande er at ein kan kjenne seg tryggare og at ein kan utdjupe kvarandre sine perspektiv på grunn av felles erfaring (Halkier, 2010, s. 34-35). Gruppene bestod av personar som kjente kvarandre, nokre som kjente til kvarandre og nokre som ikkje kjende kvarandre i det heile.

Alle fokusgruppeintervjua var innan Halkier (2010, s. 72) si anbefalt tidsramme, på om lag to timar samla sett, inkludert introduksjon, pause og avslutning.

5.3 Diskusjon kring moderatorrolla

I fokusgrupper, som i all kvalitativ metode, er utføringa av undersøkinga med på å påverke resultatet. Det handlar om korleis forskar er i stand til å nytte sin eigen person som metodisk verktøy (Halkier, 2010, s. 55). Når det gjeld den største gruppa klarde eg, som uerfaren moderator, mest sannsynleg ikkje å få ein avslappa atmosfæren. Noko som er naudsynt for å få gruppa til å leve sjølv. I gruppene med færre deltakarar opplevde eg at atmosfæren var meir uformell og avslappa.

Noko eg opplevde som utfordrande i alle gruppene var det å balansere mellom å kontrollere, for å styre innhaldet, og å la deltakarane fortelje. Eg var redd for å avbryte deltakarane, sjølv om eg kjende på at fortellingar var på sida av det eg ynskte å ha fokus på, jamfør intervjuguiden (vedlegg nr. 6). Eg var konsentrert om å få fram det deltakarane var oppteken av, og på den måten ikkje la meg styre etter eiga forforståing. Samstundes kunne eg kjenne på ei uro for å ikkje få relevante data til prosjektet mitt.

Deltakarane i fokusgruppene var kjent med at eg arbeider ved DPS. Nokon kjenner eg frå før gjennom samarbeid, andre har eg ikkje helst på før. Dette var eit tema i introduksjonen, men likevel er det nærliggjande å tenke at dette har påverka deltakarane. Det kan vere at noko ikkje kjente for å fortelje om negative erfaringar, og det kan vere at noko følte behovet for å endeleg få fortelje. I intervjuet kom det fram nyanserte beskrivingar, både positive og negative erfaringar. Eg tykkjer det er umogleg å seie på kva måte kvar ein skilde deltakar vart påverka av mi rolle.

5.4 Refleksivitet kring analyseprosessen

Det kan vere slik at eg har vore styrt av mi forforståing då tema danna seg intuitiv for meg i starten av analysefasen. Delar av mi forforståing handlar om at primærhelsetenesta kjenner seg underlegen spesialisthelsetenesta, og at eg opplever den asymmetriske relasjonen som urettferdig. Ser eg på dei aller første tema stiller eg med undrande til om eg har meistra å hatt det «fugleperspektivet» som er viktig i første fase av analysen (Malterud, 2013, s. 99).

Det kan òg tenkjast at eg har vore prega av det fokusgruppeintervjuet der eg opplevde ei form for motstand frå nokre av deltakarane. Denne opplevinga kan ha vore med på å påverka merksemda mi, slik at den i for stor grad er retta mot dei negative utsegna mot DPS. Tema «kjempe som berre juling» var ikkje eit tema i ei slik grad at eg vurderte å ta det med vidare i analysen. Tema «runddanser» viste seg òg å ha lite innhald. Eg ser det slik at dette tema vart til etter mi forforståing, då eg i eigen arbeidskvardag er oppteken av pasientar som vert innlagt ved DPS gjentatte gonger. Dette er eit døme på at mitt sterke engasjement på feltet farga meg i ei slik grad at det var mi forforståing, og

ikkje deltakarane sine erfaringar og meiningar, som styrte (Malterud, 2013, s. 38).

Refleksivitetprosessen gjorde det mogeleg å oppdage dette og leggje det til side.

Det kan sjåast på som ei svakheit ved denne studien at eg bortimot har gjennomført prosjektet aleine. Eg har fått fagleg god rettleiing undervegs i prosessen, men eg har ikkje hatt med meg andre forskarar til å diskutere, identifisere mønster og slik gjennomgå materialet med nokon. Eit felles arbeid kan vere med på å etablere metaposisjonar og slik identifisere eigne «blinde flekkar». Det har difor vore særst viktig at eg har vore bevist på eiga rolle og korleis dette har påverka utvikling av kunnskapen (Malterud, 2013, s. 40). Til dømes at eg har erfaring med kommunane og kjenner til kor ulike dei er i sin praksis. Undersøkinga er òg basert på eit lite utval av informantar, i alt 17 deltakarar.

5.5 Diskusjon kring validitet og reliabilitet

Validitet handlar om studien har skaffa gyldig kunnskap. Intern validitet viser til kva det er sant om. Sentrale spørsmål kring validitet er difor om eg har nytta relevant metode for å svare på problemstillinga, og om funna er svar på det eg spør om (Malterud, 2013, s. 21-22)?

For å validere har eg hatt ein kontinuerleg prosess der eg har gått attende i datamaterialet og slik arbeidd for å få fram det deltakarane har meint. Eg har heile tida vore bevist på å formidle «stemma» til deltakarane og deira erfaringar og refleksjonar. Sjølv om eg har erfaring frå DPS er det mange historier eg ikkje kjenner meg att i. Eg vel å tru at dette heng saman med at eg har fått tak i deltakarane sine genuine erfaringar. Spør eg kva funna er sant om, så er svaret at dette er sant i høve akkurat desse deltakarane sine opplevingar, slik dei har erfart i ein gitt kontekst.

Validitet handlar òg om kunnskapen kan overførast til anna kontekst enn der studien vart gjennomført, det er ekstern validitet (Malterud, 2013, s. 22). Funna mine er festa til ein lokal kontekst, samstundes som dei er i samsvar med anna forskning på området. Det er difor truleg at funna i ein viss grad kan vere relevant for andre samhandlingskontekstar innan psykisk helsevern for vaksne. I mitt prosjekt har eg freiste å sikre validiteten med å nytte ein sekretær som har lang erfaring frå heimetenessta i kommunen. På denne måten har eg fått innspel frå ein fagperson som kjenner primærhelsetenessta.

Reliabilitet handlar om truverd, om forskingsresultata er truverdige. Ofte vert det stilt spørsmål om resultatet kan reproduserast på andre tidspunkt av andre forskarar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 26). Innan kvalitativ forskingsstrategiar er det eit mål å nytte mangfaldet og vi erkjenner at det finnast fleire gyldige versjonar av kunnskapen. Vi aksepterer at ulike forskarar kan feste seg ved ulike nyansar i det same materialet. Det er difor sjeldan at spørsmålet kring repetisjon er eit kriterium på

om truverdet er ivaretatt i kvalitativ forskning. Spørsmålet kring truverd må difor vere i høve krav om konsistens, «ein raud tråd» gjennom heile prosjektet, som syner ein logisk samheng mellom problemstilling, teori, metode og data som fører til kunnskap (Malterud, 2013, s. 23). Refleksivet er difor viktig. Eg har i prosjektet freista å syne til mi forforståing, tvil, ettertanke og uventa konklusjonar. Dette for at mine val skal vere synlege og vise kvifor eg har kome fram til resultatane mine (Malterud, 2013, s. 18).

5.6 Implikasjonar for praksis og vidare forskning

I praksis tenker eg, at dette betyr at «bakkebyråkratane» i primær- og spesialisthelsetenesta må ha felles møtearena, jamleg. Eg har erfaring med store samhandlingskonferansar. Eg trur ikkje dei er med på å auke kjennskapen mellom tenestenivåa, slik vi har sett er naudsynt for å betre samhandling. Vi må ta eit langt steg og gjere det ein deltakarar var oppteken av, å gjere noko saman i praksis. Eg vart svært forbausa over denne uttalen i fokusgruppa, men i prosessen med å skrive masteroppgåva og i lys av tidlegare forskning ser eg verdien av nettopp dette. Vi må inn i kvarandre sin kvardag, sjå kvarandre og slik verte kjent. Det er vegen å gå for å oppnå tillit og fagleg anerkjenning på tvers av tenestenivå. Eg ser på dette som nøkkelen til å skape god samhandling.

På Vestlandet har vi ein geografi som ofte fører til lange avstandar. Det kan difor vere ei utfordring å møtast jamleg grunna tid og ressursar. Ein måte å kome utfordringa i møte, er å nytte telekommunikasjon, at ein har møter over «lyd – bilde». Ein slik situasjon kan vere uvant og kunstig, men mi erfaring er at denne måten å kommunisere på vert enklare etter kvart, dersom ein faktisk har møtt kvarandre ansikt til ansikt. Dette er òg i samsvar med det eine deltakaren formidla, at dialogen vert betre dersom ein først har knytt kontakt.

Når det gjeld vidare forskning, ville det vore tenleg å gjere tilsvarande med DPS døgnavdeling. Kva kjennskap og forventningar har dei til kommunane? Å gjere faktiske observasjonar under samhandlingsmøter hadde vore interessant. Dette for å observere kommunikasjonen mellom tenestenivåa, noko som vert omtalt som vanskeleg. Med tanke på at det er lokale variasjonar, samt at denne undersøkinga er knytt til ein lokal kontekst, ville det òg vere spanande å gjere tilsvarande undersøking med andre kommunar.

6 Konklusjon

Prosjektet har utforska kommunehelseaktørar sin og kjennskap og forventning til døgnbehandling ved DPS. Det kjem fram variasjonar både i årsak til at den einskilde hjelpetregande vert tilvist spesialistnivå og forståing av innhald i eit døgnopphald. Det er eit stort behov for at fagfolk i ulike tenestenivå vert kjent med kvarandre. Dette for å auke kunnskapen «om den andre» og slik byggje tillit og anerkjenning til den ein skal samhandle med. Tillit og anerkjenning er eit vilkår for god samhandling.

Referansar

- Akre, A. G. D., Egeland, K., Garpe, K. D., Jørgensen, A. W., Vaskinn, H. S. (2015). Å ville hverandre vel: Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike - Romeriksprosjektet (2010-2015). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(03), 261-264
- Andersson, J., Åhgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., Axelsson, R., & Åhgren, B. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation-an international literature review. *International Journal Of Integrated Care*, 11
- Bang, H. (2015). *Organisasjonskultur*. Oslo: Universitetsforlaget
- Barbour, R. (2007). *Doing focus groups*. London: SAGE Publications Ltd
- Bukve, O., & Kvåle, G., (2014). Eit lokalt helse- og velferdssystem under press. I G. Kvåle (Red.), *Samhandling og kvalitet i helse organisasjonar* (s. 11-26). Oslo: Universitetsforlaget
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P. G. & Rørvik, K.A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dahl, K. (2014). Samhandling gevinst eller tap? I Ballo, Ø., Dahl, K., Fjeld, I. K. S., Knudsen, J. A., & Unstad, M. E. (2014). *Samhandling, gevinst eller tap?* (s. 17-41). Oslo: Kommuneforlaget
- Dahlbom, I. M. (2016). En modell for bedre samarbeid mellom fastlege og psykiater. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 136(8), 696-696
- Danbolt, L. J., Hestad, K., Kjøsberg, K., Kvalvik, A. M., & Hynnekleiv, T. (2016). Fra ensidighet til gjensidighet: Samhandling om pasienter med langvarige og sammensatte behov. *Tidsskrift for norsk psykologiförening*, 53(5), 347-353
- Elstad, A. T., Steen, T. K., & Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296-305
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3) 3-12
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hellesø, R. (2012). Frå helsepersonellstyrt til pasientdrive informasjons-og koordineringsansvar. I H. O. Melberg, & L. E. Kjekshus (Red.), *Fremtidens helse - Norge* (s. 149 - 166). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenester. (Veileder IS-2076). Oslo: Direktoratet
- Helsedirektoratet. (2017, 26.05). Henta frå: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/seksjon?Tittel=5-nar-henvisninger-vurderes-2768> henta 260517 – sida utgått

- Helse- og omsorgstjenesteloven, (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Henta frå: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Melby, L., & Tjora, A. H. (2013). *Samhandlingens mange ansikter*. I L. (Red.), *Samhandling for helse Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Departementenes servicesenter. Henta frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- NSD Norsk senter for forskningsdata. (2016, 09.05). *Personvernombudet for forskning*. Henta frå: <http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meldeplikt/> - Sida utgått
- Olsen, B. M., Vatne, S., & Buus, N. (2015). Kontinuitets -og samhandlingsutfordringer i psykiske helsetjenester – en fokusgruppestudie. *Klinisk Sygepleje*(04), 55-69
- Orvik, A. (2004). Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen akademisk forlag
- Regjeringen.no. (2017, 04.03). Henta frå: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- REK Regionale komiteer for medisinsk og helsegalig forskningsetikk. (2016, 14.05) Henta frå: https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=n
- Schönfelder, W. (2013). Legenes posisjon i et tverrfaglig landskap: Samhandlingsreformen i et profesjonsteoretisk perspektiv. I L. Melby (Red.), *Samhandling for helse Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 54-79). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Semmerud, L. (2015). Sosionom vis deg! I L. G. Aamodt (Red.), *Mangfold og utvikling – sosial arbeid i ny tid. En artikkelsamling om sosial arbeid 2011 – 2015* (s. 7-11). Fellesorganisasjonen
- Sjetne, I., S. & Holmboe, Olav (2014) *Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. Resultater i 2014 og utvikling over tid*. (PasOpp-rapport Nr. 4 – 2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (Veileder IS-1388/2006). Oslo: Direktoratet

Strand, T., (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (11-29). Oslo: Universitetsforlaget

Vabø, M. (2014). Bakkebyråkratiet – der emosjonelt arbeid blir politikk. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (29-46). Oslo: Universitetsforlaget

Vangen, S. & Huxham, C. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I Willumsen, E. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - i praksis og utdanning* (67-87). Oslo: Universitetsforlaget



Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt.

«Kommunane sine forventningar til distriktpsikiatriske senter (DPS)».

Bakgrunn og formål

Prosjektet er ei masteroppgåve ved studiet samhandling innan helse- og sosialtenester ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Bakgrunnen for prosjektet er samhandlingsreforma, og målet om å få til betre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Ein måte å oppnå betre samhandling på, er å få kunnskap om korleis kommunane opplever DPS. Føremålet med prosjektet er å få kjennskap til erfaringar, opplevingar og forventningar fastlegar og tilsette i kommunal psykiatriteneste har til DPS døgn.

Problemstillinga i prosjektet er : *Korleis opplever fagfolk i primærhelsetenesta innleggingar i spesialisthelsetenesta for pasientane dei fyl opp ?*

Førespurnad om deltaking vert retta til fastlegar og psykiatritenester i Ytre Sogn og Sunnfjord som ligg under DPS døgn Førde - og Tronvik sitt området.

Kva inneberer det å delta i studien?

Deltaking i prosjektet vil bestå av å delta i eit fokusgruppeintervju. Det vil seie at det vert sett saman grupper på 4-8 medlemmar. Intervjuet vil ta omlag 1,5 time, inkludert ein pause på 10-15 minutt. Intervjua vil bli tatt opp på lydfil. Sjølv om det heiter fokusgruppeintervju, er det ikkje intervju slik vi ofte tenker tradisjonelt. Fokusgruppa får eit tema, som er korleis fagfolk i primærhelsetenesta opplever innleggingar i DPS for sine pasientar. Målet er at gruppa skal ha gåande ein samtale eller diskusjon om eigen arbeidskvardag og erfaringar. Eg som moderator (gruppeleiar) vil ha ein ha med meg ein hjelpar, ein sekretær, som har mangeårig erfaring frå heimetenesta i ein kommune.

Kva vil skje med informasjonen du gir?

Alle opplysningane som eg samlar inn gjennom intervjua vert oppbevart og handsama konfidensielt. Lydfilene vert lagra på opptakar som berre eg har tilgang til. Lydfilene vert transkribert (skrive av så

Vedlegg nr. 1

direkte som mogeleg), dokumenta vert så lagra på ein PC og minnepinne som kun eg har passord til. Ingen andre vil ha moglegheit til å høyre lydfilene. Dei transkriberte sidene vil min rettleiar Christian Moltu ha tilgang til gjennom rettleiing av meg i arbeid med masteroppgåva.

Sogn og Fjordane er eit lite fylke i høve folketal, og anonymitet er viktig. Intervjua vert difor anonymisert. Det vil ikkje bli oppgitt namn på personar, kommunar eller beskrive kvar i fylket kommunen er geografisk plassert. Det er viktig å presisere, at det er dei kommunalt tilsette sine erfaringar og forventningar i høve samhandlinga med DPS som er målet for prosjektet. Det skal difor ikkje snakkast om pasientar på ein identifiserande måte.

Gjennomføring av fokusgruppeintervju vil bli gjennomført i oktober 2016. Prosjektet skal etter planen avsluttast med innlevering av masteroppgåve juni 2017. Oppgåva vil bli tilgjengeleg for dei som ynskjer å lese resultatet av prosjektet.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien, og du kan trekke samtykke når du måtte ynskje utan å forklare kvifor.

Fokusgruppeintervjua vil eg så sant det lete seg gjere, samle deltakarane som er nær kvarande geografisk, slik at reisevei vert minst mogeleg.

Dersom du/dykk ynskjer å delta, eller har spørsmål ta kontakt med :

Tanja Strandheim 57714321, 90265003, e-post tanja.strandheim@helse-forde.no, innan

9. september 2016.



Hei, har nokon av dykk eit ynskje om å bidra i forskning ?

Viser til tidlegare førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt, sendt p.r. brev med svarfrist 9. september.

Då eg har fått svært få svar, sender eg førespurnaden ein gong til i e-post.

Eg er avhengig av fleire deltakarar for å kunne gjennomføre prosjektet og håpar difor på positive svar.

Send gjerne denne e-posten vidare til andre aktuelle i kommunane.

Svarfrist: 25. september.

Vennleg helsing

Tanja Strandheim

Masterstudent





Hei, og mykje takk for at dykk vil stille opp i fokusgruppeintervju

No har eg fått positivt svar frå : Camilla, Laila og Lene.

Eg har difor tenkt å samle dykk i ei gruppe, og om Lilleby kan vere ein høveleg stad å samlast ?

Eg ynskjer gjerne tilbakemelding om aktuelle tidspunkt i veke 42, 43 eller 44, eller e.v.t tidspunkt som er heilt utelukka, så skal eg prøve å få organisert oss.

Lene: er det lokale/møterom i Lilleby eg kunne fått låne/leige til å ha gruppa i ?

Ta gjerne kontakt ved spørsmål, mobil 90265003, e-post tanja.strandheim@helse-forde.no

Vennleg helsing

Tanja Strandheim

Hei!

Eg sender ein e-post med nokre få spørsmål som det er fint om dykk svarar på og sender meg innan (dd.mm.åå). Dette er ikkje opplysningar som skal kome fram i masteroppgåva på ein attkjennande måte, men vere til hjelp når eg skal skrive oppgåva. Som til dømes kor mange sjukepleiarar, sosionomar eller hjelpepleiarar som deltok i prosjektet, eller liknande

Vedlagt er eit informasjonskriv om kva som skal gå føre seg den dagen vi skal ha fokusgruppe intervju.

Spørsmål:

Namn:

Utdanning:

Stilling:

Arbeidsstad:

Kor lenge har du arbeidd i noverande stilling?

Arbeidserfaring totalt (tal år) innan dette feltet?



Til deltakrane i fokusgrupper hausten 2016

«Kommunane sine forventningar til distriktpsikiatriske senter (DPS)»

Tusen takke for at dykk stiller opp i fokusgruppe!

Eg har freista å lage eit informasjonsskriv om korleis vi skal gjennomføre fokusgruppa på den avtalte dagen.

Vi møter påkl.

- Kort presentasjon av meg, og medhjelpar, og kva rolle vi har under intervjuet
- Kort presentasjonsrunde av gruppemedlemmane.
- Eg informera om kva prosjektet handlar om.
- Sjølve intervjuet tek 1,5 time, vi tek ein pause på 10 min etter 45 min.
- Intervjuet vert tatt på lydfil.
- Det vert servert kaffi og rundstykker.
- Ei fokus gruppe skal vere på lag som ein samtale. Eg presenterer ulike tema som eg ynskjer at dykk skal samtale kring, og diskutere. Det er ikkje lagt opp til mange og detaljerte spørsmål.
- Eg ynskjer å få høyre dykkar historier på godt og vondt, basert på eigne konkrete erfaringar.
- Vi skal ikkje nytte namn eller anna som gjer at dykk vert utrygg på teieplikta.

Dersom det er spørsmål ta kontakt på tlf. 90265003, arbeid 57714321, eller e-post tanja.strandheim@helse-forde.no



Med helsing

Tanja Strandheim



Samtykke til å delta i forskingsprosjektet

Eg har motteke informasjonen om studien og er villig til å delta. Ved å samtykke godkjenner eg at intervjuet vert tatt opp på lydfil, og at transkripsjonen av materialet blir brukt i masteroppgåve ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Lydfila vert sletta når oppgåva er godkjent. Mi deltaking er frivillig og eg kan når som helst, utan å oppgje grunn trekke meg frå prosjektet.

(Dato, signert av prosjektdeltakar)

Deltakar sitt namn (blokkbokstavar)

Tlf _____

E-post _____

Intervjuguide til fokusgrupper hausten 2016

- 1. Kan dykk fortelle om ein situasjon der dykk ynskta innlegging for ein brukar ved DPS**
 - ✓ Korleis framstod og fungerte vedkomande som gjorde til at dykk ynskta innlegging?
 - ✓ Kva tankar gjorde du deg i høve til korleis vedkomande si psykiske helse skulle vere ved utskriving?

- 2. Kan du dykk fortelle om ei innlegging som dykk hugsar godt fordi brukar var i betring ved utskriving.**
 - ✓ Kva var det med denne innlegginga som gjorde til at vedkomande vart i betre psykisk form?

- 3. Fortel om ei innlegging dykk hugsar fordi det ikkje førte til betre psykisk helse for brukar.**
 - ✓ Kva var det med denne innlegginga som ikkje fungerte?

- 4. Tenk på ein brukar som har vore innlagt meir enn tre gonger.**
 - ✓ Fortel om brukar sitt behov for behandling som gjorde til at vedkomande vert henvist til DPS fleire gonger.

- 5. Fortel om hendingar der dykk har vurdert at ei innlegging ikkje ville vere det beste for brukar.**
 - ✓ Kvifor vurderte dykk at innlegging ikkje ville vere til hjelp?

