



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave i organisasjon og ledelse

MR691, Masteroppgåve Organisasjon og leiing

### Predefinert informasjon

Startdato:	27-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR1
Slutt dato:	11-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MR691 1 MA 2021 VÅR1		

### Deltaker

Navn:	Esther Aasen Bjelland
Kandidatnr.:	259
HVL-id:	114699@hul.no

### Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	25135
---------------	-------

Egenerklæring \*:  Ja

Inneholder besvarelsen  Nei  
konfidensielt  
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har  Ja  
registrert  
oppgavetittelen på  
norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
uitnemålet mitt \*:

### Gruppe

Gruppenavn: Einmannsgruppe  
Gruppenummer: 27  
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

**Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

**Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

Samarbeid mellom sykehjem og sykehus rundt pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblemer

Collaboration between nursing homes and hospitals on patients with psychiatric illness and/or substance abuse

**Esther Aasen Bjelland**

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse – og velferdsleing

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap. Institutt for samfunnsvitenskap.

11.06.21

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestla

## Forord

Etter fire år som deltidsstudent på masterstudie i organisasjon og leiing, helseleiing på Høgskulen på Vestlandet leverer jeg nå inn denne masteroppgava som avslutning på den reisa jeg startet på høsten 2017. Det har vært fire gode, lærerike og travle år og jeg har tilegnet meg mye ny kunnskap. Å ta et masterstudie i tillegg til full jobb som enhetsleder for sykehjem, med utbyggingsprosjekt og pandemiutfordringer i tillegg, har vært krevende. Det er mange rundt meg som har fått merke at jeg har hatt litt mer å ta meg til enn vanlig.

Derfor vil jeg først og fremst gi en stor takk til mine nærmeste, mannen min Jakob og sønnen min Ivar, som tålmodig har støttet meg, vært positive når jeg har reist på samling og heiet på meg når jeg har jobbet med alle innleveringer underveis. Dette hadde ikke gått uten deres forståelse.

En helt spesiell takk går til Kristin Steinsland og Nina Steinsbø Walquist. Å få mulighet til å studere sammen med gode venner og kollegaer har betydd enormt for motivasjonen og trivselen. Fire år med reising til samlinger i Haugesund har skapt mange gode minner, og det er nesten leit å tenke at akkurat denne epoken er til endes.

Tusen takk til arbeidsgiver Stord kommune som har gitt meg mulighet til å ta dette studiet i tillegg til jobb, til kollegaene mine som har støttet meg og vært tålmodige i fire år og spesielt til min nærmeste leder Knut J. Gram som alltid klarer å si det riktige og får meg til å se løsninger.

Jeg vil også takke de andre medstudentene og alle foreleserne for engasjerende og lærerike samlinger. Takk til Olina Kollbotn og de andre emneansvarlige for god oppbygging og planlegging av studiet, det har vært så bra!

Tusen takk til alle de dyktige informantene mine som var så positive, brukte tid til å snakke med meg og var villige til å delta med erfaringene deres i studien. Dette hadde ikke vært mulig uten deres bidrag.

Til sist en stor takk til min dyktige veileder Anne Marie Sandvoll. Tusen takk for din positive innstilling og konkrete tilbakemeldinger. Du har vært en stor støtte i arbeidet og jeg er så takknemlig for at det var akkurat du som ble min veileder!

Stord, 11. juni 2021

Esther Aasen Bjelland

## Sammendrag

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke erfaringer ansatte i sykehjem og sykehus har rundt samarbeid om eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem. Temaet er valgt fordi flere pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem får plass i sykehjem enn tidligere, noe som har ført til økt spesialisering i en del sykehjem og større behov for samarbeid mellom tjenestenivåene om pasientgruppa. Dette er et kvalitativt studie basert på intervju av sykepleiere som arbeider i sykehjem og spesialisthelsetjeneste for å få vite hvilke erfaringer de har om samarbeid mellom tjenestenivåene når det gjelder pasientgruppa. Informasjonen fra sykepleierne blir belyst gjennom teorier om institusjonelt perspektiv, samhandling og samstyring. Funn i studien viser at det er flere faktorer som påvirker samarbeidet rundt pasientene. Det er stor forskjell på hvordan kommunene organiserer tjenestene til pasientgruppa. Noen har sykehjemsplasser som er lagt til rette for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem, i andre kommuner får de plass i ordinære sykehjemsavdelinger. Studien viser også at det er forskjell på kompetansen mellom tjenestenivåene. I spesialisthelsetjenesten er kompetansen på feltet god, mens i kommunene er det lite formell kompetanse på rus og psykiske lidelser, og erfaringen med pasientgruppa varierer. Det kommer fram at fysiske møteplasser, kompetanse på faget og interesse hos personalet for å jobbe med pasientgruppa er fremmende for godt samarbeid. Mangel på kompetanseheving i takt med økning av eldre med psykiske lidelser og/eller rusproblem i sykehjem og at en har ulike lovverk å anvende i behandling av pasientene trekkes fram som utfordringer. Koronapandemien har gjort utslag på samarbeid mellom tjenestenivåene ved at det i starten av pandemien ser ut til å ha vært en nedgang i henvisninger til spesialisthelsetjenesten og at en i begynnelsen reduserte fysiske møteplasser til et minimum, og erstattet mye av det med telefonoppfølging og digitale møter.

For å sikre godt samarbeid mellom tjenestenivåene er det avgjørende at en har fysiske møteplasser og god dialog mellom aktørene slik at en sikrer at en er enige om hvordan en skal jobbe. Målrettet kompetanseheving innenfor feltet rus og psykiatri, og en videreutvikling av bruken av IKT –verktøy i samhandlingen er viktige satsingsområder framover.

## Abstract

The purpose of this study was to explore what experiences employees in nursing homes and hospitals have about cooperation on elderly patients that suffer from psychiatric illness or/and substance abuse. The theme is chosen because more patients with psychiatric illness or/and substance abuse get a place in nursing homes than before, which have led to more specialization in some nursing homes and increased need for cooperation between the service levels about the patient group. This is a qualitative study based on interviews with nurses that work in nursing homes and in specialist health service to explore experiences they have from cooperation between the service levels about this group of patients. Information from the nurses are discussed in the light of institutional theory, theory about collaboration and co-management. The study shows that there are multiple factors that affect the cooperation around the patients. There is a difference in how the municipalities organize services for this group of patients. Some have places in nursing homes that are arranged for patients with psychiatric illness or/and substance abuse in other municipalities they have places in ordinary nursing home wards. The study also shows that there is a difference in the level of competence between the service levels. In the specialist healthcare the competence on this field is good, while there in the municipalities are little formal competence on substance abuse and psychiatric illness, and the experience with this group of patients varies. It emerges that physical meetingplaces, competence in the subject and interest with the staff for working with this group of patients are promoting good cooperation. Lack of systems to increase competence in line with the increase in number of elderly with psychiatric illness and/or substance abuse in nursing homes, and that there are different laws that comes into use are named as challenges. The corona pandemic have had an impact on the cooperation between the service levels in terms of that in the first part of the pandemic it seems that there have been an decline in patients referred to specialist healthcare and that one in the start reduced physical meetingplaces to a minimum, and replaced much follow – up with phone and digital meetings.

To make sure the cooperation between the service levels are good it is crucial that there are physical meetingplaces and a good dialogue between the actors so that one makes sure that there is agreement on how one shall work. Targeted competence development in the field of drugs and psychiatry, and further development in the use of IKT – tools in collaboration are important priority areas in the future.

## Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Kontekst .....	3
1.2 Søk og vurdering av kilder .....	4
1.3 Kunnskapsstatus .....	5
2. Teori .....	8
2.1 Institusjonelt perspektiv .....	8
2.2 Samhandling.....	10
2.3 Samstyring.....	13
2.4 Analyseramme.....	14
3. Metode.....	16
3.1 Egen forforståelse.....	16
3.2 Utvalg av informanter .....	17
3.3 Intervju .....	19
3.4 Analyse.....	21
3.5 Etske hensyn.....	22
3.6 Reliabilitet og validitet .....	22
4. Funn.....	24
4.1 Sammensatte pasientgrupper .....	24
4.2 Organisering av tjenestetilbud - påvirkning på samarbeid .....	26
4.3 Oppfølging og behandling av pasienter med utfordrende atferd.....	31
4.4 Kommunikasjon og samhandling mellom tjenestenivåene .....	33
4.5 Formell og erfaringsbasert kompetanse.....	37
4.6 Holdninger og kommunikasjon med pasienter.....	40
4.7 Endringer i tilbudet under koronapandemien .....	43
5. Drøfting .....	46
5.1 Funn sett i lys av institusjonelt perspektiv .....	46
5.1.1 Den regulative søylen .....	46
5.1.2 Den normative søylen.....	47
5.1.3 Den kulturelt – kognitive søylen .....	49
5.2 Funn sett i lys av samhandlingsteori .....	50
5.3 Funn sett i lys av styringsvirkemidler i samstyring.....	54
6. Konklusjon .....	57
Litteraturliste .....	59
Vedlegg 1: NSD sin vurdering .....	61
Vedlegg 2: Vil du delta i forskningsprosjektet.....	64





## 1. Innledning

Temaet for mi masteroppgave er samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og sykehjem rundt pasienter med psykiske lidelser og/eller rusrelaterte sykdommer i et sykehjem. Jeg ønsker å få kunnskap om hva som må til for å sikre at samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten rundt pasientgruppa skal bli best mulig.

Årsaken til at jeg har valgt dette temaet er at det er tydelig for oss som har en avdeling for rus/psykiatri på sykehjemmet at dette ikke er vanlig organisering av tjenestene. Jeg opplever at det er ulike forståelser og forventninger både internt i kommunen og i spesialisthelsetjenesten til hva avdelingen er og hvordan den skal fungere, og ser at dette igjen kan påvirke kvaliteten i tjenestene som gis til noen av pasientene. Temaet har fulgt meg hele veien gjennom studiet og er aktuelt daglig. Fordi temaet har fulgt meg gjennom hele studiet, så er deler av teksten i oppgava hentet fra mine eksamensinnleveringer i SA6-409 Politikk, styring og endring i helse- og velferdssektoren høsten 2019 og ME6-501 Forskingsdesign og metode vår 2020.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ulike lovverk som regulerer hvordan helsetjenester skal gis, med henholdsvis Spesialisthelsetjenesteloven (1999) og Helse – og omsorgstjenesteloven (2011). Dette er spesielt synlig i arbeidet med pasienter med psykiske lidelser der Psykisk helsevernloven (1999) regulerer undersøkelser og behandling i spesialisthelsetjenesten og Helse – og omsorgstjenesteloven (2011) regulerer tjenester som gis av kommunene til alle brukergrupper, inkludert personer med psykiske lidelser og/eller rusproblem. Samarbeidet mellom tjenestenivåene er regulert av lovverk og formelle retningslinjer som for eksempel samarbeidsavtaler, men vil også i tillegg være påvirket av normer og verdier hos aktørene i organisasjonene (Bukve, 2012 og Scott, 2008). Hvordan samarbeidet påvirkes av de ulike faktorene er derfor interessant å studere nærmere.

Norske kommuner har stor frihet til å organisere tjenestene sine slik de finner det mest formålstjenlig, noe som gjør at det er store variasjoner mellom kommunene (Helgesen og Hanssen, 2014). Spesialisthelsetjenesten på sin side er litt mer likt organisert ved at pasienter med psykisk sykdom kan få behandling enten poliklinisk eller ved døgnopphold i distriktpsikiatriske sentre (DPS) eller på sykehusavdelinger, men også her er det noe forskjeller mellom de ulike regionene (Nasjonal helse og sykehusplan 2020 – 2023, St.mld. 7, 2019 – 2020).

En sykehjemsavdeling for pasienter med psykisk sykdom og/eller rusrelatert sykdom blir liksom et «mellomnivå» som vi opplever at både spesialisthelsetjenesten og andre deler av de kommunale tjenestene ikke helt forstår hvordan de skal forholde seg til. Det finnes for eksempel ikke retningslinjer i lovverket som gir kommunen andre muligheter til behandling av personer med psykisk sykdom i sykehjem enn om de bor i eget hjem, noe som utfordrer samarbeidet med sykehus og spesialister i forhold til hvilke forventninger vi har til hverandre. Sykehjem har ikke anledning til å bruke tvang i behandling av personer med psykisk sykdom, slik som en kan i spesialisthelsetjenesten, og dette gjør at en er helt avhengig av samarbeid med spesialister i deler av behandlingen som blir gitt.

Internt i kommunen er det litt utfordrende å få en lik forståelse av hvordan vi skal bruke plassene i avdelingen riktig. Spesielt gjelder dette når det kommer til kriterier og vurderinger ved tildeling av korttidsplasser til yngre personer med ROP-lidelser (rus og psykiske lidelser i kombinasjon) og i vurdering av funksjonsnivå for pasientgruppa når de søker om langtidsplass, sammenlignet med andre pasientgrupper. Spørsmålet blir ofte om det skal være samme type kriterier som ved andre sykdommer, eller skal de vurderes annerledes? For sykehjemmet er det viktig å fokusere på at dette er en bolig en kan få når en trenger helsehjelp, mens for andre i kommunen kan det i noen tilfeller se ut som at bolig med bemanning er viktigst. Hvordan vi kommuniserer rundt dette internt i kommunen kan også påvirke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

I arbeidet med å bygge opp en spesialavdeling for personer med psykiske lidelser og rusproblem, har vi satset på å bygge kompetanse i personalgruppa, både i form av formell videreutdanning og kursing. Å sikre kunnskap har vært et viktig arbeid for å kunne ta imot pasienter med andre utfordringer enn det sykehjemspasienter tradisjonelt har hatt. Kompetansenivået i sykehjem og i spesialisthelsetjenesten vil også påvirke samarbeidet mellom dem.

Målet med dette prosjektet er å få kunnskap om hva som skal til for å sikre at samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten rundt eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusrelaterte helseproblem som bor i sykehjem blir best mulig. Fokus på denne pasientgruppa er relativt ny i vanlige sykehjem, da en tidligere hadde egne sykehjem for pasienter med psykisk sykdom og pasienter med aktive rusproblem svært sjelden ble vurdert til å kunne få en sykehjems plass. Jeg ønsker derfor å finne ut av om det foreligger holdninger om pasientgruppa, og om normer og verdier organisasjonene er med og påvirker samarbeidet mellom tjenestenivåene. I tillegg ønsker jeg å se på om spesialisering og differensiering i

tjenestene gjør noe med kompetansebehovet i de ulike delene av tjenestene og hvordan dette kan påvirke samarbeidet mellom nivåene.

Problemstillinga mi er:

*Hvordan sikre godt samarbeid mellom sykehjem og spesialisthelsetjenesten rundt pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem?*

For å få svar på denne så har jeg utviklet to forskningsspørsmål;

1. Hvilke erfaringer har ansatte i sykehjem og sykehus rundt samarbeid om pasienter med psykiske lidelser og /eller rusproblemer?
2. Hvilke erfaringer har ansatte i sykehjem og alderspsykiatrisk avdeling med hensyn til kompetanse knyttet til økt spesialisering av tjenestetilbudet?

## 1.1 Kontekst

Den norske velferdsstaten er tuftet på offentlig finansiering og styring. Tjenestene som gis er tenkt å være universelle, det vil si at det skal være like muligheter for tjenester til alle, og at de blir finansiert gjennom offentlige budsjetter. Utvikling og endring er en naturlig del av helsevesenet, ofte i form av reformer, enten de er små eller store. Fordi tjenestene er finansiert av felleskapets midler er det viktig å få mest mulig ut av de ressursene som er tilgjengelige. Det blir derfor med jevne mellomrom satt i gang reformer for å endre driften av helsetjenestene slik at vi får best mulig kvalitet for midlene som brukes inn i dem. Noen reformer flytter ansvar for tjenester mellom forvaltningsnivåer, slik som eksempelvis overføringen av sykehjem fra fylke til kommune på 80-tallet, HVPU reformen på tidlig 90-tall og samhandlingsreformen fra midten av 2000 – tallet. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998) er også en slik reform, der blant annet oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenestene til kommunene har vært i fokus.

Samhandlingsreformen (St. meld. 47 (2008 – 2009) er Norges måte å prøve å sikre at helse- og omsorgstjenestene klarer å fordele oppgavene mellom seg på en slik måte at en kan nå felles og omforente mål og at oppgavene blir gjennomført på en koordinert og rasjonell måte selv om de ulike aktørene har ulik målforståelse. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13). Den kom som et svar på hvordan en skulle klare å koordinere og samhandle bedre på tvers av nivåer til beste for pasienten, samtidig som det var et uttrykt mål å bruke pengene som går til helse og omsorg på en bedre og mer effektiv måte.

Det pekes på at tjenestene ofte oppleves fragmenterte og uoversiktlige, og at veksling mellom ulike nivå og tjenesteytere kan oppleves som problematisk for pasientene og utfordrende for aktørene. Tjenester gis av både kommune og spesialisthelsetjeneste, og i tillegg er disse igjen oppdelt i ulike organisatoriske enheter som må samhandle internt (Helse – og omsorgsdepartementet, 2009).

Opptrappingsplanen for psykisk helse som kom i 1998 (St. prp. nr. 63 (1997 – 1998) skulle virke i perioden 1999- 2006 og hadde et stort fokus på å øke tjenestetilbudene for mennesker med psykisk sykdom i kommunene. Økning i tilbud innenfor sykehus til pasientgruppa skulle hovedsakelig være i Distriktpsikiatrisk senter (DPS), på dagtilbud og poliklinisk behandling. Selv om målet var at flere skulle få gode og riktige tjenester, så har det i praksis også betydd en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene for denne pasientgruppa.

På grunn av samhandlingsreformen har det blitt utarbeidet avtaler mellom helseforetakene og kommunene om hvordan samarbeidet skal foregå og hvem som har ansvar for hva. Krav om utarbeiding av samarbeidsavtaler, og bruk av incentiver, er styrt av staten. Målet er å gi tjenester til innbyggerne som de opplever som helhetlige og koordinerte. Så vet vi at det er stor forskjell på de tjenestene som ytes i kommunene og sykehusene og at kjennskapen vi i tjenestene har til hvordan den andre aktøren jobber ikke er god nok, slik at det ofte blir opplevd som differensiert og at det er lite kontinuitet.

Helse- og omsorgstjenesteloven er tydelig på at kommunen skal tilby nødvendige helse og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. Kravet til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak blir også regulert her. I starten var tiltakene i samhandlingsreformen hovedsakelig rettet mot somatisk syke pasienter, mens det etter hvert har kommet til et bredere samarbeid rundt pasienter med psykisk sykdom.

## 1.2 Søk og vurdering av kilder

I arbeidet med å finne litteratur til denne masteroppgaven så har jeg brukt metodikken for litteratursøk som vi har fått en innføring i gjennom utdanningen.

Jeg laget meg en liten oversikt over søkeord som faller inn under temaet jeg skal skrive om; samarbeid rundt pasienter med psykisk sykdom og/eller rusrelaterte helseproblem i sykehjem.

Jeg har gjort litteratursøk i Oria og Google Scholar og har søkt på sykehjem i ulike kombinasjoner med rusavdeling, psykiatrisk avdeling, spesialisering og spesialavdeling. Jeg

har også brukt søkeordene samarbeid, vurdering, fordeling og prioritering i ulike varianter med de andre søkeordene.

Jeg mener de publikasjonene jeg har vist til er anvendbare og hensiktsmessige til mitt arbeid. Lotte Rienecker og Peter Stray Jørgensen (2013) sier at det er utvalget og anvendelsen av litteraturen som er valgt som er det viktige i arbeidet med oppgaven. Valg av litteratur må være begrunnet og virke hensiktsmessig til det den skal brukes til. Rapporten utarbeidet for Helse- og Omsorgsdepartementet og fagartikkelen er av nyere dato, noe også flere av de andre publikasjonene jeg har funnet i mine søk er. Dette viser at temaet er blitt mer aktuelt enn det Brøholt beskriver at hun fant når hun arbeidet med sin master i 2014. Aarseth, Bachmann, Gjerde og Skrove (2015) sin artikkel inngår i en nasjonale evaluering av samhandlingsreformen. De har sett på endringer i kommunenes relasjoner både eksternt og internt etter samhandlingsreformen, og dette er relevant for min studie.

Tingvoll og Magnussen (2018) har gjort en studie på økt spesialisering i sykehjem og hvordan dette gjøres forskjellig i kommunene. Næss og Nesvågs (2017) artikkel ser kun på pasienter med rusproblem og tjenestetilbud til disse, mens Hoff, Jensen og Eriksens (2017) artikkel omhandler pasienter med psykiske lidelser og samhandling ved overføring mellom tjenestenivå. Begge artiklene kan gi meg gode innblikk i faktorer som er viktige ved utfordringer ved samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem rundt pasienter med psykiske lidelser og/eller rusrelatert sykdom.

Den siste publikasjonen, fra Skriftserien til Høgskolen i Buskerud og Vestfold (Jensen og Rekve, 2014), omhandler utskrivning fra alderspsykiatrisk avdeling og til sykehjem., og ser på hvordan samhandling mellom aktører fungerer og kan bli bedre med målretta tiltak som aktørene på de ulike nivåene er med på å finne fram til selv. Jeg ser for meg at jeg kan bruke noe av det som kommer fram her i arbeidet med masteroppgava mi, og få gode tips til utarbeiding av intervjuguiden spesielt.

### 1.3 Kunnskapsstatus

Brøholt (2014) har gjort en kvalitativ studie med fokus på hvordan Bergen kommunes sykehjem møter samhandlingsutfordringer rundt pasientgruppa. Hun har snakket med ledere på flere sykehjem og har sett på ledelse av samhandling og kompetanse hos personalet i avdelingene på sykehjemmene. Brøholt (2014) fant at det er forskjell på tilbudet pasientene får avhengig av hvilken type sykehjemsavdeling de er innlagt i. Hun fant at psykogeriatriske

avdelinger hadde bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten enn korttidsavdelinger. Hun fant også at det var lite eller ingen formell kompetanse på rus og/eller psykiatri i avdelingene i kommunen.

Studien «Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform» (Aarseth et al., 2015) har sett på hvordan kommunene har møtt forventningene om at de skal ha en mer sentral rolle i realiseringen av målet om mer helhetlige og koordinerte tjenester. Forfatterne peker på at kommunene gjennom styringsgrep i reformen har stor frihet til å ha lokale løsninger, og at kommunene organiserer videre helsehjelp til pasienter som er skrevet ut fra sykehus ut fra egen vurdering av hva som fungerer best lokalt. Spørsmål om samstyring og likeverd mellom aktørene retter oppmerksomheten mot hvordan lokale beslutninger flettes sammen med beslutninger på nasjonalt nivå. Forfatterne sier at pleie- og omsorgssektoren preges av dialogbaserte styringsmidler, men at relasjonene mellom tjenestenivåene preges av formaliserte elementer som avtaler og oppretting av tildelingskontorer. De peker også på at det i kjølvannet av samhandlingsreformen har blitt en større grad av fragmentering og spesialisering av helsetjenestene i kommunene, spesielt i de litt større kommunene. Dette er en følge av at kommunene får ansvar for mer av helsetjenestene som gis i Norge (Aarseth et al., 2015).

Studien til Tingvoll og Magnussen (2018) om økt spesialisering i sykehjem har sett på hvordan dette gjøres forskjellig i ulike kommuner, og en har funnet at spesialiserte avdelinger er mer vanlig i store kommuner enn i små. Små kommuner har ikke de samme ressursene og kompetansen til å håndtere mange ulike spesialgrupper, men gir tjenester innenfor vanlige avdelinger. Forfatternes funn om forskjeller på kommunenes organisering kan være nyttig i en masteroppgave som handler om samhandling med spesialisthelsetjenesten rundt pasientgruppa. Funnene kan ses på opp mot teorier om institusjonelle logikker og styringsmekanismer. Forfatterne sier også at en slik ny bruk av sykehjemsplasser kan få konsekvenser for hvordan en skal fordele et slikt begrenset gode som sykehjemsplasser er mellom ulike brukergrupper (Tingvoll og Magnussen, 2018).

Hovedtrekket i studien «Vurdering av helsetjenester for eldre med alkoholrelaterte problemer: Hva virker og hva kan bli bedre?» (Næss og Nesvåg, 2017) er at helsetjenesten generelt har kapasitet til å følge opp problemstillinger knyttet til eldre og alkohol, men at dersom den eldre har en avhengighetsproblematikk, så er ikke oppfølgingen like god som for andre. De viser til at eldre i liten grad får tilbud om behandling for avhengighet. De sier også at tilrettelagte sykehjemsplasser kan være bra for de som ikke får resultat av behandling. Artikkelen peker

også på behovet for spesialisert kompetanse på rusomsorg i en slik sykehjemsavdeling. At eldre som egen gruppe er vurdert i arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet er noe jeg synes er lovende. Artikkelen ser ut til å ha elementer i seg som jeg kan bruke til å belyse utfordringer knyttet til samarbeid og styringsmekanismer (Næss og Nesvåg, 2017).

Studien «Samhandlingsmøter ved pasientoverganger fra alderspsykiatrien» ser på samhandlingsmøter ved utskriving av pasienter fra alderspsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten til sykehjem. Studien er gjort som en kvalitativ studie med spørreskjema til deltagere i samhandlingsmøter mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem 2 uker etter utskriving fra den alderspsykiatriske avdelingen til sykehjem. Deltagerne var ansatte både fra sykehjem og spesialisthelsetjenesten som var involvert i behandling av pasientene. Fokus for studien var på hvordan de erfarte disse samhandlingsmøtene og hvordan de bidro til kunnskapsutveksling og økt forståelse og innsikt i pasientens situasjon. Studien viste at samhandling satt i system styrker kompetanse for begge nivå og skaper sammenheng i tjenestene (Hoff, Jensen og Eriksen, 2017).

En annen studie med samme tema beskriver arbeidet i et forskningsprosjekt med en medvirkningsbasert tilnærming, inspirert av deltagende aksjonsforskning. Her har en sett på samhandling knyttet til utskriving av eldre pasienter fra alderspsykiatrisk avdeling til spesialiserte avdelinger i sykehjem. Det ble gjennomført flere tiltak som førte til forbedrede og formaliserte rutiner ved utskriving. De fant også at denne differensieringen og spesialiseringen som har foregått har ført til økt kompetanse hos de ansatte i kommunene, men at det samtidig oppleves som at det er blitt betydelig høyere terskel for å få hjelp til disse pasientene i spesialisthelsetjenesten (Jensen og Rekve, 2014).

## 2. Teori

Jeg har valgt å bruke teorier om institusjonelt perspektiv, samhandling og samstyring i min oppgave. Innenfor det institusjonelle så velger jeg Oddbjørn Bukve (2012) og W. Richard Scott (2008), innenfor samhandling så bruker jeg Erlend Viks (2018) typologier for samhandling sammen med Einar Jacobsen (2004) og Axelsson og Axelsson (2006) og for samstyring Røiseland og Vabo (2016) sammen med Helgesen og Hanssens (2014) artikkel.

### 2.1 Institusjonelt perspektiv

Oddbjørn Bukve (2012) definerer institusjon som “eit sett av sosiale praksisar som er regulerte av underliggende tankemønster, normer, verdiar, konvensjonar og reglar som definerer kva som er høveleg åtfærd» (s.37). Han sier videre at dette igjen gir retning til individenes handlinger og samhandling. Institusjoner slik det forklares her eksisterer gjennom handlingene og praksisen vi har. Samtidig som de kan være en ytre ramme rundt en handling, så eksisterer de også uavhengig av de enkelte individer. Sykehjem og sykehus blir begge sett på som institusjoner både ved være ett fysisk hus og ved å være strukturelle og organisatoriske enheter innenfor kommuner og helseforetak som har slike sett av praksiser som Bukve (2012) viser til. Bukve (2012) viser til noen grunnformer for styringssystem for institusjonelle logikker; marked, nettverk, assosiasjoner og organisasjoner. Slik disse styringssystemene blir forklart, så er det spesielt nettverk som er aktuelt i denne oppgava. Nettverk institusjonaliserer samordnede handlinger selv om aktørene formelt sett er selvstendige og tar egne avgjørelser. Nettverkssamhandling kan både være underforstått gjennom uformell institusjonalisering av felles normer, og de kan være nedfelt i avtaler mellom aktørene. Tjenestenivåene og de enkelte aktørene i helsetjenesten er formelt sett selvstendige aktører, men det er lagt til grunn at det skal samhandles gjennom nettverk (Bukve, 2012).

En annen måte å se institusjoner på er som noe som gir stabilitet og mening til våre sosiale liv og yrker, og at de er bygget på tre pilarer; den regulative søylen, den normative søylen og den kulturelt-kognitive søylen (Scott, 2008).

I den regulative søylen ligger det lover og regler som styrer institusjonene. Lovene og reglene blir fulgt fordi det fører til sanksjoner og en følelse av skyld ved å ikke følge dem og gir en følelse av uskyld når en følger dem. Scott beskriver disse følelsene som enkeltindivider har



som kraftfulle og påpeker at dette er en veldig viktig del av det å forstå den regulative søylen, i tillegg til kunnskapen om formelle reaksjoner og sanksjoner.

Den normative søylen styres av moral og sier noe om hva en «bør» gjøre og er legitimert gjennom felles normer og verdier i institusjonen. Institusjonene har formelle roller for aktørene, og med disse rollene følger det plikter og rettigheter. Scott (2008) sier at de normative systemene både legger bånd på hva som er akseptabelt atferd og samtidig støtter opp under sosial deltaking. Å bryte med normene i en institusjon gir en følelse av skam eller vanære, mens det å følge dem fører til ære og respekt.

Den kulturelt – kognitive søylen beskrives som det vi tar for gitt og kjenner igjen. Dette strukturerer hvordan vi tolker verden gjennom etablerte tolkninger og tanker. Scott (2008) sier samtidig at meningen vi tillegger symboler, ord og gester, oppstår i interaksjoner mellom mennesker, og at det er i denne kontinuerlige samhandlingen tolkningen vår av normer og verdier enten opprettholdes eller endres. De kulturelle systemene finner en igjen på ulike nivå, fra det å ha en felles oppfattelse av en lokal situasjon til større nasjonale og internasjonale oppfatninger og ideologier. Aktører som føler seg vel og trygg i kulturen føler seg kompetente og har tilhørighet, mens mennesker som ikke er det kan være forvirret og desorientert og i ytterste konsekvens bli oppfattet som uvitende eller gale.

Strandos (2014) har gjort en studie på samhandling ved sykehusinnleggelse av sykehjemspasienter og har benyttet seg av Scott sine tre institusjonelle søyler. Strandos beskriver at den regulative søylen er gjeldende for den formelle arbeids- og ansvarsfordelinga og at dette viser seg både i internkontrollsystem i kommunene og sykehusene og i formelle samarbeidsavtaler mellom aktørene.

Den normative søylen påvirker verdigrunnlag og normative standarder som kan ha like stor påvirkning på samhandling mellom nivåene som lover og regler. Strandos (2014) beskriver at en kultur for hva som skal prioriteres i arbeidet over tid vil sette seg, og at noe vil være likt på tvers av nivåene, mens andre rutiner vil være mer nivåspesifikt. Sykehjem har sine rutiner og spesialisthelsetjenesten har sine rutiner. I tillegg vil det kunne være kulturer innenfor de enkelte sykehjem og sykehus som ikke er helt likt det som er hos andre på samme tjenestenivå.

Videre sier Strandos (2014) at den kulturelt-kognitive søylen påvirker samhandlingen mellom sykehjem og sykehus i den forstand at de som har samme spesialitet og profesjon, eller jobber på samme sted, har en felles forståelse av hvordan ting skal gjøres. Hun peker også på at en

spesialisering fører til en hierarkisering av kunnskapen sin verdi, og at profesjonenes oppfatning av dette hierarkiet kan påvirke hvordan aktørene samarbeider. Makt og status kan bli stigende ut fra grad av spesialisering.

## 2.2 Samhandling

Når det skal gis helhetlige og koordinerte helsetjenester til befolkningen er det mange forskjellige organisasjoner involvert. Axelsson og Axelsson (2006) sier at dette krever en stor grad av samarbeid mellom sektorene. Organisasjonene de snakker om er organisasjoner som i høy grad er institusjonaliserte i form av at de har definerte oppgaver og roller som er sosialt aksepterte i samfunnet. Norske kommuner og sykehus, som leverer det meste av helsetjenestene i Norge, er gode eksempler på slike aksepterte organisasjoner.

I den daglige utførelsen av arbeidet, så er utfordringer rundt oppgavefordeling og ansvar noe vi som jobber i dem møter hele tiden. Axelsson og Axelsson (2006) sier at innenfor helsevesenet, med så mange ulike aktører, så må den tradisjonelle hierarkiske måten å koordinere tjenester på erstattes av mer eller mindre frivillig samarbeid; co-operation, eller collaboration. De peker på at tjenestene blir mer spesialiserte og dermed til dels mer fragmenterte og at dette stiller høyere krav til samarbeid på tvers av ulike nivå. Innenfor en tradisjonell, hierarkisk struktur kaller vi det vertikalt samarbeid, mens når det kreves samarbeid mellom ulike instanser som har samme hierarkiske nivå så er det horisontalt samarbeid. Når det foregår co-operation så kjennetegnes dette ved at det både er vertikal og horisontal integrasjon til stede. Her er det snakk om hierarkiske organisasjoner som både tilpasser seg og samarbeider med andre organisasjoner. Collaboration kjennetegnes av at det er mer horisontal styring og samarbeid enn vertikal. Da er mesteparten av samarbeidet som foregår basert på frivillig samarbeid eller gjensidige avtaler (Axelsson og Axelsson, 2006).

Helse- og omsorgstjenestene er så vide og omfattende at det er nødvendig å dele opp hvem som gjør hva for å sikre at vi kan de oppgavene vi er satt til å gjøre mest mulig effektivt. Arbeidsdeling og formalisert og spesialisert utdanning er en forutsetning for å få dette til. For å kunne tilby tjenestemottakere de helhetlige tjenestene de oftest ønsker, så blir det helt nødvendig med god koordinering mellom de ulike utøverne av deloppgaver (Jacobsen, 2004).

Samtidig har denne differensieringen, formaliseringen og spesialiseringen også ført til at det kan oppstå både dobbeltarbeid og gråsoner. Jacobsen (2004) sier at i begge tilfeller er årsaken at arbeidsdelingen ikke er klar nok. Han beskriver at det kan være at det foregår en maktkamp om attraktive arbeidsoppgaver eller at arbeidet som skal utføres er uklart og vanskelig å dele opp. Også formaliserte organisasjoner med egen struktur og økonomi, og profesjoners standarder kan være utfordringer når tjenester skal koordineres. I tillegg sier Jacobsen (2004) at forskning viser at deling av oppgaver i enheter og grupper gjør at en i en slik gruppe prioriterer intern koordinering og at aktørene gjennom å fokusere på deloppgaver over tid mister evnen til å se helheten. Formaliseringen av deloppgaver i formelle enheter fører til en institusjonaliseringsprosess og aktørene ender etter hvert opp med å bli sektorforsvarere. Det samme gjelder på et vis for spesialiserte utdanninger. Utdanningene gjør at en blir god på et spesielt felt og at andre felt overlates til andre profesjoner. Dette kan også føre til at en mister evnen til å se helheten og utvikling av eget språk kan føre til at det blir vanskeligere å kommunisere med andre som ikke kjenner samme begrep og symboler.

Samhandling mellom ulike tjenestenivå og spesialiteter er en forutsetning for kvalitet i helsetjenestene, og slik inndeling er til nytte for pasientene når aktørene kan samarbeide (Strandos, 2014).

Erlend Vik (2018) har gjort et litteraturstudie på samhandling mellom helseprofesjoner etter innføringen av samhandlingsreformen, og utviklet en typologi som beskriver fire ulike idealformer for samhandling i helsetjenestene. De fire ulike typologiene er relasjonelt samarbeid, operasjonelt lukket samarbeid, koordinert oppgavefordeling og fragmentert oppgavefordeling.

Dette vises i en figur der det er en horisontal dimensjon; avstand – nærhet, og en vertikal dimensjon; sammenkobling – differensiering. Den horisontale dimensjonen viser om det er møteplasser og fysisk kontakt mellom aktørene og den vertikale viser om samhandlingen fører til en integrasjon på tvers av ulike forståelsesrammer eller ikke.

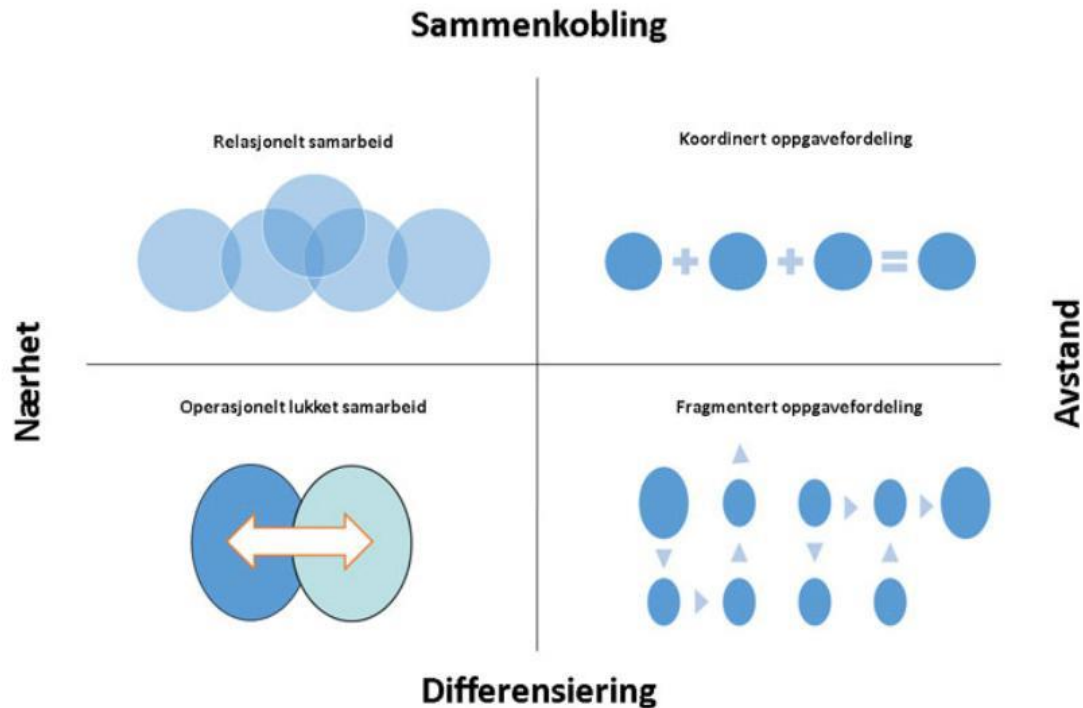


Fig. 1. Erlend Vik (2018), s. 132

Det relasjonelle samarbeidet beskrives som å være preget av nærhet og sammenkobling, og som en idealform for samhandling. Relasjonelt samarbeid preges av at en gjennom interaksjoner i form av møteplasser, dialog og forhandlinger utvikler en gjensidig anerkjennelse og kunnskap om hverandres bidrag for å løse felles oppgaver (Vik, 2018).

Det operasjonelt lukkede samarbeidet er preget av nærhet og differensiering. I dette så ligger det at aktørene ikke oppnår konsensus om hva som skal ligge til grunn for samhandlingen selv om det er både møteplasser og diskusjoner. Relasjonene er preget av ulikhet, usikkerhet og maktkamp og det oppstår konflikt om hvilken forståelse som skal danne grunnlag for samhandlingen (Vik, 2018).

Vik (2018) beskriver at forholdet mellom typologiene relasjonelt og operasjonelt lukket samarbeid i enkelte tilfeller kan forstås som en prosess der det relasjonelle samarbeidet kommer til uttrykk som operasjonelt lukket før en har oppnådd en gjensidighetskunnskap i samarbeidet.

Koordinert oppgavefordeling er preget av avstand og sammenkobling. I dette så ligger det at samarbeidet er koordinert og oppgavefordelingen mellom aktørene er rasjonell, men det er ingen fysiske møtepunkter mellom dem. Dette beskrives som å ligge tett opp til det samhandlingsreformen forstår og definerer samhandling. Aktørene er fysisk atskilte og de har

autonome systemer som opprettholder deres distinkte funksjoner. Samhandling her blir derfor avhengig av en sammenkobling via IKT – systemer, retningslinjer og standardiserte pasientforløp, eller at en koordinator tar ansvar for oppgavefordeling (Vik, 2018).

Fragmentert oppgavefordeling preges av avstand og differensiering. Her er det ikke fysiske møteplasser mellom aktørene, og det er lite gjensidighetskunnskap. Mekanismer som skal koordinere forståelsesrammene fungerer ikke, og det er uklart hvilken forståelse som skal ligge til grunn for samhandling, noe som gjør at aktørene legger sin egen forståelse til grunn (Vik, 2018).

Vik viser til at slik fragmentert oppgavefordeling kommer fram i flere studier som handler om samhandling på tvers av forvaltningsnivåer og også internt i primærhelsetjenesten. Det kjennetegnes ved mangelfull informasjonsflyt og i noen tilfeller maktkamp mellom profesjoner og behandlingsidealer.

### 2.3 Samstyring

Samstyring forklares som en ikke-hierarkisk prosess der offentlige og/eller private aktører koordinerer ressursene og gjennom dette får felles retning og mening (Røiseland og Vabo, 2016).

Samstyring finner sted gjennom strukturer der forskjellige, men likeverdige, aktører samhandler om en oppgave. Forfatterne kaller dette horisontal samstyring, i den forstand at det er gjensidig avhengighet mellom styringsnivåene. Staten er avhengig av kommunene for å nå målene, men det er ikke et balansert makt og styringsnivå. For god samstyring bør beslutninger tas på grunnlag av kunnskapsbasert dialog mellom nivåene (Røiseland og Vabo, 2016).

Det er knyttet betydelige forventninger til at samstyring, uttrykt gjennom samhandlingsreformen, skal løse noen av utfordringene som ligger i samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen er et utslag av et ønske om bedret samarbeid mellom tjenestenivåene og en mer effektiv tjenesteproduksjonen for å gi pasienter helhetlige helsetjenester (Røiseland og Vabo, 2016). I denne oppgava er det samarbeid mellom sykehjem og spesialisthelsetjeneste som er fokus.

I studien til Helgesen og Hanssen (2014) er det forsøkt å bidra til økt kunnskap om betingelsene for at intensjonene ved samhandlingsreformen skal nås og å analysere hvilke

betingelser reformen gir for kommunenes prioriteringer og handlingsrom. Det er spesielt fokus på samstyring mellom kommune og stat. Studien er en kvalitativ undersøkelse med intervjuer med både politikere, administrasjon og fagfolk fra flere kommuner i hele landet. Forfatterne har prøvd å finne ut av om samstyringen kommer klart til uttrykk etter Samhandlingsreformen, eller om forskjellige styringsvirkemidler, både hierarkiske og samstyringsorienterte, spiller sammen i kommunene. I tillegg har de sett på hva som kjennetegner de statlige virkemidlene som brukes for å påvirke utviklingene av helse og omsorgssektoren i kommunen, og hvordan kommunene opplever at disse virkemidlene legger føringer for virksomheten i kommunene (Helgesen og Hanssen, 2014).

Styringsvirkemidlene er delt opp i juridiske, økonomiske og pedagogiske. Juridiske virkemidler er statlig styring gjennom lover, regler, direktiver og pålegg. Disse igjen følges av tilsyn og kontroll fra Fylkesmannen. Økonomiske virkemidler er incentiver som påvirker hva kommunene ser på som mest fordelaktig å gjøre, slik som bøter for å ikke ta imot utskrivningsklare pasienter. De pedagogiske virkemidlene omfatter stortingsmeldinger, rundskriv, veiledere og lignende. Dette er føringer som ikke er juridisk bindende. De er utarbeidet for å tilføre kunnskap og har gjennom sin faglige tyngde i argumentasjon en klar styringsautoritet (Helgesen og Hanssen, 2014).

Studien konkluderer med at styringsvirkemidlene virker sammen og at de er klart samstyringsorienterte. Kommunene opplever styringsvirkemidlene som sterke. De juridiske oppleves som både dialogbaserte og hierarkiske, samtidig som de ikke er enhetlige og gir stort handlingsrom. Både de økonomiske og pedagogiske virkemidlene styrer hvordan kommunene prioriterer og ser det mest tjenlig å tilby tjenester (Helgesen og Hanssen, 2014).

## 2.4 Analyseramme

I mitt studie har jeg ønsket å undersøke hvordan vi kan sikre best mulig samarbeid mellom tjenestenivåene i arbeidet med pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem i sykehjem. For å finne ut av dette så jeg at det kan være flere mulige vinklinger og faktorer som må undersøkes. Dette betyr at jeg trenger det Bukve (2016) omtaler som fleksible rammer for analysen.

Viktige begreper i min analyse vil være samhandling og samarbeid, både på individnivå og systemnivå. Teori knyttet til dette, som Jacobsen (2004), Axelsson og Axelsson (2006) og Vik (2018), sammen med Bukves (2012) og Scotts (2008) institusjonelle teori, Røiseland og

Vabos (2016) teori om samstyring og innhenting av kunnskapsstatus om feltet vil danne grunnlaget for hvordan jeg skal tolke funnene i prosjektet og undersøke problemstillinga mi opp mot. Både Bukve (2012) og Scott (2008) og Jacobsen (2004), Axelsson og Axelsson (2006) og Vik (2018) utfyller hverandre innenfor sine tema, noe som gjør at jeg har valgt teorier som er supplerende til hverandre, ikke konkurrerende. Innenfor samstyring så benytter jeg meg av Røiseland og Vabo (2016).

For systematisering av drøftingskapittelet velger jeg å bruke Scott (2008) sine søyler som oppdeling innenfor institusjonelt perspektiv fordi jeg mener at en i samhandlingen som foregår mellom tjenestenivåene vil finne elementer av alle disse, i tillegg til egne kapitler om samhandling og samstyring.

### 3. Metode

I dette kapittelet vil jeg vise metoden jeg har valgt for mitt prosjekt, og hvilke framgangsmåter jeg har brukt i arbeidet.

Malterud (2017) beskriver kvalitative metoder som strategier for å beskrive, analysere og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper og kvaliteter ved det som skal studeres (s. 30).

Prosjektet mitt går på samarbeid mellom sykehus og sykehjem, og måten vi samarbeider mellom tjenestenivåene på er et godt eksempel på at skillene mellom samhandlingen og konteksten den foregår i ikke er fullstendig klare.

Mitt prosjekt vil være teoretisk tolkende og bygger på fleksible analyserammer. Bukve (2016) beskriver at en av variantene av teoretisk tolkende design er å bruke etablerte begreper som ei teoretisk ramme for å tolke data. De valgte teoriene skal belyse problemstillingen og bringe inn nye perspektiv på spørsmålene jeg stiller. En slik teoretisk referanseramme skal være en integrert del av metoden og hjelpe oss til å forstå empiriske funn fra datasamlingen (Malterud, 2017). Min teoretiske ramme er teoriene om institusjonelt perspektiv, samhandling og samstyring. Bukve (2016) sier at en må ta høyde for at datamaterialet en samler inn, og tolkningen av dette, gjør at arbeidet kan ta andre vendinger enn en hadde sett for seg. Uansett så ligger det i teoretisk tolkende formål at tolkningen skjer ved å bruke kjente teorier, ikke ved å utvikle nye.

Jeg har brukt intervju som datasamlingsmetode, fordi jeg mener at det er gjennom dette at jeg kunne få best mulig informasjon til å kunne besvare problemstillinga mi.

#### 3.1 Egen forforståelse

Et kvalitativt forskningsintervju har til hensikt å frembringe kunnskap, og er ikke en samtale mellom likeverdige mennesker siden det er forskeren som bestemmer tema, definerer og kontrollerer samtalen. (Kvale og Brinkmann, 2015). I analysen av dataene må jeg derfor ta hensyn til hvordan jeg selv kan ha påvirket informantene i intervjuene, og også ta hensyn til at mine forkunnskaper og formeningar om temaet kan påvirke tolkningen jeg gjør. Malterud (2017) sier at forskerens person påvirker forskningsprosessen og resultatene av denne, uansett hvilken metode vi bruker i prosjektet.

Jeg er utdannet sykepleier og har arbeidet i sykehjem i 20 år. Jeg har arbeidet i både somatisk avdeling og demensavdeling, først som sykepleier og så som avdelingssykepleier. De siste 11



årene har jeg hatt stilling som enhetsleder for sykehjem. I årene jeg har vært enhetsleder har det skjedd en del endringer i driften. Det har blitt flere sykehjemsplasser, og jeg har en oppfatning av at noen av pasientene som får plass på sykehjemmet har litt andre diagnoser og helsemessige utfordringer enn det de fleste hadde tidligere. En av de største endringene er at sykehjemmet nå tar imot flere eldre med til dels alvorlige psykiske lidelser, enten det er grunnleggende psykisk sykdom eller som tilleggssymptom til demenssykdom. Vi har i flere år hatt egen gruppe for personer med særlig store utfordringer knyttet til sin demenssykdom, en forsterket skjermet enhet. De siste 10 årene har vi også jobbet med å bygge opp en avdeling med ekstra kompetanse på psykiske lidelser og rus, da vi ser at det gradvis har blitt en økning av mennesker som trenger dette nivået av tjenester i kommunen for å få dekket sine behov for helsehjelp.

I arbeidet med å bygge opp denne avdelingen har vi hatt fokus på kompetansebygging hos personale og vi har fått en økning i samarbeidet med de avdelingene i spesialisthelsetjenesten som behandler disse pasientene, både lokale DPS, akuttavdelinger, døgnavdelinger og poliklinikk. I tillegg til en økning i samarbeidet med disse avdelingene har vi samarbeidet mer med NAV og verger som har ansvar for økonomien til pasientene enn vi har gjort rundt andre pasientgrupper.

Egen erfaring og kjennskap til temaet har vært et viktig grunnlag for utforming av intervjuguide. Kvaliteten på dataen som kommer ut av et kvalitativt intervju kan påvirkes av intervjuerens kunnskaper om temaet (Kvale og Brinkmann, 2015). Jeg har samme grunnutdanning som informantene, noe som kan være en styrke ved analyseringen fordi jeg kan forstå meningsinnhold i utsagn som inneholder faglige termer og fordi jeg kan kjenne igjen en del av det informantene forteller om. Samtidig så kan dette være en utfordring fordi det er mulig å lete etter svar som bekrefter egne oppfatninger av tema. Jeg har forsøkt å være bevisst på hvilke briller jeg har hatt på underveis når jeg har arbeidet med dataene slik at jeg har fått fram informantenes historier på en lojal måte, og at jeg på den måten har tatt hensyn til at egen forforståelse kan påvirke analyseprosessen (Malterud, 2017).

### 3.2 Utvalg av informanter

Jeg har gjennomført semistrukturerte intervjuer med informanter fra både sykehjem og sykehus for å innhente empirisk kunnskap. Jeg har hatt 7 informanter, 3 fra alderspsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten og 4 fra sykehjem. Ved utvelgelse var jeg usikker på om jeg

ville prøve å få informanter fra flere sykehus i tillegg til flere kommuner, men landet ned på at det var greit å heller ha flere informanter fra ett sykehus og at kommunene jeg skulle få informanter fra samarbeidet med det valgte sykehuset.

Kvale og Brinkmann (2015) sier at det kan være en fordel å ikke ha veldig mange intervjuer, men heller bruke mer tid på å forberede og å analysere intervjuene. Både gjennomføring av intervjuene, og ikke minst transkriberingen, var tidkrevende og med tanke på oppgavens størrelse så er 7 informanter et greit utvalg. Jeg hadde avtale med ytterligere en kontaktperson hos en annen kommune om å ta kontakt for å få flere informanter dersom jeg hadde behov for det. Men gjennom transkribering og analysering så fant jeg at jeg hadde fått tilstrekkelig informasjon til å belyse problemstillingen (Malterud, 2017).

Å skaffe informanter til prosjektet var enklere enn jeg hadde forventet. Jeg gjorde det Malterud (2017) kaller et strategisk utvalg av informanter. Det vil si at jeg valgte å spørre personer jeg mente til sammen kunne gi meg data til et godt grunnlag for analysen om å være informanter, slik at jeg kan belyse problemstillingen tilstrekkelig. Jeg ønsket å intervju personer som arbeider nær pasientene, heller enn å se på ledernivå, fordi det er her samhandling som påvirker pasientens tilbud faktisk gjennomføres. Jeg vurderte å ha informanter fra forskjellige profesjoner, men så at det ville krevd mange flere informanter og jeg ville fått et stort omfang data. Jeg valgte derfor å ha alle informanter fra samme yrkesgruppe, sykepleiere. De er den yrkesgruppa som har mest samhandling med det andre nivået i tjenestene om pasientgruppa. At alle informantene er fra samme yrkesgruppe gjør at de har samme innfallsvinkel til samhandlingen som foregår rundt pasientgruppa noe som er positivt for analysen av materialet. Samtidig er det en risiko for at jeg går glipp av data fra andre profesjoner som er involvert i samhandlingen og som dermed kunne kastet viktig lys over problemstillingen.

Jeg kontaktet et helseforetak og ba om å bli satt i kontakt med avdelinger de mente ville være aktuelle til mitt prosjekt. Leder for den alderspsykiatriske avdelingen satte meg da i kontakt med aktuelle kandidater og avtaler ble gjort for intervju i desember 2020. Valg av sykehus og avdeling der ble avgjørende for hvilke kommuner og sykehjem jeg spurte om deltagelse fra. Å bruke informanter fra sykehjem som ikke samarbeider med den sykehusavdelingen jeg hentet data fra, ville ikke gitt det samme grunnlaget for å gjøre en god analyse. Også rekruttering av informanter fra sykehjem gikk greit. Ledere for sykehjemstjenesten i to kommuner ble kontaktet og spurt om de kunne tenke seg å bidra til prosjektet, og om de hadde aktuelle

ansatte som jeg kunne spørre om å være informanter. Jeg valgte å kontakte 2 informanter fra hver av kommunene. Avtaler ble gjort og intervjuer gjennomført i januar og februar 2021.

Utvalget av informanter skal gjøre at dataene jeg har samlet er valide og reliable. Alle informantene jobber direkte med pasientgruppa og har erfaring fra samhandling rundt dem.

Fordelene med å ha et kvalitativt design er at jeg kan gå dypere inn i den enkelte informants data enn om jeg hadde valgt et kvantitativt design. Kvalitative metoder er spesielt nyttig når en skal se på menneskers erfaringer og samhandling (Malterud, 2017). Når utgangspunktet er hvordan en kan sikre at noe som ikke har en spesiell fasit blir bra nok, så er det viktig å ha en fleksibel ramme slik at en kan utforske flere aspekter ved problemstillingen (Bukve, 2016).

### 3.3 Intervju

For å kunne svare på problemstillingen så måtte jeg stille spørsmål som er sentrale for temaet i prosjektet (Thagaard, 2018). For å få dette til, utarbeidet jeg intervjuguiden slik at spørsmålene jeg stilte intervjupersonene ville kunne gi svar på forskningsspørsmålene mine og som på den måten være med og besvare problemstillingen. Intervjuguiden min har ett åpnings spørsmål som gav informantene mulighet til å dele sine erfaringer rundt samarbeid om eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem og så et utvalg oppfølgings spørsmål som jeg brukte for å hente inn informasjon som informanten ikke selv tok opp, eller til å gå dypere inn i tema de så vidt kommer innom. Dette er det som kalles et semistrukturert intervju (Kvale og Brinkmann, 2015).

Forskningsspørsmålene jeg hadde var;

1. Hvilke erfaringer har ansatte i sykehjem og sykehus rundt samarbeid om pasienter med psykiske lidelser og /eller rusproblemer?
2. Hvilke erfaringer har ansatt i sykehjem og alderspsykiatrisk avdeling med hensyn til kompetanse knyttet til økt spesialisering av tjenestetilbudet?

Jeg har ikke gjennomført forskningsintervju tidligere og har derfor beveget meg på litt ukjent grunn, men jeg har selv blitt intervjuet flere ganger slik at jeg hadde en formening om hvordan dette kan foregå.

Det er viktig at en klarer å skape en tillitsfull og fortrolig atmosfære i intervjusituasjonen, da dette vil oppmuntre intervjupersonen til å gi fylldige svar og god informasjon om temaet som skal undersøkes. Rammene rundt intervjuet er også av betydning, da det er viktig at intervjupersonen føler seg trygg. Det må derfor vurderes hvor det er hensiktsmessig å gjennomføre et intervju (Thagaard, 2018). Alle intervjuene jeg gjennomførte ble gjort ansikt til ansikt på informantenes arbeidsplass. Intervjuene var avklart med informantenes ledere og de fikk alle rom for å delta innenfor egen arbeidstid. Jeg la vekt på å stille opp på de tidspunktene som passet best for informantene, slik at eventuelle praktiske utfordringer ikke skulle være noe som hindret dem i å delta.

Intervjueren har ansvar for å utvikle tillit, lytte oppmerksomt og tilpasse situasjonen til innspill fra informanten (Thagaard, 2018). Jeg forsøkte gjennom intervjuene å virke interessert og åpen for det informantene fortalte. Jeg opplevde i liten grad at det var utfordringer med taushet eller at noen informanter brukte uforholdsmessig mye tid på å fortelle om et tema (Thagaard, 2018). Alle informantene hadde noe de ville dele, både generelt om temaet og som svar på oppfølgingsspørsmålene. Et par ganger var det noen som trengte å tenke litt, eller som spurte oppklarende spørsmål tilbake for å forsikre seg om at de forstod hva jeg lurte på. Kun i ett av intervjuene opplevde jeg at informanten sporet litt av og snakket om egne erfaringer om noe som lå utenfor tema for min studie, og da var det forholdsvis raskt gjort å få informanten inn på rett spor igjen.

Etter gjennomførte intervju startet jeg med transkriberingen. I en kvalitativ forskningsprosess som bruker intervju som metodikk er omformingen fra lyd til skriftlig materiale en viktig del for at dataene skal bli tilgjengelige for analyse (Malterud, 2017). Når en transkriberer vil en forsøke å gjøre dette så nøyaktig som mulig for å sikre at så mye som mulig av det som kommer fram i taleversjonen også viser igjen i det skriftlige datamaterialet. Jeg har gjennomført transkribering av intervjuene selv, noe Malterud (2017) anbefaler. Kvale og Brinkmann (2015) sier at når intervjueren selv transkriberer så vil en til en viss grad huske tilbake til intervjusituasjonen og gjøre seg tanker om både sosiale og emosjonelle aspekter i intervjusituasjonen, og på den måten er analyseringen allerede begynt. Dette samsvarer med det jeg selv så når jeg koblet sammen det jeg hørte på opptakene med hva jeg husket av kroppsspråk og ansiktsuttrykk. I noen tilfeller valgte jeg da å sette inn små kommentarer underveis i transkriberingen slik der jeg husket at det var noe viktig dersom det ikke ville kommet fram kun ved det som ble skrevet ut.

### 3.4 Analyse

Funnkapittelet er et resultat av en analyseprosess og presenteres som en kombinasjon av sammendrag fra flere informanter, opplysninger fra enkeltinformanter og direkte sitater fra intervjuene.

I utgangspunktet hadde jeg laget meg noen kategorier som jeg mente passet med innhold i forskningsspørsmålene mine og det jeg på forhånd hadde en formening om at informantene kunne være opptatt av; samhandling, holdninger, verdier og kompetanse. Jeg hadde planlagt å sortere funnene innenfor disse kategoriene. Men allerede i intervjuene oppdaget jeg at informantene var lite opptatte av dette med normer og verdier, og underveis i transkriberingen og når jeg skulle starte analysen av materialet så jeg at disse kategoriene ikke fungerte for meg.

Jeg måtte derfor endre hvordan jeg skulle systematisere materialet. Jeg lot meg inspirere av Malteruds (2017) metode systematisk tekstkondensering når jeg skulle arbeide med analyse av funnene. Først dannet jeg meg et helhetsinntrykk etter å ha lest gjennom alt det transkriberte materialet og valgte noen foreløpige temaer som alle hadde sagt noe om. Disse var litt vide og gikk igjen hos informanter fra begge tjenestenivå; ledelse, kompetanse, intern organisering og maktforskjell mellom kommuner og sykehus.

I neste steg identifiserte jeg det jeg så som relevant tekst med meningsbærende enheter i det transkriberte materialet. Dette er det Malterud (2017) kaller koding. Underveis i systematiseringen av materialet så jeg at de foreløpige temaene mine ikke passet for hvordan jeg så de meningsbærende enhetene. Skuffene jeg etter hvert tok i bruk for å systematisere de meningsbærende enhetene var samarbeidsmåter, kompetanse, tjenestetilbud/organisering, pasientgrupper, holdninger og kommunikasjon.

I det tredje steget identifiserte jeg og kodet de meningsbærende enhetene ved å gi dem hver sin farge som jeg merket teksten med. Mens jeg utførte denne kodingen så jeg at så godt som alt jeg hadde kodet til å tilhøre kommunikasjon også hørte sammen med andre tema. Jeg valgte derfor å legge vekk kommunikasjon som egen kategori. Utsagn som dreide seg om kommunikasjon ble videre tatt med i to av kategoriene, en som går på samhandling mellom tjenestenivåene og en som går på holdning til pasientene. De endelige resultatkategoriene ble da; sammensatte pasientgrupper, organisering av tjenestetilbud – påvirkning på samarbeid, oppfølging og behandling av pasienter med utfordrende atferd, kommunikasjon og samhandling mellom tjenestenivåene, formell og erfaringsbasert kompetanse, holdninger og

kommunikasjon med pasienter og endringer i tilbudet under koronapandemien. Jeg valgte også ut flere aktuelt «gullsitat» til bruk videre i oppgava (Malterud, 2017).

Siste del av analysen min (fjerde steg) er den analytiske teksten som blir presentert under de endelige resultatkategoriene (Malterud, 2017). Her har jeg kombinert det å sammenfatte informasjon i en tekst som samler det totale materialet i hver resultatkategori samtidig som jeg har forsøkt å være lojal til det de enkelte informanter har fortalt. For å få dette til så har jeg kombinert den analytiske teksten med å bruke sitater fra informantene.

### 3.5 Etiske hensyn

Alle informantene har gitt sitt informerte samtykke til å delta i prosjektet. Informert samtykke betyr at deltakeren skal vite hva det betyr å delta i prosjektet. De skal få vite hva det skal handle om, formålet med det, hvordan data skal samles inn, behandles og oppbevares (Thagaard, 2018). Informantene skal kjenne seg trygge på at anonymitet og personvern blir ivaretatt i analysen og det ferdige materialet. Informantene fikk tilsendt informasjon om studien på forhånd, og fikk muntlig informasjon og mulighet til å stille spørsmål før intervjuet startet.

Datasamlingen er gjort gjennom intervju som er tatt opp og lagret, og jeg har fått informasjon om og fra informantene som vil kunne identifisere dem og som derfor må behandles varsomt. Prosjektet er derfor meldepliktig til NSD. Søknad med nødvendig informasjon ble sendt til NSD og prosjektet ble godkjent før jeg startet rekruttering av informanter.

For å anonymisere informantene så har jeg valgt å benevne dem som informant 1 til 7, der de tre første er fra spesialisthelsetjenestene og nummer 4 til 7 er fra sykehjem. Jeg benevner alle informanter som «hun» og alle pasienter som «han» videre i oppgava.

### 3.6 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet kan forstås ut fra perspektivet at dataene blir utviklet når forskeren er i kontakt med informanten. Påliteligheten i et studie blir ofte vurdert ut fra om en tror at informantene ville svart annerledes dersom det var en annen som gjennomførte intervjuet; intervjuteknikk, hvordan transkribering og analysering blir gjennomført vil påvirke dette (Kvale og Brinkmann, 2015). I metoddelen har jeg gjort rede for hvordan jeg har arbeidet i innsamlingen og analyseringen av datamaterialet slik at det skal være mulig å følge

forskningsprosessen min trinn for trinn (Thagaard, 2018). I intervjuene brukte jeg åpne spørsmål og lot informantene få snakke fritt og forsøkte å unngå at egne meninger og holdninger om temaet skulle bli framtrepende. I presentasjonen har jeg forsøkt å skille mellom informantenes historier og egen vurdering slik at det skal komme tydelig fram hva som er informantenes historier.

Validitet i kvalitativ forskning dreier seg om i hvilken grad metoden en har brukt er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Kvale og Brinkmann, 2015) og å ta stilling til om det en har funnet er sant (Malterud, 2015). Gjennom hele forskningsprosessen har jeg forsøkt å vurdere gyldigheten i det jeg holder på med. Informantene er valgt strategisk for å kunne gi gyldige svar på det jeg spør om. Jeg har beskrevet teori og relevant tidligere forskning slik at disse kan bidra til å vurdere tolkningene jeg har gjort (Thagaard, 2018).

Overføringsverdien av studien min er avhengig av at den kan være relevant i en annen eller større sammenheng. Utvalg av informanter i en kvalitativ studie kan påvirke overføringsverdien (Thagaard, 2018). Jeg hadde 7 informanter i min studie. I kvalitative studier er ofte antall informanter begrenset, men gjennom at jeg har gjort et strategisk utvalg og har knyttet det de har formidlet opp mot teorien, så er det grunn til å tro at det jeg har funnet kan være overførbart til andre lignende utfordringer.

## 4. Funn

Funnene blir presentert innenfor de 7 endelige kategoriene jeg satt igjen med etter analysen av datamaterialet etter intervjuene jeg har gjennomført med mine 7 informanter. Disse er sammensatte pasientgrupper, organisering av tjenestetilbud – påvirkning på samarbeid, oppfølging og behandling av pasienter med utfordrende atferd, kommunikasjon og samhandling mellom tjenestenivåene, formell og erfaringsbasert kompetanse og holdninger og kommunikasjon med pasienter. I tillegg har jeg tatt med et avsnitt om koronapandemien, da alle informantene kom inn på hvordan denne har påvirket samarbeidet.

### 4.1 Sammensatte pasientgrupper

Eldre med psykiske lidelser er ikke en ensartet gruppe. Informantene i både sykehus og på sykehjem beskriver pasienter innenfor et forholdsvis vidt spekter, fra pasienter med nylig oppståtte symptom på psykiske lidelser, slik som angst og depresjon på grunn av annen sykdom og ensomhet, via møte med personer med demens som utvikler angst, depresjon og psykoser i tillegg til demenssykdommen og til pasienter med en sykehistorie med livslang psykisk sykdom. Eldre med rusproblem er godt kjent for noen informanter, noe mindre for andre, men alle har litt erfaring med pasientgruppa, med hovedvekt på alkohol som aktuelt rusmiddel. Flere av informantene peker på at pasientene de møter som har store rusproblem ofte er noe yngre enn de andre sykehjemspasientene.

Det kan se ut som at det for informanter som jobber på sykehuset er vanskelig å snakke om et skille mellom pasienter med demenssykdom som hadde symptom på psykisk sykdom og pasienter med psykiske lidelser uten demenssykdom i tillegg når det gjelder samarbeidet med sykehjemmene. I samarbeidet om pasienter med psykiske lidelser så ser de at disse pasientene som regel har fått plass på sykehjem på grunn av annen sykdom enn sin psykiske sykdom. Depresjon eller andre symptom på psykiske lidelser kommer i tillegg til det som er årsaken til at de har fått sykehjems-plassen, enten det er demenssykdom eller somatiske sykdommer. De som blir henvist til spesialisthelsetjenesten er ofte de som utagerer i sin angst og frustrasjon, eller som er paranoide og psykotiske og trenger behandling. En av informantene sier «Vi får folk – pasienter fra sykehjem som de ikke klarer å håndtere» (informant 3). En annen av informantene forteller at de ikke møter så veldig stor andel av de som får diagnose demens; «Vi får jo de kompliserte tilfellene der det er psykiatriske symptomer i tillegg til atferdsproblemer. Ellers så er det jo kommunene som skal utrede selv» (informant 2). Hun



forteller også at mange av de som kommer inn til dem i spesialisthelsetjenesten er kommet inn på sykehjem uten diagnose og har da kommet så langt i sin demensutvikling at de får en uspesifisert demensdiagnose.

Informantene beskriver også at det er en sammenheng mellom demenssykdom og psykiske symptom, og at depresjon for eksempel både kan være en følge av demenssykdom og en differensialdiagnose slik at pasienten kan bli oppfattet som å ha en demenssykdom selv om de ikke har det. I intervjuene snakker informantene derfor om både pasienter med psykisk sykdom som grunnlidelse og pasienter med psykiske symptom på grunn av demenssykdom.

Informantene på sykehuset viser til at det er hovedsakelig nysyke pasienter de behandler poliklinisk, mer sjelden pasienter som har vært inne til behandling i spesialisthelsetjenesten tidligere. Det kommer fram at det er en liten endring på dette innenfor døgnbehandling med en dreining til at også langtidssyke tas inn.

*Vi hadde jo det at det var nysyke over 65 år, og da var det mye utredning og sånt. Men nå er det jo blitt mer sånn at om de har vært syke i 40-50 år liksom, og da kommer de til oss likevel. Fordi de er gamle og har hatt det lenge (informant 3).*

Informantene som jobber i sykehjem sier at pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem kan komme inn til dem både direkte fra hjemmene og fra sykehus. De opplever at det har vært en forandring de siste årene, med at det er flere med psykiske lidelser og demenssykdom. En beskriver det slik; «Vi får ikke på en måte den slagpasienten som ligger i senga lenger.... Men det er mer psykiatri og demens og sånne ting» (informant 5). Samme informant forteller at de møter eldre med angst og ensomhet, som trenger samtaler og har det kjempevondt, men som ellers klarer seg selv.

Informantene opplever også at det kommer inn flere med blandingsdiagnoser i sykehjem, at kombinasjonen med psykiske lidelser og rusproblem har økt, noe som fører til at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om disse pasientene også har økt på. Som en informant sa; «Så det er ganske nytt på en måte, nytt for mange egentlig. Før var det mer på en måte bare personer med demens, ikke sant?» (informant 6).

Det blir beskrevet av informantene på sykehjem at de fleste med rusproblem som kommer inn på sykehjem får plass på grunn av noe somatisk, og så står det i en epikrise når de kommer inn at de har et alkoholproblem. En av informantene hadde mest erfaring med pasienter med alkoholdemens, mens to andre trakk fram en økning i rusproblem hos eldre på grunn av

endrede alkoholvaner. «Vi ser jo at det er eldre damer som tar et glass vin hver kveld» forteller informant 7, mens informant 5 sier «...vi har masse pasienter som faktisk har et rusproblem. Spesielt med alkohol». Funnene viser at når det gjelder eldre pasienter med rusproblem som kommer i tillegg til en somatisk sykdom så har sykehjemmene lite samarbeid med spesialisthelsetjenesten om disse. «Det er vel gjerne kjent i systemet på en måte, men det er ikke noe veldig samarbeid» (informant 4).

En forteller at de har en palliativ seng på sykehjemmet, og at de ser at denne ofte blir brukt av pasienter som har rusutfordringer. «Vi ser jo at de kreftpasientene vi får inn der er at da er det jo spesielt de karene som har hatt et tøft liv» (informant 5).

En informant beskriver at de pasientene som har litt andre utfordringer enn ved en klassisk demens kommer på en gruppe på sykehjemmet som har høyere bemanning og tettere oppfølging. Hun forteller at mange av disse pasientene har vedtak etter pasientrettighetsloven §4A, og at de har tvangsvedtak på hvor de skal bo. Hun forteller også om at de har hatt pasienter som er i 50-60 årsalderen som har ruset seg store deler av livet og har blitt fratatt samtykkekompetansen ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten og som etter en tid på sykehjem blir i stand til å ta egne avgjørelser igjen, og derfor er blitt skrevet ut igjen. «Å få spist seg opp og få rammer, og blir på en måte i stand til å ta avgjørelser. Pasienten forstår konsekvensen» (informant 6).

Videre beskriver informantene at det er stort aldersspenn hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem i sykehjemmet, og at alderen på pasientene virker inn på om det er et samarbeid mellom sykehjemmet og spesialisthelsetjenesten om dem. «Jeg tenker gjerne at når de er yngre, så legger en et grunnlag som skal vare i mange år. Altså sånn i forhold til, altså det er jo forskjell fra når en pasient er 98» (informant 7).

#### 4.2 Organisering av tjenestetilbud - påvirkning på samarbeid

I kommunene er det stor forskjell på hvordan helsetjenester er organisert, også tjenestene til eldre med psykiske lidelser og/eller rusproblem. Dataene viser at dette er noe informantene på sykehus ser tydelig, mens informantene i kommunene ikke er så opptatt av at det er slik. En av informantene i spesialisthelsetjenesten påpeker at de har 19 kommuner å samarbeide med, som alle organiserer disse tjenestene forskjellig. Dette fører nødvendigvis til at spesialisthelsetjenesten opplever at samarbeidet med ulike kommuner er forskjellig. Det oppleves som at flere av kommunene ikke har nok sykehjemsplasser, og at selv om de i

spesialisthelsetjenesten har gjort en vurdering av behov for tjenester, så vil kommunene likevel prøve noe annet. *«...når vi har vurdert i over en måned. Og så skal de liksom ta vurderingen på hvor de skal. Ofte så vil de ha de hjem igjen. Prøve en gang til og sånn.»* (informant 3). På den andre siden så har informanter på sykehjem en oppfatning av at sykehusene skriver pasientene ut for fort; *«Jeg føler bare at de vil ha dem kjappest mulig ut. Hvis de har fått en plass hos oss så er de her før vi får skrevet ut papirene»* (informant 5). En annen sier; *«Pasientene kommer fortere. Pasientene kommer først, og så skal liksom personalet få kompetansen»* (informant 6).

I tillegg til forskjellig i organisering av tjenestene i kommunene så er det forskjellige fysiske forutsetninger på sykehjemmene, fra tilbud tilrettelagt for enkeltpasienter til at pasientgruppa får tilbud i avdelinger med tradisjonelle sykehjemsavdelinger med lange ganger.

*Så det kan, ett sted kan de organisere seg sånn, mens andre steder så er det bare et rom i en gang. Noen steder er det lange korridorer, eller flere korridorer. Altså det er ikke, de fysiske rammene er jo ikke alltid så godt tilrettelagt* (informant 1).

I spesialisthelsetjenesten foregår det meste av samhandlingen med sykehjemmene om denne pasientgruppa i alderspsykiatrisk avdeling. Alderspsykiatrisk avdeling har både poliklinisk avdeling og døgnavdeling som begge behandler og følger opp disse pasientene. Informantene forteller at majoriteten av pasientene som blir henvist og tatt inn i avdelingen blir fulgt opp poliklinisk, der team fra sykehuset reiser ut til sykehjemmene og møter pasientene der de bor. Videre forteller de at de pasientene som har størst utfordringer, eller der poliklinisk oppfølging ikke fører fram, kan bli innlagt i døgnposten. Snittlengde for slike opphold i døgnpost er på 3 uker, men noen kan være innlagt i flere måneder.

Informantene i spesialisthelsetjenesten forteller at pasientene de møter ofte kan ha parallelle forløp i helseforetaket, noe som har ført til at pasientene kan ha blitt litt kasteballer mellom avdelinger og kommuner. For å forebygge dette har en nå avgjort at geriatrisk og alderspsykiatrisk avdeling i foretaket skal slås sammen til en eldremedisinsk avdeling. Tanken er at avdelingen skal sikre at en ivaretar hele mennesket, både fysisk og psykisk.

*Det er jo fordi at, det er de samme pasientene. Og vi ser at leger har litt problemer med å vite hvor de skal sende henvising. [...] Da har det hendt at pasienter har hatt to forløp, ett her og ett på geriatrisk for eksempel. Det har skjedd. Det er u hensiktsmessig og veldig slitsomt for en eldre, svak pasient å gå til sykehuset flere ganger* (informant 1).

Informantene i kommunene har en oppfatning av at spesialisthelsetjenesten har bygget ned sine tjenester innenfor psykisk helse, uten at kommunene er satt i stand til å ta imot de pasientene som etter samhandlingsreformen er blitt kommunene sitt ansvar. «*Oppgavene [oppfølging av langtidssyke og pasienter med utagerende atferd] blir overført på en måte*» sier informant 6.

Informantene i spesialisthelsetjenesten er opptatt av at måten de jobber på, med å reise ut til sykehjemmene, har fokus på å forebygge innleggelse, fordi det er bedre for pasienten å få hjelp der han er. En forteller at de har utviklet team som reiser ut og er til stede et par dager på sykehjemmet, i tillegg til den vanlige polikliniske måten å jobbe på. En av informantene på sykehjem understreker at tilbudet i spesialisthelsetjenesten er svært bra for de som får tjenester der, men uttrykker også at det er for få som får komme dit; «*Men det er mange flere [pasienter] som burde hatt opphold der*» (informant 5).

Funn viser at informantene i kommunene også er opptatt av hvordan en organiserer arbeidet og samarbeider internt i kommunen om pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem. Informantene peker på lite samarbeid og manglende kommunikasjon mellom sykehjemsavdelingene og avdelinger i kommunen med spesialkompetanse på psykiske lidelser. «*Og når vi ikke har noe hjelp fra psykisk helse for eksempel, i kommunen. Det blir for komplisert for dem. Da blir det på en måte vårt som er her*» (informant 4). Fra sykehjemmene sin side tenker en at de hadde hatt mulighet til å følge opp behandling og tiltak som blir satt i gang fra spesialisthelsetjenesten på en bedre måte dersom de kunne hatt et bedre samarbeid med de spesialiserte tjenestene i egen kommune. Dette ser også noen av informantene i spesialisthelsetjenesten. Det fortelles at de ser tilfeller der et psykisk team jobber sammen med sykehjemmet om pasienten, og andre tilfeller igjen der de jobber hver for seg. En av informantene forteller at de har vært inne og veiledet for å få tjenestene i kommunen til å fortsette et slikt samarbeid.

*Så plutselig setter de seg ned igjen og lager et opplegg der de samarbeider. Det som undrer meg mest er at ikke helsepersonellet ser nytten av det selv. Det, det må jeg si overrasker meg altså* (informant 2).

Informantene fra spesialisthelsetjenesten ser at tiltak ikke alltid blir gjennomført på grunn av ressursmangel i sykehjemmene, og en av dem sier at hun gjerne sier fra til de ansatte i sykehjem at det er viktig at dette blir sagt fra om. «*Hvis dere ikke får gjort det dere skal, så må dere skrive avvik.... Ledelsen leser ikke rapportene deres, men avvikene må de forholde*

*seg til.*» (informant 2). Det etterlyses også mer bruk av individuell plan for denne pasientgruppa for å sikre bedre samarbeid mellom tjenestene og et helhetlig tjenestetilbud.

Når det gjelder spørsmålet om hva informantene syntes om at pasienter med psykiske sykdommer og rusproblem får plass på sykehjem, så er det stor forskjell på hva de mener om dette. Informantene fra spesialisthelsetjenestene ser ikke at det er noen annen plass for denne pasientgruppa enn sykehjem slik det er i dag. En av dem synes det er gjort feilvurderinger når en over år har valgt å legge ned alle aldershjem. Dette er et omsorgstilbud de mener egner seg godt for eldre som er ensomme, har angst og depresjon, uten store atferdsproblem. «*Men altså, når vi ser hva som kommer inn her, med ensomhet og angst. Aldershjem! Det er bra.*» (informant 3).

En av informantene på sykehus sa rett ut at hun mente det var helt på sin plass at disse pasientene bor på sykehjem. Hun beskriver at dette er pasienter som trenger fred og ro, de må ha en plass å være med bemanning rundt seg, der det kan bygges opp en trygghet og en følelse av å være hjemme, for å kunne bli bra. Hun er tydelig på at det ikke er sykehusinnleggelse disse pasientene trenger. «*Behandlingen må begynne der pasienten er, og hvis han eventuelt skal flytte videre så må en også sende videre tiltaket.*» (informant 3). Hun peker på at dette gjelder enten pasienten bor i et sykehjem eller i en omsorgsbolig.

Informantene fra kommunene sier at det er en utfordring at det ikke er godt nok tilrettelagt for å kunne følge opp pasienter som har store utfordringer innenfor psykiske lidelser og som trenger sykehjemsplass. De opplever at pasienten likevel blir skrevet ut fra sykehus. En av informantene sa:

*Jaja. Men det er jo sånn. Vi har ikke mer å tilby her og så skal de hjem til kommunen. Og så er det hjem til en kommune som ikke har tilrettelagt for å kunne behandle videre rett og slett* (informant 4).

Hun opplevde at det de kan tilby til de sykeste pasientene blir oppbevaring mer enn at pasienten får hjelp med det som er utfordringene knyttet til den psykiske sykdommen. Informanten sier at hun mener de klarer å gi disse pasientene det de trenger innenfor elementære ting som stell og ernæring, men at de ikke har den nødvendige kompetansen innenfor psykisk helse.

To av informantene sier de kjenner på at utfordringene med å få på plass best mulig tjenester til denne pasientgruppa mye er på grunn av kommuneøkonomien. En sier «*Det hadde sikkert*

vært behov for flere bofellesskap. Men det har sikkert noe med økonomi å gjøre.» (informant 7), mens en annen sier;

*Jeg føler det går mye på sparing og kommuneøkonomi. De skal jo legge ned alt. Nå går det så mye på mestrings og bo hjemme og klare seg mest mulig selv. [...] Og det er jo knallbra at en kan det, men det kommer til et punkt der du gjerne ikke klarer det, der du trenger en plass å være (informant 6).*

Det informantene forteller viser at kommunene jeg har undersøkt ikke har like stor grad av spesialisering i sine sykehjem, og at organiseringen innad i sykehjemmene er forskjellig. Dette stemmer overens med det en av informantene i spesialisthelsetjenesten trakk fram;

*Og så varierer det jo veldig i kommunene. Hvordan, hvor mange faglærte, eller hvor mange sykepleiere det er eller, organiseringen totalt i forhold til primærsykepleie og ikke og hvordan de organiserer dagene der (informant 1).*

I den ene kommunen er det ikke egne plasser eller tilrettelagte avdelinger i sykehjem for denne pasientgruppa. Informantene forteller at disse pasientene i stor grad blir fulgt opp i eget hjem, men med korttidsopphold når det oppstår behov for det. De har flere ganger opplevd at pasienter som kommer inn for noe somatisk også har psykiske problemer eller rusutfordringer i tillegg. Når disse pasientene får langtidsplass, så får de det der det måtte være ledig plass. «*Da er de en av gjengen der borte*» (informant 5). Informantene synes ikke det er greit at pasienter med psykisk sykdom og rusproblem bor på en ordinær sykehjemsavdeling, hverken for dem eller for medpasientene. En sier; «*Så det burde vært et eget tilbud til dem, med fagkompetanse. Folk med ja, videreutdanning innenfor feltet. Folk som kan faget.*» (informant 4). En annen sier; «*Det er ikke rett plass. Vi har ikke kompetansen*» (informant 5). Samme informant er bekymret for at den store økningen av pasienter med psykiske lidelser og rusproblem gjør at pasienter med andre behov ikke får plass på den avdelingen de burde vært.

I den andre kommunen opplyser informantene at de heller ikke har en hel spesialisert avdeling for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem, men at de har noen steder som får flere av disse pasientene og har mer erfaring med det. I en avdeling har de øremerket noen plasser til pasienter som er mer ressurskrevende og som har litt ekstra behov, der det er litt høyere bemanning, men som er lokalisert i en ordinær demensavdeling. De benevner disse plassene som en sterkavdeling, selv om de ikke er i egen avdeling for seg selv, noe som fører til at det internt i kommunen blir oppfattet som at det er en egen skjermet enhet. «*Mange tror jo at når de hører sterkavdeling så er det en egen gruppe bare for disse som trenger ekstra*

*oppfølging. Men det er jo ikke det.»* (informant 7). Gjennom å tenke litt kreativt har de likevel klart å få på plass mulighet for skjerming for pasienter som måtte trenge det. En slik oppbygging av tilbudet til pasientene samsvarer godt med det informantene ser at enkelte av pasientene kan ha bruk for.

Informantene i kommunene beskriver at tildeling av sykehjemsplass blir gjort av et tildelingskontor og at avdelingene selv er lite involvert i det som skjer før pasientene kommer inn. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i den fasen går via tildelingskontor.

#### 4.3 Oppfølging og behandling av pasienter med utfordrende atferd

Funn tyder på at de sykehjemmene i en kommune som får ord på seg for å få det til, at de klarer å håndtere pasientene, de får også flere av disse pasientene. I den ene kommunen opplevde de at det er blitt en dreining fra korttids og rehabiliteringsavdeling og i den andre kommunen en dreining fra ordinær demensavdeling til avdelinger som også tar imot pasienter med utfordrende atferd på grunn av psykisk sykdom og rusmisbruk. En av informantene beskriver frustrasjonen sin;

*Dette med at ingen vet hva vi skal gjøre. Hvor skal vi gjøre av pasienten. Det er jo det, det er ikke noe tilbud til dem. ... Så jeg kjenner på frustrasjon i forhold til det, at jeg mener at de egentlig hadde trengt noe annet* (informant 4).

Tiltakene som informantene fra spesialisthelsetjenesten forteller at de har samarbeid med sykehjemmene om er spesielt dette med utarbeiding av tiltaksplaner og dagsplaner for pasientene. Det å skape trygghet for pasienten gjennom at de selv får være med å utarbeide dem så langt det er mulig, og å bruke kunnskap om deres egne interesser og ressurser som grunnlag vil skape trygghet.

*Den der «Min livshistorie» bruker vi også mye. ... Det kan være så mange ting, men om en kjenner til det, hva personen var opptatt av, så blir det på en annen måte, det er noe gjenkjennbart og det skaper jo en trygghet* (informant 2).

En av informantene fra spesialisthelsetjenesten peker på at det er viktig at det blir lagt til rette for, og satt av tid til, å følge opp tiltak rundt utfordrende pasienter i sykehjemmene. Hun legger spesielt vekt på ledelsens rolle i dette.

*Leder må være engasjert og ha forståelse for at det, at lederen sin rolle er viktig i behandlingen av pasienter egentlig. At det er lederen som må trekke i trådene og lage struktur og tid og rom for å jobbe med tiltakene (informant 1).*

Det informantene forteller tyder på at det er en liten forskjell på hvordan sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og i sykehjemmene opplever behov for bruk av medikamenter i behandling av pasienter med spesielt uro og utagering. Alle informantene uttrykker at de vet at det er viktig å ikke bruke for mye beroligende medisiner, men spesielt informantene fra sykehjemmene forteller at de oppfatter at det ofte er nødvendig med noe medisiner for å kunne nå inn med målretta miljøtiltak. En beskriver forskjellen slik; «*Ja, har vel gjerne en følelse av at alderspsykiatrisk tar vekk medisiner, men så ser vi gjerne at realiteten er at medisiner trengs.*» (informant 6). En annen sier; «*Må ha litt medisiner i tillegg for å komme i havn med de mest ekstreme pasientene da.... De må ha det i tillegg til å være skjerma med personale og sånne ting.*» (informant 7).

Samtidig så fortelles det at de oppfatter at spesialisthelsetjenesten gjør et veldig bra arbeid i forhold til å finne rett medisiner når ting er vanskelig. «*De er jo veldig gode. Gode epikriser som kommer. De er nøye, godt utreda og de gjør jo en del gode medisinformordninger, til det bedre.*» (informant 5).

På den andre siden så sier informantene i spesialisthelsetjenestene at de ofte møter ønske om medisiner fra ansatte i sykehjemmene. En forteller «*Mange er jo opptatt av medisiner, og det. En må få noe som beroliger, ikke sant.*» (informant 2).

Fra en av informantene på sykehjem blir det pekt på at lovverket som regulerer hvordan kommunene kan håndtere pasienter med psykiske lidelser og rusproblem ikke er godt nok. Ett eksempel på dette er bruk av tvangsmedisinering;

*De faller litt mellom lovverka på et vis.... Og de første månedene var det jo med tvang, på en måte, ned til alderspsykiatrisk. Med to personale herfra. For der hadde de lovverket til å kunne sette den med tvang. (informant 6).*

Hun opplever også at ikke alle i spesialisthelsetjenesten har innsikt i hvordan dette påvirker hvilke tiltak sykehjemmene kan gjøre seg nytte av. Det har også vært ulik vurdering av pasienters evne til å samtykke til helsehjelp som kan gis, og i kombinasjon med at en kan ha tiltak etter forskjellig lovverk så har de opplevd liten forståelse fra spesialisthelsetjenesten når



de for eksempel har gitt pasienter samtykkekompetanse tilbake og pasienten da igjen flytter ut og blir syk igjen.

På et av sykehjemmene så benytter de seg gjerne av muligheten til å drøfte utfordringer med denne pasientgruppa med ansatte hos statsforvalteren som har kompetanse på bruk av Pasientrettighetsloven §4A for å få vurdert om tiltak hører til her, siden en i sykehjem ikke har anledning til å bruke bestemmelsene i psykisk helsevernloven. *«Så vi har drøfta ting med dem, når vi føler oss i gråsoneland.»* (informant 6).

#### 4.4 Kommunikasjon og samhandling mellom tjenestenivåene

I samarbeidet mellom tjenestenivåene beskriver informantene ulike måter å kommunisere på, avhengig av hvem som samhandler og hva det gjelder. Alle informantene gir uttrykk for at de opplever at samarbeidet med det andre tjenestenivået er bra, men at det er ting som kan forbedres. Når det gjelder innleggelse av sykehjemspasienter i sykehus så blir det opplyst at det i de fleste tilfeller som gjelder psykisk sykdom og/eller rusproblem blir sendt henvisning fra lege i kommunen og så blir denne vurdert av lege i spesialisthelsetjenesten. En forteller; *«De kommer som regel med en henvisning. Så vurderer de og så kommer de inn»* (informant 3).

De fleste av pasientene som sykehjem og spesialisthelsetjenesten har samhandling rundt blir fulgt opp poliklinisk fra sykehuset sin side, med observasjon av pasienten og samtaler og veiledning med personalet på sykehjem. Slik poliklinisk oppfølging blir oftest gjort der pasienten bor, på sykehjemmet. Noen pasienter får tidsavgrensa opphold i døgnavdeling. Ofte er henvisningene på grunn av utfordrende atferd og fordi en ser at en kan trenge hjelp til å finne rett medisiner.

En av de tingene spesialisthelsetjenesten hjelper sykehjemmene med er å se forskjell på psykiske lidelser som grunnsykdom og psykiske symptom på en demenssykdom. Mye blir gjort i form av veiledning av personalet i sykehjemsavdelingen der pasienten bor. *«Det er jo mye veiledning... og det som er viktigst for oss er å formidle hvordan en skal møte disse pasientene.»* (informant 2). Dette bekreftes av informantene på sykehjem. En sier; *«Vi har jo fått hjelp da... De har ikke tatt pasienten inn, men de har hjulpet oss og hatt veiledning med oss gjennom Skype.»* (informant 5).

En av informantene på sykehus pekte på at det er viktig at det blir satt av tid til oppfølgingen som blir gitt fra poliklinikken etter at de har vært på besøk. Denne videre oppfølgingen er gjerne i form av avtalte telefonsamtaler, og fra sykehuset sin side så opplever de litt for ofte at dette ikke blir prioritert. Det blir også trukket fram fra informantene i spesialisthelsetjenesten at hvordan ledere på sykehjemmene legger til rette for at personalet faktisk kan følge opp de råd og den veiledning de gir er svært viktig.

*Så det er en forpliktelse vi må ha i forhold til hverandre, hvordan de jobber sammen. Og i forhold til oss, at de gjør det vi ber om. Det er ikke alltid at de gjør det. Og det kan være flere grunner. Det kan være at de, at det ikke er lagt til rette for at de får tid nok til å lage den planen. Det er ikke, hvis ikke lederen er så engasjert, så kan det være at ikke alle kjenner planen. (informant 1).*

De mener at ledere på avdelingene bør være med i veiledningssituasjonene for å få nok innsikt i og forståelse for hva spesialisthelsetjenesten anbefaler av tiltak. Det å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten forplikter også til å følge opp de rådene en får. Ved utskrivning eller etter konsultasjon blir det skrevet sammendrag og vurderinger av hvilke tiltak som skal prøves ut. Informantene i spesialisthelsetjenesten opplever at det er stor forskjell på hvordan dette blir fulgt opp ute i sykehjemmene. Noen steder har de full kontroll, mens andre steder så er informasjon borte og ingen endringer er gjort. En informant forteller om reaksjoner de kan møte på sykehjem;

*Så kan det for noen oppleves litt provoserende tror jeg. Noen steder. Så da møter vi motstand på det. Det har hendt. «ja, men vi har gjort alt og vi har ikke tid, og der har vi ikke tid» «Det høres veldig fint ut, men det har vi ikke tid til. (informant 1).*

En annen sier;

*Noen ganger vil de ha dem inn i posten hos oss, og så kommer det tilbake og så fortsetter det. Dermed er det fånyttet og pasienten er enda mer forvirret. ... Så da spør vi om de følger opp tiltakene fra når de var inne. (informant 2).*

Det kan se ut som at det er noe forskjell på i hvor stor grad pasienter fra sykehjemmene blir innlagt i døgnpost. Fra informantene i kommunene blir det gitt opplysninger fra de som er nærmest sykehuset geografisk som kan tyde på at de i større grad har pasienter innlagt enn det de har fra kommune med lenger reisevei. Der det ble fremhevet fra informantene at nesten alt samarbeid foregikk poliklinisk. Om dette faktisk er reelt at det er en forskjell basert på

avstand, eller om det er tilfeldig, er vanskelig å vite uten å undersøke akkurat det spørsmålet nærmere.

Informantene beskriver at det er en forskjell på hvordan de ansatte i første- og andrelinjetjenesten ser på muligheten til å samarbeide. På den ene siden sitter informantene i sykehjemmene og kjenner på at pasienter blir skrevet ut fra sykehusopphold for tidlig eller med for lite oppfølging videre, og på den andre siden så mener informantene fra spesialisthelsetjenesten at kommunene ikke alltid tar imot pasienter som er deres ansvar. En av informantene viser til at dette har noe med effekt av samhandlingsreformen å gjøre;

*De har jo liksom denne samhandlingsreformen da. Så jeg synes kommunene har så stor fordel med det. Nå må vi være så forsiktige, vi kan ikke si at pasienten har behov for sykehjem liksom. Da kan de se, hvis de ikke har da, da må vi ha dem på overbelegg liksom. Nå skal vi bare skrive vurderingen av hvordan det fungerer. (informant 3).*

Det beskrives at pasienter blir liggende på overtid i sykehuset fordi kommunen ikke har tilbud som passer, og at i noen tilfeller så må det faktisk bygges om og gjøres i stand spesialtilbud i sykehjemmene. Så noen ganger er pasienter lenge på sykehus.

I dag er det også mye elektronisk kommunikasjon, gjennom e-meldinger, mellom sykehuset og sykepleietjenesten i kommunen. I tillegg er det mye som foregår via telefon og noe på digitale møteplattformer. Bruk av digitale møteplattformer er litt variabelt, da det ikke er lagt til rette for det alle steder. De av informantene som har brukt det har ikke vært med på at digitale verktøy har vært brukt til å kommunisere med pasienten, men til kommunikasjon mellom personale.

Kommunikasjonen mellom tjenestenivåene når pasienter skal skrives ut fra sykehus går ofte mellom avdelingen på sykehuset og et tildelingskontor i kommunene. En informant i spesialisthelsetjenesten forteller; «Vi jobber jo mye med PLO – meldinger da, med tildelingskontoret.» (informant 3). Informanter på sykehjem forteller også om samme type samarbeid og kommunikasjon;

*Nei, altså vi samarbeider jo med tildelingskontoret. Det er de som bestemmer hvem som kommer inn, så det er på en måte de som har den store dialogen med spesialisthelsetjenesten. (informant 5).*

Tildelingskontoret fungerer som et mellomledd mellom sykehjem og spesialisthelsetjeneste i samarbeidet rundt utskriving av pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem som har

vært innlagt i sykehus. Informantene på sykehjemmene mener at de som jobber på tildelingskontor har en god oversikt over hva slags informasjon sykehjemmet trenger, og at de oppdaterer avdelingene godt. Når det er nye pasienter for sykehjemmet så er det lite direkte kommunikasjon mellom sykehjem og sykehus. En forteller; «*Selv om han var ventet inn her om tre uker, så var enda ikke vi koblet på.*» (informant 5). Når samarbeidet gjelder pasienter som allerede har langtidsplass i avdelingen så går kommunikasjonen mer direkte mellom avdelingene, i tillegg til den formelle meldinga om at pasienten er utskrivningsklar som går til tildelingskontoret.

En av informantene i sykehjem sier hun vet lite om hva spesialisthelsetjenesten egentlig vet om innholdet i tilbudet sykehjemmet kan gi pasientene. «*Det synes jeg egentlig det er vanskelig å si noe om, for vi har jo egentlig så lite å med dem å gjøre.*» (informant 4).

En av informantene i spesialisthelsetjenesten etterspør bedre kommunikasjon og deling av opplysninger mellom aktører om pasienter, både internt på sykehus og opp mot andre tjenestenivåer.

*Her sliter vi oss i hjel for å komme inn på en annen avdeling, for å se på. Det er så mye vi kunne, helt sikkert både positive og minussider ved det og da, men om en hele tiden tenker på det som er best for pasienten (informant 2).*

Det pekes på at god informasjonsoverføring ved inn – og utskrivning er viktig. Ved innskriving i døgnpost så er det variert om pasienten kommer inn med følge eller ikke. Det er de skriftlige opplysningene som blir trukket fram som viktigst, men det blir også opplevd positivt med personlig følge. «*Det er enten pårørende eller sykehjemspersonalet som ofte kommer. Det er litt greit da å få snakket litt med dem og.*» (informant 3). Hospitering fra sykehjemmene i døgnposten før utskrivning oppleves fra sykehusansatte sin side som vilje til godt samarbeid om oppfølging av pasienten og en god anledning for rett informasjonsoverføring. En av informantene roser de som legger til rette for slik hospitering; «*Så har vi jo litt veiledning og sånn, og hospitering. Det er bra samarbeid det, når en kommer ned og er med her ja.*» (informant 3).

Bruk av nettverksmøter som samhandlingsarena blir trukket fram som et bra verktøy for å få godt samarbeid, både av informanter i spesialisthelsetjenesten og i sykehjem.

En av informantene oppsummerer dette med kommunikasjon i samarbeidet slik;

*Jeg føler det at alle er så gode innad på sine egne avdelinger. Men jeg ser at samarbeid er vanskelig egentlig. Og spesielt på sånne gråsonepasienter. ... En tenker gjerne ulikt fra plass til plass. ... I stedet for om en gikk sammen og samarbeida om å tenke at dette er de beste forholda for pasienten. Kanskje en mangler noen møtepunkt i forhold til det (informant 6).*

Når en tenker forskjellig i de ulike avdelingene så kan det også ligge utfordringer ved at en tar for gitt at den en samarbeider med tenker helt likt som deg, eller at en tenker at det burde de ha gjort. Men det er sjelden tilfelle at en faktisk tenker helt likt, noe en må være klar over.

#### 4.5 Formell og erfaringsbasert kompetanse

Informantene beskriver at det er forholdsvis stor forskjell på nivået på formell kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjemmene. I spesialisthelsetjenesten er det en overvekt av ansatte med relevante videreutdanninger, både hos leger, sykepleiere og fagarbeidere. Informantene her forteller om et faglig sterkt miljø. En forteller at hun selv fikk krav om å ta relevant videreutdanning for å få jobbe på avdelingen.

I begge kommunene forteller informantene om at det er en del videreutdanning av forskjellig slag på sykehjemmene, men det kommer fram at det er forskjeller. Informantene fra sykehjemmene sier alle at det er stort behov for kompetanseøkning på feltet rus og psykiske lidelser hos dem. I den ene kommunen har de nesten ingen kompetanse på psykiske lidelser på sykehjemmet, mens i den andre er det litt. Alle informantene opplever at det trengs mer. Informant 4 sier; «...*det er mange som etterspør mer, å lære mer fordi en føler seg utrygg på området.*» Samtidig så forteller hun at de har fått litt erfaring med pasientgruppa og at flere derfor gradvis opparbeider seg kompetanse i hvordan de skal håndtere utfordringene. Slik erfaring og realkompetanse blir fremhevet også av andre informanter. «*Vi blir jo veldig gode, vi må jo takle det meste. Så vi lærer litt og henter litt her og der.*» (informant 5). En av informantene fra sykehjem forteller også at de et par ganger har benyttet seg av at noen fra spesialisthelsetjenesten kan kome til dem for å undervise ansatte i sykehjem om spesifikke diagnoser, og på den måten få en kompetanseheving på noe som er relevant akkurat der og da. Forskjellen i kompetanse mellom tjenestenivåene kan også påvirke hvordan en samarbeider. En beskriver «*Jeg tror at hvis du kan et fag godt, så har du en annen måte å kommunisere med andre på.*» (informant 4). Hun sier at mer kunnskap om faget gjør det lettere å ta kontakt

med og snakke med spesialistene. Dette bekreftes av en annen «*Når en kan mer, så vet en hvor en skal søke assistanse og når en skal hente spesialistene inn også.*» (informant 7).

Informantene er opptatt av at kompetanse også kan være både realkompetanse basert på erfaring og personlige egenskaper, i tillegg til den formelle kompetansen. En av informantene på sykehus sa dette om kompetansen på sykehjemmene:

*Kompetansemessig så er det jo veldig store forskjeller. Mange flinke. Men så er det liksom avhengig av å møte den ildsjelen som skjønner hva det her handler om, som evner å se at det handler om hvordan vi møter personen da* (informant 1).

Spesielt en av informantene fra sykehjem synes det er vanskelig å forstå at det er forventet at personalet i sykehjem i kommunene skal klare å håndtere pasienter som de med spesialkompetanse ikke klarer å håndtere. Hun trekker fram at de har opplevd å få pasienter inn på sykehjem fra eget hjem fordi avdelingen som jobber med hjemmeboende psykisk syke ikke klarer å håndtere dem, og at de også har fått overført pasienter fra spesialisthelsetjenesten som de på sykehjemmet opplever som svært vanskelige å behandle og håndtere, med beskjed fra sykehus om at de ikke kan gjøre mer for pasienten og da er det kommunen sitt ansvar å følge dem opp videre.

*Altså, jeg stiller spørsmålstegn ved det... Når vi har et veldig komplekst, sammensatt sykdomsbilde. Og når den psykisk helse gruppa som har det, som har videreutdanning i psykiatri, de sier at de ikke har kompetanse til å gå inn i det, da er det veldig rart. Da er det jo vi som ikke har den spesialiserte kompetansen som går inn i det* (informant 4).

Også informanter fra spesialisthelsetjenesten ser at det er stor forskjell på kompetansen på sykehjemmene. De ser at pasientene må håndteres uansett hvilken formell kompetanse personalet i sykehjemmene har, det finnes ofte ikke noe alternativ. Måten spesialisthelsetjenesten veileder på er derfor noe avhengig av kompetansen og erfaringen personalet de møter har; «*Da må du begynne på et annet sted enn hvis du møter personale som har den kompetansen.*» forteller informant 1. Det pekes også på at turnover og naturlig utskifting av ansatte på sykehjemmene påvirker kompetansen som er der. Det er ikke sikkert det er like mange som har den relevante kompetansen hver gang det dukker opp problemstillinger innenfor feltet. «*Vi kan jo komme tilbake til samme avdeling, der neste person har fått utfordringene, men verdien fra det de lærte fra forrige pasient kan være vanskelig å overføre.*» (informant 2).

På den annen side så blir det trukket fram at når spesialisthelsetjenesten er ute og veileder og kommer med råd så opplever de at personalet på sykehjemmene har mer kunnskap enn de selv tenker over; «*En må gå inn i problemstillingen og legge tiltak opp til det. Ofte så vet de svaret selv når vi kartlegger.*» (informant 2).

En av informantene framhever at det ofte er personavhengig hvordan en møter pasientene;

*Men det er klart at en assistent kan greie å forstå og lese en pasient like godt og, bedre også kanskje, enn en med spesialutdanning. Og noen sier at det har med kjemi å gjøre... Vi tenker jo ikke at det er kjemi. Det handler om kunnskapen om hvordan du møter mennesker da* (informant 1).

Hun vektlegger at dette er noe de prøver å ha fokus på i veiledning av de ansatte på sykehjem, at kommunikasjon kan læres. Å få dem vekk fra tanken på at det å lykkes er avhengig av å ha god kjemi. En annen er opptatt av at ansatte i sykehjem må bli bedre på miljøterapi, at kunnskapen om hva dette faktisk er må opp slik at de ansatte tenker på det gjennom hele dagen. Fokus på det at pasientene ofte trenger er at noen ser dem og snakker med dem. En av informantene fra sykehjem peker på at måten en møter pasienter på også kan bunne i erfaring og kompetanse; «*Jeg tror veldig mye handler om manglende kompetanse og, ja, utrygghet.*» (informant 4). Flere vektlegger også at de som skal jobbe med denne pasientgruppa burde være noen som brenner for det, eller har valgt å jobbe med dem.

Flere informanter ser at den økte spesialiseringen i kommunehelsetjenesten også øker behovet for spesialisert kompetanse. En sier det slik; «*Det er jo akkurat som en intensivsykepleier ikke sant... Demenssykepleie er et gode i mange, mange tilfeller. Det samme med psykiatriske sykepleiere.*» (informant 2). Samme informant sier at hun er helt sikker på at om det hadde blitt mer åpent fokus på eldre menneskers psykiske lidelser, så hadde flere sett viktigheten av behovet for kompetanse og tatt andre utdanningsvalg.

Mer kunnskap om lovverk og bruk av tillitsskapende tiltak, vurdering av tvang og utarbeiding av vedtak blir fremhevet av en av informantene som et stort behov. «*Det vil komme flere med blandingsdiagnoser. Så da er det å se på dette med lovverk og reglene, også i forhold til kompetanseheving til personalet.*» (informant 6).

En informant forteller at de i en sak har hatt god hjelp fra en vernepleier fra en annen avdeling i kommunen, en som er god på miljøarbeid. Hun sier at den kompetansen også burde vært mer

inne i eldreomsorgen. «Miljøarbeid kan vi litt, men vi er ikke veldig gode på det.» (informant 5).

Når det gjelder tilrettelegging for kompetanseheving, så forteller informanter fra både spesialisthelsetjenesten og sykehjemmene at det nok ofte ligger økonomiske hensyn bak prioriteringene.

*Kanskje kommunene skulle vært flinkere til å legge det bedre til rette sånn at en fikk kompetansen. At de kanskje ga fri med lønn til å ta den utdannelsen en kanskje har behov for.» (informant 7).*

En av informantene på sykehus beskriver; «Så er det jo det økonomiske som det alltid har vært, i forhold til kursing og da.» (informant 1).

Selv om flere sier at det burde vært bedre, så har noen gode erfaringer for hvordan arbeidsgiver legger til rette for utdanning. En skryter av kommunene sin da hun har opplevd å få videreutdanning betalt. En annen forteller at kommunen hun jobber i har satset på kompetanseheving innenfor temaet Mestring av aggresjon og har sertifiserte trenere på avdelingene.

#### 4.6 Holdninger og kommunikasjon med pasienter

I intervjuene beskriver informantene ulike følelser rundt det å jobbe med denne pasientgruppa. Det var ingen som personlig ga uttrykk for dårlige holdninger til pasientgruppa, men samtidig kommer det tydelig fram at de som ikke har spesialisert seg for å jobbe med disse lettere kan kjenne på frustrasjon og maktesløshet når de møter de vanskelige pasientene. En av informantene på sykehjem sier at hun prøver å forholde seg likt til alle pasienter, at det er så viktig at du møter pasientene der de er og at det er viktig at alle blir møtt på en god måte, uavhengig av hvilken diagnose de har. Det sier hun at kollegaene også gjør; «Det er veldig god kultur for å møte mennesker på en god måte.» (informant 4).

Alle informantene fra spesialisthelsetjenesten har selv valgt at de vil jobbe med pasienter med psykiske lidelser, og det gjenspeiles i hvordan de uttrykker seg om hvordan de synes det er å jobbe med eldre med psykiske lidelser og/eller rusproblem. En av dem sier spesifikt om det å samarbeide om pasienter som bor på sykehjem; «...Det vi gjør på sykehjem, så er det veldig, veldig kjekt. Fordi at du føler at du kan være med og så gjøre en forskjell for pasienten da.» (informant 1). Hun sier også at det å kunne hjelpe personalet på sykehjem til å se at pasienten



ikke er et problem, men har et problem, og på den måten drive holdningsskapende arbeid er viktig. En annen forteller at hun gjennom å ta videreutdanning fikk enda bedre innsikt, mer interesse og mer motivasjon for arbeidet med psykisk syke, mens en tredje sier; «*Jo, jeg synes det er kjekt jeg. Synes det er givende når du ser at de blir friske.*» (informant 3). Samtidig så sier hun at det er ikke alltid de får det til, men at en i alle fall må være bevisst på å være tett innpå og trøste pasientene når det går.

For flere av informantene fra sykehjem er det annerledes, da avdelingene har en annen sammensetning av pasienter. En sier det slik; «*Vi må hele tiden, vi får så mange forskjellige ting også. Så vi må liksom snu oss rundt med en gang.*» (informant 4). Hun sier også at de har en «Ok, vi fikser det» holdning til de spesielle tilfellene. En annen informant beskriver en annen side av det samme; «*En merker jo at akkurat nå er det veldig mye. Så merker jeg det på personalet at «Det er jo ikke sånn vi skal ha det». At det blir en uro.*» (informant 5). Hun sier også at i perioder med mye utagering så er det folk som tar med seg vakta hjem.

En annen informant fra sykehjem beskriver hvordan personalet i avdelingen fikk komme med ønsker om hvilke type pasienter de ville jobbe med når de øremerket noen plasser til spesielt utfordrende pasienter. «*Så slipper vi da at en må gå på andre grupper enn den en kanskje ønsker.*» (informant 6). Hun beskriver at holdningen til pasienter med psykisk sykdom eller rusutfordringer i avdelingen nok er litt blandet, og at det nok er flere som mener at det ikke er nok kompetanse på området.

En av informantene i spesialisthelsetjenesten pekte på viktigheten av at det er ildsjeler som arbeider med disse pasientene. Når hun snakker om ildsjeler så tenker hun nok også at disse i bunnen har gode holdninger overfor pasientgruppa. Hun beskriver at hvordan personalet i sykehjem forholder seg rent praktisk til å møte denne pasientgruppa er annerledes enn overfor andre pasienter, og at dette da ubevisst har med holdninger å gjøre.

*Som et sted vi var, så var det mer psykisk lidelser enn det var noe annet da, da kjenner vi det litt sjøl, at vi blir litt sånn oppbrakt over at, å måtte si noe om det. At hadde det vært noen som kom inn med somatisk sykdom så hadde dere sikkert lest dere opp på den sykdommen. Det er jo akkurat det samme det her. Vi kan ingenting sier de da. Ja, det er jo akkurat det samme. Ja, så det har med holdninger tror jeg.* (informant 1).

Dette bekreftes delvis av utsagn fra informanter fra sykehjem. En sier; «*[avdelinger] Som det jobber folk på som hadde, ja, som hadde spesialisert seg innenfor det og de som brenner for*

*det, får jobbe med det de brenner for.» (informant 4). En annen forteller at det er noen som er mer interesserte i å jobbe med disse pasientene. Hun forklarer at hun tror at det går mye på om en er trygg eller utrygg rundt pasientene. At erfaring er viktig. En av informantene sier det slik; «Det er en motivasjon som ligger til grunn hele tida. Altså hvor interessert er du i å få ting til. Eller er du der bare for å være der?» (informant 2).*

En av informantene understreker viktigheten av å bli kjent med pasienten selv og ikke ta med seg fordommer og ting en har hørt. Hun beskriver også hvordan en må hjelpe pasienten til å finne sine egne ressurser og se verdien av dem;

*Og så har det med hvilke forventninger de har til seg selv. ... Går det an å finne livskvalitet i den situasjonen du er nå? ... Få de til å innse at det skjer endringer i kroppen vår og hodet vårt, og alderen tynger, men likevel så kan en ha en god dag. (informant 2).*

Informantene fra spesialisthelsetjenesten beskriver at når de er ute på sykehjemmene så møter de både personale som er veldig interessert i å jobbe med denne typen pasienter og får ting til, men også andre som er mer skeptiske og engstelige. De sier at de er ganske klare på det når de møter utsagn som at «pasienten passer ikke inn her» at det ikke er andre alternativer.

Det blir beskrevet at i de vanskeligste tilfellene så kan det ta mange uker før personalet blir trygge på pasientene. En av informantene forteller;

*Det er jo helt normalt å være nervøs, og kanskje redd, når en pasient sier at han skal drepe deg. ... Og det er ikke bare gjort på, selv om du vet inni deg at han kommer sannsynligvis ikke til å gjøre det så... (informant 7).*

Det kan også være andre ting enn selve sykdomsbildet som påvirker hvordan det er å jobbe med disse pasientene. En sier slik om hva hun synes om å jobbe med eldre med psykisk sykdom eller rusproblemer; «Det er så forskjellig. Det kommer helt an på personen. Nei, jeg vet ikke. De har jo ofte hatt et tøft liv. Så det er ikke bare... Det er mye.» (informant 5).

Videre forteller hun at det er mange praktiske ting pasientene må hjelpes med og som kan være en del av grunnen til at de bor på sykehjem; de har ikke penger eller bolig. I tillegg er de gjerne ikke fornøyd med hverken NAV eller tjenestekontor.

På samme måte som at mer åpenhet om eldre menneskers psykiske helse kunne ført til at flere valgte videreutdanning innen feltet, så tenker en også at det kunne gitt større yrkesstolthet for

de som har valgt den retningen i arbeidet sitt. En forteller at; «*Mange blir veldig stolte av jobben de får til da. At dette klarer vi, og spesielt når vi jobber i lag.*» (informant 2).

En av informantene sier det å tenke på holdninger og verdier, det er også å tenke på pasientens livskvalitet. «*Ja, det er jo det med livskvalitet også, sant? Det som gir livskvalitet for deg kan jo være helt forskjellig fra deg og til meg.*» (informant 7).

#### 4.7 Endringer i tilbudet under koronapandemien

Alle informantene har i løpet av samtalene kommet inn på ulike aspekter av hvordan koronapandemien har påvirket samhandlingen mellom tjenestenivåene. Det kommer fram at det har vært en økning i digitale møteplasser, og det kan virke som at det er blitt noe reduserte tilbud til pasientgruppa.

Det alle informantene trekker fram er at det har vært en økning i telefonkonsultasjoner og at det har økt på med digital samhandling. Bruk av Skype og lignende verktøy har blitt tatt mer i bruk når det har vært behov for veiledning eller møter med personale som er rundt pasienten. En av informantene i spesialisthelsetjenesten forteller at det tidligere var slik at en måtte møte pasientene fysisk for å kunne opprette pasientjournal, men at det er gjort endringer de siste månedene; «*Men på grunn av korona så har myndighetene gjort om på regelverket sånn at du kan faktisk ta det på telefon, eller en videokonferanse da.*» (informant 1).

Samme informant sier at slik kommunikasjon har fungert greit i disse tider, men at det ikke helt kan erstatte det å møte pasienten fysisk, eller å ha veiledning av personale i fysiske møter. Hun beskriver at fysiske møter gir en helt annen dynamikk i oppfølging og veiledning, og at dette derfor er å foretrekke.

Informanter fra spesialisthelsetjenesten mener at det har blitt noe færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten i starten av koronapandemien, men at det på tidspunktet for gjennomføring av intervju i desember 2020 var på vei til å normalisere seg. En av informantene på sykehuset sa at en av grunnene til reduksjonen i starten kunne være at en fra kommunen sin side ikke ønsket å sende pasienter fra seg, og siden de heller ikke ville eller kunne ha fysisk besøk, så ble det færre henvisninger. En sier det slik; «*Det har ikke vært så voldsomme ventelister egentlig nå.*» (informant 3). Hun forteller også at de har hatt litt færre pasienter inne i døgnpast samtidig enn tidligere for å kunne overholde smittevernreglene om avstand. Opplevelsen er at det er på vei til å normalisere seg i forhold til antall pasienter de

samarbeider med kommunen om poliklinisk, men at en i døgnpast fortsatt har færre pasienter på grunn av anbefalingene om avstand.

«*Hadde det ikke vært for koronaen, så hadde de jo kommet ut fra DPS*» (informant 5) forteller en som eksempel på hvordan samarbeidet rundt enkeltpasienter har vært annerledes i månedene etter at Norge stengte ned i mars 2020. En annen forteller at møter med spesialisthelsetjenesten blir via nettmøter, med personalet, men at det er noe helt annet enn at de kommer og ser pasienten.

En av informantene i sykehjem synes det er utfordrende at spesialisthelsetjenesten på grunn av begrensningene i muligheten til å møtes fysisk i noen tilfeller har vært fullstendig avhengige av hva sykehjempersonalet formidler om pasienten. «*Nei, jeg stiler spørsmål ved det. Så... Nei, det er helt feil.*» (informant 4). Samtidig så sier hun at hun ikke kan si at koronapandemien har påvirket samarbeidet på noen annen måte.

En sier at de i deres sykehjemsavdeling ikke hadde hatt de aller mest utfordrende pasientene å samarbeide med spesialisthelsetjenesten under pandemien, men at hun så for seg hvor vanskelig samhandlingen kunne blitt dersom dette hadde vært situasjonen ved et par tidligere tilfeller;

*Vi hadde faste kvartalsvise møter på sykehuset, både med leger fra sykehuset og kommuneoverlegen var med og vi var med. Det hadde ikke vært lett å få til i dag når vi ikke skal samles så mange. Så hadde det vært nå, så hadde det vært noe som ikke hadde vært gunstig for pasienten.* (informant 6).

En av informantene på sykehjem sier at det er mindre dødsfall enn normalt under pandemien, og at hun tror at det derfor er pasienter som burde fått plass på sykehjem, men som ikke får det.

Reduksjon av tilbud til hjemmeboende pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem under pandemien var en av informantene opptatt av;

*Vi merker at det er mange som har hatt gode tilbud som for eksempel dagsenter som ikke får det. Og da er det en mye større belastning for pårørende.... Og jeg tenker, den gode samtalen. Hvem er det som har den med pasientene nå?* (informant 2).

Informanten sier at hun vet om pasienter som har kommet på sykehjem på grunn av bortfall av andre tjenester, og at dette er noe en burde ha klart å unngå.

Det er ingen av informantene som forteller om at de vet om pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem på sykehjemmene som ikke har fått nødvendig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, bortsett fra det som blir sagt om at samtaler med personalet rundt pasienten ikke kan erstatte de fysiske møtene.

## 5. Drøfting

Hensikten med studien min var å se på samarbeid mellom to tjenestenivåer, sykehjem og spesialisthelsetjeneste, i arbeidet rundt eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem. Mye av det informantene beskriver når det er spørsmål om erfaringer med dette samarbeidet er relatert til måten tjenestene er organisert, til kapasitet og kompetanse. Jeg har valgt å se på funnene fra intervjuene sett i lys av teorier om samhandling, samstyring og institusjonelt perspektiv. Hovedfunnene i min studie er at den store variasjonen i hvordan kommunene organiserer tjenestene sine, og hvordan de bruker sykehjemsplasser til denne pasientgruppa, har innvirkning på samarbeid med spesialisthelsetjenesten. På grunn av at kommunene har tildelingskontor, så går mye kommunikasjon gjennom dem i stedet for direkte mellom aktørene. Det kommer også fram at en opplever at fysiske møteplasser er klart best når det gjelder oppfølging av pasientene de samarbeider om, dette gjelder både observasjon av pasientene og kommunikasjon mellom aktørene. Telefon og digitale verktøy blir pekt på som et viktig og bra supplement, og det har vært helt avgjørende for mulighetene til samhandling gjennom månedene med koronapandemi. Et annet funn er at det er en variasjon i hvilken kompetanse som finnes på området rus og psykisk helse, og at kommunene har behov for økt kompetanse på området. Både kompetanse og fysisk avstand mellom det enkelte sykehjem og spesialisthelsetjenesten ser ut til å ha påvirkning på hvordan samarbeid foregår.

### 5.1 Funn sett i lys av institusjonelt perspektiv

Oppfatningen av hva et sykehus eller et sykehjem er, og hva de skal inneholde av tjenestetilbud, er ikke uttrykt eksplisitt av noen av informantene, men forståelsen hver enkelt av dem har av dette vil ligge underforstått i informantenes utsagn om organisering av tjenestene. Når informantene snakker om hvorvidt pasientene er på rett sted eller ikke, så kan meningen de har om dette være et uttrykk for hvordan de definerer innholdet i disse institusjonene (Bukve, 2012).

#### 5.1.1 Den regulative søylen

Funnene i denne studien viser at det er noe uenighet om hvem som har fordelene og ulemper med innføringen av samhandlingsreformen. Mens spesialisthelsetjenesten kan oppleve at

kommunene har en fordel med at de kan nekte å ta imot pasienter som er meldt utskrivningsklare, så opplever informantene fra sykehjem at pasienter blir skrevet ut for tidlig.

Informanter i sykehjem problematiserer også at kommunene ikke har anledning til å bruke psykisk helsevernloven i sin utøvelse av tjenester til denne pasientgruppa, og at dette får innvirkning på samarbeidet mellom tjenestenivåene. På den ene siden så fører det til at sykehjemmene må samarbeide tett med spesialisthelsetjenesten i tilfeller der det er nødvendig med tvangsmedisinering av pasienter som bor på sykehjem når dette ikke kan hjemles i Pasient – og brukerrettighetslovens §4A. På den andre siden så forteller informanter i sykehjem at de opplever at de har hatt andre vurderinger av pasientens evne til å samtykke, slik at pasienter som har hatt vedtak om tilbakeholdelse i institusjon når de var innlagt i spesialisthelsetjeneste ikke lenger kan ha det når de er flyttet til sykehjem.

Mye av samarbeidet mellom sykehjem og spesialisthelsetjenesten er regulert av formelle avtaler, slik samhandlingsreformen beskriver, og i behandlingen av eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem så har spesialisthelsetjenesten og kommunene ulike ansvarsområder, jf. Opptrappingsplan for psykisk helse fra 1998. Samarbeidsavtalene som kommuner og spesialisthelsetjenestene har utarbeidet er en form for institusjonalisering av felles normer, noe som gjør at samarbeidet om disse pasientene bærer preg av å bli gjort i et nettverk (Bukve, 2012).

Funn i studien viser at når det gjelder samhandling rundt utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten så kan formell regulering være avklarende og på samme tid skape frustrasjon (Scott, 2008). Informantene i sykehjem opplever at spesialisthelsetjenesten noen ganger skriver ut pasientene for fort fordi de har en ensidig definisjonsmakt på når pasienten er utskrivningsklar, mens informantene i sykehus har erfart at kommunene har makt til å si nei til å ta imot pasienter dersom de mener de ikke kan tilby de tjenestene pasienten har behov for. Strandos (2014) beskriver det samme som jeg ser i min studie, at selv om samhandlingen er regulert i avtaler, så er det slik at aktørene i samhandlingen er selvstendige organisasjoner og ikke kan ta avgjørelser for den andre.

### 5.1.2 Den normative søylen

Informantene i studien har ulik opplevelse av hvordan det er riktig og viktig å samarbeide rundt eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem. Informantene i sykehjem uttrykker at de ser fordelene med at pasientene blir behandlet der de bor og ønsker enda mer

samarbeid i form av at spesialisthelsetjenesten kommer oftere ut til dem. Samtidig sier de at flere burde få døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. På den andre siden uttrykker informantene i spesialisthelsetjenesten at oppfølging i enda større grad burde foregå der pasienten bor, og at tilretteleggingen for å få dette til i sykehjemmene må bedres. Forskjellen i hvordan sykehjemmene legger til rette for samarbeidet ser ut til å henge sammen med forskjell i både organisering og kompetanse, der noen avdelinger er tilrettelagt mens andre ikke er det, og hvilken kompetanse som fins er varierende. Disse funnene samsvarer med det Brødholt (2014) fant i sin studie om samarbeid mellom tjenestenivåene. Informantene i min studie arbeider pasientnært, mens Brødholt (2014) informanter var i lederstillinger, men funnene knyttet til at organisering og kompetanse i sykehjemmene er av betydning er sammenfallende selv om informantene har ulik innfallsvinkel.

Forskjellen i kommunenes mulighet til å organisere spesialiserte tjenester i sykehjem litt avhengig av kommunestørrelse, kommer også fram i studien. Små kommuner har sjelden mulighet for å ha tilbud med stor grad av spesialisert kompetanse i egne avdelinger og gir derfor tjenester til pasientgruppa i vanlige avdelinger (Tingvoll og Magnussen, 2018). Fra informantene i sykehjem så kommer det fram at deres avdeling har fått rykte på seg for å klare å håndtere de av disse pasientene som oppleves som vanskelige case. Det har gradvis utviklet seg en praksis for hvordan de organiserer tjenestene til disse pasientene i de respektive kommunene, der det i den minste kommunen i stor grad blir brukt korttidsavdeling eller vanlig demensavdeling, mens den største kommunen har organisert en mer spesialisert gruppe (Bukve, 2012).

Studien viser at terskelen for å bli innlagt i døgnavdeling er høy. Informantene beskriver både et gjensidig ønske om å følge opp pasientene der de bor, men også at spesialisthelsetjenesten tar imot de pasientene som sykehjemmene ikke klarer å håndtere. Selv om en opplever at en er enige om at det er positivt for pasientene å få oppfølging der de bor, så blir det uttrykt at det er for få som får mulighet til innleggelse. At terskelen for å få plass til eldre med psykiske sykdommer eller rusproblemer i spesialisthelsetjenesten er høy er vist i tidligere studier (Jensen og Rekve, 2014; Næss og Nesvåg, 2017).

For alle informantene blir det trukket fram at kompetanse, både formell utdanning og erfaringskompetanse, er viktig for å kunne gi gode tilbud til pasientene. Alle formidler likevel at den formelle kompetansen ikke kan komme alene, men må komme i tillegg til gode interne rutiner, normer og verdier i avdelingene på både sykehus og sykehjem. De ansattes holdninger



og motivasjon for å arbeidet med pasientgruppa er viktig for å sikre god samhandling (Scott, 2008; Strandos 2014).

Når informantene fra sykehus trekker fram at det er utfordrende å samarbeide med så mange forskjellige kommuner så er det naturlig. Både har primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten nivåspesifikke rutiner, men i tillegg til dette har også sykehjemmene som informantene i spesialisthelsetjenesten samarbeider med forskjellige kulturer og rutiner, selv om de er på samme nivå (Strandos, 2014). Det vil være naturlig å tenke at dette kan gi utfordringer for spesialisthelsetjenesten og at informantenes forventninger til hvordan samarbeidet kan være med de enkelte sykehjem kan være farget av erfaringer med samarbeid med andre sykehjem.

### 5.1.3 Den kulturelt – kognitive søylen

Funnene fra denne studien viser at det er en forholdsvis stor forskjell på den formelle kompetansen på rus og psykiske lidelser mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem, men også mellom ulike sykehjem. Forskjellene ser ut til å komme av grad av spesialisering; i alderspsykiatrisk avdeling i sykehus er det krav til relevant videreutdanning eller erfaring for å kunne jobbe der, mens det ikke er det i sykehjemmene. I tillegg ser en at det er forskjell på hvordan sykehjemmene prioriterer kompetanseheving innenfor dette feltet etter hvor spesialisert avdelingene kan sies å være. Når det gjelder kunnskap om rus, så er det felles for tjenestenivåene at det er få som har formell kompetanse på det. Informantene i sykehjem sier at de møter en del pasienter med alkoholavhengighet, men sjeldnere annen rusavhengighet. Det kommer fram at det skal være store atferdsproblem knyttet til rus for at det blir aktuelt med tilbud i spesialisthelsetjenesten for eldre pasienter. Næss og Nesvåg (2017) viser til lignende funn når de arbeidet med en rapport om opptrappingsplan for rusfeltet. De sier at eldre får mindre oppfølging for sin avhengighet.

Ulikt kompetansenivå kan gi et kunnskapshierarki der det blir opplevd at spesialisthelsetjenestens kunnskap er viktigere enn det sykehjemmet har, noe som kan påvirke hvordan aktørene samarbeider (Strandos, 2014). Informanter fra begge tjenestenivå gir eksempler som kan være påvirket av dette. Når informantene fra sykehuset forteller at de i veiledning på sykehjem finner at personalet der faktisk egentlig vet hvilke tiltak de skal sette i verk for en pasient, så kan det være et tegn på at de ikke stoler på egen kompetanse før det er vurdert av noen de ser på som høyere i et slikt kunnskapshierarki. Når fysiske møter blir

fremhevet som bra, så ligger det også at dette er planlagte møter og det oppleves som det som gir best effekt på samarbeidet. Når samhandling blir satt i system, så styrker det kompetansen for begge tjenestenivåene (Hoff, Jensen og Eriksen, 2017).

Informantene i min studie har alle til felles at de har den samme grunnutdanningen som sykepleiere, noe som legger til rette for at de har et godt grunnlag for å kunne samarbeide. De har et felles fagspråk i sin profesjon, noe som kan gi en felles forståelse for hvordan ting skal gjøres (Strandos, 2014). På den annen side så kommer de fra forskjellige arbeidsplasser, fra forskjellige institusjoner, som hver har sine egne rutiner og kulturelle systemer som da skal kobles sammen i dette samarbeidet (Scott, 2008).

## 5.2 Funn sett i lys av samhandlingsteori

I samhandlingsprosessene som foregår mellom tjenestenivåene vil en finne elementer av flere av de typologiene for samhandling som Erlend Vik (2018) har utarbeidet.

Typologien relasjonelt samarbeid finner vi eksempler på når informantene forteller om at det finnes gode møteplasser i samhandlingen rundt eldre med psykiske lidelser og/eller rusproblem som bor på sykehjem. Fysiske møter i form av at ansatte fra spesialisthelsetjenesten reiser ut til sykehjemmene for å observere pasienter eller veilede ansatte blir trukket fram som spesielt positive og nyttige, både fra informanter i sykehjemmene og fra spesialisthelsetjenesten. Alle har en oppfatning av at denne måten å jobbe på er riktig, men det kommer også fram gjennom det informantene forteller, at det ligger mye arbeid bak å sikre at disse møtene blir gode og effektive. Samhandling som blir satt i system styrker kompetansen og sikrer at det er sammenheng i tjenestene til pasientene (Hoff, Jensen og Eriksen, 2017)

Informantene fra spesialisthelsetjenesten forteller at det er varierende hvordan det blir lagt til rette for møtene i sykehjemmene, og at engasjementet fra ledere på sykehjemmene er avgjørende. Der lederen er engasjert, og det blir prioritert at ansatte får delta i veiledninger i tillegg til at det er en kultur for å følge opp tiltak slik en er blitt enige om, så oppleves samhandlingen som god. Der leder ikke er nok involvert kan det fort bli at arbeidet ikke blir prioritert. Når informantene forteller om forskjeller i oppfølging av forskjellige pasienter så viser de gjerne til hvilken kultur de ulike sykehjemmene har for å prioritere arbeidet, noe som er et eksempel på det Scott (2008) beskriver som den normative søylen i institusjonene.

I tillegg beskriver en informant fra spesialisthelsetjenesten at det oppleves positivt når sykehjemmene legger til rette for hospitering i døgnpost før utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten og til sykehjemmet. Disse eksemplene viser en form for horisontalt samarbeid mellom tjenestenivåene som er nødvendig for å skape gode tjenester til pasientene. (Axelsson og Axelsson, 2006). Det er viktig å ha god kommunikasjon mellom behandlingsnivåene slik at tjenestene blir godt koordinert og tiltak som settes i gang blir fulgt opp. I disse møtene oppgir informantene at dialogen i hovedsak er god, noe som fører til at de utvikler en gjensidighetskunnskap. Denne utviklede gjensidighetskunnskapen er viktig i denne formen for samarbeid, som Erlend Vik (2018) beskriver som en idealform.

Det informantene mine forteller viser at det finnes gode eksempler på relasjonelt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem om eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem, selv om ikke alle elementer i samarbeidet alltid er av denne typen. Hva informantene trekker fram som eksempler bærer preg av at de kan sies å være fra forskjellige kulturer og at de har ulike forståelsesrammer i kraft av at de arbeider i to forskjellige typer institusjoner med definerte oppgaver og roller (Bukve, 2012; Axelsson og Axelsson, 2006).

I studien kommer typologien operasjonelt lukket samarbeid (Vik, 2018) fram gjennom eksempler på at det er ulikt syn på hva som er viktig og hvilken forståelse som skal ligge til grunn for videre behandling og samarbeid rundt pasientene, selv om det er fysiske møter mellom de ulike aktørene. Ett eksempel er når informantene snakker om bruk av medikamenter. Selv om det totalt sett tyder på at sykepleierne opplever at en skal bruke behovsmedisinering ved uro og utagering, så kan det virke som om informantene i spesialisthelsetjenesten oppfatter det som om at sykehjemmene ønsker en større grad av medisinering enn det de tenker er riktig, mens informantene i sykehjemmene mener at selv om spesialisthelsetjenesten er dyktige på feltet så er de også noen ganger for restriktive. Dette kan vises igjen i at selv om en etter at spesialisthelsetjenesten har vært ute i sykehjem og vurdert pasienten og gjort medikamentendringer, så har en på sykehjemmet i noen tilfeller relativt raskt endret medisineringen igjen på grunn av store utfordringer.

Fra informantene i spesialisthelsetjenesten kommer det også fram at det er ulik prioritering for oppfølging av de fysiske møtepunktene, slik som ved veiledning av personale ute i sykehjem. Det fortelles om avtaler om veiledningsmøter der svært få har møtt, og det fortelles om at det er utarbeidet tiltaksplaner som det ved oppfølgingssamtaler viser seg ikke er blitt brukt som forutsatt. Men så fortelles det at det etter hvert i en samarbeidsprosess som regel blir et økende engasjement hos de ansatte, og lederne ute på sykehjem ser nytten av veiledning og

tiltakene og derfor begynner å prioritere og legge til rette for gjennomføring. Informantenes erfaringer som går på utfordringer og utvikling i samarbeidet i situasjoner der aktørene møtes fysisk kan sies å være det Vik (2018) beskriver som et operasjonelt lukket samarbeid i prosessen på vei mot å bli et relasjonelt samarbeid.

Informantene i studien forteller at de også samarbeider med det andre tjenestenivået via kommunenes tildelingskontor. Kommunikasjon og samarbeid gjennom kommunale tildelingskontor er det tydeligste eksempelet på det Vik (2018) benevner som koordinert oppgavefordeling, og er en av de tiltakene som de fleste kommuner har opprettet som svar på en del av samhandlingsreformen (Aarseth et al., 2015). Tildelingskontorene trekkes fram av både informantene fra spesialisthelsetjenesten og informantene fra sykehjemmene som et mellomledd når det gjelder utskriving til sykehjem av pasienter som er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Tildelingskontorets oppgave i en kommune er å sørge for at de som skal ha helse – og omsorgstjenester får det de har krav på, samtidig som de skal fordele den knappe ressursen som sykehjemsplasser ofte er. Informanter fra spesialisthelsetjenesten sier de har forståelse for at det kan være mangel på sykehjemsplasser, men uttrykker også at de kan oppleve kommunikasjonene med tildelingskontor som utfordrende, og at mangelen på tilrettelagte sykehjemsplasser burde gjøres noe med.

Slike tildelingskontor kan virke som eksempel på det Jacobsen (2014) beskriver som at når en formaliserer deloppgaver i oppfølgingen av helsetjenestene til pasienter, så er det en fare for at en kan bli forsvarer for sin sektor mer enn en samarbeidspart. Informantene i spesialisthelsetjenesten synes noen ganger at samarbeidet med tildelingskontorene er utfordrende, spesielt når vurderingene som blir gjort på sykehuset av hva pasientene trenger ved utskriving ikke blir tatt hensyn til.

Kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og tildelingskontoret går mye via PLO-meldinger mellom fagsystemene, slik Vik (2018) viser til at IKT- verktøy er eksempel på hvordan en samhandler når det er koordinert oppgavefordeling. Fysisk avstand krever at en har gode systemer og rutiner for kommunikasjon, noe de siste års utvikling av ulike IKT-verktøy har bedret mye. Denne utviklingen i kommunikasjonsmuligheter har fått en ekstra puff nå under koronapandemien når fysiske møteplasser har blitt redusert til et minimum en lang periode.

Den økende spesialiseringen i helsetjenestene fører også til en fragmentering av tjenestene, noe som krever en større grad av koordinering i samarbeidet om å gi pasientene gode

helsetjenester (Axelsson og Axelsson, 2006). Det ligger en klar forventning fra myndighetene til at tjenestenivåene skal koordinere og samarbeide til beste for pasienten, uttrykt gjennom Samhandlingsreformen. Erlend Vik (2018) beskriver at samhandlingsreformen slik er et eksempel på hvordan oppgavefordelingen er preget av samtidig avstand og sammenkobling i slik koordinert oppgavefordeling.

Informanter i spesialisthelsetjenesten forteller at de har 19 kommuner å samarbeide med, som til dels organiserer tjenester til pasientgruppa på forskjellig måte, noe som kan være utfordrende for spesialisthelsetjenesten å forholde seg til i det daglige. Informantene fra sykehjem bekrefter at kommunene gir sykehjemstjenester til pasientgruppa på forskjellig måte, der den ene kommunen har avdelinger som er noe lagt til rette for å ta imot pasienter med slik utfordring, mens i den andre er det litt mer tilfeldig og de som kommer inn kommer ofte på en korttidsavdeling først. Denne forskjellen i organisering samsvarer godt med funn Tingvoll og Magnussen (2018) gjorde når de så på kommuners forskjellige organisering av sykehjem, ved at store og små kommuner organiserer seg forskjellig. Det samme fant både Helgesen og Hansen (2014) og Aarseth et al. (2015) når de undersøkte hvordan Samhandlingsreformens virkemidler påvirket hvordan kommunene organiserte helsetjenestene.

Informanter fra spesialisthelsetjenesten beskriver at det kan oppstå parallelle forløp for disse pasientene innad i spesialisthelsetjenesten, med innenfor psykiatrien og ett innenfor somatikken. I tillegg til de uttrykte ulempene for pasientene, så kan slike parallelle forløp føre til dobbeltarbeid for tjenestene (Jacobsen, 2004). For å bøte på dette så gjør helseforetaket der mine informanter jobber en endring i organiseringen og slår sammen flere avdelinger til en eldre medisinsk avdeling.

I noen tilfeller så kan en se at selv om oppgavefordelingen og ansvarsområdene er beskrevet, så er det ingen fasit. Det er pasienter som ikke passer inn i disse rammene som er satt for samarbeidet, og det Jacobsen (2004) forklarer som gråsoner oppstår. Ett eksempel på dette er når informantene forteller at kriteriene for å bli tatt inn i alderspsykiatrisk avdeling er at en er nysyk og over 65 år. I praksis så viser det seg at pasienter som enten har vært syke i mange år og er blitt eldre, eller pasienter som får psykiske symptom i tillegg til en demenssykdom og som er under 65 år, også kan bli henvist til avdelingen.

Slike gråsoner oppstår også rundt pasienter med langvarig psykisk sykdom som en ikke har klart å håndtere i pasientens eget hjem ved akutte sykdomsepisoder og som derfor har hatt

hyppige og/eller lange sykehusopphold. Som informantene sier så er det flere av disse pasientene får et bedre totaltilbud og en bedret livskvalitet ved å få institusjonsplass. Når informantene forteller om pasienter med rusproblemer ser en også disse gråsonene (Jacobsen, 2004) i den forstand at eldre pasienter sjelden blir henvist til spesialisthelsetjenesten for sin avhengighet, men får tilbud om sykehjemsplass og oppfølging av rusproblemer der. En av informantene fortalte at det ble forskjellig oppfølging av pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblemer avhengig av alder. Dette samsvarer med det Næss og Nesvåg (2017) fant i sin studie.

Variasjonen som blir beskrevet av informantene om kommunenes organisering av tilbud, forskjellen i kompetanse i ulike sykehjem og mellom tjenestenivåene og variasjon i bruken av poliklinisk oppfølging og innlegging i døgnavdeling, viser at det kan være andre forhold enn pasientens spesifikke symptombilde som avgjør hvordan sykehjem og sykehus samarbeider om pasientgruppa.

### 5.3 Funn sett i lys av styringsvirkemidler i samstyring.

Informantene fra begge tjenestenivå er opptatt av at eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem som bor i sykehjem skal få gode helsetjenester. Alle informantene forteller om pasienter med krevende symptombilde og behov for at både spesialisthelsetjenesten og sykehjemmene er aktive i utforming av tiltak for at tilbudet skal bli godt nok. Flere informanter forteller at utfordringer med psykiske lidelser eller rusproblemer hos sykehjemspasientene ofte kommer som et tillegg til en somatisk sykdom eller demenssykdom og sjelden i seg selv er årsaken til at de får en langtidsplass. Det informantene forteller om den forskjellige organiseringen av tilbudet til disse pasientene i kommunene samsvarer godt med tidligere studier som er gjort på hvordan kommunene organiserer helsetjenester etter samhandlingsreformen (Brødholt, 2014; Tingvoll og Magnussen (2014) og Aarseth et al. (2015)).

Selv om kommune og spesialisthelsetjeneste skal være likeverdige, så kommer det fram at ikke alle informantene alltid opplever det slik i samhandlingen. Her vises det til eksempler både på definisjonsmakt i samarbeidet ved utskriving og kompetanseforskjeller som gir utslag på hvordan en kommuniserer. Dette samsvarer med det Aarseth et al. (2015) fant i sin studie.

Flere studier (Helgesen og Hanssen, 2014; Aarseth et al. (2015) har vist at både juridiske, økonomiske og pedagogiske virkemidler som er lagt til grunn for samarbeid mellom tjenestenivåene gjennom samhandlingsreformen er klart samstyringsorienterte. I min studie ser vi dette ved at alle informantene er klar over avtalene som er pålagt utarbeidet mellom helseforetak og kommuner, og som er blitt en integrert del av hvordan en jobber. Alle juridiske føringer for utøvelsen av helsetjenester til eldre med psykiske lidelser og /eller rusproblem virker likevel ikke som samstyringsorienterte virkemidler i praksis. I studien min kommer det fram at det til tider er store utfordringer rundt bruken av lovverk opp mot pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem, siden kommunene ikke har anledning til å bruke Psykisk helsevernloven (1999).

De økonomiske styringsvirkemidlene som ligger spesifikt i samhandlingsreformen blir ikke nevnt av mine informanter, men ligger som et bakteppe for min forståelse når noen av dem snakker om at kommunene kan nekte å ta imot pasienter som er meldt utskrivningsklare fra sykehus. Bøter som dette er ett eksempel på økonomiske incentiver som er med på å påvirke hva aktørene ser på som mest fordelaktig å gjøre når de organiserer helsetjenestene (Helgesen og Hanssen, 2014; Aarseth et al., 2015).

Kommuneøkonomi er relevant for vurdering av hvordan det er mulig å få til samstyring, og for hvordan en ser på kommunenes bruk av disse styringsvirkemidlene. Flere informanter nevner kommunens økonomi som en faktor for hvorfor kompetanseheving på psykisk helse og rusproblematikk ikke er prioritert og for hvorfor tjenesten til pasientgruppa ikke er optimalt organisert. Ut fra min kjennskap til kommunenes organisering og økonomi, så utleder jeg ut fra informantenes utsagn at det ikke er økonomisk fordelaktig å gjøre dette for kommunene (Helgesen og Hanssen, 2014). På den andre siden så har det i forbindelse med definerte satsingsområder i helsetjenestene også vært en satsing på kompetanse og det har vært mulig å søke midler til dette. Når informantene opplever å ha fått bra støtte til utdanning fra arbeidsgiver så henger dette oftest sammen med at det foreligger pedagogiske virkemidler som stortingsmeldinger og veiledere som beskriver satsingsområder, med dertil hørende økonomiske incentiver for å få satsing på økt kompetanse. (Helgesen og Hanssen, 2014).

De tidligere nevnte fysiske møtene mellom aktørene i samarbeidet rundt pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem i sykehjem er, sammen med de formelle avtalene som foreligger mellom tjenestenivåene, et godt utgangspunkt for å få på plass gjensidig kunnskap

og legge til rette for at dialogen mellom sykehjem og sykehus blir kunnskapsbasert. Slik kan en jobbe mot å få til en optimal horisontal samstyring som Røiseland og Vabo (2016) beskriver.



## 6. Konklusjon

Hensikten med studien var å se på hvilke erfaringer ansatte i spesialisthelsetjenesten og sykehjem hadde rundt samarbeid for å sikre at eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem får gode tjenester.

Funnene viser at pasientgruppa eldre med psykiske lidelser og/eller rusproblem er ei sammensatt gruppe, og at tjenestene til eldre med slike utfordringer er forskjellig organisert i ulike kommuner. Dette gjør at samarbeid mellom tjenestenivåene kan blir utfordrende. Den store variasjonen gjør at måten en samarbeider på også må være forskjellige for å sikre at helsetjenestene for hver enkelt pasient blir gode. Også når det gjelder samarbeid innad i kommunene så er det utfordringer knyttet til organisering, noe som igjen kan påvirke hvordan hver enkelt kommune samarbeider med spesialisthelsetjenesten.

Videre viser funnene at fysiske møter mellom aktørene i samhandlingen er det som oppleves å gi det beste grunnlaget for god samhandling, men at det i perioden med pandemi har vært en økning i bruk av telefonkonsultasjoner og digitale verktøy for å klare å opprettholde et samarbeid når fysiske møter ikke var mulig.

Funnene viser også at kompetansenivået hos de som jobber med pasienten er viktig for hvordan en føler en klarer å følge opp tiltak rundt pasienten. Videre viser funnene at det er behov for en satsing på kompetanseheving på feltet rus og psykiske lidelser, spesielt på sykehjemmene der det var lite formell kompetanse.

Samhandlingsreformens inntreden har både sikret at en har avtaler om hvordan en skal samarbeide, men også at en har en opplevelse av at det har ført til mer rigide grenseganger for når oppfølging av pasienten er det andre tjenestenivået sitt ansvar.

Ingen av mine informanter ga uttrykk for dårlige holdninger til pasientgruppa, noe en kan se som interessant i forhold til pasienter med rusproblem, da en ofte tenker at det er en risiko for at folk kan ha en negativ innstilling til pasienter som har slike utfordringer. Kan dette være tegn på bedring i forhold til holdninger generelt i samfunnet eller er det fordi informantene mine har erfaring fra møter med personer i en slik situasjon og har en viss form for innsikt? Det kan også være at dette ikke nødvendigvis er noe som kan sies om holdningene til alle som arbeider med pasientgruppa, men at det kan være sannsynlig at de har gode holdninger siden de har sagt ja til å dele sine erfaringer og bidra til studien.

Etter studien sitter jeg igjen med to ting jeg undrer meg over og som kunne vært undersøkt nærmere. Det ene er om det er slik at det er andre ting enn pasientens symptombylde som har noe å si for om pasienten får oppfølging av spesialisthelsetjenesten poliklinisk eller ved innleggelse i døgnpost, slik som kompetanse i de ulike sykehjemmene eller reisetid mellom sykehjem og sykehus. Det andre jeg lurer på er om erfaringer fra samarbeidet spesialisthelsetjenesten har med noen kommuner og sykehjem bevisst eller ubevisst kan påvirke hva de forventer av samarbeid med andre sykehjem.

## Litteraturliste

- Axelsson, R. & Axelsson, S.B. (2006) *Integration and collaboration in public health – a conceptual framework*. Gøteborg, International Journal of Health Planning and Management
- Bukve, O. (2016), *Forstå, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitskaplege forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bukve, O. (2012) *Lokal og regional styring – eit institusjonelt perspektiv*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Brødholt, M. (2014) *I disse samhandlingstider: Hvordan møter sykehjem i Bergen kommune de interorganisatoriske samhandlingsutfordringene med et stadig økende antall psykiatriske og/eller rusmiddelavhengige pasienter, sett i lys av samhandlingsreformens krav til helhetlig behandling?* (Masteroppgave) Høgskulen i Sogn og Fjordane
- Helgesen, M. K. og Hanssen, G. S. (2014) Kommunalt handlingsrom etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for velferdsforskning* (2014) 3 s. 41 – 53.
- Helse – og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld.nr 47 (2008 – 2009)) Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse – og omsorgsdepartementet (2019) *Nasjonal helse og sykehusplan 2020 – 2023*. (Meld. St. 7 (2019 – 2020)) Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse – og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m. (LOV – 2011 – 06 – 24 – 30) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelselov>
- Hoff, A., Jensen, L. H. og Eriksen, S. (2017) Samhandlingsmøter ved pasientoverganger fra alderspsykiatrien. *Sykepleien Forskning* 2017, Vol 12.
- Jacobsen, D. I. (2004) Hvorfor er samarbeid så vanskelig. I Repstad, P. (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. (s. 75-84). Oslo:Universitetsforlaget.
- Jensen, L. H. og Rekve, K. H. (2014) PASSUS: Pasientorientert samhandling ved utskriving til sykehjem. *Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold* 5/2014
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Næss, O. og Nesvåg, S. (2017) Vurdering av helsetjenester for eldre med alkoholrelaterte problemer: Hva virker og hva kan bli bedre? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2017, Vol34 (1), s. 91-96

Psykisk helsevernloven (1999) Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV – 1999 – 07 – 02 – 62) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Rienecker, L og Stray Jørgensen, P. (2013) *Den gode oppgaven* Oslo:Fagbokforlaget

Røiseland, A. og Vabo, S. I. (2016) *Styring og samstyring – governance på norsk*.

Bergen:Fagbokforlaget

Scott, W. R. (2008) *Lords of the Dance:Professionals as Institutional Agents*. (s. 219 – 238)

Los Angeles: Organization Studies 29 (02)

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m. m. (LOV – 1999 – 07 – 02 – 61) Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjeneste)

[61?q=spesialisthelsetjeneste](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjeneste)

Sosial – og helsedepartementet (1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998* (St. prp. nr. 63 (1997 – 1998)) Hentet fra

<https://www.regjeringen.no>

Strandos, Marta (2014). Samhandling ved sjukehusinnlegging av sjukeheimspasientar. Bukve, O. og Kvåle, G., *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (s. 137 – 149). Oslo: Universitetsforlaget.

Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. 5. utgave. Bergen:Fagbokforlaget

Tingvoll, L. og Magnussen, S. (2018) Økt spesialisering og differensiering i sykehjem, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2018 (02), s. 153-164.

Vik, Erlend (2018) Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*. Universitetsforlaget årgang 21 nr 2 2018. s. 119 – 147.

Aarseth, T., Bachmann, K. E., Gjerde, I. og Skrove, G. K. (2015) Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier* 2015 (3) s. 109 – 133.

## Vedlegg 1: NSD sin vurdering

### **Prosjekttittel**

Samarbeid mellom sykehjem og sykehus rundt pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblemer

### **Referansenummer**

348874

### **Registrert**

25.10.2020 av Esther Aasen Bjelland - 114699@stud.hvl.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Anne Marie Sandvoll, anne.marie.sandvoll@hvl.no, tlf: 57677631

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

Esther Aasen Bjelland, esther.aasen.bjelland@stord.kommune.no, tlf: 97552097

### **Prosjektperiode**

01.11.2020 - 30.06.2021

### **Status**

29.10.2020 - Vurdert

### **Vurdering (1)**

**29.10.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.10.2020 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i meldeskjemaet. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. TAUSHETSPLIKT Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet

(art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. **OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD** vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!  
Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø Tlf. Personverntjenester:  
55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 2: Vil du delta i forskningsprosjektet

Samarbeid mellom sykehjem og sykehus rundt pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblemer

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om hva som skal til for å sikre at samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten rundt eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem blir best mulig. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Målet med dette masterprosjektet er å få kunnskap om hva som skal til for å sikre at samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten rundt eldre pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem blir best mulig. Jeg ønsker å finne ut hva slags behandling og vurdering pasienter med psykiske lidelser og/eller rusrelaterte helseproblem som bor i sykehjem får. Fokus på denne pasientgruppa er relativt ny i vanlige sykehjem, da en tidligere hadde egne sykehjem for pasienter med psykisk sykdom og pasienter med aktive rusproblem svært sjelden ble vurdert til å kunne få en sykehjemsplass. Jeg ønsker å finne ut hva slags erfaringer informantene har med samhandling/samarbeid og erfaringer med denne pas gruppa. I tillegg ønsker jeg å se på om spesialisering og differensiering i tjenestene gjør noe med kompetansebehovet i de ulike delene av tjenestene og hvordan dette kan påvirke samarbeidet mellom nivåene.

Jeg har to problemstillinger jeg vil søke å finne svar på i arbeidet med masteroppgava;

- Hvilke erfaringer har ansatte i sykehjem og sykehus rundt samarbeid om pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblemer?
- Hvilke erfaringer har ansatte i sykehjem med hensyn til kompetanse knyttet til økt spesialisering?

Jeg vil intervju informanter i både spesialisthelsetjeneste og kommune. Når prosjektet blir avslutta så blir innsamlede data slettet.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i fordi du arbeider i enten et sykehjem eller en avdeling i spesialisthelsetjenesten som samarbeider med hverandre om å gi helsetjenester til pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblem og som bor i sykehjem.

Det er avklart med ledelsen ved din arbeidsplass at du blir kontaktet og spurt om å delta i prosjektet.

### Hva innebærer det for deg å delta?



Hvis du velger å delta i prosjektet så innebærer det at jeg vil møte deg og gjennomføre et intervju som kan ta cirka 1 time. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet. Opptakene vil bli lagret på sikker måte og blir slettet når prosjektet er ferdig. Data som blir brukt i oppgaven blir anonymisert.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun jeg som student og min veileder som vil ha tilgang til opplysningene.

For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysninger vil jeg erstatte navnet ditt og kontaktopplysninger med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet fra intervjuet vil bli lagret på sikker forskningsserver hos Høgskulen på Vestlandet.

Data som blir brukt i prosjektet vil bli anonymisert og deltaker vil ikke gjenkjennes i publikasjon.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i juni 2021. Personopplysninger og opptak fra intervju vil bli slettet når prosjektet er ferdig.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Høgskulen på Vestlandet ved Anne Marie Sandvoll, Førsteamanuensis ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap i Førde. E-post: [anne.marie.sandvoll@hvl.no](mailto:anne.marie.sandvoll@hvl.no)

Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen. E-post: [trine.anikken.larsen@hvl.no](mailto:trine.anikken.larsen@hvl.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne Marie Sandvoll  
Veileder

Esther Aasen Bjelland  
Masterstudent

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Samarbeid mellom sykehjem og sykehus rundt pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblemer.», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Intervjuguide masteroppgave

### Spørsmål:

- **Kan du fortelle hvilke erfaringer du har med samarbeid mellom sykehjem og spesialisthelsetjeneste rundt sykehjemspasienter som har psykiske lidelser og/eller rusproblem?**

### Aktuelle oppfølgingsspørsmål:

#### På temaet holdninger:

- **Hva tenker du om å jobbe med denne pasientgruppa?**
- **Hvilke tjenester får de som har psykiske lidelser og/eller rusproblem?**
- **Hva tenker du om at disse pasientene bor på sykehjem?**

#### På temaet normer og verdier:

- **Kan du beskrive hvilke normer og verdier du tenker er viktige i samarbeid med andre instanser om disse pasientene?**
- **Hvilke normer og verdier er framtreddende i din avdeling? Har du eksempler på dette?**

#### På temaet kompetanse:

- **Hvilken kompetanse finnes i din avdeling? (Formell og real?)**
- **Har dette endret seg de siste 10 år?**
- **Hvordan påvirker spesialiseringen i tjenestene hva slags kompetanse det er behov for?**
- **Hva tenker du mangler nå?**
  
- **Hvordan påvirker kompetansen hos personalet i deres avdeling hvordan dere samhandler med sykehus/kommune?**
- **Hvordan påvirker kompetansen hos den andre hvordan dere samhandler?**

**Kan du si noe om hvordan situasjonen med koronaviruset de siste månedene har påvirket samarbeidet?**

**Og så til slutt, er det noe jeg ikke har spurt om eller som vi ikke har vært inne på som du ønsker å fortelle om?**