



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet, institutt for Helse- og Omsorgsfag

«Uten dialog kommer vi ingen vei»

En kvalitativ studie av erfaringene sykepleiere i kommunehelsetjenesten har med å være en del av nettverket til pasienter som blir innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten

Ingvild Hegstad Dahl

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse. Mai 2014



Forord

Prosessen med å skrive denne masteroppgaven har gitt meg mye kunnskap, og nye refleksjoner over psykisk helsearbeid og min rolle som sykepleier. Jeg er takknemlig for at jeg har fått muligheten til å fordype meg i en del av faget på denne måten. Det har vært en krevende, men lærerik periode, preget av både gleder og frustrasjoner. Underveis har jeg vært så heldig å ha en gjeng med flotte medstudenter, og vil takke dem for noen innholdsrike år underveis i prosessen, med mange gode faglige diskusjoner. Jeg har lært mye av deres klokhet og erfaringer!

Forordet er en fin mulighet til å få takket de som har støttet og hjulpet underveis i prosessen. Først og fremst vil jeg benytte anledningen til å rette en spesielt stor takk til mine informanter; Jeg setter umåtelig stor pris på at dere har delt deres erfaringer og refleksjoner med meg. Uten dere hadde det ikke blitt noe av dette prosjektet!

Jeg vil takke min veileder gjennom prosjektet, Marit Elisabeth Harr, for en utrolig motiverende og god veiledning underveis. Du har virkelig inspirert meg til å fullføre dette prosjektet, tusen takk! Benytter også sjansen til å takke alle lærere og forelesere jeg har møtt gjennom mastergradsstudiet, dere har beriket min kunnskapsverden betydelig!

Til slutt vil jeg også takke familie, venner og kolleger for all støtte og gode ord underveis. Og sist men ikke minst, min kjære samboer Sturla, som har holdt ut med meg og mitt selvsentrerte og krevende vesen i denne perioden. Takk for at du har beholdt troen på meg, hjulpet meg og støttet meg!

Ingvild Hegstad Dahl, Tromsø mai 2014

SAMMENDRAG

Bakgrunn/tema: Tema for studien er nettverksarbeid i akuttpsykiatrisk avdeling. Det sosiale nettverket kan være en stor ressurs for pasienter ved innleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling. Kommunehelsetjenesten kan være en del av dette nettverket. Her ser jeg nærmere på kommunehelsetjenestens erfaringer med å bli involvert ved innleggelser.

Problemstilling: Hvordan erfarer sykepleiere i kommunehelsetjenesten å være en del av nettverket til pasienter som blir innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten?

Metode: Dette er en kvalitativ studie med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det er gjort intervjuer med tre sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Disse har erfaring med å være nettverksmedlemmer til akuttinnlagte pasienter. Intervjuene er analysert ved bruk av hermeneutisk meningstolkning og meningsfortetning, inspirert av Kvale og Brinkmann.

Teori: Det teoretiske grunnlaget omhandler nettverksarbeid, dialog og relasjoner, hovedinspirert av Seikkulas tenkning om at ressursene i nettverket til personer som opplever psykisk sykdom bør være deltagende i behandlingen.

Resultat: Hovedfunnene er at det bør bli bedre dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og tydeligere rolleavklaringer for partene når pasienter blir innlagt på sykehus. Kommunens organisering er for lite fleksibel, og begrenser deres mulighet til deltakelse under innleggelser, mens spesialisthelsetjenesten må bli flinkere til å involvere nettverket.

Nøkkelord; Nettverksarbeid, sosialt nettverk, psykisk helse, samarbeid, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, dialog.

ABSTRACT

Background/subject: The subject of this study is involvement of the patient`s social network when admitted in acute psychiatric units. The social networks can be a significant resource in the treatment. The municipal health service can be part of this network. I look into how the municipal health service experiences involvement during admissions.

Research question: How do nurses in the municipal health service experience being part of the social network of a patient admitted to an acute psychiatric unit?

Method: This is a qualitative study using a phenomenological-hermeneutical approach. The study includes interviews with three nurses working for the municipal health service, all of which have experience in being part of the social network of patients admitted to acute psychiatric units. The analysis is based on hermeneutical interpretation and condensation of meaning, inspired by Kvale and Brinkmann.

Theory: Inspired by Seikkula`s philosophy on involvement and participation of the resources in the social network of mentally ill patients, the theoretical foundation includes social networking, dialogue and relations.

Results: The study shows that there should be a better dialogue, and more defined role clarifications between the specialist health services and the municipal health services. The municipal health service is not as flexible as it could be, thus limiting the possibility of involvement and participation during admissions. The specialist health service need to involve the social network of the patients to a higher degree.

Keywords; Social networking, mental health, collaboration, municipal health service, specialist health service, dialogue.

INNHold

1. INNLEDNING.....	3
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema.....	3
1.2 Problemstilling.....	5
1.3 Begrensninger	5
1.4 Oppgavens oppbygging	6
2.0 SENTRALE BEGREPER	6
2.1 Erfaring	6
2.2 Samarbeid/samhandling	7
2.3 Psykisk helsearbeid.....	7
2.4 Pasient/bruker.....	9
3.0 ORGANISERING AV HELSETJENESTER OG POLITISKE FØRINGER.....	10
3.1 Organisering av kommunehelsetjenesten	10
3.2 Organisering av spesialisthelsetjenesten	11
3.3 Samarbeidsrutiner for kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.....	12
3.3.1 Elektronisk meldingssystem mellom kommune og spesialisthelsetjeneste	13
4.0 TIDLIGERE FORSKNING	14
5.0 TEORI	17
5.1 Brukermedvirkning/pasientmedvirkning	18
5.2 Nettverk.....	19
5.3 Nettverksarbeid.....	20
5.4 Dialog.....	22
5.5 Relasjoner og betydningen av gode relasjoner	24
5.6 Roller	26
6.0 METODE	28
6.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv	28
6.2 Min for forståelse	31
6.3 Datainnsamling.....	32
6.3.1 Utvalg og rekruttering av informanter	32
6.3.2 Kort presentasjon av informantene	33
6.3.3 Semistrukturert intervju og intervjuguide	34
6.3.4 Praktisk gjennomføring av intervjuene	35
6.3.5 Avklaring av egen rolle/forskning på eget område	35
6.3.6 Etske overveielser.....	37

6.3.7 Fremgangsmåte for søk etter tidligere forskning og relevant litteratur	38
6.4 Analyse av datamateriale	38
6.4.1 Transkripsjon	38
6.4.2 Analysen	39
6.4.3 Et eksempel fra analysen.....	42
6.4.4 Oversikt over resultater: Tema og subtema.....	43
6.5 Metodiske betraktninger.....	43
7.0 RESULTATER	44
7.1 Kommunikasjon ved innleggelse.....	44
7.1.1 Manglende tillit til varslingsrutiner	44
7.1.2 Ønske om mer personlig kontakt og dialog	46
7.2 Samarbeid under innleggelse.....	47
7.2.1 En svært varierende grad av samarbeid.....	47
7.2.2 Å kunne møtes tidligst mulig.....	48
7.2.3 En bedre dialog - å pleie samarbeidet.....	50
7.2.4 Anerkjennelse og læring av hverandres erfaring og kunnskap	51
7.3 Rolleavklaring – med fokus på felles målsetning	52
7.3.1 Forventninger til hverandre	52
7.3.2 Vedtaksstyrt oppfølging	53
7.3.3 En felles kriseplan - forutsigbarhet for både pasient og nettverk.....	55
8.0 DISKUSJON	57
8.1 Kommunikasjon ved innleggelse.....	57
8.2 Samhandling under innleggelse	58
8.3 Rolleavklaring – med fokus på felles målsetning	65
9.0 AVSLUTNING	69
9.1 Mine hovedfunn	69
9.3 Hvilken betydning har resultatene for videre utvikling av praksis?	70
9.4 Oppsummering og forslag til videre forskning.....	70
LITTERATUR	71

Vedlegg:

1 Forespørsel om deltagelse i prosjektet

2 Intervjuguide

3 Samtykke til deltagelse i prosjektet

4 Godkjenning NSD

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Etter å ha jobbet noen år som sykepleier på en akuttpsykiatrisk avdeling for voksne, har jeg sett hvor viktig det sosiale nettverket kan være når man blir rammet av psykiske lidelser. I noen tilfeller kan det til og med være avgjørende for hvordan livet arter seg videre. Nettverket kan inneholde store ressurser for pasientene, både i det private nettverket¹ og det profesjonelle nettverket². Det overordnede temaet for denne studien er nettverksarbeid i akuttpsykiatriske avdelinger. Jeg vil med bakgrunn i dette utforske erfaringer med å være en del av nettverket til pasientene som er akuttinnlagte, og hva dette innebærer, sett fra det profesjonelle nettverkets perspektiv. Dette kan gi en utvidet forståelse av hvilke utfordringer og muligheter som ligger i denne type nettverksarbeid, som kan bidra til bedring av praksis på området.

Det har skjedd en endring i tenkningen rundt behandling av psykisk sykdom de siste tiårene, hvor man skal gå mer og mer bort fra behandling i institusjon. Pasientene skal så langt det lar seg gjøre få behandling der de lever og bor, og i lokalsamfunnet. Behandling i spesialisthelsetjenesten skal bare finne sted i de tilfellene det er behov for spesialisert behandling, og der oppfølging hjemme eller poliklinisk viser seg å ikke være tilstrekkelig i forhold til vedkommendes tilstand. Dette er forankret i politikken, og i Stortingsmelding nr. 47 blir samhandlingsreformen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste presentert. Denne skal sikre at folk skal få bedre behandling der de bor, de skal få rett behandling til rett tid på rett sted (2008-2009). Videre viser den til at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at Norge sammenlignet med andre land har en relativt døgntung struktur innenfor psykisk helsevern. Dette betyr at flere enn nødvendig er innlagt på sykehus fordi det ikke finnes gode nok bo- og tjenestetilbud i kommunene som er tilpasset den enkeltes behov (St. mld. 47, (2008-2009)).

¹ Det vi omtaler som privat nettverk kan være pårørende (eksempelvis foreldre, barn, andre familiemedlemmer) eller andre som står pasienten nær, gjerne noen som er betydningsfulle og som vedkommende ønsker å ha med i behandlingsforløpet.

² Med profesjonelt nettverk mener vi fagpersoner som er aktuelle i forhold til pasientens ønsker og behov, som for eksempel kommunale helsetjenester, fastlege eller poliklinisk behandler.

Når en pasient først har blitt innlagt, kan dette være en god mulighet til se på hva slags nettverk vedkommende har, med tanke på hvilken støtte og hjelp som finnes der. Dersom pasienten har et lite eller ingen nettverk rundt seg, kan man bistå vedkommende i å bygge opp et, tilpasset den hjelp og støtte vedkommende har behov for. Eller man kan benytte anledningen til å samle det allerede eksisterende nettverket, for å sammen finne ut av veien videre. Jeg undrer meg over om man i et travelt avdelingsmiljø er gode nok til å få nettverket på banen tidlig, og om man ser de ressursene som er der. Blir ressursene i nettverket tilstrekkelig involverte i behandlingen? Benytter vi oss av muligheten til å samarbeide og legge en felles plan for bedring sammen med pasientene og nettverket? Spør vi oss tidlig nok i en innleggelse om hva som skal til for at pasientene skal kunne få et godt nok tilbud hjemme? Jeg tror at mye av arbeidet med å få dette på plass kan starte under en innleggelse i spesialpsykiatrisk avdeling. Ved en innleggelse har man god mulighet til å samle viktige personer i pasientens liv og starte etableringen av den hjelpen vedkommende behøver for å kunne leve et best mulig liv hjemme.

I denne studien intervjuer jeg sykepleiere i kommunehelsetjenesten om deres erfaringer med å være en del av nettverket til pasienter som er akuttinnlagte. Med dette søker jeg å få innsikt i hvordan erfaringer de har med å bli involvert under innleggelser, og det vil igjen berøre hvordan de opplever å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Hensikten er å kunne implementere denne kunnskapen, når det kommer til rutiner for nettverksarbeid og samhandling, slik at pasientene kan få et best mulig tilbud. Jeg tror at å jobbe nettverksorientert, og å ha et godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når pasienter er innlagt, kan hjelpe til kortere innleggelser ved at oppfølgingen i hverdagen kan bli bedre planlagt for pasientene. Vi må bruke hverandres kunnskaper og jobbe på tvers av hverandre for å gi et godt og sammensatt tilbud til pasientene. Denne undersøkelsen kan bidra til å utvikle forståelsen vår på dette området.

1.2 Problemstilling

«Hvordan erfarer sykepleiere i kommunehelsetjenesten å være en del av nettverket til pasienter som blir innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten?»

Jeg kom frem til denne problemstillingen på bakgrunn av at jeg ønsket å finne ut mer om nettverksarbeidet vi gjør i akuttpsykiatrisk avdeling, og hvordan vi involverer andre som er viktige hjelpere for pasientene i behandlingen. Jeg har et håp om å på denne måten få strukturert noen tanker fra nettverket om hva som fungerer bra og hva som kan forbedres, for å ta læring av det. Ved å intervju noen som jeg erfarer at ofte er en del av nettverket til pasientene som er innlagt, kan jeg få interessante betraktninger rundt dette. Når jeg i problemstillingen bruker uttrykket «å være en del av nettverket», har jeg tenkt at det kan romme forskjellige interessante sider av saken, uten å binde forskningsspørsmålet opp til direkte å omhandle for eksempel rutiner eller samarbeid. Jeg ønsket en åpen tilnærming til temaet, for å se hva som kom fram fra informantenes side som viktige erfaringer med det «å være en del av nettverket».

1.3 Begrensninger

Det ligger noen klare begrensninger i en masteroppgave med tanke på prosjektets størrelse og omfang. Antallet informanter i undersøkelsen min er lavt, fordi analysematerialet må være overkommelig i forhold til den gitte tidsrammen. Lavt antall informanter gjør det vanskelig å validere funnene i undersøkelsen, men jeg håper likevel at funnene mine belyser noen viktige spørsmål, og kan tilføre nye tanker til praksisen på området.

Jeg skulle gjerne intervjuet pasienter og/eller deres pårørende om erfaringer og tanker rundt nettverksarbeid som en del av behandling ved innleggelser i akuttpsykiatrisk avdeling, for å få hovedpersonenes synspunkter på dette frem. Det er imidlertid andre og mer omfattende hensyn å ta dersom man skal behandle materiale hentet fra pasienter eller pårørende, og dette ville krevd godkjenning fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Prosjektets omfang utelukket dette som en mulighet, og jeg valgte å intervju sykepleiere fra det profesjonelle nettverket til pasientene, som også kan ha en viktig rolle i pasientenes daglige liv.

1.4 Oppgavens oppbygging

Jeg starter med å gjøre rede for noen begreper som har betydning for denne studien i kapittel 2, og forklarer så kort i kapittel 3 om organiseringen av de involverte helsetjenestene i studien og de politiske føringene som ligger til grunn. Videre presenterer jeg tidligere relevant forskning på området i kapittel 4, før teorigrunnlaget for undersøkelsen kommer i kapittel 5. Metoden som er brukt for datainnsamling og analyse av studien blir grundig presentert i kapittel 6, slik at det skal danne et godt grunnlag for å følge hvordan jeg har kommet frem til resultatene av studien som blir presentert for seg selv i kapittel 7. Resultatene presenteres i eget kapittel for å gi god oversikt over hva som er informantenes utsagn, før de så diskuteres opp mot teori, tidligere forskning og mine erfaringer i kapittel 8. Det hele avsluttes i kapittel 9 med en oppsummering av de viktigste funnene og hvordan disse kan implementeres, samt noen tanker om hvilken videre forskning som kunne være interessant.

2.0 SENTRALE BEGREPER

2.1 Erfaring

I denne studien spør jeg om andres erfaringer med noe de har opplevd og vært en del av. Erfaring er den kunnskapen/viten man tilegner seg gjennom selvopplevde ting/situasjoner, og betyr mer enn bare det å oppleve noe. Å erfare noe vil si at man også bearbeider det man har opplevd tankemessig, ved at man setter det i sammenheng med tidligere erfaringer. I fenomenologien er erfaring noe som har langt mer ved seg enn det som møter øyet, øret og våre sansorganer, vi innlemmer også usynlige dimensjoner i det vi direkte sanser (Thornquist, 2006). Vi har for eksempel forventninger til en ting vi har sett før, ved at når vi ser en bil så vet vi at denne også har en bakside, og vi vet sånn cirka hvordan vi kan forvente oss at denne baksiden ser ut fordi vi har sett en bil før. I sansingen medgir vi også noe, vi legger inn noe av mening samtidig som denne bilen presenterer seg for oss (Thornquist, 2006). I fenomenologien er man opptatt av hvordan det man ser alltid vil være beriket med det som er betinget av den sansemessige påvirkningen, ved at måten vi erfarer og oppfatter på er et resultat av hva vi sanser og hva vi medgir (Thornquist, 2006). Mennesker kan derfor erfare en og samme ting på forskjellige måter, fordi en har med seg forskjellige tidligere erfaringer inn i dette.

Innenfor den fenomenologisk-eksistensialistiske tradisjonen eksisterer vi nettopp gjennom «den levende kroppen», og det er på dette grunnlaget vi mennesker er, reflekterer og som vi handler ut fra. Det er gjennom kroppen vår at vi opplever verden, og det er gjennom å eksistere kroppslig at bevissthet utvikles og omvendt (Engelsrud, 1990:164). Mennesker eksisterer med at kroppen vår er sentrumet for våre opplevelser, erfaringer og kunnskap. Det er gjennom kroppen vår at vi tar inn verden, ved at det kroppslige går ut på å være, gjøre og å erfare (Molander, 1996).

2.2 Samarbeid/samhandling

I denne undersøkelsen ser jeg på nettverksarbeid i et perspektiv hvor det i stor grad dreier seg om samhandling eller samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Samhandling og samarbeid er velkjente ord i helsevesenet, og brukes ofte om hverandre, men hva betyr de egentlig? Samarbeid uttrykker en positiv innstilling til andre yrkesgrupper/faggrupper, og gir seg uttrykk i fortløpende, uformell kontakt mellom enkeltpersoner, (Orvik, 2004). En norm om samarbeid kan være et trekk ved kulturen i en organisasjon, men graden av forpliktelse til dette behøver ikke være så sterk (Orvik, 2004). Samarbeid er altså personavhengig, og avhenger av at de involverte partene er positivt innstilte. Samhandling derimot er mer konkret og forpliktende enn samarbeid, det innebærer en norm om å gjøre noe sammen, og bygger på gjensidig forpliktelse av de involverte (Orvik, 2004). Hensikten med samhandling er å sikre flyt i arbeidsprosesser, og det innebærer en likeverdig og gjensidig tilpasning av de involvertes arbeidsoppgaver (Orvik, 2004). Det er viktig å ha klart for seg forskjellene på disse to ordene, da de lett kan forveksles med hverandre. Jeg vil også nevne ordet samordning, som også kan dukke opp underveis i undersøkelsen. Samordning er varig og formalisert, det krever beslutninger på systemnivå, og er nødvendig for å fremme samhandling for eksempel mellom organisasjoner (Orvik, 2004). Samordning sees i stor grad på som et ledelsesansvar, fordi det er noe som skal sette standard for organisering av en virksomhet eller et samarbeid mellom forskjellige organisasjoner.

2.3 Psykisk helsearbeid

Jeg bruker ordet psykisk helsearbeid i denne undersøkelsen når jeg snakker om det arbeidet som omfatter behandling og oppfølging med mennesker med en psykisk lidelse. Psykisk helsearbeid er et relativt nytt begrep innenfor feltet som omhandler arbeide med psykisk syke

mennesker. Før sto begrepet psykiatri sentralt, som er benevnelsen på den spesialitet innenfor medisinen som gjelder psykiske lidelser (Bøe og Thomassen, 2009). Bøe og Thomassen sier videre at psykiatrigrepet også ble brukt om de ulike offentlige tilbudene som ble gitt til mennesker med psykiske lidelser, samt de fag, teorier og forståelsesformer som lå bak denne tilnærmingen (2009). Med begrepet psykisk helsearbeid mener Bøe og Thomassen at vi signaliserer at det ikke lenger er psykiatri forstått som et eget medisinsk fagområde som alene er det faglige utgangspunktet for arbeidet, men at det åpner opp for nye profesjoner og dermed et større faglig kunnskapstilfang og mangfold (2009). Jeg vil si at det heldigvis er blitt større fokus på at psykisk helse er mer enn bare psykiatri, og at det var behov for en endring innenfor dette området.

Det er viktig å ha en forståelse av begrepet psykisk helsearbeid i forhold til undersøkelsen min, hvor et overordnet tema er å få til best mulig psykisk helsearbeid ut fra et nettverksperspektiv. Dette er også politisk forankret. Helsedirektoratet har gitt ut en veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Her defineres psykisk helsearbeid som tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familie og nettverk. Videre sier veilederen at målsetningen for psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og å styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det er blitt større fokus på behandling av psykiske lidelser utenfor institusjon, og at man skal kunne mestre sin psykiske helse på best mulig måte hjemme i vante omgivelser.

Den overordnede målsettingen for Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 er beskrevet i St.prp. nr. 63 (1997-98). Denne innebærer blant annet tiltak som brukerstyring og informasjon, styrking av kommunale tilbud, omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, stimulering av utdanning og forskning, samt styrking av tilbud om arbeid og sysselsettingstiltak (St.prp. 63., (1997-98)).

«Opptappingsplanen har et grunnleggende kunnskapsmessig prosjekt ved å forstå mennesket, dets psykiske helse og kunnskapene om disse forholdene på en langt mer utvidet måte enn hva den psykiatriske tradisjonen gjør. Brukernes rolle skal styrkes til gjennom et forpliktende samarbeid mellom brukerne selv, pårørende og fagfolk. Samarbeid skal preges av en anerkjennelse av brukernes og pårørendes egne erfaringer

med og kunnskaper om bedrings- og mestringsprosesser» (Karlsson og Borg, 2013:21).

Opptrappingsplanen ga begrepet psykisk helsearbeid til det arbeidet som skal gjøres når helsetjenesten ikke lenger utelukkende skal knyttes til den medisinske spesialiteten psykiatri. Denne nye fagbetegnelsen rommer en erkjennelse av at det psykiatriske perspektivets sykdomsmodell med vekt på individualisering, patologi og medikamentell behandling alene har vært av begrenset nytte og verdi i arbeidet med psykisk helse (Karlsson og Borg, 2013). Det ble behov for nye og andre måter å se arbeidet med psykisk helse på, fordi man i større grad enn før skulle gå bort fra å behandle mennesker med psykiske lidelser på institusjon, og man innså at det trengtes mer enn medikamentbehandling og terapimetoder alene. Det er en person i kontekst som erfarer psykisk uhelse, noe som viser seg på flere måter enn bare det biologiske eller det sosiale, det erfares både kroppslig og eksistensielt (Karlsson og Borg, 2013). Karlsson og Borg oppsummerer det fint og forklarende; «Folk med psykiske helsevansker har og lever et liv, og samarbeidet bør være konsentrert om å støtte hver enkelt med utgangspunkt i vedkommendes egne omgivelser slik at han eller hun skal kunne leve et best mulig liv» (2013:11). Sett fra et samfunnsmessig perspektiv betyr dette at psykisk helsearbeid så langt det lar seg gjøre skal foregå på pasientenes egne arenaer, hjemme og/eller i lokalsamfunnet.

2.4 Pasient/bruker

Jeg så tidlig i undersøkelsen at det kunne bli forvirrende bruk av betegnelse pasient og bruker om hverandre, fordi spesialisthelsetjenesten bruker betegnelsen pasient, og kommunehelsetjenesten kaller de som mottar tjenester fra dem for brukere. I følge lov om pasient- og brukerrettigheter er følgende definisjoner på disse to begrepene: Pasient er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. En bruker er en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp³ (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Informantene brukte også disse to begrepene om hverandre, på den måten at de noen ganger brukte ordet pasient når de

³ Helsehjelp er her definert som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

snakket om brukere av dem som var innlagte på sykehus. Ellers var de klare på at de anvender begrepet *bruker* om de personene som mottar tjenester fra dem i kommunen.

Slik jeg tolker det som står i Pasient- og brukerrettighetsloven er betegnelsen pasient også egnet for de som mottar tjenester fra kommunehelsetjenesten innen rus- og psykiatri, fordi de mottar det som defineres som helsehjelp. For enkelhets skyld har jeg på bakgrunn av dette besluttet at jeg velger å kalle de som mottar tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for pasienter i denne undersøkelsen. Jeg må imidlertid presisere at når jeg direkte siterer informantene i resultatene, så vil det stå ordet bruker på de stedene hvor det var dette ordet informanten anvendte i intervjuet.

3.0 ORGANISERING AV HELSETJENESTER OG POLITISKE FØRINGER

Som et bakteppe for denne undersøkelsen ligger organiseringen av helsetjenestene slik den er i dag, og de politiske føringene på hvordan dette skal fungere. Det er ut fra dette perspektivet informantene svarer, ved at det er den strukturen de forholder seg til i sitt arbeide. Jeg gjør derfor kort rede for organiseringen av spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenestene, samt de politiske føringene som ligger til grunn, og litt om de organisatoriske samarbeidsrutinene dem imellom.

3.1 Organisering av kommunehelsetjenesten

Helsetjenestene i kommunene styres av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., med korttittel Helse- og omsorgstjenesteloven. Jamfør denne loven skal kommunene sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Tjenestene omfatter offentlige organiserte tjenester som ikke styres av stat eller fylkeskommune (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det må sendes skriftlig søknad til kommunen hvor man gjør rede for hvilke behov man har. Når det gis tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen foreta en individuell vurdering i samråd med den som skal motta tjenestene. Tildeling av helse- og omsorgstjenester som forventes å vare lenger enn to uker, skal skje i form av skriftlig vedtak som beskriver innholdet og omfanget av tjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet, u.d). I kommunene er det tildelingskontorer som

behandler søknader og tar stilling til hva de mener vedkommende har behov for. Ut fra dette lager de et vedtak som sier hvilken oppfølging og antall timer man har fått innvilget.

De kommunale tjenestene er delt inn i forskjellige avdelinger etter forskjellige behov. Man har for eksempel rus og psykiatritjenester, som er delt inn i blant annet boligjenester, psykiske helsetjenester eller team som følger opp folk med psykoseproblematikk. Den avdelingen jeg har intervjuet sykepleiere fra, er organisert slik at personalet drar ut for å ha forskjellige typer oppfølginger med brukerne i lokalsamfunnet deres. Dette kan for eksempel være støttesamtaler, angsttrening eller bistand hjemme til praktiske ting som er vanskelige å få gjennomført alene.

3.2 Organisering av spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er regulert av Lov om spesialisthelsetjenesten, med korttittel Spesialisthelsetjenesteloven. Denne gjelder for spesialisthelsetjenester som ytes i riket av staten eller det private, og departementet kan ved forskrift eller i det enkelte tilfellet bestemme hva som er spesialisthelsetjeneste (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Det er staten som har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste, og de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder blant annet sykehustjenester (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Det jeg refererer til som spesialisthelsetjeneste i denne teksten er statlig drevet sykehus. På det aktuelle sykehuset er det en egen klinikk hvor alle almenpsykiatriske avdelinger er samlet, herunder akuttposter hvor akutt syke mennesker med forskjellige lidelser blir lagt inn. Det kan være psykoselidelser, stemningsforstyrrelser, angstlidelser, depresjon og personlighetsforstyrrelser, for å nevne noen. Behandlingen på slike avdelinger kan bestå av miljøterapi, samtalebehandling, medikamentell behandling og nettverksrelatert arbeide.

3.3 Samarbeidsrutiner for kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste

Begge de nevnte instansene er ifølge lovverket pålagt å samarbeide med andre instanser. Spesialisthelsetjenesten plikter ifølge Spesialisthelsetjenesteloven §2-1 e å legge til rette for samarbeide med blant annet kommuner om å tilby tjenester som er omfattet loven (1999). Likeledes er kommunen etter kapittel 6 i Kommunehelsetjenesteloven pliktet til å ha en samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen, hvor samarbeidet skal ha som målsetning å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (2011).

I 2008-2009 lanserte regjeringen samhandlingsreformen, som trådte i kraft fra 1. januar 2012. Den kom på bakgrunn av at det ligger noen hovedutfordringer i helsetjenestene i et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Noen av hovedutfordringene var at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, at tjenestene preges av for liten innsats til å begrense og forebygge sykdom, samt at en demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true den samfunnsøkonomiske bæreevnen (St.mld. nr. 47 (2008-2009)). Samhandlingsreformen skal bedre helse og omsorgstjenestene, og på bakgrunn av hovedutfordringene ble det klarlagt at en bedre samhandling⁴ burde være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Regjeringen vurderer i dette fem hovedgrep som må gjøres, hvorav jeg kort skal beskrive tre av dem, som jeg mener er viktige i forhold til min undersøkelse;

- Klarere pasientrolle: Et utslag av at det er oppsplittede systemer innenfor helse- og omsorgstjenesten er at pasientenes medvirkning i stor grad er styrt inn mot de enkelte delene av tjenestene. Som et supplement til de allerede fungerende systemene med pasientmedvirkning i helseforetakene, vil det arbeides med hvordan pasientorganisasjoner og øvrige berørte aktører kan trekkes med i arbeidet på struktur- og systemnivå rettet inn mot å utvikle et mer helhetlig pasientforløp⁵. Formålet skal være å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp som gjør at den enkelte selv kan mestre sitt liv i størst mulig grad.

⁴ Samhandling er i denne forbindelse et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.mld. nr. 47 (2008-2009)).

⁵ Forløp menes her den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientenes møter med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, og gode forløp kjennetegnes ved at disse henger sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (St.mld. nr. 47 (2008-2009)).

- Ny fremtidig kommunerolle: Det legges til grunn at den forventede veksten av behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene, og de skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon og diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige forløp i størst mulig grad kan opprettholdes innenfor beste effektive omsorgsnivå. Kommunene kan se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar og oppgaver. Det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid.
- Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse: Det er en ambisjon å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å ha gode spesialiserte tjenester. Dette kan skje med en riktigere oppgavedeling mellom dem og kommunene, som vil legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om de spesialiserte helsetjenestene, og ved at et sterkere søkelys på de helhetlige pasientforløpene vil legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner frem til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen.

(St.mld. nr. 47, 2008-2009).

3.3.1 Elektronisk meldingssystem mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Det står også som et supplerende strategisk tiltak i samhandlingsreformen at regjeringen ønsker utvikling av IKT-systemer, forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen. Med bakgrunn i de føringene som er gitt for samhandling mellom aktørene i helsehjelpen, er det derfor innført et system for elektroniske meldinger mellom kommuner og sykehus som skal lette informasjons- og arbeidsflyten for pasienter i forbindelse med sykehusinnleggelse. Dette systemet innebærer at det blir sendt elektroniske meldinger fra sykehus til kommune om for eksempel innlagt pasient, utskrivningsklar pasient eller helseopplysninger ved søknad om kommunale tjenester. Kommunen kan også eksempelvis sende innleggelsesrapporter på brukere de har fulgt opp som blir innlagt, hvor det er viktige opplysninger som bør meddeles. Dette er et system hvor det skal være rutiner hos begge instanser på å daglig sjekke innkomne meldinger, samt svare på eventuelle forespørsler. Kravene til meldings- og informasjonsutvekslingen er nedfelt i tjenesteaftalene som gjøres mellom sykehus og kommunene som er med i dette samarbeidet

(OSO, 2012). Tjenesteavtalene er knyttet til Samhandlingsreformen og de føringene som er gitt for samhandling mellom aktørene i helsehjelpen som gis for pasienter.

4.0 TIDLIGERE FORSKNING

På landsbasis er det noe forskning på samarbeid og samhandling innenfor psykisk helsearbeid, hvorav lite går direkte på samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det finnes studier som går veldig spesifikt inn på bruken av nettverksmøter i psykisk helsearbeid, men disse tenker jeg ikke er relevante i forhold til min studie. Ellers er det begrenset med forskning på nettverksarbeid, men det begynner å komme noen studier som viser at nettverket bør involveres i behandling av psykisk sykdom. På internasjonalt nivå kan det se ut som at det er mest i Norden at det blir mer og mer vanlig å ta med nettverket til pasientene i psykisk helsearbeid, men ved å ta med en studie jeg fant fra England vil jeg vise at tankegangen om å involvere nettverket som ressurser i behandlingen av psykisk syke mennesker kanskje begynner å etablere seg i andre land også. Jeg presenterer herunder forskning som jeg anser som relevant i forhold til min studie.

I artikkelen «Social Networks for mental Health Clients: Resources and Solutions» presenterer forfatterne en undersøkelse der 850 medlemmer av brukerorganisasjonen Mental Helse svarte på spørsmål om erfaring med ulike deler av hjelpeapparatet. De svarte også på i hvilken grad de hadde et sosialt nettverk, og hvordan dette fungerte. Konklusjoner av studien var at nettverkskvaliteter i større grad burde involveres i de profesjonelle tjenestene. Det vil også være av stor betydning dersom profesjonelle kan hjelpe utsatte grupper med å bygge egne nettverk (Kogstad, Mønness og Sørensen, 2013).

Schönfelder har i doktorgradsavhandlingen sin undersøkt samarbeidet mellom organisatoriske enheter og profesjoner, betraktet ut fra pleie- og omsorgspersonalets perspektiv. Han har gjort en innholdsanalyse av stortingsmeldinger, samt intervjuer som følger kontaktpersonene til 15 pasienter med forskjellige psykiske lidelser over 1 år. Han fant her ut at samarbeid tidligere ble omtalt i forbindelse med styrelse og ledelse, mens det i de nyere styringsdokumentene rettes krav om samarbeid mot pleie- og omsorgspersonalet. Ansvarsgrupper og individuell

plan⁶ var viktige elementer i dette, noe som det var pleie- og omsorgspersonalet som ivaretok kontinuitet og ledelse for. Undersøkelsen hans konkluderer med at pleie- og omsorgspersonalet bør ha et større autonomt handlingsrom i utformingen av et sammensatt og tverrfaglig tjenestetilbud, både som faglig rettighet og som forpliktelse (Schönfelder, 2008). Denne avhandlingen er særlig aktuell i forhold til min studie fordi den tar utgangspunkt i pleie- og omsorgspersonalets synpunkter på samarbeidet.

Når det kommer til samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, har Elstad, Steen og Larsen (2013) gjort en interessant kvalitativ undersøkelse i form av fokusgruppeintervjuer med tverrfaglige sammensatte grupper ved et distriktpsykiatrisk senter, kommunale boligtiltak og en oppfølgingstjeneste innen kommunalt helsearbeid. Hensikten var å få kunnskap om hva som fremmer god samhandling på tvers av ulike tjenester. I resultatene kommer det frem at det er viktig for de ansatte i de forskjellige etatene å ha samarbeid om hjelpetilbudet til individuelle brukere, kjenne hverandres kompetanse og hjelpetilbud, og at kunnskapsutveksling og veiledning er tilstede (Elstad, Steen og Larsen, 2013).

Borg, Haugård og Karlsson presenterer i artikkelen «Uten oss går det ikke» en studie de har gjort ved å gjennomføre tre fokusgruppeintervjuer med pårørende til mennesker som har opplevd psykisk krise. Denne undersøkelsen konkluderer med at familie og nettverk forventer å bli behandlet med gjensidig tillit, og at de får veiledning om hvordan de kan hjelpe. De vil heller ikke blir fratatt muligheten til å fortelle sin del av historien om og med den som opplever psykisk sykdom. Konklusjonen viser også at kunnskapen om å involvere familie og nettverk må tas i bruk i praksis, ikke bare formidles offentlige dokumenter. Endring av praksis knyttet til å inkludere pårørende og nettverk i samarbeidet ved psykiske lidelser går veldig sakte (Borg, Haugård, og Karlsson, 2012).

Borg og Karlsson har også utforsket hjemmet som samarbeidsarena, og kontekstens muligheter og dilemmaer i lokalbasert psykisk helsearbeid, ved å se på to studier av brukere

⁶ Individuell plan er et verktøy som skal sikre tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester dokumentasjon og kvalitet i tjenestetilbudet. Rett til individuell plan er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-5. Det er et virkemiddel for koordinering, sammenheng og forutsigbarhet for tjenestemottakere (Lidal og Røhme, 2006).

og fagpersoners erfaringer med ambulante akutteams praksis. Noen av funnene deres var at personlig kontroll, å føle seg trygg, og autonomi både for bruker og profesjonell var viktige tema som kom opp, men at det er behov for mer forskning om hvordan hjemmet som samarbeidsarena kan utvikles i lokalt psykisk helsearbeid (Borg og Karlsson, 2013).

Halvorsen har forsket på hva som virker godt i møter mellom den som søker hjelp og den som er hjelper, og hvordan disse virksomme egenskapene kan utvikles hos de som gir hjelp. Hun kom frem til at det virksomme i en slik profesjonell relasjon, ligger i måten vi forholder oss til hverandre på, og dette henger igjen sammen med hvordan vi forstår hverandre (Halvorsen, 2008).

Jeg vil også nevne en studie gjort i England, «Role of Social Network in the Help-Seeking Experience among Chinese Suffering from Severe Mental Illness in England: A qualitative Study». Konklusjonen av denne studien var at sosialarbeidere og profesjonelle innen psykisk helsearbeid oppfordres til å utforske ressursene i de sosiale nettverkene til kinesiske mennesker i England, for å forsikre at de som opplever psykisk sykdom får mest mulig adekvat støtte for å møte sine behov for psykisk helsehjelp (Yeung, Irvine, Ng og Tsang, 2012). Denne undersøkelsen viser at det også i England er begynt å bli fokus på nettverket som gode ressurser og støtte for mennesker med psykisk sykdom.

Det er en del mastergradsavhandlinger som omhandler samhandlingsreformen eller deler av den, herunder er det gjort relevante studier på samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten. Jeg vil til slutt nevne to av disse som er relevante i forhold til min undersøkelse, fordi resultatene kommer tett opp til den undersøkelsen jeg har gjort;

Rørvik har gjort en kvalitativ studie med intervjuer av ansatte og brukere som har deltatt i et samarbeidsprosjekt i Notodden kommune. Prosjektet hadde som mål at brukere med sammensatte problemer skulle få et mer helhetlig og koordinert tilbud. Studien viser at ansatte som jobbet i direkte kontakt med brukere endret sin arbeidspraksis med innføringen av dette samarbeidsprosjektet, ved at de sendte forespørsler på tvers av instansene for råd eller bistand, og tok i bruk snarveier i systemet. Brukerne kom i kontakt med andre hjelpeinstanser raskere

som resultat av dette. Her ble det vektlagt at større kunnskap og kjennskap til hverandre kunne være viktige årsaker til at arbeidspraksisen ble endret, og at ansatte så nytten og verdien i det å «stå sammen» (Rørvik, 2011).

I mastergradsavhandlingen «Sammen om gode overganger: samarbeidsmodeller mellom psykisk helsevern i kommunen og i spesialisthelsetjenesten» rettes fokus på hvilke samarbeidsrutiner og relasjoner som må etableres mellom kommune og en psykoseavdeling på et psykiatrisk sykehus for å få til en god rehabiliteringsprosess for pasienten. Resultatene her viser at for å lykkes i samarbeidet må pasientens behov og medvirkning settes i sentrum for utviklingen av tjenestene, og at det vesentlige for samhandlingen er relasjoner og dialog. Samhandlingen må være basert på respekt og likeverdig samhandling, og at man kjenner til hverandres roller og avklarer forventninger man har til hverandre. Tidlig kartlegging og felles målsetting kan redusere innleggelsestiden i sykehus (Bratrud, 2009).

5.0 TEORI

Thomassen beskriver at en teori kan karakteriseres som en abstrakt forenkling av virkeligheten, som beskriver og begrunner regelmessige sammenhenger mellom fenomener og ordner fakta til en meningsfull helhet. Videre sier den noe allment og generelt, som skal forklare eller øke forståelsen av et fenomen (Thomassen, 2006). Teorier kan også sies å være tanker om sammenheng, ved at det under hver metode eller behandling er en slags teori; en antagelse av en sammenheng, hva som henger sammen og hva som kan påvirke hva (Kalman, 2009). Jeg vil presentere teorigrunnet som danner forståelsen min for temaet i undersøkelsen. Det går ut på å forstå hva nettverksarbeid er, og hvorfor jeg mener at det er en viktig del av hjelpen vi gir ved innleggelser på akuttpsykiatrisk avdeling. Herunder kommer flere ting som er viktige elementer i nettverksarbeid i denne sammenheng; brukermedvirkning, dialog, relasjoner og roller.

Jeg vil spesielt nevne en forfatter som har vært en inspirator i dette arbeidet. Jaakko Seikkula er en finsk professor i psykoterapi, som har satt fokus på nettverksarbeid. Han er kanskje mest kjent for å ha utviklet en nettverksbasert terapiform kalt «åpne samtaler», som er en måte å gjennomføre nettverksmøter på, spesielt innen psykiatrien til behandling av psykoser og

kriser. Jeg går ikke inn på hans spesifikke terapiformer, men jeg deler hans grunntenkning om at nettverket til pasientene er en stor ressurs og at disse må tas inn i behandlingen.

5.1 Brukermedvirkning/pasientmedvirkning

I nettverksarbeid tar man utgangspunkt i pasientenes tanker om hvem som kan være gode hjelpere, for å involvere disse som ressurser i behandlingen. Det er stort fokus på brukermedvirkning i psykisk helsearbeid, ved at pasientene skal medvirke i planlegging og utførelse av egen behandling så langt det lar seg gjøre. Brukermedvirkning er med årene blitt en grunnleggende verdi i helsetjenesten, og den har sikret deltagelsesrettigheter for pasienter i beslutninger som angår utforming og gjennomføring av helsetjenester (Storm, 2009). At brukermedvirkning skal stå sterkt i helsetjenesten i Norge er både politisk og lovmessig forankret. Jeg vil spesielt henvide til Melding til Stortinget nr. 16 (2010-2011) hvor nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) er beskrevet. Her er fremtidens pasient- og brukerrolle viet et helt kapittel, med mål om at pasienter og pårørende skal møtes med respekt og omsorg, og at de skal ha innflytelse over utformingen av pasienttilbudet (Meld.St. 16, (2010-2011)).

Fokuset på brukermedvirkning gjør at pasientene får innflytelse på egen behandling i helsevesenet, og legger vekt på at man i størst mulig grad skal ha noe å si når det kommer til hva behandlingen skal innebære. Det skal legges til rette for at man i tjenestetilbudene fremmer brukerens uavhengighet, selvstendighet og mestring (Storm, 2009). Dette kan nok spesielt i psykisk helsevern sies å være et stort perspektivskifte, med at pasientenes deltakelse, ressurser og rettigheter blir sentrale i behandlingen, for slik har det ikke alltid vært. Dette området innen helsevesenet har tidligere vært preget av mye påtvungen behandling og liten tanke for at pasientene selv var i stand til å medvirke og ta medansvar for egen behandling, og dette har innføringen av brukermedvirkning gjort noe med (Storm, 2009). Det må imidlertid nevnes at det fortsatt er helsepersonellet som har en faglig og juridisk ansvar for pasientenes behandling og koordinering av behandlingen, og at det ikke alltid vil være slik at pasientens ønsker kan imøtekommes. I psykiatrien er dette spesielt i tilfeller hvor mennesker med alvorlige sinnslidelser motsetter seg behandling, og helsepersonellet er nødt til å bestemme på bakgrunn av at det er fare for pasientens eller andres helse dersom man ikke gjør noe.

5.2 Nettverk

Denne studien handler om det å være en del av nettverket til akuttpasienter, og jeg vil utdype litt mer om hva som ligger til grunn for betegnelsen nettverk i denne sammenhengen. Vi bruker begrepet nettverk i mange sammenhenger, og felles for denne bruken er at det beskriver forbindelsen eller forholdet mellom mennesker for enkeltpersoner og deres familier, innenfor og mellom ulike typer sosiale systemer som grupper, lokalsamfunn og institusjoner (Fyrand, 2008). Når vi snakker om nettverk i vår praksis, som er behandling av pasienter på en sykehusavdeling, er det med utgangspunkt i pasientens personsentrerte nettverk. Med dette menes de personlige sosiale relasjonene som den personen har direkte kontakt med (Fyrand, 2008). Det kan være for eksempel familie, venner og kolleger. Vi tenker også på de profesjonelle hjelperne som pasientene har i livet sitt som en del av nettverket deres, for eksempel sykepleierne i kommunehelsetjenesten.

I følge Fyrand bruker vi begrepet sosialt nettverk om forhold mellom mennesker og samhandlingen mellom dem, men i utgangspunktet gjaldt dette kun den uformelle samhandling (2008). Etter hvert har begrepet også blitt brukt om samhandling mellom mennesker på et mer formelt plan, eksempelvis pasient og profesjonelle hjelpere. Men det er viktig å være klar over at den opprinnelige betegnelsen gjaldt det uformelle nivået, fordi ressurser mennesker imellom representerer noe mer spesielt enn ressurser på et mer formelt plan (Fyrand, 2008). Forholdet mellom pasient og profesjonell hjelper karakteriseres som formelt, siden det er underlagt et system og relasjonen er basert på et hjelpetiltak som er satt i gang av en offentlig tjeneste. Det er naturlig at vi i kartlegging av våre pasienters nettverk også tar med profesjonelle hjelpere, fordi vi ser at de for noen av pasientene utgjør en stor del av det sosiale nettverket. Når vi skal kartlegge en persons nettverk, er det mest vanlig å avgrense dette til å kartlegge de relasjonene som personen opplever som viktige og betydningsfulle i sitt liv (Fyrand, 2008). Det er da opp til pasienten selv å si noe om hvem som er betydningsfulle for vedkommende, og dette ser vi i praksis at like gjerne kan omhandle profesjonelle hjelpere på lik linje med nære pårørende. Derfor regnes også de profesjonelle hjelperne som en del av det sosiale nettverket (omtales også bare som nettverk) videre i denne studien.

Seikkula beskriver at man i praksis studerer sosiale nettverk som sosiale enheter, og at man her finner hvert enkelt menneskes aktuelle, sosiale relasjoner (2012). De aktuelle relasjonene kan omfatte svært ulike mennesker og relasjoner, men hovedsaken er at hovedpersonen selv opplever dem som viktige (Seikkula, 2012). Nettverket er på en måte de menneskene som danner rammen for det som pasienten virker og lever innenfor. Selv om man i behandling av sykdom tilnærmer seg pasientene som enkeltindivider, så er det viktig å tenke på at de lever i sosiale relasjoner. Medlemmene i pasientens sosiale nettverk er som oftest allerede tilstede som vitner til utviklingen av sykdom og situasjon, og kan være deltagende eller observerende parter i noe som gjerne har utviklet seg over tid (Seikkula og Arnkil, 2007). Derfor er det så viktig å involvere nettverket til pasientene under en innleggelse på sykehus, de kan på bakgrunn av at de har fulgt utviklingen være viktige støttespillere og rådgivere for å hjelpe til at situasjonen skal utvikle seg i riktig retning fortest mulig. De har dessuten en helt spesiell kompetanse, nemlig at de kjenner pasienten nettopp ikke som pasient, men som den personen som er bak pasientrollen. Seikkula og Arnkil beskriver at private og profesjonelle nettverk er dimensjoner ved sosiale nettverk, og at enkeltpersoner på ulike måter har tilgang til relasjoner der de opprettholder sin sosiale identitet, får åndelig og materiell støtte, informasjon og nye relasjoner (2007). Alle pasientene har ulike sammensetninger av mennesker i sine nettverk, og det er individuelt hvem som kan være viktige støttespillere for dem. For noen er det familie og venner, og for andre kan det være profesjonelle hjelpere, eller det kan være begge deler.

5.3 Nettverksarbeid

Historisk sett ble mennesker med alvorlige psykiske lidelser i eldre litteratur beskrevet som tilbaketrukne og isolerte, og det er en lang tradisjon innenfor psykiatri på enkelte skoler at disse menneskene ble sett på som ute av stand til å være i sosiale forhold med andre mennesker, som en følge av sykdommen (Topor m.fl., 2006). Man tenkte at alvorlig psykisk syke mennesker ikke ble påvirket på noen målrettet eller forutsigbar måte av opplevelser eller hvordan andre mennesker responderte til dem, og dermed ble det heller ikke sett på som at familie eller venner kunne ha noen positiv effekt på sykdommen (Topor m.fl, 2006). Senere forskning indikerer imidlertid at andre mennesker kan spille en viktig rolle for personer som lider av alvorlig psykisk sykdom, og det har blitt mer og mer vanlig innenfor faget å se på relasjonene i nettverket til pasientene som gode ressurser.

Topor med flere gjorde en intervjuundersøkelse med pasienter hvor de forsøkte å finne ut om andre mennesker kan bidra til en bedringsprosess, hvem disse menneskene i så fall var, og på hvilken måte informantene tenkte at de bidro til bedring (Topor m.fl., 2006). Resultatene indikerte at disse pasientene både ønsket og var i stand til å inngå i gjensidige relasjoner med andre, og at de var klar over at disse relasjonene forandret seg over tid som et resultat av deres sykdom. Videre viste funnene at sosiale relasjoner spiller en sentral rolle i en bedringsprosess, og at dette ikke avhenger av hjelperens formelle utdanning, men at de relasjonene som var hjelpsomme hadde en del karakteristikk (Topor m.fl., 2006). Hovedpoenget er at det er viktig å involvere sosiale relasjoner i behandlingen til pasienter med psykiske lidelser, og dette har med tiden blitt mer og mer anerkjent i praksis på institusjoner. Dette kaller vi nettverksarbeid eller nettverksorientert arbeid. Jeg vil imidlertid poengtere at nettverksarbeid ikke er en spesifikk behandlingsform, men en del av et sammensatt behandlingsopplegg.

Det finnes mange forskjellige måter å jobbe med nettverksarbeid på, men når jeg videre i denne teksten snakker om nettverksarbeid eller nettverksorientert arbeid, mener jeg at man sammen med pasientene kartlegger deres nettverk. Hensikten er å involvere dem i behandlingsprosessen. Det finnes også forskjellige metoder for å holde nettverksmøter på, hvor man vinkler gjennomføringen av møtene på forskjellige måter alt etter hva man vil oppnå med møtet. Dette går jeg ikke nærmere inn på, da det ikke er relevant i forhold til min undersøkelse.

Det alle de forskjellige nettverksmetodene har utgangspunkt i, er brukermedvirkning og en tro på at det ligger ressurser i nettverket, og at man sammen kan finne en individuell løsning for den det gjelder på de problemene som har oppstått (Vigrestad og Hellandshølen, 2012). På denne måten kan nettverket være en støtte og ressurs i behandlingen, samt at man sammen kan komme opp med gode løsninger for en videre plan, som fungerer for alle. Det er ikke en spesifikk behandlingsmetode, men man samler gjerne flere som jobber med forskjellige hjelpemetoder, slik at alle disse får en felles betydning. Med hjelpemetoder mener jeg da både hjelp fra det private og det profesjonelle nettverket, hvor de forskjellige kan ha ulike tilnærminger til å hjelpe ut fra deres relasjoner med pasienten. Nettverksorientert arbeid er mer en *måte å forholde seg på*, enn en spesifikk arbeidsmetode (Andresen, 2000). Seikkula og Arnkil sier at nyttige ressurser må settes sammen med utgangspunkt i pasientens hverdag, og

at det er dette som må danne hjelpetilbudets fundament, ikke profesjonelle verktøy. Med det forstår jeg at behandlingsmetoder av ulike slag ikke må være fundamentet i behandlingen, men at hovedfokuset må ligge på å få samlet de ressursene som finnes i hverdagslivet og som kan hjelpe til å skape en bedring og en stabilitet i tilværelsen. Det pekes også på at det må krysses grenser mellom sektorer, instanser og profesjoner, men viktigst av alt mellom fagpersoner og de private sosiale ressursene til pasientene, for å kunne tilby en godt sammensatt støtte for vedkommende (Seikkula og Arnkil, 2013). I denne undersøkelsen har jeg fokuset på de profesjonelle hjelperne i nettverket til pasienter, men det er viktig å ha sagt at de som ofte blir omtalt som de største ressursene for pasientene er familie, venner eller andre pårørende. Samtidig er det mange som ikke har denne typer ressurser i nettverket sitt, og da kan profesjonelle hjelpere være veldig viktige og store ressurser i pasientens liv.

Nettverkstenking i psykisk helsearbeid er en forståelse av hvilken betydning relasjoner har for den personen du skal hjelpe, en orientering mot nettverket (Seikkula og Arnkil, 2007). Man må hjelpe pasienten med å se på hvilke ressurser som kan være til hjelp. Sammen kan man finne ut av mye med å samle disse ressursene, hvor hverdagen til pasientene er det som må danne kjernen som grensene tøyes rundt, og dette krever at man er i dialog (Seikkula og Arnkil, 2013). Nettverksarbeid handler om å være i dialog med nettverket, løse problemer eller finne løsninger sammen, ut fra hvem pasienten ønsker å definere som sitt støttende nettverk i behandlingen.

5.4 Dialog

Som nevnt er dialog et svært essensielt begrep i nettverksarbeid. Begrepet dialog kommer opprinnelig fra gresk, og er satt sammen av *dia* som betyr gjennom eller mellom, og *logos* som betyr ord eller tale. Man kan si at det betyr at det er gjennom ordene at man utforsker et tema eller søker sannheten (Jensen og Ulleberg, 2012). Ordet dialog brukes imidlertid på forskjellige måter, ut fra forskjellige innfallsvinkler. Til daglig bruker vi kanskje ordet dialog om en samtale mellom to eller flere personer. I denne sammenhengen vil jeg si at en dialog har noen flere kvaliteter enn en samtale har, og vil forklare dette nærmere for å skape forståelse for hva dialog innebærer.

En samtale vil jeg si at er å kommuniserer med ord, hvor to eller flere personer bruker ord for å forstå hverandre, beskrive hva man tenker eller føler. En dialog derimot har også som hensikt at man lytter til hverandre, hører og tar i betraktning det som den eller de andre sier. I en dialog kan man altså også la seg påvirke av det andre sier, og deretter forandre synspunkt underveis i dialogen. Det kan sies at en dialog er et felles prosjekt der de som er deltakere skaper noe sammen, for eksempel en bedre felles forståelse av noe, eller helt nye innsikter i noe eller noe annet man går sammen om (Svare, 2006). De som deltar i dette samarbeidsprosjektet som dialogen er, går inn i dette med en visshet om at alle som deltar kan ha noe å bidra med og at man arbeider mot et felles mål. I tillegg til å bidra selv, skal man også hjelpe de andre til å bidra med sitt (Svare, 2006). Dialogen kan ha mange mål, men det viktigste er at alle som deltar er enige om hva målet er, og går inn for å nå dette sammen.

Dialog er en åpen form for kommunikasjon hvor meninger omformes fra respons til respons. Det er en måte å tenke sammen på der man skaper gjensidig forståelse blant de som deltar, på en måte som overskrider enkeltpersonenes muligheter til å oppnå denne forståelsen alene (Seikkula og Arnkil, 2007). Man er sammen om det som blir sagt, og for å oppnå en dialog må alle partene fokusere på svarene - å lytte og bli hørt (Seikkula og Arnkil, 2007). I en dialog lytter man til hverandre, og man er nysgjerrig og utforsker hverandres meninger. Man søker å se en sammenheng og en helhet i det som blir snakket om, ved å være klar over at flere av deltagerne kan sitte med svar på det man tar opp. Det finnes kanskje ikke et enkelt svar, men man kan skape et felles svar ved å høre på de meninger som fremkommer under dialogen.

«Menneskelig erkjennelse og virkelighetsforståelse er knyttet til språket. Møter mellom mennesker er knyttet til språket. Møtet skjer i samtalen. Møtet skjer i dialogen» (Bøe og Thomassen, 2009:56). Dialog handler altså om at den enkelte får sette ord på hvordan virkeligheten oppfattes for vedkommende, og bare slik kan dette bli klart for de andre deltagerne. Så må man møtes rundt dette og bli enige om hvordan man sammen kan forstå det som blir sagt. Det er viktig å ha forståelse for hva dialog er både i møter med pasienter og deres pårørende, men også når det kommer til kommunikasjon mellom helsepersonell, hvor det også er viktig å oppnå dialog. I denne undersøkelsen er dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten en meget viktig del av temaet, hvor en god

dialog vil bidra til å sikre pasientene et best mulig tilbud. Man kan så være opptatt av både hva som hemmer og fremmer denne dialogen, men det som i hvert fall er sikkert er at dersom man hører etter, og kjenner etter på det som ble sagt, for så å kognitivt søke mening med det den andre sa, så fremmer dette dialogen (Halvorsen, 2008). Dette er et viktig poeng i forhold til hvordan vi er i dialog med pasientene og andre helsepersonell, det gjelder å lytte og å søke mening i det den andre sier.

5.5 Relasjoner og betydningen av gode relasjoner

Relasjoner mellom mennesker er livsviktige, og i arbeid innenfor psykisk helse kan relasjoner faktisk være avgjørende for hvordan et menneske med psykisk sykdom kommer seg (Broeng, 2009). Både som sykepleier på en akuttpsykiatrisk avdeling og i kommunehelsetjenesten er dette veldig viktig å ha kunnskaper om, også i forhold til hva relasjonene i nettverket til pasientene kan ha å si. En del av nettverksarbeidet i psykisk helsearbeid går ut på det å skape nye, eller involvere allerede eksisterende, gode relasjoner som kan være positive og hjelpsomme for pasienten. Broeng poengterer at mennesker som får diagnostisert en psykisk sykdom kan stå overfor en voldsom og alvorlig endring i måten å se seg selv på og opplevelsen av hvordan andre ser på vedkommende, og må kanskje også forholde seg til at omgivelsene møter en med distanse, forutinntatthet og usikkerhet. Kontakten til andre kan endre seg, og dette kan føre til at både selvforståelse og identitet påvirkes (Broeng, 2009). Som hjelpere ovenfor et menneske med psykisk sykdom må vi møte det alminnelige i det ualminnelige, altså se personen bak sykdommen. Akutt psykisk sykdom kan oppleves som en krise for den som blir rammet. Da er det slik at det enkelte menneskets personlighet og dens oppvekstbetingelser er avgjørende for hvordan man mestrer livskriser og traumatiske hendelser, samt at psykisk sårbarhet og sosiale ressurser og relasjoner spiller inn (Broeng, 2009). Når vi skal hjelpe mennesker er det viktig at vi tenker på at hver og en har sin unike personlighet og ulike livsvilkår, og tilpasse hjelpen vi gir deretter.

Borg og Topor har beskrevet det de forstår som viktige elementer i psykisk helsearbeid, basert på intervjuer av mennesker som har blitt bedre av alvorlige psykiske lidelser. De som er intervjuet her beskriver relasjonelle forhold som noe av det viktigste i deres bedringshistorier (2003). Mennesker er sosiale vesener, og vi utvikler oss i sosiale sammenhenger og i samspill med andre. Det sosiale har derav stor betydning i bedringsprosesser, og for profesjonelle som

skal være støtte i deres bedringsprosess er det viktig å se utover de symptomene og problemene denne personen har (Borg og Topor, 2003). Man må etablere en relasjon som inneholder mer, basert på mennesket bak sykdommen. Borg og Topor beskriver at det synes å være en avgjørende forskjell på arbeidet med mennesker som har psykiske problemer og arbeidet med mennesker som har andre typer problemer, både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (2003). Relasjonen som personale og pasient lykkes i å utvikle er viktig i begge tilfeller, men når det kommer til å hjelpe mennesker med psykiske lidelser er ikke relasjonen bare viktig, men synes å være *avgjørende* for om tiltakene skal kunne virke positivt for bedringsprosessen (Borg og Topor, 2003). Relasjonen i psykisk helsearbeid er altså en sentral del av behandlingen.

Det viktigste du som hjelper må ha er forestillingen om at det kan gå bra for pasienten, og at du har et stort engasjement og beredskap til å sette seg inn i den enkeltes situasjon (Borg og Topor, 2003). Som hjelper dreier det seg om å formidle håp, og å stå for håpet når det meste tyder på at en håpløs situasjon bare blir verre. Videre handler det om å sette seg inn i en pasients eller brukers situasjon ved å se all kompetansen vedkommende har, samt behandlingsopplegget sett fra personens eget ståsted (Borg og Topor, 2003). Jeg vil herunder nevne at recovery-tankegangen innenfor arbeidet med psykiske lidelser har stått sterkt over en del år. Begrepet recovery bygger på håp, som er en forutsetning for å kunne arbeide med det relasjonelle perspektiv. Selv om pasienten har en sinnslidelse og kanskje er så preget av sykdommen at vedkommende ikke kan bidra med så mye til samspillet, så er der en tro på at dette kan endre seg, om det så kan gå mange år (Broeng, 2009). Begrepet handler om troen på at det utgjør en forskjell å holde fast på arbeidet med å skape og vedlikeholde den anerkjennende relasjon (Broeng, 2009). Det er viktig at vi som hjelpere har troen på en bedring, og at vi bærer dette håpet sammen med pasientene. Vi må også vise at vi har tro på at det arbeidet vi gjør nytter, og at det er med på å skape gode utsikter for at situasjonen skal endre seg til det bedre.

Mennesker står alltid i ulike relasjoner med andre mennesker, og når man søker hjelp for psykiske problemer vil dette på en eller annen måte innebære at man vil etablere relasjoner til en eller flere fra hjelpeapparatet (Bøe og Thomassen, 2009). I akuttpsykiatriske avdelinger er det også en del mennesker som blir behandlet under tvungent psykisk helsevern, som altså ikke ønsker denne behandlingen selv. Da kan gode relasjoner bli spesielt utfordrende å få til,

både fra pasienten og hjelperens side. Bøe og Thomassen ønsker å tydeliggjøre at psykisk helsearbeid er et kontekstuellet arbeid, hvor man må ta utgangspunkt i den enkeltes liv og de sammenhenger vedkommende står i (2009). Som fagpersoner kommer vi inn i livene til pasienten i perioder hvor de har behov for hjelp på en eller annen måte, og relasjonen vi får kan vise seg å bli betydningsfulle i forhold til å skape bedring. Dette må imidlertid skje på pasientens premisser, og vi må tilpasse den hjelpen vi gir til hver enkelt person der han eller hun er i livet.

5.6 Roller

I samarbeidet vi har med andre instanser eller andre viktige personer i forhold til pasientene, kan vi si at vi har ulike roller i behandlingen og samarbeidet med pasienten. En rolle kan litt løst defineres som det sett av forventninger som er knyttet til en bestemt stilling eller funksjon, som jo igjen forutsetter at man har en slags posisjon eller funksjon som en forutsetning for rollen (Lauvås og Lauvås, 2002). I samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil sykepleierne i de nevnte instansene ha forskjellige roller ovenfor pasienten. Det er fordi dette er to forskjellige posisjoner med tilhørende forventninger og en rollespesifikk væremåte som rolleinnhaveren skal ha overfor pasienten, hvor det er normer og forventninger som regulerer denne væremåten (Lauvås og Lauvås, 2002). De forventningene som ligger til en rolle kommer ofte fra omgivelsene.

Sykepleiere møter mange forskjellige rolleforventninger i sin yrkesutøvelse, for eksempel faglig kyndighet, gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å lytte, samt evne til å organisere både eget og andres arbeid på en god og forsvarlig måte (Orvik, 2004). Orvik mener videre at sykepleiere må inneha en organisatorisk kompetanse, en forståelse av egen rolle i organisasjonen man jobber i, for å være i stand til å se eventuelle rollekonflikter i et større, organisatorisk perspektiv (2004). For eksempel kan en rollekonflikt som mange sykepleiere kjenner til være at det forventes at man jobber mest mulig effektivt, men samtidig forventes det at en sykepleier er lyttende og tar seg tid til pasientene. Sykepleierrollen innebærer ifølge Orvik å inneha klinisk kompetanse, organisatorisk kompetanse i form av å forstå helseorganisasjonen som system, samt organisatorisk kompetanse i form av å kunne organisere pasientarbeidet (2004).

Både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ligger det spesifikke forventninger til sykepleiernes rolle i pasientarbeidet ut fra normer som ligger til grunn for hvordan vi skal handle og opptre i tjeneste. Sosiale normer er satt sammen av nettopp forventninger, sier Aubert, ved at når det regelmessig blir utløst forventninger om noe i en bestemt type situasjon, så er dette et tegn på at det foreligger en norm (1964). Videre sier han at dersom man skal kunne kalle noe for en norm, så må forventningene ha en viss varighet og stabilitet, og de må opptre noenlunde regelmessig hver gang en bestemt type situasjon oppstår (Aubert, 1964). Altså skapes normer av forventningene som ligger til en rolle, og slik kan også rollen forandres ettersom forventningene forandrer seg. Alt dette avhenger i denne sammenhengen av systemet som rollene våre er underlagt, og hvor vidt rollene er justert med tanke på forventninger etter som systemet kanskje har forandret seg. Når samhandlingsreformen trådte i kraft kan man kanskje si at forventningene til pleie- og omsorgspersonalet i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten endret seg, dette vil jeg si mer om senere. Det må i slike tilfeller sees på om rollene skal endres på i tråd med de nye forventningene som foreligger.

Skal det endres på en rolle i et sosialt system, så får dette konsekvenser for de andre rollene i samarbeidet, og en manglende rolleavklaring kan føre til konflikter i samarbeidet (Lauvås og Lauvås, 2002). En ny rolle eller forandring av rolle kan være positivt i et samarbeid, dersom det er gjort på en god måte og det er en god hensikt med det. Det fordrer at utforming av nye roller eller forandring i de eksisterende rollene blir tatt opp til diskusjon, og at de det berører får være med i denne diskusjonen (Lauvås og Lauvås, 2002). Dette er fordi vi har behov for å legitimere vår rolleadferd, slik at vi ovenfor andre skal kunne forklare og rettferdiggjøre måten vi handler på når vi er i denne rollen. Den kunnskapen vi har om andres roller kan ofte være mangelfulle, og dette gjør at forventningene vi stiller til disse rollene blir på bakgrunn av noe vi tror vi vet som for eksempel kan stamme fra stereotypiske rolleoppfatninger (Lauvås og Lauvås, 2002).

6.0 METODE

Jeg er ute etter å få nye kunnskaper gjennom å studere noen andres erfaringer og beskrivelser av de, og anvender en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitative forskningsmetoder gjør det mulig å forske på praksis, hvor man kan identifisere barrierer og legge til rette for endringer i praksisen ved at man også kan identifisere hva som betegnes som bra eller dårlig (Starks og Trinidad, 2007). Kvalitative tilnæringer egner seg godt når man ønsker å utvikle ny kunnskap og en dypere forståelse av noe, og dette kan forde at man ikke har for mange undersøkelsesobjekter (Jacobsen, 2010). For å kunne gå i dybden på et materiale, bør det ikke være for stort og uhandterlig. En kvantitativ metode er derimot egnet til å gjøre screeninger eller finne ut av for eksempel hvor utbredt en sykdom er, og egner seg til å måle mer konkrete ting. Litt forenklet kan man si det slik at kvantitative metoder er gode til å skape oversikt, mens kvalitative metoder er velegnede til å romme kompleksitet og gå i dybden (Fredslund og Dahlager, 2005).

Jeg ønsker en dypere forståelse av hvordan vår praksis på nettverksarbeid påvirker nettverket til pasientene våre. Den informasjonen jeg får av informantene i undersøkelsen skal jeg se på i lys av relevante teorier og egne erfaringer for å kunne utvikle ny kunnskap på området. God kvalitativ forskning omfatter erfaringsnære beskrivelser der deltakernes konkrete verden presenteres, og understreker at man skal fremstille deres utsagn på en rettmessig og respektfull måte (Thornquist, 2003). Samtidig vil fremstillingen av informantenes utsagn bære preg av meg som forsker, fordi det er jeg som har fortolket materialet og presenterer det ut fra mitt ståsted.

6.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Som nevnt ovenfor er jeg som forsker en viktig del i den kvalitative forskningen, og det er derfor viktig at jeg gjør rede for mitt ståsted som forsker. Men hvilken kunnskap er det jeg er ute etter å oppnå i denne studien? Jeg ønsker å forstå et fenomen, nettverksarbeid på akuttpsykiatrisk avdeling, ved å få beskrivelser fra sykepleiere i kommunehelsetjenesten om hvordan de erfarer å være en del av nettverket til akuttinnlagte pasienter, for så å fortolke dette i lys av mine egne erfaringer, relevant teori og forskning. Jeg har derfor valgt å bruke en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i studien, det passer med den type kunnskap jeg

ønsker å oppnå. Felles for fenomenologien og hermeneutikken er en interesse for å forstå aktørers opplevelse av deres livsverden. Med livsverden menes ikke bare hverdagslivet, men det kan også eksempelvis være en pasients opplevelse av å være innlagt eller en sykepleiers forståelse av organisasjonsforandringer etc (Fredslund og Dahlager, 2005).

Hensikten med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming er å få innblikk i hvordan den enkelte eller spesifikke grupper i en felles situasjon opplever og forstår verden (Fredslund og Dahlager, 2005). Jeg vil forklare litt om både fenomenologi og hermeneutikk, for å vise hvorfor dette er det vitenskapsteoretiske perspektivet i undersøkelsen min. Fenomenologien tar utgangspunkt i at det er et gjensidig avhengighetsforhold mellom objektet og subjektet. Ordet fenomen kommer fra gresk og betyr «det som viser seg», og i fenomenologien er det sentrale at det ikke kan finnes noe som viser seg, uten at det finnes noen som det viser seg for (Bengtsson, 2006). Forenklet sagt er det man undersøker i fenomenologien hvordan et fenomen viser seg for noen. Jeg undersøker hvordan nettverksarbeidet på en akuttpsykiatrisk avdeling viser seg for sykepleiere i kommunen, fordi de har erfaring som jeg tenker at vi kan lære noe av. I fenomenologien blir virkeligheten tatt inn gjennom personlige erfaringer. Ved å undersøke individuelle erfaringer grundig, søker man å fange opp mening og allmenne karakteristikk og/eller essensen i en erfaring eller hendelse (Stark og Trinidad, 2007).

I den filosofiske hermeneutikken regnes filosofene Heidegger og Gadamer for å være de fremste representantene, hvor de klargjør grunntrekk ved menneskers eksistens, og eksistensielle grunntrekk. De søker å redegjøre for de grunnleggende forutsetninger for forståelse, hvor selve måten å leve på er hermeneutisk ved at vi mennesker er i verden som forstående og fortolkende historiske vesen (Thornquist, 2006). Tematiseringen av at tolkeren innehar en horisont og en forutforståelse, begynner med den filosofiske hermeneutikken. Her understreker Heidegger og Gadamer at man aldri kan se bort fra at vår forståelse er grunnleggende begrenset av vår historiske horisont. Gadamer bruker begrepet horisontsammensmeltning om resultatet man kan oppnå ved en hermeneutisk forskningsaktivitet, hvor målet er å utvide vår opprinnelige forståelse slik at den kan smelte sammen med den annens forståelse i en videre horisont enn du hadde fra før (Thornquist, 2006). Jeg forstår alt ut fra mitt ståsted som menneske, med de kunnskaper, inntrykk og erfaringer som jeg har tilegnet meg underveis i livet, og med bakgrunn i dette tolker jeg

informantenes erfaringer i denne studien. All forståelse er bestemt ut fra en forforståelse vi har, som omfatter meninger og oppfatninger vi på forhånd har av det fenomenet vi skal studere (Dalen, 2008). Gadamer forklarer at forståelsen av en tekst alltid finner sted i form av et utkast, ved at den som vil forstå utkaster en foreløpig mening for helheten så snart en første mening viser seg, og denne meningen viser seg bare fordi man har en viss forventning til at teksten skal ha en bestemt mening (Gadamer, 2003). Jeg gikk for eksempel inn i studien min med en viss forventning til at informantene hadde noe å si for eksempel om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, og med bakgrunn i dette så jeg med en gang visse ting i intervjuene som gav meg mening i forhold til det. Gadamer sier videre at å forstå det som står i teksten, betyr å utarbeide et slikt for-utkast, som alltid vil bli revidert etter hvert som man kommer lengre og lengre inn i teksten (2003). Etter hvert i en intervjuanalyse når man har lest og hørt intervjuene noen ganger, vil det stadig underveis åpenbare seg nye meninger, som underveis i prosessen også dannes ved at man får mer og mer kunnskap av den teorien og forskningen man leser i tillegg.

Forståelsen av den innsamlede dataen utvikles altså gjennom hele forskningsprosessen. Tolkningen og analysen kan sees på som to sider av samme sak, fordi vi simpelthen ikke kan beskrive og kategorisere hendelsesforløp uten å samtidig tillegge hendelsene en mening (Thagaard, 2010). Det vil være umulig å redegjøre helt og fullt for min forforståelse i denne undersøkelsen, men jeg må forsøke å vise hva mitt ståsted forut for undersøkelsen var, og hvilke tanker jeg hadde om fenomenene som skal undersøkes. Når man undersøker fenomener og dermed utvider forståelsesverdenen, så utvikles forforståelsen vår seg (Thornquist, 2006). Den er hele tiden i forandring, ved at vi stadig får nye inntrykk og erfaringer underveis i livet som påvirker hvordan vi tenker om ting.

Filosofen Schleiermacher tildeler den hermeneutiske sirkelen en sentral plassering i hermeneutikken som et vilkår, og tenker fortolkningen som en prosess hvor man går frem og tilbake mellom enkeltiakttagelser og deres overordnede sammenheng (Gulddal og Møller, 1999). Den hermeneutiske sirkelen er det grunnleggende prinsippet i hermeneutikken, altså at deler av en tekst eller samtale forstås ut fra den helheten de inngår i, mens helheten igjen forstås ut fra delene. I analysen av det innsamlede datamaterialet i undersøkelsen min, går jeg frem og tilbake mellom informantenes uttalte erfaringer, mine egne erfaringer og relevant teori om temaet. Jeg ser deler av det informantene sier i forhold til et større perspektiv, for å

utvide forståelsen min av det. Samtidig forstår jeg nettverksarbeid som helhet ut fra deler av det informantene har erfart. Ved å gå slik frem og tilbake, så utvikler man en større forståelse for det man undersøker. Hermeneutikken fremhever også betydningen av å fortolke handlinger gjennom å se et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende, og legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2010). Jeg ser i undersøkelsen på hver og en informants opplevelse av et fenomen, og er innforstått med at dette er sannheten for den det gjelder, det er slik vedkommende ser saken. Samtidig inngår det informanten sier i en større helhet, som fungerer som et bakteppe når jeg analyserer det. Målet med undersøkelsen er å se og få frem noe som informanten selv ikke kan se eller si, hvilket betyr at selve analysen av informasjonen man har fått er forskerens hovedbidrag (Thornquist, 2006). Min forståelseshorisont vil underveis i studien utvides til å inneholde mer enn den gjorde fra før, og dette vil igjen forandre min måte å tenke om de fenomenene som tas opp.

6.2 Min forforståelse

Min erfaring fra akuttpsykiatrisk avdeling er bakgrunnen for min oppfatning av hvordan nettverksarbeid foregår i praksis. Forforståelsen min er basert på at jeg har jobbet 6 år som sykepleier på en og samme akuttpsykiatriske avdeling i spesialisthelsetjenesten. Her har jeg blitt opplært til å tenke involvering av nettverket i innleggelsene til pasientene jeg skulle jobbe sammen med, da det er en grunnleggende tanke om at dette er en viktig tilnærming til god behandling. Vi har også fokus på at brukermedvirkningen skal stå sterkt i vår praksis.

Jeg har også gjort meg opp en personlig formening om at er viktig å involvere de ressursene som finnes i nettverket til pasientene, og at de kan være positive tilskudd i behandlingen. Dette baserer seg på en holdning om at disse menneskene i all hovedsak skal leve livene sine hjemme, i den grad dette er mulig uten at tilstanden deres gjør dette helt umulig. De fleste pasientene har personer som er involvert i livet deres, og som kanskje kan være gode hjelpere under en innleggelse til å sammen med pasienten se hvilke behov som må dekkes før vedkommende kan utskrives og dra hjem. Jeg har så begynt å undre meg om vi virkelig jobber så nettverkssentrert på akuttavdelingene som det man tror i en behandlingssituasjon. Dermed fikk jeg lyst til å undersøke hvordan det sto til med nettverksarbeidet vårt, og om vi

er så gode til å jobbe nettverksorientert som det vi ønsker. Det var utgangspunktet mitt for å gå i gang med denne undersøkelsen.

6.3 Datainnsamling

Kvalitativt intervju ble det naturlige valget for forskningsmetode ut fra problemstillingen min. Det kvalitative forskningsintervjuet er egnet for å forstå verden sett fra intervjupersonenes side, hvor målet er å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale og Brinkmann, 2009). Det er gjennom samtaler med mennesker at vi lærer hverandre å kjenne og får vite hvordan andre opplever noe. Som Kvale og Brinkmann så godt sier det; «Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem» (2009:19).

6.3.1 Utvalg og rekruttering av informanter

For å få svar på hvordan noen av våre samarbeidspartnere opplever det å være en del av våre pasienters nettverk, falt valget på at jeg ønsket å intervju sykepleiere som jobber med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten. Dette valget tok jeg fordi jeg har erfaring fra praksis med at disse hjelperne ofte er en viktig del av pasientenes nettverk. Det er behov for et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og det er for tiden et viktig fokus også på organisasjons- og politisk nivå, blant annet med innføringen av samhandlingsreformen. Ved å undersøke kommunehelsetjenestens erfaringer vil det kunne gi informasjon om hvordan dette fungerer i praksis, og jeg valgte en spesiell avdeling innenfor kommunehelsetjenesten som jeg erfarer at er de som oftest er i nettverket til pasientene på vår avdeling. En kritikk til dette kan være at jeg burde hatt informanter fra forskjellige avdelinger innen kommunehelsetjenesten for å få et bredere spenn på forskjellige erfaringer, men valgte denne avdelingen fordi jeg hadde tro på å kunne få fylldig informasjon derfra. Det viste seg etter mitt syn å være et godt valg, nettopp fordi informantene hadde så mye erfaring på området at de hadde mange gode refleksjoner rundt temaet.

Før jeg kunne starte rekruttering av informanter til studien, måtte jeg finne ut hvilke utvelgelseskriterier jeg skulle følge for å finne den rette typen informanter. Første kriteriet var at jeg ønsket å intervju sykepleiere, og det valgte jeg fordi jeg er sykepleier selv og ønsker å

undersøke tett opp mot mitt eget felt. Dessuten tenker jeg at sykepleiere gjennom utdannelsen har en felles bakgrunn og en felles forståelse på en del områder, og at det ville være interessant å se hva en gruppe med samme utdanningsbakgrunn tenker om det samme temaet. På en annen side kan man si at det ville vært interessant å se om det var forskjeller i hva en blanding av yrkesgrupper hadde reflektert over i denne sammenhengen. Jeg satte også som et kriterie at disse sykepleierne måtte ha erfaring med å være en del av nettverket til pasienter som hadde vært akuttinnlagte, ettersom det er en spesifisering i problemstillingen min at det gjelder akuttinnlagte pasienter.

Jeg startet rekrutteringsprosessen med å sende mail til lederen på den avdelingen jeg hadde bestemt meg for, vedlagt en forespørsel om deltakelse i mitt prosjekt (se vedlegg 1). Vedkommende videresendte så mailen til sine sykepleiere i enheten, hvor de ble bedt om å sende mail til meg dersom de ønsket å delta. Jeg fikk umiddelbart svar fra en person som ønsket å delta. Etter denne henvendelsen gikk det litt tid, og ingen flere henvendte seg. Sykepleierne ble minnet på henvendelsen fra meg, og jeg fikk umiddelbart henvendelser fra to informanter til. Jeg tok da en avgjørelse på at tre informanter var bra i første omgang, og skulle så eventuelt vurdere å få en til dersom jeg vurderte informasjonsgrunnlaget som for lite når disse intervjuene var gjennomført. Jeg klarerte også med universitetet og veileder at tre informanter er nok i denne type mastergradsarbeid. Etter å ha gjennomført de tre intervjuene vurderte jeg materialet som stort og godt nok grunnlag for analyse, på bakgrunn av at informantene ga gode refleksjoner som utgjorde et fylldig analysegrunnlag.

6.3.2 Kort presentasjon av informantene

Informantene er alle menn, og alderen deres er mellom 25-50 år. De har forskjellig erfaringsbakgrunn; hvorav to av dem har lang erfaring (15-20 år) som sykepleier med psykisk helse i kommunehelsetjenesten. Disse to hadde jobbet forskjellige plasser innenfor området kommunalt psykisk helsearbeid tidligere, men stabilt i mange år i den avdelingen de er nå. Det tenker jeg gjør at de har et ganske solid grunnlag for å uttale seg om temaet for undersøkelsen. Den tredje har ganske kort erfaring som sykepleier, 2-3 år, hvorav all den tid innen psykisk helsearbeid i kommunen. Det gjør at han har et relativt ferskt blick på temaet, noe som kan være et positivt tillegg til de andre to med såpass lang erfaring.

Det er interessant at det bare var menn som svarte på henvendelsene om å være informanter i studien, og jeg undres over om utfallet av studien hadde blitt annerledes dersom det også hadde vært kvinner blant informantene. Det kan tenkes at kvinner og menn har forskjellige måter å se ting på, slik at det da kan hende at jeg hadde fått noen andre synspunkter og betraktninger enn det jeg fikk ved at det var bare menn med i studien. I den forbindelse hadde det kanskje vært interessant å gjennomføre samme studien med bare kvinner ved et senere tidspunkt, for å se om ble noen forskjeller i resultatene. Jeg har valgt å gi informantene fiktive navn; Anders, Børge og Kai, og vil bruke disse i presentasjonen av funnene.

6.3.3 Semistrukturert intervju og intervjuguide

Jeg har valgt å gjennomføre semistrukturerte intervjuer i min studie. I semistrukturerte intervjuer forløper intervjuene som en interaksjon mellom de spørsmålene som stilles og intervjupersonenes svar, hvor det er satt opp noen planlagte spørsmål i en intervjuguide på forhånd (Tanggaard og Brinkmann, 2012). Jeg brukte en del tid på å forme 3 hovedspørsmål til en intervjuguide, samt noen forslag til oppfølgingsspørsmål dersom jeg skulle få bruk for det (se vedlegg 2). Jeg ønsket at spørsmålene skulle være åpne, slik at informantene fikk rom til å reflektere ganske fritt rundt tema. Selve intervjuet vil være i en kontinuerlig vekselvirkning mellom spørsmål og svar ved anvendelse av en semistrukturert intervjuguide, ved at man underveis kan følge opp med spørsmål til de svarene som informantene gir (Tanggaard og Brinkmann, 2012). Jeg ønsket å gjennomføre intervjuet på en slik måte at jeg hadde muligheten til å spørre utenom intervjuguiden, alt etter som hva som kom naturlig for meg ut fra det informantene snakket om. Det kan tenkes at dette gjorde at jeg fikk et vidt spenn i hvilke tema informantene var opptatt av innenfor hovedspørsmålene, noe som både kan være positivt og negativt i forhold til analysen. Jeg ser i ettertid at det har gitt undersøkelsen en fin bredde i innholds, men samtidig kan det ha gjort det vanskeligere å samle trådene om hovedtemaer som informantene snakket om. Ved å gjøre det på denne måten fikk jeg fulgt opp interessante tråder som kom underveis i intervjuene, noe jeg ikke ville fått fanget opp dersom jeg kun hadde fulgt og forholdt meg til noen forhåndsbestemte spørsmål i en intervjuguide.

6.3.4 Praktisk gjennomføring av intervjuene

Jeg avtalte tid og sted med informantene ettersom hva som passet dem best, og booket et egnet rom for intervjuet der vi skulle møtes, hvor jeg la vekt på at det var stille og vi ville være uforstyrret. Informantene skrev under på samtykke til deltagelse i undersøkelsen når vi møttes (se vedlegg 3). To av intervjuene fant sted på et stille rom på informantenes arbeidsplass, mens et ble gjennomført på et tilbaketrukket kontor på min arbeidsplass, da det passet best for informanten.

Intervjuene ble tatt opp på med lydopptaker på min telefon. Dette var informantene informert om på forhånd, og de samtykket til dette når de sa ja til å være med i undersøkelsen. Det opplevdes ikke for meg som om at dette ble noen forstyrrende faktor, det virket som at lydopptaket ble glemt underveis i intervjuet og at informantene snakket uanstrengt i forhold til at den lå på bordet mellom oss. Derimot vil jeg tro at intervjusituasjonene bar preg av at dette var min debut som intervjuforsker, med litt usikkerhet rundt spørsmålsstillingene mine. Det var en uvant rolle for meg, og jeg brukte nok litt tid på å tilpasse meg denne i hvert intervju. Men jeg opplevde at vi fikk til en avslappet stemning under intervjuene, og at informantene reflekterte godt rundt spørsmålene, selv om disse til tider ble stilt på en noe klossete måte fordi det var min første gang som intervjuer. Forskningsintervjuet bygger på dagliglivets samtaler, men det er en profesjonell samtale, og den må ha en viss struktur og hensikt, sier Kvale og Brinkmann (2009). Utfordringen for meg som førstegangsintervjuer var å stille spørsmålene på en tydelig og forståelig måte, samtidig som jeg skulle skape en avslappet stemning som gjorde at informantene kunne snakke fritt rundt det som ble tatt opp.

6.3.5 Avklaring av egen rolle/forskning på eget område

I denne undersøkelsen forsker jeg på eget område, ved at jeg intervjuer mennesker som kan være potensielle samarbeidspartnere om et tema som omhandler min egen praksis og gjennomføring av denne. Det kan være både positivt og problematisk. Positivt fordi jeg kjenner godt til kulturen og referanserammene på området som informantene snakker ut fra, og som gjør at jeg kan relatere meg til deres ytringer og forstå det de sier ut fra dette. Samtidig kan dette farge det jeg ser i undersøkelsen ved at det forhindrer meg i å forstå det de sier ut fra nye perspektiver. Paulgaard beskriver dette slik at forskerens erfaringer og kunnskaper gir tilgang til noen former for kunnskap, mens den skygger for noen (1997). Hun

mener videre at uansett om man gjør undersøkelser på kjent eller ukjent område, så vil forskerens personlige forutsetninger ha betydning for hva en får tilgang til og hvilke problemer en møter underveis (Paulgaard, 1997).

Ved å redegjøre så godt jeg kan for min arbeidssituasjon og forforståelse, samt at informantene kan være mine samarbeidspartnere i jobbsammenheng, har jeg forsøkt å forklare hvor mitt utgangspunkt er. Jeg kan ikke sette et klart skille for hva dette gjør med min måte å tolke analyse materialet på, men det kan gi en viss innsikt i hva som ligger til grunn for det. Det viktigste er kanskje at man er klar over at både nærhet og avstand til feltet man forsker på kan ha sine fordeler og ulemper, og ved å være bevisst dette så kan man benytte seg av de ressursene som ligger i det i en positiv retning. Paulgaard refererer til Gullestad som sier at en som gjør feltarbeid i eget samfunn må streve med å komme seg ut av sin egen kulturelle hjemmeblindhet, mens en som gjør feltarbeid i et annet samfunn må streve med å komme inn i den fremmede kulturen (Gullestad, gjengitt av Paulgaard, 1997:75). Dette er overførbart til å gjøre intervjuer innenfor eget felt, hvor man kjenner til den kulturen som informantene snakker ut fra.

Jeg forsker ikke direkte på egen praksis, fordi jeg har intervjuet noen utenfor min egen avdeling. Samtidig ba jeg om deres erfaringer med, og syn på, deler av min praksis, noe som vil kunne påvirke hvordan informantene svarte på spørsmålene. På bakgrunn av dette var det viktig for meg å presisere for dem at jeg ønsket deres oppriktige refleksjoner og tanker rundt temaet, og at de måtte forsøke å ikke la svarene deres påvirkes av vårt eventuelle samarbeidsforhold. I starten av et par av intervjusituasjonene tenkte jeg at svarene kunne bære preg av at informantene kanskje ønsket å være forsiktige med å si noe negativt på grunn av samarbeidssituasjon eller mulig fremtidig samarbeid, men jeg oppfattet i de tilfellene at dette ganske fort endret seg. Det kan være at etter hvert som informantene og jeg selv ble mer fortrolige med intervjusituasjonen, så ble fokuset helt og fullt at svarene i intervjuene var materiale vi skulle kunne lære av og kanskje kunne bruke til å forbedre praksisen på området. Svarene bar da preg av et kritisk blikk på tema fra informantenes side, både i positiv og negativ retning.

6.3.6 Etiske overveielser

Jeg har i denne studien fulgt Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper for medisinsk forskning som omhandler mennesker (Helsinkideklarasjonen, 1964). All informasjon om informanter, deres arbeidsplass og informasjonen de gir er bearbeidet og gjort om på slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne eller spore tilbake til av noen andre enn meg som forsker.

Informantene er informert om at de når som helst kan trekke seg fra prosjektet, og at all informasjon de har gitt da vil bli slettet umiddelbart. De har dessuten skrevet under på et skriftlig samtykke til deltagelse i prosjektet og alt det innebærer (se vedlegg 3).

Jeg anså det ikke som nødvendig å søke prosjektet mitt til Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig forskningsetikk (REK), fordi studien er basert på anonyme opplysninger og ikke inneholder personidentifiserbare opplysninger på noen måter. Jeg henviser til de retningslinjene som er oppgitt på REK sin internettside (REK, 2012). For å være på den sikre siden så meldte jeg prosjektet mitt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), selv om jeg ikke behandler personopplysninger i studien. Men på bakgrunn av at det er spesielle regler for oppbevaring av lydfiler/transkribert materiale ble jeg usikker på om innholdet i mitt prosjekt måtte meldes. Jeg fikk tilbakemelding om at dette prosjektet ikke var meldepliktig (se vedlegg 4).

Lydopptakene av intervjuene som jeg tok på min telefon, ble umiddelbart etter intervjuet overført til min datamaskin som er passordbeskyttet. Ingen andre har tilgang til denne datamaskinen. Selv om telefonen min også er passordbeskyttet, så slettet jeg opptakene på den med det samme jeg hadde ført de over til datamaskinen, fordi jeg tenkte at det kan være en risiko å ha sensitive lydfiler på en telefon, med tanke på at den kan komme på avveie eller bli stjålet. Jeg betegner lydopptakene for sensitive selv om de ikke inneholdt navn eller personopplysninger som kan spore tilbake til vedkommende, men de inneholder stemmen til informanten og informasjon som ikke skal komme på avveie. Transkripsjonene av lydopptakene ble også lagret på en fil på samme datamaskin, samt at jeg skrev ut et eksemplar i papirform som jeg har oppbevart i en låst skuff. Det står ingen navn eller personopplysninger på transkripsjonene. Når denne masteroppgaven er ferdigstilt, vil jeg umiddelbart slette de utskrevne transkripsjonene og alle lydfile.

6.3.7 Fremgangsmåte for søk etter tidligere forskning og relevant litteratur

I denne studien henviser jeg til tidligere forskning og relevant litteratur, og vil gjøre kort rede for hvordan jeg har søkt og funnet frem til denne. Jeg har brukt Bibsys mye for å finne litteratur, samt Helsebiblioteket på nett som utgangspunkt for å søke etter forskning i flere forskjellige databaser. De databasene jeg har søkt i er følgende; PubMed, Cinahl, PsychINFO, Bibsys, Google Scholar og MEDLINE. Jeg har søkt med både norske og engelske søkeord, både individuelt og med forskjellige kombinasjoner av ordene;

Norske søkeord; Nettverk, sosialt nettverk, nettverksarbeid, psykisk helse, samarbeid, samhandling, psykisk helsearbeid, psykiatri, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, sykehus, akuttpsykiatrisk avdeling, relasjoner, dialog.

Engelske søkeord; Network, social network, networking, mental health, collaboration, community health system, municipal health service, mental hospital, acute psychiatric ward, psychiatric, mental illness, relations, dialogue.

6.4 Analyse av datamateriale

Analysemetoden min er inspirert av Kvale og Brinkmanns omtalelser av hermeneutisk meningsfortolkning (2009). Jeg har også sett litt til Malteruds analysemetode på noen områder for inspirasjon, i all hovedsak hennes betraktninger rundt transkripsjon av intervjuer (2008).

6.4.1 Transkripsjon

«En transkripsjon er en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst», sier Kvale og Brinkmann (2009:192). Jeg startet transkripsjonsprosessen med å lytte til lydopptakene gjentatte ganger, før jeg transkriberte et og et intervjuopptak av gangen. Det var et bevisst valg at jeg foretok transkripsjonene selv, fordi analysen allerede starter her ved at en danner seg tanker rundt og kommuniserer med innholdet underveis i transkriberingen. Man får en unik mulighet til å bli ekstra godt kjent med innholdet i intervjuet ved å transkribere selv, i motsetning til å få noen andre til å utføre det for seg. Malterud sier at det alltid skjer en fordreining av hendelsen når muntlig samtale skal oversettes til skriftlig tekst, også når man gjengir detaljert ord for ord (Malterud, 2008). Det som blir sagt muntlig, kan se eller forstås annerledes når man ser det på papiret, fordi man her ikke får med for eksempel tonefallet i det

som blir sagt. Men formålet med skriftliggjørelsen er at en skal fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det informantene hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2008).

Jeg valgte å transkribere fra dialekt over til bokmål, noe jeg i ettertid så at gjorde den skriftlige teksten annerledes enn jeg opplevde intervjuene muntlig. Ord og uttrykk som blir sagt på dialekt ser annerledes ut skrevet på bokmål, og det kan miste litt av sin betydning underveis i en omskriving. Derfor har det for min del vært nyttig å høre en del på opptakene av intervjuene underveis i analysen, samtidig som å lese de transkriberte intervjuene. Transkripsjonen ble gjort ved at jeg skrev ned ordrett det som ble sagt på opptaket. Jeg tok da også med alle «ehhm» og «mhmm» som ble sagt, selv om jeg hørte underveis at jeg selv veldig ofte kommer med et «mhmmm» innimellom mens informantene snakker. Sett i ettertid hadde det kanskje ikke vært nødvendig å ta alt dette med i teksten, da det ble litt forstyrrende og kompliserte analysen av materialet. Men under transkripsjonen ønsket jeg å få med absolutt alt som ble sagt for å ikke utelukke eller overse noe viktig, og der og da mente jeg det var riktig å transkribere ordrett alt som foregikk under intervjuet. Teksten skal mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under intervjuet, samtidig som den skal gjøre det mulig å lese mellom linjene ved at forskeren blir tvunget til å erindre den situasjonen der historien ble fortalt, ut over de ordene som falt (Malterud, 2008). Når jeg har lest og analysert transkripsjonen, har jeg sett klart for meg informantene og husket tonefall, latter og stemningen som var under selve intervjuet.

6.4.2 Analysen

Som nevnt over har jeg inspirert av Kvale og Brinkmann anvendt hermeneutisk meningsfortolkning i analysen min. Dette bygger på noen prinsipper for hvordan man fortolker en tekst, og jeg vil gjøre nærmere rede for disse prinsippene senere i kapitlet. Jeg har også delvis benyttet meg av det de kaller for en innholdsanalyse, hvor jeg har kodet deler av tekstens meningsinnhold i kategorier, ved å se på hvilke deler av teksten som inneholder de samme meningene (Kvale og Brinkmann, 2009). Dette skaffer en oversikt over hvor ofte noe er nevnt i intervjuene. Samtidig har jeg anvendt det de kaller for meningsfortetting, ved at jeg har komprimert lange setninger og/eller avsnitt av det informantene har sagt, ned til kortere setninger hvor den umiddelbare meningen i det de sa ble gjengitt (Kvale og Brinkmann,

2009). Jeg har både kategorisert, kodet og gjort en meningsfortetting av informantenes beskrivelser og utsagn. For å vise klart og tydelig hvordan jeg har kommet frem til resultatene, vil jeg beskrive trinnvis hvordan jeg gikk frem i analysen;

1. Jeg startet med å lese et og et intervju grundig, og å høre på opptakene av intervjuene. I denne prosessen gjorde jeg meg tanker underveis om hva disse intervjuene handlet om, og ut fra dette ble det i hodet mitt klart for meg en del kategorier som oppsummerte og formulerte sentrale tema som flere av informantene snakket om. Disse kategoriene kaller jeg for subtemaer, og de utgjorde ca 20 stykker til å begynne med. Målet med dette er å utvikle kategorier som fullstendige beskrivelser av de opplevelser og handlingene som undersøkes (Kvale og Brinkmann, 2009). Det innebar også at jeg leste gjennom teksten med øyne for hva som var både likheter og forskjeller i det informantene sa. Da ble det klart for meg hvilke subtema som kom frem ut fra det de hadde sagt, og jeg formulerte disse til passende benevnelser og skrev de ned.
2. Etter hvert så jeg også at det var tre hovedtema som sammenfattet det informantene snakket om, på den måten at flere av subtemaene bunnet ut i samme hovedtema. Jeg tenkte at det var tre hovedtema som kunne beskrive hva informantene erfarte som viktige deler av det å være i nettverket til akuttinnlagte pasienter;
 - Kommunikasjon ved innleggelser
 - Samarbeid under innleggelser
 - Rolleavklaring – med fokus på felles målsetning
3. For å tydeliggjøre hovedtemaene for meg selv, markerte jeg disse i transkripsjonene med tre ulike fargede merketusjer, en farge for hvert hovedtema. Slik ble det oversiktlig å se i teksten hvilke deler som handlet om hva, og jeg ble også godt kjent med tekstene og innholdet underveis i denne prosessen.
4. Ut fra dette lagde jeg meg en oversikt på et ark over utsagn og setninger som handlet om samme subtema. Jeg lagde meg så tallkoder for hvert subtema, og merket setninger og avsnitt i transkripsjonene med tallkoder alt etter som hvor jeg tenkte at de hørte hjemme. Koding innebærer ifølge Kvale og Brinkmann at man knytter et eller flere nøkkelord til et tekstavsnitt, slik at en senere kan gå tilbake i teksten og identifisere en uttalelse (2009). Jeg anvendte datastyrt koding, som innebærer at man starter ut uten koder og utvikler dem underveis ved å lese materialet (Kvale og Brinkmann, 2009).

5. I denne fasen så jeg at flere av subtemaene gikk inn i hverandre, og slo dermed sammen noen slik at det ble færre subtema. Jeg endte opp med 9 subtema til slutt, som jeg mente var beskrivende for de forskjellige delene av temaene som var viktige å få frem.
6. Så startet arbeidet med å kondensere avsnittene og setningene som sa noe om samme subtema, til en helhetlig meningsbærende enhet av tekst. Dette ble kondensert av meg som forsker ut fra hva jeg så som viktig i teksten, men samtidig på en tekstnær måte, fordi det var viktig for meg at det er informantenes erfaringer som skal frem. På denne måten kom jeg frem til hva jeg ønsket å presentere av det informantene hadde sagt under hvert subtema, som fyldige beskrivelser av hva disse omhandlet.

Måten å jobbe på som jeg har beskrevet over er jamfør den hermeneutiske sirkelen, ved å gå frem og tilbake i teksten og se på helheten og delene i forhold til hverandre, og slik stadig oppdage nye ting. Kvale og Brinkmann beskriver hermeneutisk meningsfortolkning som en måte å analysere data på, og jeg tenker at det er nært opp til dette jeg har jobbet, og som jeg har beskrevet over. Man forholder seg da underveis til noen hermeneutiske prinsipper i fortolkningen av teksten, som Kvale og Brinkmann har beskrevet om i boken «Det kvalitative forskningsintervju». Kvale og Brinkmann har bearbeidet og utviklet disse prinsippene etter Radnitzky fra 1970, og jeg gjengir dem her noe forkortet og forenklet;

- Med utgangspunkt i en intuitiv forståelse av teksten som helhet, fortolkes dens forskjellige deler, og man setter ut fra disse fortolkningene delene på ny i relasjon til helheten.
- En meningsfortolkning stopper når man har funnet en indre enhet i teksten, en slags meningsfull helhet i det som ble sagt.
- Man skal kunne teste delfortolkningene i forhold til tekstens globale mening.
- Teksten bør forstås ut fra sin egen referanseramme, gjennom en utlegning av hva teksten selv sier om et tema, altså er tekstens autonomi viktig å ivareta.
- Den hermeneutiske utlegningen av en tekst omhandler kunnskap om tema for en tekst.
- Fortolkningen av en tekst er ikke forutsetningsløs, og fortolkningen kan således ikke «hoppe utenfor» den forståelsestradisjonen man lever i. Fortolkeren kan imidlertid forsøke å gjøre sine forutsetninger eksplisitte og bli bevisst på at bestemte

formuleringer av et spørsmål til teksten allerede vil bestemme hvilke svar som er mulige.

→ Enhver fortolkning rommer fornyelse og kreativitet, og den rekker utover det umiddelbare gitte i teksten. Den beriker forståelsen ved å få frem nye differensieringer og innbyrdes relasjoner, dermed utvides også dens mening

(Kvale og Brinkmann, 2009:216-217).

6.4.3 Et eksempel fra analysen

Jeg presenterer herunder et eksempel på hvordan jeg underveis kom frem til subtemaer og temaer, satt i tabell for en bedre oversikt;

Tabell 1

<u>Informantene sa:</u>	<u>Subtema:</u>	<u>Tema:</u>
<p>-”Det hender at vi ikke får vite i det hele tatt at brukere er innlagte”</p> <p>-”Av og til får vi telefon om at brukere er innlagte, av og til så finner vi det ut når vi ringer brukeren”</p> <p>-”Det trengs en kvalitetssikring for å sikre kommunikasjon mellom kommune og spesialisthelsetjenesten”</p>	<p>Manglende tillit til varslingsrutiner</p>	<p>Kommunikasjon ved innleggelse</p>
<p>-”Elektronisk melding er greit, men å snakke med folk er det beste, det er en måte å pleie samarbeidet på”</p> <p>-”Det beste synes jeg, er å få en telefon om at en bruker er innlagt, en muntlig beskjed”</p> <p>-”Jeg tror at man har mye gevinst på å snakke med hverandre, jeg ser hvor mye jeg surfer på at jeg kjenner fjes, fordi jeg har jobbet noen år ”</p>	<p>Ønsker mer personlig kontakt og dialog</p>	

6.4.4 Oversikt over resultater: Tema og subtema

For å få oversikt over det jeg kom frem til, vil jeg vise med en tabell hvordan resultatene til slutt ble, med tema og subtema satt inn i system. Denne forklarer utgangspunktet for resultatene som blir presentert i kapittel 7;

Tabell 2

<u>TEMA</u>	<u>SUBTEMA</u>
Kommunikasjon ved innleggelse	<ul style="list-style-type: none">• Manglende tillit til varslingsrutiner• Ønske om mer personlig kontakt og dialog
Samarbeid under innleggelse	<ul style="list-style-type: none">• Svært varierende grad av samarbeide• Å kunne møtes tidligst mulig• En bedre dialog – å pleie samarbeidet• Anerkjennelse og læring av hverandres erfaring og kunnskap
Rolleavklaring – med fokus på felles målsetning	<ul style="list-style-type: none">• Forventninger til hverandre• Vedtaksstyrt oppfølging• En felles kriseplan – forutsigbarhet for både pasient og nettverket

6.5 Metodiske betraktninger

Jeg har gått systematisk frem i transkripsjonene for å finne frem til resultatene, og dette forsøker jeg å vise i tabell 1 og 2. Jeg har laget tabellene for at andre skal ha muligheten til å kunne følge meg i analysen, og for å gi et bilde på hvordan jeg har jobbet. Med det ønsker jeg å gi analysemetoden pålitelighet, ved at jeg gjør det mulig å følge meg i hvordan jeg har kommet frem til resultatene (Thagaard, 2010). Resultatene jeg har kommet frem til er et produkt av at jeg underveis i analysen har stilt spørsmål til teksten, med utgangspunkt i de spørsmålene jeg stiller i innledningen. Jeg har underveis i analysen diskutert med veilederen min, og hun har fulgt meg i det arbeidet jeg har gjort her.

Antallet informanter i studien er lavt, men disse informantenes uttalelser er allikevel antydninger på hvordan praksisen på området fungerer. De har sagt det de har sagt i intervjuene, og det er deres meninger. Man må kunne anta at dette også har en gyldighet ut over det de tre har sagt, da de representerer et lite utvalg av mennesker med erfaringer på området. Analyse materialet jeg fikk ut av tre informanter inneholdt dessuten så mye gode refleksjoner at jeg så meg nødt til å velge bort noe grunnet plassmangel. Jeg måtte velge ut det som var mest relevant opp mot problemstillingen. Presentasjonen av resultatene er gjort på en mest mulig tekstnær måte, slik at informantenes stemme skal synes godt og at de skal kunne kjenne seg igjen i det som blir formidlet.

For ordens skyld vil jeg nevne at problemstillingen har endret seg underveis i arbeidet med prosjektet, også etter at jeg meldte det til NSD. Men med tanke på at intervju personene og datamaterialet/oppbevaringen av datamaterialet var det samme som før uavhengig av endringer på problemstillingen, og at jeg uansett ikke behandler noe materiale som inneholder personopplysninger, så har jeg ikke ansett det som nødvendig å sende opplysninger om disse endringene til NSD.

7.0 RESULTATER

7.1 Kommunikasjon ved innleggelser

Informantene beskriver at kommunikasjon mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste ved innleggelser er et område hvor det er forbedringspotensialer. Slik det er i dag er det usikkert hva som er rutinene på varsling av innlagte pasienter, og det etterspørres mer dialog og personlig kontakt mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

7.1.1 Manglende tillit til varslingsrutiner

Det fremkommer av intervjuene at når en pasient blir innlagt, kan dette kommuniseres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten på mange forskjellige måter. Informantene forteller om en svært varierende praksis på dette området. Informantene beskriver at det er veldig individuelt i hver enkelt sak hvordan dette foregår, som igjen gjør det vanskelig for

dem å forholde seg til og å stole på at det er et system som fungerer på dette området. Det varierer om de får beskjed ved elektronisk melding, per telefon, beskjed fra pasienten selv eller andre samarbeidspartnere. Noen ganger får de ikke beskjed i det hele tatt, noe som resulterer i at kommunehelsetjenesten ikke vet at pasienten er innlagt. Det beskrives episoder hvor de ringer til pasienten og ikke får svar, drar hjem til vedkommende og ikke finner personen der heller, og så begynner å etterlyse vedkommende, før de helt tilfeldig til slutt finner ut av at vedkommende er innlagt. Det er uheldig når det blir sånn, og de synes det kan være pinlig overfor pasientene når de ikke har fått beskjed, fordi det kan ligge en forventning der fra pasientens side om at det er en kommunikasjon mellom sykehus og kommune. Informantene ønsker å kunne ha tillit til at det finnes et system og rutiner som fungerer for alle når det kommer til varsling av innlagte pasienter.

Det er imidlertid en felles enighet om at dersom det hadde eksistert rutiner for elektroniske meldinger for innlagte pasienter, ville dette vært et godt system for å få beskjed om at pasienter er innlagte. Informantene etterspør en felles rutine og avklaringer på organisasjonsnivå hos de forskjellige instansene på hvordan dette skal fungere. Elektronisk melding passer deres organisering ved at meldingene kommer til arbeidsplassen og ikke til enkeltpersoner, og dette er viktig fordi kontaktpersonen ikke nødvendigvis er på jobb, på grunn av turnusarbeid. Børge har allerede begynt å få ganske bra tillit til at dersom han går inn og sjekker om det er kommet inn en melding, når han ikke får tak i pasienten til avtalt tid, så er han ganske sikker på at pasienten ikke er innlagt hvis det ikke er kommet noen melding. Han har altså en tillit til at spesialisthelsetjenesten bruker de redskapene de skal bruke, og tror at de har tatt det i bruk. Generelt er informantene usikre på hvilke sykehusavdelinger som har innført dette systemet eller ikke, de vet ikke hvem av sine samarbeidspartnere som har tatt i bruk elektronisk melding på en regelmessig basis. Den ene informanten tror at det kommer an på typen pasient det gjelder, at dersom det er en godt kjent pasient for både kommunen og sykehus, så får de som oftest beskjed om innleggelse. Men hvis det er en ny pasient, så kan det være at de ikke får beskjed om innleggelse. Han lurer på om det i de tilfellene kan komme av at sykehus-systemet ikke vet at kommunehelsetjenesten er inne i bildet, og at det derfor ikke blir sendt melding. En annen informant sier følgende om det elektroniske meldingssystemet;

«Det er i hvert fall et mye bedre system enn før, selv om det er sånn at vi ikke bestandig får de meldingene.. Det er et bedre system enn det var tidligere, for da vikk vi jo aldri beskjed om innleggelse».

Så selv om ikke systemet fungerer optimalt enda, så mener flere av informantene at elektronisk melding har hatt en synlig positiv effekt, uten at man har noen målinger på dette. Børge mener at det må kvalitetssikres at en faktisk bruker elektronisk melding ved innleggelse, og at det gjelder både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det kommer tydelig frem at kommunehelsetjenesten på sin side har en rutine på å sjekke innkommende meldinger hver morgen. Det hadde derfor vært fint om de kunne ha tillit til at meldingene faktisk blir sendt i hvert tilfelle. Samlet sett er dette en utfordring som alle instansene må utarbeide rutiner for. Anders bringer på banen at det ville vært gunstig med et bedre samarbeid mellom ledelsen på de forskjellige plassene for å få laget gode rutiner som er pålitelige for alle. Han mener at lederne i de forskjellige etatene burde snakket sammen og fått på plass en felles forståelse og kultur på bruken av elektroniske meldinger. Da ville det være klart for alle hvordan de forskjellige bruker dette, og mulig å sette seg inn i hvordan samarbeidspartnerne jobber.

7.1.2 Ønske om mer personlig kontakt og dialog

Informantene etterspør tydelig mer dialog mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste når en bruker blir innlagt. Foruten det elektroniske systemet, har de et ønske om at man skal ha en personlig kontakt også. Kai uttrykker følgende;

«Selvfølgelig, elektronisk melding er jo greit, men jeg synes jo at å snakke med folk er det beste...det er jo en måte å pleie samarbeidet på, tenker jeg. Hvis man hører fra avdelingen og kontaktpersoner der så synes jeg jo at det bare er en fordel, at man kan snakke med hverandre på telefon når innleggelsen har skjedd».

En telefonsamtale ved innleggelse ville også vært en inngangsport til å avtale et videre samarbeid underveis i innleggelsen, og å fortsette mulig kunne avtale neste skritt. Informantene opplever imidlertid at dette fungerer greit rundt pasienter som man kjenner godt og har et godt samarbeid med. Det er et ønske om å også få det på plass rundt de pasientene man ikke har et like godt samarbeid med. De presiserer at dette fordrer en innsats fra begge sider, altså både

fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De etterspør alle mer personlig kontakt, *i tillegg* til et velfungerende elektronisk meldingssystem.

7.2 Samarbeid under innleggelser

Informantene har mange formeningar om hvordan samarbeidet *underveis* i en innleggelse fungerer. De opplever en varierende grad av samarbeid, med et ønske om å kunne møtes tidlig og å få en bedre dialog.

7.2.1 En svært varierende grad av samarbeid

Alle tre informantene har en oppfatning om at samarbeidet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste under innleggelser i ganske stor grad er fraværende. I alle fall er det ikke fullt så eksisterende som det skulle ha vært. Jevnt over opplever informantene det å være en del av nettverket til pasientene som veldig forskjellig fra pasient til pasient, i forhold til samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Børge forklarer at han erfarer at det er slik at hvis han har en god relasjon til pasienten, så kan det være slik at vedkommende tar kontakt selv og involverer han. Det kan også i blant være slik at den som er behandler for pasienten tar kontakt, men dette er stort sett i saker hvor de alle er veldig involverte i saken og har et så bra samarbeid at det blir naturlig at behandleren tar kontakt. Videre sier han;

«Men ellers enn det, så blir det ofte sånn at vi bare setter vår oppfølging på pause fordi pasienten er innlagt... Så da blir det på en måte sånn at da blir vi koblet på når det er utskrivning, og det tenker jeg at det er ikke noe bra system!».

Anders har ikke opplevd å bli involvert i innleggelser som har vart over lengre tid. Han blir nemlig overrasket når han får vite at mange pasienter kan være innlagt over ganske lang tid på akuttposter også. Han sier følgende som understreker dette:

«Det er jo ikke så mange brukere som blir så lenge på akuttpost at jeg rekker å ha noe samarbeid med dem...Jeg opplever sjeldent å bli innkalt til noe samarbeidsmøte der, og har alltid hatt en tanke om at det var fordi dem ikke er så lenge innlagt på en akuttpost...»

Informantene opplever sjeldent at miljøpersonalet⁷ på akuttavdelingene tar kontakt og involverer dem som en del av nettverket underveis i innleggelsen. Derimot opplever de at de ofte blir kontaktet når det gjelder å delta på utskrivningsmøter, fordi det da er praktiske ting som må ordnes, for eksempel at medisiner må være på plass hjemme etc. Her mener de at vi har veldig mye å hente på et bedre samarbeid, i forhold til at mer involvering fra dem i beste fall kan hjelpe til at innleggelsestiden kan forkortes, og at reinnleggelser kan forebygges.

Informantene sier at når en pasient blir innlagt, så opphører oppfølgingen fra deres side automatisk, i hvert fall frem til de hører noe. Så mener de det kan diskuteres hvem som har ansvar for å ta denne kontakten, at kanskje dem også kunne tatt kontakt med avdelingen for å involvere seg litt, ikke bare omvendt. Men siden det er spesialisthelsetjenesten som har størst oversikt i disse situasjonene, så burde nok de være initiativtakere til kontakten. Det er i alle fall enighet blant informantene om at de synes det hadde vært fint å kunne starte et samarbeid når pasienten blir innlagt. Slik forklarer en informant at det fungerer i dag når det gjelder oppfølging fra kommunehelsetjenesten under en innleggelse;

«Når en pasient er innlagt, så er man på en måte ikke aktiv i oppfølgingen der og da, hvis det ikke er noe spesielt. Da slipper man litt tak i den pasienten, det kjenner nå i hvert fall jeg på...».

Dette kan nok kanskje være uttrykk for et resultat av både for dårlig samarbeid og ikke optimal organisering av tjenestene.

7.2.2 Å kunne møtes tidligst mulig

Alle informantene er samstemte om at et samarbeidsmøte mellom pasient, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste bør komme tidligst mulig under en innleggelse. De mener at å møtes tidlig kan forhindre misforståelser og forventninger som ikke kan innfris, og man får etablert nettverket og avklart hvor mye de forskjellige parter skal være involvert. Det vil gjøre det hele mer forutsigbart for pasienten. Anders synes det hadde vært fint å kunne møttes om så dagen etter innleggelse, og fått snakket litt med pasienten og

⁷ Med miljøpersonale mener jeg personalet som jobber i avdelingen som ikke har status som formelle behandlere (som for eksempel leger/psykologer), men som jobber tett opp mot pasientene i den daglige oppfølgingen i avdelingen (pleie- og omsorgspersonalet kan man også si). Ordet miljø kommer av at man i psykiatriske avdelinger ofte kaller avdelingen for miljøet.

spesialisthelsetjenesten om hva som har hendt og hvordan situasjonen er. Det er i alle fall enighet om at det ideelle hadde vært å møtes tidlig, slik at man kunne fått snakket litt sammen og fått litt informasjon rundt situasjonen. De sier også at det ofte kan være slik at sykepleierne i kommunen har god oversikt over hvordan situasjonen har vært dagene før en innleggelse, fordi de har vært involverte i oppfølgingen av pasienten da. Derfor kunne det i mange tilfeller vært nyttig at de i samarbeid med pasienten kunne bringe en slik informasjon inn i et møte med alle parter. Mange ganger klarer ikke vedkommende selv å si så mye om det, da det kan ha vært en vanskelig og kaotisk tid før innleggelsen, og det kan da være greit at noen andre kan si noe om det. Et ledd i et bedre samarbeid vil kunne være at det første utskrivningsmøtet burde kommet når pasienten ble lagt inn, og at man allerede da begynte å tenke sammen, for å legge planer for den kommende perioden og hvordan en overgang til hjemmet kan bli, og hva alle kan bidra med i denne prosessen.

«Jeg tenker sånn at det første utskrivningsmøtet burde kommet når pasienten ble lagt inn, altså begynne allerede da å tenke og legge planer for den perioden det måtte bli, og hvordan en overgang til hjemmet skal være, hva man kan bidra med. Det er jo ikke sikkert man *kan* bidra med noe..men det er ofte at det er et mønster som gjør at man tenker at man ikke skal bidra med noe under en innleggelse, og så går det en automatikk i at det blir ingenting...»

Børge poengterer her at det lett kan gå automatikk i fraværende oppfølging fra deres side dersom tankegangen ikke endres på området, og de ikke innkalles til møter tidlig i en innleggelse. Alle informantene mener det ville vært fornuftig å ha et slikt møte tidligst mulig, kanskje innen 2-3 virkedager etter innleggelsen har funnet sted. Sånn kan alle få litt tid på å forberede seg, og til å planlegge det slik at de som kjenner pasienten kan være med på møtet. Det er ikke alltid de kan komme samme dag, eller at kontaktpersonen til den pasienten det gjelder er på jobb den dagen, så man må også få tid til å planlegge i forhold til det. Anders mener at det må kunne legges til rette for fleksible løsninger for å kunne stille opp på slike møter på litt kort varsel. På dette området ønsker de en mer fleksibilitet i organiseringen av deres tjenester. Men bemanningen deres tilsier at dette ikke alltid vil la seg gjøre. En god planlegging vil kunne løse mye, og alle informantene sier at det absolutt er mulig for dem å få til å komme på samarbeidsmøter tidlig i innleggingsforløpet.

En av informantene tar også opp at han tenker at vi noen ganger også burde møttes i de tilfellene hvor pasienten er for syk og kaotisk til å ønske noe samarbeid, han mener at vi er blitt alt for redd for å «snakke over hodet» til pasientene, i tråd med at brukervedvirkning skal stå sterkt i behandlingen. Det kan være svært syke mennesker, som ikke der og da er i stand til å ta noen avgjørelser som er til sitt eget beste. Han poengterer at vi da har et ansvar for å sammen tilpasse og gi et tilbud til behandling som er i pasientens interesse, på tross av at vedkommende ikke er i stand til å si så mye om det selv, der og da. Han sammenligner det med pasienter som ligger i koma, man venter ikke med å starte opp behandling til vedkommende er våknet og kan samtykke til det som blir gjort.

7.2.3 En bedre dialog - å pleie samarbeidet

Det trekkes også frem som viktig for informantene å bli kjent med sine samarbeidspartnere, og tror man kan få til mye med å snakke mer med hverandre. Det er fint å kjenne de man skal samarbeide med, og vite hvem man skal spørre etter. Det gir en trygghet. Det hjelper på tryggheten å være litt kjent i systemet, både med personer og hvordan det fungerer, det gjør det enklere å forholde seg til og å orientere seg etter i systemet. Et godt samarbeid skal kunne være mulig å få til, men det vil ikke skje uten at man er mer i dialog med hverandre. Den ene informanten forklarer det på følgende måte;

«Jeg kjenner jo at jeg kan bli flinkere til å ringe, det kan man alltid bli! Det er jo stort sett til god hjelp, å snakke med hverandre. Så tror jeg man har mye gevinst der, i det å snakke med hverandre. Jeg ser nå bare hvor mye jeg surfer på det, fordi jeg har jobbet noen år, at jeg kjenner ansikter, så er det jo folk jeg kjenner igjen og kan spørre etter, og det hjelper meg en del synes jeg selv!»

Kai mener i tillegg til at det kan gjøre samarbeidet lettere om vi kjenner hverandre, at vi også på tvers av instansene kan finne en slags støtte i hverandre, og at det kan være en god hjelp i det å snakke med hverandre. Det er ikke alle saker som er like lette å håndtere, og det hadde vært fint om man kunne søke hjelp og støtte hos hverandre. Slik vil det kunne være dersom man har en god relasjon til hverandre.

7.2.4 Anerkjennelse og læring av hverandres erfaring og kunnskap

Det kommer også frem at det er viktig å kunne lære av hverandres erfaringer og kunnskaper på tvers av instansene. Anders er opptatt av at hans meninger og erfaringer har blitt tatt med i vurderinger de få gangene han opplevd å være på samarbeidsmøter med akuttpsykiatriske avdelinger. Dette synes han har vært positivt;

«Jeg synes å samarbeide med akuttposter er veldig okay.. Når jeg først får jobbe med dem! De viser veldig det der at du kjenner brukeren bedre enn meg, og jeg hører på deg og dine meninger. Og så tar dem det på en måte i lag med sine observasjoner og sine vurderinger, og så finner man som oftest ut av ting».

Han har opplevd det som bra å være samlet med pasient, personale og behandlere fra akuttposter. Spesielt fremhever han at det kan være bra med tanke på å få noen nye synspunkter i saker der han og pasienten står fast i deres samarbeid, og ikke kommer noen vei. Siden akuttavdelingene ikke nødvendigvis er inne i saker over så veldig lang tid, som for eksempel en rehabiliteringsavdeling kan være, har de kanskje en kortere del av pasientens sykdomsperiode som de vurderer ut fra. Da har det opplevdes som positivt at pasient og nettverk kan møtes, og hvor det er rom for at alles erfaringer og kunnskaper blir tatt med i betraktning, både pasientens og de profesjonelles. Slik kan man lære av situasjoner som har vært, for å se hvordan man kan gjøre det bedre neste gang noe lignende oppstår.

Det er enighet blant informantene om at de tenker at alle parter er for dårlige til å ta initiativ til å lære av hverandre, både når det kommer til å lære av pasienten og andre i nettverket. For eksempel opplever de sjeldent at det blir tatt opp i møter hva som har hendt før en innleggelse, hvor også de er med som involverte i saken. Ut fra dette kunne man sammen funnet ut hva som kan gjøres annerledes neste gang en lignende situasjon oppstår. En informant mener at vi burde hatt mer fokus på å lære av det som hender før en innleggelse. Han føler at fokuset for ofte i hans tilfelle blir på at det går bra med pasienten etter en innleggelse, uten å tenke noe mer over det. Så blir det ikke gjort noe før det eventuelt blir aktuelt ved at vedkommende blir dårligere igjen, men at da blir det nesten som å begynne på nytt igjen. Han savner en arena hvor man kunne diskutert sammen og lært av det som skjedde sist, for å kunne gjøre et godt forebyggende arbeide. Kanskje i beste fall kan dette resultere i at man klarer å unngå en innleggelse neste gang brukeren eventuelt blir dårlig.

Informantene mener det er lite hensiktsmessig å sende personer fra kommunehelsetjenesten som ikke er kjent med pasienten til samarbeidsmøter. Da blir det bare et oppmøte for å høre hva som blir sagt, for så ta det med tilbake. Det er mer fornuftig at man til et felles møte samler de som kjenner pasienten godt, at de som er involvert i saken kan være med. Slik vil møtene kunne bli en arena for dialog, hvor alle kan bidra til å løse situasjonen på best mulig måte. Informantene forklarer at de ofte kan være de eneste pasienten har av nettverk, og de kan sitte på mye erfaringer og kompetanse i hver enkelt pasients situasjon. De vil gjerne kunne bidra med innspill. Slik kan man skape et mer helhetlig tilbud både mens pasienten er innlagt, samt i oppfølgingen etter innleggelsen.

7.3 Rolleavklaring – med fokus på felles målsetning

Det fremkommer av intervjuene at det er behov for en rolleavklaring på bakgrunn av at det per i dag foreligger mange forventninger til grunn for antakelser om hvem som skal bidra med hva under en innleggelse. De setter lys på deres egen vedtaksbaserte oppfølging som en vanskelig organisering for fleksibilitet i oppfølgingen, og de etterlyser at man lager felles kriseplaner med pasientene.

7.3.1 Forventninger til hverandre

Informantene opplever noen ganger at spesialisthelsetjenesten kan komme med ønsker om at de skal være involvert under en innleggelse, og det blir da opp til dem å si noe om hvor mye de har mulighet til å være involvert. De forklarer at slik systemet fungerer hos dem, så er det slik at dersom en pasient blir innlagt, så blir det av kommunehelsetjenesten sett på som at spesialisthelsetjenesten i denne perioden har overtatt ansvaret for pasienten. Da må det avklares på et høyere nivå om de skal fortsette å ha noe oppfølging med pasienten under innleggelsen, og eventuelt hvor mye oppfølging dette skal innebære. Dette må de ta opp fra pasient til pasient. Opplevelsen av at det ligger forventninger til hverandre som ikke er ordentlig klarlagte på systemnivå, er tilstede hos flere av informantene. Kai uttrykker det slik;

«Det føler i alle fall jeg er en litt gjentagende diskusjon, der kanskje spesialisthelsetjenesten forventer at vi er mer, eller like mye, på banen som om pasienten hadde vært utskrevet. Og det mener jo ikke bestandig vi da..».

For å oppklare slike situasjoner synes han man burde hatt dette som et punkt på en saksliste i et felles møte vedrørende den enkelte pasient. For eksempel kunne man da avklart hvor mye de skulle være involvert underveis i innleggelsen, i den akutte fasen. Om de skal være offensive eller defensive i oppfølgingen underveis. Alle informantene føler på at det er vanskelig at ikke forventningene man har til hverandre blir tatt opp og avklart. I stedet tror de at disse uavklarte forventningene ofte blir årsaker til at samarbeidet blir dårligere, ved at man mistror hverandres evne og vilje til å bidra til nytte for pasientene. Dette er unødvendig og ville kunnet vært unngått dersom man møttes og avklarte det, mener de.

Anders synes at man generelt er dårlige til å kommunisere med hverandre, både fra sykehuset og kommunehelsetjenestens side, og dette tror han gjør at man er usikre på hverandre sine roller. De forskjellige instansene går rundt og forventer ting av hverandre, og så blir det uenighet når ikke forventningene innfris. Og kanskje *er* ikke forventningene gjennomførbare heller, men det blir heller ikke avklart på noe nivå. Informantene opplever at dette kan skape uenigheter mellom instansene, og at det igjen kan gjøre slik at man glemmer å se hva som egentlig er problemet eller det man bør løse. At pasientene rett og slett kan glemmes oppi det hele. Fokuset blir mer på egen faglig stolthet, og at man mener man har rett og vil stå på sitt. Det er ikke bra for pasientene, fordi mye godt arbeid kan gå tapt på grunn av uenigheter og stolthet som tar overhånd.

7.3.2 Vedtaksstyrt oppfølging

Hovedtanken på organisasjonsnivå hos kommunehelsetjenesten er at når pasienten er innlagt og under sykehuset sitt ansvar, så går deres oppfølging ut, vedtaket pasienten har på tjenester fra dem settes på vent. Men hos pasienter som har mye oppfølging og som blir lenge innlagt, kan de gå inn for å finne en oppfølging for å vedlikeholde relasjonene til pasienten, og at de derfor skal være litt involverte under en innleggelse. Dette er noe som må avklares i hver enkelt situasjon. Informantene sier at det som *oftest* trappes ned på tilbudet fra deres side under en innleggelse, men det kan være slik at vedkommende fortsatt har et tilbud, bare mindre enn ellers. Det utdypes at hos de pasientene som ikke har så tett oppfølging til vanlig, og som klarer seg greit hjemme på egen hånd, så går de gjerne helt ut av oppfølgingen ved innleggelse. Det kan også komme av at disse pasientene som oftest ikke blir innlagt så lenge, og at oppfølging fra deres side dermed ikke er like nødvendig. Men blir en person innlagt

over lengre tid, er det enighet om at det bør tenkes på om det er behov for mer oppfølging i utgangspunktet. Da vil det under en innleggelse være en god mulighet til å få trappet opp oppfølgingen, ved at det kan søkes til tildelingskontoret fra sykehuset.

Børge tenker at det er uheldig at det er så stort skille mellom det å være innlagt eller ikke, når det kommer til oppfølgingen fra kommunens side. Han mener at for å få til et bedre samarbeid mellom alle parter på dette området, så må det jobbes med den organiseringen som er ute i kommunene. Han mener at slik det er nå er de veldig på sidelinjen ved en innleggelse, mens de ofte burde vært mer involvert. Han får spørsmål om det er sånn organiseringen fungerer på dette området? Om det er slik at når pasientene som har et vedtak i kommunen på oppfølging, er innlagte i spesialisthelsetjenesten, så settes dette vedtaket på vent?

«Ja, det er jo på en måte uttalt at slik skal det være. Hva det er hjemlet i vet jeg ikke, men jeg vet jo at det blant annet er hjemlet i ressurser. Fordi vi har så lite ressurser at, ikke sant, det blir litt sånn at når en pasient blir innlagt så får vi frigitt tre timer i uka som vi kan bruke på andre forsmådde oppgaver».

Børge presiserer at det altså ikke ensidig er systemet på sykehuset, med for dårlige innkallingsrutiner til møter som gjør at det sjeldent blir holdt møter. Det har også mye med at kommunens organisering av oppfølgingen av brukere som er innlagt er lite fleksibelt i forhold til deres mulighet til oppfølging av innlagte pasienter. I de tilfellene de tenker at det ville vært hensiktsmessig med en sånn type oppfølging, må de argumentere veldig godt for dette oppover i systemet sitt.

«Det er fordi da er dem jo innlagt, og da er det ikke kommunen sitt ansvar. Så det er på en måte veldig store skiller på oppfølgingen når de er hjemme kontra når de er innlagt. Jeg tenker sånn ideelt sett så burde vi vært like mye involvert under en innleggelse som når pasienten ikke er innlagt!».

Informantene har også noen tanker om at dersom et samarbeidssystem skal fungere godt mellom pasient, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, så må dette bli så etablert og ofte gjennomført at man får en god kjennskap til hverandre. Det ser ut til å være et viktig poeng for alle informantene; det er et ønske om å bli bedre kjent med sine samarbeidspartnere. Børge bruker en fin metafor på dette; Det blir litt som å øve seg på en dans, for å få det til å se bra ut. At man skulle fått til en bra dans, hvor alle danser samme

dans. Han tenker at dette fungerer dårlig i dag utelukkende på grunn av at kommunen jobber vedtaksbasert, og at de er så styrt av disse vedtakene at de ikke kan gjøre noen ting utenfor disse rammene;

«Hvis vedtakene ikke hadde vært begrenset med antall timer å bruke per uke for eksempel, men heller tok utgangspunkt i det å begrense et sykdomsforløp, så hadde det vært en kjempegod investering å gjøre det på den måten».

Han synes det er uhensiktsmessig å jobbe på denne måten, og at dersom organiseringen hadde vært annerledes så kunne oppfølgingen tatt utgangspunkt i pasientens tilstand og behov til enhver tid, i stedet for at man må holde seg innenfor rammene på timeantall som er satt av vedtakene. Videre mener han at målet må være at pasienten skal bli så bra og selvhjulpen at vedkommende trenger minst mulig hjelp, men dersom det underveis er slik at vedkommende får for lite hjelp til å klare å bli bedre, så er man like langt.

Det kommer også opp at det vil være lurt å ha med tildelingskontoret på et samarbeidsmøte. Det er de som bestemmer og gjør vedtak på hvilken oppfølging brukerne skal ha, og informantene mener at de må ansvarliggjøres i denne prosessen. Å invitere dem med på møter vil være en ryddig måte å gjøre det på. Det vil være lurt å ha involvere de i prosessen tidlig i innleggelsen. På en slik måte vil tildelingskontoret også få muligheten til å ha en oversikt over situasjonen, og dermed en bedre innsikt i hva pasienten har behov for. Dette gjelder i tilfeller hvor det for eksempel er snakk om økt tilbud, eller økt behov for oppfølging. Det blir nevnt at det ville være fornuftig at de automatisk fikk innkallelse til samarbeidsmøter.

7.3.3 En felles kriseplan - forutsigbarhet for både pasient og nettverk

Det etterspørres at man under en innleggelse kunne laget en felles kriseplan, en plan som kan si noe om hva man skal gjøre når kriser/akutt forverring av tilstand skjer. Dette er noe som ikke kan gjøres utenom en innleggelse, fordi det vil være feil å anta at man kommer til en slikt punkt før man kommer dit, altså før en innleggelse har funnet sted. Når en pasient blir innlagt akutt, så er det et faktum at denne personen er blitt dårligere og i behov for mer oppfølging og hjelp enn det vedkommende har hjemme. Man kan da med utgangspunkt i denne innleggelsen lage en felles plan på hvordan man ved en eventuell neste forverring av tilstand kan takle dette på en best mulig måte, for eksempel med hvilke tiltak som da kan forsøkes.

Det er enighet blant alle informantene at dette er et område som det bør gjøres noe med, at man bør forsøke å få til en god samkjørt løsning på dette. Børge tenker at denne type plan nedfelt i et dokument som er tilgjengelig for alle som behøver det er noe som vil kunne fungere i det datasystemet man har i dag. Spesifikt ønskes det en felles plan som gjør at man vet hva man skal gjøre, og hvem som skal kontaktes. Det er tro på at dette kan fungere dersom man lar det bli en naturlig del av systemet og rutinene under innleggelser. På spørsmål om det ikke er individuell plan man snakker om her, så er svaret at individuell plan ikke er et brukbart redskap slik det fungerer i dag. Informantene opplever at disse planene er utdaterte og at det er ingen som har dem tilgjengelige. Men om man bruker individuell plan eller en slags kriseplan, så er hovedsaken at det tas i bruk og er tilgjengelig for alle som trenger å ha den tilgjengelig.

Det trekkes også fram at siden kommunehelsetjenesten i noen tilfeller faktisk er de eneste av nettverket som er involverte, hadde det vært greit å ha en plan å forholde seg til. At de vet hvem de kan henvende seg til dersom pasientens tilstand blir forverret, og vet hva som da burde gjøres. Det handler også om å ikke måtte stå alene i disse situasjonene, usikker på hvem de kan kontakte eller hva de kan gjøre. En følelse av at dette er noe som er planlagt og bestemt sammen, kan virke betryggende for alle parter. En god slik plan kan kanskje til og med bidra til å begrense sykdommen og behovet for innleggelse. Planen kan også inneholde hvem som skal kontaktes og involveres når en innleggelse har skjedd, for eksempel pårørende og kommunehelsetjenesten. Dette ville gjøre det klart for alle parter med tanke på hva som skal være opplegget ved en innleggelse. Børge beskriver det slik;

«Der det er en oppfølging eller et behandlingsforløp som er kjent, hvor pasient, behandler og vi der ute vet om det, så kunne det vært en slags kriseplan da; At når det blir innleggelse, så gjør vi sånn og sånn, og så tar man kontakt med de og de, innenfor en viss tid»

Dersom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten var mer samkjørt enn det informantene har inntrykk av at er tilfellet i dag, så er det enighet om at dette ville bli mer forutsigbart for brukerne. «Vi må begynne å jobbe på lag, og ikke mot hverandre», uttalte den ene informanten. Det blir for lite forutsigbart for pasientene slik det er i dag. Man har ikke en god nok dialog, og dermed ofte heller ikke en felles formening om hvordan retning man skal dra i.

8.0 DISKUSJON

8.1 Kommunikasjon ved innleggelser

Manglende tillit til varslingsrutiner. Det fremkommer av resultatene at kommunehelsetjenesten får beskjeder om innleggelser fra sykehuset på ulike måter, dersom de i det hele tatt får beskjed. Det undres i om det i dagens system fungerer slik at sykehuset ikke vet om det når det er pasienter med nyoppstartet oppfølging fra kommunehelsetjenesten, og at det kan være en grunn til at de da ikke hører noe fra sykehuset ved en innleggelse. Slike organisatoriske spørsmål må oppklares og gjøres rede for. Det kom frem at det kan føles ille overfor pasientene dersom man ikke vet hvordan systemet fungerer. Orvik sier at sykepleiere møter mange og ulike rolleforventninger i sin jobb, og at både pasienter og pårørende trolig vil mene at dyktige sykepleiere organiserer eget og andre arbeid på en gjennomført måte (Orvik, 2004). Det ligger forventninger til at man har kontroll på samhandlingen med andre instanser også, og at man gjør det man kan for å samarbeide best mulig.

Resultatene viser også stor usikkerhet rundt rutine for de elektroniske meldingene, som på bakgrunn av samhandlingsreformen ble innført for å lette informasjonsflyten mellom kommunale tjenester og helseforetakene. Dette gjør at systemet, som for øvrig ellers omtales som et bra system, ikke kommer til sin rett slik det brukes i dag. I samhandlingsreformen er det et supplerende strategisk tiltak at et slikt system burde komme på plass, for å sikre og lette informasjonsflyten (St.mld. nr. 47, (2008-2009)). Hvis det er såpass uklart hvem som har tatt dette i bruk og på hvilken måte, så bør dette kommuniseres bedre på tvers av instansene slik at alle vet hva de skal forholde seg til. Det må gjøres klart for alle hvem som bruker denne tjenesten per dags dato, og hvordan rutine hos de forskjellige instansene skal være på dette. Dette er noe som må tas opp og avklares på ledernivå, og snakkes på tvers av instansene for å bli enige om en god felles rutine. En forbedring av rutine for bruken av systemet, ville vært et løft og en sikring av informasjonsflyt, og at de som skal informeres om innleggelser blir informert. Dette ville kunne hjulpet på veien til en bedre samhandling mellom etatene.

Ønske om mer personlig kontakt og dialog. Resultatene antyder at det er sjelden det er kontakt og dialog med miljøpersonalet i akuttavdelingene når en innleggelse skjer, noe det er et ønske om. Det settes pris på å kunne snakke med sine samarbeidspartnere personlig. Det handler også om mer enn det direkte samarbeidet om pasienten, fordi parallelt med det vil også

hjelpetilbudet koordineres bedre dersom man snakker på tvers av instansene (Elstad, Steen og Larsen, 2013). I denne sammenhengen handler det om at miljøpersonalet på sykehuset kan ta en telefon til kommunehelsetjenesten, og på denne måten starte en dialog og et samarbeide allerede ved innkomst. Det er vel og bra at man har fått et elektronisk meldingssystem som skal sikre at slike beskjeder blir gitt, men det er fortsatt et ønske om, og noe grunnleggende positivt med det å snakke personlig. Dette krever en innsats fra begge instanser, ved at man sammen kan bli enige om å legge om på rutinene på dette området.

8.2 Samhandling under innleggelser

Svært varierende grad av samarbeid. Vi ser også i resultatene at samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten ikke oppleves som tilfredsstillende. Det kan være mange forskjellige grunner til at vi her ser det resultatet. For eksempel kan det være at pasientene ikke så ofte som vi tror ønsker å ha med de profesjonelle hjelperne i slike sammenhenger. Det er tross alt pasienten selv som skal si noe om hvem som kan være betydningsfulle å ha med, det er det nettverksarbeid handler om (Fyrand, 2008). På den andre siden kan det også være at det gjøres dårlig kartlegging av nettverket på akuttavdelinger, og at man ikke ofte nok foreslår overfor pasientene at for eksempel kommunehelsetjenesten kan være viktige støttespillere å møte med under en innleggelse. Dessuten er det slik at kommunehelsetjenesten automatisk opphører sin oppfølging med pasienten ved en innleggelse, dersom ikke det er noe spesielt. Det kan igjen ha medført til at spesialisthelsetjenesten automatisk tenker at kommunehelsetjenesten ikke kommer til å bidra under en innleggelse uansett, da de vet at systemet fungerer slik.

Det sosiale nettverket bør i alle fall samles under en innleggelse, og det fremkommer av undersøkelsen til Kogstad, Mønness og Sørensen at ressurser i nettverket burde inkluderes mer i de profesjonelle tjenestene, og at åpne nettverksmøter hvor pasienten, profesjonelle og nettverksmedlemmer møtes på en likeverdig basis kan være et bra utgangspunkt (2013). Det tenker jeg også gjelder i de tilfellene hvor kommunehelsetjenesten er det eneste nettverket pasienten har, at de da kan være et støttende sosialt nettverk under en innleggelse.

Resultatene sier at miljøpersonalet på akuttavdelingene sjelden tar kontakt for å involvere kommunehelsetjenesten under en innleggelse, og at de som oftest bare blir kontaktet ved utskrivelse fordi det da er orienteringer av praktisk karakter, som for eksempel medisinerendringer. I Schönfelders` undersøkelse konkluderer han med at pleie- og omsorgspersonalet bør ha et større handlingsrom i utformingen av et sammensatt tjenestetilbud, og at dette står i stil med at det i de nyere styringsdokumentene rettes krav mot pleie- og omsorgspersonalet når det kommer til samarbeid (2008). Kommunehelsetjenesten vet mest om hvordan hverdagen til pasientene er, og kan si noe om hvilket behov det er for videre oppfølging etter en innleggelse.

Den ene informanten som sjeldent har opplevd å bli innkalt til møter på akuttavdeling, har trodd at dette kom av at pasientene ikke var så lenge innlagt der. Erfaringen min fra praksis er at pasienter ofte kan være innlagt over lengre tid i akuttavdelinger også, slik at det er tvilsomt at korte innleggelser er grunnen til at det er et manglende samarbeid. Jeg tenker det sier noe om at det er for sjeldent at innleggelsene benyttes som et felles samlingspunkt for pasienten og nettverket. Som Seikkula og Arnkil tar opp så har nettverket gjerne vært vitner til utviklingen av sykdom og situasjon opp mot en innleggelse, og kan ha viktige betraktninger å bringe inn i et slik samlingspunkt (2007). De kan kanskje bidra med komparentopplysninger som vil kunne påvirke behandlingen til å spisses inn mot pasientens liv og de behovene som ligger i det daglige livet. Dersom de engasjeres i innleggelsene vil det også kunne bidra til kortere innleggelser fordi oppfølgingen hjemme kan oppdateres etter behov. Det fordrer at de får muligheten til å delta på arenaen hvor slike ting kan tas opp, sykepleierne i kommunehelsetjenesten må involveres i innleggelsene i større grad. Ansvar for at de blir invitert inn på denne arenaen bør sykepleiere og personale på akuttpostene ta, og kanskje må det en holdningsendring til ved at miljøpersonalet i avdelingene skal ha et større ansvar på dette området, jamfør Schönfelders konklusjon i doktorgraden sin, som beskrevet over (2008).

Det kan i noen tilfeller være at et nært samarbeide kan bli oppfattet som negativt av pasienter dersom det bidrar til at de ser hjelperne som en samstemt enhet, der de profesjonelle står samlet og vet best, med den hensikt å overstyre pasientens individuelle ønsker. Jeg tror imidlertid at vi er blitt gode til å involvere pasientene i dialogen, ved at brukermedvirkning er blitt en grunnleggende verdi i vår måte å jobbe på, og at dette gjør oss i stand til å oppklare

slike situasjoner. Vi jobber ut fra at pasienten skal være mest mulig uavhengig, selvstendig og mestre sin egen situasjon (Storm, 2009). Slik er det pasientens ønsker og meninger som uansett er utgangspunktet for dialogen, deres stemme skal ha en stor plass i det man enes om. Da vil det bare være en fordel om hjelperne kjenner hverandre, og har en god dialog.

Å kunne møtes tidligst mulig. I resultatene ser vi at informantene er positive til å kunne møttes tidligst mulig i en innleggelse. Poenget med dette er at pasienten skal kunne ytre sine behov for hjelp og forslag om hva som kan skape bedring, samt at de ressursene som ligger i nettverket skal kunne bidra til å løse de problemene som har oppstått og få til en individuell løsning på best mulig måte (Vigrestad og Hellandshølen, 2012). For å få dette til er det viktig at nettverket blir tatt med tidlig i innleggelsen, og at man starter opp tidligst mulig for å finne en felles plan. Dersom tiden går og nettverket ikke blir involvert, vil det kunne medføre en lengre innleggelse enn nødvendig. Man må tidligst mulig begynne å tenke på hva som skal til for at en utskrivelse skal blir mulig på en forsvarlig måte. Individuelt må man se på hvor tidlig det er hensiktsmessig å møtes, kanskje må man vente noen dager dersom det er behov for pasienten å få stabilisert tilstanden før et møte med flere tilstede skal være gjennomførbart.

Et annet poeng med å møtes tidlig i en innleggelse er at man har god mulighet til å skape forutsigbarhet for pasienten, ettersom det tidlig vil kunne avklares hvem som skal være involvert i hva, og hvor mye. Dette vil kunne gi pasienten et godt tilbud med god sammensatt støtte, hvor man tar utgangspunkt i hverdagslivet til pasienten og de gode ressursene der nettverket som kan hjelpe til en bedring (Seikkula og Arnkil, 2013). Da får man også tidlig kartlagt hvilket nettverk pasienten har, og hvilke ressurser som finnes. Dersom man da ser at pasienten har lite eller ingen nettverk, kan man også starte tidlig med å hjelpe vedkommende til å bygge dette. Kogstad, Mönness og Sörensen fant i sin undersøkelse at det kan være av stor betydning å hjelpe disse pasientene å bygge egne nettverk (2012). Dersom det er en gjengs holdning i det profesjonelle nettverket at det er bra å møtes så tidlig som mulig, kan man påvirke det organisatoriske til en ordning hvor man streber etter å få dette til. Det fordrer at spesialisthelsetjenesten tar på seg ansvaret for å kalle inn til et samarbeid, og at kommunehelsetjenesten sørger for at det er mulighet for dem til å delta på slike møter på noe kort varsel. God planlegging kan skape fleksible løsninger.

Det antydes også i resultatene at man kanskje også burde møtes med nettverket uten pasienten, når vedkommende er for syk til å klare å delta på møte. Stort fokus på brukermedvirkning har i praksis dannet en holdning mange steder om at man ikke skal snakke om pasientene når de ikke er tilstede, og at pasienten skal være med i diskusjoner som gjelder utforming av behandling. Og for all del er denne holdningen en positiv utvikling, siden det i psykiske helsefeltet ikke tradisjonelt sett har vært vanlig å involvere pasientene i vurderingen av behov for oppfølging og behandlingstiltak (Storm, 2009). Men i noen tilfeller kan en urokkelig holdning på dette gjøre at man går glipp av gode tilleggsopplysninger, fordi man absolutt ikke skal møtes når ikke pasienten ønsker det. Brukermedvirkningen har innført tenkningen om at pasienten skal medvirke og delta i planleggingen så langt det lar seg gjøre (Storm, 2009). Men i de tilfellene hvor en pasient ikke er i stand til å se hva som er sitt beste, er det hensiktsmessig dersom nettverket, for eksempel sykepleierne i kommunehelsetjenesten, kan gi noen opplysninger som kan tilføre behandlingen noe positivt.

Man kan lure på om brukermedvirkningen har innvirket til at vi noen ganger lar det gå for lang tid før vi samler nettverket fordi pasienten ikke ønsker dette, og dermed bidrar til forsinkning i bedringsprosessen fordi vi ikke involverer det vi kan av ressurser til å mobilisere en god behandling tidlig nok. Det er fortsatt helsepersonellet som har det faglige og juridiske ansvaret for at pasientens behandling blir så bra som mulig, og at koordineringen av denne behandlingen blir utført på en tilfredsstillende måte (Storm, 2009). Kanskje burde man oftere ta dette ansvaret for å holde møter med nettverket, også i de tilfellene hvor pasienten ikke klarer å samtykke til det, dersom det vurderes som faglig best for behandlingen.

En bedre dialog – å pleie samarbeidet. Det etterspørres i resultatene en bedre dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En bedre dialog mellom instansene ville være bra for pasientene, ved at de som samarbeidspartnere vil bli bedre kjent og dermed evne bedre å ha en god dialog underveis. Det vil også kunne medvirke til at pasientene sikres bedre informasjonsflyt innad i systemet, og at vedkommende selv slipper å holde styr på hvem som er involvert i hva, eller hvem han må underrette. Det kan ofte oppleves som forvirrende for pasientene når det ikke er dialog mellom de ulike partene som er involverte i sykdomsfasen, fordi tilstanden kan tilsi at det er mye kaos i utgangspunktet. Da er det fint dersom omgivelsene er samkjørte, slik at vedkommende slipper å holde styr på det også.

Seikkula og Arnkil uttrykker at dialogen er en slags grenseskridende kunst, og at i stedet for at partene skal forsøke å kontrollere hverandre, så må de strekke ut en hånd og lytte til hverandres perspektiver. På denne måten kan man skape et felles språk og forene de ressursene hver enkelt har. Forvaltning og ledelse kan derfor ikke basere seg på distansert styring, de må gå i dialog med hverandre på tvers av linjene samt å lytte til pasienten (Seikkula og Arnkil, 2013). Det er helt klart en fordel for pasientene dersom de profesjonelle hjelperne har en god dialog, og kjenner til hverandre.

Dialogen handler nettopp om det å sette ord på hvordan man opplever virkeligheten, og dermed kunne få en forståelse av hva virkeligheten er for de andre som deltar i dialogen (Bøe og Thommasen, 2009). Det vil også si at ved en god dialog mellom alle de involverte instansene og pasienten, så vil man kunne oppklare hvordan de ulike partene opplever situasjonen, og hva de tenker er best å gjøre. Dersom behandlingsnettverket ikke er i dialog med hverandre, får dette konsekvenser for pasientene i form av at deres oppfølging og behandling ikke blir samordnet med hverandre. Kanskje har det heller ikke noe felles mål. Dersom det jobbes på de forskjellige arenaer mot motstridende mål, vil dette kunne oppleves som forvirrende for pasientene. Som hjelpere er det viktig å bære håpet på bedring for pasientene, og stå på dette håpet i perioder hvor pasientene synes det ser mørkt ut (Topor og Borg, 2003). Da er det viktig at man viser at hjelpeapparatet også jobber sammen for å oppnå en bedring hos vedkommende, og at man står ut i perioder hvor kanskje pasienten selv ikke klarer å bidra med så mye (Broeng, 2009). Det vil være uheldig dersom det oppfattes som at involverte parter jobber mot hverandre, og ikke med hverandre, når det pasientene behøver er stabilitet og et nettverk som kollektivt kan bære håpet.

Det krever innsats både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten å få til mer kontakt og dialog mellom partene. Elstad, Steen og Larsen henviser til at tidligere studier viser at ulik forståelse av innholdet i psykisk helsearbeid, uklar arbeidsfordeling og mangel på samarbeidsmøter kan hindre samhandling. I motsetning vil respekt for hverandres kunnskap, felles kompetanseutvikling og veiledning fremme samhandling (2013). Informantene snakker om at det er viktig for dem å kjenne til sine samarbeidspartnere, å vite hvem de skal spørre etter. Dette kan lette samarbeidet, gjøre det enklere å ta kontakt med hverandre. Viktigheten

med gode relasjoner er her også et poeng, det gjelder ikke bare i relasjonene til pasientene. Dialogen er viktig, i og med at den er som et felles prosjekt hvor man både kan bidra med noe selv, og få de andre deltagerne til å bidra (Svare, 2006). Å kjenne hverandre kan gjøre at en føler seg tryggere slik at man kan si det man mener. Det kan også være at de profesjonelle hjelperne føler seg usikre på hva som er det beste for pasienten i enkelte situasjoner. For sykepleierne i kommunehelsetjenesten kan det være spesielt i situasjoner hvor de står alene sammen med pasienten på dennes arena, uten noen å konferere med. Undersøkelsen til Borg og Karlsson hvor de har utforsket hjemmet som samarbeidsarena, viser at det er viktig for både profesjonelle og pasienter å ha personlig kontroll og å føle seg trygg (Borg og Karlsson, 2013). I tilfeller hvor kommunehelsetjenesten føler seg usikre på hva som er best å gjøre, hadde det vært fint dersom de kjente samarbeidspartnerne sine i spesialisthelsetjenesten så godt at det var naturlig å kunne ringe for råd og hjelp når de sto fast. Dette gjelder også selvfølgelig andre vei.

Anerkjennelse og læring av hverandres erfaringer og kunnskaper. Resultatene forteller oss at det oppleves som positivt dersom erfaringer og kunnskaper som sykepleiere har blitt tatt med i utformingen av et behandlingsopplegg. De ønsker å ha muligheten til å bringe sine erfaringer og kunnskaper inn i felles møter. Ofte kjenner de pasientene på et annet grunnlag enn de som jobber i spesialisthelsetjenesten, fordi de kjenner pasientene ut fra deres hverdag, mens man på en akuttavdeling på sykehuset kjenner pasienten ut fra akutte sykdomsfaser. Borg og Topor fant i sine intervjuer med pasienter at relasjonelle forhold er noe av det viktigste i en bedringsprosess, og at det sosiale har stor betydning ved at det er viktig for pasientene at de profesjonelle hjelperne ser dem ut over symptomene deres (2003). Her har sykepleierne i kommunen mye erfaring, som er viktig at får komme fram i dialoger og samarbeid. De ønsker å bli hørt i utformingen av behandlingen til pasientene, og setter pris på når deres erfaringer og kunnskaper blir tatt med i vurderinger. Samtidig ønsker de også muligheten til å få innspill fra spesialisthelsetjenesten i saker hvor de står fast i forhold til oppfølgingen av en pasient.

I tilfeller hvor pasientene er såpass syke under en innleggelse at de ikke klarer å si noe særlig om hvordan livet deres er utenom de akutte fasene, kan kommunehelsetjenesten være gode talspersoner for vedkommende. På en slik måte kan man også få med viktige opplysninger om livet som ligger bak symptomene og tilstanden i den akutte fasen. Det kan igjen hjelpe til et

bedre blikk på hva som kan være til hjelp for vedkommende. For pasienter som blir akutt psykisk syke kan det være vanskelig å forholde seg til at andre plutselig kan se annerledes på dem, og at omgivelsene kan distansere seg fordi vedkommende har forandret seg fra sitt vanlige jeg (Broeng, 2009). Da er det viktig at vi som hjelpere ser bak dette, at vi kan se den personen som er bak den akutte sykdommen. Vi må lære av hverandre og anerkjenne at vi sitter med forskjellige og viktige erfaringer og kunnskaper, som sammen kan skape et godt grunnlag for en god behandling for pasientene.

I resultatene beskrives det også av informantene et savn etter å kunne møtes for å snakke om hva som gjorde en innleggelse nødvendig, og eventuelt hva som kunne vært gjort annerledes for å unngå det. For eksempel at pasienten kunne fått en bedre oppfølging hjemme som gjorde at en innleggelse ble avverget. Man kan lære av de felles erfaringene man har, samt pasientenes opplevelser av situasjoner. I psykisk helsearbeid kan mange forskjellige kunnskaper og et mangfold av erfaringer danne grunnlaget for en god individuell behandling til pasienten (Bøe og Thomassen, 2009). Det er et fagområde hvor det finnes få klare svar eller løsninger på hva som hjelper, eller ikke hjelper. Man må finne ut sammen med pasienten og andre hjelpere hva som skal forsøkes i hver enkelte situasjon. Derfor er det så viktig at man tar læring av erfaringer man har hatt, og har evnen til å se at disse erfaringene kan ha betydning i eventuelle fremtidige liknende situasjoner. Rørvik fant i sin mastergradstudie at et samarbeidsprosjekt som ble satt i gang i kommunen mellom forskjellige instanser der, hjalp til at de ansatte følte seg tryggere til å søke råd, veiledning og bistand på tvers av instansene. Dermed fikk pasientene raskere hjelp til å bli satt i kontakt med andre instanser når det var nødvendig (Rørvik, 2011). Det viser at det kan være en god ide å enes om et felles prosjekt om mer samarbeid på tvers av kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, det kan resultere i tryggere personell og bedre behandling for pasienter.

Vi ser også i resultatene at informantene tenker at en god dialog på møter med pasient og nettverk, fordrer at det er personer som kjenner pasienten som deltar i disse møtene, og som kan bidra med noe i møtene. Derfor er det ikke like hensiktsmessig at en som ikke kjenner pasienten deltar i møtene. Hvis praksis kan bli at etterstreber at kjent personale så langt det lar seg gjøre deltar på samarbeidsmøter, så vil man fremme deltakelse på møtene med muligheten til å ytre sine tanker rundt situasjonen. Halvorsen mener at hvordan vi forholder oss til

hverandre, står i forhold til hvordan vi forstår hverandre, og at det i en dialog er viktig å se og høre den andre, samt å finne en mening i det den andre sier (2008). Så dersom de som deltar i dialogen kjenner pasienten og situasjonen godt, vil de ha et bedre utgangspunkt for se meningen i det de andre sier, samt å bidra med egne tanker. Det er selvfølgelig ikke alltid det vil la seg gjøre i praksis at bare kjente personer er med i møter, men det bør tilstrebes der det er mulig.

8.3 Rolleavklaring – med fokus på felles målsetning

Forventninger til hverandre. Vi ser av resultatene at det kan ligge forventninger innad i behandlingsnettverket som ikke alltid står i samsvar med systemets organisering. Spesialisthelsetjenesten forventer kanskje ved en innleggelse at kommunehelsetjenesten skal fortsette sin oppfølging med pasientene som vanlig, mens organiseringen av kommunehelsetjenesten er lagt opp slik at når en pasient blir innlagt, så stanses deres oppfølging med pasienten. Så kan man spørre seg om dette er rett eller ikke, og om de burde fortsatt oppfølgingen på samme måte som ellers ved en innleggelse. Den ene informanten tror det ville vært hensiktsmessig dersom de hadde samme oppfølgingen uansett innleggelse eller ikke, fordi han mener de kan bidra med noe under en innleggelse også. Viktigheten av gode relasjoner og relasjonsarbeid kommer inn her, fordi nettverksarbeid handler om akkurat det å orientere seg ut mot nettverket og benytte seg av gode relasjoner som er her (Sikkula og Arnkil, 2007). Dersom kommunehelsetjenesten er en god relasjon for pasienten, så burde de kanskje fortsette å møte pasienten under en innleggelse også, og på den måten tilføre pasienten noe positivt. De kan være viktige støttespillere fordi de har relasjoner som er basert på et annet utgangspunkt enn det personalet på sykehuset har, som kan ha vanskelig for å få en god relasjon fordi sykehuset kan representere noe negativ for pasienten.

På den andre siden kan man stille spørsmål om forventningene til at sykepleierne i kommunehelsetjenesten skal involveres under en innleggelse, også har sine ulemper. Det kan være at en innleggelse bidrar til å ødelegge den forståelsen som ligger til grunn der pasient og sykepleier i utgangspunktet har en god relasjon, ved at sykepleieren i kommunehelsetjenesten blir forbundet med negative følelser som en innleggelse kan skape hos noen pasienter. Det blir beskrevet at det virksomme i en profesjonell relasjon ligger i at det at man forholder seg til hverandre, og at måten man forholder seg til hverandre på beror på hvordan man forstår

hverandre (Halvorsen, 2008). Da er utgangspunktet for den forståelsen viktig. I slike situasjoner vil relasjonen i verste fall kunne endre seg til det verre, ved at partene endrer forståelse av hverandre. Dette dilemmaet fordrer at man i slike tilfeller har tydelige rolleavklaringer. Dersom kommunehelsetjenesten da skal delta under en innleggelse, kan man for eksempel være tydelige på at de skal være mest mulig nøytrale i forhold til utformingen av den behandlingen som sykehuset legger opp til.

I resultatene ser vi at informantene opplever å få forventninger tillagt sin rolle som ikke er i henhold til deres retningslinjer. Disse retningslinjene er på et organisatorisk plan. Forventningene til kommunehelsetjenestens rolle i psykisk helsearbeid har forandret seg på et politisk plan som følge av samhandlingsreformen, og kanskje behøves det en justering av de organisatoriske retningslinjene slik de er i dag, for at det skal stå i stil med de politiske føringene. Deres rolle er ifølge samhandlingsreformen viktig når det kommer til å utvikle mer helhetlige forløp for pasientene, i form av at de skal sørge for en helhetlig tenkning rundt behandlingen og oppfølgingen (Meld. St. 47, (2008-2009)). Da kan det være viktig at de er involverte i innleggelsesforløpet. Kanskje kan en større deltagelse fra deres side bety at pasientens innleggelsesbehov blir mindre, ved at de kan bidra i behandlingen på en måte som kan hjelpe vedkommende til en snarere utskrivelse til hjemmet. Altså kortere liggetid i sykehus, som også vil være i tråd med en løsning på samhandlingsreformens betraktninger om at flere enn nødvendig er innlagte på sykehus (Meld. St. 47, (2008-2009)). I undersøkelsen som Bratrud gjorde på samarbeidsrutiner og relasjoner mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i sin mastergradsavhandling, fant hun at det å kjenne til hverandres roller og å avklare forventninger til hverandre er betydelig for å lykkes i godt samarbeid (Bratrud, 2009). Det handler også om å ha respekt for hverandre og det systemet man jobber innenfor, og ha forståelse for at det ligger visse begrensninger på det organisatoriske plan som ikke den enkelte person i systemet kan endre på uten videre. En felles tydelig rolleavklaring kan hjelpe til å begrense uhensiktsmessige forventninger til hverandre.

Vedtaksstyrt oppfølging. I resultatene påpekes det av informantene at den vedtaksstyrte organiseringen av tjenestene deres gjør det vanskelig å tilpasse oppfølgingen underveis i et forløp for deres del. De har ikke så stor mulighet til å tilpasse oppfølgingen etter pasientenes tilstand, fordi de må følge vedtatte timeantall og heller ikke har ressurser til å gå ut over dette.

Antageligvis er det dette som resulterer i oppfølgingen til pasienter som blir innlagt på sykehus opphører fra dem i det tidsrommet innleggelsen varer. Tildelingskontoret i kommunen må involveres i større grad under innleggelser, for å tydeliggjøre hvilke behov som ligger til grunn for de vedtak som skal gjøres. Den ene informanten tror at organiseringen hos kommunen er hele grunnen til at et samarbeid under en innleggelse ikke er tilfredsstillende. I følge Lauvås og Lauvås er det normer og forventninger som styrer hvordan forskjellige roller utformes og hvordan væremåte de som innehar rollene skal ha (2002). Det er kanskje på tide at rolleavklaringen innenfor psykisk helsevesen tas opp til vurdering, ved at det blir sett på om tilbudene bør forandres slik at de står i stil med behovet og de politiske føringene som ligger til grunn, altså rett behandling på rett sted til rett tid som det heter i samhandlingsreformen (Meld. St. 47, (2008-2009)).

Det må i hvert fall foreligge gode faglig begrunnelser og overveielser bak de avgjørelsene som tas. Samtidig må også spesialisthelsetjenesten tilpasse sine rutiner for å kontakte nettverket på en tilfredsstillende måte som oppfordrer til mer samarbeid. I samhandlingsreformen står det at flere aktører skal med i å utvikle et mer helhetlig forløp, og informantene etterlyser akkurat det; mer dialog og et mindre skille mellom når pasientene er innlagte eller ikke med tanke på oppfølging fra dem.

Noen ganger kan kommunehelsetjenesten vurdere det som hensiktsmessig å følge pasienten opp under en innleggelse, begrunnet i et ønske om å opprettholde relasjonen til pasienten. Det tror jeg ville vært bra for flere av deres pasienter, ikke bare de som har lengre innleggelser. Kommunehelsetjenesten kan vite en del om hvordan pasientene tidligere har taklet vanskelige ting eller hvilke mestringsstrategier som kan være hjelpsomme i dårlige perioder, i tillegg til at de kjenner til personen fra friskere faser. Ifølge Broeng kan tidligere mestringsstrategier og personligheten være avgjørende elementer for hvordan pasienten takler den situasjonen vedkommende er i, og kan derfor være viktige perspektiver å få med inn i behandlingen under en innleggelse (2009). Dette kan sykepleierne i kommunen være med å si noe om, og dermed få inn i planleggingen av behandlingen.

I et samfunnsmessig perspektiv er det i dag en større og større forventning til at psykisk helsearbeid skal foregå så nært pasientens daglige liv som mulig, i lokalsamfunnet. Man går mer og mer bort fra å behandle folk i institusjon, og samarbeidet mellom instansene skal ta utgangspunkt i å støtte folk med utspring i deres egne omgivelser for å kunne leve et best mulig liv der (Karlsson og Borg, 2013). Det blir også lagt ned tilbud i spesialisthelsetjenesten i tråd med denne tenkningen. De kommunale tjenestene må holde følge med denne utviklingen, og bygge opp sine tjenester til å møte kravene på det som forventes av dem å innfri. Kanskje skulle vedtaksordningen for oppfølging vært mer fleksibel, og dermed bidratt til at personalet hadde hatt muligheten til å vurdere oppfølgingen som gis fortløpende, med myndighet til å gå utenfor rammene der det er nødvendig? Da vil jeg igjen henviser til resultatene i Shönfelders undersøkelse, at helsepersonellet burde få mer rettigheter til å kunne påvirke behandlingen ut fra vurderinger om hva som er nødvendig (2007). Jeg tenker at sykepleiere i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har erfaring og kompetanse nok til å kunne ha større innvirkning i vurdering av hensiktsmessig oppfølging, og kunne planlegge dette sammen med pasientene i større grad enn det som gjøres i dag.

En felles kriseplan – forutsigbarhet for både pasienten og nettverket. Blant resultatene viser det seg et behov for å kunne lage en plan for pasienter i forbindelse med akutt forverring av tilstand eller innleggelse. En slik plan bør vært tilgjengelig i systemet til både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt at pasienten har en kopi selv. I resultatene ser vi også at det blir sagt at individuell plan som verktøy ikke fungerer slik det skal. Det kan være at spørsmålet om å bruke individuell plan må tas opp på nytt, da dette er ment som et redskap for å koordinere tjenestene på bakgrunn av pasientens ønsker. Uansett er det mulig å få til en slags kriseplan, og det forventes ofte av pasienter og pårørende at sykepleiere skal kunne organisere en slik type pasientarbeid (Orvik, 2004). Dette er noe pleie- og omsorgspersonalet i de to instansene kan utarbeide sammen med pasienten.

En felles nedtegnet plan kan også være med på å formidle håp til pasienten ved at vedkommende vet at dersom en akutt krise oppstår er det et nettverk som står klar til å hjelpe. Ved å ha en felles nedtegnet plan formidler man også en tro på at hjelpeapparatet kan bidra til å hjelpe i akutte situasjoner som kan være vanskelige og håpløse for pasienten, slik som recovery-begrepet bygger på (Broeng, 2009). Det kan være betryggende for pasienten å vite

hvilke roller de forskjellige i hjelpeapparatet har i en slik situasjon, slik at vedkommende i en akutt krise ikke behøver å finne ut av dette på egen hånd. Pasientene har også forventninger til menneskene rundt seg til hva de kan bidra med, og det skaper forutsigbarhet dersom disse rollene er klarlagte (Lauvås og Lauvås, 2002). Oppsummert er det hensiktsmessig at alle parter har en felles målsetting som er klar og tydelig for alle involverte.

9.0 AVSLUTNING

Utgangspunktet for undersøkelsen var å se på hvordan nettverksarbeidet i spesialisthelsetjenesten fungerer. Jeg gikk inn i prosjektet med en tanke om at dersom det profesjonelle nettverket var lite involvert under en akuttinnleggelse, så var det fordi det ikke ble gjort nok fra spesialisthelsetjenestens side. Denne tanken fikk tilskudd av ny kunnskap, om at også organiseringen av kommunehelsetjenestene innvirker på det samarbeidet som foreligger, ved at denne organiseringen mangler fleksibilitet når det kommer til oppfølging av innlagte pasienter. Dette kan hindre de i å delta i så stor grad som det er ønskelig. I tillegg har spesialisthelsetjenesten mye å gå på når det kommer til å ta initiativ til å invitere kommunehelsetjenesten med til et samarbeid under innleggelser. I tråd med samhandlingsreformens føringer for at det skal være god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, bør organiseringen av tjenestene sees på og dialogen dem imellom bør få et større løft.

9.1 Mine hovedfunn

Hovedfunnene er at det bør bli mer dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og tydeligere rolleavklaringer for partene når pasienter blir innlagt på sykehus. Resultatene viser også at kommunens organisering er for lite fleksibel, og begrenser deres mulighet til deltakelse under innleggelser. Spesialisthelsetjenesten på sin side må bli flinkere til å invitere det profesjonelle nettverket med i behandlingen.

9.2 Hva ble ikke belyst?

Jeg har ikke sett på hvordan samhandlingen mellom instansene er ved utskrivelser og etter en avsluttet innleggelse, fordi alle fasene av en innleggelse ville blitt for stort å undersøke i denne type studie. Dessuten sier erfaringene at det ofte er ved utskrivelse at innkalling av nettverk i behandlingen fungerer best, dette bekreftet også informantene i denne

undersøkelsen. Jeg fikk heller ikke belyst at informantene ønsket seg felles arenaer for veiledning av hverandre, for eksempel ble det nevnt felles fagdager for instansene som en mulighet.

9.3 Hvilken betydning har resultatene for videre utvikling av praksis?

Denne undersøkelsen kan bidra til at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten oppnår en større forståelse av hverandre. Den kan i beste fall også føre til et bedre samarbeid mellom etatene fordi vi har fått et blikk på hva som fungerer og hva som kan bli bedre. Forhåpentligvis kan man se på rutinene på området, og forsøke å tilpasse disse til et bedre nettverksarbeid for pasientene våre. For eksempel kan man utarbeide bedre rutiner for bruk av elektroniske meldinger, fokusere på mer dialog og samarbeid mellom instansene, og gjerne utvikle noen verktøyer for å kunne nedtegne felles individuelt tilpassede planer for pasientene. Et samarbeidsprosjekt på tvers av instansene ville vært veldig bra å få til, jeg tror det kunne være til god hjelp å få satt noen av utfordringene som er tatt opp her i system.

9.4 Oppsummering og forslag til videre forskning

Det kan gjøres mye for å forbedre praksis både hos spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, når det kommer til nettverksarbeid og bedre samarbeid for en helhetlig oppfølging av pasientene. Dette fordrer en omorganisering av tilbudene. Det viktige er at pasientens behov skal stå i fokus, helsepersonellens jobb er å på best mulig måte organisere og oppfylle behovene for oppfølging og hjelp som den enkelte har. Det trengs mer forskning på pasienters ønsker for hvordan oppfølgingen bør være fra de forskjellige instansene under en innleggelse, og hvilke endringer de ønsker av systemet. Flere undersøkelser av hvordan nettverksarbeid fungerer i praksis hadde også vært interessant, eventuelt en studie på hvor utbredt nettverksarbeid er i Norge i psykiatriske sykehusavdelinger. Når samhandlingsreformen har eksistert i noen år, vil det være interessant med forskning på hvilke resultater den har gitt for praksis på området psykisk helse.

LITTERATUR

- Andresen, Ragnhild (2000). Del II: Arbeid i og med sosiale nettverk. I B.: Andresen, Ragnhild (red.) *Felleskap og sammenhenger*. (s. 62-64) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aubert, Vilhelm (1964). *Sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bengtsson, Jan (2006). En livsverdentilnærming for helsevitenskapelig forskning. I B.: Jan Bengtsson (red.) *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer* (s.13-56). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Borg, Marit, Haugård, Ellinor og Karlsson, Bengt (2012). «Uten oss går det ikke» - pårørendes erfaringer med psykisk krise. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2 (8), 16-29.
- Borg, Marit og Karlsson, Bengt (2013). Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10 (2), 105-114.
- Borg, Marit og Topor, Alain (2003). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bøe, Tore Dag og Thomassen, Arne (2009). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Broeng, Susanne (2009). *Fokus på relationer – Psykiatri i praksis*. København: Forfatterne og Hans Reitzlers Forlag.
- Bratrud, Tone Lise (2009). *Sammen om gode overganger - Samarbeidsmodeller mellom psykisk helsevern i kommunen og i spesialisthelsetjenesten*. (Master of mental health care). Høgskolen i Hedmark.
- Dalen, Monica (2008). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Elstad, Torill Anne, Steen, Tove Kristin og Larsen, Gunn Elin (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10 (4), 296-305.
- Engelsrud, Gunn (1990). Kroppen- Glemte eller anerkjent? I B.: Karen Jensen (red.) *Moderne omsorgsbilder*. (s. 161-182). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Fredslund, Hanne og Dahlager, Lisa (2005). Kvalitative metoder. I B.: Jørgensen, Torben, Christensen, Erik og Kampmann, Jens Peter (red.) *Klinisk forskningsmetode*. Danmark: Munksgaard Danmark.
- Fyrand, Live (2008). *Sosialt nettverk: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Gadamer, Hans-Georg (2003). *Forståelsens filosofi*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag a.s.
- Gulddal, Jesper og Møller Martin (1999). *Hermeneutikk- en antologi om forståelse*. Danmark: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag AS.
- Halvorsen, Grete Salicath (2008). Relasjonen mellom hjelpere og hjelpesøkende – hva gjør den virksom? *Tidsskrift for Helseforskning*, 1 (4). Hentet fra:
http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/96075/Halvorsen_Grete.pdf
- Helse- og Omsorgsdepartementet (u.å). *Tildeling av kommunale tjenester og klagegang*. Hentet 15.04.13 fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/tildeling-av-tjenester-og-klageadgang.html?id=426487
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 15.04.14 fra:
<http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov+om+kommunale+helsetjenester>
- Helsinkideklarasjonen (1964). *Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker*. Utarbeidet av Verdens legeforening. Sist revidert oktober 2013. Hentet 23.04.14 fra <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Jacobsen, Dag Ingvar (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jensen, Per og Ulleberg, Inger (2012). *Mellom ordene*. Oslo: Gyldendal Nors Forlag AS.
- Kalman, Hildur (2009). Kunnskap och kunnigt handlande. I B. Blom, Björn, Morén og Nygren, Lennart (red.) *Kunnskap i socialt arbete* (s. 49-77). Stockholm: Författarna og Bokförlaget Natur och Kultur.

- Karlsson, Bengt og Borg, Marit (2013). *Psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kogstad, Eline Ragnfrid, Mønness, Erik og Sørensen, Tom (2013). Social Network for Mental Health Clients: Resources and Solution. *Community Mental Health Journal*, 49 (1), 95-100.
- Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lauvås, Kirsti og Lauvås, Per (2002). *Tverrfaglig samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lidal, Eli og Røhme, Kjerstina (2006). Individuell plan. I B.: Almvik, Arve og Borge, Lisbet (red.) *Psykisk helsearbeid i nye sko*. (s.169-179). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Malterud, Kirsti (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 06.05.14 fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Molander, Bengt (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Orvik, Arne (2004). *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s.
- OSO (2012). *Overordnet samarbeidsavtale mellom Tromsø kommune og Univeristetssykehuset Nord-Norge HF*. Hentet 28.04.14 fra:
http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/Samhandling-telemed_web/Avtaler_Signerte/Troms%C3%B8/Tromso_Overordna_samarbeidsavtale.pdf
- Paulgaard, Gry (1997). Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? I B.: Fossåskaret, Erik, Fuglestad, Otto Laurits og Aase, Tor Halfdan (red.) *Metodisk feltarbeid* (s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.
Hentet 21.04.14 fra: <http://www.lovdatabasen.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- REK (2012). *Regionale Kommiteer for Medisinsk og Helsefaglig forskningsetikk, Regler og rutiner*. Hentet 21.04.14 fra https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=n
- Røvik, Tonje Slaaen (2011). *Bærekraftige relasjoner - En kvalitativ studie av tverretattlig samarbeid innen psykisk helse og rus*. (Masteroppgave i Sosiologi). Universitetet i Oslo.
- Schönfelder, Walter (2007). *Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid – om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner*. (Avhandling for doctor rerum politicarum), Universitetet i Tromsø, institutt for sosiologi.
- Seikkula, Jaakko (2012). *Åpne samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Seikkula, Jaakko og Arnkil, Tom Erik (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Seikkula, Jaakko og Arnkil, Tom Erik (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Veileder. IS-1332. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet 31.03.14 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 15.04.14 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov+om+spesialisthelsetjenesten>
- Starks, Helene og Trinidad, Susan Brown (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17 (10) 1372-1380.
- St.mld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 17.01.14 fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?regj_oss=1&id=567201

- Storm, Marianne (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- St.prp. nr. 63. (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 21.01.14 fra:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?regj_oss=1&id=201915
- Svare, Helge (2006). *Den gode samtalen*. Oslo: Pax Forlag AS.
- Tanggaard, Lene og Brinkmann, Svend (2012). Intervjuet: Samtalen som forskningsmetode. I B. Brinkmann, Svend og Tanggaard, Lene (red.), *Kvalitative metoder* (s. 17-44). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thagaard, Tove (2010). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Thomassen, Magdalene (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thornquist, Eline (2006). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Topor, Alain, Borg, Marit, Mezzina, Roberto, Sells, Dave, Marin, Izabel og Davidson, Larry (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17-37.
- Vigrestad, Torunn og Hellandshølen, Anne Marit (2012). *Åpne samtaler i nettverksmøter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Yeung, Echo Yuet-Wah, Irvine, Fiona, Ng, Siu-Man og Tsang, Sandra K.M (2012). Role of Social Networks in the Help-Seeking Experiences among Chinese Suffering from Severe Mental Illness in England: A Qualitative Study. *British Journal of Social Work*, 43 (3), 486-503.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i intervjuundersøkelse i forbindelse med mastergradsprosjekt

Tittelen på studien; «Hvordan erfarer sykepleiere i kommunehelsetjenesten det å være en del av det nettverket til pasienter som blir innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten?»

Bakgrunn og hensikt:

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en intervjuundersøkelse som omhandler nettverksarbeid for den akutt psykisk syke pasient. Jeg ønsker å avholde et intervju av deg som en del av det profesjonelle nettverket til pasientene, for å få dine refleksjoner rundt erfaringer du har med å være en del av nettverket når pasientene blir akuttinnlagte i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for å se nærmere på dette er at jeg tror godt nettverksarbeid under en innleggelse vil hjelpe til at pasientene kan få best mulig behandling. Jeg tror at en god samhandling mellom alle involverte parter er viktig, og vi vil kunne få nye kunnskaper til å utvikle praksis ved å få dine erfaringer om hvordan dette fungerer i praksis. Jeg jobber i spesialisthelsetjenesten, og det er derfor interessant for meg å intervju sykepleiere fra kommunehelsetjenesten. Denne studien er min mastergradsoppgave i forbindelse med at jeg studerer ved institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT Norges Arktiske Universitet.

Hva innebærer studien?

Deltagelse i denne studien innebærer at jeg ønsker å intervju deg om dine refleksjoner rundt ovennevnte tema. Jeg vil spørre deg noen spørsmål om dine erfaringer og tanker rundt temaet, som jeg ønsker at du fritt skal reflektere over. Gjennomføringen av intervjuet vil ta ca. 1 time.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og så skrevet ut som tekst. Når dette mastergradsstudiet er ferdigstilt, vil lydbåndene bli slettet og utskrevne intervjuer makulert. De opplysningene du gir

meg vil utgjøre materiale som jeg skal analysere, og sammen med litteratur vil dette være grunnlagsmaterialet i min mastergradsoppgave. Alle opplysningene vil underveis bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. Det er kun jeg som vil ha tilgang til ditt navn og kan finne tilbake til deg, og det skal ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i denne studien, og du kan når som helst underveis trekke ditt samtykke til å delta i studien, uten å måtte oppgi noen grunn. Da vil ditt navn og de opplysningene du har gitt meg umiddelbart bli slettet. Dersom du ønsker å delta, må du undertegne en samtykkeerklæring.

Dersom du har spørsmål til studien kan du kontakte meg;

Ingvild Hegstad Dahl, telefonnr. 959 27208 eller mailadresse; ingvildahl@hotmail.com.

Rett til innsyn

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på deg.

Jeg håper du finner denne studien interessant og ønsker å delta. Dersom du velger å delta, ønsker jeg at du sender meg en mail om dette på ovennevnte mailadresse. Da vil du få tilsendt en samtykkeerklæring som du må signere, og jeg vil deretter kontakte deg for å avtale tidspunkt for intervjuet.

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE

Før jeg begynner med selve intervjuet, sier jeg litt om følgende;

- Kort presentasjon av meg selv og min faglige bakgrunn
- Si litt om hvordan jeg tenker gjennomføringen av intervjuet skal foregå
- Informere om at alle svar vil bli behandlet som taushetsbelagt materiale
- Presisere at jeg ønsker at informanten skal svare åpent på spørsmålene, og reflektere fritt rundt disse
- Åpne for eventuelle spørsmål fra informanten

Spørsmål:

Spørsmål om informanten først;

- Alder?
- Hvor mange år har du jobbet som sykepleier? Hvor har du eventuelt jobbet som sykepleier før?
- Videreutdanning?

1) Dersom en pasient som du er kontakt til blir akuttinnlagt i spesialisthelsetjensten, hvordan blir du klar over dette?

(Eventuelle oppfølgingsspørsmål; Hvordan opplever du at dette fungerer? Hvordan tenker du at dette eventuelt burde fungere?)

2) Kan du fortelle litt om hvilke erfaringer du har med å være en del av det profesjonelle nettverket til pasienter som blir akuttinnlagt i spesialisthelsetjensten? Hvordan har du opplevd det?

(Eventuelle oppfølgingsspørsmål; Hva tenker du om din rolle som en del av det profesjonelle nettverket? Opplever du at det er kontakt mellom deg og avdelingen underveis, eventuelt hvordan? Blir du innkalt til møter?)

3) Hva tenker du ville være bra for pasientene når det kommer til samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste ved akuttinnleggelser?

(Eventuelle oppfølgingsspørsmål; Hvordan skulle dette optimalt sett fungert annerledes enn i dag?)

Vedlegg 3

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet:

«Hvordan erfarer sykepleiere i kommunehelsetjenesten å være en del av nettverket til pasienter som blir innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten?»

Jeg, (navn med blokkbokstaver)

....., har gjort meg kjent med innholdet i utdelt informasjonsskriv, og samtykker herved til å delta i ovennevnte mastergradsprosjekt.

Dette innebærer at jeg stiller meg til disposisjon til å møte mastergradsstudent Ingvild Hegstad Dahl til intervju om mine erfaringer og tanker rundt det å være en del av det profesjonelle nettverket til pasienter som blir innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

Min deltakelse i prosjektet er frivillig, og jeg mottar ingen godtgjørelse for dette.

Sted

Dato

Signatur

Kontaktadresse

Telefonnummer

Epost



Marit Harr
Institutt for helse- og sosialfag Høgskolen i Harstad
Havnegata 5
9480 HARSTAD

Vår dato: 04.10.2013

Vår ref: 35437 / 2 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>35437</i>	<i>Psykisk Helsearbeid</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marit Harr</i>
<i>Student</i>	<i>Ingvild Hegstad Dahl</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ingvild Hegstad Dahl Anton Jakobsens vei 77 9020 TROMSDALEN

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.