



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

## **Helsepersonell er prisgitt den informasjonen de får**

Samhandling i psykisk helseomsorg – En kvalitativ studie

Mette Alexandra Johansen

Masteroppgave i psykisk helse Hel 3902. Mai 2021

«Kommunikasjon er for samspill det som pusten er for å leve»

(Søren kirkegaard)

## Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som en avsluttende studie i master i psykisk helse ved Norges arktiske universitet i Tromsø, høsten 2020. Dette markerer slutten på det som for meg ble til et 4 – åring masterforløp.

Arbeidet med studien har vært en givende og spennende prosess. Arbeidet har også vært krevende på ulike måter, særlig relatert til at jeg startet og avsluttet studiet som gravid. Studieforløpet har vært begivenhetsrikt for meg og mine.

En spesiell takk til informantene i studien som tok seg tiden til og la seg intervju i arbeidstiden sin: Takk for at du sa ja til intervju, takk for at du engasjerte deg, delte dine erfaringer og opplevelser takk for at du viste meg tillit. Uten informantenes deltakelse hadde ikke studien blitt til.

En stor takk til min veileder Jürgen Kasper, som har gitt meg mot til å fortsette, for støtte og refleksjon og ikke minst konstruktiv og presis veiledning. Takk til min leder som har gitt med tid og veiledning og alltid vært positiv til at jeg må fullføre studien.

Takk til min samboer som har holdt ut. Med meg og dette prosjektet og våre 3 snart 4 barn.

Mette Alexandra Johansen, mai 2021

# Sammendrag

**Bakgrunn:** For at pasienter med alvorlig psykisk lidelse skal få et helhetlig og godt behandlingstilbud uansett hvor i Norge er det avgjørende å sikre gode overganger for mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Dette impliserer god tverrfaglig og tverretattlig samhandling mellom helsepersonell, noe som er et sentralt satsingsområde i dagens helsetjeneste. Det finns for lite dokumentasjon om hvordan helsepersonell kan lykkes i forsøket å ivareta pasientens behov akkurat ved disse overgangene. Denne studien hadde som mål å undersøke hvordan helsepersonell samhandler om pasientens videre oppfølging ved overgang fra spesialist- til kommunehelsetjenesten.

**Metoder:** Studien er kvalitativ, og datasamlingen ble gjort ved utførelse av 6 semistrukturerte intervju med et strategisk utvalg av ulike helsepersonell fra både spesialist- og kommunalhelsetjeneste. Materialet ble analysert ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Resultater:** Analysen resulterte i en struktur av tre hoved- og flere underkategorier. Kategorier under hovedkategorien kommunikasjon representerer ulike måter og kanaler for informasjonsutveksling. I tillegg finnes det en hovedkategori med samhandlings fremmende og en med hemmende faktorer. God samhandling starter tidlig ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten og krever levende og fleksibel informasjonsutveksling, gode relasjoner, ryddig dokumentasjon og en bevissthet over pasients mål og ønsker.

**Konklusjon:** Studien gir innblikk i faktorer som u ifra et helsepersonell perspektiv anses som viktig i forsøket å legge til rette for at pasienten opplever gode overganger mellom tjenestene. Bruk av en variasjon av kommunikasjonsverktøy, fysiske og elektroniske møter sammen med pasienten og timingen av disse kontaktene tidlig i forløpet blir beskrevet som avgjørende. Det trengs mer forskning for å bedre forstå hvordan disse faktorene kan utformes og forbedres.

**Nøkkelord:** Pasientoverføring, Brukermedvirkning, Samarbeid, relasjon, kommunikasjon, psykisk helse, opplevelse, oppfatninger og holdninger.

## Abstract

**Background:** In order to allow for holistic and good care of patients with serious mental health problems all over Norway to assure successful transitions between specialist and municipal services is crucial. This implies sound cooperation of health care providers (HCP) which is prioritized in today's health policies while evidence on how cooperation during these transitions ideally would look like is poor. This study, therefore, aimed at investigating how HCP from municipal- and specialist services use to cooperate at the transition stage.

**Method:** Using a qualitative approach, the study employed semi-structured in-depth interviews with a strategic conveniently recruited sample of 6 HCP from specialist and municipal services and with different professional background. The material was analyzed using Malterud's systematic text condensing method.

**Results:** The analysis provided a structure of three main- and several subcategories. Categories subsumed under direct communication are representing various modes and channels of information transfer. In addition, a main category comprising facilitators and another comprising barriers to cooperation in the context of the patient's transition were build. To succeed, cooperation needs to start up early at the admission in specialist care, lively an flexible information exchange, documentation, and to base on good relations and the awareness of the patients preferences and goals.

**Conclusion:** The study provides insight into factors which from the perspective of HCP seem important in the attempt to make the patient experience successful transitions between the services. Variable us of communication modes and tools, physical and electronical meetings including the patient and the timing of this communication early in the course have been found to be crucial. More research is needed to better understand how those factors can refined to improve the process.

**Key words:** Patient transfer, client participation, Collaboration, interprofessional relation, interdisciplinary communication, mental health, mental health services, community mental health services, experiences, perceptions and attitudes.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Studiens formål.....	2
1.2	Søkestrategi .....	2
1.3	Begrepsavklaring .....	5
1.4	Problemstilling.....	7
2	Teoretisk utgangspunkt .....	8
2.1	Politiske dokumenter – et tilbakeblikk .....	8
2.2	Alvorlig psykisk lidelse .....	11
2.3	Profesjonell kommunikasjon .....	12
2.3.1	Elektronisk kommunikasjon.....	13
2.4	Relasjon i psykisk helsearbeid.....	13
2.5	Organisasjonskultur .....	14
2.6	Samhandling og pasientforløp .....	14
2.7	Brukermedvirkning i overgang fra spesialist til kommunehelsetjenesten.....	15
2.7.1	Samvalg.....	16
3	Metodekapittel.....	17
3.1	Forskningsmetode og design .....	17
3.2	Vitenskapelig plassering.....	17
3.3	Utvalg og rekruttering.....	18
3.4	Intervjuguide.....	20
3.4.1	Test intervju.....	21
3.5	Gjennomførelse av intervju .....	21
3.6	Forskningsetikk og etiske retningslinjer .....	22
3.7	Analysemetode .....	23
3.7.1	Administrasjon av dataene .....	23
3.7.2	Analysen.....	23

3.8	Tiltak for å sikre studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet .....	25
4	Resultater: Studiens funn .....	27
4.1	Erfaringsrapport.....	27
4.2	Hemmende og fremmende Kommunikasjon.....	28
4.2.1	Direkte kommunikasjon .....	28
4.2.2	Kommunikasjonsmåter.....	29
4.3	Kontekst faktorer som fremmer samhandling .....	35
4.3.1	Relasjonsbygging .....	35
4.3.2	Forutsigbarhet, målrettet og helhetlig behandling.....	36
4.3.3	Brukerens ressurser og autonomi .....	37
4.4	Kontekst faktorer som utfordringer i samhandlingen.....	38
4.4.1	Behandling basert på pasientens forutsetninger .....	38
4.4.2	Planlegging og tidsbruk.....	39
4.4.3	Manglende informasjonsflyt .....	40
4.4.4	Økonomi og organisatoriske faktorer.....	41
5	Diskusjon.....	43
5.1	Kommunikasjon.....	43
5.2	Flere kommunikasjonsmåter i samhandlingen .....	44
5.2.1	Samarbeidsmøter .....	45
5.2.2	PLO – meldinger .....	46
5.2.3	Elektroniske meldinger .....	47
5.2.4	Telefon .....	47
5.3	Relasjon i samhandling.....	48
5.4	Forutsigbarhet, helhetlig behandling .....	49
5.5	Brukermedvirkning og Autonomi .....	49
5.6	Utfordringer i samhandlingen.....	50
5.6.1	Behandling basert på pasientens forutsetninger .....	50

5.6.2	Dårlig planlegging og tidsbruk.....	51
5.6.3	Manglende informasjonsflyt .....	51
5.7	Organisatoriske faktorer - et samhandlingsproblem.....	52
6	Oppsummering og avslutning .....	54
6.1	Oppsummering .....	54
6.2	Styrker og begrensinger med studien .....	55
6.3	Videre forskning .....	56
	Vedlegg 1. Intervjuguide.....	58
	Vedlegg 2. Informasjonsskriv til kommune og spesialisthelsetjeneste.....	60
	Vedlegg 3 Informasjonsskriv til deltakerne og samtykkeerklæring.....	61
	Vedlegg 4 NSD Personvern .....	66
	Referanseliste .....	68



# 1 Innledning

I dagens helsesektor er Samarbeid og samhandling mellom helsepersonell et sentralt satsingsområde. Det fordrer at helsepersonell jobber både tverretattlig og tverrfaglig.

Samarbeid og samhandling i norsk helsetjeneste er regulert gjennom samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen berører alle deler av norsk helsevesen og ble implementert over en periode på 4 år, fra 1. Januar 2012. Reformen ble først publisert gjennom samhandlingsreformen (St.Meld.47, 2008-2009).

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har ofte behov for flere helsetjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer og gjerne samtidig (St.Meld.47, 2008-2009, s. 67). Samhandling er fokus helsepolitikk, i klinisk virksomhet og i forskning. Intensjonen med samhandling er å sikre gode overganger for pasienten mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. God samhandling mellom helsepersonell som jobber i spesialisthelsetjenesten og - kommunehelsetjenesten er avgjørende for at pasienter som sliter med alvorlige psykiske lidelser skal få et helhetlig og godt behandlingstilbud.

Ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 skal alle pasienter motta helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet uavhengig av hvor i landet man bor. Dette krever blant annet godt samarbeid mellom helsepersonell rundt den enkelte pasient. Det stilles store krav til koordinering og samarbeid, ofte oppstår det svikt i overgangen mellom sykehus og kommuner. Sykehus og kommune jobber ikke som partnere, men som parter. De kjenner ikke til hverandres planer for utvikling av tjenestene. Evaluering av samarbeidsreformen viser at mye har blitt bedre siden 2012. (St.Meld.7, 2019-2020, s. 26).

Målet med samhandlingsreformen er sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, hvor pasienter og pårørende skal oppleve helhetlig og sammenhengende omsorgstjeneste hvor pasienten kan være aktiv. Helseforetak og samarbeidende kommune møtes som likeverdige partnere i helsefelleskap sammen med pasienten, hvor en jobber tverrfaglig på tvers av nivåer med ivaretagelse av store og sammensatte behov til pasienten. Spesialisthelsetjenesten møter pasienten i større grad i hjemmet og i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten deler sin kompetanse både fysisk og virtuelt (St.Meld.47, 2008-2009, s. 26).

## 1.1 Studiens formål

I denne studien undersøker hvordan helsepersonell gjennom samhandling kan skape en god overgang mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste for alvorlig psykisk syke mennesker.

## 1.2 Søkestrategi

Et systematisk søk gjennom tidligere forskning ble utført for å sjekke om studiens problemstilling har potensial til å bidra noe nytt til fagfeltet. Søket fokuserte på kvalitet i samhandling eller samarbeid mellom ulike instanser som gjaldt oppfølging av mennesker med alvorlig psykisk lidelser. Det ble det søkt i databasene Pubmed, Psycinfo og Swemed. Det er også søkt i Oria som er bibliotekets søkebase ved UiT.

Tabell over inklusjon- og eksklusjonskriterier i søkingen:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Studien må være tilgjengelig i fulltekst gjennom UIT sine lisenser	Forskningen handler om barn, skoler, fengsler eller lignende
Studier som i hovedsak omhandler psykisk	Forskning som ikke inngår i psykisk helsearbeid- empiriske artikler
Studier som handler om samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	
Helst nyere forskning etter 2008	
Skandinavisk eller engelskspråklig, som omhandler forhold i Norge eller Europa	

Søkeordene; Patient transfer, client participation, Collaboration, interprofessional relation, interdisciplinary communication, mental health, mental health services, community mental health services, experiences, perceptions og attitudes. Søket startet med enkle søk i andre vitenskapelige artikler med fokus på søkeord (keywords) som en arbeidsmåte for å utvide eller minimere søket videre etter relevant forskningslitteratur.

Eksempel på hvordan det er søkt i databasen PsycInfo; søkeordene ble samlet i ulike grupper som ble kombinert ved å bruke søkeoperatoren «AND». Følgende grupper ble dannet: samhandling, psykisk helse og erfaringer, Inni hver gruppe er det ulike synonymer som jeg

har bukt (beslektede søkeord), det er disse ordene som ble kombinert med søkeoperator «OR».

Etter første søk i de ulike gruppene fikk jeg 56754 treff under gruppen «samhandling», 201002 treff under gruppen «psykisk helsearbeid» og 987915 treff under gruppen «erfaringer». Ved å kombinere disse gruppene sammen med og (AND) fikk jeg 480 treff. Artikler ble ansett som passende var skrevet i et skandinavisk eller engelsk språk, som omhandler forhold i Norge eller i Europa og som ved bruk av empiriske (enten kvalitative eller kvantitative) metoder har nærmere undersøkt samhandling ved overgang fra spesialist til kommunale helsetjenester. Etter å ha screenet tittel abstrakt (tiAB) satt jeg igjen med 20 artikler som jeg gikk igjennom i fulltekst. Ved å gå igjennom alle disse 20 artiklene i fulltekst fant jeg 4 artikler som var relevant for mitt tema/problemstilling.

De svenske forskerne Magnusson og Lützen har undersøkt hva som påvirker samhandling i sosialtjenesten omkring brukere med langvarig psykisk lidelse. Sykepleiere fra to ulike organisasjoner ble intervjuet ved hjelp av fokusgruppeintervju. Resultatet fra studien viser at de to ulike organisasjonene betraktet seg som «oss og dem». Det var både organisatoriske faktorer og mellommenneskelige faktorer som påvirket samhandlingen mellom nivåene. Faktorer som ble trukket frem var at organisasjonene hadde uklare møtepunkter, forskjellige planer omkring pasienten og mål for hvilke metoder som skulle benyttes. Det var også forskjellige metoder som ble benyttet for motivering av pasienten. Geografisk distanse og mellommenneskelige forhold mellom samhandlingspartene var også en utfordring. Forfatterne konkluderte at samhandlingen mellom aktørene ble hovedsakelig påvirket av: kjemi og kommunikasjon. Faktorer som kan hemme samhandling mellom nivå i tjenesteyting er ulik ideologi og metode for å benytte og etablere kunnskap i arbeidet. Resultatene sier at det er viktig at organisasjonene arbeider mer effektivt sammen for å bedre det felles ansvar for pasienten (Magnusson & Lützn, 2009).

De norske forskerne Bratterud og Granerud har skrevet en kvalitativ studie som fokuserer på samarbeidsrutiner og relasjoner som må etableres mellom kommune og psykoseavdeling i psykisk helsevern. Dette for å få en god rehabiliteringsprosess for pasienter med alvorlig psykiske lidelser. Fokusgruppeintervju ble gjennomført med sykepleiere fra kommune sykehus. Resultatet viser at dårlig utbygd kommunale tjenester til denne pasientgruppen og uklarheter i koordineringsansvaret. I studien foreslås at for å lykkes i samarbeidet må

pasientens medvirkning og behov settes i sentrum, en må kjenne til hverandres roller og funksjoner og ha god relasjon og dialog, forventinger må avklares. Tidlig kartlegging og felles målsetning kan redusere innleggelse i sykehus samt individuell plan og tverrfaglig samarbeid må vektlegges (Brattrud & Granerud, 2011).

I en norsk studie skrevet av de norske forskerne Brattheim, Hellesø og Melby har utforsket sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO – meldinger ved utskrivelse av pasienter i fra sykehus til kommunal hjemmetjeneste. Her har de intervjuet 41 helsearbeidere ved et universitetssykehus og i tre kommuner, ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervjuer. Samhandlings -utfordringer i kontaktflaten mellom sykehus og kommune trekkes frem i studien. Pasienter blir liggende lenge på sykehus i påvente av kommunal oppfølging, det er uklart innhold i informasjonen som utveksles mellom sykehus og hjemmetjenesten, informasjonsflyten er mangelfull og preges av ineffektive kommunikasjonslinjer, dårlig planlegging av pasientoverføringer med lite kjennskap til pasientens tilstand. Dette er noen av faktorene som skaper utfordringer i kommunikasjonen mellom sykehus og kommune. Resultatet av studien viser at bruk av PLO-meldinger bidro til raskere avklaring. Likevel brukte sykepleierne supplerende informasjonskilder for å sikre overføring av tilstrekkelig informasjon. Konklusjonen er at det må kompletteres med muntlig kommunikasjon og møter for å ivareta informasjonskontinuitet. Videre er konklusjonen at det bør rettes videre tiltak mot hvordan informasjonsinnholdet bør fremstå, dette spesielt i fritekstfeltet. For å sikre gode overganger mellom de ulike helsetjenester er samhandling et fokusområde, både politisk og innen forskning. 99 % av norske sykehus og kommuner hadde tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling ved utgangen av 2015 (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016).

De norske forskerne Skjærpe, Kristoffersen & Storm har gjennomført en studie med kvalitativt design hvor det er gjennomført 12 individuelle intervjuer med helsepersonell som er ansatt i spesialisthelsetjenesten og fire samarbeidende kommuner. Hensikten med studien var å beskrive hvordan helsepersonell ivaretar brukermedvirkning samhandling og hvilke utfordringer helsepersonell står ovenfor når personer med alvorlig psykisk lidelse har behov for helsehjelp fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Resultatet i studie er at helsepersonell samhandler og ivaretar brukermedvirkning ved at brukere involveres i innleggelser i spesialisthelsetjenesten, i samhandlingsmøter under og etter innleggelser og ved utskrivelse. Brukermedvirkning utfordres når helsepersonell fra kommunen og brukeren ikke blir involvert i å vurdere innleggelsesgrunnlag og behandlingsbehov ved akutte innleggelser. En av utfordringene er når brukeren ikke deltar på samhandlingsmøter, eller ved uenighet

blant helsepersonell om ansvar og tiltak. Det var også utfordringer når tjenestene var uenig om brukeren var utskrivelsesklar, eller ved manglende tilbud. Studien konkluderer blant annet med at brukermedvirkning og samhandling vanskeliggjøres når brukeren ikke ønsker å delta på samhandlingsmøter og valg av tjenester og spesialisthelsetjenesten alene tar beslutninger om innleggelsesgrunnlag og behandlingsbehov og når helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjenesten er uenige om ansvarsfordeling og tiltak (Skjærpe, Kristoffersen & Storm, 2020).

Tidligere forskning viser at det finnes mye forskning på samspill mellom ledd i spesialisthelsetjenesten om man ser på all forskning i sin helhet. Så langt identifisert finnes det noe forskning på samhandling mellom instanser innenfor psykisk helsetjeneste i den senere tid.

Det trengs gode systemer og organisasjon som hele tiden jobber for og bedre sikkerhet og kvalitet. Overføring av pasienter mellom ulike ledd er et viktig fokusområde innenfor psykiatrien. Dette er mennesker som ofte er i behov av hjelp fra flere tjenester.

Men på grunn av sin grunnlidelse faller de ofte imellom på grunn av manglende oppfølging. En ser ut fra tidligere studier som er nevnt ovenfor at det de ulike instansene har forskjellige planer for pasienten, ulike møtepunkter. Det konkluderes med at instansene må jobbe mer effektivt sammen med tidlig planlegging før utskrivelse og felles mål i samhandlingen. Det er også viktig i samhandlingen og at pasienten deltar på møtene og at ikke spesialisthelsetjenesten tar vurderinger alene. Det er fortsatt samhandlingsutfordringer mellom tjenestene, det er behov for bedring. Litteraturgjennomgang viser dermed behov for mer forskning som nærmere belyser faktoren som er involvert i kvalitet av samhandlingen mellom tjenestene rundt pasienter ved alvorlig psykiske lidelser.

## **1.3 Begrepsavklaring**

### **Samhandling**

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.Meld.47, 2008-2009, s. 13). Det er en åpen og likeverdig kommunikasjon- og utviklingsprosess mellom aktører som utfyller hverandre og utveksler kompetanse, ansikt til ansikt eller via teknologi, en arbeider mot et felles mål, forholdet

mellom aktørene hviler blant annet på tillit, involvering og rasjonalitet (Torgersen & Steiro, 2009).

### **Elektronisk meldingsutveksling**

Elektronisk meldingsutveksling er i denne sammenheng kommunikasjon som foregår mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten via elektroniske brev, eller PLO - meldinger.

Elektronisk meldingsutveksling er en måte å samhandle elektronisk på. Der helsepersonell gis korrekt informasjon til rett tid for å kunne gi pasienten rett behandling (Skavik et al., 2011).

### **Pasientforløp**

Pasientforløp er en kjede av hendelser som pasienter møter i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Gode forløp kjennetegnes ved at en møter pasientenes ulike behov på en sammensatt, koordinert og rasjonell måte (St.Meld.47, 2008-2009).

### **Pasient/bruker**

En pasient er et menneske som lider og som er i en hjelpetrengende situasjon. Brukerbegrepet gir den hjelpetrengende en mer aktiv rolle enn om man betegner mennesket som en pasient(Fjørtoft, 2016). I denne studien skal pasient og bruker forstås som synonyme begrep(er) for mennesker som trenger eller tilbys helsehjelp. I kommunen omtales ofte mennesker som tilbys helsehjelp som brukere. Mens i spesialisthelsetjenesten omtales de som pasienter.

### **Kommunehelsetjenesten**

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører til stat eller fylkeskommune(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

### **Spesialisthelsetjenesten**

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Landets spesialisthelsetjeneste er inndelt i 4 regioner, Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre med mer (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999b) i denne studien er det intervjuet helsepersonell som jobber i spesialisthelsetjenesten både i poliklinikk og psykiatrisk sykehus.

## 1.4 Problemstilling

Denne studien har søkelys på helsepersonells samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i psykisk helseomsorg.

Problemstilling:

**Hvordan samhandler helsepersonell om pasientens videre oppfølging ved overgang fra spesialist- til kommunehelsetjenesten? – En kvalitativ studie om meldingsutvekslinger**

### **Spesifisering av problemstilling:**

For å kunne finne svar på problemstilling vil tenker jeg det vil være fornuftig å tilnærme seg både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette på grunnlag av at det er samhandling som skal undersøkes. Samhandling er tosidig, det skal være en kommunikasjon mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten omkring pasienten. Videre vil det være viktig for meg og få intervju helsepersonell med forskjellige utdannelser, da man jobber tverretattlig og tverrfaglig, med ulike profesjoner i samhandlingen.

Dette oppfattes som en viktig studie, fordi kunnskap om hvordan man samhandler kan være grunnlag for å nærmere undersøke effektiviteten av samhandling og hvilke tiltak skal til for å forbedre samhandlingen i fremtiden. Det vil også være interessant å undersøke hvordan det samhandles i Nord – Norge, og hvilke erfaringer helsepersonell har.

## 2 Teoretisk utgangspunkt

### 2.1 Politiske dokumenter – et tilbakeblikk

De siste 25 årene har nasjonale helsemyndigheter fokusert på en planlagt endring og utvikling av psykiske helsetjenester.

Her presenteres et utvalg stortingsmeldinger o.l. publisert fra 1996 til 2020 som har hatt stor betydning for dagens organisering av psykiske helsetjenester i Norge:

- Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*
- St.Prp.nr.66 (1997-1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006*  
*Endringer i statsbudsjettet for 1998*
- Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*
- Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) *Én innbygger - én journal Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*
- Stortingsmelding nr. 7 (2020.2023) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*

I 1996 ble stortingsmelding nr. 25 publisert. *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. Stortingsmelding nr. 25 var grunnlaget for *Opptrappingsplanen for psykisk helse* som ble lagt frem av regjeringen i 1997-1998 med plan for opptrapping 1999 - 2006.

Målsettingen i stortingsmeldingen var:

- *Styrke forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot psykiske lidelser.*
- *Gjøre tjenester til mennesker med psykiske lidelser mer tilgjengelige.*
- *Øke rekrutteringen av bedre kvalifisert personell.*
- *Forbedre kvalitet og effektivitet i tjenestene.*
- *Tilpasse tjenestene bedre til pasientenes behov.*
- *Gi pasienter og pårørende større innflytelse over tjenestene*(St.Meld.25, 1996-1997, s. 12)

De ulike offentlige styringsdokumentene var tydelig på at psykiske helsetjenester måtte forandres; både i innhold og organisering. Kort sagt, psykisk helsevern burde spesialiseres og styres faglig og de kommunale tilbudene bygges kraftig til ulike differensierte tilbud. Dette



ble fulgt opp med at kommunen og fylkeskommunen fikk øremerkede tilskudd i statsbudsjettet 1995 til 1997. I stortingsmeldingen står det følgende sitat; *Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud* (St.Meld.25, 1996-1997, s. 16).

Etter at regjeringen våren 1997 la frem Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) åpenhet og helhet, ble det satt i verk en opptrappingsplan for psykisk helse, planen skulle bidra til blant annet bedring for mennesker med psykiske vansker. Det psykiske helsevesenet for voksne hadde blant annet kraftig vekst i ressurser. Det var en omstrukturering og styrking av det psykiske helsevernet. Det ble lagt vekt på at sektorer og tjenesteytere skulle bidra til å etablere et handlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå(St.prp. nr. 63 (1997-98)).

Opptrappingsplanen hadde som grunnlag for en utbedring som viste seg i alle ledd i behandlingsskjeden. Hovedproblemene var skissert slik:

- det forebyggende arbeidet er for svakt
- det er for dårlig utbygde tjenester i mange kommuner
- det er for få tilgjengelige behandlingssplasser i sikkerhetsavdelinger og psykiatriske sykehus
- det er for høye terskler for pasientene og for vanskelig å slippe til
- det går for lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn
- det er for dårlig oppfølging etter utskrivning fra sykehus
- det er for mange pasienter som blir skrevet ut for tidlig
- det er for dårlig kvalitetssikring av tjenestene
- utskrivning er mangelfullt planlagt
- oppfølgingen er ikke god nok

(St.prp. nr. 63 (1997-98))

I 2009 ble opptrappingsplanen evaluert. Det ble konkludert med at de kvantitative målene var nådd, men at det fortsatt er utfordringer når det gjelder innhold og kvalitet i tjenesten, dette gjelder også brukermedvirkning (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2010). Ifølge (NOU, 2005, s. 16) svikter samhandling mellom tjenestene. Utvalget vurderte at samhandling svikter både på individnivå og systemnivå, og noen pasientgrupper nevnes spesielt. Her ser man at problemet er gjennomgående blant annet de med psykisk lidelse. Det kommer videre frem (NOU, 2005, s. 27) at mennesker med psykiske lidelser kan ha store

fordeler med bedre samhandling innen psykisk helsetjeneste. Det understrekes at pasienten/brukeren har et særlig behov for at ikke bare symptomene, men at hele mennesket får oppmerksomhet i samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samhandlingen involverer alt helsepersonell, pasienten og pårørende, og ingen av tjenestenivåene kan løse pasientens utfordringer og behovet for sammensatte tjenester alene. Pasienten må møtes med respekt, få tilgang til informasjon og tas med på råd når det gjelder undersøkelser, behandling eller henvisning til andre tjenester. Ved henvisning til andre tjenestetilbud må det hele tiden være kartlagt hvor oppfølgingsansvaret ligger. Hvis de ulike tjenestene utvikler seg uavhengig av hverandre vil det oppstå gråsoner hvor ingen tar ansvar og pasienten blir skadelidende. Wistløff – utvalget oppnevnt ved den kongelige resolusjon. De skulle vurdere samhandlingen i helsetjenesten. Det var det flere forslag til tiltak for å bedre samhandlingen, blant annet økt fokus på individuell plan og samarbeidsavtaler mellom nivåene. Tross forbedringsforslag har tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og tjenesteytere vært at samhandling har vært for dårlig (NOU, 2005).

I 2007 undertegnet helse- og omsorgsdepartementet og KS en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse og omsorgsområdet. Avtalen åpnet for muligheter for å få til bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten med bruk av IKT – teknologi. Formålet med den nasjonale rammeavtalen er å understøtte lokale avtaler, danne grunnlag for samhandling mellom likeverdige parter. Bidra til systematisk oppfølging på samhandlingsområdet på nasjonalt nivå- den skal bidra til bedre samarbeid om pasient /brukere som trenger både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester (Nasjonale rammeavtale, 2007).

Ifølge Wistløff – utvalget ser de ingen dyptgripende endringer i oppgave- og ansvarsdelingen mellom nivåene vil kunne løse samhandlingsutfordringene. Utvalget foreslår derimot mindre endringer som i sum vil ha god effekt. For eksempel forslaget om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Dette vil si at kommunen i fremtiden skal løse oppgaver der de har sine faglige og organisatoriske fortrinn. Samhandlingsutfordringene som eksisterer i dag, har vært kjent gjennom mange tiår. Regjeringens analyse viser at det er de samme mangler og svakheter, både samfunnsøkonomiske utfordringer og mer pasientrelaterte utfordringer (St.Meld.47, 2008-2009).

Tjenestetilbudet til pasientene skal være sammenhengende og koordinert mellom alle ledd i behandlingsskjeden fra kommune til spesialisthelsetjenesten (Helse -NORD, 2019).

Samhandlingsreformen er iverksatt gjennom lovregulering som forplikter helsepersonell til å samhandle, men det konkretiserer nødvendigvis ikke hva som er god samhandling, men med nye mål for hvor vi vil i fremtiden. Samhandling er 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. De pasientene som har særskilte behov for at tjenestene samhandler, har det til felles at de har et behandlings- og omsorgsbehov som ingen av tjenesteyterne kan tilfredsstillere alene. De er ofte er sårbare og har størst behov av å bli møtt med en helhetlig helsetjeneste (St.Meld.47, 2008-2009).

Fra midten av 2000 – tallet har samhandling mellom instanser for å understøtte pasientforløp på tvers av hele helse- og omsorgstjenesten fått høy prioritering. Et vesentlig tiltak for forbedring av nasjonal strategi gav helse- og omsorgsdepartementet i 2011 ut den nasjonale strategien for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, samspill 2.0. Strammere styring, forpliktende deltakelse og sterke lokale forankringer er sentrale punkter. Strategien adresserer utfordringer og skisserer tiltak for å bedre den elektroniske samhandlingen(St.Meld.9 (2012-2013)).

Mange pasient- og brukerforløp vil omfatte kontakt med flere ledd i tjenestene, på tvers av forvaltningsnivå, institusjoner og profesjoner. Målet er at pasienter og brukere skal oppleve møtet med tjenestene som et helhetlig forløp. Det er avgjørende med elektronisk samhandling for å sikre den nødvendige informasjonsflyten for å nå dette målet. Visjonen samspill 2.0 er derfor: Helhetlig pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samhandling(Samspill2.0, 2008 - 2013).

## **2.2 Alvorlig psykisk lidelse**

Begrepet «alvorlig psykisk lidelse» er en betegnelse som ofte brukes innenfor psykisk helsevern. Det representerer en presis gruppe sykdommer, men referer til diagnoser for eksempel schizofreni, paranoid psykose, schizotyp lidelse, schizoaffektiv lidelse, andre psykoser og manisk eller bipolar lidelse. Pasienten kan ha alvorlige symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner(Karlsson & Borg, 2013).

I første rekke rammer ikke psykiske lidelser kroppen, men påvirker følelser, væremåte og tanker (kognisjon). Alvoret i en psykisk lidelse avhenger først og fremst av problemene eller symptomene virker inn i dagliglivet hos den enkelte, og ikke hva slags diagnose det dreier seg om. Alle psykiske lidelser kan forløpet til lidelsen være ulikt fra person til person (Evjen, Øiern & Kielland, 2012, s. 26). Det er godt dokumentert at psykiske lidelser for mange fører til betydelig funksjonsnedsettelse, ofte med dramatiske konsekvenser for personen selv, eventuelt også for pårørende og nettverk. Alt for mange faller fortsatt utenfor behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparat. Ansatte i disse tjenestene uttrykker ofte maktløshet i forsøk i å oppnå god samhandling med andre hjelpere. Pasienter med psykiske lidelser stiller store krav til slik samhandling på tvers av avdelinger, etater og nivåer. Personer med psykiske lidelser er overrepresentert blant bostedsløse i de største byene (Evjen, Øiern & Kielland, 2012, s. 24). Ifølge det kommunale kartleggingsverktøyet Brukerplan er det 26 000 personer i Norge som har alvorlig psykisk lidelse, med lavt funksjonsnivå og tilleggsbelastninger at de ikke har mulighet til å nyttiggjøre seg av ordinære tjenester. I psykisk helsevern for voksne står om lag 10 % av pasientene for om lag trefiredeler av ressursbruken, mange har store sammensatte behov og trenger integrerte tjenester fra mange instanser kommune og fra spesialisthelsetjenesten (St.Meld.7, 2019-2020).

## **2.3 Profesjonell kommunikasjon**

Med profesjonell kommunikasjon menes kommunikasjon som tilhører yrket, i denne sammenheng «yrkesrollen som hjelper» (Eide & Eide, 2007). Profesjonell helsekommunikasjon defineres som «personorientert kommunikasjon». Helsepersonell kommuniserer med mennesker som er mer enn det vi kan observere rett foran oss. Vi anerkjenner og lytter aktivt til den andre. Vi skal samtale med personen istedenfor for å snakke til pasienter. Vi skal se det andre mennesket, ikke som et objekt (Landsem, 2018). Helsepersonell skal kommunisere på en måte som er faglig velbegrunnet. Ved å involvere pasienten vil vi bevare pasientens autonomi og likeverd. Fagkunnskap og kommunikasjon henger sammen, om man ikke vet pasientens behov er nyttig det ikke å ha kode kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2007). God kommunikasjon skaper tillit, økt forståelse og motiverer pasienter til å gjennomføre behandling. Det er avgjørende med god kommunikasjon for å unngå uønskede hendelser og feil (St.Meld.10, 2012-2013).

### **2.3.1 Elektronisk kommunikasjon**

#### **Elektronisk kommunikasjon**

I 20 år har det nå pågått en radikal endring i dokumentasjon av behandling pasienters journal: fra håndskrevne rapporter og journalnotat til en elektronisk pasientjournal ved norske sykehus. I 2015 gikk det en halv million meldinger med medisinsk informasjon mellom aktørene i Helse- Norge. Vi har fått en digital tjeneste med e-resept og kjernejournal, en kan bestille seg lege time og lese sin epikrise elektronisk(Tor Arne Viksjø, 2016).

Samhandlingsreformen sier at kommunikasjon mellom helsepersonell fortrinnsvis skal være elektronisk. Elektronisk kommunikasjon skal bidra til en effektiv og sikker samhandling om pasienter som forflyttes mellom sykehus til kommune (St.Meld.47, 2008-2009).

### **2.4 Relasjon i psykisk helsearbeid**

Evnen til å skape god relasjon er viktig. Relasjon kan være avgjørende for behandlingsresultatet. At en har evne til å lytte å forstå den andre er en avgjørende faktor for å motivere for endring og utvikling. (Eide & Eide, 2007). Det er de personlige sidene ved de mellommenneskelige møtene som kanskje har størst betydning for enkeltes pasients bedringsprosess i psykisk helsearbeid. Når et menneske søker hjelp til sine psykiske problemer, vil dette som regel innebære at etablerer relasjoner til personer i hjelpeapparatet. Betydningsfulle relasjoner kan vise seg å være virksomme når det gjelder å skape bedring. Det kan være en psykiatrisk sykepleier i kommunen eller en vikar på døgnavdeling (Bøe & Thomassen, 2007). Enkelte mennesker får bedre kontakt med hverandre enn andre, dette må respekteres. Det er viktig og ikke utnytter en relasjon mellom pasient og helsepersonell, den skal kunne være et verktøy som står til pasientens disposisjon, ikke et verktøy for tjenestestedet og de profesjonelle(Bøe & Thomassen, 2007). Det er avgjørende at relasjonen preges av respekt, lytting og følelsen av å bli hørt og trodd på. Mennesket som søker hjelp ønsker å bli sett som et helt menneske. I akademisk forstand anses dette som et holistisk og salutogenetisk syn, hvor opplevelsen av sammenheng og mening med livet er avgjørende for helse. En av grunnene til at opptrappingsplanen ble forlenget i ytterligere to år frem til 2008 var at; *særlig behov for innsats som fremmer kultur- og holdningsendringer i tjenesteapparatet, slik at brukere møtes med respekt og inviteres til aktiv medvirkning i utforming av tjenestetilbudet.* (Karlsson & Andersen, 2011, s. 137)

## 2.5 Organisasjonskultur

Det er strukturelle ordninger som har til hensikt å styrke kommunikasjonen og koordineringen mellom ulike enheter i en organisasjon, for eksempel gjennom teamarbeid. Medlemmene av en organisasjon vil danne et mønster av meninger, disse meningsmønstrene påvirker hvordan mennesker, grupper og organisasjonen fungerer. Om en har felles verdier i en organisasjon vil dette betegne en organisasjonskultur. En kan få en opplevelse av felleskap og kulturen kan virke angstdempende og motiverende på medlemmene (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Organisasjonskultur ønsker å skape gode forhold for at organisasjonen skal nå sine mål. De ansatte bruker sin kompetanse og utvikling. Kulturen er retningsgivende for atferd, skaper standarder og kriterier for handling. Kulturen er også kontrollerende på atferd og angir måter en løser utfordringer på. Videre skaper det samhørighet, identitet, lojalitet og definerer grenser i organisasjonen. Om kulturen blir for sterk kan den bli dysfunksjonell, det som kan skje er at medlemmene ikke kan komme med meninger på tvers av gruppen, det blir straffet og tolket som illojalitet (Bang, 2020).

## 2.6 Samhandling og pasientforløp

Samhandling er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsforløp, det er dette som er målet med samhandlingen. Brukerperspektivet står hele tiden i sentrum. For brukeren er det viktigst å være trygg på at de får rett hjelp til rett tid og på rett sted, ikke om det er spesialisthelsetjenesten eller kommunen som tilbyr behandlingen. Hjelpen skal organiseres på en slik måte at brukeren selv ikke må koordinere tjenestene. Planarbeidet må være bygd på et likeverdig samarbeid med en klar fordeling av ansvar, oppgaver og koordinering. Uklare ansvarsforhold og manglende samhandling kan føre til at brukere og pårørende blir overlatt til seg selv, når de har behov for stor hjelp. Bruk av individuell plan og personlig koordinator har en stor betydning i denne sammenhengen. Det er viktig med gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling for å sikre gode tjenester og behandlingsforløp.

Spesialisthelsetjenesten har og lovpålagt veiledningsplikt ovenfor kommunen, jf. § 6 – 3 i spesialisthelsetjenesteloven (Helsedirektoratet, 2013).

**I spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten:** *Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige*

*forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift (spesialisthelsetjenesteloven, 1999a).*

Ønsket samhandling defineres slik i stortingsmelding 47: *som 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.Meld.47, 2008-2009, s. 13).*

Ifølge (Helsedirektoratet, 2015) skal pasientforløp forstås som en helhetlig og sammenhengende beskrivelse av pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. En ønsker særlig forhindre uønskt tidsavbrudd mellom ulike tjenester i tjenestekjeden. Det må samhandles og koordineres for å binde tjenestene sammen. Utvikling av gode pasientforløp krever systematisk arbeid over tid. Dette gjennom tverrfaglige analyser og kontinuerlig forbedringsarbeid. Med tett samarbeid med pasient, bruker og pårørende, er noen kriterier for gode pasientforløp. Arbeidet er sentralt og målrettet mellom helseforetak og kommuner.

## **2.7 Brukermedvirkning i overgang fra spesialist til kommunehelsetjenesten**

Brukermedvirkning har en egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler i eget liv, mota hjelp på egne premisser og bli respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.

Det vil styrke brukerens motivasjon og selvbilde dersom en kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser. Det vil kunne bidra positivt på brukerens bedringsprosess og kunne ha en terapeutisk effekt.

Det finnes metoder og rammeverk som ivaretar brukermedvirkning

- Individuell plan som er brukerens egen plan og utarbeides sammen med brukeren. Denne planen gjenspeiler brukerens egne behov, ønsker og mål.
- Koordinator og fast kontaktperson, en los for å gjøre tjenester tilgjengelig
- Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator i tjenesteapparatet

Involvering av pårørende har stor betydning og er en ressurs. De møtes som samarbeidspartner ifra rollen de har. Samtidig trenger de oppmerksomhet og omtanke fra tjenesteapparatet (Helsedirektoratet, 2017a).

De som yter tjener er forpliktet til å praktisere brukermedvirkning, dette er nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter, dette er en lovfestet rettighet. Brukeren har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud (Pasient-ogbrukerrettighetsloven, 1999).

### **2.7.1 Samvalg**

Samvalg er en metode for hvordan kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienten kan struktureres når det gjelder å ta helse- og medisinske beslutninger for å komme frem til et informert valg. I nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) er det beskrevet at ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om beslutning og utredning, behandling og oppfølging den grad pasienten ønsker det. Pasienten får informasjon ut fra best tilgjengelige kunnskap om fordeler og ulemper, pasienter får støtte til å vurdere alternativene og til og utforske egne verdier (Kienlin et al., 2020). I studien «The meaning of shared decision-Making in mental Care: A Hermeneutical study» beskrives meningen med samhandling og det å være partnere med et eksistensielt ansvar. Resultatet i studien viser at de innlagte pasientene deltar aktivt i samvalg gjennom hele behandlingsforløpet når psykisk helsearbeiders kompetanse og pasientens kompetanse blir brukt sammen. Samvalg er og være samarbeidspartnere med et eksistensielt ansvar. Pasientens eksistensielle ansvar er å anerkjenne dem som mennesker, dette er essensielt for å kunne jobbe mot en bedre psykisk helse. Psykisk helsearbeideres ansvar å være ledsagere for sine pasienter, og hjelper de å fokusere på sine ressurser og søken etter mening og mental vekst (Beyene, 2020).



## **3 Metodekapittel**

Hensikten med denne studien er å besvare forskningsspørsmålet: Hvordan samhandles rund psykisk helseomsorg ved overgang fra spesialist- til kommunehelsetjenesten? - en kvalitativ studie om meldingsutveksling

I dette kapitlet redegjøres for valg av forskningsdesign, vitenskapelig plassering, utvalg og rekruttering av deltakere, grundig gjennomgang av intervjuprosessen og etiske hensyn med studiet.

### **3.1 Forskningsmetode og design**

For å besvare problemstillingen er en kvalitativ metode valgt i denne studien. Valget begrunnes slik: For å få informasjon om helsepersonells erfaring i forhold til dagens samhandling psykisk helseomsorg, er det valgt å bruke kvalitativ metode hvor målet er å innhente opplysninger om deltakerens erfaringer, dette er i lojalitet til versjonen av deltakerens historie. Det er forankret i deltakerens livsverden (Malterud, 2017, s. 134). Den kvalitative metoden er preget av nær kontakt mellom forskeren og deltakeren, metoden gir grunnlag for at vi kan utvikle en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2018). For å samle inn data er seminstrukturert intervjuer valgt som tilnærming for å besvare problemstillingen. Ved hjelp av semistrukturert intervju kan man innhente beskrivelse av intervjupersonens livsverden, med fortolkning av meningen med fenomenet som blir beskrevet (Kvale et al., 2015). Det er brukt delvis strukturert intervjuform som metodologisk framgangsmåte under intervjuene. (Kvale et al., 2015) sier at det er denne strukturen de fleste kvalitative intervjuene tar utgangspunkt i. Intervjuspørsmålene er fastlagte på forhånd, men rekkefølgen av disse styres av forskeren. På denne måten vil en kunne skape flyt i intervjusamtalen (Thagaard, 2018). Alle intervjuene i denne prosessen er gjennomført på lik måte uavhengig av hverandre.

### **3.2 Vitenskapelig plassering**

Studien er basert på en kvalitativ metode med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming hvor samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten står i sentrum. Ønsket er å oppnå en forståelse for de fenomenene vi studerer, derfor har fortolkning en sentral plass

innenfor kvalitative metoder, og metoden kan knyttes til fortolkede teorier om fenomenologi og hermeneutikk (Thagaard, 2018).

Fenomenologi omfatter forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet. En fenomenologisk forutsetning for forståelse er å sette tidlig kunnskap i parentes (bracketing), og deretter rette oppmerksomhet mot den aktuelle subjektive erfaring i lys av individets livsverden. Essensen av et fenomen skrives så nøyaktig som mulig, herunder relasjoner og andre fenomener (Malterud, 2017, s. 28-29).

Hermeneutikken handler om fortolkningslære (Kvale et al., 2015). Det handler om tolkninger av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse. I tolking av tekst legges det spesielt vekt på forholdet mellom deler og helhet («den hermeneutiske sirkel») og betydningen av kontekst og refleksjon (Malterud, 2017, s. 28). Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr. Ifølge Gadamer er vi samtalevesener som språket er en virkelighet for, «mennesker er selvfortolkende, historiske vesener, med forståelsesredskaper som er betinget av tradisjon og historisk liv. Forståelse av avhengig av visse for-dommer» (Kvale et al., 2015). Hermeneutikken kan lære forskere og analysere sine tekster, og man skal som forsker være bevist på sin egen forståelser, dette er gjeldene både når man intervjuer informantene og når man skal sette seg ned og analysere og tolke sin data.

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

Hovedregelen for utvalg i en kvalitativ studie er at man velger informanter som vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle tema. Informanten er ikke tilfeldig, et slikt utvalg kaller man for strategisk utvalgte (Tjora, 2017, s. 145). Strategisk utvelgelse betyr at vi systematisk velger personer eller enheter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen. Dette er en organisk praksis hvor vi kan supplere utvelgelsen av personer underveis i prosjektet på bakgrunn av den informasjonen vi får (Thagaard, 2018, s. 54). For å kunne argumentere for konklusjonen i studien er utvelgelse av deltakerne viktig, dette for den generelle gyldigheten. Dette gir grunnlag for konklusjonene prosjektet fører frem til. (Thagaard, 2018).

Subgruppen sykepleier, psykolog, og lege ble valgt, med et ønske om å intervju helsepersonell både fra kommune – og spesialisthelsetjenesten, som jobber i psykisk

helsetjeneste. Et av argumentene for utvelgingen er at man i psykisk helsetjeneste arbeider tverrfaglig. Alle disse subgrupper har felles og ulike ansvarsområder i forbindelse med utskrivelse av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. En stor del av forskningen er å søke etter tidligere forskning rundt forskningsspørsmålet.

### **Inklusjonskriterier:**

- Sykepleiere, leger og psykologer, med lengre erfaring
- Arbeider i kommune- og spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helse
- Norsktalende og behersker norsk skriftspråk
- Erfaring med å jobbe tverrfaglig og samhandle med andre tjenester

### **Eksklusjonskriterier:**

- Ikke norsktalende eller behersker norsk skriftspråk
- Lite erfaring innenfor for psykisk helse

Lite erfaring med å jobbe tverrfaglig og samhandle med andre tjenester

For å få tak i informanter ble det sendt e-post med informasjonsskriv til ulike ledere i kommunen- og i spesialisthelsetjenesten. Det ble også sendt e-post til mange legekontor for å få tak fastleger i kommunehelsetjenesten. I informasjonsskrivet (vedlegg 2) ble prosjektet presentert, der var også informasjon til eventuelle deltakere lagt ved samt samtykkeerklæring og godkjenning fra Norsk samfunnsfaglig datatjeneste (vedlegg 3 og 4). Avdelingsleder navnga kandidater som kunne ønske å la seg intervju, som jeg sendte egen forespørsel til på mail, alle deltakerne som ble forespurt om og la seg intervju, takket ja. Ved å bruke denne fremgangsmåten ble til sammen 6 kandidater med i prosjektet. Dette inkluderte psykologer fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, sykepleiere fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, fastleger fra kommunehelsetjenesten og overleger fra spesialisthelsetjenesten intervjuet. Retningslinjer innenfor kvalitativ metode om at antall informanter ikke bør være større enn at det er mulig å gjøre en dyptgående analyse (Thagaard, 2018). Utvalget i denne studien er relativt lite.

I utvalget var det ønskelig å få både kvinner og menn, og det ble intervjuet flere kvinner enn menn i denne undersøkelsen. Det var ønskelig å distansere forskningen bort fra egne fortolkninger, slik at deltakerne var ukjente for meg som forsker. I tillegg var det ønskelig at deltakerne hadde lang erfaring innenfor psykisk helse, for å få et bedre nyansert bilde av deres opplevelser om samhandling. Erfaringen vil tjene godt for studiets formål, ved at de vil ha gjort seg opp tanker om hva som er god meldingsutveksling i samhandling og et godt samarbeid i forhold til meldingsutveksling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Deltakerne i denne undersøkelsen har fra 4,5 til 26 års erfaring innfor psykisk helsearbeid.

En fordel med å intervju fagpersoner er at materialet trenger mindre bearbeiding, intervjupersonene bruker ofte samme språk og svarene er ofte gjennomtenkt, det er mindre sannsynlighet for misforståelser. Disse fordelene kan også være ulemper da intervjuet kan bli svært saklig å si lite om intervjupersonens livsverden (Dalland, 2007). Et problem med tilgjengelighetsutvalget er at de som er med i undersøkelsen, kan føle at de – i større grad enn det som er vanlig – mestrer sin livssituasjon, og at de derfor ikke har noe imot innsyn fra forskeren. Dette kan gi utvalget en skjevhet hvor man vil få mer informasjon om hvordan situasjonen mestres, enn særlig konfliktfylte forhold. På grunn av dette vil grunnlaget for konklusjonen, kunne bli feil i en forskningsoppgave. Derfor er det viktig at forskeren diskuterer sammensetningen av deltakere (Thagaard, 2018).

### **3.4 Intervjuguide**

Intervjuguiden (vedlegg nr.1) ble laget og testet før oppstart av datainnsamlingen. Formålet med guiden var å bruke den som struktur av samtalene med både moderasjon støtte og konkrete spørsmål. Spørsmålene skulle være veldig åpne slik at det skulle bli en god samtale hvor deltakerne kunne prate fritt om sine erfaringer. Samtidig skulle spørsmålene også være konkrete nok til å kunne besvare min problemstilling. Det ble utviklet 7 spørsmål, hvor det var 2 hovedspørsmål, for å stimulere informanten til å fortelle en historie om en opplevelse eller en erfaring. De 5 neste spørsmålene ble valgt å kalle fokus spørsmål, fordi de spør mer spesifikt om deres erfaring i arbeid i møte med andre tjenester og pasient/brukere i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

### **3.4.1 Test intervju**

Flere måneder før oppstart av datainnsamlingen ble det gjennomført en test intervju, for å øve på intervjuprosessen, og for å utarbeide intervju guiden ytterligere. En spesialsykepleier med lang arbeidserfaring ble intervjuet. Sykepleieren var fra min egen arbeidsplass. På denne måten fulgte jeg ikke utvalgsstrategien min, men jeg ønsket å ha dette intervjuet for å kvalitetssikre mine spørsmål i intervjuguiden.

## **3.5 Gjennomførelse av intervju**

Jeg intervjuet informantene på deres arbeidssted, bortsett fra 1 intervju som ble tatt over telefon, dette på grunn av hjemmekontor. Det var tidsbesparende for informanten og møte til intervju på informantens på sitt arbeidssted. Jeg gjennomførte intervjuene selv og hadde ikke assistent med. Jeg erfarte at intervju over telefon gikk fint, men at jeg måtte konsentrere meg mer, dette gjaldt også transkriberingen, da lyd kvaliteten fra lydopptakeren var litt dårligere. Ifølge(Kvale et al., 2015) er det en fordel å bruke lydopptaker, det er både tidsbesparende og at man kan kvalitetssikre at man får med seg samtalen i sin helhet. Lydopptak er velegnet når materialet består av samledata, men det samlet fanger bare opp språklige elementer (latter, pauser, nøling). Nonverbal kommunikasjon kommer ikke med på lydopptak(Malterud, 2017, s. 73). Lydopptakeren som ble brukt er godkjent fra UiT. Under intervjuprosessen, ble det laget enkelte stikkord for å lettere oppsummere hva deltakerne hadde sagt.

Alle intervjuene ble startet med muntlig gjentakelse av informasjonsskrivet som var sendt ut til informanten på forhånd (vedlegg nr. 3). Her ble studiens formål gjentatt og prinsippet som omhandler frivillig deltakelse og muligheten for å trekke seg, om ønskelig. Det ble forklart til deltakerne at de ville bli anonymisert i oppgaven og at lydbåndopptaket ville bli oppbevart på forsvarlig måte og til slutt slettet, som opplyst i informasjonsskrivet.

Under både testintervjuet og forskningsintervjuene ble intervjuguiden fulgt. I tillegg til de satte spørsmålene, ble det nødvendig å bruke oppfølgingsspørsmål. Ifølge (Tjora, 2017) er oppfølgingsspørsmål i dybdeintervjuer brukt for å få deltakeren til å konkretisere sine svar. Om informanten hadde svart delvis på neste spørsmål kunne be informanten si mer og ulike tema. Dette kom naturlig under intervjuet når det var ønsket at informanten skulle utdype eller komme med mer informasjon.

Det ble forsøkt å tilrettelegge for at deltakeren skulle føle seg trygge. Informantene var veldig opptatt av spørsmålene, samt tema for oppgaven og var engasjerte i å dele sine erfaringer. Alle informantene skrev under samtykkeerklæring før intervjuet startet. Intervjuet som ble tatt over telefon, ble samtykkeerklæring underskrevet, scannet og sendt.

### **3.6 Forskningsetikk og etiske retningslinjer**

Dette prosjektet var meldepliktig til Norsk senter for forskingsdata (NSD). Det var ønskelig å bruke lydopptaker i prosjektet. Alt data som ble samlet, skulle lagres innenfor UiTs retningslinjer. Lydopptak ble gjort på godkjent båndopptaker fra UiT, og informasjonen ble igjen lagret over på en kryptert minnepenn. Prosjektet kommer inn under helseforskningsloven og måtte meldes inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2019). I meldeskjemaet står det presist hvordan personopplysninger skal oppbevares under studien og etter at studien er avsluttet. For å kunne starte intervjuene, var det viktig at alle deltakere var godt informert. Deltakeren skal kunne kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om de ville være med i prosjektet eller ikke, det er krav til samtykke (Malterud, 2017, s. 214) I tillegg er samtykke en forutsetning for bruk av lydopptak, noe alle deltakerne fikk informasjon om tidlig i prosessen (NSD, 2019).

Deltakerne fikk først skriftlig informasjon på e-post, for så å gjenta det muntlig før intervjuet, før de skrev under på samtykkeskjemaet. Det er et sentralt krav om at det er frivillig og at man når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen selv om man har skrevet under på samtykke (Kvale et al., 2015, s. 104). Alle mine deltakere ble minnet på dette.

Privat data som identifiserer deltakerne, skal ikke avsløres. Dette kalles for konfidensialitet (Kvale et al., 2015, s. 90). Det er et krav i forskningen om konfidensialitet, opplysninger som gis skal behandles i fortrolighet av forskeren, dette er et viktig tiltak for å forebygge at informanter kan ta skade av den forskningen som gjøres. Dette er knyttet til personvernlovgivningen i tillegg til de forsknings etiske retningslinjene (Leseth & Tellmann, 2018, s. 149-150) Opplysninger i prosjektet skal være aidentifisert, dvs. at ingen utenforstående får vite hvem som har gitt data til forskeren (NENT, 2019).

## **3.7 Analysemetode**

### **3.7.1 Administrasjon av dataene**

Norsk senter for forskningsdata (NSD) har godkjent studien (vedlegg nr. 4). NSD har bestemt at det er studieinstitusjonen som i dette tilfellet er Universitetet i Tromsø (UiT) skal stå ansvarlig for å sikre at personvernloven følges. I denne studien er UiTs retningslinjer for datasikkerhet fulgt. Datahåndteringsplanen er et verktøy fra UiT som innebærer at forskningsdata håndteres etter loven, sikkert og strukturert. Dette skal lagres, gjenbrukes og forstås i fremtiden (NSD, 2019). I denne masteroppgaven er det lånt godkjent båndopptaker fra Universitetet (UiT). For å bevare anonymitet til deltakerne ble lydopptak lagret på en kryptert minnepenn som krypterer informasjonen, dette ble gjort etter hvert intervju. Lagring av utstyr ble gjort i samråd med UiT, som har etablert rutiner for å sikre personvernet.

### **3.7.2 Analysen**

Etter analysen var 3 hovedkategorier som presenteres; Kommunikasjon, faktorer for god samhandling og dagens utfordringer i samhandlingen. Analysemetoden som ble brukt er Malteruds systematiske tekstkondensering. Denne metoden er utviklet for nybegynner for tekstkondensering av datamaterialet. (Malterud, 2017).

#### **1) Helhetsinntrykk**

Analysen startet allerede under intervjuet, hvor en får et førsteinntrykk av hva deltakerne mente var viktig for dem. I dette trinnet forsøker forskeren å sette sin forståelse og teoretiske referanserammer til side, men ikke glemme problemstillingen. Malterud anbefaler 4 – 8 temaer som intuitivt vekker vår oppmerksomhet, hvis temaene er for like kan det være et tegn på at man er for preget av forståelse istedenfor å se nye mønstre (Malterud, 2017).

Ved transkribering av intervjuene ble lydopptakene omformet til tekst. De gir dermed et indirekte bilde av virkeligheten. Det transkriberte materialet var betydelig og utgjorde hele 49 tettekrevet sider med materialet. Intervjuene ble transkribert få dager etter at det var gjennomført. Et foreløpig inntrykk av tema begynte å formes, allerede under transkripsjonsfasen. En skriftlig tekst gir vesentlig bedre mulighet for forpliktende og systematisk gjennomgang, som en forutsetning for analyse av vitenskapelig standard, en bør ikke hoppe over utskrifts fasen (Malterud, 2017, s. 81).

#### **2) Meningsbærende enheter- fra temaer til koder**

For og kode de meningsbærende enhetene ble forskjellige farger brukt, en farge for hvert tema. Tekst som bar med seg kunnskap ble merket ut fra de meningsbærende enhetene, som for eksempel når informanten sa noe om når samhandlingen fungerte bra, eller når informanten erfarte utfordringer i samhandlingen. Dette skapte mye tekst, etter hvert så ble teksten systematisert i ulike deler, dette kaller Malterud (2017) for koding. Alle utsagn og enkelt setninger som tilhørte de meningsbærende enheter i råmaterialet ble merket og det laget et eget analysedokument. Råmaterialet ble gjennomgått mange ganger for å sikre at ikke viktig informasjon gikk til spille. Alle de meningsbærende enheter fikk tilhørende undergrupper. Undergruppene ble langt flere enn de foreløpige som var på tre stykk, da disse meningsbærende enhetene var ganske store. Det kom flere temaer etter hvert som jeg gikk igjennom materialet, og de foreløpige tema ble mer konkrete.

### **3) Kondensering – fra koder til mening**

I tredje trinn denne informasjonen sortert. Materialet gjennomgås nøye med et noe kritisk blikk hvor kunnskap blir abstrahert. Subgruppene ble delene som ble med i analysen, der hver subgruppe utgjorde deltakernes sitat. Kondensatet stammer fra alle deltakerne i studiene, deltakerne blir ett. Innholdet ble kvalitetssikret for hver subgruppe som den hørte til under, når dette var gjort ble det laget artefakt for hver subgruppe. Arbeidet med å abstrahere ble gjort ut fra artefaktene for hver kodegruppe, slik fant jeg mening i innholdet. I denne delen av analyseringen, ble arbeidet kvalitetssikret ved hjelp av en tidligere masterstudent, slik at subgruppene ble ytterligere spisset.

### **4) Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelse og begreper**

Fjerde trinnet besto av å lage enn tekst for hver subgruppe, ifølge (Malterud, 2017) er dette *rekontekstualisering*, hvor man setter i sammen bitene igjen i form av gjenfortellinger. Disse analytiske tekstene utgjør resultatene i studiet. Det ble også identifisert gullsitater som kommer fram fra deltakere, disse er markert meg kursiv skrift under hvert tema, og vil bli presentert under resultater. Helt til slutt gikk ble den originale teksten kontrollert for å kvalitetssikre at all informasjonen hadde blitt med i forskningen.



### **3.8 Tiltak for å sikre studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet**

Selv om man i forskningsprosjektet har fulgt alle spilleregler, er det ikke gitt av resultatet blir vitenskapelig kunnskap. Det forventes at vitenskapelig kunnskap bringer relevans i form av ny erkjennelse som kan brukes til et eller annet. Den endelige fasit angående relevans får vi først når prosjektet er ferdig og publisert (Malterud, 2017, s. 21).

I dette prosjektet var det ulik oppfatning hos alle deltakerne fra kommune- og spesialisthelsetjenesten, noen kan ha god erfaring med meldingsutvekslingen som blir gjort i samhandlingen mellom instansene, mens andre kan ha dårlig erfaring, og de kan ha forskjellige erfaringer i ulike situasjoner. Det er heller ikke sikkert at begreper oppfattes likt for den som blir spurt, en risikerer at noen svarer sant om noe annet enn det vi mener å spørre dem om. Når det gjelder overførbarhet, trenger det for eksempel ikke å være likt i andre land eller andre kommuner i Norge, og man kan forvente helt andre svar. Overveielse av validitet skal gjøres i alle ledd av forskningsprosessen (Malterud, 2017). Ingen kunnskap er allmenngyldig, forskere skal overveie validiteten og hva en egentlig har funnet noe om, og hvilken overførbarhet disse funnene har ut over den sammenheng der funnene er gjennomført. Det er viktig å ta stilling til hva materialet og metoden gir anledning til å si noe om, og hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har. Det som er med på å bestemme hvilken rekkevidde kunnskapen har er tid og rom i feltet der kunnskapen er hentet. Det er avgjørende at metoden bestemmes ut ifra problemstillingen og ikke omvendt for å få konsistens (Malterud, 2017, s. 23-25).

Validitet handler ikke bare om metodene som blir brukt; forskeren som person, inklusivt hans eller hennes moralske integritet (Kvale et al., 2015, s. 277). Forskere skal ha et kritisk syn på sine fortolkninger, en sjekker validiteten ved å undersøke feilkildene (Kvale et al., 2015, s. 279). For å finne validitet vil et viktig spørsmål være hva det er sant om (intern validitet). Har en brukt relevante begrep eller kartleggingsmetoder for å studere fenomenet som en skal se på. En risikerer at folk svarer på noe annet enn vi spør dem om. Uansett hvor presise data en har, blir den interne validiteten lav hvis kartleggingen ikke gjennomføres på en måte som er relevant for formålet. Ved å stille spørsmål om gyldighet kan vi forebygge systematiske feil i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 25). Ved å redegjøre for valg vi tar i hele forskningsprosessen kan vi styrke gyldigheten ved å være åpen om hvordan vi praktiserer forskningen. Forskningen trenger derfor overveieleser i alle ledd i forskningsprosessen for at den skal være gyldig, en må vise evne til refleksivitet. Refleksivitet er evne og vilje til å

undersøke forskningsarbeidet sitt, og hvordan personlige interesser og kunnskap kan ha formet det (Tjora, 2017, s. 207). I denne studien har det blitt forsøkt redegjort for de forskningsvalg som er tatt underveis i studien. Om funnene er generaliserbare kommer an på om spørsmålet og resultatene primært er av lokal interesse eller kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner. Det er slik man kan si noe om intervjuundersøkelsen er pålitelig og gyldig (Kvale et al., 2015, s. 289). Det alltid være noen begrensninger både i kvalitativ og kvantitativ forskning. Et tilfeldig utvalg kan true kunnskapens gyldighet i en kvalitativ studie (Malterud, 2017). Et godt strategisk utvalg kan likevel utvikle, beskrive, begreper og teoretiske modeller som forteller om kjennetegn og mening, og som i kraft av dette har relevans for sammenhenger (Malterud, 2017, s. 62).

I forskningsprosessen har det vært ønsket å sikre reliabiliteten, dette ble forsøkt ved å utføre et prøveintervju på forkant av forskningen. Deltakerne i studien fikk også tilsendt informasjonsskriv på forhånd, slik at de fikk mulighet til å bli kjent med prosjektet, og hensikten med studiet. Oppsummering på slutten av intervjuene var også med på å sikre at informasjonen deltakerne brakte med seg, var oppfattet riktig. Under transkriberingen ble teksten gjennomgått flere ganger sammen med lydfilen for å forsikre at transkripsjonen var mest mulig direkte oversatt. Ved grundig utspørring under intervjuene vil deltakernes meninger bak utsagnene kunne sikre validitet. Det blir her også viktig å ha sikres deltakernes troverdighet.

En kan også vurdere undersøkelsen for om den har noen overføringsverdi for andre studier. En annen måte å sikre påliteligheten i analysen på er å bruke en uavhengig person, som ikke har vært med i intervjuene til og analysere intervjuene. Denne personen kan lese en eller flere av intervjuene for å gjøre en sammenligning. I dette prosjektet har en uavhengig person lest 3 av intervjuene og analysert disse, dette får å gjøre min studie mer pålitelig.

## 4 Resultater: Studiens funn

Dette kapitlet presenteres resultatene. Resultatene presenteres i følgende kategorier:

Kommunikasjon

- Fra ansatt til ansatt
- Kommunikasjonsmåter; Møter, elektroniske meldinger, PLO og telefon

Faktorer for god samhandling:

- Viktighet i relasjonsbygging
- Forutsigbarhet, målrettet og helhetlig behandling
- Brukerens ressurser og autonomi

Dagens utfordringer i samhandlingen

- Behandling basert på pasientens forutsetning
- Dårlig planlegging og tidsbruk
- Manglende informasjonsflyt
- Økonomi og organisatoriske faktorer

### 4.1 Erfaringsrapport

I denne studien ble det intervjuet 6 helsepersonell fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Selve rekrutteringen av informantene tok en del tid, men når jeg hadde fått kontakt med aktuelle kandidater gikk det raskt og få avtalt tid for intervju. Jeg møtte alle informantene på deres arbeidsplass, bortsett fra 1 informant som hadde hjemmekontor. Her ble intervjuet tatt over telefon, noe som jeg erfarte gikk like bra. Alle informantene hadde mye erfaring innenfor forskningsfeltet. Intervjuene hadde varierende varighet fra 25 minutter til nesten 60 minutter. Dette var varigheten på selve opptaket. Det transkriberte materialet var betydelig og utgjorde hele 49 tettskrevne sider med materiale.

Tabell over informantene i studien:

<b>Yrke:</b>	<b>Videreutdanning:</b>	<b>Kjønn:</b>	<b>Yrkeserfaring:</b>
Spesialsykepleier i Kommunehelsetjenesten	Videreutdanning i psykisk helse	Kvinne	14 års erfaring som sykepleier i kommunehelsetjenesten
Spesialsykepleier i spesialisthelsetjenesten	Videreutdanning operasjon Videreutdanning SEPREP Videreutdanning i psykisk helse og rus 2017	Kvinne	26 års erfaring som sykepleier
Psykolog i Spesialisthelsetjenesten	Videreutdanning i ledelse	Mann	4,5 år som psykolog i spesialisthelsetjenesten
Psykolog i Kommunehelsetjenesten	Spesialisering innenfor rus og avhengighetsproblematikk	Kvinne	11 års erfaring som psykolog.
Overlege poliklinikk Spesialisthelsetjenesten	Videreutdanning i kognitiv adferdsterapi, psykoterapi ved psykoser. Utdannet veileder i kognitiv adferdsterapi	Kvinne	16 års erfaring som spesialist i psykiatri
Fastlege kommunen Praksiskonsulent rus og psykiatri	Spesialist i allmenntmedisin	Kvinne	6,5 års erfaring som fastlege

## 4.2 Hemmende og fremmede Kommunikasjon

### 4.2.1 Direkte kommunikasjon

Alle informantene trekker frem viktigheten av god kommunikasjon for å få til god samhandling. Å tenke høyt sammen med noen som jobber i andre deler av systemet, trekkes frem som viktig. Når en jobber tverrfaglig i team er det kanskje ikke alltid en har oversikt over hva som er gjort, da må en inn i dokumentasjonssystemet og lese seg opp på det som er dokumentert. Informantene som var fra kommunehelsetjenesten, mente at de var helt avhengig av at spesialisthelsetjenesten gir dem informasjon. De fleste poengterte at samhandlingen ble vanskelig ved at kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke hadde samme dokumentasjonssystem for journalføring eller meldingsutveksling. Det var ekstremt viktig med en løpende dialog mellom tjenestene når en pasient er innlagt og trenger videre oppfølging fra kommunen. En informant beskrev det slik;

*"Så er det jo ekstremt viktig for oss og pasienten at det på en måte er en løpende dialog gjennom innleggelsen for vi har jo faktisk mistet erfaring med dette mennesket fra før det ble innlagt og kan si ganske mye om ja, hva de kanskje trenger inne på sykehuset".*

Sitatet viser at kommunen ønsker å få informasjon når en av deres pasienter er innlagt. Ikke bare for videre oppfølging etter utskrivelse, men for å kunne gi viktig informasjon til spesialisthelsetjenesten.

Tjenestene opplever stadig og ikke få den informasjonen de trenger for å følge opp pasienten videre, kommunikasjonen har vært for dårlig. Det kan være ting som ikke er blitt fortalt, selv på møter. Det kan for eksempel være tidligere voldshistorikk hos pasienten. Og kommunisere via telefon kan også være vanskelig ved utskrivelse av pasient, om man er en del av en stor avdeling. En Informant beskrev det slik;

*"Når det ender med reinnleggelse av pasienten, er det dårlig kommunisert mellom oss"*

Dette sitatet beskriver at pasienten har vært for dårlig til å bli skrevet ut til kommunehelsetjeneste, eller at kommunehelsetjenesten har fått for lite informasjon eller har for ressurser til å kunne følge opp pasienten hjemme ut fra pasientens behov.

På bakgrunn av dårlig samarbeid mellom instansene så er det noe som heter bistandsteam, hvor det er et team med ressurspersoner både fra kommunen- og spesialisthelsetjenesten som kan kontaktes i vanskelige situasjoner. Samhandlingen kunne ha vært gjort annerledes med tettere dialog mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, istedenfor å gå via noen andre. Et eksempel på dette er at noe av informasjonen går fra spesialisthelsetjenesten til tildelingskontoret. Tildelingskontoret har fått beskjed og gjort avtale med spesialisthelsetjenesten om tildelt tjeneste, tildelingskontoret skal sørge for å gi beskjed til oppfølgende kommunal instans. Så har en ikke klart å kommunisere imellom instansene og få på plass oppfølging i god tid før utskrivelse, grunnen kan da være at oppfølgende instans har fått sent beskjed, eller at det har vært tildelt tjenester som ikke kan gis av oppfølgende kommunal instans.

#### **4.2.2 Kommunikasjonsmåter**

Samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten foregår via flere kommunikasjons kanaler. Informantene forteller om; fysiske møter, telefon, elektroniske brev og PLO – melding som vanlige kommunikasjonsmåter i samhandlingen. Informantene framhever alle viktigheten med å møtes ansikt til ansikt med pasienten til stede. Likevel kan det være vanskelig for fastlegen og møte opp fysisk til et møte i en fastlegehverdag. Videre for en sykepleier i en kommunal psykisk oppsøkende tjeneste kan det være vanskelig å planlegge for eksempel en telefonsamtale i en arbeidshverdag. Likevel sier alle at å ha møter

hvor pasienten er med er det det beste for å få til god samhandling. Ved at alle er til stede og kommuniserer sammen har en bedre mulighet til å følge opp etterpå. Flere av informantene sier at det er viktig å møtes, at det liksom blir forankret et sted og så er elektronisk meldingsutveksling litt sånn supplement for å skriftlig gjøre det man ble enig om. En informant beskrev det slik;

*"Så tenker jeg at generelt, skal man få samhandling til, så må man møtes. Det holder ikke med sånne skriftlige meldingsutvekslinger"*

Sitatet til informanten er ganske tydelig på at det ikke er nok med skriftlig kommunikasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, tjenestene må kunne møtes for å få til god samhandling. To av informantene som arbeider poliklinisk i spesialisthelsetjenesten sender kopier av notatene de lager til fastlegen i kommunen, de sender også foreløpig tilbakemelding elektronisk til fastlegen. Helst skal fastlegen være kjent med epikrisen før den kommer. Det er fastlegen som følger opp pasienter videre etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten, ofte sammen med annen kommunal tjeneste. Pasienten har også tilgang til epikrisen elektronisk. Informantene sier mye om at en får til god samhandling når en har møter hvor alle parter er til stede, da strekker ikke skriftlig kommunikasjon til. Det skriftlige er mer utveksling av konkret data. En informant sier det slik;

*"Det må ringes, det må snakkes, det må møtes".*

Det kan virke som at det er helt grunnleggende og bruke flere kommunikasjonsformer for å få til samhandlingen.

Informantene bruker PLO meldinger hvis de har tilgang på dette og telefon, det er ofte begge deler. Noen ganger sendes bare ei melding, men ofte bruker jeg å snakke med de som skal ta imot pasienten. Det at det eksisterer forskjellige meldingssystemer synes alle informantene hemmer samhandlingen. Deltarne mente at elektronisk kommunikasjon passer best i en fastlegehverdag, mens under innleggelse så er det PLO – meldingene man kan kommunisere igjennom. Likevel erfarer flere av informantene at det ikke alltid det fremgår like tydelig hva de konkrete behovene er i et elektronisk brev eller en PLO - melding. Det blir fort kontakt gjennom telefon og møter.

#### 4.2.2.1 Møter

Fysiske møter ble foretrukket av informantene. De kom med eksempler på at brukerens autonomi ble særlig fremtredende under for eksempel møter, for eksempel ansvarsgruppemøter. Under møtene, opplevde informantene at pasienten fikk anledning til å si noe selv om hvilke behov han hadde av hjelp fra tjenestene. Møtene ble også viktige for videre fremdrift i brukersakene, som en poengterte at det var under møtene ble det gjort gode avtaler. Å arbeide målrettet tolkes å være lettere under møter hvor viktige aktører i brukerens liv alle var til stede. Det var en enighet blant informantene at å sitte å snakke for å finne en felles forståelse i forhold til hvordan pasienten skal komme seg videre, da må man egentlig møtes. Målet kan være at en skal ha noen ansvarsgruppemøter hvor man møter pasient, spesialisthelsetjeneste og kommune. En informant beskrev det slik;

*"Selvfølgelig foretrekker jeg møte som kommunikasjonsform, om man tenker å møte folk i et felles møte, det er alltid nyttig for oss og involvere pasienten"*

En annen beskrev det slik;

*"Det viktigste har jo vært møtene, der hvor pasienten får anledning til å si noe selv hva det er jeg ønsker, hva er mine behov"*

Sitatene sier igjen noe om hvor viktig det er at tjenestene møtes, men også hvor viktig det er at pasienten er til stede. At pasienten får si til alle sine hjelpere, hva er det jeg ønsker og hva er mine behov.

Skype møte ble også framhevet, om en ikke hadde mulighet til å møte på et møtested er det gode erfaringer med at en kan være til stede på møter igjennom for eksempel skype – møter

*"Jeg har også prøvd meg på sånne skype samarbeidsmøter i denne her tida, og det fungerer kjempefint akkurat for sånt. Jeg har pasient her og fastlege på skype, sparer tid på det for fastlegen da. Altså det fungerer veldig bra. Da har man på en måte gjort en avtale med pasienten også, altså litt mer sånn forpliktende, jeg slår et slag for det å møtes og snakkes og se hverandre på en eller annen måte".*

Som tidligere nevnt i en travel arbeidshverdag kan det være vanskelig for alt helsepersonell å møte hverandre fysisk på et møtebestemt, flere deltakere har erfaring med at det også går fint at for eksempel fastlegen er på Skype, da er det likevel mulig å gjennomføre et samarbeidsmøte hvor en ønsker at alle parter skal være til stede. Og som informanten når

pasienten er til stede og man gjør en avtale så er det litt mer forpliktende, det og se hverandre på en eller annen måte. Jeg tolker det slik at det blir mer troverdig og at alle forsøker å trekke i samme retning.

Selv om det noen gang er slik at alle ikke kan komme, så sier informantene at det ofte fungerer bedre med fysiske møter. Det er svært sjeldent at tjenestene har møter uten pasienten, da det er svært viktig at pasienten får si noe selv, hva er det jeg ønsker, hva er mine behov. Det beskrives som nyttig og hensiktsmessig at de som skal følge pasienten opp videre etter utskrivelse inviteres inn til møter i spesialisthelsetjenesten. Det anses ikke som hensiktsmessig og ha utskrivelsesmøte med tjenestene den dagen pasienten skal skrives ut fra spesialisthelsetjenesten, gjerne en ukes tid før pasienten skrives ut er hensiktsmessig, men dette kommer helt an på lengden på innleggenes og hvilke behov pasienten har.

#### **4.2.2.2 Elektroniske meldinger**

Informantene bruker elektroniske meldinger i sin arbeidshverdag, dette kan være PLO – melding, elektronisk brev eller en henvisning. En informant beskriver elektronisk brev som et brev i elektronisk form, en kan sende og få svar på samme dag. Polikliniske behandlere for eksempel kommuniserer med elektronisk brev til kommunehelsetjenesten som kan være fastlegen. Psykologen i kommunehelsetjenesten erfarer at om hun for eksempel henviser en pasient til spesialisthelsetjenesten vil kunne få informasjon tilbake, eksempel bekreftelse på mottatt plass, om hun ikke er henviser av pasienten vil hun ikke kunne få denne informasjonen. Det fine med elektroniske meldinger er at en har noe skriftlig, og en kan sende og lese disse meldingene når en har tid i en arbeidshverdag. Kommunehelsetjenesten kan kun kommunisere med elektroniske meldinger når pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten via PLO. Dette opplevdes som problematisk for informantene. En informant opplever det slik;

*" Når folk ikke er innlagt så er de ikke knyttet opp til en avdeling, eller noe mottaker til navnene til disse brukerne, det er som å sende en konvolutt i posten uten navn på."*

Sitatet beskriver at en savner et kommunikasjonsverktøy i samhandlingen, en kan si at om pasienten ikke enda er innlagt eller utskrevet mister man muligheten til å kommunisere via PLO. Kommunen vil gjerne ha oppdaterte helseopplysninger jevnlig på pasienter som trenger oppfølging av kommunehelsetjenesten, disse sendes elektronisk. Det er ønskelig at spesialisthelsetjenesten skal sende møtereferat om det har vært samarbeidsmøter mellom



tjenestene til kommunen, samt helseopplysninger om det er økt eller endret behov. Dette er en viktig del av samhandlingen mellom tjenestene.

Flere av informantens erfaring med å sende elektroniske meldinger er at en får raske svar, mellom tjenestene. I tillegg til de her vanlige tingene man gjør i en arbeidshverdag, så sendes elektroniske meldinger. Noen av informantene mente at man burde ha informasjon skriftlig for at dette skulle kunne nå ut til de riktige ansatte. Dette virket å være særlig knyttet opp mot informasjon om praktiske ting som skulle gjøres, eller medisinendringer.

En informant beskriver det slik;

*" Det blir jo ikke rett å sende det som en henvisning, men det blir jo det verktøyet man har, og det funker jo, så får jeg jo svar, en tilbakemelding eller en telefon tilbake på den som det nå gjelder. Og det kan gå begge veier, for hvis fastlegen har spørsmål for eksempel, kan han kommunisere med å sende brev til meg elektronisk, mer som en forespørsel da".*

Sitatet tolkes dithen at selv om systemet rundt elektroniske meldinger ikke var optimal, så ble elektroniske meldinger foretrukket, da man fikk relativt raske svar på konkrete spørsmål.

#### **4.2.2.3 PLO – Meldinger (pleie og omsorgsmeldinger)**

Informantene synes det var fint å bruke PLO meldinger, da dette ble oppfattet som en enkel måte å sende meldinger i når deres felles pasient var innlagt. Flere informanter poengterer at det er lett å bruke PLO meldingene, og det ble sett på som et åpent dokument man kunne skrive fritt i. En informant beskriver bruk av PLO – melding slik;

*"PLO – systemet er et fantastisk system som jeg skulle ønske alle kunne bruke. Når en pasient blir innlagt i en avdeling i spesialisthelsetjenesten er at det bare er å trykke send for innlagt pasient"*

Alle Informantene foretrekker PLO fremfor elektroniske meldinger, men det er et ikke - eksisterende verktøy om ikke pasienten er innlagt i en avdeling i spesialisthelsetjenesten, noe som ble sett på som kronglete om man trengte å kommunisere sammen utenom de gangene pasientene var innlagt på sykehus. Det kommer også frem under intervjuene at det er uhensiktsmessig om helsepersonell bruker kommunikasjonsverktøyet PLO på feil måte. Her blir det trukket frem at viktig informasjon ikke når ut til kommunen fra spesialisthelsetjenesten ved utskrivelser, noe som ble beskrevet som `skummelt` av en informant. Hen sier videre:

*«Hvis en avdeling i spesialisthelsetjenesten skulle glemme og sende innleggelsesmelding, så får de heller ikke sendt melding om utskrevet pasient, eller utskrivelsesklar pasient. Da får ikke kommunehelsetjenesten beskjed om at pasienten er innlagt, eller utskrevet»*

Forskningen her viser at noen hadde erfaring med å sende gode helseopplysninger for å sikre god oppfølging etter utskrivelse, mens om verktøyet ikke ble brukt, ville viktig informasjon om pasienten mangle. Dette kunne i verst fall føre til at pasienten mistet oppfølging fra kommunen da de ikke visste at pasienten var skrevet ut av sykehuset. PLO meldinger ble brukt som et verktøy mellom ansatt – ansatt i hver instans i helsetjenesten, der pasienten mulig kun var delaktig når PLO melding ble brukt under time hos fastlege.

#### **4.2.2.4 Telefon**

Informantene beskriver telefonbruk som noe en er avhengig av i arbeidshverdagen for å kunne kommunisere og samhandle imellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ofte bukes telefon for å få fortlgang i ting. Mange ringer for å ha en kontinuerlig dialog, eller tar kontakt via telefon for å få opplysninger en trenger, det beskrives som kjekt og kunne få kontakt med for eksempel behandlere fort på telefonen. En deltaker beskriver det slik;

*" Det har oftest vært lettere å ringe kontaktpersonen eller lederen i den kommunale instansen, det er kanskje det man starter med. Så gjør man det nødvendige elektronisk i etterkant".*

Flere erfarer også at en får litt andre opplysninger når man ringer enn hva som skriftlig dokumenteres. De to informantene som jobber poliklinisk, snakker kanskje med fastlegen til pasienten hver dag. Det blir beskrevet at mange av informantene ringer og snakker sammen før de dokumenter, for eksempel at en avtaler på telefonen om når neste møte skal være, at en er kommet til en felles enighet og så bekrefte dette for eksempel med en elektronisk melding. Dermed tolkes funnene slik at telefon var et godt kommunikasjonsmiddel, der det skriftlige ofte kom i andre rekke, for å bekrefte det som ble sagt i telefonen. En informant som hadde en arbeidsdag hvor hen ikke var tilgjengelig per telefon under arbeidsdagen, synes dermed at å få telefoner som gjaldt pasienter, ikke var hensiktsmessig. Noe som ble beskrevet slik:

*" En kan få beskjed om å ringe tilbake. Selv om vi er 20 personer på vakt så har vi jo 20 brukere sånn at det er jo ikke slik at jeg er telefon vakt. Så når de ringer tilbake så er jo jeg opptatt, og når jeg ringer tilbake så er jo de opptatte. Jeg synes det er litt vanskelig å få til med disse telefonene".*

Forskningen her viser at det er både positive og negative erfaring med å bruke telefon som en del av samhandlingen, noen liker for eksempel å ringe å gjøre avtaler for å så dokumentere dette senere, eller for å få manglende opplysninger. Mens en annen informant har vanskeligheter med å kunne besvare en telefon samtale i løpet av en arbeidsdag.

## 4.3 Kontekst faktorer som fremmer samhandling

### 4.3.1 Relasjonsbygging

Informantene sa mye om relasjon til brukeren, samt viktigheten av å bygge relasjonen og mål i samhandlingen. Relasjonsbygging ble best når man hadde noen felles mål, der pasientens livskvalitet stod i fokus. For å få til en god relasjon, var det viktig med kontinuitet fra de ansatte. En- til -en relasjon ble sagt å bety mye. For å få til denne relasjonen, måtte det være stabile kontakter som kjente brukeren godt. Informantene mente at det var avgjørende at alle rundt pasienten «dro i samme retning», uavhengig om en hadde kun et mål man jobbet opp mot, så lenge det hovedordene målet bygget på det brukeren var opptatt av.

En informant sa det slik:

*"Det er jo ofte at jeg som psykolog sammen med pasient kanskje har noen andre mål enn de har i kommunen, men at man er bevisst det, man vet det at, okei, vi har en form for samtaleterapi der vi kanskje jobber mot det.... mens de har en fast kontaktperson i kommunen som jobber med ADL funksjon.. så vet man det. Og sånn sett har man fokus på at tjenestene drar i samme retning"*

Gjennomgående var å skape en relasjon mellom brukerne positivt for informantene. Et moment som å ha en ukeplan, hadde noe å si for om man fikk fremdrift i sakene. Om brukeren hadde mange instanser rundt seg, så ble det vektlagt at alle involverte møttes tidlig og hadde en felles kontinuitet som omhandlet brukeren. Om brukere som var innlagte, mente mesteparten av informantene, at lengden på oppholdet hadde mye å si. Når brukerne var lengre innlagt, hadde man bedre forutsetning for å samarbeide med alle involverte. Dette kan tolkes som et funn i forskningen. Som beskrevet av en informant:

*" Det er jo det at man har tid til å involvere kommunehelsetjenesten og få dem i spill og har hatt den dialogen med dem mens de er innlagt, at allerede oppfølgingen etterpå blir etablert mens pasienten er inne, det er veldig hensiktsmessig".*

Det å komme i gang tidlig med samhandlingen, og skape gode relasjoner mellom pasient og kontaktpersoner fremmer samhandlingen.

#### **4.3.2 Forutsigbarhet, målrettet og helhetlig behandling**

Informantene beskrev viktigheten av forutsigbarhet mellom tjenesten forbindelse med utskrivelse fra spesialist til kommunehelsetjenesten. Dette både for helsepersonell i de ulike tjenestene, men også svært viktig for pasienten i behandling.

Alle informantene ønsker at det skal lages en plan sammen med pasienten før utskrivelse, dette for å sikre videre samhandling og at alle jobber i samme retning. Informantene ønsker også å vite så tidlig som mulig hvem som skal være kontaktpersoner fra spesialist og kommunehelsetjenesten. At de ulike instansene tidlig klarer å bestemme seg for hvem som skal være kontaktpersoner og kommer på møtene, at en tenker sammen og bruker tiden godt. At det for eksempel ikke er en utskrivelse og så ligger det et skriftlig notat til en instans at de må følge opp pasienten videre, men at de setter ting i spill mens pasienten er innlagt. Gode forløp med ansvarsgruppemøter rundt pasienten med stabile kontaktpersoner fra spesialist og kommunehelsetjenesten som møtes for å gjøre opp status. Flere av informantene sier at det må regelmessig kontakt til for å få til god oppfølging

En beskrev det slik:

*"I gode forløp i poliklinisk virksomhet, så ser jeg at der en har klart å få til fungerende ansvarsgruppemøter rundt pasienten; at de her er relativt stabil, en stabil fastlege, en stabil kontaktperson i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten at en kan møtes hver 3.måned ca. for å gjøre opp status "*

En annen sa det slik:

*"Forsikre seg om at vi faktisk jobber i samme retning "- Lage en form, en plan for det "*

Begge sitatene beskriver at det er viktig med god planlegging for å få til god samhandling, og at tjenestene jobber sammen. Flere av informantene i studien forteller at en må se hele mennesket for å kunne hjelpe og for å få til en god samhandling. Alle som jobber tverrfaglig for pasienten er alle viktige og gjør gode ting for pasienten. Informantene formidler viktigheten med at det er pasientens behov som er viktigst ikke «hjelpenes behov» selv om en gjerne ønsker å hjelpe slik en selv tror er best, dette er ikke utgangspunktet for tjenestetilbudet. Under en innleggelse snakker en om hva pasienten trenger hjelp med, hva

som har fungert eller ikke fungert før og under innleggelsen, hvilke behov pasienten har i spesialist- og kommunehelsetjenesten og videre oppfølging når pasienten skrives ut fra spesialist til- kommunehelsetjenesten. Det er om og ha helhetsblikket, og se hele mennesket i behandlingen.

En informant beskrev det slik;

*"Vi snakker om hva som har vært vanskelig, hva som er grunnen til innleggelsen, hva tror vi gjorde han dårligere, hva som har fungert under innleggelsen, og hva vi tenker han trenger når han kommer tilbake til boligen"*

### **4.3.3 Brukerens ressurser og autonomi**

Alle informantene sa noe om viktigheten av at pasienten var delaktig hele veien for å få til god samhandling, og greie å se pasientens ressurser. Det er viktig at pasienten får være med å bestemme behandlingsforløpet, pasienten må få formidle sine ønsker og mål for behandlingen under innleggelse og i prosessen utskrivelse fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. De fleste informantene sa at det er viktig at det er pasienten som eier behandlingen. At en snakker sammen og gjennom hele behandlingsforløpet har samme oppfatning og mål for behandlingen. Ansvarsgruppemøter og individuell plan er viktig redskaper for å få frem pasientens ressurser. Pårørende kan være en stor ressurs om de kjenner pasienten godt, flere av informantene fremsnakker pårørende som støtte for pasienten. Flere sier også at det er viktig at pårørende er sammen med pasienten i møter der det er mulig. Pasienten kan trenge støtte fra pårørende, når hjelpen er der kan endelig pårørende få lov til å være pårørende. Om ikke pasienten greier og formidle hva hjelpebehovet er, er det veldig fint om pårørende er til stede og hjelper pasienten med og formidle hjelpebehov. Pårørende trenger ikke være mor, far eller samboer. Pårørende kan være en god venn som kjenner pasienten godt. To av representantene forteller om tilfeller hvor pasienten har drevet sin egen ansvarsgruppe og har gjort det på en kjempegod måte. Informantene generelt har mange gode eksempler på hvor en har greid å jobbe godt sammen.

En av informantenes beskrivelse av pasientens ressurser;

*"Og det er jo det beste, ikke sant, at det er brukeren som har masse mål, som ansvarlig gjør de ulike aktørene som er med. Alle de aktørene som er inni en sak, har på en måte sine ansvarsområder og en har samsnakket regelmessig og jobbet i samme retning"*

En annen sa det slik;

*"pårørende er en god ressurs og det trenger jo ikke være mor, far eller samboer, det kan være en venn som er den nærmeste til og fortelle hva pasienten trenger "*

Sitatene sier noe om hvor viktig det er at pasienten som er hovedpersonen i behandlingen, at pasienten blir hørt. videre kan også pårørende snakke frem pasientens behov og være en god ressurs i samhandlingen.

#### **4.4 Kontekst faktorer som utfordringer i samhandlingen**

Deltakerne i studien er beskrevet flere utfordrende områder for å få til god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Disse blir delt inn i 4 ulike kategorier; behandling basert på pasientens forutsetninger, dårlig planlegging og tidsbruk, manglende informasjonsflyt og økonomi og organisatoriske faktorer.

##### **4.4.1 Behandling basert på pasientens forutsetninger**

Informantene har en rekke eksempler på når samhandlingen ikke fungerer mellom tjenestene. En av faktorene som gjør at samhandlingen ikke går slik en ønsker er når behandlingen ikke er basert på pasientens forutsetninger.

Pasientene har sin autonomi, hvor de kan velge om de vil ha hjelp eller ikke, de har rett til å si nei, det er ikke bestandig de ønsker hjelp fra tjenestene. Det er også utfordrende for helsepersonell når pasienten ikke har satt seg noen klare mål for hva de ønsker av hjelpeapparatet. Når helsepersonell forsøker å tenke hva målene bør være så er det utfordrende, en er avhengig av og jobbe sammen med pasienten for å få til å hjelpe.

En informant beskrev det slik;

*"Ja, altså man får jo automatisk noen tanker om hva som ville være bra for den her personen, selv om de ikke klarer å uttrykke det verbalt, men det er jo mye lettere når en person har satt seg noen mål som man kan jobbe mot. At det ikke er behandleren sitt mål, eller fastlegen sitt mål, men at det faktisk er pasienten sitt mål"*

Grunnet høyt symptomtrykk er det heller ikke alle pasienter som greier å uttrykke sine behov selv, eller samarbeide omkring hjelpeapparatet, da fungerer det ikke bestandig optimalt.

Pasienter som for eksempel ikke vil ha ansvarsgruppemøter, vil en kunne oppleve at det blir vanskeligere og vanskeligere og komme i posisjon til å hjelpe. Noen av informantene

opplever også at pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten før de er klar for det. Pasienten er ikke i stand til å benytte seg av tilbudet fra kommunen. Noen pasienter har også vært forespeilet en mye større oppfølging enn hva som er tilfelle, pasienten har derfor store forventninger til den kommunale tjenesten som ikke innfris.

En informant beskrev det slik;

*"Da kommer pasienten ut med enorme forventninger altså type 24/7, bedre enn omsorgsbolig. At vi skulle på en måte stille opp med det. Ja det var faktisk ordene, at det faktisk var bedre en 24/7 døgn timers tilbud".*

Dette sitatet viser at tjenestene har samhandlet svært dårlig, her har en pasient blitt forespeilet et hjelpetilbud ved utskrivelse fra spesialist- til kommunehelsetjenesten som kommunehelsetjenesten ikke kan gi.

#### **4.4.2 Planlegging og tidsbruk**

Informantene har alle erfaring med planlegging i pasientforløp ikke alltid går slik en skulle ønsket. Når planleggingen ikke fungerer kommer det av flere grunner som at en ikke har fått beskjed eller for lite tid. En kommunal ansatt beskriver at arbeidsdagen har blitt brukt på å reise til pasienter som ikke er hjemme, fordi de er innlagte, enten i spesialisthelsetjenesten eller i en annen avdeling i kommunen. En viktig faktor som er aktuell når det går galt, så er det ofte når en ikke har tid. Det blir poengtert at kommunehelsetjenesten erfarer og ha jobber hardt for å få pasienten pasienter fort innlagt i spesialisthelsetjenesten, for også erfare at de blir raskt utskrevet til kommunehelsetjenesten. Dette erfares at utskrivelsesprosessen fra spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok planlagt, og det blir vanskelig for kommunehelsetjenesten og føle opp pasienten videre. Som en informant beskriver:

*«Det er fort inn og fort ut, det kommer alltid sånn «plombs» på, både for pasienten og oss»*

Og;

*"Rett og slett ikke har hatt tid til å lage et opplegg"*

Informantene beskriver at samhandlingen ikke fungerer i slike situasjoner. Alle hadde eksempler på at det har oppstått misforståelser imellom tjenestene, noe som da tar mye tid å ordne opp i. Ansatte fra spesialisthelsetjenesten forteller at det er det uklart hvem som kommer fra kommunen, noen blir sendt inn for å delta på møtet, som egentlig ikke skal være kontakt eller at det ikke kommer noen. Flere av informantene synes det er lite hensiktsmessig

å sende personer fra tjenester til møter som ikke skal følge pasienten opp videre, det kan virke som om det er litt sånn tilfeldig. Som en beskriver som:

*"Det har vært at noen kanskje ikke har vært innlagt så lenge, også skal man prøve å få til en kommunal oppfølging på plass før utskrivelse at det blir litt sånn i hu og hast da, da har det kanskje ikke gått så bra"*

#### **4.4.3 Manglende informasjonsflyt**

Alle informantene opplever dessverre i sin arbeidshverdag at de ikke får den informasjonen de trenger. Informantene bruker enormt mye tid på å lete etter informasjon, og noen ganger finner man det en trenger, mens andre ganger må en ta kontakt med andre tjenester og be om mer eller manglende informasjon. Ofte oppdages manglende informasjon tilfeldig. En informant beskriver det slik;

*"Det opplever vi ganske ofte. Det er mye viktig informasjon som blir borte, masse informasjon. Det oppdage man jo gjerne med tilfeldigheter, ja, dessverre"*

En annen beskriver situasjonen slik;

*"Når vi får en pasient som er inn- søkt for første gang så får vi en egensøknad som pasienten selv har skrevet, en 2-3 ord om seg selv og signert, og hvis det skulle være et brev ifra fastlegen eller sykehuset, det er det eneste vi vet om den personen. Vi vet ingen ting mer, absolutt ingenting"*

Disse sitatene sier noe om at helsepersonell får for lite informasjon til og kunne følge opp pasienten. Flere av informantene erfarer å få kjeft fra andre tjenester for at de ikke finner den informasjonen de trenger eller at det er gjort avtaler med pasienten som de ikke er enige i. Det kan ha vært gjort avtaler, også har ikke beskjeder blitt gitt videre, og dermed skjer det misforståelser. En kan da se at dokumentasjonen ikke har blitt gjort slik den skulle blitt gjort og så gir instansene skyllen på hverandre. Det er ikke bestandig at helsepersonell jobber sammen og samhandler godt selv i samme instans. Dette kan komme av mange grunner, som for eksempel at man ikke har samme vakter eller at behandleren er borte. En informant beskriver dette slik;

*" Hvis de har trodd at det på en måte, at vi hadde en avtale som ikke vi har oppfattet at vi hadde, da er det jo tydelig at noe har glippet. At det faktisk ikke er god nokk informasjon"*



Det viser seg at det er mange involverte som ikke har snakkes sammen både i samme tjeneste, men også mellom tjenestene. Ansatte er fortvilet for at det plutselig bare står en pasient på døra og en ikke har fått noe informasjon, systemet virker uoversiktlig. Mye belastning for pasientene kunne vært unngått om bare tjenestene hadde snakket bedre sammen. Grunnet forskjellig dokumentasjonssystem i spesialist- og kommunehelsetjenesten vet man ikke hvilken informasjon den andre tjenesten har. Det er derfor avgjørende å skrive helseopplysninger som går i dybden og gir den informasjonen tjenesten trenger for videre oppfølging. Flere informanter sier de er prisgitt den informasjonen de får. En informant beskriver det slik;

*"Hvis det skjer på en måte, at det ikke er het tydelig på hvem som har ansvaret her, du er litt prisgitt den informasjonen, at den som tar imot informasjonen gir den videre til rett person hvis ikke så glipper det fro de på ett eller annet vis"*

#### **4.4.4 Økonomi og organisatoriske faktorer**

Helsepersonell savner et felles elektronisk kommunikasjonsverktøy hvor man kan samhandle med alle tjenester i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Mange av deltakerne skulle ønske at hele Norge hadde et felles dokumentasjonssystem. En informant beskriver det slik;

*"Jeg savner jo veldig PLO – meldinger eller verktøyene å sende dialog meldinger elektronisk, det hadde jo vært veldig nyttig, men det har jo ingen ting med kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten å gjøre, det gjelder og få etablert på et høyere nivå"*

En annen informant sier dette;

*«Jeg savner et kommunikasjonsverktøy mellom innleggelsene, som er noe mer en. Det hadde vært veldig fint, men skjønner at det er nesten umulig for det er et sykehus for hele Nord Norge. Det ville jo strømme inn med meldinger da tenker jeg»*

Disse sitatene beskriver 2 helsepersonell som begge savner et kommunikasjonsverktøy. Som fastlege må en sende en henvisning for å stille ett spørsmål til tjenestene og som helsepersonell i kommunehelsetjenesten er man avhengig av at pasienten er innlagt for å kunne kommunisere med kontaktpersonene til pasienten.

Økonomi beskrives som et samhandlingsproblem, men også et strukturelt problem. Nesten alle kjemper for sine budsjetter og sin økonomi. Helsepersonell blir ikke sliten av brukerne eller pasientene, men de beskriver og bli sliten av systemet, det handler om penger og om økonomi. Når det ikke er nok penger opplever noen av informantene og måtte ta valg som ikke er til det beste for pasienten. Det er aldri enkeltmennesket som gjør ting vanskelig, men hele systemet.

Alvorlige avvik skjer dessverre også for at systemet ikke fungerer. En opplever at man får lange lister med medisiner som pasienten tilsynelatende skal ha, men som egentlig er seponert for lenge siden. En bruker da lag tid på å rydde opp. Manglende tilbud er dessverre også et gjennomgående problem, en har pasienter som venter på bolig i måneder kanskje år. I påvente av tilrettelagt bolig er pasienten bostedsløs. Pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten i påvente av tilrettelagt bolig i kommunen. Disse pasientene er ferdig behandlet av spesialisthelsetjenesten, men kan ikke skrives ut. En informant beskriver det slik;

*"Så hun hadde kunne ha vært i bolig for lang, lang tid tilbake, hadde kommunen stilt med bolig... det er veldig frustrerende, det er frustrerende for spesialisthelsetjenesten, det er frustrerende for oss andre kommunalt ansatte, altså der det er ting som ikke fungerer".*

## 5 Diskusjon

Denne studien har undersøkt hvordan helsepersonell samhandler og utveksler kommunikasjon for å få til god samhandling og oppfølging av pasienter mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Studiens funn viser at for å få til gode overganger for pasienten mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten er det viktig å starte tidlig med samarbeidsmøter mellom tjenestene, helst når pasienten legges inn i spesialisthelsetjenesten. Det er ønskelig med faste samarbeidsmøter med pasienten og faste kontaktpersoner hvor begge tjenester er til stede, dette beskrives som svært viktig og få til gode relasjoner og for å få til god samhandling. Videre at tjenestene sammen med pasienten får til å lage felles mål sammen med pasienten for tilfriskning, og at det er pasienten som eier behandlingen. God dokumentasjon med elektronisk meldingsutveksling som gir god nok informasjon til å kunne følge opp pasienten videre etter utskrivelse. Samhandling forutsetter at helsepersonell møtes, ringes og elektronisk utveksler opplysninger for å få til gode overganger mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Det som vanskeliggjør samhandlingen mellom tjenestene, er når tjenestene får for lite informasjon om pasienten. Om samhandlingen ikke kommer i gang før pasienten skal skrives ut, en har ikke fått satt gode mål for pasientbehandlingen sammen med pasienten og dannet relasjoner. Kontaktpersoner fra tjenestene kjenner ikke til pasienten. Det beskrives også at det er vanskelig og samhandle om pasienten greier ikke å uttrykke sine behov. Manglende tilbud for å kunne skrives ut fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel kommunal bolig. Forskjellige dokumentasjonssystem, en vet ikke hvilken informasjon den andre tjenesten har. En er prisgitt den informasjonen man får. Dårlig planlegging og for liten tid er også faktorer som hemmer samhandlingen mellom tjenestene.

I dette kapittelet blir studiens funn diskutert i lys av teori og tidligere forskning.

### 5.1 Kommunikasjon

Gode kommunikasjonsferdigheter kan bidra til bedre kontakt med pasienten, redusere stress hos helsepersonell og sikre kvaliteten på behandlingen (Eide & Eide, 2007). Informantene i studien trekker frem viktigheten av kommunikasjon for å få til god samhandling, det er viktig

både for de ansatte i spesialist- og kommunehelsetjenesten og pasienten, at der er en løpende dialog mellom tjenestene. En er helt avhengig av å få god nok informasjon for å kunne få til en god samhandling og oppfølging av pasienten, dette er grunnleggende. God kommunikasjon i samhandling beskrives også i andre studier, ifølge (Røkenes, Hanssen & Tolstad, 2012) er kommunikasjon grunnleggende, en må kunne leve seg inn i den andres verden å skape et felleskap basert på opplevelsen en opplevde sammen. For å få til et godt samarbeid må en forsøke å forstå den andre. Dette beskriver informantene i denne studien som svært viktig, de ønsker å tenke høyt sammen med helsepersonell fra den andre delen av tjenesten med gjerne med pasienten til stede som kan si noe om ønsker og behov. I (Magnusson & Lützén, 2009) sin forskning er det viktig for samhandlingen at det er et felles planverk der mål er kommunisert til alle aktører i arbeidet. (Eide & Eide, 2007) sier at gode kommunikasjonsferdigheter kan betraktes som en form for kontinuerlig kvalitetssikring av helsepersonell, økt spesialisering av helsepersonell gjør at pasientene forflytter seg raskere i systemet en tidligere, grunnet raskere tempo av pasientstrøm står helsepersonell ovenfor kommunikasjons utfordringer, en kan ha kortere tid på seg på å danne seg et bilde av pasientens situasjon og for å sikre god behandling.

I denne studien opplever informantene ofte at de ikke får den informasjonen de trenger, kommunikasjonen og den elektroniske meldingsutvekslingen har vært for dårlig for å følge opp pasienten. Dette beskrives for eksempel med rask reinnleggelse av pasienten. Dette ifølge studien til (Skjærpe, Kristoffersen & Storm, 2020) er resultatet av dårlig samhandling i sammenheng med for tidlig utskrivelse av pasienten, ender ofte i rask reinnleggelser av pasienten. Dersom kommunene ikke kan gi et godt nok tilbud, kan pasienten raskt bli dårligere når han eller hun kommer hjem.

## **5.2 Flere kommunikasjonsmåter i samhandlingen**

Ifølge forskningen til (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) er PLO – meldinger et nyttig kommunikasjonsverktøy, men det må komplementeres med muntlig kommunikasjon i en utskrivelsesprosess fra spesialist – til kommunehelsetjenesten. Det viser seg et behov for å supplere med andre kommunikasjonskanaler som telefon og vurderingsbesøk, for å innhente tilstrekkelig og relevant informasjon.

Det beskrives også i denne studien at helsepersonell ofte må gå utenom meldingssystemet for å sikre pasientbehandlingen. Helsepersonell må kommuniserer på flere måter for å få til god samhandling for pasienten. En er avhengig av PLO – Meldinger, tjenestene kommuniserer også via telefon, de har felles møter, også sendes det meldinger via elektronisk. Informantene kaller det for å sende elektronisk brev, det gjøres ofte avtaler via telefon, også dokumenteres dette skriftlig etterpå. De ulike tjenestene jobber forskjellig og det kommer frem i studien at en er avhengig av å kommunisere på forskjellige måter. Selv om alle deltakerne ønsker å møtes sammen med pasienten og snakke sammen er det ikke bestandig like lett å få til.

### **5.2.1 Samarbeidsmøter**

Den Nasjonale helse- og sykehusplan formidler mål for utvikling i samhandlingen. Personer med alvorlige psykiske lidelser er en av gruppene som regjeringen løfter frem som en gruppe helsefelleskapene bør utvikle godt samarbeid rundt. Involvering av pårørende er også svært viktig. Mennesker med alvorlig psykisk lidelse har alle begrenset evne til å koordinere eget behov. Den viktigste samhandlingen skjer mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og mellom dem og pasienten. Helsepersonell har ofte behov for å konsultere hverandre i ulike faset av pasientforløp. Det handler om å gjøre seg tilgjengelig for hverandre og ivareta den gjensidige veiledningsplikten (St.Meld.7, 2019-2020). Samarbeidsmøte med kontaktperson fra spesialist- og kommunehelsetjeneste sammen med pasienten og eventuelt pårørende fremsnakkes av alle informantene i denne studien. Her har pasienten selv mulighet til å si noe om ønsker og behov. Og sitte og snakke sammen og få en felles forståelse for videre behandling. Selv om ikke alle kan komme til samarbeidsmøte, så sier deltakerne at det likevel fungerer bedre med fysiske møter for å få til god samhandlingen. Det er viktig for kommunehelsetjenesten og bli invitert inn til spesialisthelsetjenesten så tidlig som mulig når en pasient blir innlagt. Det beskrives som viktig å hensiktsmessig fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Men det anses ikke som hensiktsmessig og ha første samarbeidsmøte den dagen pasienten skal skrives ut, samhandlingen må starte så tidlig, spesielt hvis det er økt eller endret behov for pasienter som allerede har oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Ifølge studien til (Skjærpe, Kristoffersen & Storm, 2020) er et godt eksempel på samhandling når distriktpspsykiatris senter, kommunen og pasienten møtes og planlegger tid for innleggelse eller utskrivelse og tar beslutninger for videre oppfølging av pasienten etter utskrivelse sammen. Da får kommunen tid på seg til å planlegge oppfølgingen. Pasienten er også innforstått med hva og hvordan behandlingen skal skje.

### 5.2.2 PLO – meldinger

Samhandlingsreformen sier at kommunikasjon mellom helsepersonell fortrinnsvis skal være elektronisk(St.Meld.47, 2008-2009). I studien til (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) beskrives det at PLO – meldinger er et nyttig kommunikasjonsverktøy. Likevel må det komplementeres med muntlig kommunikasjon for å sikre overføring av tilstrekkelig informasjon, en var avhengig av å ha møter for å ivareta informasjonskontinuitet ved utskrivelsesplanlegging fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. En av årsakene til dette var at manglende informasjon i meldinger og forskjellige faglige tilnæringer mellom nivåene. PLO- meldinger er innført som redskap for å bedre samhandlingen(Brattheim, Hellesø & Melby, 2016).

Informantene i denne studien beskriver alle å bruke flere måter å kommunisere på for å sikre god samhandling mellom tjenestene. Informantene erfarer at PLO – systemet et godt system som de skulle ønske alle kunne bruke. Ved å skrive gode helseopplysninger i spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten vil det være sikrere å kunne gi god oppfølging. Videre er kommunehelsetjenesten avhengig og få PLO melding fra spesialisthelsetjenesten, i første rekke melding om innlagt pasient. Flere av informantene forteller at det er enkelt å kommunisere via PLO- melding når pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten, det kan sendes mange meldinger i løpet av den tiden pasienten er innlagt. I studien til (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) er informantene også fornøyde med å kommunisere ved hjelp av PLO – meldinger, og bidro til tettere samhandling på tvers av sykehus og kommune. Videre forteller informantene i denne studien at det er skummelt om ikke helsepersonell bruker PLO – meldinger når en skal, om man glemmer å sende melding om innlagt pasient, vil de heller ikke få melding om utskrivelsesklar pasient, de vil ikke få kommunisert med spesialisthelsetjenesten, det vil ikke kunne samhandles mellom instansene. En annen informant i denne studien beskriver at om en for eksempel henviser pasienten for behandling vil en kunne få svar via PLO- melding om for eksempel mottatt plass, hvis en ikke er henviser vil en ikke kunne lese eller motta denne informasjonen.

### **5.2.3 Elektroniske meldinger**

Ifølge (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) kan ikke PLO- meldinger understøtte alle spekter av kommunikasjon. Det brukes derfor supplerende kommunikasjonskanaler for å sikre kommunikasjonskontinuitet. I denne studien har ikke alle informantene mulighet til å kommunisere med PLO – meldinger, det beskrives at det sendes elektroniske meldinger i brevs form, å sende elektronisk brev. Elektronisk brev beskrives som veldig fint, enn kan sende en melding til fastlegen å få svar på sammen dag. Ifølge NFA faggruppe for samhandling har de gitt ut en anbefaling for samhandling mellom fastlege og sykehus. Ved samarbeid ved kompliserte lidelser beskrives det at rådslaging mellom spesialistene dokumenteres det i journal og konklusjon om videre behandling sendes i elektronisk brev. Behandlingsansvarlig lege og eller kontaktlege kan kontakte fastlege ved å ringe eller sende elektronisk brev(NFA Faggruppe for samhandling, 2018).

### **5.2.4 Telefon**

Informantene i denne studien beskriver telefonbruk som noe en er avhengig av for å kommunisere og samhandle mellom tjenestene. Ofte ble telefonbruk beskrevet som brukt for å få fortgang i ting, eller for å få de opplysningene man trenger. Dette beskrives også i andre studier, ifølge (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) hadde noen ganger kommunen telefonsamtaler med sykehuset i tillegg til PLO – meldinger eller dialog meldinger, dette fordi at de mangler opplysninger, kommunen erfarer her at det ikke bestandig er det riktige hjelpebehovet som meldes, så noen ganger trenges det det vurderingsbesøk. Elektronisk meldingsutveksling måtte suppleres med møter eller muntlig tale for å avklare eller utdype tvetydigheter eller innhente tilleggsinformasjon.

Flere av informantene erfarte å få litt andre opplysninger når en kontaktet den andre tjenesten via telefon. Det er heller ikke uvanlig og ringe og snakke sammen og kommer til enighet. Etter telefonsamtaler dokumenteres for eksempel via PLO- melding hva man ble enig om. Det kommer frem i denne studien at det er enklere for noen tjenester enn andre og kommuniserer via telefon. De som jobber poliklinisk, snakker kanskje for eksempel med fastlegen i kommunen daglig, slik det beskrives i NFA Ved samarbeid ved kompliserte sammensatte lidelser kan behandlingsansvarlig lege eller kontaktlege kan kontakte fastlege ved å ringe eller sende brev elektronisk(NFA Faggruppe for samhandling, 2018). Dette beskriver de som arbeider poliklinisk å gjøre daglig. Likevel erfares det at om en jobber i psykisk oppfølgingstjeneste i kommunen ikke har mulighet til å snakke i telefonen i løpet av en

arbeidshverdag og er avhengig av elektronisk meldingsutveksling for å få til god samhandling. I studien til (Tjøstolvsen & Bjørnstad, 2020) uttrykker respondentene at dersom informasjonen er utilstrekkelig etterspør de informasjon via e-Link eller telefon.

### **5.3 Relasjon i samhandling**

Ifølge (Magnusson & Lützén, 2009) er man i stor grad avhengig av å forstå hverandre, hvis samhandling mellom aktørene skal kunne etableres hvor en har som mål å gi et helhetlig tilbud til pasienten. En skal kunne støtte hverandre og en er avhengig av å forstå den andres måte å arbeide på og respektere dette. Gjennom relasjonsbygging vil det kunne være mulig å se den andre aktøren som kollega i stedet for noen en ikke kjenner, dette vil styrke samhandlingen.

Informantene i studien forteller at relasjonen ble best når en hadde et felles mål hvor pasienten var i fokus. Det var viktig med kontinuitet og stabile kontaktpersoner. Informantene forteller at det tar tid å skape gode relasjoner. Det er ofte lettere å få til gode relasjoner under lengre innleggelse i spesialisthelsetjenesten, hvor kommunehelsetjenesten tidlig blir invitert inn for samarbeid. Ved å etablere relasjoner til sine samhandlingspartnere, vil det ifølge Magnusson og Lutzen (2009) være lettere å behandle hverandre med respekt. Hvis en behandler sine samhandlingspartnere på en respektfull måte er det lettere for at tillit etableres mellom de ulike tjenestene. Ifølge studien til (Bratrud & Granerud, 2011) var det stor enighet om at samarbeidet mellom tjenestene må starte tidlig. Slik som informantene i denne studien også sier. (Bratrud & Granerud, 2011) sier videre at tidlig samarbeid vil kunne gi mer helhetlig kartlegging og mulighet til å definere felles målsetning, å sette brukerens behov i sentrum for planlegging og tilbud var tydelig kommunisert fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette innebar både fokus på bedringsprosessen, brukermedvirkning samarbeid med nettverk og det rasjonelle aspektet.

Informantene i denne studien beskriver også viktigheten og et ønske om å få til å lage en felles plan å jobbe i samme retning for å kunne gi en målrettet og helhetlig behandling. Att instansene tidlig klarte å bestemme seg for hvem som skulle være kontaktpersoner fra de ulike tjenestene, og at disse kontaktpersonene deltok på møtene, slik at en tidlig kan tenke sammen å jobbe i samme retning. Gode forløp ble beskrevet som stabile kontaktpersoner fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, det må regelmessig kontakt til for å få til god



oppfølging. I studie til (Magnusson & Lützné, 2009) sier det at gjensidig respekt er en av de mellommenneskelige faktorene som er med på å påvirke samhandling i en positiv retning.

## **5.4 Forutsigbarhet, helhetlig behandling**

Informantene i denne studien sier at det er svært viktig med forutsigbarhet for å få til god samhandling mellom tjenestene, spesielt for pasienten. Det er viktig og tidlig lage en god plan mellom tjenestene, å sikre at alle jobber i samme retning. En måte å sikre forutsigbart på er å få god nok informasjon. At alle vet hvem de ulike kontaktpersonene er og at dette er klart så tidlig som mulig etter at en pasient er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Et eksempel på når samhandlingen ikke går så bra er når pasienten skrives ut bare ligger et elektronisk notat til oppfølgende instans. Ifølge kommunesektorens organisasjon (KS) er mye blitt bedre siden arbeidet med samhandlingsavtaler startet opp i 2012. Likevel oppstår det mye konflikter mellom sykehus og kommune. Kommunen melder blant annet om sykehus overfører pasienter uten at kommune er klare til å ta over eller ta imot (Kommunenes strategiske forskningsorgan, 2019). Dette samsvarer med hva noen av informantene erfarer i denne studien.

Alle informantene ønsker at en skulle bruke tiden godt og at alt blir avklart mens pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Det beskrives at en må se hele mennesket for å kunne hjelpe. Alle kontaktpersoner i tjenesten er viktig. At en greier å sette mål for pasienten som er viktig for pasienten, og ikke for kontaktpersonene, det er viktig å se hele mennesket i behandlingen, det må ikke være stykkevis og delt. Som helseminister Bent Høye sier: Pasienten må få behandling som et helt menneske, ikke bare et sett med ulike diagnoser (Bent Høye, 2019).

## **5.5 Brukermedvirkning og Autonomi**

Brukermedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven, Spesialist- og kommunehelsetjeneste er pålagt å tilrettelegge for brukermedvirkning samhandling. Dette innebærer at pasienten involveres i beslutninger, og at pasienten ønsker å behov for tjenestetilbud ivaretas både under innleggelse og etter utskrivelse (Skjærpe, Kristoffersen & Storm, 2020). Ifølge studien til (Skjærpe, Kristoffersen & Storm, 2020) er god ivaretagelse av brukermedvirkning i samhandlingen, om kommunen og spesialisthelsetjenesten har et godt samarbeid med jevnlig møter. Da er det lettere for brukeren å delta i samhandlingen.

Informantene i denne studien ønsker å greie se pasientens ressurser. Pasienten skal være med å bestemme behandlingsforløpet, å få formidlet sine ønsker og sine behov under innleggelsen i spesialisthelsetjenesten og etter utskrivelse til kommunen. Gode plattformer for å få frem pasientens ressurser er ansvarsgruppemøter og individuell plan. Pårørende beskrives også som en viktig ressurs. Når hjelpen er der, får pårørende endelig være pårørende og kan si noe om hva pasienten trenger.

## **5.6 utfordringer i samhandlingen**

Jeg vil her forsøke å gjøre rede for hva informantene forteller er utfordrende i samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

### **5.6.1 Behandling basert på pasientens forutsetninger**

Informantene i denne studien er erfarer at utfordringer i samhandlingen blant annet oppstår når behandlingen ikke er basert på pasientens forutsetning. Pasientene har sin autonomi, de kan selv bestemme om de vil ha hjelp eller ikke. De har rett til å si nei. Det er utfordrende for helsepersonell når pasienten ikke har satt seg noen mål for hva de ønsker av hjelpeapparatet. Når helsepersonell må tenke hva målene bør være. Det er ikke sikkert at pasienten ønsker og ha ansvarsgruppemøter, det kan bli vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe. I studien til (Skjærpe, Kristoffersen & Storm, 2020) erfares det at pasientene sier ofte nei til å delta på samarbeids- og ansvarsgruppemøter. Det er da viktig å være bevisst på det etiske, at det helsepersonell gjør er gjennomtenkt og kan begrunnes faglig dersom brukeren ikke tas med i samhandlingen, og at en gir de informasjon når de er klar. Informantene i denne studien forteller at de automatisk får tanker om hva som vil være bra for pasienten, man er avhengig av å jobbe sammen med pasienten for å komme i posisjon til å hjelpe. Noen av deltakerne opplever at pasienten skrives ut fra spesialisthelsetjenesten før en er klar for det, pasienten er ikke klar for å benytte seg av tilbudet fra kommunen. Ifølge (Skjærpe, Kristoffersen & Storm, 2020) samhandler noen gang verken pasienten eller helsepersonell fra kommunen om utskrivelse fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Selv om de mener at pasienten ikke er utskrivelsesklar. Det er også pasienter som ønsker å være innlagt lengre enn helsepersonell tenker er hensiktsmessig.

### **5.6.2 Dårlig planlegging og tidsbruk**

Informantene forteller at dårlig planlegging kommer av flere grunner som at en ikke har fått beskjed eller har for lite tid. Kommunehelsetjenesten har ikke fått beskjed om at pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Dermed reiser kommunehelsetjenesten ut til en pasient som ikke er hjemme. Ifølge studien til (Tjøstolvsen & Bjørnstad, 2020) bruker helsepersonell fra kommunen tid på å etterspørre informasjon. Kommunehelsetjenesten i denne studien opplever at pasienter blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten uten at de får oppdatert informasjon om pasienten, dette kan være at de ikke har fått oppdatert medisinliste eller at de ikke kjenner til pasienten. Ifølge (Helsedirektoratet, 2021) sier noen at dialogen om utskrivningsklare pasienter ikke fungerer som det skal. Dette kan være pasienter som kommunen ikke kjenner til fra tidligere. Kokret nevnes frister og mangelfulle medisinlister. Kommunen mener at det bør være smidigere overgang mellom tjenestene hvor dialogen må starte tidlig mens pasienten er innlagt på sykehuset. Noen respondenter fra kommunen sier at det sette av for lite tid til samhandling. Ifølge studien til (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) ble sykepleier i kommunen gjerne først involvert på selve utskrivelsesdagen, ved mottak av melding utskrivelsesklar pasient. De fortalte innimellom at de opplevde at kjente brukere kom meldingen med utskrivningsrapporten fra sykehuset først et par dager etter brukerens hjemkomst. I denne studien sier informantene at mangel på kommunikasjon er hovedgrunnen til at samhandlingen ikke går så bra, det beskrives som at utskrivelsesprosessen skjer for fort og en får ikke kommunisert skikkelig. Informantene erfarer da at kommunehelsetjenesten må ringe til avdelingen i spesialisthelsetjenesten for å etterspørre informasjon. Det har da vært misforståelser mellom tjenestene og en har samhandlet dårlig. Informantene i studien synes det er lite hensiktsmessig at det sendes personer til samarbeidsmøter som ikke skal følge opp pasienten videre. Det beskrives som at det blir litt sånn tilfeldig noen gang. Det er også viktig å vite hvem som er kontaktpersoner til pasienten for å kunne samhandle på en god måte, som beskrevet lengre opp i studien, viktigheten av gode relasjoner.

### **5.6.3 Manglende informasjonsflyt**

Informantene i denne studien erfarer alle at de bruker tid på å finne den informasjonen de trenger. Ifølge (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) ringer kommunen til sykehuset fordi det er opplysninger de mangler, det er bare noen få ord som er skrevet ned i helseopplysningsskjemaet. Det er ikke alltid det er det riktige hjelpebehovet som meldes.

Informantene i denne studien opplever ofte at det mangler viktig informasjon med en tilfeldighet. Det kan ha vært gjort avtaler mellom tjenestene og så har dette ikke blitt dokumentert riktig eller at helsepersonell ikke har fått beskjed, det skjer misforståelser. I studien til (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) hadde helsepersonell både i sykehus og kommune behov for å vite om meldinger var mottatt av samhandlende helsepersonell. Det var i midlertidig ulik oppfatning om helsepersonell var forpliktet til å bekrefte motta PLO – melding.

I denne studien erfarer helsepersonell at det ikke alltid samarbeides god innen samme instans. Dette beskrives med flere grunner som at en ikke jobber samme vakter eller at behandler er borte. Det viser seg at mange involverte som ikke snakker sammen både i samme instans og i samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Informantene tror også at grunnen til at samhandlingen kan være utfordrende er forskjellige dokumentasjonssystemer, en vet ikke bestandig hvilken informasjon den andre tjenesten har. Derfor er det viktig at en kommuniserer og samhandler og skriver gode helseopplysninger. Ifølge (Helsedirektoratet, 2017b) Den enkelte virksomhet har sitt eget journalsystem og må overføre informasjon til en annen virksomhet når den andre virksomheten skal overta behandlingen. Dette betinger at informasjonsutveksling skjer muntlig og elektronisk. Det oppleves som krevende for kommunen å gjennomføre organisatoriske tilpasninger og opplæring av ansatte til meldingsutveksling. Deltakerne i denne studien sier de er prisgitt den informasjonen de får.

## **5.7 Organisatoriske faktorer - et samhandlingsproblem**

I studien til (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) beskrives det at organisatoriske faktorer som dårlige planlegging av pasientoverføring og liten kjennskap til pasientens tilstand skaper utfordringer i kommunikasjonen mellom sykehus og kommune.

I denne studien kommer det frem at informantene savner et felles kommunikasjonsverktøy hvor en kan samhandle med mellom de ulike instansene. Det beskrives som et litt tungvint system, spesielt siden kommune- og spesialisthelsetjeneste har helt forskjellige dokumentasjonssystemer. Videre beskrives økonomi som et samhandlingsproblem.

Informantene beskriver at helsepersonell ikke blir sliten av brukere, men sliten av systemet, det er aldri enkeltmenneske en blir sliten av. De opplever og måtte ta valg som ikke er til det beste for pasienten grunnet dårlig økonomi. Kommunen kan bruke år på å kunne gi en pasient

tilrettelagt bolig, noe som vil si at pasienten ikke kan skrives ut fra spesialisthelsetjenesten selv om pasienten er utskrivelsesklar. Ifølge (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) plikter kommunen og hjelpe psykisk syke å finne seg tilrettelagt bolig. Flere av informantene har erfaring med at pasienten har vært innlagt i spesialisthelsetjenesten i over et år grunnet manglende bolig. I studiet til (Bratrud & Granerud, 2011) mener sykehusansatte at det er en utfordring å skape tilstrekkelig med tjenester i kommunen, det stiller spørsmåltegn om det er svikt i det kommunale tjenestetilbud eller urealistiske forventinger. Trolig begge deler. Alvorlige avvik skjer også fordi systemet ikke fungerer, en opplever at en får en lang liste med medisiner som pasienten tilsynelatende skal ha, men som egentlig er seponert for lenge siden, det beskrives som systemfeil da seponerte medisiner kan komme opp når legemiddelkort sendes fra for eksempel fastlege, så oppdages dette med en tilfeldighet. I studien til (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016) opplevde sykepleier ofte uoverensstemmelser mellom medbrakt legemiddelliste og de legemidlene pasienten sto på før innleggelse. Dette krever ekstra arbeidsinnsats, fastlege måtte kontaktes for å få bekreftet medisinendringer. En måtte også bruke tid på å legge medisiner inn manuelt i journalen.

## 6 Oppsummering og avslutning

### 6.1 Oppsummering

Hensikten med studien var å belyse problemstillingen: *Hvordan samhandler helsepersonell om pasientens videre oppfølging ved overgang fra spesialist- til kommunehelsetjenesten? – En kvalitativ studie om meldingsutvekslinger*

Informantene i studien beskriver at for å få til gode overganger for pasienten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten må samhandlingen starte så raskt som mulig når en pasient blir innlagt i spesialisthelsetjenesten, gode relasjoner mellom pasient og helsepersonell må etableres, og god dokumentasjon av arbeid må utveksles mellom tjenestene.

Studien beskrives også at møter mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten må avholdes og pasientens mål for tilfriskning må være kjent for å få til god samhandling. Informantene i studien kan ikke få understreket nok hvor viktig det er og møtes ansikt til ansikt og snakke sammen med pasienten.

Studien beskriver også at en er avhengig av flere kommunikasjonsverktøy for å kunne samhandle en må møtes, ringes og elektronisk utveksle opplysninger vesentlig for pasientens behandling og oppfølging.

For at tjenestene skal kunne gi god oppfølging er de avhengig av at helsepersonell dokumenterer godt, at det sendes gode helseopplysninger til den andre tjenester.

Resultatene i studie viser at når samhandlingen ikke går så bra erfarer man at samhandlingen har startet for sent under innleggelsen til pasienten. Helsepersonell har ikke fått dannet relasjoner til pasienten og kommunehelsetjenesten har ikke fått den informasjonen de trenger før utskrivelse. Et annet samhandlingsproblem er at det mangler tilbud for pasienten i kommunen, et eksempel på dette er manglende tilrettelagt bolig. Informantene erfarer også at de får for lite informasjon om pasienten for å kunne følge opp videre, informasjon må ofte etterspørres.

## 6.2 Styrker og begrensinger med studien

Styrker i studien er at den kan bidra til mer kunnskap til et system som har vært og er under utvikling. Studien kan generere flere spørsmål og eller problemstillinger og gi implikasjoner for videre forskning.

For å gi best mulig svar på problemstillingen ble det valgt en forskningsmetode. Studiens mål var å finne ut av hvordan det samhandles rundt psykisk helseomsorg ved overgang fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. For å få svar på problemstillingen ble det valgt å bruke en kvalitativ metode. Kvalitativ metode er en egnet metode for å utforske erfaringer, meninger og tanker. Anvendt studiedesign er individuelle forskningsintervju. Ifølge (Malterud, 2017) er problemstillingen avgjørende for valg av tilnærming, likeså hvilke spørsmål som skal besvares. I denne studien kunne det ha vært benyttet en annen forskningsmetode, for eksempel fokusgruppeintervju, som ville vært en velegnet forskningsmetode om jeg for eksempel var ute etter bare forbedringsområder i samhandlingen. En begrensning i denne studien er at det benyttet individuelle intervjuer. Deltakerne kan holde tilbake informasjon eller komme med strategiske svar.

Studien representerer helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjeneste og deres erfaring om samhandling mellom tjenestene. Studien representerer sykepleier, psykolog og lege fra begge tjenestene. Studien har kun 6 informanter så den vil ikke være generaliserbar på en måte som gjør at en kan slutte resultater ut fra en populasjon. Likevel kan studien ha overføringsverdi. En annen forsker vil sannsynligvis kunne gjennomføre denne studien, da det foreligger nøyaktige beskrivelser av hva som er gjort. Dette styrker studiens troverdighet. Helsepersonell vil mest sannsynlig kunne kjenne seg igjen i beskrivelser i studien. Likevel betyr ikke det at ikke en annen forsker vil kunne komme frem til et annet resultat.

Hvert intervju ble tatt opp på lydbånd av god nok kvalitet. Disse opptakene ble hørt på flere ganger for å sikre at informasjonen som ble transkribert var riktig, det var viktig å få med alt i råmaterialet. I intervjuene ble informasjon gjentatt om det var noe som var uklart. Dette for å forsikre at både jeg og informanten hadde forstått riktig. Det ble oppsummert under de fleste intervjuene, likevel ser jeg i ettertid at det er en svakhet at det ikke ble gjort i alle intervjuene. Dette ville styrket studiens pålitelighet mer.

Å forske i eget felt har begrensninger og styrker. En styrke er at man har kunnskaper om pasientgruppen. Med kunnskap vil en kunne stille meningsfulle og presise spørsmål.

Begrensning i studien er at en kan overse det som faller utenfor sin egen erfaring. Fremstillingen i studien er preget av mine erfaringer og forståelse. Min forståelse kan være innlysende eller naturlig, men trenger ikke å være det. For meg og skulle forske i eget felt har vært utfordrende da jeg har egne tanker omkring problemstillingen, jeg kjenner meg ofte igjen i det informantene forteller. Ifølge (Tjora, 2017) kan man aldri som forsker være helt nøytral. Siden jeg jobber i spesialisthelsetjenesten med psykisk helse har jeg tanker og erfaringer omkring samhandling med kommunehelsetjenesten. Dette kan være med på å gi avvik i studiens nøytralitet. Jeg har forsøkt å ikke være forutinntatt både under intervjuene, men også når transkribert materiale skulle analyseres. Det positive med å ha erfaring innenfor eget felt er at jeg kunne mye om tematikken og forstå lett hva informantene formidlet.

En annen begrensning i studien er at utvalget ikke inkluderer flere kommuner, alle informantene jobber i samme kommune, men har forskjellige arbeidssteder i tjenestene. Det er også en svakhet i denne studie at intervjuene er analysert under ett, jeg har ikke skilt mellom helsepersonell og profesjonene.

Studien har innsamlet profesjonelle perspektiver ved å spørre helsepersonell etter tilsvarende erfaringer. Pasient/brukerens perspektiv ble ikke innfanget direkte. Dette er en alvorlig limitering i studien, siden pasient/brukeren best ville kunne vurdere kvaliteten på samhandling – rundt han eller henne. Med tanke på de gitte rammene av en masteroppgave ble jeg allikevel frarådet å inkludere pasienter.

### **6.3 Videre forskning**

Innspill for videre forskning er om behovene er forskjellige i spesialisthelsetjenesten og kommunen. Helsepersonell har forskjellige profesjoner og jobber både tverretattlig og tverrfaglig. Det kunne være interessant å få vite hva de ulike profesjonene hver for seg mener om samhandling innenfor psykisk helse.

I tillegg til alternativt og innsamle meninger og erfaringer ved helsepersonell kunne det være en interessant tilnærming og gjennomføre enkelt kasus studier over tid, hvor kasusen beskrives fra alle inkludert pasientens perspektiv, inkludert pasienten selv og kyttes opp mot dokumentert meldingsutveksling. Fordelen med en kasus studie ville være muligheten og analysere dataene på en tidslinje, noe som ville gjøre det mye enklere å oppdage assosiasjoner eventuell kausal betydning. Denne typen design ville være vanskelig for en masterkandidat og



få godkjent av REK men ville absolutt være en nyttig supplering til den foreliggende studien. Det er også mulig å operasjonalisere enkelte av de indentifiserte faktorer som hemmer eller fremmer samhandling slik at det kan undersøkes i en større survey f.eks. med et spørreskjema.

# Vedlegg 1. Intervjuguide

## Fase 1: Rammesetting

### Uformell prat (5 minutter)

Ønske velkommen, takk for at du vil delta!

### Informasjon 5 – 10 minutter

Vi går sammen igjennom informasjonskrivet

Informerer: Jeg vil ta dette intervjuet opp på lydbånd for å sørge for en bedre flyt i intervjuet og for å sikre at jeg får med meg alt du sier. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Jeg forholder meg til de lover og regler som gjelder om oppbevaring og makulering av datamaterialet. Informasjonen om deg anonymiseres. Det vil si at det ikke vil være mulig å identifisere deg som enkeltperson når resultatet presenteres. I arbeidet med datamaterialet vil jeg bruke fiktive navn på deg og andre deltakere. Det er kun jeg som har tilgang til ditt navn og kan relatere opplysningene til deg.

Det er viktig å huske på at du som informant har taushetsplikt, om du har en historie/pasienthendelse, fortell dette på en generell måte at enkelte personer ikke kan gjenkjennes.

Intervjuet av deg og andre vil skrives ned, bearbeides og analyseres sammen med litteratur og tidligere forskning. Lydopptakene oppbevares på en kryptert enhet. Når intervjuet er skrevet ned vil det slette. Det nedskrevne intervjuet makuleres når masteren er ferdig.

Masteroppgaven planlegges ferdig mai 2020.

Om det er noe du lurer på noe er det bare å spørre. Jeg vil nå starte lydopptak.

Intervjuet tar ca. 45 til 60 minutter.

## **Fase 2: Erfaringer**

1. Kan du fortelle en historie hvor du opplevde at spesialist- og kommunehelsetjenesten samhandlet godt i forbindelse med pasientens overgang fra spesialist – til kommunehelsetjenesten?
  - A. Hva tror du gjorde at denne overgangen ble så bra?
2. Kan du fortelle en historie hvor du opplevde at spesialist- og kommunehelsetjenesten samhandlet dårlig i pasientens overgang fra spesialist – til kommunehelsetjenesten?
  - A. Hva tror du var årsakene?

## **Fase 3: Fokusering**

1. Hvordan er pasienten involvert i samhandlingen/meldingsutvekslingen?
  - a. Hvordan legges til rette for at pasientens ønsker blir ivaretatt?
2. Hvordan blir vanligvis informasjonen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste utvekslet angående pasient/bruker før innleggelse eller ved utskrivelse?
  - A. Eventuelle kommunikasjonsverktøy?
  - B. Hva foretrekker du, og hvorfor?
3. Har du opplevd at viktig informasjon har manglet, og hvordan ble du klar over dette?
  - A. Har dette gått ut over pasientoppfølgingen?
4. Hvordan opplever du at fokuset er på samhandling i form av meldingsutveksling er i dit arbeidssted?
5. Hvordan opplever du at tjenester samarbeider opp mot pasientens mål?

## **Fase 4: tilbakeblikk. Oppsummering (ca. 15 min)**

- Oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?
- Eventuelt: Utdeling av gavekort og reiseregning

## **Vedlegg 2. Informasjonsskriv til kommune og spesialisthelsetjeneste**

### **Informasjonsskriv til leder for avdelinger**

Detter en forespørsel til dere i (*avdelingens navn*) om hjelp til å rekruttere deltakere til et forskningsstudium. Forskningen skal gjøres i forbindelse med min master i psykisk helse ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø. Masteroppgaven planlegges ferdig i slutten av oktober 2020. Jeg ønsker å intervju «sykepleier» i «Navn på avdeling, eller kommunal oppfølgingstjeneste.» med tema/problemstilling: Hvordan samhandles rund psykisk helseomsorg ved overgang fra spesialist- til kommunehelsetjenesten - en kvalitativ studie om meldingsutveksling

I dette prosjektet ønsker jeg å finne ut om helsepersonell får god nok informasjon i forbindelse med utskrivelse av pasient ved utskrivelse fra spesialist- til kommunehelsetjenesten.

### **Informasjon til deltakerne**

Intervjuet varer i ca. 60 minutter. Tid og sted vil bli avtalt med deltakerne. Det vil til enhver tid være mulig for deltakerne og trekke seg fra studien. I informasjonsskrivet som deles ut til deltakerne vil de bli bedt om å ta direkte kontakt med meg dersom de har spørsmål eller ikke ønsker å delta. Det er for å sikre deres anonymitet. Jeg ber om at du informerer om at det er frivillig og delta.

Jeg håper dere finner forskningsstudiet interessant og ønsker å bistå med rekruttering av deltakere.

Med vennlig hilsen

Mette Alexandra Johansen, telefonnummer: og e-post:

Navn på veileder: Jurgen Kasper og e-post:

## **Vedlegg 3 Informasjonsskriv til deltakerne og samtykkeerklæring**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet med studiet er å finne ut om dagens samhandling mellom spesialisthelsetjenesten- og kommunen fungerer i forbindelse med utskrivelse av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjeneste, dette i forhold til meldingsutveksling mellom de ulike instansene. I dette skrivet vil du få informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelsen vil innebære for deg.

### **Formål**

Denne studien er min avsluttende del i Master i psykisk helse på 30 studiepoeng ved UIT, det helsevitenskapelige fakultet.

Hensikten er å beskrive for å forstå forbedringsområder i meldingsutveksling mellom kommune- og spesialisthelsetesten innenfor psykisk helsearbeid for voksne. Mennesker med psykiske lidelser er pasientgrupper som ofte har behov for flere tjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer og gjerne samtidig. Samhandling er et viktig fokusområde innen helsepolitikk, klinisk virksomhet og forskning, men intensjon å forbedre gode overganger for pasienten mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. God samhandling mellom helsepersonell som jobber i spesialisthelsetjenesten og helsepersonell i kommunehelsetjenesten er avgjørende for at pasienter som sliter med alvorlige psykiske lidelser skal få et helhetlig og godt behandlingstilbud, pasientene skal oppleve god ivaretagelse på en helhetlig måte.

Samhandlingsreformen er iverksatt gjennom lovregulering som forplikter helsepersonell til å samhandle, men det konkretiserer nødvendigvis ikke hva som er god samhandling.

Samhandling er 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. De pasientene som har særskilte behov for at tjenestene samhandler, har det til felles at de har et behandlings- og omsorgsbehov som ingen av tjenesteyterne kan tilfredsstille alene. De er ofte er sårbare og har størst behov av å bli møtt med en helhetlig helsetjeneste.

Problemstillingen i forskningsoppgaven min er:

## **Hvordan samhandler helsepersonell om pasientens videre oppfølging ved overgang fra spesialist- til kommunehelsetjenesten? – En kvalitativ studie om meldingsutvekslinger**

Intervjuene baserer seg på informantenes profesjonelle vurderinger, erfaringer og synspunkter i forhold til dagens samhandling mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Forskningen skal gjøres i forbindelse med min master i psykisk helse ved UIT Norges Arktiske Universitet i Tromsø, under Det helsefaglige fakultet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

I min rekrutering ønsker jeg å intervju helsepersonell som er involvert i overføring av pasienter med psykiske lidelser fra spesialist til kommunal helsetjenesten. Det ønskelig å intervju sykepleier, psykolog og lege både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette vil si 3 informanter fra kommune og 3 informanter fra spesialisthelsetjenesten.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du samtykker til studien og ønsker å delta i prosjektet vil jeg kontakte deg for å avtale tid for intervjuet, intervjuet vil i utgangspunktet skje på din arbeidsplass om ikke annet er avtalt. Intervjuet vil foregå som en samtale og vare mellom 30 – 60 minutter. Jeg ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd for å sørge for en bedre flyt i intervjuet og for å sikre at jeg får med meg alt du sier. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Jeg forholder meg til de lover og regler som gjelder om oppbevaring og makulering av datamaterialet.

Informasjonen om deg anonymiseres. Det vil si at det ikke vil være mulig å identifisere deg som enkeltperson når resultatet presenteres. I arbeidet med datamaterialet vil jeg bruke fiktive navn på deg og andre deltakere. Det er kun jeg som har tilgang til ditt navn og kan relatere opplysningene til deg.

Intervjuet av deg og annet helsepersonell i kommunen og spesialisthelsetjenesten vil skrives ned, bearbeides og analyseres sammen med litteratur og tidligere forskning. Når studien avsluttes vil lydopptakene slettes og nedskrevne intervju makuleres. Masteroppgaven planlegges ferdig mai/juni 2020.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

Intervjuet er taushetsbelagt, alle data behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysningene om deg brukes bare til analysen og i masterarbeidet. Med UIT behandlingsansvarlig institusjon, er det er kun jeg som har tilgang til opplysningene i intervjuene som har tilgang til datamaterialet. Kontaktinformasjon til informanter oppbevares innelåst og atskilt fra datamaterialet. Skriftlige feltnotater oppbevares innelåst og elektroniske feltnotater og lydopptak fra intervjuer behandles i kryptert dataprogram. Enkelt personer skal ikke kunne identifiseres i prosjektet.

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

Alle personopplysninger oppbevares aidentifisert og slettes ved prosjektslutt, som er satt til 02.10.2020. Lydopptak fra intervju med deltakere slettes.

### **Dine rettigheter**

#### Frivillighet og rettigheter

Behandling av opplysninger om den enkelte er basert på individuelt samtykke. Du/dere kan når som helst trekke samtykkeerklæringen tilbake uten å måtte begrunne dette nærmere. Alle deltakere og intervju personer kan også på hvilket som helst tidspunkt kreve at de opplysningene de har gitt, slettes. I feltnotater er personer ikke direkte identifiserbare. Mulighet for å identifiseres i selve datamaterialet gjelder i hovedsak lydopptak fra intervjuer.

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

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

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet i Tromsø, det helsevitenskapelige fakultet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

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

- Universitet i Tromsø, det helsevitenskapelige fakultet ved Student Mette Alexandra Johansen (tlf, e-post:) med veileder er professor Jurgen Kasper (tlf:, e-post: ).
- Vårt personvernombud ved UIT: Joakim Bakkevold, e-post: [personvernombus@uit.no](mailto:personvernombus@uit.no), tlf: 776 46 322/ 976 915 78

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

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

Med vennlig hilsen

*Mette Alexandra Johansen*



## Samtykkeerklæring

**Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Meldingsutveksling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og har fått anledning til å stille spørsmål.**

Det betyr at jeg stiller til intervju med mastergradsstudent Mette A Johansen

Deltakelse i studien er frivillig. Jeg mottar ingen lønn eller godtgjørelse for deltakelsen. Og jeg er klar over at jeg kan trekke meg fra deltakelsen i studien når som helst, uten å oppgi noe grunn.

**Jeg samtykker til:**

- Å delta i og delta i et kvalitativ forskningsintervju

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

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4 NSD Personvern

15.06.2020 14:20

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 502268 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 15.06.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 02.10.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at

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

## Referanseliste

- Bang, H. (2020). *Organisasjonskultur*. 5. utgave. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bent Høye. (2019). «Behandle hele mennesker, ikke bare diagnoser», *Sunnmørsposten*.  
Hentet fra <https://www.smp.no/meninger/leder/2019/01/16/%C2%ABBehandle-hele-mennesker-ikke-bare-diagnoser%C2%BB-18259890.ece>.
- Beyene, L. S. (2020). *The Meaning of Shared Decision-Making in Mental Care –A Hermeneutical Study*: Stavanger: University of Stavanger.
- Brattheim, B. J., Hellesø, R. & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning (Oslo)* (1), 26-33. 10.4220/Sykepleienf.2016.56830.
- Bratrud, T. L. & Granerud, A. (2011). Sammen om gode overganger. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (03), 206-216. Tilgjengelig fra.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid : om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. rev. og utv. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evjen, R., Øiern, T. & Kielland, K. B. (2012). *Dobbelt opp : om psykiske lidelser og rusmisbruk*. 3. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>. [Lest 18.04.2021].
- Helse -NORD. (2019). *Samhandling mellom sykehus og kommune* Helse - Nord Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/helsefaglig/samhandling-mellom-sykehus-og-kommune> [Lest 15.04.19].
- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/11.samhandling-og-ansvarsdeling/samhandling-mellom-kommuner> [Lest 10.09.2020].
- Helsedirektoratet. (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator> [Lest 10.09.2020].
- Helsedirektoratet. (2017a). *Brukermedvirkning* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning> [Lest 10.09.2020].
- Helsedirektoratet. (2017b). Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf/\\_attachment/inline/6a249aa4-a739-4480-9236-9da7281ab281:6b2dc9cf315adff4fd36bd0783d1878c4307bd37/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/6a249aa4-a739-4480-9236-9da7281ab281:6b2dc9cf315adff4fd36bd0783d1878c4307bd37/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf).
- Helsedirektoratet. (2021). Samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsvirksomhet – Erfaringer fra helseforetak, kommuner og brukerorganisasjoner Forprosjekt 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samhandling-mellom-helseforetak-og-kommuner-om-laerings-og-mestringsvirksomhet>.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Arbeidsbok og casesamling til Hvordan organisasjoner fungerer*. 5. utgave. utg. Hvordan organisasjoner fungerer. Bergen: Fagbokforlaget.

- Karlsson, B. & Andersen, A. J. W. (2011). *Variasjon og dialog : perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforl.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kienlin, S. M. et al. (2020). Sykepleiere trenger kompetanse i samvalg. 10.4220/Sykepleiens.2020.82530.
- Kommunenes strategiske forskningsorgan. (2019). Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/globalassets/KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf>.
- Kvale, S. et al. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landsem, I. P. (2018). Sykepleieres kompetanse i kommunikasjon må systematisk inn i undervisningen. *Sykepleien forskning (Oslo)* (70266), e-70266. 10.4220/Sykepleiens.2018.70266.
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* 2. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Magnusson, A. & Lützén, K. (2009). Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long - term mental illness living in the community. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (1), 140-145. 10.1111/j.1471-6712.2008.00600.x.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonal rammeavtale. (2007). *Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet - mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS* Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan\\_2015/nasjonal\\_rammeavtale\\_om\\_samhandling\\_pa\\_helse-\\_og\\_omsorgsomraadet.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/nasjonal_rammeavtale_om_samhandling_pa_helse-_og_omsorgsomraadet.pdf). [Lest 06.06.2020].
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2010). *Opptappingsplanen*. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/13884/Opptappingsplanen> [Lest 09.09.2020].
- NENT. (2019). *Forskningsetiske retningslinjer for naturvitenskap og teknologi*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/nat-tek/forskningsetiske-retningslinjer-for-naturvitenskap-og-teknologi2/> [Lest 09.09.2020].
- NFA Faggruppe for samhandling. (2018). *Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6de08aba7d5b47dab88cfcaed127341e/anbefalinger-om-samarbeid-mellom-fastleger-og-sykehus-faggruppe-samhandling.pdf>.
- NOU. (2005). *NOU Norges offentlige utredninger 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*.
- NSD. (2019). *Personvern tjenester, meld prosjektet*. Tilgjengelig fra: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/index.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html) [Lest 20.08.2019].
- Pasient-ogbrukerrettighetsloven. (1999). *LOV-1999-07-02-63 Pasient- og brukerrettighetsloven*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H. & Tolstad, O. (2012). *Bære eller bryte : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Samspill2.0. (2008 - 2013). *Nasjonal strategi for elektronisk samhandling*

i helse- og omsorgssektoren Tilgjengelig fra:

[https://www.uio.no/studier/emner/medisin/helseadm/HINF1102/h08/undervisningsmateriale/tilleggs litteratur/Samspill2\\_0.pdf](https://www.uio.no/studier/emner/medisin/helseadm/HINF1102/h08/undervisningsmateriale/tilleggs litteratur/Samspill2_0.pdf) [Lest 12.08.2019].

Skavik, K. et al. (2011). *Veiviser* 10/2011 utg.: Helsedirektoratet Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/Content/756227/cache=20112410131432/Veiviser%20-%20Hvordan%20komme%20i%20gang%20med%20elektronisk%20meldingsutveksling%20i%20kommunen.pdf> [Lest 05.05.19].

Skjærpe, J. N., Kristoffersen, M. & Storm, M. (2020). Service user involvement in mental healthcare coordination. *Sykepleien forskning (Oslo)* (80125), e-80125. 10.4220/Sykepleienf.2020.80125.

spesialisthelsetjenesteloven. (1999a). *LOV-1999-07-02-61 Spesialisthelsetjenesteloven – sphl.* Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_6#%C2%A76-3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_6#%C2%A76-3).

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999b). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61.*

St.Meld.7. (2019-2020). *Nasjonal helse-og sykehusplan 2020-2023.* Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=4>. [Lest 25.08.2020].

St.Meld.9 (2012-2013). *Én innbygger - én journal Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.* Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf>.

St.Meld.10. (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester.* Meld. St. 10 (2012–2013).

Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=4>.

St.Meld.25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*

Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>.

St.Meld.47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.

St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998.* Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>.

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

Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis.* 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tjøstolvsen, I. & Bjørnstad, E. (2020). Hvordan kan sykepleiere styrke samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien? *Sykepleien forskning (Oslo)* (80337), e-80337. 10.4220/Sykepleiens.2020.80337.

Tor Arne Viksjø. (2016). *Norsk e-helse i verdenstoppen.* Oslo: *Dagens Medisin*

Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/03/07/norsk-e-helse-i-verdenstoppen/>.

Torgersen, G.-E. & Steiro, T. (2009). *Ledelse, samhandling og opplæring i fleksible organisasjoner : en menneskeligjøring av styringssystemer.* Stjørdal: Læringsforl.

