

**MASTER THESIS**

*Tittel: Samhandling mellom miljøterapeuter i ulike enheter i psykisk helsevern rundt pasientoverganger.*

*Title: Interaction between social workers in different units in mental health care around patient transitions.*

*Ditt navn Marianne Högfeldt*

*Dato 01.09.2021*

*Studienavn: Samordning av helse- og velferdstjenester*

*Avdelingsnavn: Høgskolen i Østfold*

## Forord

Da er jeg endelig ferdig med masteroppgaven min. Det å være student har vært kjekt, og tidvis slitsomt. Masteroppgaven har vært en lærerik prosess, både artig og utfordrende. Jeg vil takke for alle informantene som tok seg til å stille opp for intervju. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave. Deretter vil jeg jeg takke min veileder Mona Fineide, som har holdt meg i ørene. Vært der for meg når jeg har trengt det. Vært streng med meg, men ikke stresset meg. Til tross for at jeg tidvis har stresset selv.

Selv om jeg har fått informanter, til tross for koronatilstanden i samfunnet har det vært krevende å jobbe med en masteroppgave i perioden vi har vært igjennom. Tidvis hektisk på jobb, hjemmeskole med barn, og mann som har hatt hjemmekontor. Jeg føler at jeg har klart det til tross for mye motstand. Bibliotekene med lengre åpningstid jeg har benyttet meg hyppig av gjennom hele studietiden tidligere, ble stengt. Familie som pleier å besøke svigers i Sverige en gang pr måned har så og ikke kommet seg dit grunnet stengte grenser. Så at jeg har kommet i havn tross alt, med familien tett oppå meg gjør meg veldig stolt.

Samtidig vil jeg takke Susanne, min venninne og tidligere kollega for hjelp til korrektur, og Lillian, for hjelpe til å få tak i informanter på en arbeidsplass der jeg hadde litt utfordringer selv. Min storesøster Hege som også har hjulpet meg å lese korrektur og har erfaring selv fra flere masteroppgaver. Min mann har også vært snill og hjulpet meg med oversettelse til engelsk. Og til slutt vil jeg gi en takk til mine venner og familie som de siste månedene har hørt meg gjenta til det kjedsommelige at jeg kommer til å få bedre tid når jeg har omsider levert masteroppgaven min. Håper på å være mer sosial fremover nå. Takk for at dere har hatt troen på meg, og for tålmodigheten dere har vist meg.

Moss, august 2021.

*Marianne Högfeldt*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Bakgrunnen for oppgaven er nysgjerrigheten for samhandlingen mellom akuttpsykiatrien og DPS døgnavdelinger. De er mye søkelys på samhandling mellom Psykisk helsevern (PHV) og kommunehelsetjeneste, både i media og i helsesektoren, noe mine funn i tidligere forskning bekrefter. Psykisk helsevern (PHV) består grovt sett av Distriktpsikiatriske senter (DPS), og sentraliserte sykehusavdelinger/akuttpsykiatriske avdelinger. Derimot er det mangelfull kjennskap til feltet på interne pasientoverføringer i psykisk helsevern. Min tanke var å tilnærme meg utfordringene knyttet til samhandling ved å undersøke hva slags erfaring miljøterapeutene fra de ulike avdelingene og enhetene hadde. Problemstillingen de i denne avhandlingen er ønskelig å få svar på er derfor: *«Hvordan er samarbeidet mellom miljøterapeuter på DPS og akuttpsykiatriskavdeling rundt pasientoverganger?»*

Forskningsspørsmålene som skal bidra til å svare på denne problemstillingen er: «Hvilke faktorer er medvirkende for samhandlingen internt på hva av avdelingene?» og «Hvordan er enhetenes ressursorganisering?» I oppgaven vektlegges en bred tilnærming til problemstillingen som betyr at studien avdekker flere faktorer knyttet til samhandlingsprosessene mellom DPS og akuttpsykiatrien.

**Formål:** Målet med denne studien er å få økt innsikt i miljøterapeutenes erfaring, og deres kjennskap til samhandlingsprosedyrer og hverandres arbeidsområder. Med denne masteroppgaven håper jeg å bidra til økt kunnskap rundt interne pasientoverganger i psykisk helsevern da det oppleves å være et kunnskapshull på feltet.

**Metode:** I denne studien er det benyttet kvalitativ metode. Utvalget består av seks miljøterapeuter fra to ulike enheter innad i spesialisthelsetjenesten: DPS og Akuttpsykiatrien. Det var én informant fra tre ulike avdelinger innunder Akuttpsykiatrien, mens på DPS var det informanter fra to ulike avdelinger. Det vi så at det var én informant fra én avdeling, og to informanter fra en annen. Intervjuene ble transkribert og kategorisert. Empirien blir i avhandlingen gjengitt gjennom bruk av sitater i analysen i presentasjon av funn. Det er benyttet fenomenologisk fortolkning som tilnærming til arbeidet. Seks informantene uttalte seg om deres opplevelse, og erfaring av samhandling i pasientoverganger er utgangspunktet for min masteroppgave.

**Resultat:** Denne studien viser at informantene opplever pasientforskyving og overbelegg i hverdagen. Med pasientforskyving mener det at pasienten og behandlingsansvaret skyves til andre avdelinger eller enheter før det er behandlingsmessig rett grunnet omstendigheter som presser på. Dette er kun for avdelingens behov, og ikke pasientens. Det kan komme av at behandleren i akuttpsykiatrien blir presset til å vurdere pasienter utskrivningsklare, fordi dårligere pasienter trenger plassene. Studiens funn viser også at informantene i akuttpsykiatrien opplevde utfordringer rundt bemanningssituasjonen i større grad enn DPS. DPS har høy turnover blant behandlerne, mens miljøterapeuter i akuttpsykiatrien opplever at noen behandlere, altså psykiatere, lis leger og psykologspesialister ikke er interessert i å skape en relasjon til resten av behandlergruppa. Behandlergruppa vil si det tverrfaglige teamet som jobber rundt pasientene, internt på avdelingen som uten behandlerne, består av sykepleiere, vernepleiere, sosionom og helsefagarbeidere. Dette kan være medvirkende for at samhandlingen rundt pasientovergangene er utfordrende for miljøpersonalet. Det kommer også frem at ingen av informantene har særlig kjennskap til overføringsprosedyren som skal være et hjelpemiddel rundt pasientoverganger. Det kan være en medvirkende årsak til utfordringene informantene fra DPS refererte til; at de fikk pasienter utenom avtalte tidspunkter og at de opplevde ofte at miljøpersonalet i akuttpsykiatrien ikke utøvde forståelse eller respekt rundt pasientovergangene. Informantene hadde liten eller ingen relasjon til hverandre eller kunnskap om behandlingsområder, rutiner og retningslinjer som kan være med på å gjøre overføringene mer utfordrende. Miljøterapeutene selv viste vilje til å bli kjent på tvers av avdelingene, men de organisatoriske rammene er med å gjøre det utfordrende. Samlokalisering kan være et verktøy som kan redusere disse utfordringene.

**Konklusjon:** Med utgangspunkt i diskusjonen opp mot tidligere forskning viser mine funn at det er ønskelig å øke kjennskapen på formelle overføringsprosedyrer. Sammen med at miljøpersonalet på de ulike enhetene får skape en relasjon der kunnskap og erfaringer får spillerom, kan det bidra til bedre pasientoverganger med mindre misforståelser. Svaret på skyveproblematikken er ikke noe jeg går nærmere inn på i studien, men om man legger til rette kan miljøpersonalet oppleve tryggere og mer respektfulle pasientoverføringer.

## Summary

**Background:** The background for the thesis is the curiosity about the interaction between acute psychiatry and DPS circadian wards. There are a lot of focus on collaboration between mental health care (PHV) and municipal health services, both in the media and in the health sector, as my previous research findings confirms. Mental health care (PHV) consists roughly of district psychiatric centres (DPS) and centralised hospital wards/acute psychiatric wards. District Psychiatric Centre (DPS) and centralised hospital wards/acute psychiatric wards. On the other hand, there is inadequate knowledge of the field of internal patient transfers in mental health care. My thought was to approach the challenges of interaction by examining the experience of the environmental therapists from the different departments and units. The problems desired to answer in this thesis is therefore: "How is the collaboration between environmental therapists at DPS and the acute psychiatric ward around patient transitions? The research questions that will help to answer this question are: "What factors are contributing to the interaction internally on each department?" and "How is the units' resource organisation?" The thesis emphasises a broad approach to the problem, which means that the study reveals several factors related to the interaction processes between DPS and acute psychiatry.

**Purpose:** The aim of this study is to gain increased insight into the experience of environmental therapists, and their knowledge of interaction procedures and each other's work areas. With this master's thesis, I hope to contribute to increased knowledge about internal patient transitions in mental health care as there is perceived to be a knowledge gap in the field.

**Method:** In this study, qualitative methodology has been used. The committee consists of six environmental therapists from two different units within the specialist health service: DPS and Acute Psychiatry. There was one participant from three different departments under Acute Psychiatry, while at DPS there were participants from two different departments. That is, there was one participant from one department, and two participants from another. The interviews were transcribed and categorized. The empirical data is reproduced with quotes in the analysis in the presentation of findings. Phenomenological interpretation has been used as an approach to the work. Six participants told me about their experience, and experience of interaction in patient transitions is the starting point for my master's thesis.

**Results:** This study shows that the participants experience of patient displacement and overcrowding in everyday life. By patient displacement, it means that the patient and the treatment responsibility are pushed to other wards or units before it is proper for treatment due to circumstances that are pressing. This is only for the needs of the ward, and not the patients. This may be because the therapist in acute psychiatry is pressured to assess patients ready for discharge, because more ill patients need the places. The study's findings also show that the participants in acute psychiatry experienced challenges around the staffing situation to a greater extent than DPS. DPS has a high turnover among therapists, while social workers in acute psychiatry find that some therapists, psychiatrists, doctors and psychologist specialists are not interested in creating a relationship with the rest of the treatment group. The treatment group means the interdisciplinary team working around the patients, internally in the ward that without the therapists, consists of nurses, social educators, social workers and health professionals. This can be instrumental in ensuring that the interaction around patient transitions is challenging for the environmental personnel. It also emerges that none of the participants have much knowledge of the transfer procedure that will be an aid around patient transitions. This may be a contributing factor to the challenges referred to by the participants cited by the DPS; that they received patients outside of agreed times and that they often felt that the environmental personnel in acute psychiatry did not exercise understanding or respect around the patient transitions. The participants had little or no relation to each other or knowledge of treatment areas, routines and guidelines that can help make the transfers more challenging. The social workers themselves showed a willingness to get to know each other across the wards, but the organization framework helps to make it challenging. Co-location can be a tool that can reduce these challenges.

**Conclusion:** Based on the discussion in the face of previous research, my findings show that it is desirable to increase knowledge of formal transfer procedures. Together with allowing the environmental personnel at the various units to create a relationship where knowledge and experience gain leeway, it can contribute to better patient transitions with minor misunderstandings. The answer to the sliding problem is not something I go into more detail in the study, but if one facilitates, the environmental staff may experience safer and more respectful patient transfers.

# Innholdsfortegnelse

|                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Forord .....                                                               | 1         |
| Sammendrag .....                                                           | 2         |
| Summary .....                                                              | 4         |
| <b>1.0 Innledning .....</b>                                                | <b>8</b>  |
| 1.1 Bakgrunn for oppgaven .....                                            | 8         |
| <b>1.1.1 Organisering av psykisk helsevern .....</b>                       | <b>8</b>  |
| 1.2 Problemstilling og avgrensning av oppgaven .....                       | 11        |
| 1.3 Litteratursøk .....                                                    | 11        |
| 1.4 Oppgavens oppbygging .....                                             | 14        |
| <b>2.0 Teori .....</b>                                                     | <b>15</b> |
| 2.1 Organisasjonsteoretisk perspektiv .....                                | 15        |
| 2.2 Pasientoverganger .....                                                | 17        |
| 2.3 Tverrfaglig team .....                                                 | 18        |
| 2.4 Kommunikasjon .....                                                    | 20        |
| 2.5 Samhandling .....                                                      | 20        |
| 2.6 Organisasjonskultur .....                                              | 22        |
| 2.7 Profesjonenes betydningsfulle rolle .....                              | 23        |
| <b>3.0 Metode .....</b>                                                    | <b>25</b> |
| 3.1 Valg av forskningsmetode og design .....                               | 25        |
| <b>3.1.1 Det kvalitative forskningsintervju .....</b>                      | <b>26</b> |
| 3.2 Forforståelse .....                                                    | 27        |
| 3.3 Rekruttering av informanter .....                                      | 28        |
| 3.3 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene .....                    | 30        |
| 3.4 Transkribering og analyse .....                                        | 31        |
| 3.5 Reliabilitet og validitet .....                                        | 32        |
| 3.6 Etikk .....                                                            | 32        |
| 3.7 Analysestrategi .....                                                  | 35        |
| <b>4.0 Funn .....</b>                                                      | <b>38</b> |
| 4.1 Pasientoverganger og prosedyren rundt overføringene .....              | 38        |
| 4.2 Organisering .....                                                     | 40        |
| <b>4.2.2 Det som skiller de akuttpsykiatriske avdelingene og DPS .....</b> | <b>42</b> |
| 4.3 Utfordringer i samhandlingen .....                                     | 45        |
| <b>4.3.1 Forhøyet pasienttrykk .....</b>                                   | <b>45</b> |
| <b>4.3.2 Forventningspress .....</b>                                       | <b>46</b> |
| <b>4.3.3 Lovnader og for lite kunnskap .....</b>                           | <b>46</b> |

|                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.3.4 Mangel på forståelse og respekt i overgangene mellom akuttpsykiatrien og DPS ..... | 48        |
| 4.3.5 Mangel på treffpunkter og savn etter hospitering.....                              | 49        |
| 4.4. Hovedfunn .....                                                                     | 50        |
| <b>5.0 Drøfting .....</b>                                                                | <b>52</b> |
| 5.1 Skyveproblematikk .....                                                              | 52        |
| 5.2 Mangel på formelle og uformelle samarbeidsstrukturer mellom enhetene .....           | 55        |
| 5.2.1 Retningslinjer.....                                                                | 55        |
| 5.2.2. Utveksling av kunnskap og informasjon .....                                       | 56        |
| 5.2.3. Kontinuitet og samhandling .....                                                  | 59        |
| 5.3 Avdelingsinterne forhold.....                                                        | 60        |
| 5.3.1 Tilsyn, rutine og ressurser .....                                                  | 61        |
| 5.3.2 Teamarbeid .....                                                                   | 62        |
| 5.3.3 Organisasjonskulturen.....                                                         | 65        |
| <b>6.0 Avslutning .....</b>                                                              | <b>67</b> |
| <b>7.0 Litteraturliste.....</b>                                                          | <b>69</b> |
| Vedlegg 1: Intervjuguide .....                                                           | 74        |
| Vedlegg 2: Informasjonsskriv .....                                                       | 76        |



## **1.0 Innledning**

I studiens første del vil bakgrunn for valg av tema, problemstilling og forskningsspørsmål bli presentert. Videre vil jeg redegjøre for litteratursøk og oppgavens oppbygging.

### **1.1 Bakgrunn for oppgaven**

Pasientoverganger er et sårbart ledd i pasientforløpet og pasienten kan ha flere pasientoverganger under en innleggelse. Jo flere pasientoverganger pasienten opplever, jo større er muligheten for at ting kan gå galt og kommunikasjonen kan svikte. Jeg ønsker å se hvordan miljøterapeutene samarbeider når pasienten skal flyttes fra en akuttpsykiatrisk avdeling til distriktskykiatrisk døgnavdeling (DPS). I resten av oppgaven vil jeg bruke kun bruke forkortelsen DPS. Miljøterapeuter er utelukkende treårige, profesjonsutøvere. Miljøterapeutene er profesjonsutøvere som sykepleiere, vernepleiere og sosionomer som jobber med pasientene i hverdagen i avdelingen. De skal følge opp pasientene, og sørge for at både faglige retningslinjer, samt behandlingsplanen følges. Jeg retter søkelyset på pasientoverganger fra akuttpsykiatrisk døgnavdeling, til DPS døgnavdeling.

#### **1.1.1 Organisering av psykisk helsevern**

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får nødvendige spesialisthelsetjenester. St.Mld 47 (2008-2009) trådte kraft 1. januar 2012. Dens hensikt var å få mer helsetjenester ut i kommunene og med det effektivere behandlingen. Man skulle også legge mer av den forebyggende behandlingen av pasienten til kommunene for å avlaste sykehusene og ved å få rett behandling, til rett tid. Ved at pasienter får færre liggedøgn på sykehus vil si at de trolig ikke er ferdigbehandlet, og vil igjen bli lagt inn på nytt innen få dager. Da blir det heller økt press på sykehuset, i stedet or å avlaste det, som er tanken ved å effektivere og sende videre til kommunene eller hjem (Gautun, Martens & Veenstra, 2016). Ved å legge helsetjenester ute i lokalsamfunnet kunne man spre kompetansen og minske presset på sykehusene. DPS har vokst frem som en del av desentraliseringen av det psykiske helsevernet, og har vært en del av opptrappingsplanen for psykisk helse, for å få bygget ut av et system av DPS på landsbasis (Bruun & Svendsen, 2011). DPS er organisert under

spesialisthelsetjenesten, men har arbeid som krever nært samarbeid med kommunehelsetjenesten i de forskjellige kommunene i nedslagsfeltet til den aktuelle regionen. DPS sine tilbud skal bestå av en poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud, samt lavterskel døgntilbud i krisesituasjoner (St.Mld 47, 2008-2009, s. 67-68).

Gjennom samhandlingsreformen ønsker regjeringen å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som tilfredsstillende pasientens behov for koordinerte tjenester, og samtidig svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere. Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid (St.Mld 47, 2008-2009) – trekker fram at samhandlingen mellom tjenester fra sykehus og kommune, innen kommunen, mellom kommuner, mellom sykehusavdelinger og mellom personellgrupper ikke oppleves som god nok. Det er mange eksempler på at pasienter verken får tilfredsstillende oppfølging eller god nok tilgang til helsetjenester på grunn av manglende samhandling mellom ulike tjenester. Reformens hensikt er å redusere presset på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak. Det er også tenkt å bremse veksten av sykehustjenester ved å overføre en større del av ansvaret for brukeren/pasienten til kommunehelsetjenesten. Meningen er å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere med komplekse og sammensatte behov (Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein, 2011, s. 11).

Samhandling er definert som et sentralt utviklingsområde i helse- og omsorgssektoren og er derfor nedfelt i lovverk at det skal være samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, som gjelder DPS og kommune. Det er fordi det kan være oppfølging ved utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten. Viktig å tenke behandling ut ifra faglig grunnlag, og ikke økonomisk selv om det er mye press på det økonomiske (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 10).

Lovverkene vi som helsepersonell må forholde oss til i hverdagen omhandler samhandling. Helsepersonelloven §4 sier at *«vi må utføre vårt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner og arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»* (Helsepersonelloven, 1999; Nou 2005:3, 2005, s. 46). Det viser at vi som enkeltindivider må samhandle for pasientens behandling og legge til rette for helhetlige tjenester. Samhandlingen er også sikret gjennom Pasient- Og Brukerrettighetsloven (1999) §2-1 b som sier at pasienten har krav på hjelp fra spesialisthelsetjenesten om behovet er der. Og i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 2-1e står det at helseforetakene har en lovpålagt plikt til å samhandle og samarbeide med andre

helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

Riksrevisjonen (2015) gjorde en undersøkelse der målet med undersøkelsen var å vurdere om samhandlingsreformen så langt hadde bidratt for å nå overordnede helsepolitiske mål om bedre ressursutnyttelse og tjenester med bedre kvalitet. Funnene i undersøkelsen viste at antall heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det skyldes en omstrukturering fra døgnbehandling ved sykehus til dagbehandling ved DPS.

Omstruktureringen betydde at en del pasienter mottok noen tjenester fra spesialisthelsetjenesten parallelt med tjenester fra kommunen i hjemmet. Reduksjonen i antallet heldøgns plasser i spesialisthelsetjenesten hadde ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene. Det kom også frem funn som tilsa at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både på kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten ikke var godt nok. Det var blant annet opplevelsen av mangelfull informasjon om pasientene og at det var tidkrevende for ansatte både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten å etterspørre informasjon om pasientene. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at antallet døgnplasser innen rusbehandling og psykiatri er redusert i spesialisthelsetjenesten, og at det foregår en omstrukturering av tjenester fra sykehus til DPS. I sum betyr omstruktureringen at en del pasienter mottar noen tjenester fra sn spesialisthelsetjenesten samtidig som de mottar kommunale tjenester de de bor.

Akuttpsykiatrisk avdeling er også innunder spesialisthelsetjenesten. De tar imot pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp over 18 år med store psykiske lidelser. Man blir som oftest lagt inn på tvang i henhold til §3-2 og § 3-3 under psykisk helsevernlov, og kan ikke dra hjem eller gå ut av avdelingen når man ønsker det. Akuttpsykiatriavdelingene har ikke verken midler eller plass til «for friske» pasienter. Derfor må de fleste pasientene ofte ha en, eller flere pasientoverganger i løpet av tiden de er pasienter innlagt i psykisk helsevern da man har flere stadier mellom å være veldig psykisk syk, til helt frisk. Det er også mange som ikke er i behov av lukket psykiatrisk avdeling, og som kommer rett til DPS, eller ikke trenger mer enn lokalt psykiatrisk helsearbeid i kommunen. Informasjonsutveksling og kommunikasjon rundt utskrivningsklare pasienter, informasjon om pasienters bruk av legemidler og kontroll med om utskrivningsklare pasienter får forsvarlig helsehjelp, er noen av avvikene som kommer frem under tilsynet.

Pasientene kommer inn på psykiatrisk akuttmottaket før de sendes opp til ulike døgnavdelinger som passer deres utfordringer. Man er kun innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling i den akutte fasen før man deretter flyttes på en DPS døgnavdeling eller hjem til kommunen med muligheter for polikliniske oppfølging når man er stabilisert. DPS kan ikke ha pasienter med for høyt omsorgsnivå da de skal kun ha frivillige innlagte pasienter. De er innlagt frivillig på DPS, og kan når som helst skrive seg ut og dra hjem.

Det må tydeliggjøres i denne oppgaven at enhetene som nevnes i denne studien er DPS og akuttpsykiatrien. De er to individuelle institusjoner innunder Psykisk helsevern med hvert sitt organisatoriske rammeverk. Avdelinger ligger innunder institusjonene, og har samme organisatoriske rammeverkene som enhetene de ligger under.

## **1.2 Problemstilling og avgrensning av oppgaven**

Problemstillingen for min studie er følgende:

*Hvordan er samarbeidet mellom miljøterapeuter på DPS og akuttpsykiatrisk avdeling rundt pasientoverganger?*

Jeg har i tillegg to forskningsspørsmål som skal hjelpe meg med å svare på problemstillingen min;

- Hvilke faktorer er medvirkende for samhandlingen internt på hver av avdelingene?
- Hvordan er enhetene ressursorganisering?

## **1.3 Litteratursøk**

For å finne artikler fra tidligere forskning på området for å skape meg et kunnskapsgrunnlag fikk jeg hjelp av en bibliotekar på Høgskolen via zoom som hjalp meg med å konkretisere søkeord og finne aktuelle databaser. Jeg vil her presisere at overgangen jeg setter søkelys på er overgang fra akuttpsykiatrisk avdeling på sykehuset til DPS døgnavdelinger.

Søkeordene jeg fikk funn på var «community mental health» som er en oversettelse vi fant på DPS. Vi brukte blant annet også søkeord som dps, distriktpsykiatrisk senter, akutt\*, sam\*. Jeg har også søkt på sårbare overganger og gode overganger i Oria. Databasene jeg fant noe jeg synes var relevante var Oria, Svemed, Cinahl og Academic Search premier. I oria ønsker

jeg både artikler og avhandlinger, og på samtlige databaser jeg trykket jeg at jeg ønsket fagfellevurderte artikler og forskingsartikler.

I artikkelen til Granerud og Brattrud (2011) ble det skrevet at det var vesentlig for samhandlingen med en god relasjon og dialog. Artikkelen gjeldt kommunikasjonen og overføringer mellom en psykosepost og kommunale tjenester. Det å kjenne til, og ha kunnskap om hverandres roller og funksjoner, dele faglig kompetanse og avklare forventninger ble presisert som viktige momenter. Tidlig kartlegging og felles målsetting kan være med å redusere innleggelsestiden i sykehus. Det er store utfordringer knyttet til samarbeid innenfor psykisk helsevern; spesielt gjelder dette fordommer og uinnfridde forventninger med bakgrunn i ulike behandlingskulturer og profesjonskonflikter. Hummelvoll (2006, s. 20) på sin side snakket om handlingsrelatert forskningssamarbeid som vil si at ved å sette søkelys på helheten er man ikke interessert i fragmentert kunnskap eller teoretisk kunnskap som er skilt fra praksis og erfaring. I en artikkel fra bladet sykepleien (Hoff, Jensen & Eriksen, 2017) ble det skrevet at tverrfaglig og tverretatlig helsepersonell må sikre informasjonsoverføringen slik at gode og helsefremmende relasjoner mellom pasienten og helsepersonell opprettholdes i hele behandlingsforløpet. Utveksling av kunnskap, informasjon og erfaringer ved utskrivningsprosessen har stor betydning for videre tjenesteutvikling, kontinuitet og faglig forsvarlige pasientforløp (Hoff et al., 2017).

Ifølge Erlend Vik (2018a) sin artikkel er det mer direkte kontakt og møteplasser for profesjonene som jobber innad i spesialisthelsetjenesten. Deres møteplasser gir rom for diskusjon der man kan oppnå forståelse for hverandres kunnskap, verdier, profesjonsutøvelse og behandlingssideologi. Dette medfører at man kan minske mulighetene for konflikter og spenninger. Kommunikasjon om ulikhetene mellom profesjonene gjør at man kan overkomme konfliktene. Det kommer også frem at kollektive beslutninger fremfor individuelle beslutninger preger prosessen tilknyttet utskrivning av pasienter. Det er også nevnt en studie som viser at lite tillit og kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse, samt institusjonelle og organisatoriske forhold er de største utfordringene for samhandlingen.

Danbolt (2010) har forsket på hva som beskriver samhandlingen i den psykiske helsetjenesten mellom åtte kommuner og Sykehuset Innlandet. Hensikten med prosjektet var å kartlegge erfaringene til de som er involvert i samhandlingen. Studien ble utført med fokusgruppeintervjuer med representanter fra de involverte gruppene. Et av hovedfunnene var at de involverte personene hadde en felles opplevelse av frustrasjon rundt situasjonen, men en felles vilje til endring. Selv om mye erfares som tilfredsstillende og mange brukere får god hjelp, ble det beskrevet at samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste i

psykisk helsevern var utilfredsstillende med tanke på rutiner, kvalitet og gjensidighetskunnskap. Selv om dette var en undersøkelse som var mellom kommune og spesialisthelsetjeneste valgte jeg å ta den med da funnene som kom ut av oppgaven er svært like med funnene i min egen undersøkelse. Xyrichis og Lowton (2008) gjennomførte en internasjonal litteraturgjennomgang og konkluderte med at tverrprofesjonelt samarbeid er effektivt for måloppnåelse, men at samarbeidets iboende kompleksitet kan hindre full utnyttelse av denne arbeidsformen.

Jeg ville finne mer om sårbare overføringer og søkte i oria på «tricky transitions». Bjørkquist, Hansen, Huby og Johnsen (2016) hadde en aktuell artikkel som handlet om ROP-pasienter (pasienter som har utfordringer med både rus og psykiske lidelser). Jeg skriver ikke direkte om ROP pasienter, men opplevde likevel artikkelen som aktuell da mange pasienter både på akuttpsykiatrien og DPS har nettopp denne komplekse utfordringer som gjør samhandlingen mellom enhetene og miljøterapeutene ekstra utfordrende. Artikkelen gikk ut på å identifisere faktorer ved sårbare overganger. Funn antyder at informasjonsutveksling er den vanligste formen for samarbeid mellom enhetene, og flertallet av deltakere anså det som tilstrekkelig. Kommunikasjon er skriftlig og er henvisninger og skriftlige svar på disse. Informasjonsutvekslingen skjer i et fragmentert system der de ulike tjenestene har sitt eget og begrensede område av ansvar. Dette systemet imøtekommer ikke de komplekse behovene til denne brukergruppen. Det dukker opp ulike "gråsoner" i praksis, der ansvarsområdene ikke er klart definert. Det kom også frem i artikkelen at en koordinator er med på å redusere den sårbare overgangen.

Kapittelet til Netteland (2014) oppleves relevant i forhold til aktuelt tema. Det har søkelys på kommunalhelsetjenesten mot spesialisthelsetjenesten, mens mitt tema er kun rettet mot to ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Likevel går den på risikofaktorer, som kan generaliseres til oppgaven. Dette kapittelet har noen artikler som anses som relevante, og kan trekkes inn i drøftingen for flere perspektiver. Det trekkes frem en artikkel som sikter at flere av utfordringene rundt pasienttryggheten kan knyttes til overleveringsprosessen. Paulsen, Romøren og Grimsmo (2013) mener at kommunen får for lite, delvis eller feil informasjon som kan føre skade eller død. De skriver videre at det er utilstrekkelige rutiner, ulike organisasjonskulturer og uklare mandat mellom de ulike aktørene som er med på å skape risikofaktorer rundt overføringer. Hummelvoll (2006) poengterer at det er viktig at informasjonen som blir sendt er kvalitetssikret, mens Strandos (2014) mener at personalet mangler felles forståelse og praksis med tanke med informasjonsflyt, til tross for samme

utdannelse. Suter et al. (2009) mener at for å sikre kontinuitet i pasientbehandling det det viktig å vektlegges et sterkere samhandlingsfokus i profesjonsutdannelsene.

Etter mange timers leting, både alene og med hjelp fra bibliotekar på Høgskolen er det få studier å oppdrive som omhandler interne pasientoverganger i psykisk helsevern. Derfor er det et kunnskapshull der det er behov for mer forskning rundt miljøterapeutenes samhandling ved interne pasientoverganger.

#### **1.4 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. Kapittel 1 består av innledning, problemstilling, forskningsspørsmål og hvordan oppgaven er strukturert opp. Videre i kapittel 2 belyser jeg teorier jeg har benyttet for å svare på problemstillingen jeg har laget. I kapittel 3 skriver jeg om den metodiske fremgangsmåten jeg har anvendt i datainnsamlingen og beskriver fremgangsmåten jeg har brukt, og hvordan jeg fant informantene og utførte intervjuene. Kapittel 4 blir analysedelen jeg legger frem funnene jeg gjorde i intervjuene. Jeg vil også på slutten av analysekapittelet summere opp funn i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål. Kapittel 5 blir drøftingsdelen. Der vil jeg drøfte teori og funn oppimot hverandre. Kapittel 6 blir det siste avsluttende kapittelet. Der kommer en oppsummering av kapitlene som er analysert og drøftet, som skal besvare problemstillingen.

## **2.0 Teori**

Samarbeid og samhandling er en stor del av arbeidshverdagen for alle miljøterapeuter i spesialisthelsetjenesten. Når samarbeidet blir på tvers av enheter med egne budsjetter, selv innen samme organisasjon, kan det oppstå mange utfordringer og uenigheter.

I denne oppgaven holder jeg ett organisasjonsteoretisk perspektiv. Jeg vil her presisere at overgangen jeg setter søkelys på er pasientoverganger fra akuttpsykiatrisk avdeling på sykehuset til DPS døgnavdeling.

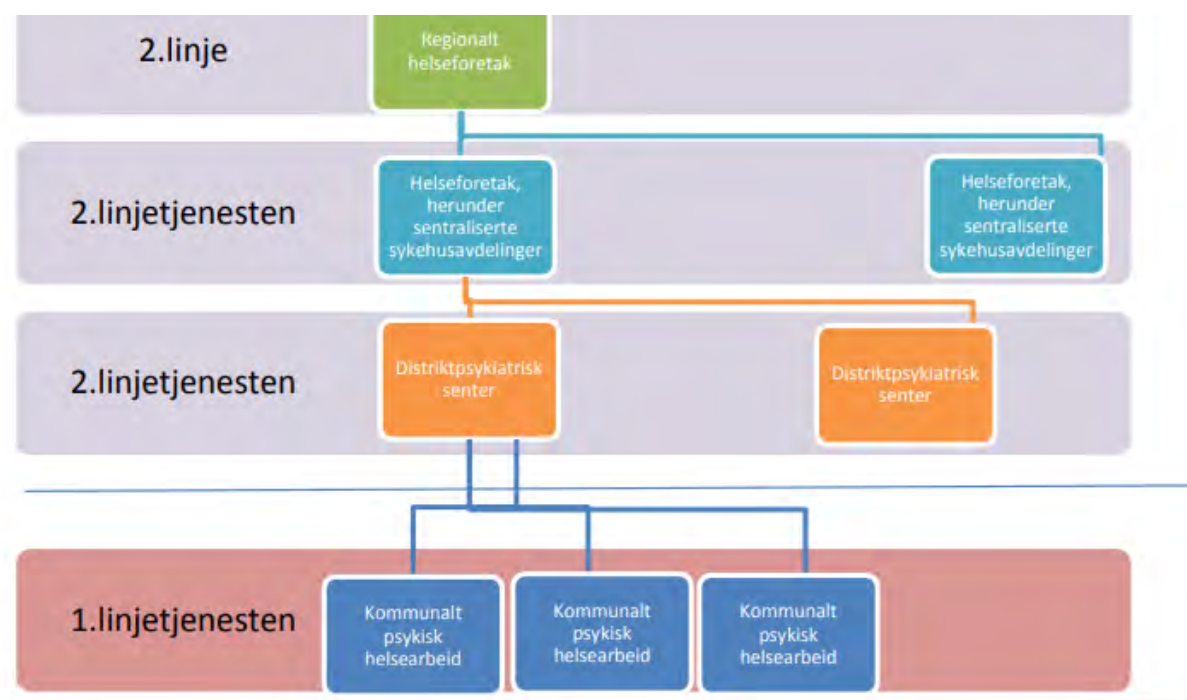
### **2.1 Organisasjonsteoretisk perspektiv**

Horisontal integrasjon kan sees som praktisk samarbeid mellom aktørene som inngår i samme arbeidsprosess, mens vertikal integrasjon handler om å knytte organisasjonsmedlemmene sine handlinger til overordnet føringer og mål (Bukve & Kvåle, 2014, s. 17; Hvinden, 1994 s. 8). Horisontale former for koordinering er gjerne mindre formaliserte og mer fleksible enn autoritetsbundne systemer og regler. De er også ofte enklere og fungerer raskere (Bolman, Thorbjørnsen & Deal, 2014, s. 78). Videre skriver Hvinden (1994, s. 8) at horisontal integrering handler om i hvilken grad innsatsen til aktører på samme organisatoriske nivå er compatible eller ikke. DPS og akuttpsykiatrien er på samme nivå, og er begge interne avdelinger i spesialisthelsetjenesten og kan betraktes som en horisontal integrasjon. Begge formene, både horisontal og vertikal integrasjon, må være inkludert dersom samhandlingen skal føre organisasjonen i ønsket retning samtidig som den skal gi resultater. Det er heller ikke vanskelig å se relevansen av det organisasjonsteoretiske perspektivet dersom vi er opptatt av samhandling i helsesektoren da denne sektoren inneholder et stort mangfold (Bukve & Kvåle, 2014, s 17). Eksempler på dette kan være nettopp DPS og akuttpsykiatrien som er ulike enheter i helsesektoren med ulike organisatoriske rammer.

På 1970 tallet begynte en desentralisering av de psykiske helsetjenestene i Norge som var med på å gjøre de psykiske helsetjenestene fragmenterte (Niels, Britt Mari & Solfrid, 2015). Hensikten med desentraliseringen var at pasientene skulle få behandling nærmere hjemme. Det førte til færre sengeplasser i spesialisthelsetjenesten og sykehusavdelingene, kortere liggetid og mer pasientansvar over til psykiatritjenesten i kommunen. Med mer pasientflyt mellom tjenestene ble det høyere krav om kontinuitet i tjenestene og mer samhandling (Niels et al., 2015). Pasienten sitt behov for tjenester går ofte på tvers av organisasjonenes opprettede



grenser, og mange har behov for flere tjenester samtidig, og over lengre tid. Begge formene, både horisontal og vertikal integrasjon, må være inkludert dersom samhandlingen skal føre organisasjonen i ønsket retning samtidig som den skal gi resultater.



*Figur 1: Et organisasjonskart over psykiske helsetjenester. Den viser at akuttpsykiatrien (helseforetak sentraliserte sykehusavdelinger og Distriktpsikiatrisk senter er 2. linjetjeneste, selv om det er to ulike enheter.*

Psykisk helsevern (PHV) består av DPS og sentraliserte sykehusavdelinger. DPS har en lokal sykehusfunksjon for voksne over 18 år i et geografisk opptaksområde. Med det menes at DPS har ansvar for å yte akutt- og krisetjenester for befolkningen i opptaksområdet, samt å drive utredning og behandling av personer med lidelser av allmennpsykiatrisk karakter. DPS får henvisninger både fra fastlege og akuttpsykiatrien og er organisert under Helseforetakene, og utgjør laveste behandlingsnivå for psykisk helsevern i 2.linjetjenesten (se Figur 1).

## 2.2 Pasientoverganger

Pasientoverganger kan defineres som et sett av handlinger som utøves med en hensikt om å sikre kontinuitet og koordinering i helsetjenesten når pasienten overføres mellom ulike lokaliteter, og det er flere risikofaktorer som gjør en god pasientovergang utfordrende (St.Mld. 11, 2018-2019; Aase, 2018 s.139). Pasientovergang kan følge Schibevaag, Laugaland og Aase (2015, s. 131) defineres slik:

*« Ett sett av handlinger som har som hensikt å sikre koordinering og kontinuitet i helsetjenester når pasienter overføres mellom ulike lokaliteter og/eller behandlingsnivåer. »*

*«Kvalitet i pasientoverganger innebærer faktorer knyttet til pasientnærhet, kommunikasjon, samarbeid, kultur, kompetanse, ansvar og geografi /rom for å sikre interaksjonen mellom pasienter, pårørende, helsearbeidere og organisasjoner.»*

(Schibevaag, Laugaland og Aase 2015, s. 136)

For å få kontinuitet i samhandlingen benytter sykehusene teamarbeid i stor grad i sin pasientbehandling (Ramsdal, 2019, s. 96). Pasientoverganger finner sted overalt til enhver tid, på kryss og tvers av helsetjenesten; innad i kommunen, mellom ulike avdelinger på sykehus eller mellom sykehus og hjemmebaserte tjenester (Aase, 2018, s. 135). Overganger innad og mellom tjenestenivå er kjente risikoområder, som utfordrer godt samarbeid, kontinuitet og kommunikasjon mellom ulike aktører samtidig som man bør jobbe for etterlevelse av prosedyrer, retningslinjer og regelverk. Eksempler på dette kan være manglende informasjon. Det er viktig å bruke kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering i virksomheten (St.Mld. 11, 2018-2019). Pasientoverganger kan være inn- og utskrivingssituasjonene mellom de ulike avdelingene eller institusjonene der nyttig informasjon går tapt, oversett eller feiltolket. Overleveringen av pasienten har minst to konsekvenser 1) sykepleier til sykepleier/behandler til behandler og 2) forvaltningsnivå til en annen. Schibevaag et al. (2015, s. 131) mener trygge og gode pasientoverføringer er preget av god samhandling, kommunikasjon og kontinuitet, i tillegg til riktig kompetanse fra alle involverte aktører. For å få trygge og gode pasientoverganger, påpekes det at det er

avgjørende med effektiv kommunikasjon og informasjonsoverføring, både muntlig og skriftlig, for å redusere risikoen for uønskede hendelser

### **2.3 Tverrfaglig team**

Teamorganisering har lange tradisjoner i helse- og velferdssektoren, og er ikke noe nytt fenomen (Ramsdal, 2019, s. 96). Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten anvender team i stor grad i sin pasientbehandling. Det som er nytt er bevisstheten om hvorfor og hvordan team kan organiseres (Goodwin, 2016; Ramsdal, 2019, s. 96). Ifølge Reeves et al. (2011, s. 24) er det økte fokuset til tverrfaglig samarbeid vært å øke behandlingskvaliteten til pasientene og bedre sikkerheten i behandlingen ved å effektivere samarbeidet og kommunikasjonen i team. Team kan ifølge Axelsson og Axelsson (2006, s. 81) defineres som en liten gruppe mennesker, vanligvis fra forskjellige yrker, som jobber sammen på tvers av formelle organisatoriske grenser for å tilby tjenester til en bestemt gruppe pasienter eller klienter. Kjennetegn ved gode team er ifølge Semundseth og Wergeland-Jenssen (2017, s. 238) godt samspill, åpenhet, gjensidig tillit og respekt. Både DPS og akuttpsykiatrien benytter seg av tverrfaglig team på sine arbeidsplasser, og er et viktig ledd i pasientoverføringen.

Samhandling beskrives i sammenheng med ansikt- til ansikt- relasjon og teamarbeid, men også som relasjoner preget av likeverdighetstankegang og gjensidighetskunnskap (Vik, 2018). Det tverrfaglige samarbeidet organiseres i større grad enn tidligere i team, der medlemmene ikke kan tviholde på sin spesialkompetanse, men også måtte samarbeide og dele av sin kunnskap med de andre. Altså det motsatte av silotenkning og spesialisering tjenestene i dag ofte er preget av (Ramsdal, 2019, s. 96). En betingelse for at tverrfaglig team skal fungere er et minimum av felles ideologi. Dette sammen med de ulike partene i et team ikke bare innehar kunnskap, men også hvordan de bruker sin kunnskap og skaper en fellesfølelse. (Lauvås & Lauvås, 2004 s. 211-212). Reeves et al. (2011, s. 40) skriver om tre kjerneelementer som karakteriserer team. For det første bør hvert individ identifisere seg selv som teammedlemmer, for det andre bør hvert team medlem ha hver sin individuelle rolle med egne oppgaver for å hindre at flere teammedlemmer gjør samme jobb. For det tredje bør hvert team ha felles enighet om hvordan de vil jobbe sammen (Reeves et al., 2011, s. 40).

*Et team er en gruppe av mennesker med høy grad av gjensidig avhengighet, rettet mot å nå et mål eller fullføre en oppgave. Med andre ord er teammedlemmene enige om et mål og enige om at den eneste måten å nå målet på, er å arbeide sammen*

(Parker & Lorentzen, 1998, s. 57).

*Opprettelse av tverrfaglig team er en vanlig metode for å organisere arbeid som skal løse komplekse problemer i helse- og velferdssektoren*

(Ramsdal, 2019, s. 95).

Ifølge Ramsdal (2019, s. 96) er bruk av tverrfaglige team en vanlig metode for å organisere arbeid som skal løse komplekse problemer i helse- og velferdssektoren. Det er økt bruk av team virksomhet, spesielt i helsesektoren da det mer mye komplekse utfordringer og spesialiseringen som utgjør «silotendenser» og gjør samhandling utfordrende. Tanken bak opprettelse av team var da å øke effektiviteten og samordne tjenestene i helsesektoren til det bedre.

Det er flere utfordringer knyttet til teamarbeid ifølge Ambrose-Miller og Ashcroft (2016, s. 101, min oversettelse) De identifiserte seks felter som bør vies ekstra oppmerksomhet. Det var kultur, selv-identitet, rolle-avklaring, beslutningstagning, kommunikasjon og makt-dynamikker. Disse feltene ble markert til å enten være til hinder for eller tilretteleggende for gode teamarbeid.

Westphal, Forbes og Barach (2009, s. 16) hevder at:” *Team synes å gjøre færre feil enn enkelt personer, særlig der hvor hvert enkelt teammedlem kjenner sitt eget og de andre medlemmenes ansvar. Men det å bringe folk sammen for å utføre en spesifikk oppgave sikrer ikke automatisk at de vil fungere som et team. Teamarbeid avhenger av at hver enkelt f.eks. lege, med sine varierende bakgrunner, er villig til å samarbeide om et felles mål og å kommunisere, jobbe effektivt sammen og forbedre seg.*

Rice (2009) retter søkelyset på betydningen av å skille teamsamarbeid fra gruppearbeid. Tilfeldig sammensatte grupper av mennesker kan miste søkelyset på eller hensikten med oppgaven og mangle felles verdier for samarbeidet. Til sammenligning, er en begrenset gruppe mennesker hvor de enkeltes kompetanse utfyller hverandre og som arbeider mot et definert mål som de i fellesskap skal nå, utfra en bestemt fremgangsmåte. Å inneha faglig kompetanse er en av forutsetningene for å være en utfyllende del av et team. Samtidig mener

Rice (2009) at det er en misforstått oppfatning at man ved å sette sammen høyt kvalifisert faglig personell fra ulike profesjoner vil få et godt fungerende team. Han peker på at årsaken er at effektivitet og resultater ofte også er knyttet til personlige egenskaper som kan ha negativ innvirkning på teamets resultater.

## **2.4 Kommunikasjon**

Ved å utvikle mellommenneskelige kommunikasjonsevner får man fleksibilitet til å håndtere ulike mennesker og situasjoner som kan resultere i bedre samhandling. Slike resultater får vi kun ved egen erfaring og kunnskap (French & Blomgren, 1997, s. 8). Kommunikasjon er utfordrende i møte med mennesker, og det finnes ingen retningslinje eller prosedyre for hvordan man skal løse det. Det er mange ulike forståelser om hvordan kommunikasjon forstås ut ifra ulike profesjonsgrupper (Fjelldal & Örtenblad, 2018, s. 11). Under samhandlingen blir noe gjort «felles» og det er de som kommuniserer som må finne ut av hva som skjer mellom dem. I dette tilfelle gjelder det både kommunikasjon internt i teamet samt overføringsprosessen med andre avdelinger. Vi har alle egne forutsetninger for tolkning i samhandling og det kan føre til at vi ikke forstår situasjonen likt. Det kan ikke forventes at man skal ha felles forståelse, men det skal være respekt for den andre sitt ståsted og perspektiv og forstå at det er ulike oppfatninger enn vi selv har (Fjelldal & Örtenblad, 2018, s. 111). Kommunikasjonen er viktig under pasientoverganger ved at enhetene har ulik forståelse og kunnskap om pasienten. God kommunikasjon vil kunne komme pasienten til gode ved at overgangen blir sømløs og mer helhetlig. DPS og akuttpsykiatriske sykehusavdelinger har felles journalsystem, noe som kan gjøre overføringen og samhandlingen enklere enn til for eksempel kommunehelsetjenesten.

## **2.5 Samhandling**

Det er ofte de mest sårbare og kritiske pasientene i samfunnet som er avhengig av helhetlige helsetjenester, men alle de ulike aktørene som bidrar til behandling har ulike organisatoriske inndelinger som kan gjøre dette utfordrende. I nyere tid er det høy grad av spesialisering som fører til større grad av organisatoriske fragmenterte tjenester. Samtidig er det høyere krav til samhandling mellom ulike aktører (Støkken & Nylehn, 2002, s. 52; Tjora & Melby, 2013, s. 13; Vik, 2018). Samhandling opptrer når en aktør er avhengig av andre aktørers handlinger for å realisere sine intensjoner, og aktørene tar hensyn til denne gjensidige avhengigheten i beslutningene om å handle (Tjora & Melby, 2013, s. 32). Bukve og Kvåle (2014, s. 16) skriver det som et samarbeid der det ikke finnes en aktør som har

fullstendig kontroll over en prosess eller utføringen av en oppgave og derfor blir det i slike situasjoner mange utfordringer som må håndteres. Bjørkquist og Fineide (2019, s. 9) skriver at samhandling er en pågående prosess som stadig må (re-) etableres og vedlikeholdes. Ulike deler blir sett i sammenheng, prioritert og tilpasset hverandre, og flere ulike aktører samarbeider på ulike måter. Samhandling er svært sentralt i pasientoverganger når en pasient flyttes mellom like avdelinger eller enheter. Der er det ekstra viktig med samhandling på tvers av både profesjoner, helsepersonell og aktører og etater. Helsepersonell har måtte samhandle og dele kunnskap og samhandlet rundt helseutfordringer da det ofte kommer frem stort og komplekse utfordringer som krever flere aktører og pasientforløp (Tjora & Melby, 2013, s. 13; Vik, 2018). Det er utfordrende å få til et helhetlig og samordnet behandlingstilbud til pasienter med komplekse og sammensatte behov da de ofte krever oppfølging fra ulike etater samtidig. Tjenestetilbudet en pasient mottar kan være parallelle og/eller sekvensielle. Parallelle tjenestetilbud innebærer at pasienten tar imot flere tjenester fra ulike virksomheter samtidig uten at disse blir satt i sammenheng. Sekvensielle tjenestetilbud viser til at pasienten mottar en tjeneste om gangen. Det er opp til de som gir tjenester å involvere pasienten for å vite hva de ønsker (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 10; Bukve & Kvåle, 2014b, s. 17).

For å få til en vellykket samhandling er det viktig med likeverd mellom aktørene. Det menes både gjennom institusjonen og helsepersonellet (Vik, 2018) En god samhandling er basert på gjensidig respekt og tillit og at alle parter kommer inn med kunnskap om er korrekt og blir anerkjent av de andre partene (Bukve & Kvåle, 2014, s. 16; Hatch & Thorbjørnsen, 2001, s. 190). Ballo skriver at samhandling mellom ulike aktører bør sikre at medarbeiderne er kjent med aktuelle oppgaver, myndighet og rolleutøvelse (Ballo, 2014, s. 33). Selv om disse elementene er «til stede» under et samarbeid kan samhandlingen likevel svikte av flere ulike grunner som ikke alltid er så lett å sette fingeren på da de både kan svikte både på organisasjonsnivå og systemnivå (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 9). Partene i samhandlingen må ikke bare tenke på seg og sitt ansvarsområde, men hele tiden ha målet for samhandlingen og jobbe ut ifra dette. Det er det som gjør tjenestene helhetlige. Dette krever en sterk ledelsesforankring med bevisstgjøring om samarbeidskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkeltes tjeneste (Ballo, 2014, s. 150; Hansen & Ramsdal, 2014, s. 56). Klarhet og informasjonsflyt er viktig i samhandling mellom ulike aktører. Samtidig er det viktig at pasienten opplever respekt og føler at de blir inkludert i sin egen behandling. Brukermedvirkning er viktig og fremmer pasientens opplevelse av samhandling og inkludering. Det å ha klare rammeverk eller retningslinjer vil redusere usikkerhet i

organisasjonen å sikre informasjon for å kunne utføre en handling. En retningslinje er et verktøy som brukes for å styre kvaliteten samt beskriver hvem som skal gjøre hva i prosess. (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 12-13; Eriksson-Zetterquist, Kalling, Styhre & Woll, 2014, s. 156). Semundseth og Wergeland-Jenssen (2017, s. 34-35) mener at trygghet på opplevelsen av hvem man er, vil vise seg sammen med andre. En god selvfølelse vil være et positivt og ønsket karaktertrekk i samhandling da denne: *«innebærer at man i større grad aksepterer og anerkjenner andre»*.

Jo flere ledd en pasient må innom i behandlingsoppfølgingen jo større sannsynlighet er det for at de helhetlige tjenestene vil svikte, og den skadelidende parten blir pasienten. Innledningsvis ble det beskrevet at pasienten har flere pasientoverganger under en innleggelse. Med flere overganger vil det også øke sannsynligheten for at det skapes gråsoner og dobbeltarbeid der det er uklart om hvem som har ansvar og myndighet for hvilket oppgaver. Da er det ekstra viktig at alle til enhver tid vet hvor oppfølgingsansvaret ligger (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 10).

Niels et al. (2015) vektlegger at vellykket samhandling mellom ulike nivåer i psykisk helsetjeneste påvirkes både på systemnivå, organisasjonsnivå og mellommenneskelig nivå. Ønsket om en bedre samhandling har blitt en politisk og helsefaglig kjernesak. Resultatene fra studien viser at forskningsfeltet knytter samhandlingsutfordringer til manglende møteplasser og lokale retningslinjer, samt manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse (Vik, 2018). Vellykket samhandling beskrives i sammenheng med ansikt-til-ansikt-relasjon og teamarbeid, samt relasjoner som er preget av likeverdighetstankegang og gjensidighetskunnskap (Bradley et al., 2008, s. 394).

## **2.6 Organisasjonskultur**

Hva de ulike avdelingene vektlegger i pasientens behandling, er ofte basert på «kulturen» på avdelingen». Hva som er viktig, hva som bør prioriteres først, hvordan de løser arbeidsoppgavene. Det er ofte inngrodder mønstre som er laget over lang tid og som er vanskelig å endre på (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 77; Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 8; Tjora & Melby, 2013, s. 14).

Relasjonelle hindringer viser til manglende tillit, personlige motsetninger og revirtenking. Gjensidig respekt og tillit vil gjøre så det blir lettere å samhandle. Profesjonelle og kulturelle barrierer bunner gjerne i ulike vurderinger, holdninger og tilnærminger. (Axelsson &

Axelsson, 2006, s. 83; Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 8; Grimen, 2008, s. 200). San Martn-Rodrguez, Beaulieu, D'amour og Ferrada-Videla (2005, s. 5) snakker om determinanter eller faktorer som kan bidra til å hemme eller fremme samarbeidet. Helsepersonell vil ha en sterk kulturell tilhørighet til autonomi som kan ha en tendens til å fremme og støtte individualisme.

Høyskoler og universiteter har vil lære studentene å samarbeide i større grad enn tidligere ettersom søkelyset på samarbeid og samhandling øker i fokus. NTNU i Trondheim har et obligatorisk emne kalt Eksperter i Team (EiT) siden 2001. Der er målet at studentene skal lære å samarbeide i tverrfaglige team. Dette tiltaket ble iverksatt fordi næringslivet har behov for «uteksaminerte kandidater med evne og ferdigheter til å arbeide i team med personer med ulik fagbakgrunn» (Sortland, 2015, s. 284).

## 2.7 Profesjonenes betydningsfulle rolle

*«Hvordan selve ordet profesjon skal forstås er utfordrende, og det har det vært lenge. I dag er det vel synonymt med «ekspertyrker» eller «kunnskapsbaserte yrker.»*

(Molander & Smeby, 2013, s. 11).

Profesjonalisering er preget av oppnåelse av dominans, autonomi og kontroll mer enn kollegialitet og tillit. Utvikling av samarbeid er avhengig av annerkjennelse av fagpersoner og gjensidig avhengighet som aksepterer «gråsoner» der deres ulike bidrag kan overlappe hverandre. Dette kan føre til at dynamikken til profesjonalisering til en differensiering av fagpersoner og til territoriell atferd på arbeidsplassen (Ramsdal & Ramsdal, 2007, s. 142). Profesjoner har en jurisdiksjon som er «enerett» eller «revirtenkning» på ulike arbeidsoppgaver» som kun skal kunne utføre av bestemte profesjoner (Abbott, 1988; Molander & Terum, 2008, s. 18). Poenget er at profesjonene vil beholde og beskytte domenet sitt mot inntrengere, og kan være ødeleggende og en hindring for et tverrfaglig samarbeid dersom de ulike profesjonene innehar en slik revirtekning. Det vil da være ønskelig at de ulike profesjonene kan se utover sine egne interesser og gi opp deler av sitt revir for en felles tenkning (Abbott, 1988). Bjørkquist og Fineide (2019, s. 10) skriver om utfordringer om at tjenester ikke i tilstrekkelig grad kjenner til hverandres arbeidsområder, og/eller at de har feil eller urealistiske forventninger til hva andre tjenester skal og kan bidra med. Uenighet om målene med tiltak man gjennomfører, er også en utfordring, og det samme er manglende



tilbakemelding. Manglende prioritering av samarbeid fra ledelsens side er også en hindring. Dette er faktorer som gjør det vanskelig å få til en samordning.

Det er ikke lengre nok å bare være en profesjonell helsearbeider, men må i tillegg være tverrprofesjonell. Med det mener at man må kunne samarbeide med andre med ulik helsefaglig bakgrunn, og sammen må man skape «noe» den enkelte helsefagarbeider ikke hadde kunnet klart alene (Nilsen, 2010).

Måseide (2008, s. 367) vektlegger profesjoner som arbeider i en profesjonell samhandling. De samhandle selv om de har en positiv eller negativ mening. Uttrykket viser til samarbeid eller konflikter, vi i noen situasjoner har mer med hverandre å gjøre, er nødt til å omgås eller ta hensyn til hverandre. Kommunikasjon og relasjon er grunnmuren i alt arbeidet vi utfører, og partene står i et avhengighetsforhold til hverandre. Profesjoners rolle som formidlere og fortolkere er knyttet til et tillitsbasert ansvar. Det vil si at den andre parten trenger kompetansen deres og må stole på at kompetansen er til stede når de overlater sakene sine i de profesjonelles hender. Dette ansvaret innebærer en maktrelasjon, der den ene part ønsker å få tilgang til noe den andre part innehar. Da kan den ene parten utføre makt, også mot den andres vilje. Profesjoners makt baserer seg på at de kontrollerer kunnskap og siden de bestemmer hvem som skal få hjelp, øker makten deres betydelig (Molander & Terum, 2008, s. 14). Ansvaret til profesjonene handler også om rettferdiggjøring. Profesjonen har plikt til å svare på hva de gjør og hvorfor de gjør det på en faglig forsvarlig måte. Og alt må legitimeres. Grunnen til det er for at man skal forsøke å redusere mulighetene for misbruk av makt (Molander & Terum, 2008, s. 14).

*«Det avgjørende er å kjenne seg velkommen og bli lukket inn, og slik bli en del av et gjensidig og forpliktende fellesskap der man vil hverandre vel»*

(Grelland, 2014, s. 140).

### **3.0 Metode**

Dette kapitlet vil ta for meg hvordan jeg har valgt å utføre denne studien. Deretter vil bakgrunn for valget av informanter og hvordan jeg rekrutterte dem. Videre legges det fram hvordan intervjuguiden er bygd opp og hvordan informantene ble presentert for intervjuet og informasjonsguiden. Så går jeg over til å beskrive gjennomføringen av intervjuene som inkluderer tidsbruk og stedsangivelser. I neste hovedpunkt formulerer jeg metoden for hvordan analysen har foregått før jeg videre vil skrive om studiens reliabilitet og validitet. Her forklarer jeg hvilke vurderinger som er gjort underveis og hvilke hensyn som er tatt. Jeg vil i denne oppgaven se mer på ressurssituasjonen og miljøterapeutenes erfaringer, og i mindre omfang direkte samhandling mellom miljøterapeuter, behandlere og koordinatore internt på avdelingene. Informantene mine besto av fem vernepleiere, og en sykepleier.

#### **3.1 Valg av forskningsmetode og design**

Hvilken metode som velges i undersøkelser avhenger av problemstillingen. Hvis hensikten er å undersøke hvordan mennesker oppfører seg i ulike kontekster, velges en individuell tilnærming (Jacobsen, 2015, s. 37). Jeg ønsker å benytte primærdata som er *«data som er samlet inn av en forsker, med det formål å belyse en spesiell problemstilling»* (Jacobsen, 2015, s. 124) i min fremstilling av temaet. For å besvare problemstillingen som følger; «Hvordan er samarbeidet mellom miljøterapeuter på DPS og akuttpsykiatrisk avdeling rundt pasientoverganger?» på en best mulig måte, har jeg valgt en kvalitativ metode. Ifølge Malterud (2017, s. 30-31) kan kvalitative metoder bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer og kan brukes til å styrke forståelsen til hvorfor mennesker gjør som de gjør. Jeg vil her presisere at overgangen jeg setter søkelys på er overgang fra akuttpsykiatrisk avdeling på sykehuset til DPS døgnavdelinger.

Det er ikke uvanlig i kvalitative studier er å utvikle en hypotese og å velge denne metoden for å teste hypotesen. Jeg har bevisst valgt å ikke utvikle en hypotese da jeg som forsker ønsker å gå inn i studien med et åpent sinn til tross for min forforståelse om valgt tema. Om jeg hadde benyttet en hypotese i denne studien er jeg redd jeg ubevisst hadde styrt resultatene mine i retning de antagelsene jeg på forhånd trodde var årsaken til fenomenet. Da hadde jeg i mindre grad fått frem nye interessante årsakssammenhenger (Jacobsen, 2015, s. 362; Malterud, 2017, s. 177).

Akuttpsykiatrien skal ta pasientene i den akutte fasen, mens på DPS gir de spesialisert utredning og differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. DPS har også ansvar for å bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten (Larsen & Bjørneboe, 2009,s.34).

Oppgavens problemstilling er deskriptiv som vil si beskrivende. Det er det jeg ønsker; nemlig å få utdypende og beskrivende erfaringer fra de jeg intervjuer på temaet hvordan samarbeidet mellom miljøterapeuter på DPS og akuttpsykiatrisk avdelinger er rundt pasientoverganger. I tillegg er problemstillingen eksplorerende og utforskende. Ifølge Jacobsen (2015, s. 31); Malterud (2017, s. 31) krever en slik problemstilling en metode som får frem nyanser, som går i dybden og som er åpen for kontekstuelle variasjoner. Undersøkelsesopplegget forutsetter en grundig og detaljert innsamling av data der en underveis gir rom for utdyping og detaljkunnskap og er omfattende og tidkrevende. Det vil derfor være naturlig å konsentrere seg om et mindre utvalg enheter. Designet jeg har valgt er et intensivt design som betyr at jeg går i dybden av et problem. Jeg vil forsøke å belyse samhandlingen rund pasientoverganger, og ønsker få frem mest mulig relevante og riktige data omkring dette. Designet kan medføre at det blir vanskelig å generalisere i forhold til en større populasjon og kan også ha betydning for oppgavens reliabilitet og validitet. Det beste hadde jo vært å undersøke både i dybden og bredde, men av både tidsmessig og kostnadmessige årsaker er ikke det seg gjøre. Hensikten med intensive undersøkelsesdesign er å få mest mulig oversikt over en aktuell hendelse man ønsker å vite mer om. Da er det viktig med alle nyansene som betyr at vi må få med så mange variabler som mulig. I utgangspunktet vil ofte at man er interessert i de individuelle variasjonene, forskjellene og likhetene (Jacobsen, 2015, s. 87-89).

### **3.1.1 Det kvalitative forskningsintervju**

Jeg fant ut at for å kunne svare på problemstillingen jeg har valgt, var det informantenes forståelse av fenomenet jeg var ute etter å forske på (Jacobsen, 2015, s. 31). ifølge Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge (2015, s. 47) bør et kvalitativt intervju inneholde både fakta spørsmål og meningsspørsmål.

Jeg har valgt å intervju mine informanter for å innhente informasjon om hvordan de opplever samhandlingen. Jeg har da valgt en semistrukturert intervjuform som skal hjelpe

meg å forstå det jeg ønsker ut ifra informantens eget perspektiv (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015, s. 46). Forskningsintervjuet er en interpersonlig situasjon der det er en samtale mellom to parter, i dette tilfelle to mennesker som snakker om et felles emne. I intervjuet skapes kunnskap i skjæringspunktet mellom intervjuerens og informantens synspunkter. Den personlige kontakten og innsikten i den andres livsverden og forståelse gjør intervjuet gjør det spennende. (Kvale et al., 2015, s. 156)

Ifølge Kvale et al. (2015, s. 160) kan en intervjusituasjon kan være en spennende erfaring, men også stressende og anspent. De første minuttene er avgjørende for resten av intervjuet. Intervjupersonen vil gjerne ha en klar oppfatning av den som intervjuer før de legger ut om erfaringer, opplevelser og følelsesmessige hendelser. Det kan intervjueren vise ved å skape en god relasjon. Ved å fortelle hva man vil med det, informere på nytt om båndopptaker og hvorfor man bruker det, lytte og være interessert i hva som blir fortalt er alternativer man kan gjøre for å legge til rette for en god stemning.

### **3.2 Forforståelse**

Som forsker har en med seg en forforståelse for temaet man vil undersøke. Den kan være et resultat som er påvirket av tidligere erfaringer og fagbakgrunn. Det er viktig at forskeren er bevisst si forforståelse og sitt tolkningsmønster før intervjuene slik at denne forståelsen ikke bli blandet sammen med forståelsen av fenomenet man søker etter (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 171-178).

Min forforståelse har bakgrunn i at jeg er utdannet vernepleier. Jeg jobber på en akuttpsykiatrisk avdeling, og har dermed erfaring fra denne type samhandling jeg ønsker å søke dypere i. Likevel kan det være lett å la frustrasjonen ta overhånd, og tro at alle andre har bedre løsninger enn seg selv. Selv uten å vite hvordan andre løser sine pasientoverganger. Jeg har også tidligere arbeidet på en DPS, og sett samhandlingen fra det perspektivet. Dette arbeidsforholdet var før jeg var utdannet så derfor har jeg ikke så mye samhandlingserfaring derifra, men kjenner likevel litt til systemet. Jeg har også gjennom dette studiet, samhandling mellom helse- og velferdstjenester tilegnet med en del kunnskap. Mine verdier som menneske, og som vernepleier bygger på at alle mennesker skal bli sett og hørt. Det er også viktig å med løsningsfokusert fokus, og det må ofte flere mennesker til for å finne gode løsninger.

### 3.3 Rekruttering av informanter

*«Intervju så mange personer som trengs for å finne ut det du trenger å vite» (Kvale et al., 2015, s. 148).*

Informanter er de som skal hjelpe med å svare på problemstillingen som er satt. Jeg vil se på samarbeidet mellom miljøterapeuter på DPS og akuttpsykiatrisk avdeling. Det er da naturlig å ønske å innhente data fra de som jobber på disse stedene og som står i samhandlingen jeg er ute etter. Jeg valgte å se dette fra miljøperspektivperspektivet. Altså med de som jobber med pasientene i det daglige.

Det er mange ulike måter å hente inn informanter på. Jeg valgte å kontakte seksjonslederne på avdelingene jeg ønsket intervju noen på så de kunne finne ut to-tre miljøterapeuter som har jobbet der minimum ett år og som sitter inne med kunnskap som jeg kan benytte. Jeg opplevde at alle seksjonslederne var positive når jeg kontaktet de alle pr telefon. Fikk jeg først avslag på en DPS da han ikke fant informanter til meg, men ved å bruke en kollega som hadde kontakter fikk vi til en informant likevel.

Jeg valgte som tidligere nevnt å starte med å ringe seksjonslederne. Nummeret har jeg henter fra min egen arbeidsplass da vi samhandler med de aktuelle arbeidsplassene fra før. Noen av avdelinger er i samme bygg som jeg jobber. Jeg valgte å intervju noen fra avdelinger jeg kjenner minst personale så jeg ikke hadde noen relasjon til informantene fra før av.

Etter å ha oppnådd telefonkontakt med seksjonslederne ga jeg de en ukes tid på å finne noen jeg kunne intervju. Vi vekslet mailadresser så jeg fikk sendt informasjonsskrivet av mitt prosjekt. Den inneholdt blant annet en kort introduksjon av mitt prosjekt, hvor jeg studerer og hensikten med undersøkelsen min. Jeg presiserte at personvernet vil bli ivaretatt av de som ville delta i prosjektet, og at de på hvilket som helst tidspunkt kan trekke seg uten grunn. Mitt ønske var at det ble satt av i underkant av en time til intervjuet og at det kunne foregå på arbeidsplassen deres, i arbeidstiden.

Jeg forsøkte å kontakte tre ulike DPS, men den ene svarte ikke til tross for utallige forsøk på å ringe opp samt forespørsler via mail. En annen seksjonsleder hadde utfordringer med at ingen ønsket å stille til intervju. Ved hjelp av tillitsvalgt i fagforeningen min som kjenner alle klarte hun at en stilte opp til intervju med meg likevel. På siste DPS' en fikk jeg to informanter. Ønsker egentlig en fra hver DPS, men siden jeg ikke fikk kontakt med den ene sa

jeg ja til begge informantene fra samme sted. Jeg fikk vite at de ikke jobbet så tett sammen. De hadde også ulik alder og kjønn så håpet at de ville gi meg litt ulike svar.

Informanter i akuttpsykiatrien var lettere å få tak i. Samtlige seksjonsledere var svært imøtekommende og kunne ikke vært mer behjelpelige. Alle seksjonslederne både innen DPS og akuttpsykiatrisk avdeling ga meg navnet og evt. telefonnummer til de aktuelle informantene. Deretter sendte jeg de SMS eller sendte de en melding på Facebook. Alle reagerte innen kort tid og det var lett å avtale tidspunkt med dem. En av informantene trakk seg imidlertid etter å ha mottatt informasjonsskrivet da han ikke ønsket at det var bruk av båndopptaker. Jeg respekterte selvfølgelig det og fikk hjelp av seksjonsleder til å finn en ny informant. Det løste seg uten problem og han fikk i likhet med de andre en SMS eller melding på Facebook for nærmere avtale.

| <b>Informant nr</b> | <b>Profesjon</b> | <b>Enhet</b>   |
|---------------------|------------------|----------------|
| <b>Informant 1</b>  | Vernepleier      | Akuttpsykiatri |
| <b>Informant 2</b>  | Vernepleier      | Akuttpsykiatri |
| <b>Informant 3</b>  | Vernepleier      | DPS            |
| <b>Informant 4</b>  | Vernepleier      | DPS            |
| <b>Informant 5</b>  | Vernepleier      | DPS            |
| <b>Informant 6</b>  | Sykepleier       | Akuttpsykiatri |

*Figur 2: Hvem informant, jobber hvor.*

Som begrunnelse på hvorfor jeg valgte nettopp å intervju miljøpersonale vil jeg vise til Vik (2018, s. 121) sin studie som skriver om at det er gjennom helseprofesjonene selv man erfarer hvilke utfordringer og muligheter man får gjennom samhandling. Det er de som kjenner det på kroppen. De står i det daglig både i møte med pasientene og er de som må samhandle på tvers av profesjonelle og organisatoriske grenser, for å gi pasienten et helhetlig behandlingstilbud.

### 3.3 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene

Intervjuguiden er ett oppsett av spørsmål som jeg ønsker svar på gjennom intervjuene. Guiden kan enten inneholde temaer som det er ønsket å dekke, eller være en detaljert rekkefølge. Når det kommer til semistrukturerte intervjuer, som jeg har ønske å gjøre i min oppgave, vil guiden inneholde en oversikt over emner som skal dekkes, med forslag til spørsmål. Det er individuelt om hvor strengt og forutbestemt man vil utføre et semistrukturert intervju.

Under intervjuene man utfører, kan man få mer kunnskap og endrete nyanser som kan utvikle metoden og intervjuguiden. Dette kan skape et dilemma for resten av intervjuene. Skal man utelukke den nye kunnskapen og nyansene fortsette som først tenkt, eller skal man bruke den nye kunnskapen og endre intervjuguiden? (Kvale et al., 2015, s. 147). Det er en av grunnen til at det er lurt å utføre et «pilotintervju». Vi vet ikke hvordan spørsmålene fungerer i praksis. Det å kunne teste intervjuguiden på en person som ikke skal telle med i videre arbeidet, men kun som en pekepinn for oss om vi har stilt spørsmålene på en slik måte at vi får de dataene vi er ute etter. Det er lettere å endre spørsmålene før vi får for store mengder data (Malterud, 2017, s. 55). Jeg valgte å ha pilotintervju med en kollega. Dette for å oppleve intervjusituasjonen i praksis, og ikke minst for å se hvordan intervjuguiden og spørsmål fungerte. Der fant jeg ut at intervjuguiden fungerte greit, og jeg gjorde kun noen små justeringer på formuleringen på noen av spørsmålene.

Forskningsintervjuet er en interpersonlig situasjon, en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse (Kvale et al., 2015, s. 156). Jeg valgte å dra til informantens arbeidssted for å intervju. Da ble det ingen ekstrautgift eller ekstra bruk av tid for dem. De fikk gjøre det i arbeidstiden. Jeg hadde sagt at de fikk velge tidspunkt for intervjuet da de vet når det er møter eller mye å gjøre på avdelingen. Dette gjorde jeg fordi de ikke skulle sitte og stresse over alt som skulle vært gjort og føle stresset på utsiden av døren. For meg var det, så lenge det var mulig til tross for koronarestriksjoner, å gjøre det ansikt til ansikt for lettere å kjenne på stemningen, se på kroppsspråket og mimikken til informantene som jeg personlig opplever å miste ved å gjøre det for eksempel digitalt eller gjennom telefon. Jeg hadde fortalt dem at intervjuet tok mellom 30-45 minutter. Noe alle intervjuet var innenfor tidsrammen på. Det var interessant hvor forskjellige informantene var. De var ulik på både kjønn, alder, men også på hvordan de forholdt seg under intervjuet. Noen som nervøse, andre selvsikre og målbevisste. Noen hadde et ordrikt ordforråd og hadde mye på hjertet, mens andre svarte kort

på hvert spørsmål så det krevde mer av meg å stille oppfølgingsspørsmål for å få informasjonen jeg var ute etter.

### **3.4 Transkribering og analyse**

Ifølge Malterud (2017, s. 77-80) er formålet med transkripsjonen å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele. Teksten skal best mulig ivareta det opprinnelige materialet, særlig slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under intervjuet, men det er viktig å tenke på at selv den mest nøyaktige transkripsjon vil aldri kunne og mer enn en enn avgrenset og situert bilde av virkeligheten. Transkripsjon er et oversettelsesledd mellom intervjuet og det skriftlige arbeidet videre, og det er viktig å overveie hvilken transkripsjonsprosedyre som best tar vare på innholdet i dataene på en pålitelig og gyldig måte (Malterud, 2017, s. 77). Kvalitativ metode vil alltid innebære en teksttolkning uavhengig av analysemetode, og det er viktig at transkripsjonen har vært lojal mot det opprinnelige materialet som i dette tilfelle er intervjuet.

Ifølge Malterud (2017, s. 78-79) vil det naturlige talespråket bli mer oppstykket og uformelt er skriftspråket og det vil skje en fordreining av dataene når man gjør intervjuet over til et skriftlig arbeid. Formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen i en form som videreformidler på best mulig å hva informantene ville meddele. Noen ganger kan det være vanskelig å høre hva som ble sagt på opptaket. Den som gjennomfører intervjuene kan i ettertid huske momenter som gjøre det lettere å oppklare usikkerheter og det er derfor anbefalt at den som intervjuer transkriberer intervjuene selv, selv om det er en tidkrevende jobb. Ved å gjøre dette selv kan det styrke validiteten til analysematerialet og forskeren får gått igjennom intervjuet på nytt som kan gi rom for nye tanker og slutninger enn når intervjuet ble gjort. Som kan komme til nytte i analyse prosessen. Det kan fort skje at man i transkriberingsprosessen innser at man har mye «dødt» materiale som ikke har noen nytte videre. Om man gjengir akkurat det som blir sagt i intervjuet er det ikke sikkert at man får en god gjengivelse. Det kommer an på ulike ekstraord, dialekter og samtidig som non verbal kommunikasjon er viktig, men det kommer ikke frem i transkribering. Det er viktig å velge rett transkriberingsmetode. Da kan man velge mellom standardisert transkriberingsmetode, fast metode og rigid metode. Standardisert metode gjør det lettere å sammenligne med andre sine forskere sine resultater og konklusjoner. En fast prosedyre begrunner oppsettet grundig



og vil derfor styrke påliteligheten, mens rigid oppsett er mer opptatt av innholdet i samtalen enn hvordan det har gått seg til og vil med de svekke presisjon og relevans.

Jeg brukte lydopptak i intervjuene, og gjorde transkriberingsjobben selv. Ofte samme kveld. Jeg tok ikke notater under selv intervjuet fordi jeg ville fokusere fullt på hva som ble sagt slik at jeg kunne stille bedre oppfølgingsspørsmål. I stedet tok jeg og skrev notater da jeg kom til bilen rett etterpå om hvordan de tok meg imot, kroppsspråk. I transkriberingen fjernet alle «ehh-er», fyllord og pauser. Når jeg hadde transkribert alle intervjuene ferdig satt jeg igjen med 40 sider med enkel linjeavstand. For å gjøre jobben videre enklere samlet jeg alle de ferdig transkriberte intervjuene i ett og samme dokument.

### **3.5 Reliabilitet og validitet**

Det er et krav til forskning om systematikk og etterprøvbarehet slik at resultatene er pålitelige, troverdige og relevante. Det er avgjørende å stille seg spørsmål om data som er samlet inn er pålitelige og gyldige. Reliabilitet refererer til hvor grundig undersøkelsens data er, hva som blir brukt av data, måten de er samlet inn på og hvordan bearbeidelsen har foregått. En test på datas reliabilitet er å repetere en helt lik undersøkelse på en tilsvarende gruppe mennesker på to ulike tider. Høy reliabilitet er til stede, hvis utfallet blir det samme. Et helt likt intervju med transkribering kan bli totalt forskjellig ut ifra hvordan man setter komma og punktum som igjen kan gjøre utslag på reliabiliteten (Kvale et al., 2015, s. 357). I tillegg til at data må være pålitelige og troverdige, må den også være gyldig (valid) og relevant. Med dette menes at innsamlet data virkelig svarer på problemstillingen. Det skilles også mellom intern gyldighet og ekstern gyldighet der intern gyldighet går ut på om resultatene oppfattes som riktig og om vi har beskrevet fenomenet på rett måte, og ekstern gyldighet går ut på om dataene vi får ut av metoden kan generaliseres (Jacobsen, 2015, s. 17).

### **3.6 Etikk**

I all forskning er det mange etiske utfordringer man må ta hensyn til. Etikken skal fremme respekt for andre mennesker og beskytte informantenes helse og rettigheter. Som forsker, og den som informerer må jeg være kjent med de etiske utfordringene det innebærer og ta hensyn til de i prosjektet mitt.

Ifølge Malterud (2017, s. 211) har deltagere fire typer risiko eller belastning som de kan utsettes for. Det er psykisk uro, misbruk, fordreining og gjenkjennelse. I et intervju gir

deltagerne ofte innsikt i fortrolige forhold og er sårbart for deltageren. Det å vise aktsomhet når vi tar opp sensitive temaer eller utsatte grupper.

Datainnsamlingen i kvalitative intervjuer forutsetter gjensidig tillit og respekt da dataene som ofte skal innhentes er av personlig karakter. En skeptisk informant velger ofte å unnlate eller holde tilbake informasjon som de tror ikke er fordelaktig. Så det å klare å investere tid og krefter og jobbe med å etablere nærhet til informanten kan lønne seg for å få et rikt datamateriale (Malterud, 2017, s. 211).

Videre i kvalitative datainnsamlingen kan man høre om historier man kan la seg bli revet med på. Det kan være veldig såre temaer og det kan være vanskelig å få innblikk i. Da er det likevel viktig å forvalte historien på en nøktern måte som kan lede til pålitelig og gyldig kunnskap (Malterud, 2017, s. 112). Utgangspunktet for norsk forskningsetikk mellom forsker og deltager er ifølge Jacobsen (2015, s. 45) informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt. Det er ifølge Malterud (2017, s. 214) og Jacobsen (2015, s. 46) strenge krav til informert samtykke i kvalitative datainnsamlinger, det vil si at deltakeren skal skeive under på at det skal kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om han eller hun ønsker å gi sin kunnskap eller ikke. De skal få innblikk i hvordan data skal innsamles og håndteres så det er mulig å si nei ute at det skal oppstå vanskelig situasjoner. Deltagerne skal kunne trekke seg når som helst i forløpet om de syns det hele tar en annen vending enn de forventet, eller av andre årsaker. Da skal materialet deltageren har kommet med slettes og gjennom informert samtykke skal deltageren være trygg på at anonymitet og personvern blir tilfredsstillende ivaretatt. Det er også viktig at deltageren har forstått informasjonen han har fått av oss, noe som ikke er lett å vite med sikkerhet at har skjedd, men en regel er at jo mer sensitiv informasjon man skal ha jo strengere krav det til å vite at de har forstått det vi har forsøkt formidle (Jacobsen, 2015, s. 47). Krav om privatliv er noe vi som forsker må tenke at alle skal ha en frisone i livet sitt som ikke bør forskes på. Men igjen kommer det an på hvor følsom informasjonen vi samler inn er, og hvor privat informasjonen er. I tillegg må vi tenke på om det er muligheter for å identifisere enkeltpersonene ut ifra dataene som er samles inn. For å hindre dette, kan man enten utelate informasjon som lett kan kjennes igjen eller man kan endre for eksempel alder, kjønn, alder, utdanning og bosted (Jacobsen, 2015, s. 49).

*«Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningslitteratur.»*

(Dalland, 2012, s. 94)

Jeg hadde tenkt og reflektert en god del rundt de etiske utfordringene i forkant og det er etiske utfordringer i alle ledd på en studie, fra planlegging til gjennomføring og formidling av resultatene. Det å forberede seg og vite hvordan man skal håndtere det er en del av jobben (Dalland, 2012, s. 95)

I planleggingsfasen sendte jeg inn søknad til NSD om hvordan jeg hadde tenkt å legge opp studien slik at personvernet skulle bli ivaretatt på en rett måte. Tilbakemeldingen var 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. Referansenummeret på prosjektet er 219346. Jeg leste meg opp på korrekt bruk av personvern, frivillig samtykke, anonymisering og retten til å kunne trekke seg når som helst i løpet av perioden. Samtidig var det viktig å tenke igjen at belastningen på mine informanter ikke skulle bli ødeleggende for dem i ettertid. Av enten av tidligere traumer som blir dratt opp igjen, dårlig samvittighet eller vonde bieffekter av intervjuet som å ha bli gjenkjent av kollegaer eller ledelsen på arbeidsplassen for å ha sagt noe de ikke likte. Jeg måtte ha i bakhodet at det ikke skulle ødelegge noe for noen. Jeg valgte jo ut en max to fra hver avdeling fra de ulike enhetene så anonymisering tenkte jeg kanskje kunne by på utfordringer samtidig som det å finne en god løsning på oppbevaring av dataene ble et punkt jeg tenkte mye over. Lydopptakene ble lagret på nettskjema.no (diktafon appen) og samtykkeskjemaene med informantenes samtykke ble oppbevart i en skuff inne på mitt soverom.

I etterkant av intervjuene, formidling av resultatene er det nye etiske overveielser jeg måtte ta hensyn til. Noe jeg måtte tenke over når jeg formidlet mine funn fra intervjuene var at jeg ikke skulle skrive noe som kunne føre til sjanse eller skuffelse over meg som intervjuer overfor informantene. Det kunne for eksempel være forhold på arbeidsplassen eller ang ledelsen eller annet som kunne skade eller ødelegge for informanten.

### 3.7 Analysestrategi

De transkriberte intervjuene danner grunnlaget for videre analysearbeid. I analysearbeidet har jeg brukt systematisk tekstkondensering (STK), utviklet av Kirsti Malterud. Hun omtaler metoden som pragmatisk, og som en tverrgående analyse av kvalitative data. Det er ingen vitenskapelig filosofi, men et ønske om å bruke metoden som veileder for nybegynnere innen kvalitativ metode. Den ble utviklet slik at man kan analysere på en systematisk og overkommelig måte. Det er ikke behov for å ha tidligere kunnskap om vitenskapsfilosofi, eller tradisjoner innenfor kvalitativ metode, utover det grunnleggende. STK deler fenomenologiens oppfatning om at vi får gyldig kunnskap fra deltagerens hverdagsliv (Malterud, 2017, s. 116). Hun viser til Giorgis fenomenologiske metode som en viktig inspirasjonskilde for utviklingen av metoden. I første trinn av analysen prøver man å sette egne erfaringer til side for å ikke ødelegge for deltagerens stemme. I STK er holdningen likevel at det er viktig å erkjenne hva forskerens ståsted har å si for den situerte kunnskapen. Malterud hevder videre at det verken er ønskelig eller mulig, å opprettholde en analytisk distanse gjennom studiet. Meningen er at et fenomen kan fremstå i ulike versjoner avhengig av perspektivet. Et annet fellestrekk mellom STK og fenomenologi er at man i analysen har som mål å beskrive fenomenet mest relevante sider så nøyaktig som mulig, også forholdet til andre fenomener. Metoden er opptatt av hvilken sammenheng subjektiviteten står i. Når man analyserer kvalitative data medfører det som regel en dekontekstualisering og rekontekstualisering (Malterud, 2017, s. 85). Det betyr at man først løfter ut deler av datamaterialet og ser på det sammen med andre lignende deler. Deretter forsikrer man seg om at informasjonen man har løftet ut, og satt inn i en ny sammenheng, fortsatt har en «[...] forsvarlig referanse til sammenhengene de kommer fra». Malterud anbefaler at man ikke gjennomfører analysen alene for da kan man miste flere detaljer eller ikke se alle nyansene. Hun skriver at fremgangsmåten i analysen skal presenteres eksplisitt, slik at intersubjektiviteten ivaretas. Under her, gjengis en sammenfatning av analysens fire trinn:

1. Det første jeg gjorde i analysen var å lese igjennom de transkriberte intervjuene for å forsøke å danne meg et helhetsinntrykk. Det gjorde jeg for å finne en felles oppfatning av hva det innsamlete materialet prøvde fortelle meg. Jeg forsøkte å danne meg et bilde, og vurdere mulige temaer som på en eller annen måte kunne representerer samhandlingen. Dette var en svært tidkrevende jobb på grunn av omfanget og utfordringene. Helheten er nå viktigere enn detaljene på dette trinnet i analysen. Dette gjorde jeg i tråd med det første punktet i analysen til Malterud som lyder som følger:

2. Finne koder, kategorier og begreper (fra foreløpige temaer til koder og sortering) For å utføre dette punktet tok jeg vare på sitatene jeg mente bar med seg kunnskap om ett eller flere tema rundt problemstillingen. Temaene ble så til koder. Ett eksempel på en kode jeg valgte var «avdelingens struktur internt». De meningsbærende enhetene som inneholdt tekst som omhandler det, ble sortert under denne koden. En kode kan sammenlignes med en kommode som inneholder klær. Jeg leste igjennom det transkriberte materialet mitt flere ganger og noterte bak de utklippede sitatene hva sitatet handlet om.
3. Kondensering (fra kode til abstrahert meningsinnhold) var det tredje trinnet i analyseprosessen. Det skulle gjøre innholdet fra å være en kode til å gi en mening. Etter hvert som jeg arbeidet med å identifisere de meningsbærende enhetene, begynte jeg å se på hva temaene i første trinn representerte. De meningsbærende enhetene ble deretter abstrahert i subgrupper under hver kode. Eksempler på subgrupper jeg lagde meg var «Varierende opplevelse av bemanningssituasjonen» og «turnus som utfordring». Subgruppene kan forklares som hyller i den kommoden som ble nevnt over her. At man sorterer buksene og gensere hver for seg i egne hyller for å systematisere klærne på samme måte som subgruppene skal systematisere dataene i studien. Deretter kondenserte og sammenfattet jeg stoffet i hver subgruppe gjennom å lage et kunstig sitat, også kalt et kondensat. Hensikten med sitatet er omsette innholdet fra de meningsbærende enhetene til en mer felles form.
4. Syntese (fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater) sammenfatter funn i fortolkede synteser. Det gir grunnlag for beskrivelser og begreper som kan presenteres. Det å bruke kondensatene fra trinn tre til å lage en analytisk tekst for hver sub og kodegruppe. Disse illustreres med gullsitater kan konkretisere hovedfunn. Viktig å vurdere om beskrivelsene stemmer overens med inntrykket av det opprinnelige materialet, før analysen starter. Mellomtitlene i resultatkapitlet bør ikke si noe om hva man har undersøkt, men hva man har funnet.

| Meningsbærende enheter                                                                                                                                                                               | Subgruppe                               | Kode                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|
| Vi er greit bemannet. på en normal hverdag og alle som skal være på jobb er på jobb så skal vi kunne klare oss med en ansatt på to pasienter.                                                        | Bemanningssituasjonen                   | Avdelingens struktur |
| Alle pasientene får to primærkontakter. Vi tilstreber at det er en høyskoleutdannet og en helsefagarbeider.                                                                                          | Mange ulike roller på avdelingen        |                      |
| Man jobber jo turnus og det skjer jo veldig mye hver dag og det kan være vanskelig å holde følge med hva som skjedde for to dager siden.                                                             | Turnus er en utfordring                 |                      |
| Akkurat nå har det kommet flere faste behandlere inn, så vi begynner å se at vi kommer en vei. at vi kan få en felles opplevelse og ikke overkjøre personale og pasient og mer kniving enn samarbeid | Stadig utskiftninger av behandlergruppa |                      |

Figur 2: Eksempel på meningsbærende enheter i analyse

## **4.0 Funn**

I dette kapittelet redegjør jeg for studiens funn der problemstillingen lyder som følger; *Hvordan er samarbeidet mellom ansatte på DPS og akuttpsykiatrisk avdeling rundt pasientoverganger?* Med forskningsspørsmålene: «Hvordan er avdelingene organisert?» og «Hvordan erfares samarbeidet mellom enhetene ved overgang i løpet av behandlingstiden?»

### **4.1 Pasientoverganger og prosedyren rundt overføringene**

Pasientovergangen jeg setter søkelys på er overgang fra akuttpsykiatrisk avdeling til DPS. Det er mulig med pasientovergang fra DPS til akuttpsykiatrisk avdeling, men da er det DPS som vurderer at pasienten er for syk til å være hos dem. Dette forekommer sjeldent. Da har pasientene behov for høyere omsorgsnivå enn DPS sine rammer tilbyr for der pasientene er innlagt frivillig. I selve overføringsprosessen av pasienter er det utarbeidet en felles prosedyre er ment som et hjelpemiddel for medarbeidere ved psykiatrisk avdeling og DPS døgnsesjoner med forsvarlighet og kvalitet i pasientoverføringen. Prosedyren er en retningslinje som ligger på en felles plattform som hele spesialisthelsetjenesten har tilgang til. Grunnlaget i pasientoverføringen er prosedyren som er felles for akuttpsykiatrien og DPS.. I retningslinjene står det at det er seksjonsledere ved akuttpsykiatrisk avdeling og DPS som har ansvar for informasjon, koordinering og praktisk gjennomføring av interne overføringer. Seksjonsledere ved psykiatrisk avdeling skal varsle seksjonsledere DPS døgns så snart videre behandling på DPS er vurdert som aktuelt. Ved uenighet om videre behandling innkaller seksjonsleder fra psykiatrisk avdeling seksjonsleder DPS døgnsesjon til hastemøte for å komme fram til videre behandling ved DPS. Overføringsnotat/henvisning blir sendt til DPS døgnsesjon og når det var ferdigstilt og godkjent, ringte psykiatrisk avdeling DPS som formidler henvendelsen til rett person. I dette tilfelle vil det være koordinator, seksjonsleder eller ansvarsvakt som står ansvarlig for henvisningene. DPS døgnsesjon skal som hovedregel ha mottatt pasienten innen kl. 14.00 hverdager eller etter avtale.

*«Vi har jo bare behandler frem til 15.30 på hverdagene. det skjer jo aldri at de kommer tidlig fra akuttpsykiatrisk avdeling. Behandlerne skal jo ta en vurdering og da må de være her innen kl 14, men det er jo regel vi har, men vi holder jo ikke på den. Så er ikke vits å si at vi har den regelen. Hvis vi prøver å si nei så kommer det en telefon at vi må likevel. Et ønske kan vi jo kalle det. At de kommer innen kl. 14 så behandler har muligheten til å en vurdering og et godt mottak. Det skjer også at behandler kun rekke skrive det aller nødvendigste, og må fullføre innskriftnotatet dagen etter. Da må de som jobber kveld, bruke egen erfaring og skjønn.»*

Informant 3, DPS

Informantene på de akuttpsykiatriske avdelingene hadde ikke hørt eller sett noen retningslinjer i forbindelse med pasientoverføring. Noe som ikke nødvendigvis er så unaturlig, da miljøterapeutene ikke har noe med den formelle delen av pasientoverføringen å gjøre. De på DPS hadde et visst forhold til prosedyrene. Enten hadde informantene hørt de muntlig mellom miljøpersonalet, eller så var de viktigste poengene fra prosedyren skrevet på en tavle på personalrommet. Ingen hadde kjennskap til prosedyren som var gjeldene i papirform eller elektronisk. Ansvarsvakten på DPS måtte ta imot telefoner fra de akuttpsykiatriske avdelingene. I henhold til den skriftlige prosedyren måtte mottagende post, i dette tilfelle DPS, stille kontrollspørsmål til innringeren fra akuttpsykiatrisk avdeling for å forsikre seg om at det var rett post for pasienten som ble meldt. Dette ble ofte ikke mottatt på en konstruktiv måte, og de kom ofte utfor ufine og sinte personer som henviste pasienter som gjorde jobben til ansvarsvaktene på DPS svært krevende. På grunn av den årsak var det kun to stykker av miljøpersonalet på den ene DPS' en som var fortrolig med å ha ansvarsvakter og som hadde det når de var på jobb. Resterende unngikk å ha ansvarsvakter når det var muligheter for at det ble meldt pasienter. Dette var en løsning miljøterapeutene seg imellom hadde funnet ut for å lette byrden til de som kviet seg for å ha ansvarsvakter, og ingen nedfelt skriftlig rutine.

*«Ja det foreligger vel noen retningslinjer vel. Nå har ikke jeg lest meg så veldig opp på dem, annet enn det jeg har fått muntlig beskjed om, men det er vel stort sett det at det som kommer fra akuttpsykiatrisk skal vi ta imot.»*

Informant 3, DPS.



## 4.2 Organisering

De tre akuttpsykiatriske avdelingene og de to DPS' ene hadde en god del felles trekk når det gjaldt organisering og bemanning. De var alle representert med samme profesjoner i arbeidsgruppen. Alle hadde sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, helsefagarbeidere, assistenter, overleger, LIS-leger (Lege i spesialisering), psykologspesialister og psykiatere på avdelingene. Sykepleiere og vernepleiere hadde helt like oppgaver på alle avdelingene. Om alle var på jobb i en vanlig grunnturnus var det omtrent en ansatt på to pasienter. Det kom også frem at på alle akuttpsykiatriavdelinger og DPS jobber miljøpersonale i turnusarbeid. Behandlerne på alle avdelingene jobbet stort sett kun dagtid så de hadde kontrollen på behandlingen til pasienten. Psykologspesialistene som også kunne være behandlere, jobbet rene dagturnuser på alle stedene. Mens LIS legene hadde egne turnuser som betydde at de ikke var der like mye som de faste behandlerne. Samtlige informanter som alle var miljøterapeuter, ga uttrykk for vanskeligheter med å ha kontroll på behandlingen for sine primærpasienter når de hadde noen dager fri i turnus. Mye kunne ha skjedd i behandlingen og nye avgjørelser kunne vært gjort på de dagene de var borte.

*«Vi jobber jo turnus og det skjer jo veldig mye hver dag og det kan være vanskelig å holde følge med hva som skjedde for to dager siden.»*

Informant 1, akuttpsykiatrisk avdeling

Behandlerne på DPS hadde ingen vaktordninger som gjorde at de ikke var på jobb enkelte dager i uka. DPS har ingen legedekning kveld og natt og om pasienten har behov for legehjelp må de derfor dra på legevakta sammen med et personale fra avdelingen. Behandlerne på DPS hadde ingen vaktordninger så de var på jobb hver dag fra kl. 8-15.30.

Behandlerteamene som ble nevnt hos informanter både på DPS og akuttpsykiatrien var miniteam og tverrfaglig møter. Alle avdelingene og enhetene hadde kjennskap til bruk av disse, men det var i ulikt hvor ofte de brukte det og hvordan de løste det.

Tverrfaglige behandlingsmøter hadde alle avdelingene i hverdagen. Hver enkelt pasient ble presentert, og diskutert med behandlere og ansvarsvakt. Hva hadde skjedd siste døgnet, og hva var planen videre i behandlingen. Seksjonsleder var med noen ganger på disse møtene, men ikke på daglig basis på noen av arbeidsplassene grunnet andre viktige arbeidsoppgaver. Alle informantene var godt kjent med å jobbe i team. Informantene gir uttrykk av å føle på en trygghet ved å være flere om avgjørelser i behandlingen. Behandleren hadde siste ord i den

medisinske behandlingen, mens miljøterapeutene hadde mest ansvar når det kom til miljøterapeutiske behandlingen. Informantene fra akuttpsykiatrien fortalte at i arbeidet med tverrfaglige team var det behandler som la føringene på behandlingen, men at de var flinke til å drøfte med teamet i viktige avgjørelser. De brukte tverrfaglig møter som en forberedelse til hva de kunne ta opp i miniteamet for at miniteamet skulle være fruktbart.. En av informantene fra den andre DPS' en nevner at behandlerne hadde mest kunnskap og var høyere opp i hierarkiet, men at jobben miljøterapeutene gjorde var også viktig. Det var de som hadde den daglige omsorgen for de og iverksatte miljøterapeutiske tiltak i avdelingen. Behandlerne hadde mye ansvar og muligheten for å ta store avgjørelser når det kom til medisinske avgjørelser, men de snakket kanskje med pasienten 1 time pr uke.

Miniteam vil si at behandlere og primærkontakter drøfter pasientens aktuelle problemstillinger, eller veien videre rundt behandling. Dette er en fast gruppe som har møter en gang pr uke når den ene eller begge primærkontaktene er på jobb. Ofte diskuterer teamet sammen først slik at de hadde en plan, før de snakker med pasienten. Miniteam har til hensikt å sikre god kommunikasjonsflyt og fordele oppgavene til team medlemmene der tanken også er å evaluere oppsatte mål underveis i prosessen. En av informantene fra DPS kunne fortelle at de hadde miniteam fast på alle pasientene hver uke. En av informantene fra akuttpsykiatrien, fortalte at avdelingen vedkommende kom fra ikke hadde noe systematisk bruk av miniteam. Den andre informanten fra akuttpsykiatrien hadde ingen bruk av miniteam, mens den tredje hadde noe mer systematisk bruk. Felles rundt erfaring i akuttpsykiatrien var at det var noe tilfeldig når de ble brukt i behandlingen til pasientene. Avdelingene innad i akuttpsykiatri hadde noe ulik erfaring og fartstid med miniteam.

*«Miniteam ja, det er vi har snakket om og prøvd litt, men det er vi ikke så gode på å bruke nei.»*

Informant 1, akuttpsykiatrisk avdeling.

Akuttpsykiatrien hadde mer bruk av vikarer da det var både høyere sykdomsfravær og oftere økt bemanning. På den ene avdelingen i akuttpsykiatrien ble vikarer som var godt kjent og jobbet mye, også satt til primæransvar på pasienter. De andre avdelingene i akuttpsykiatrien brukte ikke vikarer til primæransvar, men kun som dagskontakter. DPS brukte også vikarer, men i mindre skala enn akuttpsykiatrien. De meldte om lavere sykdomsfravær, og en stabil personalstab som følge av et godt arbeidsmiljø.

#### 4.2.2 Det som skiller de akuttpsykiatriske avdelingene og DPS

I alle de akuttpsykiatriske avdelingene jeg intervjuet var det stedfortredere for seksjonsleder som henviste pasientene videre til DPS. Det vil si at miljøpersonalet ikke har noe med overføringer å gjøre, utenom å skrive overføringsnotat som gikk på den miljøterapeutiske delen av behandlingen.

Mine funn viste at de som jobbet i akuttpsykiatriske avdelinger opplevde at bemanningen var for dårlig. Informantene hadde en oppfatning at lederne for sjeldent skaffet ekstra personale til tross for at det var behov for dette i avdelingen. De følte seg ikke hørt når de ga tilbakemelding om manglende bemanning. Hvor ofte avdelingen har tilsyn til pasientene påvirker hvor høyt omsorgsnivå pasienten har behov for, som igjen påvirker hvor god bemanningen oppleves å være.

Når pasienten er innlagt på akuttpsykiatriske avdeling har de ansatte ansvar for at pasienten mottar forsvarlig helsehjelp, og vil derfor ha jevnlig tilsyn flere ganger i løpe av døgnet, også om natten. Miljøpersonalet skal kunne observere pasientene og om pasientene er mye alene på sitt eget rom, må miljøpersonalet likevel se de med jevne mellomrom da de er syke og sårbare. På akuttpsykiatriske akuttmottak var det tilsyn hvert 30. minutt hele døgnet og på de akuttpsykiatriske avdelingene var det tilsyn minimum hver hele time mens pasienten var våken, og noe færre tilsyn på natt når pasienten sover. I akuttpsykiatrien er det låste dører. De fleste må derfor ha med følge av personal når de skal ut av avdelingen. Videre har mange pasienter behov for tett oppfølging store deler av døgnet, noe ikke personalet bestandig klarer å følge opp grunnet høyt arbeidspress. Legene i akuttpsykiatrien hadde noen vakter innimellom som «husvakt», «forvakt» eller «bakvakt» som dekket alle de psykiatriske avdelingene på akuttpsykiatriske avdeling. Det resulterte i at de noen ganger ikke var på jobb i avdelingen på dagtid eller hadde fri, men når de var avdelingens overlege hadde de mye fritak fra slike vaktordninger.

En av informantene fra akuttpsykiatriske avdeling fortalte at det varierte veldig hvor god kontakt det var mellom miljøpersonalet og behandlere. Det hadde påvirkning på hvor lett det var å ta opp diskusjoner med den andre parten da behandlerne og miljøpersonalet hadde ulike måter å jobbe på. Vedkommende kunne fortelle at noen behandlere på avdelingen var svært inkluderende med miljøterapeutene og la mye arbeid i å skape en god relasjon med miljøterapeutene. Andre behandlere virket ikke til å legge særlig innsats i relasjonsbygging med samarbeidspartnere sine internt.

De to DPS ene som jeg har intervjuet to miljøterapeuter på består av tre seksjoner; døgnenhet, poliklinikk og ambulant team. Den ene DPS' en har to døgnavdelinger, der en døgnkontinuerlig avdeling og den andre er stengt i helgene. Med det menes at det var en fem døgn avdeling der pasientene må på permisjon i helgene og avdelingen er stengt. De andre DPS' ene har en avdeling som er bemannet i helgene og blir kalt en syv døgn post. Pasientene er innlagt frivillig som betyr at de selv er interessert i behandling for sin problematikk. De må kunne benytte seg av tilbudet til DPS som består at gruppeterapi og samtalerapi. Og både suicidrisikoen og voldsriskoen til pasienten må være lav i de organisatoriske rammene DPS kan tilby.

Informantene fortalte at de hadde en egen koordinator som tok imot henvisningene fra akuttpsykiatrisk avdeling når det kom til pasientoverføringer. De var ikke en del av miljøterapeutene i miljøet eller behandlergruppa. Seksjonslederne kunne også ta imot henvisninger på pasienter om ikke koordinatorene var til stede. Det skulle i utgangspunktet ikke overføres pasienter på kveld og natt til DPS, da det var koordinator og seksjonsleder sitt ansvarsområde å vurdere henvisningene. Likevel kan ting skje i akuttpsykiatrien som gjør at det er nødvendig å flytte over pasienter til DPS på andre tider av døgnet når verken seksjonsleder eller koordinator var tilgjengelig. Pasienter som gjeldende pasientmottaker på DPS (koordinator, seksjonsleder eller ansvarsvakt) mente, var for dårlig for deres rammer og rutiner forsøkte de å stoppe for å bli overført til DPS. De har altså mulighet til å avvise pasienter, så lenge dette gjøres på et godt faglig grunnlag.

To av informantene fra DPS ga uttrykk for at de hadde en tilfredsstillende bemanning, mens den tredje informant syns den var utilstrekkelig. Likevel nevnte alle tre informantene at ledelsen satt inn ekstra bemanning ved behov uten noen større diskusjon. En informant fra DPS sa at de hadde nok å gjøre, men de rakk likevel minimum to faste samtaler med pasientene hver vakt med den bemanningen de hadde tilgjengelig. Med DPS sine organisatoriske rammer og rutiner må pasientene være ganske selvgående. Overlegene som var behandlerne på DPS jobbet også kun dagtid som gjorde det enklere for de å holde tråden i pasientbehandlingen.

Felles for de to DPS' ene var at det var store utskiftninger blant behandlerne da de for inntil nylig ikke hadde hatt behandlere i faste stillinger. Det resulterte i interne samarbeidsutfordringer. Nylig hadde de fått faste behandlere og de så nå for seg bedre samarbeid internt, som gjorde at jobbet for samme mål, i stedet for hver sin retning. De kunne nå å bli bedre kjent med hverandre over tid og skape tillit til hverandre som en tverrfaglig

behandlergruppe. Informantene i akuttpsykiatrien uttrykk for at de hadde en stabil og erfaren behandlergruppe som de hadde et godt samarbeid og forhold til.

*«Vi har stått i utfordringer lenge, med pasienter vi har kjent over flere år. Så det å starte på nytt gang på gang med nye behandlere er slitsomt og har nok påvirket vårt samarbeid internt negativt og det samme med pasientene som må starte opp nye behandlingsrelasjoner.»*

Informant 5, DPS.

DPS er en åpen post der pasientene kan gå ut og inn som de vil i tillegg til å følge avdelingens oppsatte aktiviteter. Pasientene som er innlagt på DPS er så å si selvgående, og mange bruker oppholdet på DPS til å ha en del permisjoner hjem.

*«Vi har 12 pasientrom pluss to samtalerom og de bruker vi relativt ofte syns jeg.»*

Informant 1, akuttpsykiatrisk avdeling.

Informantene fra begge DPS hadde erfaring i hva som kunne skape mistillit hos pasienten.

*«Selv om de er planlagt fra akuttpsyk. sin side, er de ikke planlagt på DPS. Dette sier jo en del om at det er lite samarbeid mellom de to institusjonene.»*

Informant 3, DPS

Primærkontakter var de personene i personalet som har hovedansvaret for omsorgen og kontakten med den enkelte pasienten og deres pårørende. Ordningen med primærkontakt skal gi muligheten til å ivareta kontinuitet, stabilitet og individuell pasientomsorg. Ansvarsvakten er den som har hovedansvaret på avdelingen den vakten. Samtlige avdelingene hadde også bruk av vikarer i hverdagen for å få nok folk til å gå opp ved sykdom og ekstra innleie.

*Alle pasientene får to primærkontakter. Vi tilstreber at det er en høgscoleutdannet og en helsefagarbeider. Det for å prøve å spre kompetansen.*

Informant 3, fra DPS.

### **4.3 Utfordringer i samhandlingen**

Jeg vil her dele punktet i små underkapitler for å skape mest mulig orden. Det starter med **(4.3.1) forhøyet pasienttrykk**, før jeg går over til **(4.3.2) forventningspress**, så videre til **(4.3.3) lovnader og for lite kunnskap**, **(4.3.4) mangel på forståelse og respekt i overgangene** før jeg avslutter med **(4.3.5) mangel på treffpunkter og savn etter hospitering**.

#### **4.3.1 Forhøyet pasienttrykk**

Informantene fra de akuttpsykiatriske avdelingene var samstemt om et svært forhøyet pasienttrykk over lang tid. Diskusjonen om hvilken pasient som kunne overflyttes DPS var en daglig tematikk i de tverrfaglige møtene. Informantene i akuttpsykiatrien sa at de hadde mye overbelegg og på en av akuttpsykiatriavdelingene lå det pasienter på dobbeltrom i de verste periodene med pasienttrykk. En av informantene fra akuttpsykiatrien ga uttrykk for at samhandlingen handlet om hvem som skjov hvor, og at en blir sittende igjen med svarteper på slutten.

*«Stadig reduksjon av sengeplasser i helsesektoren er jo noe som øker trykket overalt» sier en av informantene fra akuttpsykiatrien og hevder at det «ikke blir færre syke, heller flere syke som er i behov av innleggelse og hjelp.»*

Informant 2, akuttpsykiatrisk avdeling.

*«Pasientene bør være på akuttpsykiatrisk når de trenger det og på DPS når de trenger det.»*

Informant 2, akuttpsykiatrisk avdeling.

*«Vi opplever at i hele 2020 har det vært en forhøyet trykk. Forventningene fra akuttpsykiatrisk blir større i forhold til hyppigere utskrivelser. Det er sikkert fordi*

*trykket på akuttpsyk. blir større og pasientene er dårligere. Vi får flere pasienter enn tidligere, og liggetiden blir kortere.»*

Informant 5, DPS.

*«Jeg syns det er et stort trykk. Jeg syns det er ofte sånn at.. senest forrige uke hvem kan en skrive ut, hvem kan man fremskynde utskrivelsen eller overføringen på for å få plass til det som kommer i helga. Så det er jo stort trykk og er ofte overbelegg med hvert fall en pasient.»*

Informant 1 akuttpsykiatrisk avdeling

#### **4.3.2 Forventningspress**

DPS informantene forteller om et kraftig forventningspress fra akuttpsykiatrisk avdeling om å skrive ut flere pasienter slik at de kan ta imot pasientene de sender. En informant fra DPS lurte på hvorfor pasienter ble overført til DPS når det var tydelig at behandlingen var avsluttet. Spesielt når akuttpsykiatrisk hadde en forventning om at DPS likevel måtte skrive ut samme pasientene rett etterpå grunnet pasienttrykk. Spesielt i hektiske perioder med mye pasienttrykk og utskrivelser.

Den informasjonen behandlerne fikk av miljøterapeutene, var en stor del av avgjørelsesgrunnlaget til den videre behandlingen.

*«Nei, det går etter når behandlerne mener vi ikke kan tilby mer behandling. Vi er en akuttpost. Vi skal bare stabilisere, dempe trykket og så sende videre til andre som kan fortsette jobben. Det finnes forbedringspotensialet på det punktet.»*

Informant 1 akuttpsykiatrisk avdeling

#### **4.3.3 Lovnader og for lite kunnskap**

Informantene fra DPS satt med en erfaring om at akuttpsykiatrisk avdeling ofte lovet pasienter lengre opphold på DPS enn det pasienten fikk. Det hadde ført til pasienter fikk mistillit til DPS fordi de hadde en annen plan for pasienten. Det står skrevet i retningslinjene

at det er behandler der pasienten er inneliggende som står for behandlingen til pasienten og derfor kan ikke behandler på akuttpsykiatrisk ytre noen mening om hvor langt opphold pasienten vil få på DPS.

*«Akuttpsykiatrisk hadde lovet en pasient et opphold hos oss på 14 dager, og da blir vi stilt i et dårlig lys om vi går imot det, selv om vi ikke mener det er nødvendig når pasienten egentlig er utskrivningsklar.»*

Informant 3, DPS

En av informantene fra DPS kunne fortelle at de stadig fikk inn pasienter ikke hadde fått informasjon om at deres post var en fem døgns avdeling der alle måtte ha permisjon i helgene. Det vil si at de sto ofte på torsdagene med helt nye pasienter som fikk beskjed om at i morgen må du hjem for deretter å komme tilbake på mandag. En av informantene på DPS undret seg også stadig over hvorfor mange pasienter ble overført når behandlingen helt tydelig var ferdig. Informanten sa det virket som om behandlerne ikke turte skrive ut pasientene, men heller sende de til neste ledd i behandlingskjeden og forskyve ansvaret til nestemann. En annen utfordring flere av informantene fra DPS stadig opplevde var liten forståelse for at pasienten måtte komme tidlig på dagen den dagen de ankom DPS. Utsagn om «hvorfor har ikke DPS mer overbelegg eller hyppigere utskrivelser, når de er friskere på DPS enn på hos oss på akuttpsykiatrisk». Slike uttalelser kan være med på å utfordre samhandlingen mellom enhetene ved at kunnskapen om hverandre er en mangelvare.

*«Du skal ikke bare ta en tur på DPS da?»* Informant 3 DPS opplever at det er slik behandlere sier på de akuttpsykiatriske avdelingene for å få pasientene videre i systemet. I dette tilfelle til DPS.

*«Det er ikke bare å sende pasienten mellom institusjoner og håpe at det fungerer.»*

Informant 2 akuttpsykiatrisk avdeling.



*«Når det alltid er en som har rett kan det føre til at pasienten får helt feil tilbud, som igjen fører til dårlig pasientbehandling.»*

Informant 3 DPS.

Informantene fra DPS var derfor usikre på hva slags kunnskap behandlerne satt på om DPS tilbud når de sendte disse pasientene. De ga også uttrykk for at de ikke følte at de akuttpsykiatriske avdelingene la noen innsats i å finne ut hvorfor DPS nektet å ta imot noen pasienter. DPS sin erfaring gikk på utfordringer med stedfortredere for seksjonsledere som henviste pasienter, som gjorde at deres egen opplevelse var at det var dem selv som var vanskelige i samhandlingen. Deres egen kunnskap og erfaring om pasientens motivasjon og utbytte av en innleggelse på DPS var uten betydning. Deres opplevelse var at behandlerne i de akuttpsykiatriske avdelingene kviet seg for å sende pasienter hjem til eget bosted, og at det var lettere å sende ansvaret videre til en DPS.

*«Noen av pasientene har ikke hørt om DPS engang ved innkomst, og langt mindre fått vite hvordan DPS fungerer og hvordan løpet er lagt opp. Det høres jo ikke ut som om pasienten har vært så mye involvert i avgjørelsen da?»*

Informant 3 DPS.

#### **4.3.4 Mangel på forståelse og respekt i overgangene mellom akuttpsykiatrien og DPS**

Informantene som jobbet i de tre akuttpsykiatriske avdelingene og de to DPS' ene var enig i at det å ha forståelse og kunnskap om hverandres ansvarsområder og behandlingsmuligheter var viktig for gode pasientoverganger. Alle informantene var enig i, at man slutt måtte ta en avgjørelse, men de var alle interessert i et bedre samarbeid med bedre forståelse av hverandres arbeidssteder. At alle meninger om pasientene kommer frem og blir diskutert hadde vært lønnsomt, så kunne man ha tatt utgangspunkt derifra.

Miljøterapeutene ga uttrykk for at ingen av enhetene opplevde samarbeid med hverandre. Noe av årsaken kan være at de ser pasientene på ulike stadier av sykdommen og at rammene og strukturen er løsere på DPS enn i akuttpsykiatrien og blir utslagsgivende for at pasienten får økt symptomtrykk og blir dårligere igjen. Miljøskifte kan være utløsende for økt

symptomtrykk hos pasienter i sammenheng med løsere rammer. Dette er noe man ikke kan finne ut av før man har forsøkt å flytte pasienten. Ofte går det bra, men noen ganger er ikke pasienten frisk nok, og må tilbake til mer struktur og rammer for å bli mer stabil før de igjen forsøkes overflyttes. Dette kan oppleves som at partene ikke klare samarbeide.

I dette avsnittet har jeg lagt frem funn som omhandler mangel på forståelse og opplevelse av respekt i overgangene, og nå vil jeg se mer på hva informantene tenker om treffpunkter og hospitering.

#### **4.3.5 Mangel på treffpunkter og savn etter hospitering**

De tre akuttpsykiatriske avdelingene og de to DPS' ene hadde felles tanker rundt treffpunkter og hospitering. Informantene var samstemt om behovet for treffpunkter på tvers av enhetene. En av informantene kom med forslaget om felles kurs, siden de skal jobbe mot samme mål. Terskelen for å ringe og drøfte utfordringer med de som også hadde kjennskap til pasienten kunne blitt lavere. Samtlige informanter ga uttrykk for at det ble gjort ulike faglige vurderinger i akuttpsykiatrisk avdeling og DPS som gjaldt medisiner, fokus og mål. En informant fra akuttpsykiatrisk avdeling mente at målet var at pasienten skulle få best mulig behandling.

*«Det er jobben vår, men at samarbeidsutfordringene vi sliter med gjør at pasienten ikke kommer i fokus. Slik dagens situasjon er nå, er ikke behandlingen gunstig for pasienten.»*

Informant 2, akuttpsykiatrisk avdeling

Informanten snakket om at de ikke fikk muligheten til å diskutere sammen. Eneste gangene de pratet sammen var på telefon ved overføringene. En annen informant fra akuttpsykiatrien ønsket å hospitere på en DPS i en mnd fordi han var nysgjerrig på hvordan de jobbet. En siste informant hadde en tanke om at seksjonslederne på DPS kunne deltatt på flere møter med akuttpsykiatrisk på dag eller ukesbasis. Dette for at DPS kunne føle seg mer inkludert, og behandlingskjeden til pasientene kunne kortes ned ved pasientene og erfaringene ble diskutert tidligere i behandlingsforløpet.

En av informantene fra DPS hadde vært på en akuttpsykiatrisk avdeling for å se hvordan de jobbet på en slik type avdeling. Seksjonslederen deres hadde åpnet for dette grunnet korona, og rolige tider på DPS. Det var bare en dag så de fikk ikke gjort annet enn å hilse på og se litt overfladisk hvordan de jobbet på lukket avdeling. Hun sa det var veldig annerledes, men nyttig å se innsiden en av akuttpsykiatrisk avdeling. Dette var et tiltak seksjonslederne hadde kommet frem til at samtlige miljøterapeuter fra den aktuelle DPS en skulle få muligheten til.

*«Jeg savner å ha et ansikt til den jeg snakker med på telefonen.»*

Informant 4, DPS.

#### **4.4. Hovedfunn**

Min problemstilling er: *Hvordan er samarbeidet mellom miljøterapeuter på DPS og akuttpsykiatrisk avdeling rundt pasientoverganger?*

Jeg hadde i tillegg to forskningsspørsmål som skal hjelpe meg med å svare på problemstillingen min;

- Hvilke faktorer er medvirkende for samhandlingen internt mellom akuttpsykiatri og DPS?
- Hvordan er enhetenes ressurssituasjon?

Mine funn rundt det første forskningsspørsmålet var at det er manglende kunnskap om felles prosedyre rundt pasientoverføringer. Eneste kommunikasjonen mellom miljøterapeutene i enhetene var for det meste skriftlig, gjennom henvisninger og overføringsnotat. Miljøterapeutene fra akuttpsykiatrien og DPS hadde ingen treffpunkter der de kunne diskutere pasienter eller behandling. Dette var noe begge parter ønsket seg. Andre utfordringer mellom enhetene som kom frem var at både DPS og akuttpsykiatrien opplevde et tidvis høyt pasienttrykk som førte til begge enheter måtte skyve pasienter videre i systemet for å frigi plass til sykere pasienter. Det bidro heller ikke positivt ut at informantene på DPS opplevde at behandlerne i akuttpsykiatrien virket til å heller sende pasienter til DPS i stedet for å skrive de ut når behandlingen virket å være avsluttet. Det kom også frem at noen pasienter hadde blitt lovet ulike ting fra behandleren eller miljøterapeutene i akuttpsykiatrien som for eksempel lengden på oppholdet på DPS som kunne medføre at pasientene opplevde mistillit til DPS.

Mine funn rundt andre forskningsspørsmål var at DPS på sin side hadde utfordringer med behandlergruppa da behandlerne ikke hadde faste stillinger. Så det å skape tillit og en følelse av fellesskap i en behandlergruppe hadde de ingen erfaring med. Informantene på DPS opplevde at de hadde bedre bemanning og mulighet til å ivareta pasientene sine enn informantene i akuttpsykiatrien. Mens en av miljøterapeutene fra akuttpsykiatrien kunne fortelle at noen behandlere på avdelingen var svært inkluderende med miljøterapeutene mens andre virket ikke til å legge særlig innsats i relasjonsbygging med samarbeidspartnere sine internt. Informantene i akuttpsykiatrien opplevde å ikke ha tid eller ressurser til å ivareta pasientene sine grunne høyt arbeidspress.

Dette kan bety at skyveproblematikken skaper en utfordrende samhandling mellom miljøterapeutene i de ulike enhetene. DPS opplever at akuttpsykiatrien forventer at de skal skaffe ledige senger selv om det betyr at DPS må skrive ut pasienter som ikke egentlig er ferdig i behandling.

Oppsummert på mine funn er at miljøpersonalet opplever lite samarbeid rundt de interne pasientovergangene mellom avdelingene. Dette synes å ha sin årsak i at det eksisterer en **skyveproblematikk (5.1)** på grunn av få sengeplasser og høyt arbeidspress for de ansatte. Det er også **mangel på formelle og uformelle samarbeidsstrukturer mellom enhetene (5.2)** Selv om det var etablert tverrfaglig team og mini-team internt i avdelingene er det også her noen utfordringer. **(5.3=avdelingsinterne forhold).**

## **5.0 Drøfting**

I dette kapittelet vil jeg drøfte mine funn i lys av tidligere forskning og valgt teori. Kapittelet er organisert på følgende måte: I den første delen drøfter **jeg (5.1) skyveproblematikken**. Den andre delen omhandler **(5.2) formelle og uformelle samarbeidsstrukturer mellom enhetene**. Og den tredje delen **(5.3)** omhandler de **avdelingsinterne forholdene**. Alle tre temaene påvirker hverandre, og denne studien belyser dermed kompleksiteten knyttet samhandling rundt interne pasientoverganger.

### **5.1 Skyveproblematikk**

Et av studiens hovedfunn er at pasienttrykk og dårlig bemanning sammen med ansvarsforskyving kan føre til skyveproblematikk. Flere av informantene fra akuttpsykiatrisk avdeling snakket om at det hele tiden kom inn nye pasienter med høyt omsorgsnivå som var i behov for tett oppfølging, som krevde mye av personalet. Noe de ikke hadde ikke tilfredsstillende bemanning til. Det endte med et enormt pasienttrykk der pasientene som krevde minst av personalet, eller som hadde best forutsetning for å klare seg enten hjemme eller på DPS, ble skrevet ut eller plassert på sin lokale DPS. Det er ikke det samme som at de er friske nok til å bli skrevet ut, men fordi sykere pasienter trenger plassen. Da overføres pasienter som er midt i aktiv behandling til en annen enhet. Der får de en annen behandler og nytt miljøpersonale, og må starte på nytt med relasjonsbygging og tillit (Ballo, 2014).

Bytte av behandler midt i et behandlingsløp kan skape sårbare overganger på individnivå, fordi det tar tid å gjenskape et tillitsforhold. Behandlerne og miljøpersonale må også sette seg inn i pasienten historie. Dette kan fort føre til at pasientene føler seg som kasteballer i systemet, da man hele tiden må starte på nytt og med nye relasjoner. Dette er utfordrende for pasienter som allerede er i en særdeles sårbar fase, og som ofte er i en krise i livet sitt. Det kan være utfordrende for den nye behandleren og personalgruppa å komme inn midt i en «behandlingsløp» som man ikke har vært med på å lage oppsettet (Bjørkquist et al., 2016, s. 158; Netteland 2014, s. 125).

Et avdelingsskifte kan være positivt eller negativt for pasienten. I noen tilfeller vil det være positivt for pasienten med ny behandler og miljøpersonale om pasienten eller miljøpersonale opplevde at de ikke kom noen vei, eller av andre grunner som for eksempel hadde dårlig kjemi. Som oftest er det midlertidig negativt for begge parter fordi man har en relasjon som blir skadet eller ødelagt i den relasjonen som er et så viktig terapeutisk middel

som er i tråd med hva Granerud og Bratrud (2011) skriver i sin artikkel om at trygghet, relasjon og kjennskap til pasientens livshistorie er forutsetninger for å lykkes i overføringsprosesser.

En av informantene fra akuttpsykiatrien hadde en oppfatning om at pasientovergangene handler mer om hvem som skyver pasienten hvor, enn det å faktisk jobbe helhetlig og sømløst. At det blir et økonomisk spørsmål der noen blir sittende igjen med «svarteper» på slutten. I samfunnsmessig perspektiv vil dette være unødvendig forvaltning av statlige midler. Dette er i tråd med det Ballo (2014) forteller som blir sett på som et dilemma der organisasjonene blir gitt for mange pasienter uten at de får tilsvarende økonomiske ressurser som for eksempel økt bemanning. For dårlig bemanning er en gjentakende faktor som gikk igjen i intervjuene, spesielt i akuttpsykiatrien. Men det kan også være aktuelt på DPS som må skrive ut pasienter ved økt pasienttrykk, og gi de et tilbud i poliklinikken. Pasientflyten skifter da fokus fra å bli begrunnet faglig til et økonomisk fokus. Samhandlingen virker til å være preget av å skyve ansvaret videre for å unngå å bli sittende med det økonomiske ansvaret til slutt. Pasientene blir da redusert til en økonomisk salderingspost uten at dette medfører mer bevilgninger som i dette tilfelle vil si økt bemanning. Et resultat av å skrive ut pasienter før de er klare kan været økte antall reinnleggelser som kan være et uttrykk for at det er det økonomiske premisset som styrer overføringene og utskrivelser.

Jo flere pasientovergangeroverganger vil det kunne øke sannsynligheten for at det skapes gråsoner og dobbeltarbeid der det er uklart om hvem som har ansvar og myndighet for hvilke oppgaver (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 10); Bjørkquist et al. (2016). DPS og akuttpsykiatrien har ulike organisatoriske rammer. Akuttpsykiatrien skal ta de akutte tilfellene der pasientene er så syke at de ikke innehar samtykkekompetanse mens DPS er for pasienter som enten er blitt friskere eller som selv ønsker hjelp og er innlagt av egen fri vilje. Begge er likevel en del av psykisk helsevern. Likevel kan det forekomme ifølge informantene i min studie, spesielt med økt pasienttrykk og pasientforskyving, at ansvarsområdene og oppgavefordelingen vil bli uoversiktlig og mangelfull i flere tilfeller der overføringene forekommer midt i et behandlingsløp, og ikke når det er behandlingsmessig rett med en overføring. Siden de ansatte jobber turnus, kan pasientovergangen bli gjennomført mens primærkontaktene har fri. Da kan overføringsnotatene og dagsnotatene bli mindre gode og utfyllende om det er vikarer eller ukjent dagskontakt som har ansvaret for å skrive, enn primærkontakten som kjenner best til pasienten. Organiseringen av primærkontaktordningen i akuttpsykiatrien er slik at det er to miljøpersonalet pr pasient. Som oftest er det enten en

sykepleier/vernepleier og en helsefagarbeider. Denne tverrfaglige sammensetningen skal sikre faglig bredde i behandlingen. Primærkontaktene ikke er på jobb, blir andre miljøpersonale dagskontakt på de pasientene uten primærkontakt. Derfor vil det variere hvem som står på hvem, og det kan være et annet fast miljøpersonale eller en vikar.

Ut fra det jeg fant i mine data var informantene fra DPS døgnavdeling enig at det ble overført pasienter fra akuttpsykiatrien til dem, som et resultat av at akuttpsykiatrisk avdeling hadde høyt pasienttrykk. Mange pasienter ble overført før det var behandlingsmessig riktig. Da måtte også DPS døgnavdeling skrive ut de minst dårlige pasientene til deres hjem med poliklinisk behandling, for å gjøre plass til pasientene fra akuttpsykiatrien. Da vil pasienttrykket fordeles videre i systemet for at pasientflyten ikke skal stoppe helt opp. Dette kan dessverre føre til en dårlig spiral, der ingen føler at de behandler pasientene, men bare skyver pasientene videre i systemet uten at pasientene får behandlingen de er i behov av. Dette er ikke i tråd med det Samhandlingsreformens mål om å sikre gode pasientforløp og overganger preget av kontinuitet, koordinasjon og god samordning for å imøtekomme de ulike pasientenes behov (St.Mld 47, 2008-2009).

Ifølge St.Mld 47 (2008-2009) og Bruun og Svendsen (2011) var tanken at pasientene skulle få behandling nærmere hjemme, og sykehusene skulle få redusert belastningen. Mine funn samsvarer med St.Mld 47 (2008-2009) egne funn som det står at samhandlingen mellom sykehusavdelinger og personellgrupper fremdeles er utfordrende flere år etter samhandlingsreformen ble iverksatt. Informantene fra akuttpsykiatrien kunne fortelle om pasienter som sover på dobbeltrom, og samtalerom i perioder. Nå er både akuttpsykiatrien og DPS en del av psykisk helsevern, men DPS er i større grad rettet mot kommunen. Mange pasienter har DPS utfordringer med å få sendt de videre til kommunene og hjem, for de er for syke. Derfor blir det vanskelig for DPS å utføre de arbeidsoppgavene de opprinnelig ble satt til, da de må være «brannslukkerne» til akuttpsykiatrien. Innimellom måtte de også sende pasienter i retur til akuttpsykiatrien fordi de var for syke til å få nytte av et opphold på DPS. Akuttpsykiatrien kunne innimellom sendte for syke pasienter videre fordi de likevel fremsto som friskere enn så mange av de andre pasientene.

Gode pasientovergang er et viktig å få til i helsesektoren, og samtlige pasienter må gjennom minimum en pasientoverføring i løpet av en innleggelse. Det er mange risikofaktorer som gjør overgangene utfordrende for å ivareta sikkerhetene til pasienten (St.Mld. 11, 2018-2019). Pasienter er sårbare i utgangspunkter og som må stole på at miljøpersonale ønsker de godt. Derfor er det rart at det ikke virker til å være et større fokusområde på å verne om

pasienten som faktisk blir overført. Det er pasienten som merker svikt i systemet på kroppen og som blir den «pakken» som sendes videre mellom avdelinger og enheter ettersom de økonomiske ressursene og skyveproblematikken svinger.

## **5.2 Mangel på formelle og uformelle samarbeidsstrukturer mellom enhetene**

Jeg vil her dele dette drøftingspunktet i små underkapitler. Det starter med **(5.2.1) retningslinjer**, før jeg går over til **(5.2.2) utveksling av kunnskap og informasjon**, og avslutter med **(5.2.3) kontinuitet og samhandling**.

### **5.2.1 Retningslinjer**

Aase (2018 s 139) skriver at overganger innad og mellom tjenestenivå er kjente risikoområder, der man bør jobbe for etterlevelse av prosedyrer, retningslinjer og regelverk. Et eksempel på en risikofaktor kan være manglende informasjon mellom partene. I retningslinjene mellom akuttpsykiatrien og DPS døgnavdeling står det at det er seksjonsledere ved akuttpsykiatrisk avdeling og DPS som har ansvar for at det blir gitt god nok informasjon til den andre parten i en pasientoverføring. De har det formelle høyeste ansvaret for at det blir gitt god nok informasjon til den andre parten i en pasientoverføring. Samtlige informanter sa at seksjonslederne ofte var med i de tverrfaglige møtene, men ikke på daglig basis ettersom disse hadde mange andre viktige møter og andre ting å ta seg til. Da er det ikke lett for seksjonsleder å ha full kontroll på informasjonsutvekslingen eller pasientene det gjelder selv. Det kan igjen føre til vanskeligheter for seksjonslederne når det gjennomføres hastemøter mellom akuttpsykiatrien og DPS. Det står i prosedyren at ved uenighet om videre behandling av pasienter skal seksjonslederne for de aktuelle avdelingene samles til et hastemøte for å avtale videre behandling. Utgangspunktet for samarbeidet må være målet om at pasientens forsvarlige helsetilbud ivaretas (Glavin& Erdal, 2013, s.46). Ifølge Vabo (2014 c 47 ) skal ledere fremme positiv utvikling av dokumentasjon og sikre at det ikke blir nedprioritert av andre oppgaver. Samtlige informanter snakket om manglende dokumentasjon, som et resultat av arbeidspress og dårlig bemanning.

Ved å ha klare rammeverk eller retningslinjer rundt pasientoverføringer kan det redusere usikkerhet i organisasjonen å sikre informasjon for å kunne utføre en handling. (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 12-13; Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 156). Samhandlingsprosedyren mellom akuttpsykiatrien og DPS er et eksempel på vertikal integrasjon som handler om å koble organisasjonsmedlemmenes handlinger sammen. Den er et hjelpemiddel for å avklare oppgave og rollefordeling mellom enhetene rundt pasientoverføringene ( Bjørkquist &



Fineide, 2019, s. 108). Det er etablert samhandlingsprosedyrer for interne pasientoverganger, mens miljøpersonalet synes å ha lite kunnskap om denne. Da hviler det på lederen å sørge for at denne blir kjent for miljøpersonalet.

Resultatene fra studien til Vik (2018) knytter samhandlingsutfordringer til manglende retningslinjer, og ofte legger man hovedansvaret for manglende samhandlingen på den andre parten. Det blir også trukket frem utfordringer som ansvarsforskyving, og begrunner det med at det mangler felles retningslinjer for hvordan man samhandler internt. Mine funn viste at miljøpersonale på DPS hadde ulik kjennskap om prosedyren rundt pasientoverføringene som skapte mye usikkerhet. De hadde enten hørt om prosedyren muntlig eller sett de viktigste og mest relevante skrevet på en tavle på kontoret. Ved å ikke oppleve å ha klare prosedyrer der stadig den andre parten, i dette tilfelle akuttpsykiatrien, «tøyde» prosedyrene grunnet overbeleggsproblemtikk var det kun to miljøarbeidere på DPS som ønsket å ha ansvarsvakter når det var muligheter for akuttpsykiatrien ville melde pasienter da de opplevde det som særdeles ubehagelig. Med andre ord er prosedyren laget som et hjelpemiddel slik at partene i mindre grad trenger utøve egen skjønn. Den utøver forutsigbarhet og beslutningsstøtte i form av at det står relativt tydelig når partene skal gjøre hva, og hva de skal gjøre om de er uenige. Samtidig kan prosedyren gi den struktur og forutsigbarhet som er nødvendig for å gjøre gode skjønnsmessige vurderinger. Likevel hjelper dette lite, når ingen av partene hadde særlig kjennskap til den.

### **5.2.2. Utveksling av kunnskap og informasjon**

Horisontal integrasjon er praktisk samarbeid mellom aktørene som inngår i samme arbeidsprosess (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 108). Tverrfaglig samarbeid mellom DPS og akuttpsykiatrien er et eksempel på en horisontal integrasjon, og blir på sin side beskrevet som en effektiv og tilfredsstillende måte å gi helsetjenester på. Samarbeid i helsetjenesten er en prosess med gjensidig avhengige til hverandre med en felles handlingsvei for pasientens behov. Mine funn tyder på at det er få, eller ingen samarbeidskonstellasjoner mellom miljøpersonale på DPS og akuttpsykiatrisk avdeling. Jeg vil senere komme tilbake til de avdelingsinterne samarbeidsforhold. Reeves et al. (2011, s. 2) konkluderte med at tverrprofesjonelt teamarbeid er effektivt for måloppnåelse, men at teamarbeidets iboende kompleksitet kan hindre full utnyttelse av denne arbeidsformen. Ifølge Goodwin (2016) er

ikke team en ny oppfinnelse, men bevisstheten rundt hvorfor vi bruker det, og hvordan det kan fungere best mulig til formålet er blitt et økende fokusområde i helsetjenestene. Ved at profesjonsutøverne vet noe om faktorer som påvirker prosessen i ansvarsgruppens spillerom, kan gjøre at tjenestetilbudet blir så sømløst og helhetlig som mulig (San Martn-Rodrguez et al., 2005).

Hoff et al. (2017) skriver i sin artikkel om utveksling av kunnskap, informasjon og erfaringer ved utskrivningsprosessen har stor betydning for videre tjenesteutvikling, kontinuitet og faglig forsvarlige pasientforløp. Likevel kommer det frem i Riksrevisjonen (2015) sin undersøkelse at det var blant annet opplevelsen av mangelfull informasjon om pasientene og at det var tidkrevende for ansatte både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten å etterspørre informasjon om pasientene. En av årsakene kan være at akuttpsykiatrien sender pasientene med taxi, slik at miljøpersonalet ikke snakker sammen ansikt til ansikt, men via journalnotater. Ifølge Bradley et al. (2008, s. 394) er det viktig med ansikt til ansikt kommunikasjon for å lettere innhente informasjon. Mangel på nødvendig informasjon kan ha sin forklaring ved at det er verken lederne eller de som har mest med pasientene å gjøre som henviser, men behandlerne som kun ser pasientene noen minutter hver uke. De baserer mye av sin kunnskap på hva de leser i journalen eller hva som blir sagt på behandlermøtene på morgenen. De skriver overføringsnotat med den viktigste informasjonen. Likevel er det stor fare for «glipper» i perioder med høyt arbeidspress som gjør at miljøpersonale eller behandlerne ikke rekker skrive gode overføringsnotat i DIPS, som er journalplattformen i spesialisthelsetjenesten. Et høyt arbeidspress kan skape samtidighetskonflikter, som vil si at man skulle vært eller gjort flere ting på en gang. Informanter fra akuttpsykiatrien vektla nettopp i sine intervjuer om at de hadde en hektisk arbeidshverdag med tidvis lav bemanning og mye vikarbruk som påvirket tiden man hadde for å dokumentere tilfredsstillende. Det kan også være vikarer som ikke kan, eller har kunnskap til å skrive overføringsnotater.

Informasjonsutveksling er den mest grunnleggende form for samarbeid og kommunikasjonsflyt mellom enheter, ifølge (Björkquist et al. (2016, s. 29) og Björkquist & Fineide (2019, s. 12). Det er avgjørende rundt pasientoverføringer, slik at mottagende part får nødvendig informasjon om pasienten. En enkel utveksling av informasjon tilrettelegger ikke deling og diskusjon av ulike fagperspektiver. Det er en enveis kommunikasjon som bare gir informasjon. Det koster miljøterapeutene og behandlerne på DPS tid og ressurser å måtte ta en telefon eller annet for å diskutere informasjonen de har mottatt. Dette kan bidra til å lage et

skille, eller et hierarki mellom akuttpsykiatrien og DPS der akuttpsykiatrien bestemmer hele løpet, mens DPS bare må ta imot uten å ha muligheten til å diskutere behandlingen. Mangler den andre parten informasjon må de enten lese seg opp i journalen eller etterspørre. Samtlige informanter fra akuttpsykiatrien klaget på et høyt arbeidspress, og tidvis mye vikarbruk som gikk utover journalskriving og overføringsnotat. Informanter fra DPS kunne oppleve å ikke få god nok informasjon. Fordelen med at både DPS og akuttpsykiatrien er underlagt spesialisthelsetjenesten er at de har samme journalsystem. Det er en fordel for samhandlingen med samme journalsystem for samhandlingen mellom interne avdelinger. Når pasienten er innlagt på DPS kan miljøterapeutene derfra innhente kunnskap ved å se i pasientens journal og finne alle journalnotater, både fra akuttpsykiatrien og eventuelle tidligere innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Det kan kompensere for mangelfulle henvisninger eller overføringsnotat. Likevel kan det bli tidskrevende for personalet på DPS om dette må gjøres ofte. En annen fordel kan også være at avdelingene det skal være pasientoverganger mellom, har omtrent like profesjoner. Dette innebærer at samme fagspråk brukes, noe som kan hindre misforståelser.

Kunnskap skapes og forvaltes i fellesskap mellom mennesker og kan ifølge Granerud og Brattrud (2011) bli behandlet på ulike måter. Miljøterapeutene selv var positive til å kunne møttes og ha felles kurs hos hverandre som kunne økt kunnskapen til begge parter. Det kunne kommet pasientene til gode ved at miljøterapeutene kunne informert pasientene om hva de gikk til, før innleggelse på DPS. Da kunne pasientene ha nyttiggjort seg oppholdet på DPS bedre og DPS kunne opplevd bedre samarbeid både med pasienten, men også med akuttpsykiatrien. Enda bedre kunne det muligens blitt, om man sendte miljøterapeutene i akuttpsykiatrien og DPS til å hospitere noen dager hos hverandre. Slik kunne miljøterapeutene ha mulighet til å tilegne seg kunnskap som kunne vært medvirkende ved et vurderingsgrunnlag når de skulle vurdere DPS eller ikke. Det kunne redusert unødige innleggelser på DPS som gjorde at det var de som hadde interesse og behov, som kom inn og pasientflyten ikke trengte stoppe opp.

God kommunikasjon og mellom institusjonene henger sammen ved at kommunikasjon legger grunnlaget for å lykkes med faktorer som gjensidig respekt og tillit (San Martn-Rodríguez et al., 2005, s.145). Tillit er viktig i en overgang for begge parter. Om DPS stadig opplever å få pasienter som er for syke til å være hos dem, kan det svekke tillitten til akuttpsykiatrien. Det kan igjen utfordre samhandlingen dem imellom der man møter motstand ved overføringene fordi de ikke kan stole på at de sender pasienter som er innenfor kravet. I

intervjuene med informantene fra både DPS og akuttpsykiatrien ble det presisert at pasientoverføringene i for liten grad inneholder et samarbeid mellom partene. Ved å ha felles treffpunkter og hospitering kan det ifølge Vik (2018) øke tilliten både mellom enhetene og miljøterapeutene. Ved at miljøterapeutene øker sin kunnskap om hverandres arbeidssted og behandling kan igjen være med på å redusere spenninger og konflikter i samhandlingen. Flere fordeler med hospitering kan også være at terskelen for å ringe og drøfte utfordringer kan være lavere om man kjenner bedre til hverandre. Man trenger ikke finne opp kruttet på nytt med de samme pasientene. Ved at flere ulike instanser gjør likt og skaper kontinuitet i behandlingen vil det også øke forutsigbarhet for pasienten som er sårbar. Ved å hospitere og bli bedre kjent med hverandre mente en av informantene at det kunne korte ned behandlingsløpet ved at man ikke endret plan midt inni behandlingstiden. En av informantene fra DPS hadde jo vært på en- dags hospitering i akuttpsykiatrien og opplevd det som svært nyttig. På den andre siden kan det bli enda mer krevende for de ansatte med tanke på den praktiske konsekvensen av en eventuell slik hospitering spesielt for akuttpsykiatrien som allerede har svært begrenset med tid og ressurser. Ved å enten ha en dag borte eller måte bruke ressurser på «opplæring» av en som ikke skulle jobbe der, kunne ta for mye av tiden.

### **5.2.3. Kontinuitet og samhandling**

Niels et al. (2015) skriver om at etter hvert som pasientflyten mellom tjenestene har økt de siste årene har også kravet om kontinuitet og samhandling vokst. Utfordringer rundt kontinuitet ved pasientoverføringer kan komme av at institusjoner har ulike mål og rammer (Netteland, 2014, s. 119). Selv om de er begge innunder spesialisthelsetjenesten er de to ulike institusjoner med egne rammeverk og måter å jobbe på. DPS og akuttpsykiatrien har mange ulike løsninger internt på avdelingene som kan hindre kontinuiteten i pasientovergangen. DPS har for eksempel en koordinator som har hovedansvaret for henvisninger, mens akuttpsykiatrien har stedsfordeler. Dette kan føre til at personalet mangler felles forståelse og praksisen med tanke på informasjonsflyten kan rote seg til.

Bradley et al. (2008, s. 394) skriver at likeverdighetstankegang og gjensidighetskunnskap er viktige faktorer for god samhandling. DPS og akuttpsykiatrien er begge 2. linje tjenesten, altså på samme organisatoriske nivå. Likevel kommer det frem i mine funn at miljøpersonalet fra DPS opplever at miljøpersonalet og behandlerne i akuttpsykiatrien

legger føringene mens de må bare følge etter. En av informantene fra DPS sier også i intervjuet at de opplever at deres kunnskap og erfaring og pasientene ikke er av interesse for akuttpsykiatrien. Dette er faktorer som hemmer god samhandling mellom enhetene.

Ifølge Axelsson & Axelsson (2006, s. 83) må helsetjenestene bygge på at aktørene har gjensidig respekt og tillit til hverandre som må gjelde på tvers av fagkompetanse og erfaring. Informantene fra DPS kunne fortelle at de opplevde at akuttpsykiatrien ikke respekterte deres kunnskap og erfaring om pasienter. Det var tilfeller der DPS visste om pasienter de fikk henvist som de mente ikke ville ha noen nytte av et nytt opphold hos dem. Noe de ga uttrykk for å ha forsøkt å formidle. Likevel ble pasientene sendt til DPS. Informantene mistenkte at det var en trygghet for behandlerne i akuttpsykiatrien å sende pasientansvaret til DPS i stedet for å sende pasienten hjem. En av informantene fra DPS sin opplevelse var også at akuttpsykiatrien ikke var så interessert i hvorfor DPS noen gang kunne nekte pasienter å komme, grunnet tidligere erfaringer. Dette underbygger det French og Blomgren (1997, s. 8) skriver om det som omhandler mellommenneskelig kommunikasjon. Det øker fleksibiliteten som et resultat av erfaring og kunnskap med mål om å bedre samhandlingen. Det er også viktig i denne sammenheng å tenke at i de avdelingsinterne forholdene har DPS og akuttpsykiatrien noe ulik tilnærming til pasientene og inkludering i behandlingen. Begge utøver brukermedvirkning, men i akuttpsykiatrien er de ofte så syke at de trenger hjelp av miljøpersonalet til å ta avgjørelser som er for det beste til dem. Mens informantene fra DPS derimot forklarte at de har pasienten med på alle avgjørelser i behandlingen. Her kan det nok dessverre noen ganger bli misforståelser når pasienten overføres til DPS og uttrykker at de ikke ønsker dette.

### **5.3 Avdelingsinterne forhold**

Under dette punktet vil jeg drøfte ulike faktorer som kan påvirke samhandlingen internt på de ulike avdelingene. Jeg har delt inn i tre underoverskrifter. Overskriftene er som følger; **( 5.3.1) tilsyn, rutine og ressurser, (5.3.2) teamarbeid og til slutt (5.3.3) organisasjonskulturen.**

### 5.3.1 Tilsyn, rutine og ressurser

Det kom frem i mine funn at det var ulik rutine på tilsyn til pasientene på de ulike enhetene. Det varierte mellom tilsyn hver halvtime i akuttpsykiatrien til et par tilsyn om dagen på DPS. Hyppigheten av tilsynene er avhengig av pasientens psykiske helse. Jo dårligere pasienten er, jo hyppigere tilsyn. Derfor kan det være skummelt å skyve pasienter videre til DPS før de er klare for det. Der er det færre tilsyn og dermed høyere risiko for at pasientene skjuler hvor syke de er eller klarer å skade seg selv, som i verste fall kan føre til døden. Ingen av alternativene er tilfredsstillende behandling. Ressursfordelingen mellom DPS og akuttpsykiatrien må samsvare med oppgavefordelingen (Larsen & Bjørneboe, 2009, s. 9). Derfor er det viktig å ikke sende pasienter videre fra akuttpsykiatrien til DPS døgnavdeling før man er sikker på at pasienten er frisk nok, da DPS med lavere omsorgsnivå, også har mindre bemanning og ved mindre det er utfordringer man ikke vet på forhånd er de heller ikke bemannert til å tåle belastningen, før det går ut over de andre pasientene. En annen side av ressursutfordringene er at det kom frem i mine funn at DPS ikke har legedekning på kveldstid. Er det noen pasienter i behov av legetilsyn må de dra til legevakta og ha med seg et personale fra avdelingen. Det kan fort bli resurskrevende for DPS å få syke pasienter fra akuttpsykiatrien som viser seg å være for dårlig for et opphold på DPS med åpne dører og mindre tilsyn og oppfølging.

Ressurssituasjonen internt kan være en medvirkende årsak til samhandlingsutfordringene mellom DPS og akuttpsykiatrien (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 30). Mine funn viste at miljøterapeutene som jobbet i akuttpsykiatrien ga uttrykk for å ikke ha tid eller ressurser til å ta vare på pasientene i den grad de hadde behov for da det stadig kom nye svært syke pasienter som krevde mye av dem. De opplevde også at ledelsen kviet seg for å leie inn flere personale ved behov, selv om de hadde oftere behov enn DPS. Det å måtte stå i dette for miljøterapeutene i akuttpsykiatrien kan gjøre de slitne, og kommunikasjonen både internt og eksternt trenger ikke bli så god som den burde ha vært. Det kan også føre til sykemeldinger av fast personale, som igjen fører til mindre faste personale, og et høyere bruk av vikarer. Informantene fra DPS hadde en bedre opplevelse av ressurssituasjonen på sine avdelinger. De hadde mer tid til hver pasient med flere samtaler hver vakt. De fikk mindre motstand fra ledelsen om å leie inn ved behov.

### 5.3.2 Teamarbeid

Profesjonene i akuttpsykiatrien må samhandle tverrfaglig ifølge mine funn. Det er ulike team på avdelingen, og de må samhandle med andre avdelinger og enheter, i dette tilfelle ulike DPS. Det kommer frem i Nilsen (2010) at kompetanse for samhandling ikke er medfødt, men må læres og erfares. Det vil si at utdannelsene må prioritere å lære profesjonene samhandling mens de enda går på skole for å legge et godt grunnlag for når studentene er ferdig og skal starte i jobb.

Behandlingen anses som ferdig når behandlerne mener de ikke kan tilby mer behandling. På sykehuset er det mange LIS leger som er behandlere med overleger i bakhånd for viktigere forhold avgjørelser. Det at behandlerne kan høre på, og respektere miljøterapeutene sin kunnskap og erfaring kan gjøre at pasientene er mer klare ved overføring. Det forventes ikke ifølge Fjelldal og Örtenblad (2018) at man skal ha en felles forståelse rundt behandlingen, men man skal respektere alle sine ståsted og ytringer. Alle profesjonene er «satt» i sin profesjon med tilhørende normer og etikk. Det er lett å bli satt i bås, og ikke klare å se mulighetene for samarbeid og kollegialitet. Tverrfaglige team internt på hver av avdelingene var noe både DPS og de akuttpsykiatriske avdelingene hadde god kjennskap var et fellestrekk som kom frem i mine funn. Det er viktig å respektere profesjongrensene og ha gode avklarte roller (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 103; Reeves et al., 2011, s. 2). Ramsdal (2019) poengterer også viktigheten med å kjennskap til hverandres roller i teamet og funksjoner, men samtidig kunne dele av sin kunnskap. Det å ha avklarte forventninger til hverandre ble også trukket frem som et viktig moment i en tverrfaglig samhandling. Informantene fra DPS ga uttrykk for at de opplevde at akuttpsykiatrien forventet at de måtte skrive ut sine pasienter fortløpende, så de kunne stå parat og ta imot flere pasienter akuttpsykiatrien hadde behov for å sende videre grunnet pasienttrykk. Det endte med at DPS måtte skrive ut sine pasienter før de var friske nok for å få nok plasser til nye pasienter. Ved å ha kunnskap om hverandres kompetanser innad i teamet, slik at de ulike profesjonene kunne ha ansvar for det de innehar mest kunnskap om. Eksempelvis skal legen stå for de medisinske spørsmålene, og miljøterapeutene for det miljøterapeutiske. De ulike medlemmene i teamet må deretter snakke sammen og bli enig i avgjørelsene som tas. En av informantene fra DPS sa at det var vanskelig å føle på en trygghet i teamet da det var så mange utskiftninger blant behandlerne. Tilliten og tryggheten som er to viktige faktorer som i dette eksempelet mangler i ulik grad både på DPS og akuttpsykiatrien. Det vil også bli tydelig i teamarbeidet, som igjen

kan gå utover pasienten. En informant fra akuttpsykiatrien poengterte at de hadde en stabil behandlergruppe. De hadde mye teamvirksomhet der flere ulike profesjoner var representert. Likevel hadde de utfordringer med at det var ulik grad av hvor mye innsats som ble lagt i relasjonsbyggingen innad i teamet som resulterte i noen tilfeller et større skille mellom behandler og miljøterapeut enn andre.

Ved å legge inn emner i utdannelsene til de ulike profesjonene kan det bidra til at teamarbeid blir enklere for miljøpersonale å utføre. Nilsen (2010) mener at samhandlingskunnskapen ikke er medfødt, men må læres og erfares. Mine funn viste at det var ulik grad av samarbeid i teamene internt og i eksternt. En mulighet kan være at miljøpersonale eller behandlerne er utrygge i hva teamarbeid består i. Sortland (2015) skriver at NTNU legger bevisst inn mer tverrfaglig samarbeid i utdannelsene. Nettopp fordi arbeidsplassene trenger «ferdig» utlærte medarbeidere som kan jobbe i team. Ved å gjøre dette kan det hindre både mye utskiftninger, og miljøpersonale som letere kan jobbe i team.

En utfordring med teamarbeid kan være å skape en felles ideologi som Lauvås og Lauvås (2004 s 211-212) og San Martn-Rodrguez et al. (2005) skriver om. Teamarbeid og profesjonsteori er to motpoler. Profesjoner har ifølge Abbott (1988) og Molander og Terum (2008 s 18) blitt opplært til å sette søkelys på seg, og sin jurisdiksjon, mens team er en felles plattform der man skal sammen bli enig om hvordan pasientutfordringer skal løses. Da skal man snakke sammen og dele kunnskap med hverandre. Det kan være utfordrende for profesjonsutøverne å akseptere dette. Hummelvoll (2006) skriver i sin artikkel ved å se helheten er man ikke interessert i fragmentert kunnskap. Det kan man kan trekke til at profesjoners kunnskap alene, ikke er tilfredsstillende, men at helheten som et team er helhetlig. Profesjoner som sykepleier og vernepleier jobbet sammen hele tiden, og derfor kan det være enklere for de å tilpasse seg hverandre, mens behandlerne som består av psykologer og leger var kun med personalgruppa ved enten samtaler eller behandlingsmøte og derfor ikke om like lett inn i miljøet, og derfor kunne ha litt større tilpasningsutfordringer. Det kan være årsaken til utfordringene til både DPS og akuttpsykiatrien opplevde, at enten behandlerne byttet jobb, eller trakk seg unna resten av personalgruppen.

Suksessen for godt teamsamarbeid, er ifølge San Martn-Rodrguez et al. (2005) avhengig av faktorer som er mellommenneskelige prosesser. Mine data tyder på at DPS hadde hatt en god del utfordringer med behandlergruppa. Det påvirker den interne samhandlingen på avdelingen. Det vil selvfølgelig prege behandlergruppa, da det tar tid å stole på hverandre og bli kjent, og det er tid som man ikke har da pasientene ikke er inne så mange dager av gangen



og vurderingene må gå fort. Ved å ha dette som et fokus område kunne man lage en god grunnmur som kunne resultere i et sterkere sammensatt team, som torde diskutere med hverandre og gjøre behandlingskvaliteten bedre i teamet. En negativ faktor kan også være at teamet består av miljøpersonale som jobber turnus, som ikke er der til samme tid, og får informasjon til samme tid. Det vil si at man ikke kan ta utgangspunkt i at alle har oppdatert kunnskap om hvor de ligger i behandlingen. Det kan føre til at det går mye til tid å oppdatere resten av teamet om siste nytt i behandlingen til pasienten.

Ved å ha kunnskap om hverandres kompetanser innad i teamet, og en god rolleavklaring er viktig i teamarbeid (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016, s.101). Da er det også viktig å kjenne hverandres styrker og svakheter. Å kjenne til hverandre er ikke noe som kommer av seg selv, men er et område som bør prioriteres, men som ikke er lett ifølge mine funn med alle utfordringene miljøpersonalet står med i hverdagen. Deretter er det viktig at teammedlemmene snakke sammen og bli enig i avgjørelser som er et viktig moment i teamarbeid. En pasient som er langt inn enten på akuttpsykiatrisk eller DPS er et komplekst individ som ofte trenger bistand på det medisinske og miljøterapeutiske, slik at å spille på flere ulike registre utnyttes til det fulle. Semundseth og Wergeland-Jenssen (2017) skriver at ved å ha for stor homogenitet i teamet vil det kunne redusere friksjonen som kreves for å utveksle tanker, læring og løsninger. Dette har avdelingene løst med å ha flere ulike profesjoner i teamet.

Både DPS og akuttpsykiatrien benyttet teamarbeid som metode for å heve behandlingskvaliteten til pasientene og bedre sikkerheten til behandlingen. De hadde både behandlermøter, som er rene tverrfaglige møter og akuttpsykiatrien hadde også mer bruk av miniteam om var mindre teammøter rundt hver pasient. Informantene ga uttrykk av å føle på en trygghet ved å være flere om avgjørelser i behandlingen. Reeves et al. (2011, s. 11) støtter dette ved å skrive at det er av baktankene til tverrfaglig team for nettopp å forbedre. En fordel med miniteam er at det er de som kjenner pasienten best, og som vet hvilke synspunkter pasienten har til behandling som er i samme team. Det er viktig å ha med pasienten frivillig på et opphold på DPS, da ingen kan tvinge noen til å være der. Minitimeam er en passe stor gruppe med 4-5 personer, som kan være nok til at alle medlemmene kan få sagt sine meninger, samtidig som det er mye ulik kunnskap og erfaring som er positivt i et team.

Rice (2009) setter søkelys på betydningen av å skille teamarbeidet fra gruppearbeid, og at hensikten og målet kan forsvinne om man ikke har felles verdier eller kompetanse. Samtlige informanter, både fra DPS og akuttpsykiatrien kunne fortelle om sammensatte team

der det er høgskole utdannete, og helsefagarbeidere med faglig kunnskap som er i teamene, i tillegg til sosionom, psykologspesialist og overlege. De etterstreber å ha en høgskole og en helsefagarbeider som primærer på hver pasient for å utfylle hverandres kunnskap. Alle enheter har tverrfaglige behandlingsmøter og i ulik grad miniteam som verktøy i teamene. Som tidligere nevnt er det spesielt i akuttpsykiatrien har mye vikarbruk. Selv om de ikke nødvendigvis ikke har noen helsefaglig kompetanse, og de ikke er primærkontakter, er det lurt å inkludere de litt i behandlingen da de kan inneha nyttig kunnskap da de kjenner pasientene.

I følge Schibevaag, Laugaland og Aase (2015, s. 136) er pasientnervær viktig for gode pasientoverganger. I mine funn kommer det frem at det er primærkontaktene som har hovedsnavsvaret med pasienten og kontaktenpårørende under innlegagelsen. Det vil kunne si at primærkontaktrollen er viktig, og om miljøpersonalet får informasjon om at de deres rolle er viktig i pasientovergangen kan det motvere miljøpersoale til å oppleve mestring og glede over å ha en mer deltagede rolle enn de kanskje forstår. Det kom frem i mine funn at miljøterapeutene de ikke opplevde at de hadde noen rolle i overføringene utenom skrivearbeid.

### **5.3.3 Organisasjonskulturen**

En arbeidsplass utvikler og etablerer ofte nye mønstre og en kultur for hvordan man samarbeider, ifølge Bjørkquist og Fineide (2019, s. 8). Dette kan henge sammen med verdigrunnlag og hvilke mål man mener skal styre handlinger i avdelingen. Hvordan miljøpersonale driver behandling har betydning for behandling pasientene mottar. Den formelle organisasjons påvirker hvordan det uformelle i organisasjonen fungerer. Derfor er det også sentralt å forstå og forklare hvordan organisasjonskultur samt uformelle normer og regler virker inn på hvordan ledere og miljøpersonale tenker og gjør. Mine funn viser at de ulike enhetene har noe ulik praksis rundt samordning. Miljøterapeutene i akuttpsykiatrien hadde ingen ting med det formelle rundt overføringen å gjøre, og tok heller derfor ikke noe særlig ansvar rundt dette. De hadde minimal kunnskap rundt overføringsprosedyren av pasienter fra psykiatrisk avdeling til DPS døgnsesjoner og lite kjennskap til hva DPS var. Miljøterapeutene på DPS tok imot henvisninger på kveldstid og helger om ikke seksjonsleder eller koordinator var til stede. De opplevde da å være mer inkludert i overføringen. Ved å inkludere miljøpersonalet i akuttpsykiatrien mer i overføringsarbeidet kunne det ha skapt engasjement og interesse for overføringsprosessen.

Ifølge Bjørkquist og Fineide (2019, s. 8) er det viktig å søke blant de uformelle handlingsmønstrene i organisasjonskulturen rundt pasientoverganger. Årsaken er at det mulig kan gi et bilde på hvordan den formelle samordningen utformes. Resultatene av dette kan ha betydning for hvordan ansatte handler, og tjenestene de gir videre til pasientene. Ifølge Axelsson og Axelsson (2006) er hva de ulike avdelingene vektlegger i behandlingen til pasienten er basert på kulturen. Det kommer frem i mine funn at flere miljøterapeuter synes det var svært ubehagelig å få telefoner fra akuttpsykiatrien på kveld og natt. Det var kun to ansatte som frivillig påtok seg rollen som ansvarsvakter når de var på jobb, de andre unngikk det så langt det lot seg gjøre. Dette var ikke nedfelt i noen rutine, men en løsning avdelingen selv hadde laget og avfunnet seg med, og med det blitt en del av organisasjonskulturen.

Dårlig ledelse kan også være hemmende for samhandling ifølge Nilsen (2010, s. 76). Det kommer frem i mine funn at ledelsen ikke var så synlig i avdelingene da de hadde andre administrative oppgaver. Da er det vanskelig for ledelsen å vise at de er gode forbilder når det kommer til god samhandling. Seksjonslederen på DPS' ene virket å være litt mer synlig når det kom til å ta imot henvisninger, mens i akuttpsykiatrien var det stedfortreder som gjorde det formelle.

Det å ha en organisasjonskultur på avdelingen som støtter, verdsetter og oppmuntrer til samarbeid er beskrevet som viktige faktorer for vellykket samarbeid ifølge Ambrose-Miller og Ashcroft (2016, s.101) Mine funn tyder på at det er de organisatoriske rammene som gjør samhandling utfordrende, heller enn at miljøpersonalet mangler interesse eller forståelse for betydningen av god samhandling. Om man går et steg videre og involverer ledelsen i dette kan det være større muligheter for å oppnå forbedret samhandling mellom DPS og akuttpsykiatrien, og få dette til å bli et fokus-område. Samtidig kan det være utfordrende for ledelsen å være så involvert i organisasjonskulturen som miljøpersonale ønsker. Det kom frem i mine funn at ledelsen ofte ikke var til stede på behandlingsmøtene på avdelingene engang grunnet høyt trykk av andre administrative oppgaver.

## 6.0 Avslutning

Hensikten med studien var å undersøke og belyse problemstillingen som lyder følgende:

*«Hvordan er samarbeidet mellom miljøterapeuter på DPS og akuttpsykiatrisk avdeling rundt pasientoverganger?»*

Jeg hadde i tillegg to forskningsspørsmål som skulle hjelpe meg med å svare på problemstillingen min;

- Hvilke faktorer er medvirkende for samhandlingen internt på hver av avdelingene?
- Hvordan er enhetene ressursorganisering?

Denne studien har gitt en innføring i de samarbeidsutfordringene miljøpersonale står ovenfor når pasienten skal overføres fra akuttpsykiatriske avdelinger til DPS døgnavdelinger. Pasientoverganger et særlig sårbart ledd i alle pasientforløp som krever et sett av handlinger kombinert for at overgangene kan anses som trygge og sikre når pasienten overføres innad i spesialisthelsetjenesten. Jeg ønsket å se på miljøterapeutenes erfaringer rundt samhandlved pasientoverovergangene. For å oppnå dette, benyttet jeg meg av kvalitativ metode i form av intervjuer. Jeg intervjuet totalt seks miljøterapeuter fra DPS døgnavdelinger og ulike akuttpsykiatriske avdelinger.

Ikke uventet viste det seg at skyveproblematikk er en stor utfordring i akuttpsykiatrien knyttet til høyt pasienttrykk, for lite bemanning, for få sengeplasser. Skyveproblematikken gikk også utover DPS døgnavdelinger som også måtte skrive ut pasienter for å frigi sengeplasser fra akuttpsykiatrien. Da ble pasientene skjøvet videre hjem med poliklinisk behandling. Skyveproblematikken var et tema alle informantene kom innom i løpet av intervjuene.. Samhandlingen mellom akuttpsykiatrien og DPS ble av informantene sett på som utfordrende. Det var flere ulike faktorer både i de organisatoriske rammene, men også organisasjonskulturen på de ulike enhetene var avgjørende for pasientovergangene.

Et annet funn i studien viste at avdelingene hadde ulik rollefordeling. Miljøpersonale i akuttpsykiatrien hadde ikke noe med den formelle delen av pasientoverføringene for det var det behandler og stedfortreder som gjorde. På DPS var det koordinator, seksjonsleder på dagtid i ukedagene, og ansvarsvakt ved mottak på kveld, natt og helg som gjorde. Det var et fåtall av informantene som hadde kjennskap til den skiftelige overføringsprosedyren mellom akuttpsykiatrien og DPS døgnavdelinger, som skulle fungere som et hjelpemiddel for gode pasientoverføringer. Ingen jeg intervjuet i akuttpsykiatrien hadde kjennskap til prosedyren, mens informantene fra DPS fortalte at de enten hadde fått de muntlig forklart, eller at de sto på en tavle på kontoret.

Miljøpersonalet på de ulike avdelingene ønsket å bli kjent og øke sin kunnskap om hverandre for å øke sin forståelse. Ved å gå til dette kunne man redusere uheldige situasjoner der DPS opplevde at akuttpsykiatrien lovet pasientene ting de ikke hadde råderett over, og som ikke DPS kunne innfri. DPS virket å forstå at dette kom av at behandlerne og miljøpersonale i akuttpsykiatrien ikke hadde nok kunnskap om DPS sitt behandlingsområde, men informantene fra DPS ga uttrykk for frustrasjon rundt situasjonen likevel. Pasientene fra akuttpsykiatrien kom også sjeldent til oppsatt tid og kunne derfor ofte bli overført på tidspunkter DPS hverken var faglig eller ressursmessig rustet til å ta imot nye pasienter. Og noen ganger rakk de ikke, og kveldspersonalet måtte jobbe uten å ha fått nødvendig informasjon om pasientens helsetilstand.

I de avdelingsinterne forholdene kom det frem at DPS og akuttpsykiatrien utfordringer rundt blant annet teamorganisering. Informantene ytret ønske og et savn etter felles treffpunkter med de andre miljøterapeutene på de samarbeidende institusjonene. Selv om de er innad i samme spesialisthelsetjeneste har de svært ulike organisatoriske rammer, og miljøpersonale på de ulike avdelingene hadde ingen kjennskap til hverandre.

I tiden jeg har skrevet denne masteroppgaven har det skjedd fremgang på samhandlingsfronten på de aktuelle enhetene og avdelingene jeg har intervjuet. Det er et ukentlig møte mellom seksjonslederne på DPS døgnavdelinger og seksjonslederne på de akuttpsykiatriske avdelinger der de diskuterer pasienter. Der diskuterer de hvem pasienter som er på slutten av sin behandling i akuttpsykiatrien og som kan være aktuelle for DPS. Ved å gjøre dette kan DPS være mer forberedt. I det siste har også en kommune hatt veldig mange innlagt i akuttpsykiatrien, men mange ledige plasser på sin lokale DPS, og derfor har de besluttet at det kan ta litt sykere pasienter enn de vanligvis kan, for å avlaste akuttpsykiatrien. Om ikke seksjonslederne hadde møttes jevnlig er det ikke sikkert at dette hadde blitt diskutert, men ført til at alle fortsatt satt på sin tue, og trolig ingen forbedring hadde skjedd.

## 7.0 Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ambrose-Miller, W. & Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health Soc Work*, 41(2), 101-109. doi: 10.1093/hsw/hlw006.
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88. doi: 10.1002/hpm.826.
- Ballo, Ø. (2014). *Samhandling : gevinst eller tap?* Oslo: Kommuneforl.
- Bjørkquist, C. & Fineide, M. J. (2019). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bjørkquist, C., Hansen, G. V., Huby, G. Ø. & Johnsen, L. (2016). *Sårbare overganger : "Tricky Transitions"* (Vol. 2016:1). Halden: Høgskolen i Østfold.
- Bolman, L. G., Thorbjørnsen, K. M. & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse : struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bradley, F., Elvey, R., Ashcroft, D. M., Hassell, K., Kendall, J., Sibbald, B. & Noyce, P. (2008). The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: A case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. *J Interprof Care*, 22(4), 387-398. doi: 10.1080/13561820802137005.
- Bruun, H. & Svendsen, E. (2011). Før og etter opptappingsplanen - sett fra mennesker med erfaring fra psykisk helsevern. Hentet fra [Før og etter opptappingsplanen - Nr 03 - 2011 - Tidsskrift for psykisk helsearbeid - Idunn](#)
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014). *Eit lokalt helse- og velferdssystem under press* (s. 11-26). Oslo: Universitetsforl., cop. 2014.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforl.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danbolt, L. J., Lien, L. Kjønsgberg, K. (2010). Hjelp når du trenger det En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(3), 238-245.
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A. & Woll, K. (2014). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Fjellidal, C. & Örtenblad, A. (2018). *Faglig kommunikasjon i praksis*. Oslo: Universitetsforl.

- French, A. & Blomgren, E. (1997). *Kommunikasjon mellom mennesker : slik oppnår du vellykket kommunikasjon*. Oslo: Teknologisk institutt, TI-forl.
- Gautun, H., Martens, C. T. & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 88-93. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03
- Goodwin, N. (2016). Understanding Integrated Care. *Int J Integr Care*, 16(4), 6-6. doi: 10.5334/ijic.2530
- Granerud, A. & Brattrud, T. L. (2011). Sammen om gode overganger. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), 206-217.
- Grelland, H. H. (2014). *Samarbeidets filosofi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit (s. 197-215). Oslo: Universitetsforl.
- Hansen, G. V. & Ramsdal, H. (2014). Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(01), 55-63.
- Hatch, M. J. & Thorbjørnsen, K. M. (2001). *Organisasjonsteori : moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forl.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- Hoff, A., Jensen, L. H. & Eriksen, S. (2017). Samhandlings-møter ved pasient-overganger fra alders-psykiatrien. *Sykepleien forskning (Oslo)*. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.61369
- Hummelvoll, J. K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid - teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner.
- Hvinden, B. (1994). *Divided against itself : a study of integration in welfare bureaucracy*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, B.-I. & Bjørneboe, G.-E. (2009). Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS -1388 Veileder: Sosial- og helsedirektoratet.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Molander, A. & Smeby, J.-C. (2013). *Profesjonsstudier : 2* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforl.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier- introduksjon. I J.-C. Smeby. (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 44-54). Oslo: Universitetsforl.
- Måseide, P. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv (s. 367-385). Oslo: Universitetsforl.
- Netteland, G. (2014). Risikofaktorer ved pasientovergangar (s. 117-136). Oslo: Universitetsforl., cop. 2014.
- Niels, B., Britt Mari, O. & Solfrid, V. (2015). Kontinuitets -og samhandlingsutfordringer i psykiske helsetjenester – en fokusgruppestudie. *Klinisk Sygepleje*(4), 55-69.
- Nilsen, R. (2010). Er tverrprofesjonell samhandling noe annet enn utøvelse av fag? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 6(1), 93. doi: 10.7557/14.812
- NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt*
- En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/80b5d874b6b9488e837b369e88e21851/no/pdfs/nou200520050003000dddpdfs.pdf>.
- Parker, G. M. & Lorentzen, P. (1998). *Tverrfaglige team*. Oslo: Egmont Hjemmets bokforl.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02 juli 1999 nr 63*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Paulsen, B., Romøren, T. I. & Grimsø, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *Int J Integr Care*, 13(2), e008-e008. doi: 10.5334/ijic.858
- Ramsdal, H.-N. (2019). *Tverrfaglige team – hvordan lykkes?*
- Ramsdal, H. & Ramsdal, K. (2007). Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren : prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer: Høgskolen i Østfold.
- Ramsdal, H. N. (2019). *Tverrfaglige team – hvordan lykkes?*
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2011). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Somerset: Somerset: Wiley.
- Rice, M. M. (2009). Team and teamwork in Emergency Medicine. I I. Croskerry, P. (Red.), *Pasient Safety in Emergency Medicine* (s. 177-181). Wolterd Kluwer: Philadelphia.
- Riksrevisjonen. (2015). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. *Dokument 3:5 (2015–2016)*.
- San Martn-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of*



- Interprofessional Care*, 2005, Vol.19(S1), p.132-147, 19(S1), 132-147. doi: 10.1080/13561820500082677
- Schibevaag, L., Laugaland, K. A. & Aase, K. (2015). Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger *Pasientsikkerhet 5 utg.* Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Semundseth, R. & Wergeland-Jenssen, E. (2017). *Medarbeiderkoden* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Sortland, B. (2015). Læringsarena for tverrfaglig samarbeid - Ekspert i team. *Uniped (Lillehammer)*(4), 284-292.
- spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>.
- St.mld 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid.* (St. Meld. Nr. 47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- St.mld. 11. (2018-2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017.* (Meld. St nr 11).
- Strandos, M. (2014). Samhandling ved sjukehusinnlegging av sjukeheimspasientar (s. 137-149). Oslo: Universitetsforl.
- Støkken, A. M. & Nylehn, B. (2002). *De profesjonelle : relasjoner, identitet og utdanning.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care*, 23(1), 41-51. doi: 10.1080/13561820802338579
- Tjora, A. & Melby, L. (2013). Samhandlingens mange ansikter. I L. Melby & A. Tjora (Red.), *Samhandling for helse- Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 13-27). Gyldendal Akademisk.
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Vik, E. (2018a). Helseprofesjoners samhandling - en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03
- Westphal, D. W., Forbes, M. P. & Barach, P. (2009). Et nytt paradigme og fremtidige utfordringer for pasientsikkerhet og organisatisk endring. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet- Teori og praksis i helsevesenet* Oslo: Universitetsforlag.
- Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*, 45(1), 140-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015

Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

## Vedlegg 1: Intervjuguide

Problemstilling:

### **Hvordan er samarbeidet mellom miljøterapeuter på DPS og akuttpsykiatrisk avdeling rundt pasientoverganger?**

- Bakgrunnsinformasjon
- Alder
- utdanning
- • Bakgrunn
- Nåværende stilling
- Hva er din erfaring innen psykisk helsevern
- Hvordan er det organisert på din avdeling?
  - Hvem behandler henvisningene og avgjør hvem som får tilbud om plass eller ikke?
  - Hvem jobber rundt pasientene?
  - Hvordan jobber dere rundt pasienten?
  - Hvem bestemmer og avgjør videre behandlingen til pasienten?
  - Hvordan er bemanningen?
  - Hva er din rolle i samhandlingen rundt pasientovergangen?
- Hvordan opplever du samarbeidet mellom DPS og akuttpsykiatrisk avdeling?
  - • Pasient «trykket» på DPS og sykehusene?
  - Arbeidsfordelingen av pasienter?
  - • Treffpunkter?
  - Hva slags kommunikasjonsverktøy bruker du, utfordringer?
- Har dere noen retningslinjer som er utarbeidet med bakgrunn i samordningen dere imellom?
  - Interne retningslinjer
- Hvilke etiske utfordringer opplever du med tanke på samhandling?
  - Pasientrelatert
  - Arbeidsrelatert

- Har du noen erfaring om endring i lovverket om samtykkekompetanse?
- Hva ser du av muligheter fremover med samarbeidet mellom DPS og akuttpsykiatrisk avdeling?
- Er det noe du vil føye til?

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *«Samhandling mellom DPS og akuttpsykiatrisk avdeling»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. I dette skrivet gir vi deg informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Dette er en masteroppgave der prosjektet er en kvalitativ studie hvor jeg intervjuer helsepersonell for å se belyse samarbeid mellom distriktpsikiatriske senter (DPS) og akuttpsykiatrisk avdeling rundt pasientoverganger.

Problemstillingen for oppgaven er: «Hvordan er samarbeidet mellom miljøterapeuter på DPS og akuttpsykiatrisk avdeling rundt pasientoverganger?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold avdeling helse og velferd er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg tenker å intervju 6-8 miljøterapeuter fordelt på DPS og akuttpsykiatriske avdelinger. Det bør være fast ansatte som har jobbet i minimum ett år som miljøterapeut så de har litt erfaring i samhandling med DPS/sykehuset.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det gjøres lydopptak under intervjuene, og disse blir transkribert av undertegnede. Den transkriberte teksten vil bli anonymisert. Det vil si at navn, sted og andre identifiserbare opplysninger vil bli fjernet. Personidentifiserende opplysninger skal ikke fremkomme i oppgaven. Anslått varighet på intervjuet er rundt 45 minutter.

#### **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.

Ved behandlingsansvarlig institusjon som i dette tilfelle er Høgskolen i Østfold er kun Mona J. Fineide som vil kunne ha tilgang til data fra informantene.

For at ingen uvedkommende skal få tak i kontaktopplysningene dine blir det lagret og låst inn i en skuff adskilt fra lydopptak og de transkriberte notatene fra intervjuet. Laptopen som skal brukes låses inn i et skap og det er tastelås på mobilen.

Du vil ikke kunne bli gjenkjent, da alle data fra DPS og akuttpsykiatriskavdelingen vil bli samlet. Jeg vil ikke gå ut med hvilken DPS eller hvilken avdeling dataene kommer fra da det ikke er relevant for prosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er Jeg er ferdig med prosjektet juni 2021 og vil da makulere alle transkriberte notater fra intervjuet og slette lydopptaket fra intervjuer.

Dine rettigheter

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

innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,

å få rettet personopplysninger om deg,

å få slettet personopplysninger om deg, og

å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold, avd. Helse og velferd 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:

Høgskolen i Østfold ved Mona Jerndahl Fineide på telefonnummer 41520750 og mail:

[mona.j.fineide@hiof.no](mailto:mona.j.fineide@hiof.no)

Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen på mail: [martin.g.jakobsen@hiof.no](mailto:martin.g.jakobsen@hiof.no) tlf: 69 60 80 09 eller 92 86 58 18

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

Mona Jerndahl Fineide  
Marianne Högfeldt  
Prosjektansvarlig  
Student  
(Forsker/veileder)

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Samhandling mellom DPS og akuttpsykiatrisk avdeling» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til: å delta i intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

