

# Fra ensidighet til gjensidighet

## Samhandling om pasienter med langvarige og sammensatte behov

Gruppeintervjuer av ansatte i psykisk helsevern viser at tjenestene oppleves som mangelfulle. Institusjonene trenger bedre kjennskap til hverandre og anerkjennelse av hverandres kompetanse og begrensninger.

### TEKST

Lars Johan Danbolt  
Knut Hestad  
Kari Kjøsberg  
Ann-Mari Kvalvik  
Torfinn Hynnekleiv

PUBLISERT 2. mai 2016

### ABSTRACT:

**From exclusivity to mutuality. Collaboration regarding patients with complex mental health care needs.**

The purpose of the study was to explore health care professionals' experiences of collaboration across service levels concerning people with long term and complex mental disorders, and these professionals' reflections on practice improvement.

Four focus group interviews were conducted, including 33 health care professionals from a wide range of municipality and specialist care units. The findings were discussed at a round table conference with the professionals involved.

The services were described as simultaneously overlapping and incomplete. Suggestions for improvement included a better-founded understanding of the interacting parties, level overarching continuity of services, and more flexible procedures regarding patients' transitions between health care service levels.

There is a need for systematic mutual knowledge of the collaboration partners, responsibility clarification, and recognition of each other's competence and limitations.

---

Nøkkelord: Samhandling, psykisk helsevern, sammensatte behov, gjensidighet

---

I 2009 ble det startet et fagutviklingsprosjekt i samarbeid mellom Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet (SI) og en av landkommunene i sykehusets opptaksområde.<sup>[1]</sup> Hensikten var å få fram spesifikk lokalkunnskap om samhandling mellom kommune, sykehus og DPS om pasienter med langvarige og sammensatte behov for tjenester, og gjennom dette bidra til utvikling av mer hensiktsmessige samhandlingspraksiser. En senere artikkel vil presentere en pasientrettet studie av samhandling.

## **Samhandlingsreformen**

Fagutviklingsprosjektet er forankret i samhandlingsreformen, som formelt trådte i kraft med nytt lovverk 1. januar 2012. Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.), kapittel 6, definerer prinsipper for samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak. Målsettingen med samarbeidet skal være å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Avtalepartene har en lovpålagt plikt til å koordinere tjenestene sine på slike måter at alle pasienter og brukere får helhetlige og sammenhengende tjenester både fra kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. I alt er 11 lovpålagte områder og 12 tjenesteavtaler forankret i en overordnet samarbeidsavtale mellom SI og kommuner. Avtalene og samhandlingsrutinene gjelder for somatikk, psykisk helsevern og rus.

Det arbeides med flere konkretiseringer av inngåtte avtaler mellom kommunene i Oppland og Hedmark og Sykehuset Innlandet HF (SI), der forfatterne av denne artikkelen arbeider. Det kan nevnes samhandlingsprosjektet mellom Avdeling for alderspsykiatri SI og kommunale sykehjem (SAM-AKS), der Alderspsykiatrisk forskningssenter leder et prosjekt knyttet til sykehjem i flere kommuner. Arbeid med behandlingslinjer for små- og spedbarn av foreldre med rusproblemer og foreldre med psykiske lidelser er et annet område. Oppfølging av informasjon til fastleger og kommuner skal skje kontinuerlig fra BUP og DPS som en del av deres befolkningsansvar og forpliktelser i henhold til samhandlingsreformen.

**««Vi kjenner ofte pasienten mye bedre enn de gjør», var et typisk utsagn»**

Veiledningsplikten overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten er forankret i spesialisthelsetjenesteloven § 6–3. Loven beskriver at helsepersonell i statlige helseinstitusjoner skal gi kommunale helse- og omsorgstjenester råd, veiledning og opplysninger av helsemessige forhold som er påkrevd for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Rundskriv 1–3/2013 fra Helse- og omsorgsdirektoratet (HOD) beskriver spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Med større pågang av pasienter, færre døgnplasser og kortere liggetid i sykehus vil kommunens behov for veiledning og undervisning øke.

## **Lite forskningsbasert kunnskap**

Det er betydelig faglig interesse for å utvikle psykiske helsetjenester gjennom å dra veksler på kompetanse på tvers av tjenestenivåer (Ose og Slettebak, 2013; Pettersen og Johnsen, 2007; Sommer, 2013). Helsedirektoratet framhever at samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten skal skape kontinuitet og felles mål i tilbudet til brukerne (HOD 2013).

Likevel finnes det lite nasjonal forskning på samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste i psykisk helsevern, mens det ikke skorter på utredninger som områdeplaner og fagplaner. Særlig mangler empirisk forskning omkring pasienter med langvarige og sammensatte psykiske lidelser. To baselineundersøkelser fra SINTEF om døgnpasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling viser at pasienter sjelden feilplasseres, men at mange kommuner ikke har tilstrekkelige tilbud (Ose, 2012; Ose og Pettersen, 2012). En rekke internasjonale studier viser god effekt av integrering av de tjenestene pasienter med psykiske vansker mottar (Craven og Bland, 2006; Lee, Crowther, Keating og Kulkarni, 2013). Begge studiene peker på at samlokalisering av personell fra ulike tjenestenivåer eller regelmessige møtesteder har positiv betydning. Martin og Hirdes (2014) gjennomførte fokusgruppesamlinger med ansatte fra sengeavdelinger og kommunalt ansatte i Ontario, Canada. Her ble det særlig lagt vekt på å bygge tillit mellom enhetene, god kommunikasjon og samarbeid, og at det burde benyttes felles evalueringsverktøy.

En oppsummering av internasjonal forskning på samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis peker ut faktorer som synes å fremme god effekt: «Organisatorisk forankring av tiltaket på alle nivåer, integrering av spesialisttjenester, fokus på helhetlig pasientforløp, opplæring av lege og pasient, aktiv oppfølging av pasient og gode rutiner for tilbakemelding til lege» (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008).

I en studie fra 2010 i Hedmark foreslås smidigere innleggelsesprosedyrer, erfarne fagfolk i spesialisthelsetjenestens frontlinjer (DPS og akuttavdelinger), tettere samarbeid med fastleger, brukerinnflytelse, nettverkstenkning og ambulante DPS-tjenester (Danbolt, Kjøsberg og Lien, 2010; Fredheim, Danbolt, Haavet og Lien, 2011). Disse studiene viser samtidig at vi trenger forskning som går inn på lokale samhandlingskontekster og utforsker de involverte aktørenes erfaringer med og refleksjoner om relasjoner, interaksjoner, maktstrukturer og hva som hemmer og fremmer god praksis.

Formålet med den herværende studien har derfor vært å beskrive involverte aktørers erfaringer med samhandlingen om pasienter med sammensatte og langvarige tjenestebehov innen psykisk helsevern og aktørenes refleksjoner om praksisforbedringer.

## **Materiale og metode**

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med til sammen 33 deltakere (21 kvinner og 12 menn) fra kommunesektor, DPS, psykiatrisk døgnakuttpost og subakutt døgnpost på sentralsykehusnivå. Fokusgrupper er velegnet når man skal utforske subjektive erfaringer og holdninger relatert til et felles praksisfelt (Malterud, 2012). Innen helseforskning er metoden blitt stadig mer vanlig når hensikten er å utforske, evaluere og utvikle helsetjenester (Carlsen og Glenton, 2011; Martin og Hirdes, 2014).

Vi ønsket et strategisk utvalg med best mulig potensial til å belyse problemstillingen og styrke studiens pålitelighet. Vi inkluderte representanter for de ulike behandlingsrettede yrkesgruppene på hvert av samhandlingsnivåene. Hvis mulig skulle begge kjønn være representert. Også ledere og spesialister innen psykiatri, psykologi og sykepleie deltok i studien. Deltakerne ble rekruttert gjennom ledere for enhetene. Informert samtykke ble benyttet som en bekreftelse på at alle deltakerne var villige til å delta i studien. Fokusgruppene var homogene ved at de var nivåspesifikke, men yrkesmessig heterogene (Tabell 1).

**Tabell 1 Deltakere fordelt på tjenestenivåer og profesjoner**

| HELSE-PROFESJONER | HELSETJENESTENIVÅER |   |   |   | TOTALT |
|-------------------|---------------------|---|---|---|--------|
| Fysioterapeut     |                     | 2 |   | 1 | 3      |
| Hjelpepleier      |                     |   |   | 2 | 2      |
| Lege              | 1                   |   | 2 |   | 3      |
| Psykolog          |                     | 1 |   |   | 1      |
| Sosionom          | 3                   | 3 | 2 | 1 | 9      |
| Sykepleier        | 3                   | 3 | 4 | 3 | 13     |
| Vernepleier       | 1                   |   | 1 |   | 2      |
| Totalt            | 8                   | 9 | 9 | 7 | 33     |

De innledende spørsmålene ved fokusgruppesamtalene dreide seg om hvordan deltakerne opplevde samhandlingen om pasienter med langvarige og sammensatte behov, og hva som kunne gjøres for å bedre praksisen. Intervjuene ble gjennomført av to av forfatterne (Kjønsberg og Kvalvik) våren 2012. Utskrifter fra lydopptak er analysert ved hjelp av *systematisk tekstkondensering*, en fenomenologisk metode som er beskrevet av Malterud (2011) med henvisning til Giorgi (2009). Analysen gjøres gjennom fire trinn: 1) danne seg et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsdannende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og 4) sammenfatte betydningen. Alle forfatterne var med i analysearbeidet, men Danbolt hadde en ledende rolle.

Resultatene ble presentert og diskutert på en rundebordskonferanse der deltakere i fokusgruppene og lokale ledere og kollegaer fra de involverte enhetene var til stede, til sammen ca. 50 personer. En resultatoversikt ble sendt på forhånd til deltakerne og videre fremlagt gjennom en innledende forelesning på konferansen. En representant fra hver av enhetene hadde en kort forberedt respons før alle fikk anledning til respons i plenum. Deretter ble forsamlingen delt i fire grupper, satt sammen tilfeldig på tvers av samhandlingsnivåer. Disse nivåheterogene gruppene tok utgangspunkt i resultatene og drøftet endringer som kunne føre fram til bedre samhandlingspraksiser. Hver gruppe presenterte hovedpunkter fra sine samtaler, og alle innspillene fra gruppene ble igjen drøftet i en siste plenumssesjon.

Hensikten med konferansen var å validere og utdype forståelsen av funnene. Resultatene fra rundebordskonferansen er presentert i et eget avsnitt mot slutten av resultatpresentasjonen.

## **Resultater**

Vi har systematisert funnene fra fokusgruppeintervjuene i fem kategorier som presenteres i det følgende. Deretter gjengis funnene fra rundebordskonferansen gjennom tre kategorier.

### **Kompetanse og myndighet**

Gjennomgående hadde alle partene en oppfatning av hvordan «de andre» i samhandlingskjeden forsto pasientene, og uttrykte en forestilling om at «de andre» hadde smal pasientforståelse. «Vi kjenner ofte pasienten mye bedre enn *de* gjør», var et typisk utsagn fra kommunehold om sykehus og DPS. Flere fra kommunesektoren mente at de hadde like god eller bedre kompetanse enn tilsvarende yrkesgrupper i spesialisthelsetjenesten, men at deres kompetanse ikke alltid var verdsatt:

Og så opplever jeg at vi blir assistenter, og at det er sykehuset som bestemmer behandling. Og så skal vi utføre det.

Fra spesialisthelsetjenesten var det både kritiske og anerkjennende forståelser av den videre oppfølging i kommunen:

Så skal vi være litt forsiktige med hva vi faktisk instruerer kommunen om – og hva vi vet om hjemmesituasjonen til pasienten ...

Spesialister fra DPS og sykehusets døgnposter beskrev samarbeidet med andre som lite prioritert. Eksempelvis kunne de oppleve samarbeidsmøter som bortkastede:

Jeg opplever også at det blir utsatt å innkalle til samarbeidsmøte, og at vi ofte kan være for seine med det.

Kompetansestrid og ofte dobbelte (og flere) kliniske kartlegginger virket demotiverende for personellet, og de mente det samme gjaldt for mange pasienter.

## **Ansvar og koordinering**

Individuell plan (IP), som er en lovfestet rett for denne gruppen pasienter, stod sentralt ved snakk om koordinering av tjenester. IP ble verdsatt, men det manglet en felles forståelse av innhold og ansvar. Mange delplaner, så som arbeidstreningsplan, behandlingsplan på DPS, en plan hos psykiatrisk sykepleier og aktivitetsplan på NAV, kan gjøre pasienter forvirret, ble det hevdet.

Det er veldig vanskelig å få i gang en individuell plan, for det er ingen som vil være koordinator.

Det tar veldig lang tid å få på plass en koordinator.

## **Mange nivåer**

Flere var opptatt av at det er for mange nivåer (sykehusavdelinger, DPS og kommune), og i tillegg delvis overlappende ambulante team, som suicidteam og rusteam. I alle gruppene ble det sett som ønskelig at pasientene har få, men tydelige fagpersoner å forholde seg til, og en felles koordinerende instans for inntak og pasientflyt. Det ble hevdet fra flere hold at mange nivåer kan føre til overlappinger, ansvarsfraskrivelse og usikkerhet. Oppfølging «fra alle kanter [...] munner ut i en uklar oppfølging», var en oppfatning hos DPS, som mente at for mange pasienter ble utskrevet med henvisning til «uklare bestillinger».

Det kan handle litt om at de (sykehus) ikke helt tør å stole på at kommunen kan gi tilstrekkelig tilbud, så for sikkerhets skyld henviser de dem også til oppfølging fra DPS.

Det jeg ser i forhold til sykehus når folk har vært innlagt, er at de (sykehusavdelingen) henviser veldig mye samt at de henviser veldig bredt. Jeg tror det er noe med overgangen fra døgnkontinuerlig tilsyn til at de skal ut. Det virker som om en ser for seg at jo mer tilbud du pakker på pasienten, jo bedre blir det.

Fra Akuttenheten ble det pekt på at pasienter er i en sårbar fase etter utskriving mens de venter på tilbud fra kommunalt psykisk helsevern. Fra akutt og subakutt ble det hevdet at kommunen kunne glemme at en akuttpost opererer med et kort tidsspenn og begrenset sengekapasitet, og ofte uten muligheter for lengre opphold.

Kommunens ansatte opplevde sykehus og DPS som uavhengige organisasjoner selv om de hørte til samme sykehusorganisasjon, og de ønsket en samstemt spesialisthelsetjeneste.

Og så har vi liksom to psykiatrier, DPS og sykehus, som ikke har noe med hverandre å gjøre.

Tjenestenivåene orienterte seg ut fra hva de kunne tilby, og ikke ut fra behov, noe som særlig kunne ramme pasienter med samtidig rusproblem, ble det påpekt.

## **Travelt og «byråkratisk»**

Flere fra akutt, subakutt og DPS tematiserte «byråkratisering» av kommunen, som at det var vedtaksmøter kun én gang i uka og vanskelig å få til raske løsninger rundt ansvar for brukere ved presserende behov. De samme rapporterte om knappe akuttressurser i sykehuset, særlig i helgene med lav bemanning, stort trykk på akuttavdelingene og få muligheter til å sende pasienter videre. Kombinasjonen av «byråkratisk» kommune og press på akuttpostene kunne føre til uhensiktsmessige løsninger, hevdet de sykehusansatte. Ansatte ved akuttavdelingene mente i tillegg at DPS ikke fungerte godt nok som et lavterskeltilbud fordi inntakene ble styrt av hva DPS hadde av (del-)kompetanse.

Det ble også gitt eksempler på vellykket «ubyråkratisk» samhandling. Ordningen med pasientstyrt (direkte) reinnleggelse uten å gå veien om primærlege eller DPS for utvalgte pasienter ble vurdert som en suksessfaktor for pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Flere framhevet at det er organisering og rutiner «vi sitter og akker oss over», ikke «alle de hyggelige service- og løsningsorienterte fagfolkene», slik en fra akuttavdelingen uttrykte det. Flere fortalte at de hadde tatt direkte kontakt med behandlere på et annet nivå og på den måten fått til løsninger for brukere i krevende situasjoner.

## **Oppfølging og kontinuitet**

En gjengs oppfatning var at det ble brukt for lite ens faglig dokumentasjon, og at journalkommunikasjonen var svak, noe som svekket kontinuitet. De fleste la vekt på at pasienten skal ha færrest mulig behandlere, og at overganger burde forberedes ved at personale fra kommunen eller behandler fra DPS besøkte «sine» på sykehuset før utskrivelse. Ansatte ved DPS framholdt at de gjerne skulle fulgt opp pasientgruppen med periodiske kontrolltimer for å hindre eller identifisere begynnende tilbakefall. Akutt ønsket kapasitet til oppfølgende poliklinisk virksomhet for et utvalg av pasienter, noe de mente ville redusere liggetid og innleggelseshyppighet. Fra kommunalt hold var det ønske om sterkere oppfølging fra spesialister, det vil si psykiatere og psykologer med spesialistutdanning:

De dårligste pasientene jeg har som fastlege, er jeg nødt til å behandle selv i samarbeid med psykiatritjenesten i kommunen uten særlig støtte fra DPS.

Hindringer for slik oppfølging fra DPS eller akuttavdeling ble hevdet å være at andre i samhandlingsstrukturen hadde overtatt ansvaret.

## **Rundebordskonferanse**

Rundebordskonferansen bekreftet og utdypet funnene. Drøftingene i grupper og plenum utkrystalliserte tre temafelt forbundet med pasientfokus, kunnskap om samhandlingspartnerne og holdninger.

## **Pasientsentrert praksis**

Det ble lagt vekt på at god samhandling forutsetter «fokus på pasienten og ikke eie sannheten om pasienten», slik en av gruppene oppsummerte det. Utsagnet framhever betydningen av å utforske hva pasienten tenker om sin egen situasjon. Det ble pekt på at helhetlig forståelse av pasienten inkluderer diagnostisk forståelse så vel som kunnskap om pasientens bakgrunn og nettverk. Det kom forslag om å styrke bruken av lavterskel-kommunikasjonsmidler, for eksempel smarttelefon med egen IP-app. Koordinatorfunksjonen ble stadig pekt på som avgjørende: «Delt ansvar kan bety at ingen tar ansvar.»

### **Kunnskap om hverandre**

Rundebordskonferansen løftet fram betydningen av fellesarenaer og framholdt at kunnskap om samhandler bygger på den andres faktiske selvpresentasjon og ikke på egne forforståelser eller spekulasjoner. Viktigheten av å ha oppdaterte faktaopplysninger som for eksempel organisasjonskart med informasjon om tjenester pasientene kunne nyttiggjøre seg, ble poengtert. Hensiktsmessige ansvars- og samarbeidsmøter og felles «eid» IP ble også her nevnt som verktøy for kontinuitet, forutsatt at informasjonsflyten foregår innenfor rammene av taushetsplikten.

### **Holdninger til hverandre**

Faktisk interesse og ydmykhet for pasientens og det øvrige personellets forståelser ble framhevet. Det vil si at samhandlingsparter ikke skulle love noe på andres vegne uten at dette er avklart:

Vi bør spørre hva som finnes av tiltak, og hva andre tenker – heller enn bare å si at 'dette trenger pasienten!'.

Videre var det ønskelig at man «snakket hverandre opp», altså støttet hverandre og bidro til å bygge opp tillit til samhandlingspartnerne.

### **Diskusjon**

Studien viser hvilke forhold deltakerne ser som sentrale for nivåovergripende samhandling om pasienter med langvarige og sammensatte tjenestebehov. Sentrale funn gjelder rutiner og koordinering, bruk av IP og andre virkemidler samt ansvar og organisering. Dette er kjente utfordringer (Danbolt, Kjøsberg og Lien 2009; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2008; Ose og Slettebak 2013;) som det også jobbes mye med gjennom organisering og ledelse av psykiske helsetjenester internasjonalt (Craven og Bland, 2006; Lee, Crowther, Keating og Kulkarni, 2013). Studien bekrefter empirisk at dette fremdeles ikke fungerer optimalt i arbeidet med denne gruppen pasienter med psykiske vansker. Samtidig bidrar den til å identifisere hvor problemene ligger.

### **Nivåeksklusive praksiser**



Vår studie viser at nivåeksklusivitet og interpersonelle forhold kan være til hinder for god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det kommer til syne praksismønstre som reelt sett har mer preg av hver-for-seg-aktiviteter enn av samhandling. Dette synes ikke primært å skyldes organisering, men forhold som svak anerkjennelse av fagfolk på et annet tjenestenivå enn ens eget.

En uheldig konsekvens av nivåeksklusivitet er at noen pasienter anses som for friske til innleggelse, men for syke til DPS-behandling. Det kan føre til det behandlingsparadokset at alvorlig syke pasienter med sammensatte og langvarige behov ikke blir ivaretatt av de behandlerne som har best tilpasset kompetanse. Dette er også et paradoks i forhold til retningslinjene for hva et DPS skal klare å forholde seg til.

## **Gjensidighet**

Sentrale spørsmål gjelder kunnskap om samhandlingsparter og forståelse av kompetanse: Hvem vet best, og hvem skal bestemme hva? I alt sju yrkesgrupper var med i studien, og disse har til dels forskjellige oppgaver og til dels uoverensstemmende syn på kunnskap og kompetanse. Denne studien peker klart på *gjensidighet* som et nøkkelbegrep når det gjelder anerkjennelse av «de andres» kompetanse og funksjon, muligheter og begrensninger. Uten en slik anerkjennelse av hverandres kompetanse og funksjon blir samhandling vanskelig.

## **«Spesialister fra DPS og sykehusets døgnposter beskrev samarbeidet med andre som lite prioritert»**

Ønsket om anerkjennelse for kompetanse, så vel som begrensninger, uttrykkes fra alle hold. Svak anerkjennelse synes å henge sammen med lite kjennskap til hverandre. Gjennom arbeidet med denne studien og hele det fagutviklingsprosjektet som studien inngår i, har det blitt etablert en rekke nye møtearenaer med seminarer der profesjonelle fra ulike instanser har fått anledning til å treffes. Dette har ført til at samhandlingspartene har styrket sin kjennskap til og anerkjennelse av hverandre. Rundebordskonferansen var en arena som ga anledning til å vise gjensidig interesse for «de andre».

## **Tilbud på rett tjenestenivå**

I perioden denne studien pågikk, var det i SI store diskusjoner om hvilke aktiviteter som skulle foregå på sentralsykehusnivå, og hvilke som skulle ligge på DPS-nivå. Ut fra sitt mandat skal en DPS-avdeling kunne behandle alle psykiske plager som ikke krever låste dører. Tjenestene ved DPS-ene og sentralsykehusene stiller i hovedsak like store krav til kompetanse, men klinisk situasjon, alvorlighetsgrad og hyppighet avgjør i praksis om tjenesten skal organiseres i DPS eller sentralsykehus.

En viktig diskusjon som springer ut av studien, gjelder en gjensidig kritisk faglig holdning til innholdet i et sammenhengende tjenestetilbud. Flere av deltakerne ivret etter å «tenke i samme retning», slik det ble ytret i ett av intervjuene. Samtidig ble behovet for nyansering og reell kompetansedeling som kan virke kritisk korrigerende i et nivåovergripende behandlingsforløp, løftet fram. Fagfolkene kan ha nokså forskjellige forståelser av hva som er god praksis i konkrete tilfeller. Det henger sammen med at pasientforståelsen er preget av ulike former for kontakt med pasienten, men også av sammensatt profesjonskompetanse og hvordan denne formes og utfoldes innenfor ulike praksiskontekster i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Rundebordskonferansen pekte på betydningen av å utnytte fordelene ved dette faglige mangfoldet, og unngå eksklusive praksiser.

Rundebordskonferansen varte en hel arbeidsdag og bidro til at partene i større grad ble kjent med hverandre. Også andre studier viser positive samhandlingseffekter av personlig kontakt (Craven og Bland, 2006; Danbolt, Kjøsberg og Lien, 2010; Fredheim, Danbolt, Haavet og Lien, 2011; Pettersen og Johnsen, 2007).

### **Imperativer for god samhandling**

I studien kommer det til syne forhold som hemmer og fremmer hensiktsmessig samhandling. På bakgrunn av funnene i denne studien har vi sammenfattet tre sentrale imperativer for god samhandling i Tabell 2.

**Tabell 2 Hemmere, fremmere og imperativer for god samhandling**

| <b>HEMMER GOD SAMHANDLING</b>                     | <b>FREMMER GOD SAMHANDLING</b>   |
|---|--|
| Ensidige forståelser av pasienter og av samarbeid | Kunnskap om samhandlingspartner som inkluderer dennes egenpresentasjoner                                       |
| Maktubalanse og maktbefengt språk og atferd       | Gjensidig respekt for at forskjellige kontekster og posisjoner kan bidra til bedre forståelse og tjenesteyting |
| Relativiseringer av forskjeller                   | Avklaring og anerkjennelse av ulikheter i kompetanse, fag, oppgaver og roller                                  |
| Uklar kommunikasjon og svak tilgjengelighet       | Kultur for å gi konstruktiv kritikk  |
| <b>Tre samhandlingsimperativer:</b>               |  |

Vær stadig undersøkende med tanke på nye og bedre måter å anskaffe og utnytte kompetanse på.

Ha arenaer for kontakt og rom for å fortelle om eget arbeid, drøfte fag og bli oppdatert om de enkeltes kompetanse, muligheter og begrensninger.

Bruk de faglige felleserfaringene til å optimalisere fellesressursene og gi tilbakemelding om hvordan overordnet organisering må være sekundær til denne typen kunnskap.

---

## Studiens gyldighet

Studien tegner et situasjonsbilde fra et lokalt samarbeidsområde innen psykisk helsetjeneste på Østlandet. Studiens styrke ligger i at den gir en fyldig beskrivelse av de involverte aktørenes erfaringer og refleksjoner. Fokusgruppene genererte data med ansporende refleksjoner og resonnementer mellom deltakerne. Vi så det som fruktbart at funnene fra de første nivåhomogene (men yrkesheterogene) gruppene ble utdypet i de nivåheterogene drøftingene i plenum og grupper på rundebordskonferansen. Bildet som tegnes, har trekk som samsvarer med tidligere forskning (Craven og Bland, 2006; Ose og Slettebak, 2013). Samtidig går denne studien videre ved å identifisere og utdype sentrale samhandlingsmønstre. Særlig er dette knyttet til betydningen av gjensidighet i samarbeidet. Slik sett mener vi at studien kan ha overføringsverdi og relevans for andre lokale kontekster og gi innspill til lignende prosesser rettet mot å utforme hensiktsmessige samhandlingsstrukturer.

## Konklusjon

Studien har utforsket involverte aktørers erfaringer og refleksjoner om samhandling om pasienter med langvarige og sammensatte behov i en lokal kontekst. Det avdekkes ensidige og nivåspesifikke mønstre som i praksis er eksklusive med tanke på forståelse, mål og tiltak. Manglende kunnskap om samhandlingspartnere og til dels ulike behandlingsforståelser mellom nivåer og mellom yrkesgrupper fører til parallelle prosesser med demotiverende merarbeid og svakere tjenesteyting.

Studien peker på behovet for å utvikle samhandlingspraksiser med vekt på *gjensidighet*, med etiske imperativer som konsekvens for at de profesjonelle målene skal kunne oppnås. En pasient- og tjenesteforståelse som bygger på gjensidig anerkjennelse av samhandlingspartnere og inkluderer anvendelse av kunnskap og erfaringer fra alle involverte aktører, er en forutsetning for en slik praksis.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 5, 2016, side 347-353*

### TEKST

Lars Johan Danbolt

Knut Hestad

Kari Kjøsberg

+ Vis referanser

Referanser

- Carlsen, B. og Glenton, C. (2011). What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. *BMC Medical Research Methodology*, 11:26.
- Craven, M.A. og Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*. 51, 7S-72S.
- Danbolt, L.J., Kjøsberg, K. og Lien, L. (2010). Hjelp når du trenger det. En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykiske helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3, 238-245.
- Fredheim, T., Danbolt, L.J., Haavet, O.R. og Lien, L. (2011). Collaboration between General Practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 5 doi: 10.1186/1752-4458-5-13.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburg, P.A.: Duquesne University Press.
- Grimen, H. og Tørud, L.I. (red.) (2013). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*.
- Lee, S.J., Crowther, E., Keating, C. og Kulkarni, J. (2013). What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 4, 333-46. doi: 10.1177/0004867412463975. Epub 2012 Oct 17.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martin, L og Hirdes, J.P. (2014). Exploring the impact of common assessment instrumentation on communication and collaboration in inpatient and community-based mental health settings: a focus group study. *BMC Health Services Research*, 14, 457. doi: 10.1186/1472-6963-14-457.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis*. Rapport nr. 3.
- Ose, S.O. og Pettersen, I. (2012). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV)*. Rapport nr. A26086. SINTEF teknologi og samfunn.
- Ose, S.O. og Pettersen, I. (2012). *Døgnpasienter i TSB 20. november 2012. Baseline for samhandlingsreformen*. Rapport nr. A26186. SINTEF teknologi og samfunn.
- Ose, S.O. og Slettebak, R. (2013). *Unødvendige innleggelses, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter - omfang og kjennetegn ved pasienten*. SINTEF. Teknologi og samfunn. Rapport nr. A25247.
- Pettersen, B. og Johnsen, R. (2007). Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 127, 565-8.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L. og Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*. 15:86.
- Sommer, M. (2013). *Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap*. *Sykepleien Forskning*, 8, 132.

