

# **Samhandlingsmøte**

**Tverrfaglig helsepersonells erfaringer fra deltakelse på  
samhandlingsmøter to uker etter utskrivning av en eldre person  
fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem  
En kvalitativ studie**

**Anja Hoff**



**Masteroppgave i klinisk helsearbeid, studieretning  
psykisk helsearbeid**

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG  
VESTFOLD  
Fakultet for helsevitenskap**

**30.01.2015**





<b>Navn:</b> <b>Anja Hoff</b>	<b>Dato:</b> <b>30.01.15</b>
<b>Tittel og undertittel:</b> <b>Samhandlingsmøte.</b> <b>Tverrfaglig helsepersonells erfaringer fra deltakelse på samhandlingsmøter to uker etter utskrivelse av en eldre person fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem.</b>	
<u>Sammendrag:</u> <b>Bakgrunn:</b> Samhandling i helse- og omsorgstjenesten har vært en utfordring i mange år, både nasjonalt og internasjonalt, og er fremdeles en utfordring i videreutvikling av helsetjenesten. En alderspsykiatrisk sykehusavdeling tok i 2010 initiativ til utvikling av et aksjonsforskningsprosjekt mellom sykehuset og 5 sykehjem. Ett av tiltakene i aksjonsforskningsprosjektet har vært å gjennomføre et tverrfaglig samhandlingsmøte på aktuelle sykehjem det har vært en utskrivelse til etter to uker.  <b>Hensikt:</b> Studiens hensikt er å undersøke tverrfaglig helsepersonells erfaringer fra deltakelse på samhandlingsmøtene.  <b>Teoretisk forankring:</b> Studien tar utgangspunkt i faglitteratur og tidligere forskning om samarbeid og samhandling mellom tverrfaglig helsepersonell fra ulike tjenestesteder.  <b>Metode:</b> Studien har en beskrivende design og anvender kvalitativ metode med tematisk innholdsanalyse. Studien er en del av et større medvirkningsbasert aksjonsforskningsprosjekt, hvor data er samlet inn ved hjelp av selvrapporterings skjema (loggskjema)  <b>Resultat:</b> Hovedfunnet i studien er at samhandlingsmøte er et møte ansikt til ansikt mellom tverrfaglig og tverretattlig helsepersonell, som bidrar til gjensidighet, fellesskap og utvidet forståelse som kan føre til nye handlinger.  <b>Konklusjon:</b> Den detaljerte informasjons- og erfaringsutvekslingen som foregår mellom tverrfaglig helsepersonell i samhandlingsmøte bidrar til utvidet forståelse for den enkelte person. Helsepersonell lærer av hverandre gjennom å dele av sin erfarings- og kunnskapsbase. Sammen utvikler helsepersonell nye individuelle personsenterte tiltak som kan bidra til at personen beholder sin identitet og verdighet. Erfarings-, kunnskaps- og informasjonsutvekslingen kan bidra til å styrke kontinuiteten i tjenestene i overgangen mellom alderspsykiatrisk sykehus avdeling og sykehjem.	
<b>Nøkkelord:</b>  <b>Samarbeid, samhandling, tverrfaglig helsepersonell, alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste, sykehjem, utskrivning.</b>	



<b>Name:</b> <b>Anja Hoff</b>	<b>Date:</b> 30.01.15
<b>Title and subtitle:</b> <b>Coordination meeting.</b> <b>Interdisciplinary health personnel's experiences from participating in a coordination meeting two weeks after the discharge of an elderly person from a psychogeriatric hospital department to a nursing home.</b>	
<b>Abstract:</b> <b>Background:</b> Coordination and cooperation in health care services has been a challenge for many years, both nationally and internationally, and is still a challenge in the further development of health services. In 2010 a psychogeriatric hospital department initiated the development of an action research project between the hospital and five nursing homes. One of the measures in the action research project has been to implement an interdisciplinary coordination meeting at the relevant nursing homes where the patients have been admitted to after two weeks.  <b>Aim:</b> The aim of this study was to investigate interdisciplinary health professional's experiences from participation in the coordination meetings.  <b>Theoretical foundation:</b> The study is based on relevant literature and previous research on cooperation and coordination between interdisciplinary health professionals from different service locations.  <b>Method:</b> The study has a describing design and uses qualitative thematic content analysis. The study is part of a larger participation based action research project, where data are collected using a self-reporting form (log form).  <b>Results:</b> The main finding of the study is that the coordination meeting is a face-to-face meeting between interdisciplinary and interdepartmental healthcare personnel. The study shows that a face-to-face meeting can contribute to reciprocity, fellowship and expanded mutual understanding that can lead to new actions.  <b>Conclusion:</b> The exchange of detailed information and experiences that takes place between interdisciplinary health professionals during coordination meetings contributes to an expanded understanding of the individual. Interdisciplinary health professionals is sharing their base of experience and knowledge. Healthcare professionals learn from each other and together they develop new individual person-centered measures that may help the individual retain his identity and dignity. Empirical evidence-, knowledge- and information exchange can help strengthen continuity of services in transition between psychogeriatric hospital departments and nursing homes.	
<b>Key words:</b>  <b>Cooperation, collaboration, interdisciplinary health care professionals, psychogeriatric hospital departments, nursing homes, discharge.</b>	

## FORORD

Gjennom mange år som sykepleier med arbeidserfaring fra både kommunehelsetjenesten og i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste har jeg opplevd at tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom ulike tjenestesteder kan være en utfordring. På tross av utfordringene har jeg likevel erfart at godt samarbeid og god samhandling både tverrfaglig og tverretattlig oppleves meningsfullt og uunnværlig i arbeid med å bidra til en best mulig pleie, behandling og omsorg for den enkelte pasient.

Det er mange som skal takkes i forbindelse med utarbeidelse av denne master oppgaven. Jeg tror den vanskelig hadde latt seg gjennomføre om ikke min arbeidsgiver hadde lagt til rette for dette arbeidet. Tusen takk til avdelingsleder Bodil McPherson og enhetsleder Marianne Korsmo. Takk til min veileder og inspirator Liv Helene Jensen for nyttige samtaler, støtte og konstruktiv tilbakemelding i arbeid med oppgaven. Takk til alle deltakere i samhandlingsprosjektet som har delt av sine erfaringer. Tusen takk til bibliotekar Eldbjørg Marie Nåheim Eien ved Dikemark sykehus for meget god hjelp med litteratur søk, utarbeidelse av litteraturliste og gode samtaler.

Og sist, men ikke minst, takk til medstudenter, lærere, forståelsesfulle kolleger, venner og familie som har støttet og motivert meg gjennom prosessen. Mine tre barn må nevnes spesielt: Marte, Jonas og Julie, da de har vist stor grad av tålmodighet og forståelse for den tidkrevende arbeidsprosessen jeg har vært inne i over lang tid.



## Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING .....	9
1.1	Bakgrunn for studien og valg av tema .....	9
1.2	Studiens målsetting, problemstilling, forskningsspørsmål og avklaring av sentrale begreper i problemstillingen .....	12
1.3	Studiens relevans for psykisk helsearbeid .....	14
1.4	Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem .....	15
2.0	TEORETISK BAKGRUNN OG TIDLIGERE FORSKNING .....	17
2.1	Litteratursøk.....	17
2.1.1	Avklaring av begrepet samarbeid og samhandling.....	18
2.1.2	Tverrprofesjonelt samarbeid .....	18
2.1.3	Organisatoriske faktorer som fremmer eller hemmer samhandling og samarbeid .....	19
2.1.4	Kjennetegn ved alderspsykiatriskspesialisthelsetjeneste og skjermet enhet i sykehjem .....	21
2.2	Mellommenneskelige faktorer som fremmer eller hemmer samhandling og samarbeid.....	23
2.2.1	Aktiv lytting og kommunikasjon .....	23
2.2.2	Åpen dialog og felles forståelse.....	24
2.3	Personer med demens og omsorg .....	24
2.3.1	Verdigrunnlaget i personsentrert omsorg .....	25
2.3.2	VIPS modell for personsentrert omsorg .....	26
3.0	DESIGN OG METODE .....	28
3.1	Aksjonsforskning .....	28
3.2	Kvalitativ metode.....	28
3.2.1	Utvalg .....	29
3.2.2	Datainnsamling og datamaterialet .....	30
3.2.3	Dataanalysen.....	31
3.3	Etiske refleksjoner .....	34
3.4	Forskerrollen.....	35
3.5	Studiens troverdighet .....	36
3.6	Metodekritiske overveielser.....	38
4.0	RESULTATER.....	40
	Forbedring av informasjonsutvekslingen ved utskrivelsesprosessen. ....	40
4.1	Individuell omsorg og behandling .....	40
4.1.1	Å dele erfaringer om individuelle tiltak.....	41
4.1.2	Å samarbeide med pårørende .....	42
4.1.3	Å reflektere over nødvendig helsehjelp.....	44
4.1.4	Å få vite mer om personen.....	44

4.2 Kunnskapsutveksling .....	45
4.2.1 Å lære mer om utredning, symptomer, diagnostisering og medisinsk behandling .....	45
4.2.2 Veiledning og hospitering .....	46
4.2.3 Kompetanse om bruk av kartleggingsverktøy .....	47
4.3 Opplevelse av anerkjennelse, læring og nyskaping .....	47
4.3.1 Å bli bedre kjent med hverandre .....	47
4.3.2 Å lytte til hverandre og anerkjenne ulike erfaringer .....	48
4.3.3 Bekreftelse og støtte .....	49
4.3.4 Å erfare at godt tverrfaglig samarbeid kan bidra til utvikling av nye tiltak .....	51
4.4 Forbedringsområder .....	52
4.4.1 Forbedring av samarbeid mellom første og andre linje tjenesten .....	52
4.4.2 Forbedring av informasjonsutvekslingen ved utskrivelsesprosessen .....	53
4.5 En åpen og lyttende dialog .....	54
5.0 DISKUSJON .....	55
5.1 Å møtes ansikt til ansikt .....	55
5.1.1 Gjensidighet .....	55
5.1.2 Interaksjonen i et ansikt- til ansikt møte .....	58
5.1.3 Fellesskap og bekræftelse .....	62
5.1.4 Nyskaping .....	64
5.2 Kontinuitet .....	65
5.2.1 Deling av informasjon .....	66
5.3 Læring .....	68
5.3.1 Læring om kartleggingsverktøy, utredning, diagnosesetting og medisiner .....	69
5.3.2 Utvidet forståelse for personen .....	71
5.3.3 Refleksjon over bruk av tvangsvedtak og nødvendig helsehjelp .....	75
5.4 Pårørende .....	76
5.4.1 Samarbeid med pårørende .....	76
5.5 Oppsummering .....	79
6.0 KONKLUSJON .....	81
6.1 Implikasjoner for praksis .....	81
6.2 Forslag til videre forskning .....	82

Vedlegg: 9 stk.



## **1.0 INNLEDNING**

Denne masteroppgaven omhandler tverrfaglig helsepersonells erfaringer fra deltakelse på samhandlingsmøter. Temaet avgrenses til utskrivelse av eldre personer fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem.

Masteroppgaven er en kvalitativ del- studie av et større medvirkningsbasert kvalitetsutvikling- og aksjonsforskningsprosjekt: Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem (PASSUS)(Jensen og Rekve, 2014), som vil bli nærmere omtalt under eget punkt.

I dette kapitlet presenteres tema, bakgrunn for valg av problemstilling og forskningsspørsmål. Problemstillingens relevans for psykisk helsearbeid blir begrunnet. Samhandlingsmodellen utviklet i aksjonsforskningsprosjektet vil bli kort presentert. Sentrale begreper blir definert ved hjelp av teori.

### **1.1 Bakgrunn for studien og valg av tema**

Utviklingen av helse- og omsorgstjenesten i Norge de siste 30 år har foregått i tråd med anbefalinger fra WHO's fem prinsipper for helsefremmende arbeid (World Health Organization, 1986). De fem prinsippene omhandler fokus på en helsefremmende politikk, skape støttende miljøer, styrke innsatsen i lokalsamfunnet, utvikling av personlige ferdigheter og re-orientere helsetjenesten (World Health Organization, 1986).

På tross av de fem prinsippene har bedre samhandling og en mer helhetlig helsetjeneste vært en utfordring i mange år, både nasjonalt og internasjonalt, og er fremdeles en utfordring i videre utvikling av helsetjenestene (World Health Organization, 2005; Helsedirektoratet, 2013).

I senere år har det helsepolitiske fokuset også vært på samhandling mellom helse og omsorgstjenester på overordnet nivå (Elstad, Steen og Larsen, 2013).

Fra januar 2012 trådte en omfattende reform i norsk helsesektor i kraft:

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen kan sees i lys av WHO's nevnte prinsipper for helsefremmende samarbeid, da reformen blant annet har formulert argumenter for utvikling av lokalsamfunnsbaserte psykiske helsetjenester og re-organisering av helsetjenestene (Hummelvoll, 2012). Re-orientering i helsetjenesten innebærer at den enkelte kommune skal sørge for sine innbyggere, slik at oppholdet i spesialisthelsetjenesten forebygges eller reduseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten skal overføres til kommunen og spesialisthelsetjenesten skal utvikle seg til å bli enda mer spesialisert. I tillegg har samhandlingsreformen som målsetting at helsetjenesten øker innsatsen i forhold til forebygging og begrensnings av lidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I et av beslutningsgrunnlagene for utvikling av reformen, påpekes det at samhandling om personer med kroniske lidelser til en viss grad er illustrerende for utfordringer hele helsetjenesten står ovenfor (Oxman, Bjørndal, Flottorp, Lewin og Lindahl, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Beslutningsgrunnlaget viser at helse- og omsorgstjenesten ikke svarer til pasientenes behov for koordinerte tjenester. Det er store samfunnsøkonomiske utfordringer knyttet til økt levealder og økning i forekomst av kroniske og sammensatte lidelser som kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser. Det er behov for å øke innsatsen i forhold til å begrense og forebygge lidelser. Det er behov for å sikre tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted (Oxman, Bjørndal, Flottorp, Lewin og Lindahl, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I de senere år har det vært en økning i antall profesjoner og spesialisering innenfor helsetjenestene. For å kunne møte utfordringene videre er det av betydning å skape gode samhandlingsformer på tvers av profesjoner og organisasjoner, i samarbeid med brukere og deres pårørende. I følge Schjøth (2007) bør derfor psykisk helsearbeid innebære at helsepersonell og ulike etater og organisasjoner bidrar til utvikling av en helhetstenkning som baserer seg på kommunikasjon, informasjon, samarbeid og felles innsats.

Samarbeid for å sikre forsvarlige pasientoverganger mellom ulike tjenestesteder setter krav til både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Lov om Helse- og omsorgstjenesten (2012) har som formål å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Loven skal sikre samhandling i helsetjenesten, og at tilbud tilpasses den enkeltes behov med respekt for den enkeltes integritet og verdighet samtidig som ressursene utnyttes best mulig.

I følge nasjonal helse- og omsorgsplan for 2011-2015 fra Helsedirektoratet opplever mange pasienter lite kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten, fordi de stadig møter nytt helsepersonell. Dette gjelder både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Manglende kontinuitet kan føre til utrygghet, feil i behandling og pleie, ineffektive tjenester og redusert livskvalitet for pasient og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Studiens fokus på samhandling ved overgangen mellom sykehus og kommune har videre bakgrunn i et rundskriv om Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013 fra

Helsedirektoratet, hvor det påpekes svikt og mangelfull kommunikasjon særlig i overgangen mellom sykehus og sykehjem:

«Syke eldre, kronisk syke barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og andre som trenger rehabilitering, opplever brudd og svikt i helsetjenestetilbudet. Særlig i overgangen mellom sykehus og kommunen. Helsetilsynet har pekt på mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres sykehjem» (Helsedirektoratet, 2013, s. 21)

I rundskrivet bes regionale helseforetak om å følge opp eksisterende samarbeidsavtaler og i tillegg «sørge for *samarbeid og dialogmøter* mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere» (Helsedirektoratet, 2013, s. 21).

Dialogmøte er i denne studien avgrenset til samhandlingsmøte etter utskrivning.

Tidligere studier har vist at samarbeid mellom sykehus og kommune når det gjelder utskrivning av eldre personer bør forbedres for å sikre at tilstrekkelig informasjon blir gitt videre ved utskrivning fra sykehus til sykehjem (Tingvoll, Sæterstrand og Dreyer Fredriksen, 2010; Tingvoll og Dreyer Fredriksen, 2011).

En norsk kvalitativ fokusgruppestudie bestående av fastleger, psykiatriske sykepleiere og leger under spesialisering i psykisk helsevern fra Oppland og Hedmark viste at det er behov for å møtes ansikt til ansikt oftere for å utveksle muligheter, behandlingsplaner og organisering (Fredheim, Danbolt, Haavet, Kjønsgberg og Lien, 2011).

En annen norsk kasusstudie bestående av sykepleiere fra sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien viste at sykepleiere som oftest dokumenterte kronologisk, basert på fritekst uten fastlagt struktur i sykepleie journal og sammenfatninger (Naustdal og Netteland, 2012). Studien viste at det ser ut til å være liten forståelse for hvilken kunnskap og informasjon samhandlende aktører har behov for. Studien konkluderer med at det vil være behov for sterk nasjonal og lokal styring i forhold til struktur, innhold og prosess knyttet til dokumentasjon og informasjonsoverføring mellom samarbeidspartnere (Naustdal og Netteland, 2012).

Som det kommer frem av politiske føringer, lovverket og tidligere forskning er det behov for å bedre samarbeid og samhandling mellom helsepersonell i helsetjenestene, særlig i overgangen mellom sykehus og kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helsedirektoratet, 2013; Helse og omsorgstjenesteloven, 2012; Tingvoll, Sæterstrand og Dreyer Fredriksen, 2010; Tingvoll og Dreyer Fredriksen, 2011). Videre påpeker Helsedirektoratet (2013) og tidligere forskning (Fredheim, Danbolt, Haavet, Kjønsgberg og Lien, 2011) at det er behov for dialogmøter mellom helsetjenestene.

Jeg har ikke funnet studier med samme tema som i denne studien: tverrfaglig og tverretatlig helsepersonells erfaringer fra deltakelse på samhandlingsmøter ved utskrivning av en eldre person fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem.

## **1.2 Studiens målsetting, problemstilling, forskningsspørsmål og avklaring av sentrale begreper i problemstillingen**

Hensikten med studien er å undersøke tverrfaglig og tverretatlig helsepersonells erfaringer som deltakere på samhandlingsmøtene ved utskrivning av en eldre person fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem.

Målsettingen er å bidra med kunnskap om erfaringer tverrfaglig helsepersonell gjør som deltakere i samhandlingsmøter og belyse innholdet i møtene.

Erfaringskunnskap fra samhandlingsmøtene kan være av betydning for tjenesteutvikling av det psykiske helsearbeidet. Utveksling av kunnskap, informasjon og erfaringer ved en utskrivesprosess er et viktig område å studere, da dette har betydning for kontinuitet og faglige forsvarlige pasientforløp i helse- og omsorgstjenesten. Krav om faglig forsvarlighet «omhandler all faglig virksomhet, både enkelttiltak og lengre behandlingsforløp» (Johansen og Cordt-Hansen, 2006, s. 714). I denne studien avgrenset til tverrfaglig helsepersonells erfaringer fra deltakelse i samhandlingsmøter etter utskrivning av eldre personer fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem.

Studien har følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer beskriver helsepersonell fra deltakelse i tverrfaglige samhandlingsmøter etter utskrivning av en eldre person fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem?»

Problemstillingen har et tjensteperspektiv som omfatter interaksjoner mellom tverrfaglig helsepersonell ved overføring av en eldre person fra alderspsykiatrisk sykehus til sykehjem.

For å kunne besvare problemstillingen har studien følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hva beskriver helsepersonell at de har bidratt med i samhandlingsmøtene?
- 2) Hva kjennetegner samhandlingsmøte mellom helsepersonell fra alderspsykiatriskavdeling og sykehjem?
- 3) Hvordan kan tverrfaglige og tverretatlige samhandlingsmøter bidra til kontinuitet i omsorgen for eldre personer som utskrives fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem?

I det følgende defineres sentrale begreper i problemstillingen:

Samhandlingsmøte: er et fysisk møte mellom tverrfaglig helsepersonell som samarbeider om å finne frem til handlinger og løsninger som er til det beste for personen som har blitt overflyttet fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem. Møtet består ikke av et fast team, men av en tverrfaglig gruppe sammensatt i forhold til møtets hovedfokus: personen som har blitt overflyttet. I hvert enkelt møte ble det utpekt en møteleder, som skulle holde bidra til at informantene holdt fokus på agendaen for møte, og en referent. Møteledere og referenter var i alle samhandlingsmøtene spesialsykepleiere fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling.

Helsepersonell: I helsepersonell loven § 3 (1999) defineres helsepersonell som personer med autorisasjon eller lisens som utfører helsehjelp. Loven omfatter også studenter og elever som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp. I denne studien deltar sykehjemslege, sykepleier, hjelpepleier og studenter fra sykehjem (gjørne den eller de som var primærkontakt for personen). Psykiater, lege, spesialergoterapeut og spesialsykepleiere fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling og spesialsykepleier fra alderspsykiatrisk poliklinikk.

Erfaringer sidestilles ofte med kunnskap og viten, og kan defineres på ulike måter (Thornquist, 2003). I denne studien omfatter erfaringsbasert kunnskap kunnskap som erverves og utvikles gjennom å praktisere. Denne kunnskapen har blitt gitt mange navn, blant annet «skjønn, taus kunnskap, klinisk blikk, intuisjon eller klinisk ekspertise» (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt og Reinart, 2007, s. 16). Erfaringsbasert kunnskap inngår i modellen for kunnskapsbasert praksis. Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt og Reinart (2007) definerer kunnskapsbasert sykepleie som;

«å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (s. 15).

Utskrivelse: I forskriftene til pasient- og brukerrettighetsloven (2011) om med finansiering av spesialisthelsetjenesten, er vilkårene for at en pasient er utskrivningsklar at lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Utskrivelsesprosessen strekker seg over tid fra innleggelse, utredning og behandling frem til det er satt en dato for utskrivningsklar pasient (Bull og Roberts, 2001). Utskrivelsesprosessen innebærer kommunikasjon og informasjonsdeling mellom helsepersonell, pasient, pårørende og samarbeidspartnere gjennom de ulike stadiene av prosessen (Bull og Roberts, 2001).

Helhetstenkning, helhetlig omsorg, behandlingsforløp og tjeneste er begreper som er brukt i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), og i oppgaven.

Helhetsbegrepet kan forstås ut fra et personsentrert perspektiv (Brooker, 2013), og i møte med eldre personer som har behov for helse- og omsorgstjenester innebærer dette å se hele personen, og ivareta de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behovene på en best mulig måte (Brooker, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Begrepene samarbeid, samhandling, tverrfaglighet og konteksten samhandlingen foregår i vil bli gjort rede for i kapittel 2.

### **1.3 Studiens relevans for psykisk helsearbeid**

Målgruppen for helsepersonell i denne studien er eldre personer som har vært til utredning og behandling i alderspsykiatrisk sykehusavdeling og som har fortsatt behov for helse- og omsorgstjenester ved skjermet langtidsavdeling i sykehjem. Eldre personer som overflyttes fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til skjermet enhet på sykehjem kan ha sammensatte somatiske og psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD).

Psykisk helsearbeid med og for eldre bør fokusere på å støtte opp om personen slik at vedkommende kan opprettholde et hverdagsliv med best mulig kvalitet (Brooker, 2013; Eriksson, 2012).

Et av de fremste redskapene er sosial støtte i hverdagslige situasjoner, noe som krever at helsepersonell har kunnskap om aldring, psykisk uhelse og kognitiv svikt (Eriksson, 2012).

For å oppnå økt kunnskap om den eldre personen og møte personen på best mulig måte kreves kommunikasjon og samarbeid mellom ulike profesjoner, virksomheter og grupper (Eriksson, 2012).

I den sårbare fasen hvor eldre personer overføres fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem, oppstår fare for brudd på intervensjoner, relasjoner, mål og behandling. Denne fasen krever at helsepersonell fra sykehus og sykehjem sikrer god informasjonsoverføring for å opprettholde en fruktbar og helsefremmende relasjon mellom personen og helsepersonell videre i behandlingskjeden.

Kunnskap om helsepersonells erfaringer fra deltakelse i tverrfaglig og tverretattlig samhandlingsmøter etter utskrivning av en eldre person fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem er nødvendig for å kunne vite noe om hvordan tverrfaglig helsepersonell sammen kan bidra til at den enkelte person kan få en best mulig omsorg og behandling.

## **1.4 Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem**

Prosjektet «Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem» (PASSUS) (Jensen og Rekve, 2014) ble gjennomført som en medvirkningsbasert kvalitetsutvikling og aksjonsforskningsstudie (Coghlan og Brannick, 2010). Målsettingen i studien var å styrke samhandlingen mellom tverrfaglig helsepersonell, styrke kunnskapsutvekslingen og sikre faglige forsvarlige pasientforløp ved utskrivning fra alderspsykiatrisk sykehus til sykehjem av eldre personer. Prosjektet ble gjennomført i perioden 2011-2013. Initiativet til studien ble tatt fra alderspsykiatris seksjon. Alle deltakende parter ønsket å utvikle bedre samhandling mellom tjenestenivåene i utskrivelsesprosessen. Utskrivelsesprosessen starter tidlig i behandlingsforløpet ved alderspsykiatrisk sykehusavdeling. Personalet ved alderspsykiatrisk døgnerhet forbereder pasienten og pårørende og følger pasienten til sykehjemmet. En samhandlingsmodell ble utviklet i fellesskap mellom helsepersonell fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og 5 sykehjem (Jensen og Rekve, 2014). Ledelsen ved alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og ved det enkelte sykehjem la til rette for og støttet gjennomføringen av samhandlingsmodellen. Samhandlingsprosjektet hadde 3 hovedtiltak. Tiltakene ble utviklet for å kunne innhente rike data og analyser:

- 1) Ved utskrivelse fra alderspsykiatrisk døgnavdeling følger helsepersonell (gjærne primærkontakt) fra alderspsykiatrisk døgnavdelingen pasienten til sykehjemmet (vanlig praksis fra tidligere). Det blir gitt muntlig og skriftlig rapport om utredningen, behandlingen og hvilke miljøtiltak som har vært utprøvd og effekten av disse.
- 2) To uker etter utskrivelse blir det gjennomført et tverrfaglig samhandlingsmøte mellom helsepersonell fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling og det aktuelle sykehjemmet. I samhandlingsmøte deltar helsepersonell fra sykehjem, alderspsykiatrisk døgnavdeling og poliklinikk. Samtalene har gjærne startet med å ta opp hvordan overflyttingsprosessen har fungert ut fra helsepersonell på sykehjem sitt perspektiv, om de har fått tilstrekkelig muntlig og skriftlig informasjon, om iverksatte intervensjoner har latt seg overføre til ny kontekst og hvordan personen har det her og nå, i tillegg til å samtale om utfordringer videre. Mte har hatt en tydelig agenda og fokuset har vært pasientorientert med deling av erfaringer og kompetanseoverføring.
- 3) Erfaringer gjort i samhandlingsmøtene har blitt delt i en nettverksgruppe, som har oppsummert erfaringer og identifisert forbedringsområder. I nettverksgruppen har det deltatt representanter fra de inkluderte sykehjemmene, samt representanter fra alderspsykiatrisk døgnavdeling, poliklinikk og prosjektledere. Dialogen i

nettverksgruppen kjennetegnes av erfaringsdeling, gjensidig respekt og kritisk refleksjon og interesse for meningsutveksling på tvers av avdelinger. Aktuelle tema og problemstillinger som kom frem under prosjektperioden ble utforsket i fellesskap. Ett sentralt tema var helsepersonells erfaringer fra samarbeid med pårørende til personer med demens i utskrivelseprosessen fra alderspsykiatrisk avdeling til sykehjem. Kari Kristoffersen masterstudie (2013) baserer seg på data og analyse av de 7 første nettverksgruppemøtene avholdt i prosjektperioden.

Forslag til forbedringer ble oppsummert i nettverksgruppen, og tatt opp med ledere og kolleger i alderspsykiatrisk sykehusavdeling og sykehjemmene.

Denne masterstudien er avgrenset til å omhandle samhandlingsmøter, tiltak nummer to i samhandlingsmodellen. Før hvert samhandlingsmøte ble deltakerne informert om prosjektet og det ble innhentet informert samtykke. Deretter ble det utpekt en ansvarlig referent og en ordstyrer.

Umiddelbart etter samhandlingsmøtene beskrev den enkelte deltaker sine erfaringer fra møte på et selvrapporteringsskjema (loggskjema). Alle deltakerne har svart på samme spørreskjema (vedlegg 2).



## **2.0 TEORETISK BAKGRUNN OG TIDLIGERE FORSKNING**

I dette kapittelet redegjøres det for litteratursøk, sentrale begreper, tidligere forskning og studiens teoretiske forankring som er knyttet til mellommenneskelige og organisatoriske faktorer som kan fremme samhandling. Det teoretiske perspektivet ble utvidet i løpet av studien til å omhandle et ansikt til ansikt møte og interaksjoner mellom helsepersonell ut fra et mikroperspektiv. Teorier om et ansikt til ansikt møte og interaksjoner på mikroperspektiv vil bli nærmere belyst i diskusjonen, kapittel 5.

### **2.1 Litteratursøk**

For å finne frem til tidligere forskning har jeg anvendt sentrale begreper i problemstillingen. Det er gjort søk i databasene NorArt, SveMed+ og Medline. Jeg startet søket i den norske databasen NorArt. Oversikt over søkeord og antall treff vises i vedlegg 1.

I SveMed+ fikk jeg oversikt over engelske emneord som ble brukt videre i søkeprosessen. I Medline begrenset jeg søket fra 1996 frem til i dag. I Medline var ikke ordet «Collaboration» i bruk, «Cooperative» kom opp som forslag i databasen, og ble derfor brukt i søkeprosessen videre. Jeg begrenset søket ytterligere ved å søke etter «review articles», og fant særlig en artikkel av San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour og Ferrada-Videla (2005) interessant. San Martín-Rodríguez et al. (2005) har gått igjennom internasjonale teoretiske og empiriske studier som handler om vellykket samarbeid og om aspekter ved både system, organisasjon og på mellom menneskelig (interaksjoner) nivå.

Jeg har også gjort søk direkte knyttet til referansene i valgte artikler. Jeg har funnet ca 60-70 artikler fra de ulike databasene. En del artikler blir referert til i denne studien, mens resterende artikler ble lest for å få økt bakgrunnskunnskap om faktorer som bidrar til og fremme eller hemme tverrfaglig og tverretatlig samarbeid og samhandling, om helsepersonells erfaringer fra utskrivelsesprosessen mellom sykehus og sykehjem, pårørende og personsentrert omsorg. I kapittel 1 har jeg presentert lovverk som regulerer samhandling mellom helsetjenestene. I tillegg har jeg vist til St.meld.nr 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og rundskriv fra Helsedirektoratet om Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013 (Helsedirektoratet, 2013) som overordnet bakgrunn for studien.

I analysearbeidet med det empiriske materialet i studien ble jeg oppmerksom på at tverrfaglig helsepersonells erfaringer fra samhandlingsmøtene omhandlet helsepersonells interaksjoner på mikronivå og det organisatoriske aspektet. Jeg valgte derfor å fordype meg i teori om samhandling og samarbeid organisasjoner og tverrfaglig helsepersonell i mellom. Orvik`s (2004) arbeid om organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid og

Willumsen (2009) bok om tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning fant jeg relevant å ta i bruk.

Inspirert av studien til San Martín-Rodríguez et al. (2005) har jeg har valgt å strukturere teori kapittelet ved først å gjøre rede for begrepene samhandling og samarbeid, deretter belyses faktorer innenfor det organisasjons- og mellommenneskelige aspektet som kan bidra til å fremme eller hemme samhandling og samarbeid. Jeg har valgt å begrense oppgaven ved ikke å gå nærmere inn på de systemiske faktorene. De ulike aspektene går over i hverandre og har en gjensidig påvirkning, jeg har likevel funnet denne struktureringen hensiktsmessig. Deretter gjøres det rede for målgruppen for helsepersonell i denne studien og verdigrunnlaget i personsentrert omsorg.

### **2.1.1 Avklaring av begrepet samarbeid og samhandling**

I følge Orvik (2004) overlapper begrepet samhandling med andre begreper som samarbeid, samordning og koordinering. Samarbeid og samordning er forutsetninger for å skape samhandling. Samhandling opptrer når en aktør er gjensidig avhengig av andre aktører for å ta beslutningen om å handle og realisere sine intensjoner (Hagen og Johnsen, 2013).

Samhandling er mer konkret og forpliktende enn samarbeid, og inneholder en norm om å gjøre noe sammen – for å sikre flyt i arbeidsprosesser og skape sammenheng i tjenester og tiltak (Orvik, 2004).

Samhandling innebærer en gjensidig tilpasning mellom egne og kollegers arbeidsoppgaver. Samhandling krever at forholdet mellom enkeltpersoner er basert på «tillit, gjensidighet og likeverd» (Orvik, 2004, s. 257). Personene som deltar i samhandlingen må ha felles forståelse av situasjonen og være forpliktet i forhold til å få til noe sammen (Orvik, 2004). Samordning betegner tiltak på systemnivå, ledelsesnivå – og dette vil ikke bli nærmere belyst i studien, men både tilrettelegging i form av samordning på systemnivå og positiv holdning til samarbeid forutsetter og fremmer samhandling (Orvik, 2004).

I denne studien anvendes begrepet samhandling om tiltak som iverksettes på bakgrunn av et samarbeid mellom helsepersonell for å sikre best mulig samlet resultat for den enkelte person som utskrives fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem.

### **2.1.2 Tverrprofesjonelt samarbeid**

Tverrprofesjonelt samarbeid er ikke entydig definert eller avgrenset, ulike fagmiljøer har utviklet ulike begreper og definisjoner uavhengig av hverandre (Willumsen, 2009). Når flere yrkesgrupper jobber sammen, skiller litteraturen mellom flerfaglig og tverrfaglig samarbeid.

Flerfaglig samarbeid betegnes på engelsk som; «multi-professional» eller «multi-disciplinary practice», og er en form for samarbeid der flere faggrupper jobber ved siden av hverandre, innenfor hvert sitt fagområde. I denne formen for samarbeid kan det være en hierarkisk struktur, der en faggruppe bestemmer eller dominerer over en annen. Kontakten på tvers av fagene er ofte fraværende, og det er lite fokus på helheten (Willumsen, 2009, s. 21).

Tverrfaglig samarbeid betegnes som «inter professional» eller «interdisciplinary» internasjonalt, og er samarbeid der flere profesjoner jobber tett sammen. I denne formen for samarbeid jobber de ulike profesjonene sammen om en felles oppgave, der alle er bidragsytere, og sammen kan deltakerne utvikle nye ideer og kunnskap ingen kunne ha oppnådd alene. I denne formen for samarbeid eksisterer det som regel ingen hierarkisk inndeling i forhold til dominerende profesjoner. Som oftest er flere faggruppers kunnskap og ferdigheter integrert i arbeidet, og utvikling av «ny» viten skjer gjennom felles refleksjon og diskusjon. Samarbeidet bærer preg av at de ulike fagpersonene har nærhet til hverandre og tenker helhetlig om en oppgave. De ulike deltakerne representerer ikke bare sin egen yrkesgruppe og tjeneste, men den tverrprofesjonelle gruppas synspunkter. Denne måten å samarbeide på kan være krevende, og de ulike profesjonene må være bevisste i forhold til egen kompetanse, samtidig som en må kjenne til og være villig til å integrere de andre deltakernes profesjon og kompetanse. På denne måten kan helheten bli ivaretatt for den enkelte pasient / bruker. Fokus er vilje til å finne gode løsninger til det beste for pasienten og krever fleksibilitet. Tverrfaglig samarbeid krever også at de ulike deltakerne har respekt for hverandres ulike bidrag, både i forhold til kunnskap, ferdigheter og tjeneste, for å sikre best mulig kvalitet på tjenesten som leveres (Willumsen, 2009).

Schönfelder (2007) refererer til ulike profesjonsteorier i sin doktor avhandling om samarbeid mellom profesjoner. Han har funnet at den fragmenterte og hierarkiske inndeling av profesjoner i helsevesenet er i ferd med å smuldre bort grunnet politiske føringer, omorganiseringer og stadig tilvekst av nye yrkesgrupper innenfor helsevesenet – i tillegg til at psykisk helsearbeid er et felt som er i ferd med å fjerne seg fra den «klassiske medisinfaglige tenkning» (Schönfelder, 2007, s. 36). Dette har ført til «begrensninger for legenes faglige autonomi», og ikke minst endringer i forhold til lege, pasient/ bruker og helsepersonell rollen (Schönfelder, 2007, s. 31).

### **2.1.3 Organisatoriske faktorer som fremmer eller hemmer samhandling og samarbeid**

Organisasjonens struktur har sterk påvirkning for utvikling av samarbeidende og samhandlende praksis innenfor helsevesenet. I følge San Martín-Rodríguez et al. (2005), viser en gjennomgang av studier på området at det er behov for å skifte fra tradisjonell hierarkisk

struktur til mer horisontal struktur for at samarbeid skal lykkes. Hierarkiske modeller hemmer faktorer som deling av oppgaver og målsetting og modellen kan være en hindring for åpen og direkte kommunikasjon. Godt arbeidsklima, åpenhet og positiv konflikthåndtering er andre faktorer som fremmer samarbeid og samhandling, i tillegg til fysisk nærhet til hverandre, standardisering av arbeid og ferdigheter, tid og plass, lederskap, anerkjennelse og klar arbeidsdeling og felles formulerte regler (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Bramesfeld, Ungewitter, Böttger, El Jurdi, Losert og Killian (2012) har utforsket praktisering av samarbeid i psykisk helsevern på tvers av tjenester og identifisert forhold som fremmer og hemmer samarbeid. Studien er gjennomført som fokusgruppe intervju med tverrfaglige tjenesteutøvere i fire ulike regioner i Tyskland. De fant at støtte i ledelsen er avgjørende for utvikling av samhandling mellom nivåer i helsetjenesten. Ledelsen kan motivere ansatte og være med på å endre praksis. De ulike organisasjonenes ressurser er også en nøkkel faktor. Samarbeid og samhandling krever tid og steder å møtes. Samtidig er det behov for strukturering og koordinering av arbeidet (Bramesfeld et al., 2012). I tillegg påpekes det at de økonomiske rammene sammen med ressurser den enkelte organisasjon har må legge til rette for samhandlende praksis.

Magnusson og Lutzén (2009) kvalitative studie utført i Sverige, undersøkte faktorer som påvirket tverrfaglig team arbeid mellom psykisk helsetjeneste og sosialhelsetjenesten basert på erfaringer til helsepersonell. Ulik ideologi og mål for tjenestene ble i studien til Magnusson og Lutzén (2009) vektlagt som faktor som kan hindre samhandling. Det samme gjelder ulike forståelse av hvordan helsepersonell kunne utnytte hverandres kompetanse. De to organisasjonene så på seg selv som «oss» og «dem», istedenfor «vi», noe som bidro til avstand. Ulikt syn på tilnærming til mennesker med psykisk lidelse kan være hemmende for arbeidet. Spesialisthelsetjenesten hadde i følge studien fokus på «sykdom», mens kommunehelsetjenesten fokuserte på «ressurser» i møte med sine klienter (Magnusson og Lutzén, 2009, s. 142).

Brattrud og Granerud (2011) har gjort en kvalitativ studie om tverrfaglig helsepersonells erfaringer rettet oppmerksomhet mot samarbeidsrutiner og relasjoner som må etableres mellom to kommuner og to psykoseavdelinger i spesialisthelsetjenesten for å få til en god rehabiliteringsprosess. Funn i deres studie viste at ulikt fokus i behandlingstilnærmingen gav utfordringer for samarbeidet. I følge studien kan funnene tyde på at «spesialisthelsetjenesten er premissleverandør og at medisinsk behandlingssyn har forrang» (Brattrud og Granerud, 2011, s. 210).

#### **2.1.4 Kjennetegn ved alderspsykiatriskspesialisthelsetjeneste og skjermet enhet i sykehjem**

Ansvar for spesialisthelsetjenesten ble i 2002 overført fra fylkeskommunene til staten, noe som innebærer at departementet har full styringsmulighet overfor foretakene innenfor de formelle rammer som lov om helseforetak setter for eierstyring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Fagfeltet alderspsykiatri er en spesialisert del av det psykiske helsefeltet (Norsk psykiatrisk forening, 2010). Målgruppen i alderspsykiatriskavdeling er personer over 65 år som har behov for utredning, diagnostisering og behandling av psykisk lidelse (Norsk psykiatrisk forening, 2010). Aktuelle lidelser er alvorlig depresjon, psykose, personlighetsforstyrrelser, rusproblematikk, angstlidelser, ulike psykiske lidelser med erkjent eller mistanke om kognitiv svikt, demens med atferdsmessige og psykiatriske tilleggs symptomer (Norsk psykiatrisk forening, 2010).

En alderspsykiatriskdøgnavdeling kan bestå av differensierte døgnposter for utredning og behandling. Norsk psykiatrisk forening (2010) anbefaler at minst en post bør være tilrettelagt for personer med demens og utfordrende atferd og psykiske tilleggs symptomer (APSD). De andre postene må dekke øvrige lidelser. Døgnpostene må ha skjermingsmuligheter.

Avdelingen skal være tverrfaglig bemannet med overleger, lege i spesialisering, psykologer, sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer. Antall stillinger og ressurser i en døgnavdeling bør være like god eller bedre enn allmennpsykiatriske avdelinger grunnet kompleksiteten med samtidig psykisk og somatisk lidelse (Norsk psykiatrisk forening, 2010). Behandlingsmetodene bør inneha et vidt spekter og inkludere blant annet miljøterapi, fysioterapi, ergoterapi, elektrokonvulsiv terapi, tilpasset psykofarmakologibehandling og ulike psykoterapiformer (Norsk psykiatrisk forening, 2010).

Ansvar for sykehjem har de siste 20 årene gått fra fylkeskommunaldrift i 1977 til kommunene i 1988 (Den Norske legeforening, 2001). Sykehjem er en boform med heldøgnsomsorg, og skal ha en organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste (Sykehjemsforskriften, 1988). I forhold til bemanning står det i sykehjemsforskriftene (1988) at sykehjemmet skal ha tilknyttet en administrativ leder, en lege med ansvar for medisinsk behandling, en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvar for sykepleien og det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboere nødvendig omsorg og bistand. I sykehjemsforskriften (1988) § 4-7 står det at skjermet enhet for demente kan etableres for

grupper fra 4-12 beboere. Før innflytting til en skjermet enhet skal beboer være grundig undersøkt og diagnosen demens skal være fastslått (Sykehjemsforskriften, 1988).

Norske studier viser at rundt 80% av beboere innlagt på sykehjem har demens (Bergh, Holmen, Saltvedt, Tambs og Selbæk, 2012). Av disse har omtrent 75 % ett eller flere kliniske signifikante nevropsykiatriske symptomer. Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) er ikke-kognitive symptomer og inkluderer blant annet apati, agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger. Hyppigst forekommer vrangforestillinger, apati og irritabilitet. Dette har stor betydning for klinisk praksis, drift og planlegging av behandling og omsorg på sykehjem. Det kreves god kompetanse hos helsepersonell om APSD for å kunne møte utfordringene på best mulig måte. Symptomene ved APSD er belastende for både personen som rammes, pårørende og omsorgsgivere (Bergh et al., 2012).

I følge samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er rollene og oppgavene til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i endring.

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles til å bli enda tydeligere spesialisert og gjennom mer fokus på kommunehelsetjenesten er det tenkt at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Kortere liggetid på sykehus, politiske føringer i samhandlingsreformen og stadig flere eldre personer med sammensatte sykdommer har ført til at sykehjemmets rolle i helsevesenet har vært og er i stadig endring (Tingvoll og Sæterstrand, 2007; Sæterstrand og Tingvoll, 2007). Sykehjemmets rolle har endret seg fra å være et botilbud til vel så mye å bli et opphold der aktiv behandling og rehabilitering er i fokus. Helsepolitiske dokumenter har bidratt til økt satsning på andel tverrfaglig fagpersonell i sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). På tross av helsepolitiske dokumenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) viser Tingvoll og Sæterstrand (2007) og Sæterstrand og Tingvoll (2007) sine kvalitative studier utført på sykehjem, at faglig kompetanse og arbeidsmetoder varierer fra sykehjem til sykehjem. Lav bemanning og manglende faglig kompetanse og ressurser påvirker omsorgen slik at individuelle hensyn ofte ikke blir ivaretatt innenfor pleie- og omsorgen (Tingvoll og Sæterstrand, 2007; Sæterstrand og Tingvoll, 2007).

Eldre personer som utskrives fra en alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem er ingen homogen gruppe. I denne studien avgrenses eldre til personer over 65 år som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og videre pleie og omsorgsbehov ved skjermet enhet i sykehjem. Mange av personene som overflyttes fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til

skjermet enhet på sykehjem har atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) (Engedal og Haugen, 2009).

## **2.2 Mellommenneskelige faktorer som fremmer eller hemmer samhandling og samarbeid**

Samarbeid og samhandling mellom tverrfaglig helsepersonell påvirkes av en rekke mellommenneskelige faktorer som grad av involvering, åpenhet, motivasjon, kommunikasjon, felles forståelse, felles målsetting, tro på nytten av samarbeid, respekt for hverandres faglige vurderinger, tillit til hverandre, opplevelse av likeverd og betydning av samarbeidet (Bramsfeld et al., 2012; Magnusson og Lutzén, 2009; San Martín-Rodríguez et al., 2005).

I følge Eide og Eide (2007) går sammensatte grupper ofte gjennom ulike faser i sitt samarbeid. I møte mellom ulike profesjoner og ulike nivåer i helsetjenesten vil kanskje hvert møte gå gjennom ulike faser frem til man finner en samarbeidsform som er konstruktiv. Åpenhet og tillit og gjensidig interesser for hverandre er avgjørende faktorer for å komme frem til en slik samarbeidsform (Eide og Eide, 2007).

### **2.2.1 Aktiv lytting og kommunikasjon**

I følge Eide og Eide (2004) kan gode kommunikasjonsferdigheter bidra til at helsepersonell yter bedre hjelp, støtte og omsorg, og til å stimulere andre til utvikling på en best mulig måte. Å lytte aktivt og kommunisere klart er viktige forutsetninger (Eide og Eide, 2004).

Kommunikasjon og deling av informasjon er nøkkelfaktorer som både kan hemme og fremme samarbeid (Bramsfeld et al., 2012; Magnusson og Lutzén, 2009; San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Kommunikasjon er et omfattende begrep, og betegnes som «selve limet i alt samarbeid» (Willumsen, 2009). Kommunikasjon har en rekke personlige, organisatoriske, psykologiske og sosiale påvirkninger. Måten vi kommuniserer på både skriftlig og verbalt har betydning for utvikling av kultur, makt, kontroll, kunnskap og omsorg (Raviola, 1997).

Ved å granske kommunikasjon som vi selv er en del av, kan vi finne frem til nye handlingsmuligheter og utvikles oss som fagpersoner (Ulleberg, 2004). Ulleberg (2004) refererer til Gregory Bateson sin kommunikasjonsteori som vektlegger relasjoner i forståelsen av mennesket, og som understreker at mennesket forholder seg fortolkende til verden.

Kommunikasjon mellom mennesker er aldri en enkel utveksling av entydige beskjeder. Vi kommuniserer på flere nivåer samtidig, og det kan oppstå misforståelser og oppfatninger som

kan gjøre at kommunikasjonen faller inn i en dårlig sirkel som er lite fruktbar, noe som påvirker vår evne til å samarbeide og samhandle med andre mennesker, organisasjoner og kulturer (Ulleberg, 2004). Selv den som ikke sier noe kommuniserer, noe som vil bli tolket av andre, avhengig av den relasjonen og konteksten personen er i (Ulleberg, 2004).

Batesons ideer og begreper har vært en inspirasjonskilde for utvikling av systemisk familie terapi, og blir referert til av professor Tom Andersen i utviklingen av reflekterende team (Andersen, 1994/1996).

Bateson viser til at den vestlige kulturen har ideer om sammenhengen mellom begivenheter eller hendelser lineært, dvs. en årsak-virknings-forhold. Bateson fremhever at vi må forlate den lineære årsak-virknings-forklaringen for å komme videre i fastlåste og vanskelige situasjoner. Ved å tenke at begivenheter og årsaker er knyttet sammen på en sirkulær måte, blir spørsmål om årsak uinteressant. Det interessante er da hvordan fenomener eller begivenheter er knyttet sammen (Ulleberg, 2004).

### **2.2.2 Åpen dialog og felles forståelse**

Åpen dialog ble utviklet som en arbeidsform og tilnærmingssmåte av det psykiske arbeidsfeltet i Vestlappland, Finland, i begynnelsen av 1990 årene av blant annet klinisk psykolog og familieterapeut Jakko Seikkula. Åpen dialog er mer enn teknikk og metode. Det handler om et tankesett og en holdning i måten vi møter andre mennesker på. Fokuset rettes mot nettverkets ressurser, med pasient og pårørende i fokus (Seikkula og Arnkil, 2007). I åpen dialog blir alle stemmer i rommet hørt og tillagt like stor betydning. Det gir grunnlag for en likeverdig samtale der alle deltakerne ønsker å lytte og forstå hverandre. Seikkula og Arnkil (2007) påpeker at «grenseoverskridelser er nødvendig både innenfor det profesjonelle systemet og mellom profesjonelle og ikke-profesjonelle» (s.15). Gjennom en åpen og gjensidig dialog kan man sammen skape ny forståelse av behandling videre som ingen enkeltperson kan nå alene. Når nettverket møtes, kan felles kompetanse skapes. Ulike yrkeserfaringer kan bidra til at helsepersonell utvider sin kunnskapsbase, gjennom å dele sine vurderinger og tanker (Orvik, 2004). I følge Seikkula og Arnkil (2007) handler åpen dialog om å dele opplevelser og skape et nytt fellesskap gjennom felles språk.

## **2.3 Personer med demens og omsorg**

Ved demens opptrer en svikt i forhold til å klare seg i dagliglivet på en tilfredsstillende måte, sammenlignet med tidligere (Engedal og Haugen, 2009). De viktigste symptomene på demens er nedsatt hukommelse. Demens medfører også svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne. Personer med demens får vansker med å utføre innlærte ferdigheter eller å



mestre hverdagssysler. Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) også kalt nevropsykiatriske symptomer (NPS) er trolig de mest belastende symptomene ved demenssykdom. APSD og NPS består av ikke-kognitive symptomer og inkluderer blant annet apati, agitasjon, aggresjon, angst, depresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger (Engedal og Haugen, 2009). Demens er en progredierende lidelse. Personer med demens har ofte et svært sammensatt sykdomsbilde med funksjonssvikt på flere områder (Engedal og Haugen, 2009; Rokstad og Røsvik, 2013).

Forståelse for og behandling av APSD er kanskje en av hovedutfordringene i omsorg for personer med demens i følge Rokstad (2014).

### **2.3.1 Verdigrunnlaget i personsentrert omsorg**

Omsorgsbegrepet er flertydig. I denne studien har jeg valgt å forholde meg til Kitwood (1999) og hans beskrivelse av personsentrert omsorg for å få en utvidet forståelse av hva omsorgsbegrepet kan innebære for personer med demens.

I følge Kitwood (1999) er personsentrert omsorg for personer med demens bygd på de viktigste mellom menneskelige behov: inkludering, trøst, identitet, tilknytning og beskjeftigelse. De ulike behovene overlapper hverandre og møtes i et sentralt behov for kjærlighet.

Trøst handler om å sørge for varme og nærhet til andre mennesker, om å gi ømhet, nærhet og lindring. Dette fremmer trygghet og reduserer angst. Trøst kan gis gjennom fysisk berøring eller trøstende ord og gester. Mangel på trøst kan oppleves ved blant annet smerte, fysisk sykdom og utilpasshet. Varme, omfavnelse og et avslappet tempo vil hjelpe personer med demens til å få deres behov for trøst dekket (Kitwood, 1999).

Identitet handler om å vite hvem man er og hva man føler og tenker. Når opplevelser og erindringer blir svakere og språket problematisk blir opprettholdelse av personens identitet kun mulig ved hjelp av personer rundt personen med demens. Det handler om å ha en livshistorie som bevares og opprettholdes enten av personen med demens eller andre. Identitet støttes gjennom respekt, aksept og fest. Tilknytning relaterer seg til fellesskapsfølelse, samhørighet, omsorg, tillit og relasjoner. Når mennesker har angst øker behovet for å føle seg knyttet til noen eller til noe velkjent. Tilknytning kan støttes gjennom anerkjennelse, ekthet og validering (Kitwood, 1999).

Beskjeftigelse er å være involvert i egen livsprosess og relateres til å være involvert i en aktivitet som oppleves personlig meningsfull. Det handler også om å ha en følelse av å ha kraft og innflytelse på hva som skal gjøres og hvordan. Beskjeftigelse støttes av myndiggjøring, engasjement og samarbeid (Kitwood, 1999).

Inklusjon handler om å være en del av en gruppe. Mennesker med demens er utsatt for å bli sosialt isolert, selv også når de bor på sykehjem. Inklusjon er å være en del av eller bli brakt inn i den sosiale verden, enten fysisk eller verbalt, og føle seg anerkjent, velkommen og akseptert. Å sikre følelsen av tilknytning og å spørre og le støtter menneskers behov for å være inkludert (Kitwood, 1999).

### **2.3.2 VIPS modell for personsentrert omsorg**

Professor Tom Kitwood var den første til å bruke begrepet personsentrert omsorg i tilknytning til personer med demens på 1990 tallet (Kitwood, 1999). Kitwood (1999) fremhevet at det var behov for å endre pleiekulturen i demensomsorgen. Den medisinske sykdomsmodellen har blitt kritisert for ensidig fokus på sviktende kognisjon og ferdigheter og kalles av Kitwood (1999) for ondartet sosial psykologi. Dagens demensomsorg krever sterkere vektlegging av pasientens muligheter, egne opplevelser, livserfaring og individualitet (Kitwood, 1999).

Kitwood (1999) bruker det engelske begrepet personhood som en rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av innbyrdes forhold og sosial væremåte.

Begrepet refererer til selve personbegrepet, til det å være en person og ha en identitet og integritet. Dette innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit. For mennesker med demens er resultatet av personsentrert omsorg å opprettholde personhood til tross for nedgang i mental kraft. I personsentrert omsorg antar man at atferd har en mening. I følge Kitwood (1999) forekommer en høy grad av utfordrende atferd, nedtrykthet eller apati oftere i omsorgsmiljøer som ikke støtter personhood. Personhood nedbrytes når det ikke blir tatt hensyn til individuelle behov og rettigheter, når kraftige negative følelser blir ignorert eller gjort ugyldige og når stigende isolasjon forekommer (Kitwood, 1999).

Personsentrert omsorg har utviklet seg fra å omhandle ulike arbeidsmetoder og ideer med vektlegging av kommunikasjon og relasjoner, til å handle om kvalitetsomsorg for personer med demens (Brooker, 2013). Brooker (2013) beskriver den moderne definisjonen av personsentrert omsorg som VIPS. VIPS bygger på omsorgsfilosofien til Kitwood (1999), men er utviklet av Brooker (2013). Hver bokstav står for et element som må være med for at omsorgen for personer med demens skal være personorientert:

V: Verdigrunnlaget, som anerkjenner menneskets absolutte verdi uavhengig av alder og kognitiv funksjon.

I: Individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske.

P: Evnen til å forstå verden sett fra personens perspektiv.

S: Etablering av støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov (Brooker, 2013).

Hvert element har seks indikatorer (spørsmål). Disse indikatorene brukes i VIPS praksismodell for å vurdere om omsorgen som ytes er personsentrert i konkrete situasjoner (Brooker, 2013). Jeg har valgt å begrense oppgaven ved ikke å gå nærmere inn på de ulike indikatorene, men forholde meg mer generelt til de fire elementene i modellen.

Målet med omsorgsarbeidet i personsentrert omsorg er å bevare personens verdi og anerkjenne det unike og individuelle hos alle mennesker. Å gi personsentret omsorg for personer med demens over tid er ingen enkel prosess. Både den faglige kompetansen og praksisen som kreves for å opprettholde personsentrert omsorg er mangelfull. Arbeidet er svært krevende både emosjonelt og fysisk (Brooker, 2013).

En randomisert kontrollert studie av personsentrert omsorg på nevropsykiatriske (NPS) symptomer og livskvalitet hos sykehjemspasienter med demens viste at ved å gi personalet opplæring i personsentrert omsorg ved bruk av metodene Dementia Care Mapping (DCM) og VIPS praksismodell (VPM), kan måle positive resultater på agitasjon, psykose og generelle NPS. Studien viste også positiv effekt på livskvalitet og depresjon hos beboere med demens (Rokstad og Røsvik, 2013).

### Oppsummering

Begrepet samhandling anvendes i denne studien om tiltak som iverksettes på bakgrunn av et samarbeid mellom tverrfaglig helsepersonell for å sikre best mulig samlet resultat for den enkelte person som utskrives fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem.

Vellykket samarbeid og samhandling handler om aspekter ved både samhandlingen, organisasjonen og omgivelsene. Denne studien er avgrenset til å omhandle det organisatoriske og mellommenneskelige aspektet.

### **3.0 DESIGN OG METODE**

Masterstudien er en kvalitativ del-studie fra et større medvirkningsbasert kvalitets- og aksjonsforskningsprosjekt, PASSUS (Jensen og Rekve, 2014). I dette kapittelet presenteres aksjonsforskning som design kort, før det gjøres rede for denne studiens kvalitative metode. Deretter presenteres studiens utvalg, gjennomføring av datainnsamling og analysen. Til slutt belyses etiske refleksjoner, forskerrollen, pålitelighet, gyldighet og overførbarhet og metodekritiske overveielser.

#### **3.1 Aksjonsforskning**

Aksjonsforskning kobles som regel sammen med handlinger som bidrar til endring og utvikling av praksis (Coghlan og Brannick, 2010; Malterud, 2011). Det mest markante kjennetegnet for denne forskningen er at den er deltakerbasert og interaktiv. Det vil si at alle deltagere, både forskere og praktikere, samarbeider (Coghlan og Brannick, 2010). Den klassiske aksjonsforskningen består av mange ledd og beskrives som en spiral (Malterud, 2011). Aksjonene som utføres følges opp ved hjelp av feltobservasjon og data innsamling, og resultatene blir formål for refleksjon, planlegging og oppfølging, som igjen bidrar til nye spørsmål og nye aksjoner (Malterud, 2011). Aksjonsforskning foregår gjerne på to ulike plan, dels involveres deltagerne i et praktisk forbedringsarbeid, dels i en kritisk refleksjon der evident empiri inkluderes og ny kunnskap fremkommer (Malterud, 2011).

I PASSUS har det blitt innsamlet data fra helsepersonell gjennom flere aktiviteter, datainnsamlingsmetoder og kvalitative analyser (Jensen og Rekve, 2014). Analysen av data fra samhandlingsmøtene i min kvalitative studie har inngått som en del av en lærings- og forskningsspiral. Resultatene har fortløpende blitt lagt frem og diskutert i nettverksgruppen som omtalt under punkt 1.4 og på fagseminarer der tverrfaglig helsepersonell og ledelsen i alderspsykiatrisk seksjon har deltatt. Forslag til forbedringer som at legeepikrise skal følge pasienten ved utskrivelse er innarbeidet i de lokale retningslinjene.

I siste fase av PASSUS prosjektet ble det utarbeidet lokale retningslinjer for utskrivning av pasienter fra alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem, hvor samhandlingsmøter inngår som ny praksis (vedlegg 7).

#### **3.2 Kvalitativ metode**

Denne studien har et tjenesteperspektiv og omhandler interaksjoner mellom helsepersonell. Formålet med denne studien var å belyse tverrfaglig helsepersonells erfaringer fra deltakelse i samhandlingsmøtene, det er derfor valgt en kvalitativ metode.

Studien har tatt utgangspunkt i deltakernes beskrivelser og har derfor en deskriptiv design (Malterud, 2011).

Vitenskapssynet i studien bygger på en hermeneutisk tilnærming. Betegnelsen hermeneutikk ble tatt i bruk på 1600-tallet, og er vitenskapen om tolkninger (Thornquist, 2003).

Enhver overveielse over hva tolkning er, hva forståelse er, og hvordan tekstanalyse skal håndteres, er eksempler på en hermeneutisk overveielse. Prosessen med fortolkning kalles en hermeneutisk spiral. Pendling mellom ulike perspektiver, helhet og del, subjekt og objekt og min egen forforståelse har utgjort en spiral som stadig utvides. Tekst, fortolkning, ny tolkning og ny forståelse blir deler i en helhet (Thornquist, 2003). Spiralen fortsetter til en har forståelse av teksten som konsistent og sammenhengende (Malterud, 2011; Thornquist, 2003).

I møte med teksten har jeg forsøkt å stille meg åpen for det informantene formidlet, det vil si det manifeste innholdet, uten å møte teksten med et teoretisk byggverk og ferdige kategorier.

Den strukturerte temasentrerte innholdsanalysen er inspirert av Graneheim og Lundman (2004; 2008), og har i hovedsak vært induktiv. Det var først når underkategorier og hovedkategorier trådte tydelig frem at fortolkningene ble knyttet videre til teori og tidligere forskning, det vil si det latente innholdet. Den teoretiske referanserammen har blitt utvidet underveis i bearbeidelse av studien, det er utført søk i ulike databaser i flere omganger.

### **3.2.1 Utvalg**

Informantene ble rekruttert via hovedprosjektet, PASSUS (Jensen og Rekve, 2014).

Informantene har deltatt på samhandlingsmøte etter utskrivelse av en eldre person fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til ett av de fire 4 sykehjemmene. Informantene hadde kjennskap til den aktuelle pasienten og det ble tilstrebet at informantene skulle ha deltatt i utskrivelsesprosessen. Informantene skulle beherske norsk muntlig og skriftlig.

I løpet av PASSUS prosjektet ble det avholdt 14 samhandlingsmøter. Totalt er 41 helsepersonell inkludert i PASSUS, hvorav 11 fra alderspsykiatrisk avdeling og 30 fra sykehjemmene. Da utskrivelsesprosessen initieres i alderspsykiatrisk avdeling til fire sykehjem, har helsepersonell i alderspsykiatrisk avdeling deltatt på flere samhandlingsmøter, fra 2-12 samhandlingsmøter. I sykehjemmene har 22 av 30 helsepersonell deltatt kun en gang. Ingen har valgt å takke nei til deltakelse i PASSUS, og ingen har trukket seg underveis.

I denne studien inkluderes informanter fra 12 samhandlingsmøter, totalt 36 informanter. Jeg har valgt å utelate de to samhandlingsmøtene der jeg selv deltok og tilhørende loggskjema.

Informantene har ulike yrkesbakgrunn, stillinger og ansvarsområder innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Oversikt i tabell 1 viser fordelingen av yrkesgrupper. Informantene er både menn og kvinner, kvinner var i flertall (9 menn, 27 kvinner).

Tabell 1: Oversikt over informanter, yrke og arbeidssted

	Alderspsykiatrisk avdeling	Sykehjem
Antall informanter	<b>10</b>	<b>26</b>
Yrkesgrupper	Spesial sykepleiere/ spesial ergoterapeuter: <b>4</b> Spesialsykepleiere fra alderspsykiatrisk poliklinikk: <b>2</b>	Sykepleiere/sykepleiestudenter/ hjelpepleiere/ fagledere/ avdelings ledere: <b>20</b>
	Psykiatere/ Leger i spesialisering: <b>4</b>	Sykehjemsleger: <b>6</b>

### 3.2.2 Datainnsamling og datamaterialet

Data om informantenes erfaring fra samhandlingsmøte ble samlet inn ved bruk av skriftlig selv rapportering (loggskjema) etter hvert samhandlingsmøte (vedlegg 2).

Selvrapporteringsskjema omfattet tre åpne spørsmål om helsepersonells erfaringer fra samhandlingsmøtet. Spørsmålene ble utarbeidet i samarbeid mellom representanter fra de ulike sykehjemmene og arbeidsgruppen ved alderspsykiatrisk seksjon som ble etablert i forarbeidet til prosjektet i 2010. Spørsmålene har ingen sterk teoretisk forankring, men ble vurdert å være anvendelige og konkrete i forhold til forskningskonteksten:

- 1) Hva har du bidratt med?
- 2) Hvordan opplevde du samhandlingsmøte?
- 3) Hva har du lært?

På selvrapporteringsskjema fylte informantene ut dato for møtetidspunkt, hvilket sykehjem det ble avholdt på og hvem som var til stede. Noen av selvrapporteringsskjemaene inneholdt navn, selv om dette ikke var bedt om. Selvrapporteringsskjemaene var således ikke anonyme ved innsamling av dataene, men ble anonymisert så snart tilstrekkelig informasjon om studiens informanter var registrert.

Jeg var selv deltager i to av 14 samhandlingsmøter, samhandlingsmøte 11 og 13. For å unngå å komme i en dobbel posisjon og mulig rollekonflikt som informant og forsker, har jeg valgt å

utelate data fra de to samhandlingsmøtene og tilhørende selvrapporteringsskjema fra informantene. Datagrunnlaget omfatter derfor 80 loggskjemaer fra 12 samhandlingsmøter.

Data i denne studien ble samlet inn ved hjelp av loggskjema. Det ble vurdert hensiktsmessig å bruke loggskjema da dette var et skjema som var enkelt å ta med seg til de ulike sykehjemmene. Det var usikkert hvor mange som kom til å delta på hvert enkelt samhandlingsmøte. Gjennom å ta i bruk loggskjema fikk studien data som omhandlet umiddelbare erfaringer fra deltakerne. Et intervju studie ville krevd langt mere forberedelser, og studien kunne miste de umiddelbare erfaringene dersom intervjuene ble gjort på et senere tidspunkt. En målsetting har også vært at alle «stemmer skulle bli hørt», noe som hadde blitt utfordrende med så mange deltakere som denne studien har.

### **3.2.3 Dataanalysen**

Denne studien analyserer erfaringer, som informantene rapporterte skriftlig, etter deltakelse på samhandlingsmøte. Da studiens analysemateriale bestod av loggskjema (selvrapporteringsskjema), der alle informantene svarte på de samme spørsmålene, valgte jeg å ta i bruk temasentrert kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004; 2008). Datamaterialets form gjorde at jeg kunne gå i dybden på de enkelte temaene og sammenligne informasjon fra alle informantene (Thagaard, 2009). Kvalitativ innholdsanalyse brukes for å identifisere variasjoner med fokus på forskjeller og likheter i en tekst, og jeg anså derfor metoden som anvendelig for å få svar på problemstillingen i denne studien (Graneheim og Lundman, 2008).

Innholdsanalyse som vitenskapelig metode ble i utgangspunktet utviklet for å håndtere store mengder data, og ble først brukt av massemedia forskere innenfor kvantitative studier (Graneheim og Lundman, 2004; 2008). Senere ble det utviklet kvalitative innholdsanalyser som fokuserer på tolkning av tekster. Kvalitativ innholdsanalyse brukes framfor alt innenfor humanvitenskap, helse og atferdsvitenskap (Graneheim og Lundman, 2004; 2008). Den metodologiske tilnærmingen kan være både deduktiv og induktiv. Deduktiv tilnærming innebærer at analysen av data materialet går ut i fra en teori, modell eller mal. Induktiv tilnærming innebærer en forutsetningsløs analyse av tekst, som blant annet kan være basert på menneskers fortellinger om sine opplevelser (Graneheim og Lundman, 2004; 2008). Denne studien har en induktiv tilnærming.

Den kvalitative innholdsanalysesens ontologiske og epistemologiske standpunkt er uklar, likevel er det en oppfatning om at «sannhet» finnes i betrakterens «øye». Omverdenen sees som kompleks, kontekst avhengig, konstruert og subjektiv (Graneheim og Lundman, 2008,

s.160). Teksten som analyseres må derfor sees i den sammenheng den kommer fra, og forskeren må vite noe om konteksten, personene som deltar og deres bakgrunn. En tekst får mening gjennom leseren og teksten har derfor ikke en bestemt mening. Flere tolkninger er mulige og kan være gyldige selv om de er ulike (Graneheim og Lundman, 2008).

Utarbeidelse av kategorier og tema er avhengig av konteksten, det vil si i hvilken sammenheng studien gjennomføres. Teksten må betraktes som en helhet, der deler av teksten må sees i sammenheng med teksten før og etter. Dette forutsetter en frem og tilbakegang mellom deler og helhet ved analyse av tekst (Graneheim og Lundman, 2008).

Datamaterialet ble først lest flere ganger for å skape et helhetsbilde om hva teksten handlet om. Deretter gikk jeg strukturert igjennom for å kartlegge antall informanter, antall møter, informantenes bakgrunn og om helsepersonell representerte spesialisthelsetjenesten eller sykehjem.

I utarbeidelse av analyseenheter valgte jeg å bruke hele tekstmaterialet. I følge Graneheim og Lundman (2004; 2008) bør en analyseenhet være stor nok for å utgjøre en helhet, og liten nok til å håndteres i analyseprosessen.

Datamaterialet, som bestod av 80 loggskjema, opplevde jeg stort og nokså uhåndterlig i begynnelsen av arbeidet. Jeg valgte derfor å overføre teksten informantene hadde skrevet i et eget word dokument. Jeg utarbeidet tre dokumenter, som tilsvarte de tre spørsmålene fra loggskjema, og datamaterialet ble kodet fortløpende etter yrkesgruppe og arbeidssted for å kunne sammenligne svar, variasjoner, likheter og ulikheter, på et senere tidspunkt i analyseprosessen.

Eksempel:

Hva har du bidratt med i samhandlingsmøte?

- Jeg har bidratt med samtale rundt oppfølging av foreslåtte tiltak fra sykehuset i forhold til måltider, miljøtiltak, skjerming (sykepleier, sykehjem)
- Jeg har fulgt opp konkrete tiltak når det gjelder måltid, stell, ro rundt pasienten. Dette har fungert veldig bra (hjelpepleier, sykehjem)

De tre word dokumentene utgjorde en grov struktur som var mulig å identifisere med lav grad av tolkning (Graneheim og Lundman, 2004; 2008). Deretter tok jeg i bruk tabeller, og identifiserte meningsbærende enheter i teksten. Da svarene på selvrapporteringsskjemaene var relativt korte og konsise valgte jeg å definere hver enkel setning som en meningsbærende enhet. Alle svar ble vurdert å kunne tilføre noe til studiens resultat (Malterud, 2011).



Etter å ha identifisert meningsenheter, kondenserte jeg meningsenhetene, se tabell 2. Jeg gjorde teksten kortere og mer håndterlig. Den induktive analyse prosessen ble ivaretatt ved å skrive fortetningene så tett opptil meningsenhetene som mulig, det vil si tekstens manifeste innhold (Graneheim og Lundman, 2004; 2008). Deretter abstraherte jeg den kondenserte teksten gjennom å utarbeide koder der jeg forsøkte å løfte innholdet i teksten til et høyere logisk nivå, ved å gi en «etikett» som kort beskrev innholdet på meningsenhetene (Graneheim og Lundman, 2004; 2008). Kodene gjenspeilet fremdeles det manifeste innholdet i teksten. I neste trinn av analysen ble underkategorier utarbeidet. Hele datamaterialet ble gjennomgått og samlet i underkategorier. Underkategoriene inneholdt flere koder med liknende innhold. For å sikre at ingen data kom mellom to kategorier eller kom inn under flere kategorier, ble denne prosessen gjort i flere omganger. Flere underkategorier kan representere ulike aspekter ved en hovedkategori som vist i tabell 2.

Tabell 2: Analyseprosessen, fra meningsbærende enhet, koder og kategori.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori
Jeg har bidratt med samtale rundt oppfølging av foreslåtte tiltak fra sykehuset i forhold til måltider, miljøtiltak, skjerming (Sykepleier, sykehjem).	Å bidra med samtale om oppfølging av foreslåtte individuelle tiltak fra sykehuset.	Oppfølging av individuelle tiltak.	Å dele erfaringer om individuelle tiltak	Individuell omsorg og behandling
Jeg har understreket; pårørende informasjon, veiledning om hvordan vi gjør og hvorfor, hvordan pårørende kan påvirke pasienten (Sykepleier, spes.h.tj.).	Å bidra med å belyse pårørendes behov. Samspill mellom pårørende og pasient	Pårørende, samarbeid og samspill.	Å samarbeide med pårørende.	
Jeg har lært mer om pasienten. Pasienten kan være med på korte aktiviteter med få pasienter. Ting å huske på vider i oppfølging og pleie av pasienten (Hjelpepleier, sykehjem).	Å lære mer om pasienten som har betydning for videre pleie og oppfølging.	Økt forståelse for hvordan møte personen.	Å få vite mer om personen	
Jeg har beskrevet sykdomsforløpet forut for innleggelse i spesialisthelsetjenesten (Lege sykehjem).	Å bidra med å beskrive sykdomsforløp før innleggelse i sykehus.	Personens tidligere historie.		

I neste trinn av analysen ble datamaterialet som helhet gjennomgått flere ganger igjen, for å sikre at alle meningsbærende enheter var kategorisert innenfor en hovedkategori. Det ble identifisert totalt 4 hovedkategorier, som består av mellom 3 og 5 underkategorier. Disse ligger til grunn for presentasjon av resultatene, se tabell 3 kapittel 4.

Dette redegjøres for i drøftingen kapittel 5. Som det kommer frem av analysen, gjenspeiler kodene, underkategoriene og kategoriene det manifeste innholdet i teksten, det vil si det sentrale budskapet i selvrapporteringsskjemaene (Graneheim og Lundman, 2004; 2008). Analysen har funnet sted gjennom en hermeneutisk prosess med veksling mellom empiri og teori og deler og helheter i datamaterialet (Graneheim og Lundman, 2004; 2008).

I siste del av analysen er det formulert ett tema, som utgjør det latende innholdet i teksten (Graneheim og Lundman, 2004; 2008), se tabell 3 i kapittel 4. Hovedtemaet er utarbeidet etter å ha vurdert de ulike hovedkategoriene og innholdet i kategoriene mot hverandre.

### **3.3 Etiske refleksjoner**

Da denne studien omhandler helsepersonells erfaringer, og samhandling mellom tverrfaglig helsepersonell, omfattes den ikke av helseforskningsloven og godkjenningsordningen ved de Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (NEM, 2010). Studien er en del av et aksjonsforskningsprosjekt og omfatter identifiserbare personopplysninger som er fremlagt og godkjent av personvernombudet ved helseforetaket og av ansvarlig ledelse for sykehjemmene (vedlegg 4, 5 og 6).

I henhold til etiske vurderinger om selvbestemmelsesrett, menneskeverd og personlig integritet, ble det innhentet skriftlig samtykke fra hver enkelt deltaker før hvert samhandlingsmøte (NEM, 2010). Alle involverte parter har fått både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet (vedlegg 3). Informantene har blitt informert om at de kan trekke seg fra studien uten at dette får betydning for arbeidsforholdet.

Alle opplysninger som har kommet frem er blitt behandlet på forsvarlig måte i henhold til person og opplysningsloven og etter retningslinjer gitt av datatilsynet (Personopplysningsloven, 2001). Dette innebærer blant annet at loggskjema som inneholdt navn har blitt avidentifisert, og ikke inneholder navn som kan knytte opplysninger direkte til de involverte. Koblingsnøkkel oppbevares adskilt, og det er kun prosjektleder som har tilgang til denne. Det er ikke samlet inn helseopplysninger (Personopplysningsloven, 2001; NEM, 2010). Ingen av deltakerne har valgt å trekke seg underveis.

Analysen av data har ført til at kategorier og tema er utviklet uavhengig av informantenes mulighet til å uttale seg. Informantene har ikke kunnet korrigere innholdet, og forsker har ikke kunnet stille oppklarende spørsmål. Dette har krevd en etisk bevissthet i forhold til tolkning

av deltakernes beskrivelser. For å ivareta anonymiseringen er svarene fra deltakerne i resultat delen delt inn i svar fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En yrkesgruppe består av sykepleiere, studenter, fagarbeidere, ergoterapeuter og hjelpepleiere og en annen yrkesgruppe består av psykiatere og leger. Denne inndelingen er gjort, da noen yrkesgrupper ble representert med få personer i studien, som kunne ha blitt identifisert dersom jeg hadde valgt å beskrive rollen eller yrket til deltakerne mer presis i resultat fremstillingen.

I tiden da aksjonsforskningsprosjektet ble utført, var det uavklart hvem som skulle analysere datamaterialet. Det var først etter 14 samhandlingsmøter og endring av praksis at jeg gikk tilbake for å se på innholdet i loggskjemaene, det vil si at jeg tok et analytisk tilbake steg. Ved gjennomgang av datamaterialet kom det frem et mønster det var interessant å se nærmere på. Aksjonsforskningsdesignet er medvirkningsbasert, noe som innebærer at forskere og praktikere kan ha samme rolle samtidig som de er ulike. Forskeren er den som innhenter data på en systematisk måte. Alle medvirket gjennom deltakelse i nettverksgruppen.

Deltakerne ble informert om at analysen fra datamateriale fra hovedstudien kunne brukes i flere master oppgaver og artikler.

Loggskjemaene ble utfylt umiddelbart etter hvert enkelt samhandlingsmøte, og samlet inn av møteleder etter utfylling. Deretter ble loggskjemaene oppbevart forsvarlig hos prosjektleder etter retningslinjer for oppbevaring av data (Personopplysningsloven, 2001; NEM, 2010).

De fleste informantene beskrev positive opplevelser som deltakere på samhandlingsmøtene, men det ble også påpekt forbedringsområder, som for eksempel at helsepersonell fra sykehjem hadde erfart at det var for høy terskel å «få innpass» i spesialisthelsetjenesten, at det var behov for å gi viktig informasjon i god tid, og at kvaliteten på tiltak og intervensjoner ikke alltid var godt nok beskrevet skriftlig av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Jeg tenker disse beskrivelsene kan vise at helsepersonell har vært åpne i utfyllingen.

### **3.4 Forskerrollen**

Moderne vitenskapsteori avviser forestillingen om den nøytrale forskerrollen, som ikke påvirker kunnskapsutviklingen (Malterud, 2011). Kvalitative forskningsmetoder kan bringe forskeren både fysisk og psykisk nærmere informantene enn det som er vanlig i kvantitativ forskning. Ved kvalitative studier er nærhet til feltet en viktig forutsetning for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning (Malterud, 2011). Samtidig er det viktig for forskeren å ha en refleksiv holdning, hvor forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene og den forforståelsen som forsker bringer med seg inn i studien (Malterud, 2011)

Som sykepleier ansatt i spesialisthelsetjenesten, med videreutdanning i psykisk helsearbeid og videreutdanning i demens og alderspsykiatri, har jeg en bakgrunn som er med på å farge min forforståelse og forståelse av studiens tema. Forforståelse består av erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og teoretiske rammer jeg har med meg inn i prosjektet. Forståelsen påvirker måten data samles inn på og analysene (Malterud, 2011).

Jeg har arbeidserfaring både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og deltok i to samhandlingsmøter. Data fra disse samhandlingsmøtene er ikke inkludert i studien. I møte med materialet som skulle analyseres og tolkes forsøkte jeg å være bevisst på å sette mine egne erfaringer i bakgrunnen for å få frem hva deltakerne erfarte (Malterud, 2011). Jeg så at nærheten til feltet som det ble forsket på kunne føre til at jeg overså viktige meninger i teksten, som igjen kunne føre til at jeg unnlot å vektlegge «tatt forgittheter». Jeg måtte gå tilbake til den opprinnelige teksten flere ganger og minne meg selv på at teksten nå var løsrevet fra personene som hadde skrevet denne, slik at meningen i teksten skulle bli ivarettatt best mulig i analyse prosessen. Samtidig så jeg at min bakgrunn og erfaringer gjorde at jeg fikk en unik og dypere forståelse for hva informantene «snakket om» i sine relativt korte og konsise svar. Ved hjelp av min forforståelse opplevde jeg å få en mer helhetlig forståelse for teksten som ble beskrevet. Dette hjalp meg i tolkningen av resultatene.

På forhånd hadde jeg erfaring med at samarbeid i utskrivelsesprosessen mellom sykehuset og tilhørende sykehjem ofte var tilfeldig og person avhengig. Jeg var også usikker på om helsepersonell på sykehjemmet forholdt seg til de anbefalte intervensjonene utarbeidet under utredning og behandling i alderspsykiatrisk avdeling, eller om de lot seg gjennomføre i ny kontekst.

I løpet av studien tiden har jeg lest mye teori. Dette har i perioder gjort meg noe forvirret i forhold til egne tanker og refleksjoner, og gjort det utfordrende å presentere studien på en oversiktlig og god måte.

### **3.5 Studiens troverdighet**

Begrepene reliabilitet, validitet og generalisering er opprinnelig knyttet til kvantitativ forskning, og det kan være hensiktsmessig å benytte andre begreper innenfor kvalitative studier (Thagaard, 2009). Da det ikke har etablert seg en praksis i bruk av alternative begreper for å vurdere forsknings legitimitet innenfor kvalitativ forskning, har jeg likevel valgt å ta utgangspunkt i nevnte begreper.

Reliabilitet og validitet knyttes til spørsmål om forskningens pålitelighet og forskningens gyldighet, og om en annen forsker som anvender den samme metoden vil komme frem til samme resultat, altså repliserbarhet (Thagaard, 2009).

Pålitelighet i denne studien er ivaretatt i analyseprosessen gjennom en induktiv tilnærming, ved å identifisere meningsenheter og kondensert innhold nært opp til data for ikke å miste vesentlige beskrivelser.

Validering har funnet sted gjennom gjentatte gjennomlesninger av datamaterialet og ved diskusjon og modifisering sammen med veileder gjennom hele forskningsprosessen. Innenfor kvalitativ forskning råder det ulike meninger om verdien av en slik validering (Graneheim og Lundman, 2008). Opplevelse av virkeligheten er avhengig av subjektive tolkninger, og således kan ulike forskere komme frem til ulike resultater uten at dette nødvendigvis påvirker studiens gyldighet (Graneheim og Lundman, 2004; 2008). Innenfor kvalitativ forskning er det med andre ord ikke et spørsmål om forskeren påvirker forskningen, men snarer et spørsmål om hvordan. Som motsetning er det innenfor kvantitativ forskning fremhevet nøytralitet som et forskningsideal (Thagaard, 2009). I denne studien farger min sykepleierutdannelse, min spesialutdanning innen psykisk helse, mitt perspektiv, mitt teoretiske grunnlag, yrke, kontekst og arbeidserfaring tolkning av resultatene. Som student, med liten erfaring hva gjelder forskning har det imidlertid vært en stor trygghet å ha en veileder sammen med meg i prosessen. Diskusjoner med veileder har bidratt til at utviklingen av koder og kategorier har foregått i overensstemmelse med tekstens innhold. Videre virker benevninger rimelig og tolkningen troverdig, hvilket kommer frem gjennom detaljert beskrivelse av hvordan kategoriene har utviklet seg i løpet av analyseprosessen.

Før studien hadde jeg antagelser om at helsepersonell på sykehjem i stor grad var ufaglærte, og at de derfor ville ha økt behov for veiledning i samhandlingsmøtene. Jeg har også hatt antagelser om at skriftlige sykepleiesammenfatninger fra sykehuset sjelden ble tatt i bruk i ny kontekst. Studien har imidlertid vist at deltagerne i samhandlingsmøtene lærte av hverandre ved at det foregikk en gjensidig informasjons- og kunnskapsutveksling. Studien viste også at sykepleie sammenfatninger og lege epikriser fra sykehus ble brukt aktivt som grunnlag for utarbeidelse av individuelle pleie planer av helsepersonell i sykehjemmene.

Metoden for gjennomføring av data analyse er redegjort for med hensyn til forsker rollen, informanter, sosial setting, kontekst og analyse. En synliggjøring av metode og valg som er gjort, gjør at andre forskere vil kunne gå gjennom data materialet og gjenkjenne resultatet, hvilket styrker den indre reliabiliteten. Det er i oppgaven gjort et skille mellom konkrete beskrivelser i resultat delen og tolkning i diskusjonen. Den som leser resultatene må imidlertid vurdere nytteverdien av studien.

Strategier for valg av deltakere har betydning for resultatenes gyldighet. Ettersom kvalitativ innholdsanalyse søker å beskrive variasjoner, tenker jeg denne studiens informanter bidrar til

dette. Informantene er som nevnt både kvinner og menn med erfaring fra både spesialisthelsetjenesten og sykehjem. At så mange som 36 informanter deltok i studien innebar en større mulighet for variasjon i forhold til tverrfaglig helsepersonells erfaringer fra deltakelse på samhandlingsmøtene, som studien søker svar på. Jeg vurderer det som en styrke for oppgaven at alle informantene har svart på de samme spørsmålene med egne ord. I studiens resultat del presenteres mange sitater fra loggskjemaene, som også er med på å underbygge studiens gyldighet (Graneheim og Lundman, 2004;2008).

Overførbarhet handler om i hvilken utstrekning resultatene kan overføres til andre grupper eller situasjoner (Graneheim og Lundman, 2004; 2008). Det er leseren som avgjør om resultatene er overførbare til andre kontekster. For å kunne bedømme overførbarhet er utvalg, deltakere, datainnsamling, analyse og omstendigheter som utgjør konteksten for studien beskrevet. Resultatene fra studien kan ikke generaliseres. Det er heller ikke målsettingen i kvalitative studier (Malterud, 2011). Andre som opplever behov for kvalitetsutvikling innenfor temaet samhandling, tverrfaglig og tverretattlig, vil kunne ha nytte av den lokale kunnskapen som er utviklet i denne studien.

### **3.6 Metodekritiske overveielser**

I studien blir de ulike deltakerne på samhandlingsmøte bedt om å svare på tre spørsmål, jamfør loggskjema (vedlegg 2). Det kan reflekteres over om disse spørsmålene er gode nok til å fange opp informantenes erfaringer som deltaker på samhandlingsmøte. Ut fra resultatene i studien tenker jeg at spørsmålene gir svar på problemstillingen. De viser til læring, bidrag og opplevelse. Jeg tenker spørsmålene bidrar til at informantene aktivt reflekterer over sin egen rolle i samhandlingsmøtene.

Et intervju eller en dialog med informantene ville sannsynligvis ha gitt større dybde i datamaterialet, men ble vurdert vanskelig gjennomførbart grunnet mange deltakere, at samhandlingsmøtene foregikk på sykehjemmene og for å få frem umiddelbare erfaringer måtte intervju eventuelt ha blitt utført tett i tid. Datamaterialets kvalitet er en av faktorene som er med på å påvirke utviklingen av sammenhengende og fullstendige resultater, sammen med min erfaring som forsker (Graneheim og Lundman, 2008). Det kan således ha vært en svakhet ved studien at jeg ikke har hatt mulighet til å stille oppklarende spørsmål og fått utdypet meningene til informantene.

Flere informanter deltok på flere samhandlingsmøter. Dette kan ha påvirket svarene til informantene i forhold til om spørsmålene ble mer reflektert over ved senere utfylling. I analysen har det imidlertid ikke fremtrådt noe bestemt mønster, sett over tid (fra 1-12

samhandlingsmøter). Det observeres imidlertid at enkelt personer har svart med korte svar, uavhengig av antall møter de har deltatt på, og likeledes at andre har svart mer utfyllende.

Det kunne vært interessant å analysere innholdet i datamaterialet med en personorientert tilnærming (Thagaard, 2009), ved å analysere hver informant over tid. En personorientert tilnærming kunne gitt svar på om det har foregått en kompetanse utvikling fra begynnelsen til slutten av prosjektet. Jeg har imidlertid valgt å gjennomføre analysen tematisk, da det er stor variasjon i forhold til antall møter den enkelte deltaker har deltatt på. En personorientert tilnærming kunne også ha bidratt til utfordringer i forhold til krav om anonymisering (Thagaard, 2009).

Det har hele tiden vært en utfordring for meg som «førstegangs» forsker å vurdere min avstand og nærhet til teksten. Kvalitativ innholdsanalyse kan utføres på ulike abstraksjons og tolkningsnivåer, og jeg ser i ettertid at jeg har holdt meg veldig nær det manifeste innholdet i teksten. I følge Graneheim og Lundman (2008) kan en altfor tekst nær analyseprosess medføre at helheten går tapt gjennom altfor detaljert koding. Begripelig og meningsfull analyse krever en viss grad av abstraksjon og tolkning. Større grad av tolkning øker forutsetningene for å se sammenheng og mønstre. På en annen side kan stor grad av tolkning bidra til og forhåndsplassere materialet innenfor allerede bestemte kategorier, og hindre utvikling av holdbare og logiske kategorier og tema (Graneheim og Lundman, 2008).

Som deltaker og forsker i aksjonsforskning, har jeg hatt utfordringer i forhold til ikke å forveksle hva som er min egen forforståelse og hva som er resultater. Som nevnt tidligere, har jeg forsøkt å legge min egen forforståelse til side i møte med teksten, og forsøkt å møte teksten på en åpen og fordomsfri måte. Jeg har reflektert mye over funnene og alternative tolkninger, dette har vært viktig for å kunne vise frem et sammenfattet sett av erfaringer som viser at produktet er systematisk og kritisk reflektert over. For å få kunne gjøre et skille mellom min rolle som deltaker og forsker og ikke komme for «nær» teksten, har det vært viktig for meg og utelate de to samhandlingsmøtene jeg selv deltok på i analysen. Jeg deltok for første gang i aksjonsforskningen etter det 10 samhandlingsmøte, og dette kan ha påvirket min tolkning og forståelse av teksten. Muligens ville jeg som deltaker på alle samhandlingsmøtene hatt større utfordringer med å skille resultatene fra min egen forforståelse enn det jeg har hatt i denne studien (Malterud, 2011).

## 4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres først resultatene fra analysen av datamaterialet i tabell 3.

Deretter nevnes de utarbeidede kategoriene med et kort sammendrag før sub-kategoriene presenteres. For å vise karakteristikker av det som kom frem på selvrapporteringsskjema, har jeg valgt ut sitater som beskriver funnene fra analysen. Tema har betydning for om det er sitater fra helsepersonell i sykehjem eller sitater fra helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som presenteres først. Sitatene er satt i kursiv. På tvers av sub-kategorier og kategorier ble det latente innholdet identifisert og formulert som overordnede tema, se tabell 3. Kapittelet avsluttes med en beskrivelse av bakgrunn for utarbeidelse av tema, det vil si den røde tråden i analysen.

Tabell 3: Presentasjon av sub-kategorier, kategorier og tema

Tema	Tverrfaglige samhandlingsmøter ansikt til ansikt fremmer gjensidighet, fellesskap og utvidet forståelse som danner grunnlaget for nye handlinger			
Kategori	Individuell omsorg og behandling	Kunnskaps utveksling	Opplevelse av anerkjennelse, læring og nyskaping	Forbedringsområder
Sub- kategori	Å dele erfaringer om individuelle tiltak.  Å samarbeide med pårørende.  Å reflektere over nødvendig helsehjelp.  Å få vite mer om personen.	Å lære mer om utredning, symptomer, diagnostisering og medisinsk behandling.  Veiledning og hospitering  Kompetanse om bruk av kartleggings verktøy.	Å bli bedre kjent med hverandre.  Å lytte til hverandre og anerkjenne ulike erfaringer.  Bekreftelse og støtte.  Å erfare at godt tverrfaglig samarbeid kan bidra til utvikling av nye tiltak.	Forbedring av samarbeid mellom første og andre linje tjenesten.  Forbedring av informasjonsutvekslingen ved utskrivelsesprosessen.

### 4.1 Individuell omsorg og behandling

Studien viser at helsepersonell fra begge tjenestesteder delte detaljerte erfaringer fra deres møte med den enkelte person i samhandlingsmøtene. Det var særlig sykepleiere og



hjelpepleiere fra spesialisthelsetjenesten og sykehjem som bidro til utveksling av erfaringer i forhold til individuelle miljø tiltak og samarbeid med pårørende. Lege fra sykehjem og psykiater og lege fra spesialisthelsetjenesten tok i ett av samhandlingsmøtene opp temaet behandling til pasienter som motsetter seg helsehjelp.

Gjennom å dele erfaringer opplevde særlig sykepleiere og hjelpepleiere fra sykehjem å få vite mer om personen enn de visste fra tidligere. Å få vite mer om personen ble beskrevet av helsepersonell fra sykehjem å ha betydning for hvordan videre pleie og omsorg kunne tilrettelegges individuelt.

#### **4.1.1 Å dele erfaringer om individuelle tiltak**

I samhandlingsmøtene deltok som oftest primærkontakten i sykehjemmet til personen som hadde blitt overført. Studien viser at sykepleiere og hjelpepleiere fra de ulike sykehjemmene hadde fokus på å gi helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten tilbakemelding på hvordan de anbefalte tiltakene fra spesialisthelsetjenesten hadde blitt fulgt opp på sykehjemmet etter overflytting av personen. I de fleste samhandlingsmøtene ble det redegjort i detalj om hvordan ulike miljøterapeutiske intervensjoner hadde blitt håndtert på sykehjemmet og hvordan dette fungerte, som stell, måltider, sosialt samspill, aktiviteter og søvn:

*«Jeg har fortalt... hva jeg har gjort i forhold til morgenstell, frokost og skjerming. Pasienten fikk frokost servert på rommet... hun vil nå få servert middag inne på sitt rom. Gitt fotbad ved uro, en til en kontakt. Skjerme pasienten noe i forhold til medpasienter som kan utløse uro»*  
(hjelpepleier fra sykehjem).

Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten fikk tilbakemelding på hvilke tiltak iverksatt under sykehusoppholdet som hadde fungert etter overføringen, og hva som hadde vært utfordrende å gjennomføre:

*«Jeg har som sykepleier fått god beskrivelse og informasjon om aktuelle pasients tilstand, tiltaksplan som vi kan bruke direkte etter at pasienten kom tilbake til oss i avdelingen»*  
(sykepleier fra sykehjem)

Det ble belyst flere faktorer som var årsak til at tiltak utarbeidet av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten var utfordrende å gjennomføre på sykehjemmet, som at personens funksjonsnivå var endret, økt symptombelastning hos personen, annen kontekst, somatisk lidelse, mangelfullt beskrevet sykepleiesammenfatning og informasjon, lavere personalbemanning og utfordringer med å skape en god relasjon til den enkelte person:

*«Jeg har prøvd å gjennomføre tiltakene i sykepleiesammenfatningen etter beste evne. Må nok si at det ikke har vært så lett å skape en relasjon til pasienten ut fra disse tiltakene»*  
(sykepleier fra sykehjem)

Sykepleiere og ergoterapeut fra spesialisthelsetjenesten beskrev at det ikke alltid var så enkelt å beskrive personens komplekse og omfattende behov skriftlig ved utskrivelse:

*«... dette er en pasient med mange behov som ikke er enkelt å beskrive»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

I samhandlingsmøtene bidrog sykepleiere og ergoterapeut fra spesialisthelsetjenesten til at mangelfull informasjon i skriftlig sykepleiesammenfatning ble utfyllt muntlig:

*«Jeg har konkretisert mer av intervensjonene som ikke var utfyllende nok i sykepleiesammenfatningen. Dette gjaldt medikament håndtering, atferd og humøret til pasienten»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

Studien viser at helsepersonell fra begge tjenestenivåer har deltatt aktivt i refleksjon og samtale om hvilke tiltak som er viktig å videreføre, og i dialogen har tidligere tiltak som hadde god effekt blitt belyst ytterligere:

*«Jeg referert til enkel aktivitetstilbud som hadde god effekt tidligere, og belyste påvirkning mellom pasient og personal»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

#### **4.1.2 Å samarbeide med pårørende**

Studien viser at helsepersonell fra begge tjenestenivå var opptatt av godt samarbeid med pårørende, og at de ønsker å ta tak i dette arbeidet:

*«Det vil være klokt å ta tak i pårørende samarbeid»* (sykepleier fra sykehjem).

Per i dag er det rutine i spesialisthelsetjenesten å innkalle til pårørendemøte kort tid etter en innleggelse, og et samarbeidsmøte når det nærmere seg utskrivelse. Sykepleiere og hjelpepleiere fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten beskrev at det kan være vanskelig å møte pårørende på en god måte. Funnet kan tyde på at det er behov for flere møter, både strukturerte og ustrukturert, alt etter hvilke behov pårørende måtte ha:

*«Jeg oppdaget at pårørende ønsker mer informasjon underveis av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten. I fremtiden vil det være klokt å ha pårørende møte i flere antall»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

Behovet for fortsatt helsehjelp i sykehjem etter utredning og behandling i alderspsykiatrisk sykehusavdeling kan føre til store endringer i personens sosiale situasjon. Pårørendes bekymringer avtar ikke nødvendigvis etter overflytting til sykehjem:

*«Jeg oppdaget at pårørende er i sin prosess og må noen ganger bruke mer tid på å orientere seg»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

Analysen viser at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten gjennom deltakelse på samhandlingsmøtene får forståelse for at helsepersonell fra sykehjem står i en utfordrende situasjon med hensyn til samarbeid med pårørende. Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten beskriver at spesialisthelsetjeneste bør bidra mer i forhold til pårørende samarbeid, for å lette belastningen helsepersonell på sykehjem kan oppleve i møte med pårørende, da de ofte trenger mer tid til å bearbeide situasjonen med pasientens lidelse:

*«Jeg oppdaget nok en gang hvilken tyngde personalet på sykehjemmet står i med hensyn til pårørende, og at pårørende trenger ekstra tid til å bearbeide situasjonen med pasientens sykdom. Det vil være klokt kanskje å bidra mer med hensyn til pårørendes opplevelse av situasjonen i spesialisthelsetjenesten»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

På den ene siden kan denne beskrivelsen forstås ut fra at sykehjemmet har langt mindre ressurser til å følge opp pårørende med individuelle samtaler og gruppe samtaler enn det spesialisthelsetjenesten har. På den andre siden kan det se ut til at det er behov for større fokus på pårørende samarbeid og hvilken betydning dette samarbeidet har for pasient omsorgen, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Samtidig viser imidlertid analysen at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten er bevisst hvilken betydning det har å samarbeide på en god måte med pårørende. I flere samhandlingsmøter beskrev særlig sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten både hvilken informasjon pårørende kan ha behov for og hvordan samarbeid med pårørende kan påvirke pasienten:

*«Jeg har understreket; pårørende informasjon, veiledning om hvordan vi gjør og hvorfor, hvordan pårørende kan påvirke pasienten»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

I flere av samhandlingsmøtene ble det vist til «overføringsmøte» som hadde vært avholdt i spesialisthelsetjenesten før utskrivning til sykehjemmet. På dette møte deltok pårørende og helsepersonell fra både spesialisthelsetjenesten og sykehjemmet. Flere, særlig sykepleiere og ergoterapeut fra spesialisthelsetjenesten og sykepleiere og hjelpepleiere fra sykehjem beskrev at dette hadde vært gjennomført, og at de så flere fordeler ved dette tiltaket:

*«Jeg har informert om de positive sidene det har gitt å ha et overføringsmøte i spesialisthelsetjenesten med pårørende og sykehjems personale til stede. Jeg har informert om hvilke tiltak ovenfor pårørende som har fungert (jevnlig telefoner og åpen dialog, samt unngå for mye forklaringer / diskusjoner. Heller å lytte og akseptere / handle)»* (sykepleier fra sykehjem).

#### **4.1.3 Å reflektere over nødvendig helsehjelp**

Pasientrettighetsloven kapittel 4 A omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykke kompetanse som motsetter seg helsehjelp. Formålet med kapittel 4 A i pasientrettighetsloven (Helse og omsorgsdepartementet, 2001) er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen som gis skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

I ett av samhandlingsmøtene ble kriteriene for bruk av tvangsvedtak ved medisinerings og stell diskutert opp mot brukermedvirkning. Det var legene fra begge tjeneste steder som bidro til dialog om når mulighet og kriterier for bruk av tvangsvedtak var til stede:

*«Jeg har diskutert muligheter og kriterier for tvangsmedisinering... diskuterte behandling i forhold til brukermedvirkning»* (lege fra spesialisthelsetjenesten).

#### **4.1.4 Å få vite mer om personen**

Studien viser at sykepleiere og hjelpepleiere fra sykehjem etterspurte mer detaljert informasjon om personen i samhandlingsmøtene:

*«Jeg opplevde samhandlingsmøte som opplysende, fikk mer informasjon om pasienten. Fikk spurt om en del ting som jeg lurte på»* (sykepleier fra sykehjem).

Gjennom å dele informasjon både om tidligere forløp og her og nå situasjonen, kan det se ut til at helsepersonell fra begge tjenestesteder fikk en større forståelse for den komplekse situasjonen:

*«Jeg har lært mer om pasienten. Pasienten kan være med på korte aktiviteter med få pasienter. Ting å huske på videre i oppfølging og pleie av pasienten»* (hjelpepleier fra sykehjem)

Studien viser at sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten erfarte at det kan være en utfordring å beskrive komplekse situasjoner og tiltak detaljert nok for den som skal følge opp personen videre, jamfør punkt 4.1.1.

Studien viser at det å treffes til et fysisk møte bidro til utveksling av mer informasjon enn det som lot seg gjøre i skriftlige rapporter og epikriser. Helsepersonell fra sykehjem, særlig sykepleier og hjelpepleiere, beskrev at de fikk vite mer om personen og at denne kunnskapen var viktig og nyttig for å få økt forståelse for personen og hvordan videre tiltak i forhold til pleie og omsorg kan legges til rette for å møte personen på best mulig måte:

*«Jeg opplevde å få viktig og nyttig informasjon om pasienten... lærerikt å høre hvordan pasienten tidligere hadde vært med tanke på utagering og humørsvingninger. Fikk også god*

*innsikt i hvordan ansatte kan opptre for at pasienten skal få det best mulig» (sykepleier fra sykehjem)*

## **4.2 Kunnskapsutveksling**

Helsepersonell, både leger, sykepleiere og hjelpepleiere, fra sykehjem beskrev at de lærte mer om utredning, bakgrunn for diagnose setting, symptomer og medisiner gjennom deltakelse på samhandlingsmøte. Flere opplevde også å ha fått konkret hjelp og veiledning. Ønske om hospitering ble tatt opp av helsepersonell fra begge tjeneste steder, og har også vært planlagt, men grunnet reduserte bemanningsressurser på sykehjem har dette ikke vært gjennomført. Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten har i samhandlingsmøtene formidlet nytteverdien av å ta i bruk kartleggingsverktøy i behandling og omsorg for personen, for at helsepersonell på sykehjem bedre skal forstå hvilke utfordringer personen har og hvilke individuelle miljøterapeutiske tiltak som kan prøves ut.

### **4.2.1 Å lære mer om utredning, symptomer, diagnostisering og medisinsk behandling**

Studien viste at legene fra sykehjemmene og legene og psykiaterne fra spesialisthelsetjenesten hadde et annet fokus i samtalen om personen som var blitt overflyttet i samhandlingsmøte enn sykepleiere, hjelpepleiere og ergoterapeut.

Legene fra sykehjemmene hadde fokus på å etterspørre informasjon fra psykiater i spesialisthelsetjenesten om bakgrunn for diagnose, utredning, sykdomsforløp og medisinsk behandling:

*«Jeg har spørsmål om medisiner» (lege fra sykehjem)*

Psykiatere fra spesialisthelsetjenesten har på sin side informert grundig om utredning, tester og resultat av undersøkelser og bakgrunn for valg av medisinsk behandling og diagnose:

*«Jeg har redegjort for forløpet i spesialisthelsetjenesten, medisiner, samt funn på MR, årsak til mangelfull kognitiv utredning» (lege fra spesialisthelsetjenesten).*

Legene fra sykehjemmene har fulgt opp anbefalinger fra psykiater i spesialisthelsetjenesten etter at personen ble overflyttet til sykehjemmet. I samhandlingsmøtene ble det gitt tilbakemelding til psykiatere og leger i spesialisthelsetjenesten om hvordan den medisinske behandlingen har fungert, symptombelastning og funksjonsnivå hos personen. I samhandlingsmøtene ble videre medisinsk behandling og tankegang diskutert mellom legene fra sykehus og sykehjem:

*«Jeg har beskrevet pasientens medisinske tilstand i dag. Gått gjennom aktuell medisinsk behandling per i dag og planlagt videre medikamentell behandling sammen med lege fra spesialisthelsetjenesten» (lege fra sykehjem)*

Flere av informantene, særlig legene fra de ulike sykehjemmene, beskrev at de har fått økt innsikt i forhold til utredning og behandling i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste:

*«Jeg oppdaget å få vite mer om utredningsmetoder»* (lege fra sykehjem)

Flere beskrev også at de har lært mer om bakgrunn for diagnosesetting og behandling, både generelt og i forhold til den enkelte person:

*«Jeg fikk innsikt i behandling av Levy-body demens. Tips om hva man bør ha i bakhodet ved spesielle tilfeller. Parkinson og frontallappdemens – oppgradering* (lege fra sykehjem).

#### **4.2.2 Veiledning og hospitering**

Studien viser at samhandlingsmøtene har vært en arena hvor helsepersonell fra sykehjem har fått muligheten til å etterspørre konkret råd, veiledning og hjelp i utfordrende situasjoner.

Helsepersonell fra sykehjem opplevde dette nyttig i forhold til videre pleie og omsorg:

*«Jeg opplevde samhandlingsmøte som veldig nyttig med hensyn til pasient oppfølging, konkret hjelp i forhold til tiltak, forslag til medisiner osv.»* (lege fra sykehjem).

Helsepersonell fra sykehjemmet har i noen tilfeller hatt behov for mer veiledning om hvordan man kan håndtere situasjonen videre for å sikre god behandling og omsorg til personen. Flere av informantene fra sykehjemmene har kommet med ønske om konkret veiledning i den praktiske hverdagen fra spesialisthelsetjenesten:

*«Jeg har kommet med ønske om at skjermet enhet på sykehjemmet får hjelp fra spesialisthelsetjenesten i form av en person som kommer og er hos oss noen arbeidsdager for å hjelpe til med konkrete tips – instruks, vedrørende den aktuelle pasient»* (lege fra spesialisthelsetjenesten).

Spesialisthelsetjenesten har bedre bemanningsressurser enn sykehjem, og ved ønske om mer veiledning har dette blitt fulgt opp enten av helsepersonell i alderspsykiatrisk sykehusavdeling eller av helsepersonell på alderspsykiatrisk poliklinikk.

Kompetanseutveksling i form av hospitering har vært tatt opp som tema i løpet av samhandlingsmøtene. Hospitering kan bidra til å sikre overføring av individuell kunnskap om tiltak og behov. Samtidig viser studien at dette kan være utfordrende å få til dette. I ett tilfelle kom det frem at det var planlagt hospitering før utskrivelse av en eldre person fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjenesten til sykehjem, men dette lot seg ikke gjennomføre grunnet reduserte bemanningsressurser i sykehjemmet:

*«Optimalt sett burde hospitering fra sykehjemmet blitt praktisert, men personal mangel forhindret dette»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

### **4.2.3 Kompetanse om bruk av kartleggingsverktøy**

Funn fra studien viser at helsepersonell fra sykehjem opplevde å få vite mer om bruk av kartleggingsverktøy i samhandlingsmøtene. Særlig sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten bidro til denne kunnskapsutvekslingen. I flere møter kom det frem at de hadde tatt opp nytteverdien i forhold til bruk av døgnrytmeregistrering, Montgomery and Åsberg depression rating scale (MADRS), Neuropsychiatric inventory (NPI), Cornell skala for depresjon ved demens, spørreskjema til pårørende og pårørende stress skala:

*«Jeg har ... etterspurt om OBS-demens og atferds- og døgnrytmeskjema er benyttet for å få bedre forståelse hos de involverte»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten)

Særlig atferds- og døgnrytmeregistrering ble tatt opp flere ganger.

Atferd- og døgnrytmeregistrering består av 4 ukers registrering med ulike fargekoder som tilkjennegir ulik atferd hos personen; rolig atferd, søvn, verbal / fysisk aggresjon, uro, angst, tilstedeværelse av vrangforestillinger og hallusinasjoner. Ved bruk av døgnrytmeskjema kan helsepersonell få et visuelt overblikk over atferden til personen, og ved eventuelle endringer. En slik kartlegging kan hjelpe personalet til å registrere tidlige tegn på endringer og utfordrende atferd, som kan bidra til iverksettelse av tillitsskapende tiltak (vedlegg 8).

Flere av informantene fra sykehjemmet har sett nytten i å ta i bruk atferds- og døgnrytmeskjema:

*«Det vil være klokt å føre døgnrytmeskjema»* (sykepleier fra sykehjem).

## **4.3 Opplevelse av anerkjennelse, læring og nyskaping**

Gjennom deltakelse i samhandlingsmøtene erfarte helsepersonell å bli bedre kjent med hverandre. Flere av informantene beskrev at det hadde vært en åpen dialog i samhandlingsmøtene, der alle hørte på hverandre. Helsepersonell fra begge tjeneste steder opplevde å få støtte og bekreftelse i samhandlingsmøte. Studien viser at helsepersonell erfarte at god tverrfaglig dialog bidro til nyskaping i form av utvikling av nye individuelle tiltak i videre pleie og omsorg for personen.

### **4.3.1 Å bli bedre kjent med hverandre**

Å møtes fysisk bidro til at helsepersonell ble bedre kjent med hverandre og hverandres tjenestetilbud. Gjennom å bli kjent, mente flere mener det ville være lettere å ta kontakt med hverandre senere:

*«Jeg oppdaget legenes utbytte av samhandlingsmøtene. Terskelen for å ta kontakt er lavere, nytten av å kjenne litt mer til hverandre er positiv»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

Det ble beskrevet av en av legene fra sykehjem at det å bli bedre kjent med hverandre og vite at man kunne ta kontakt ved behov bidro til trygghet:

*«Trygghet i forhold til kommunikasjon institusjoner i mellom»* (lege fra sykehjem).

Det kan se ut til at helsepersonell ved tjenestestedene har visst lite om hverandre fra tidligere, både i forhold til behandling, omsorg, hva de kan tilby og kompetanse. Flere leger fra spesialisthelsetjenesten beskriver at de har oppdaget hvordan man jobber på et sykehjem:

*«... fint å bli orientert om tankegang hos sykehjemslege i forhold til medikasjon og pasientens tilstand... ble bedre orientert om sykehjemmets tilbud»* (lege fra spesialisthelsetjenesten).

Sykepleiere og ergoterapeut fra spesialisthelsetjenesten har i samhandlingsmøtene blitt imponert over hva helsepersonell på sykehjem har fått til etter at personen har blitt overflyttet og hvordan de arbeider:

*«Jeg opplevde at sykehjemmet er profesjonelle og gjør en god behandling. Er ivaretagende for pasientens behov»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

I flere samhandlingsmøter deltok sykepleiere fra alderspsykiatrisk poliklinikk. Analysen viser at helsepersonell fra poliklinikken beskriver at de stort sett har vært med som observatører, da de ikke har kjent til personen som har blitt overflyttet fra tidligere. Selv om sykepleierne har deltatt som observatører beskriver de at de opplevde møte nyttig da de har blitt mer kjent med hvordan helsepersonell på sykehus tenker og vurderer:

*«Jeg oppdaget nytten av å lære hvilken tilnærming miljøpersonalet og leger i spesialisthelsetjenesten har til denne pasient kategorien»* (sykepleier, alderspsykiatrisk poliklinikk).

#### **4.3.2 Å lytte til hverandre og anerkjenne ulike erfaringer**

De fleste informantene uttrykte at kommunikasjonsformen i samhandlingsmøtene var åpen og fri. Informantene opplevde at alle ble hørt og at de ulike deltakerne fikk komme med sine innspill:

*«Jeg opplevde at kommunikasjonen var god og åpen. Pleiepersonalet fikk god anledning til å beskrive sin opplevelse av pasienten. Alle lytter til hverandre»* (lege fra sykehjem).

Gjennom god kommunikasjon opplevde flere informanter at utfordrende situasjoner ble løst:

*«Jeg oppdaget enda en gang at god kommunikasjon er et nyttig problemløsningsverktøy»* (informant fra spesialisthelsetjenesten).



I analysen kom det frem flere faktorer som bidrog til at deltakerne opplevde møte som nyttig og positivt. En viktig faktor handler om at fagpersonene som deltok på møtene var engasjerte. Flere påpekte at det ble kommunisert på en likeverdig måte, og at de ulike fagpersonene var positive, interessert og hadde et felles mål om å ønske det beste for den eldre pasienten:

*«Jeg opplevde møte som svært nyttig... Personalet var veldig engasjert, kommuniserte godt og var interessert»* (informant fra spesialisthelsetjenesten).

I dialogen erfarte helsepersonell å få ny giv, og å få nye ideer:

*«Jeg opplevde å få ideer om hvordan vi bedre kan gjøre det videre. Fått ny giv»* (informant fra sykehjem).

En av informantene fra spesialisthelsetjenesten opplevde imidlertid at kommunikasjonen i ett av samhandlingsmøtene var lite motiverende, da det var få deltakere som var aktive og deltakende på møte:

*«Jeg opplevde det litt lite motiverende fordi det var få som snakket og det gikk litt i stå»* (informant fra spesialisthelsetjenesten).

#### **4.3.3 Bekreftelse og støtte**

Helsepersonell fra begge tjenestesteder var opptatt av «her og nå» situasjonen til personen som hadde blitt overflyttet i samhandlingsmøtene, og veien videre. Flere sykepleiere og ergoterapeut fra spesialisthelsetjenesten beskrev at det var godt å høre at personen hadde det bra etter overflyttingen til sykehjemmet:

*«Jeg opplevde møte som svært nyttig. Flott at pasienten hadde blitt så mye bedre»* (informant fra spesialisthelsetjenesten).

Det ser ut til at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten verdsatte tilbakemeldingen de fikk fra helsepersonell på sykehjemmet. Muligens for å få en bekreftelse på om personen hadde det bra, men også for å få en bekreftelse på om iverksatte tiltak på sykehus fungerte på en god måte i ny kontekst:

*«Jeg har tatt opp og fått bekreftelse i forhold til at pasientens behov ivaretas, og at tiltakene i forhold til nattesøvn, motorisk uro, irritasjon fungerer, sykehjemmet gjør det veldig bra i forhold til dette»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

Lege og psykiater fra spesialisthelsetjeneste beskrev fra flere samhandlingsmøter at de fikk bekreftelse på at lege epikrisen var god. Noe som kan tyde på at de opplevde en form for anerkjennelse ved å få denne tilbakemelding fra legen på sykehjemmet:

*«Jeg opplevde god stemning, sykehjemmet var fornøyd med skriftlig informasjon»* (lege fra spesialisthelsetjenesten).

Studien viser at informantene fra begge tjenestesteder opplevde å få bekreftelse fra hverandre i samhandlingsmøtene, både ved å lytte til hverandre, gjennom å ha en åpen dialog og at det var en atmosfære preget av at alle ble sett og hørt. Det ble vist interesse for hverandres faglige vurderinger, erfaringer og utfordringer. Det kom ikke frem av analysen at det var noen ulikheter i forhold til yrkestilhørighet og opplevelse av å bli hørt og sett. Det kan se ut til at det har vært av en viss betydning at det ved hvert enkelt møte ble utpekt en møteleder, som holdt fokus på agendaen for møte, og at møte var pasientorientert.

*«Alle lytter til hverandre. Råd og tilbakemelding på videre behandling og måten vi tenker på hver hos oss»* (lege fra sykehjem)

I ett av møtene kom det frem at det hadde vært en del frustrasjon i forhold til personen som hadde blitt overflyttet:

*«Jeg opplevde stor frustrasjon angående pasienten både under møte og når hun var ny i avdelingen. Men dette ble redusert etter hvert som vi pratet»* (informant fra spesialisthelsetjenesten).

I dette møte beskrev helsepersonell på sykehjem at de opplevde situasjonen veldig utfordrende, og at det var vanskelig å intervenere på en god måte ovenfor personen. I løpet av møte avtok denne frustrasjonen, og helsepersonell på sykehjem opplevde at de fikk «ny giv». Det ble gitt uttrykk for at helsepersonell fra sykehjem opplevde det godt å få forståelse og støtte fra helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Det kan tyde på at helsepersonell generelt er opptatt av at den enkelte person skal ha det godt, men at det samtidig kan være en fare for at helsepersonell opplever at de kommer til kort, både faglig og personlig i forhold til målsettingen de har:

*«Jeg opplevde at vi fikk bekreftet at det vi gjør ikke er feil, og at vi møtte forståelse for frustrasjon»* (sykepleier fra sykehjem).

Helsepersonell fra sykehjem gav også i flere samhandlingsmøter uttrykk for at de opplevde å få bekreftelse på vurderinger de hadde gjort etter overflytting av personen, og at de verdsatte at deres egne vurderinger sammenfalt med hva helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten tenkte. Flere beskrev at det var godt å få bekreftelse fra «ekspertene»:

*«Jeg opplevde det veldig godt å få samtale rundt hva vi gjør, og om det samstemmer med hva dere mener. Godt å få bekreftet hva som gjøres riktig»* (hjelpepleier fra sykehjem)

Ved å få bekreftelse på tanker om videre tiltak i forhold til den enkelte pasient beskrev flere helsepersonell fra sykehjem at det ville bli lettere å stå i beslutninger som var tatt om videre behandling og omsorg:

*«Jeg har formidlet hvordan det har vært å få bekreftelse fra «ekspertisen» på at pasienten har behov for skjerming. Det er lettere å stå i det da...»* (sykepleier fra sykehjem).

Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten erfarte at helsepersonell fra sykehjemmet opplevde oppholdet i spesialisthelsetjenesten til støtte:

*«Jeg opplevde at personalet på sykehjemmet har opplevd at oppholdet i spesialisthelsetjenesten har vært til stor støtte ovenfor pasientens pårørende»* (informant fra spesialisthelsetjenesten).

#### **4.3.4 Å erfare at godt tverrfaglig samarbeid kan bidra til utvikling av nye tiltak**

I samhandlingsmøtene foregår det nyskaping. Studien viser at dialogen mellom helsepersonell i samhandlingsmøtene bidrog til at de i fellesskap utviklet nye tiltak og intervensjoner ovenfor personen som hadde blitt overflyttet. Flere helsepersonell beskrev at de ble imponert over alle de gode løsningene de sammen kom frem til:

*«Jeg opplevde møte sakorientert og er imponert over alle gode tiltak som kom på plass etter hvert»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

Flere opplevde at kompetansen ble økt gjennom tverrfaglig og tverretattlig dialog:

*«... slike møter vil øke kompetansen, slik at man i fellesskap kan forme tiltak for å beholde pasientens identitet og verdighet»* (sykepleierstudent fra sykehjem).

Funnet kan tyde på at det kan være utfordrende å finne gode løsninger og tiltak på komplekse problemstillinger.

Gjennom tverrfaglig samarbeid kan det se ut til at kompetansen økes, noe som igjen påvirker omsorg og behandling for den enkelte person videre:

*«... fint med tverrfaglig møter hvor vi kan diskutere fra flere hold og kompetanse, at pasienten blir ivaretatt best mulig»* (sykepleier fra sykehjem).

Helsepersonell fra begge tjenestesteder opplevde det nyttig å være flere yrkesgrupper til stede:

*«Jeg ser hvor nyttig det er å være mange yrkesgrupper til stede»* (informant fra sykehjem)

Helsepersonell fikk i samhandlingsmøtene erfare at godt samarbeid kan føre til at oppgaver og utfordringer som kan se uoverkommelig ut, kan bli løst i fellesskap:

*«Jeg oppdaget at godt samarbeid gjør alt lettere»* (informant fra sykehjem).

En av informantene fra sykehjemmet påpekte imidlertid at møtene kan behøvs vurderes ved hjelp av telefon samtale til sykehjemmet:

*«I fremtiden vil det være klokt og forhånds telefonere og behøvs vurdere møte»* (sykepleier fra sykehjem).

En lege fra spesialisthelsetjenesten beskriver derimot at det var bra med samhandlingsmøter selv om det etter overføring ikke var store utfordringer med pasienten:

*«Bra med samhandlingsmøte selv om det for tiden ikke er nødvendige problemer med pasient overflytningen»* (lege fra spesialisthelsetjenesten).

#### **4.4 Forbedringsområder**

Helsepersonell har i samhandlingsmøtene belyst flere forbedringsområder. Dette gjelder særlig i forhold til tanker om videre samarbeid både på organisasjons- og individ nivå mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og sykehjem.

##### **4.4.1 Forbedring av samarbeid mellom første og andre linje tjenesten**

Det kan se ut til at samhandlingsmøtene kan fremme utvikling av samarbeid og samhandling mellom helsepersonell fra de tjenestestedene, men at det må arbeides videre for å få til et enda tettere samarbeid. Helsepersonell fra begge tjeneste steder påpeker at det er behov for enda tettere samarbeid:

*«Jeg oppdaget de små gapene som det trengs å jobbes videre med i forhold til samarbeid»* (sykepleier fra sykehjem).

I ett av samhandlingsmøtene ble det tatt opp at helsepersonell på sykehjem kan oppleve det utfordrende å komme i kontakt med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten:

*«Jeg oppdaget at terskelen for kommunikasjon med 2. linjetjenesten kan være lavere»* (lege fra sykehjem).

Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten ble i samhandlingsmøtene klar over at legene på sykehjemmene ikke alltid opplever å ha fått hjelp fra spesialisthelsetjenesten når det har vært kontakt:

*«... tilsynslegen har varierende opplevelse av å ha fått hjelp. Svært fornøyd i denne saken»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

I samhandlingsmøtene kom det frem at det særlig var legene ved sykehjemmene som hadde behov for en mer direkte kommunikasjonslinje med legene i spesialisthelsetjenesten:

*«Jeg oppdaget at sykehjemslegen har behov for direkte kontakt med overlege i spesialisthelsetjenesten. I fremtiden vil det være klokt å ha en åpen kommunikasjonslinje til spesialisthelsetjenesten for sykehjemsleger»* (lege fra spesialisthelsetjenesten).

Funnet kan tyde på at legene på sykehjemmene ønsket å ha eller opprettholde kontakt med legene i alderspsykiatrisk sykehus som hadde erfaring med personen som var blitt overflyttet. Eller at de ønsket å kunne ta direkte kontakt. I praksis er det alderspsykiatrisk poliklinikk som følger opp henvendelser utenfor alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste i døgnavdeling.

En lege fra spesialisthelsetjenesten foreslo at det kunne tilrettelegges for mer utadrettet virksomhet fra spesialisthelsetjenesten, da det kom frem at helsepersonell fra sykehjemmene hadde strevd alt for lenge før en person ble overført fra sykehjemmet til spesialisthelsetjenesten:

*«Jeg oppdaget at sykehjemmet strevde alt for lenge før pasienten ble innlagt. I fremtiden mener jeg det vil være klokt å få beskjed om pasienter med økende psykiatrisk problematikk tidligere. Vil det være mer hensiktsmessig med tilsyn fra lege og sykepleier fra posten?»* (lege fra spesialisthelsetjenesten).

Funnet kan tyde på at helsepersonell ved sykehjem for en stor del påtar seg pleie- og omsorgs ansvar for sine beboere så langt det går. På en annen side kan det tenkes at helsepersonell på sykehjemmene ikke var kjent med alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og hva en innleggelse eller kontakt med spesialisthelsetjenesten kunne bidra til. Samtidig, som det har blitt påpekt, kan opplevelsen av at det er høy terskel for å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten ha virket inn.

#### **4.4.2 Forbedring av informasjonsutvekslingen ved utskrivesprosessen**

Helsepersonell fra sykehjemmene påpekte i samhandlingsmøtene at de har behov for informasjon i god tid før utskrivelse av en person til sykehjemmene:

*«... vi trenger informasjon i god tid, før pasienten kommer, slik at vi kan forberede oss»* (informant fra sykehjem)

Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten ble i samhandlingsmøtene gjort oppmerksom på hvilken informasjon det er viktig å videreføre, og at det er viktig å videreføre denne i god tid:

*«... jeg oppdaget hvor viktig det er med miljøterapeutiske tiltak og utveksling av erfaringer. Det betyr mye å informere godt før utskrivning»* (sykepleier fra spesialisthelsetjenesten).

I den praktiske hverdagen kan dette være en utfordring, da spesialisthelsetjenesten ofte får telefon fra saksbehandler i kommunen om at pasienten kan få plass på et sykehjem dagen etter. Samtidig kom det frem at dersom spesielle tiltak var vurdert som nødvendig av spesialisthelsetjenesten, som for eksempel behov for ekstra personell der en kan forvente utfordringer ved overføring av en person, burde dette komme tydelig frem før selve utskrivelsen:

*«... sykehjemmet er forsiktig med å tilrettelegge for å skaffe ekstra vakter, og dette kan poengteres bedre fra spesialisthelsetjenesten»* (informant fra spesialisthelsetjenesten).

Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten har i samhandlingsmøtene fått validert innholdet i både sykepleie sammenfatningen og lege epikrisen. I løpet av samhandlingsmøtene har det blitt avdekket at det er behov for tydelig dato på når et medikament er prøvd ut i spesialisthelsetjenesten og i hvor lang periode:

*«Jeg oppdaget viktigheten av å skrive dato på endring av medikasjon i spesialisthelsetjenesten»* (Informant fra spesialisthelsetjenesten).

Resultater av tester som har blitt tatt i spesialisthelsetjenesten må føres grundigere ved overføring til sykehjemmene:

*«Jeg oppdaget at vi må være grundigere med hensyn til å overføre resultater av pårørende stress skala, NPI og OBS demens...»* (informant fra spesialisthelsetjenesten).

Videre viser studien at helsepersonell ved sykehjemmene ønsker raskere lege epikrise, helst skal pasienten ha denne med seg ved utskrivelse. I ett tilfelle hadde det tatt en uke:

*«Epikrisen er gode nok, men litt ønske om tidligere lege epikrise. Det tok en uke»* (informant fra spesialisthelsetjenesten).

Helsepersonell, særlig sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten, fikk innsikt i hva en sykepleiesammenfatning bør inneholde for fremtiden, og hvilken informasjon det er viktig å videreføre til neste ledd i behandlingsskjeden:

*«Det vil være klokt å skrive detaljert om ressurser hos pasienten, f.eks. at evnen til å resonere og verbalisere fortsatt er god»* (informant fra spesialisthelsetjenesten).

#### **4.5 En åpen og lyttende dialog**

Den røde tråden gjennom samtlige kategorier har jeg tolket å være: Tverrfaglige samhandlingsmøter ansikt til ansikt fremmer gjensidighet, fellesskap og utvidet forståelse som danner grunnlaget for nye handlinger.

Gjennom analysen kom det frem at det har betydning for samarbeidspartnere å møtes ansikt til ansikt for å kunne samhandle. Helsepersonell opplevde å bli kjent med hverandres tjenestetilbud og faglige tilnærming. Den tverrfaglige og tverretatlige dialogen virket fremmende for informasjons- og kunnskapsutvekslingen. Gjennom å anerkjenne hverandres ulike faglige perspektiver, lytte og ha en åpen dialog erfarte helsepersonell at de fikk en utvidet forståelse som bidro til at de i fellesskap utviklet nye tiltak og muligheter, som en av informantene beskrev:

*«... slike møter vil øke kompetansen, slik at man i fellesskap kan forme tiltak for å beholde pasientens identitet og verdighet»* (sykepleierstudent fra sykehjem).

Hovedtemaene: Betydningen av å møtes ansikt til ansikt og helsepersonells erfaringer vil bli videre diskutert i kapittel 5.0.

## **5.0 DISKUSJON**

I diskusjonen vil jeg svare på de tre forskningsspørsmålene:

- 1) Hva beskriver helsepersonell at de har bidratt med?
- 2) Hva kjennetegner samhandlingsmøtene?
- 3) Hvordan kan tverrfaglige og tverretatlige samhandlingsmøter bidra til kontinuitet i omsorgen for den eldre personen?

Forskningsspørsmålene vil bli besvart ved å ta utgangspunkt i det utarbeidede hovedtemaet (jamfør tabell 3), som vil bli belyst i forhold til tidligere forskning og teori.

### **5.1 Å møtes ansikt til ansikt**

Funn fra studien viser at samhandlingsmøte først og fremst kjennetegnes som en sosial samhandling «ansikt til ansikt» mellom tverrfaglige samarbeidspartnere innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på et mikronivå. Det var mange deltakere i samhandlingsmøtene, gjerne 5 eller flere.

Studien viser at dialogen i samhandlingsmøte ble beskrevet som åpen og lyttende av informantene.

Helsepersonell respekterte og anerkjente hverandres ulike erfaringer og kompetanse, og fikk støtte av hverandre i samhandlingsmøtene både i forhold til at iverksatte individuelle og personsentrerte tiltak i spesialisthelsetjenesten ble fulgt opp på sykehjemmet og ved at individuelle og personsentrerte tiltak iverksatt på sykehjemmene etter utskrivelse ble beskrevet som gode av helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten.

Agendaen for samhandlingsmøtene var felles for deltakerne, møte var pasient rettet.

Samhandlingsmøtene kan sees på som oppfølgingsmøter av personen som hadde blitt overflyttet.

Samarbeidet og samhandlingen i samhandlingsmøtene bar preg av kreativitet, der helsepersonell anerkjente, inkluderte og reflekterte over de ulike bidragene i fellesskap, oppnådde en utvidet forståelse og sammen utviklet nye individuelle pleie- og omsorgstiltak.

#### **5.1.1 Gjensidighet**

Studien viser at helsepersonell opplevde å få vite mer om hverandres tjenestetilbud, både om ressurser og den faglige tilnærmingen. Helsepersonell fra sykehjemmene beskrev at økt kjennskap til alderspsykiatrisk døgnavdelings tjenestetilbud kunne bidra til at terskelen for å søke om råd og veiledning ble lavere etter deltakelse på samhandlingsmøtene. Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten beskrev at de ble bedre orientert om sykehjemmenes tjenestetilbud og ressurser. Funnet kan tyde på at helsepersonell har vært lite kjent med hverandres

tjenestetilbud fra tidligere, muligens på bakgrunn av at det har vært lite tradisjon for utadrettet virksomhet fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling. Uten å kjenne til faglige tilnærminger, ressurser og begrensninger på sykehjemmene er det vanskelig å gi både råd og veiledning. På en annen side kan funnet tyde på at helsepersonell på sykehjem ivaretar sine beboere på best mulig måte uten at de nødvendigvis reflekterer eller vurderer at det kan være behov for å søke om råd eller veiledning andre steder i utfordrende situasjoner. Dette kan igjen ha noe med ressursene i sykehjemmene å gjøre. Fra tidligere er det kjent at det kan arbeide en del ufaglærte helsepersonell på sykehjem, bemanningen kan være lav i forhold til arbeidsoppgavene, og i en hektisk hverdag kan det handle mer om å komme gjennom dagen enn å vurdere om man burde hente inn annen faglig kunnskap og erfaring. Jeg tenker det er helt vesentlig at alderspsykiatrisk sykehusavdeling og sykehjemmene kjenner til hverandres kompetanse, begrensninger og muligheter for at et samarbeid i det hele tatt skal kunne oppstå. Dette er i tråd med Orviks teorier (2004). I følge Orvik (2004) kan økt kunnskap om hverandres tjenestesteder kan føre til økt forståelse for når det er grunnlag for å søke om og gi råd og veiledning.

En kvalitativ studie utført innenfor psykisk helsetjeneste mellom åtte kommuner og Sykehuset Innlandet for og utforske erfaringer til fagpersoner som er involvert i samhandling, konkluderer med at det er økt behov for gjensidighetskunnskap i helsetjenesten (Danbolt, Kjønsgberg og Lien, 2010). Gjensidighetskunnskap innebærer at man både «*vet om hverandres kompetanse, systemer, muligheter og begrensninger*» samtidig som man kjenner til hverandre fordi man har møttes og snakket med hverandre i telefonen (Danbolt, Kjønsgberg og Lien, 2010, s. 244). I studien til Danbolt, Kjønsgberg og Lien (2010) ble det fremhevet at det å kjenne til hverandre bidro til å lette flyten i samhandlingen, skape gode holdninger og redusere mulighet for misforståelser, urealistiske forventninger og ansvarsfraskrivelse. I tillegg viste studien til Danbolt, Kjønsgberg og Lien (2010) at kommunene hadde mye kunnskap som spesialisthelsetjenesten ikke etterspurte og at spesialisthelsetjenesten for sjelden gav råd og veiledning til primærhelsetjenesten.

Funn fra min studie om gjensidighetskunnskap kan sammenfalle med funn fra studien til Danbolt, Kjønsgberg og Lien (2010). I ett av samhandlingsmøtene ble det beskrevet at helsepersonell på sykehjem opplevde innleggelsesprosedyrene i spesialisthelsetjenesten som utfordrende og med «*for høy terskel*». Funnet kan handle om at det kan være usikkerhet blant helsepersonell på sykehjem om hvor de kan henvende seg for å få hjelp.



Alderspsykiatriskavdeling har en egen poliklinikk, som tar imot henvendelser fra blant annet sykehjem, muligens var ikke helsepersonell på sykehjem orientert om denne muligheten. Jeg tenker funnet om økt behov for gjensidighetskunnskap underbygger behovet for større grad av samarbeid og samhandling mellom helsepersonell fra ulike tjenestesteder. Funnet kan sees i lys av WHO`s prinsipper for utvikling av helsetjenesten (World Health Organization, 1986), og behovene for å skape støttende miljøer, styrke innsatsen i lokalsamfunnet og re-orientere helsetjenesten (World Health Organization, 1986).

Min studie tyder på at tverrfaglige og tverretatlige samhandlingsmøter kan bidra til at kunnskap overføres mellom tjenestestedene, slik at helsepersonell på sykehjem står bedre rustet til å ivareta omfattende pleie- og omsorgsbehov hos en person etter utskrivelse fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling. Samhandlingsmøter som praksis krever nettopp en re-orientering i helsetjenesten, det vil si at helsepersonell i alderspsykiatrisk sykehusavdeling muligens må gjøre noen endringer og arbeide mer utadrettet enn tidligere, noe som kan bidra til å skape støttende miljøer og styrke kunnskapen der pasienten bor.

Funn om økt behov for gjensidighetskunnskap kan også sees i lys av lovverket og krav om faglig forsvarlighet. I følge Helsepersonell loven § 4 (2001) skal helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Det blir slått fast at yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. I følge spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 har ansatte i statlige helseinstitusjoner veiledningsplikt ovenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer plikt til å gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift om faglig forsvarlige pasientforløp.

I følge Orvik (2004) blir begrepet kompetanse ofte brukt om enkeltpersoners kunnskap og ferdigheter, men han påpeker at kompetanse innenfor sykepleieyrket er mer enn tankemessige prosesser eller individuell kunnskap. Kompetanse er forankret i et arbeidsfellesskap som forutsetter samarbeid og kunnskap om organisasjon og organisering.

Organisasjonskompetanse handler om å forstå sykepleiens rammer, mens organiseringskompetanse handler om å kunne organisere pasientarbeidet. Individuell, organisasjon og organiseringskompetanse er faktorer som fremmer faglig forsvarlighet direkte og indirekte. For å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie kreves det at helsepersonell kan organisere eget arbeid på en måte som er omtenksomt for pasienten, en handlingsrettet kompetanse. I tillegg kreves det at helsepersonell kan handle med andre profesjoner og melde

fra når pasienten blir utsatt for fare, som ved mangel på personal, kompetanse eller andre ressurser (Orvik, 2004).

Min studie viser at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten erfarte å få vite mer om hvordan helsepersonell på sykehjem arbeider, og at de ble overrasket over hvor velfungerende personen var etter overføring til sykehjem. Funnet kan tyde på at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten får økt innsikt i bedringsprosesser ved å få økt kompetanse om personens behandlingsforløp over lengre tid, da symptombelastningen hos den enkelte person ofte er svært høy når personen er innlagt på sykehus. I følge Nytingnes og Skjerve (2005) utvikles helsepersonells faglige og kliniske skjønn ved å følge utviklingen til enkeltpersoner over tid ved å oppnå bruker kunnskap om bedringsprosesser.

Funnene fra min studie om at helsepersonell beskriver at det blir lettere å ta kontakt i fremtiden tolkes som at det å møtes til tverrfaglige og tverretatlige samarbeidsmøter om en person, kan føre til at helsepersonell blir bedre kjent med hverandres kompetanse, systemer, ressurser og begrensninger. Økt kunnskap om hverandres tjenestetilbud og faglige tilnærminger kan bidra til å fremme positivt samarbeid og samhandling, og et faglig forsvarlig og sammenhengende hjelpetilbud til det beste for den enkelte person.

### **5.1.2 Interaksjonen i et ansikt- til ansikt møte**

Studien viser at helsepersonell som deltok i samhandlingsmøte var aktive og engasjerte, noe som kan tyde på at det er lettere å snakke sammen når man ser hverandre.

Samhandlingsmøtene ble også beskrevet som positive og nyttige. Goffmann (1967/2005), en kanadisk-amerikansk sosiolog som er kjent for sine studier og analyser av dagligdagse samspill mellom mennesker, beskriver hvordan deltakerne i fokuserte sosial møter, det vil si ansikt- til ansikt- interaksjoner, får tilgang til en rekke ressurser i form av ord, ansiktsuttrykk, gester og handlinger.

Deltakerne i studien så og hørte hverandre i et «levende» møte. Deltakerne hadde mulighet for å etablere og vedlikeholde kommunikasjonen ut fra den rike tilgangen på sosiale regler og ressurser. I følge Goffmann (1967/2005) spiller følelser en rolle når det handler om respons mellom mennesker. Sett i lys av Goffmann (1967/2005) kan funnene fra min studie om at helsepersonell var aktive og engasjerte tyde på at helsepersonell i samhandlingsmøtene bygget bro til hverandre og at samhandlingsmøtene bar preg av det Goffmann (1967/2005) kaller «kjærlighet». Helsepersonell møtes i et øyeblikk av fellesskap og gjensidig engasjement. Goffmann uttrykker denne formen for respons og involvering som:

These two tendencies that of the speaker to scale down his expressions and that of the listeners to scale up their interests, each in the light of the other's capacities and demands, form the bridge that people build to one another, allowing them to meet for a moment of talk in a communion of reciprocally sustained involvement. It is this spark, not the more obvious kinds of love, that lights up the world (Goffmann, 1967, s. 116-117).

I analysen var det kun ett av møtene som ble oppfattet å være lite nyttig. Det kom i beskrivelsene fra loggskjemaene frem at det var få deltakere på møte, og få som snakket og delte av sine erfaringer. Det kan se ut til at det oppstod en «interaksjonsfeil» i møte, det vil si ett brudd i dialogen. Konsekvensene av en brutt dialog kan bidra til manglende «synkroni og misforståelser» (Løvlie Schibbye, 2009, s. 77). Brudd i dialogen kan muligens oppstå på bakgrunn av individuelle faktorer som holdninger, manglende engasjement eller manglende tilhørighet og fellesskap eller organisatoriske forhold som fysisk avstand, hierarkisk struktur, ulik målsetting, kultur og behandlingstilnærming.

Funnene fra min studie kan også sees i lys av Seikkula og Arnkil (2007; 2013), og deres utvikling av åpen dialog i nettverksmøter. I følge Seikkula og Arnkil (2007; 2013) handler åpen dialog i nettverksmøter om mer enn teknikk eller metode. Det er et tankesett og en holdning til måten vi møter andre mennesker på. I åpen dialog blir alle stemmer i rommet hørt og tillagt like stor betydning. Noe som gir grunnlag for en likeverdig samtale, hvor alle er oppriktig interessert i å lytte og forstå hverandre (Seikkula og Arnkil, 2007; 2013). I min studie kan det se ut til at helsepersonell har forståelse for at den enkelte opplever relasjonen fra sitt perspektiv og på sin måte. I løpet av samhandlingsmøtene har alle blitt lyttet til og inkludert, noe som kan ha bidratt til en helhetlig forståelse og utarbeidelse av nye løsninger.

Axelsson og Axelsson (2006) har gått igjennom tidligere forskning for å rekonstruere teoretisk hva som må til for økt integrasjon mellom organisasjoner i helse og velferdstjenesten. Artikkelen viser til at utvikling av velfungerende tverrfaglige team krever at team som har vært dannet arbeider sammen over lengre tid. I slike team kjenner og stoler deltakerne på hverandre, de deler interesse, verdier og mål for samarbeid. Artikkelen påpeker at utvikling av vellykkede tverrfaglige team går igjennom en trinnvis prosess. Dersom teamene kommer seg gjennom prosessen utvikler teamet seg til å konsentrere seg om å jobbe mot en felles målsetting (Axelsson og Axelsson, 2006).

Annen forskning viser imidlertid at godt tverrfaglig samarbeid kan oppstå relativt spontant i en gruppe (Molyneux, 2001; Biong, 2011). Molyneux (2001) erfarte i sitt prosjekt fra

helsetjenesten i England, at godt tverrfaglig samarbeid oppstod grunnet personlige egenskaper hos den enkelte deltaker i gruppen. Avgjørende individuelle faktorer ble beskrevet som den enkelte deltakers motivasjon, engasjement, deling av informasjon og villighet til fleksibilitet i arbeidet. Studien viste til at en positiv holdning oppstod når ingen yrkesgruppe dominerte samarbeidet. Likeverdighet kan oppstå når den enkelte deltaker er trygg i egen yrkesrolle på bakgrunn av egen utdanning og arbeidserfaring (Molyneux, 2001).

Biong (2011) undersøkte i sin studie hvordan mening om godt samarbeid konstrueres i en tverretattlig styringsgruppe. I studien kom det blant annet frem at godt samarbeid ble konstruert i hvert møte, uten nødvendigvis å gå igjennom faste faser. Funnet kan i følge Biong (2011) tyde på at kontekstuelle og individuelle faktorer som gruppesammensetning, betydningen av arbeidsoppgavene og engasjement bidro til opplevelse av godt samarbeid (Biong, 2011).

Helsepersonell som deltok på samhandlingsmøte kan ikke sidestilles med team slik det er beskrevet av Axelsson og Axelsson (2006), da det har vært variasjoner i forhold til hvem som deltok på hvert enkelt møte, noen deltok mange ganger, andre kun en gang. Det har således ikke vært mulig å analysere en utviklingsprosess i studien. Det kan likevel se ut til at funn fra studien kan sees i lys av funn fra studien til Biong (2011) og Molyneux (2001).

Helsepersonell beskrev at samhandlingsmøtene var preget av godt samarbeid, der alle ble respektert og ingen deltakere eller yrkesgrupper dominerte samhandlingsmøtene. Felles målsetting, tydelig agenda og individuelle faktorer som engasjement og holdning og tanker om nytteverdien av deltakelse på samhandlingsmøtene kan ha bidratt til at helsepersonell beskrev møte som positivt, nyttig og viktig.

På en annen side kan funnet tyde på at det er få arenaer i en hektisk arbeidshverdag det blir satt av tid og ressurser for å samtale om en person i to timer, og at samhandlingsmøtene således var et tiltak helsepersonell opplevde betydningsfullt. Det var lite frafall i forhold til deltakelse på samhandlingsmøtene, hvilket kan tyde på at samhandlingsmøtene ble prioritert. Samhandlingsmøtene ble avholdt på det aktuelle sykehjemmet det hadde vært en overføring til. Dette kan ha bidratt til en mer likeverdig dialog og respekt for hverandres fagkunnskap enn dersom møte hadde funnet sted i alderspsykiatrisk døgnavdeling. Samtidig som det kan ha bidratt til større deltakelse fra helsepersonell på de ulike sykehjemmene grunnet lite ressursbruk i forhold til om helsepersonell på sykehjemmene måtte forlate arbeidsstedet for å delta på samhandlingsmøter.

Kommunikasjon omtales innenfor teorien som selve limet i alt samarbeid (Ødegård, 2009). Sentrale kjennetegn ved kommunikasjon er knyttet til kvalitet på tilbakemeldinger og uformell støtte i gruppen. I følge Ødegård (2009) er det avgjørende for godt samarbeid å skape gode rutiner for kommunikasjon, og det er viktig å tenke på hvordan de profesjonelle utvekslinger informasjon seg i mellom, og hva som eventuelt skjer dersom viktig informasjon holdes tilbake. Funn fra min studie viser at helsepersonell beskrev at de opplevde en «fri og åpen kommunikasjon». Funnet kan tyde på at informantene var åpne mot hverandre i forhold til tilbakemeldinger. På en annen side kan det tenkes at informantene så nytte verdien i å høre om andres faglige vurderinger og erfaringer. Muligens kan dette si noe om den komplekse problemstillingen helsepersonell kan stå ovenfor i møte med eldre personer som har en kognitiv svikt og psykisk lidelse. Det kan være en utfordring å forstå den eldre persons lidelse og situasjon, og en tverrfaglig og tverretatlig tilnærming kan ha bidratt til at helsepersonell ble mer engasjert og ønsket å få svar på spørsmål de kanskje ikke visste de hadde, men som oppstod i møte ansikt- til ansikt med andre fagpersoner.

En gjennomgang av teoretiske og empiriske studier gjort for å kartlegge individuelle faktorer som fremmet samarbeid, fant at kommunikasjonsferdigheter til fagpersoner i et team er en av nøkkelfaktorene for utvikling av samarbeidende praksis (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Tre hovedgrunner belyses som vesentlig for hvorfor kommunikasjon er av så stor betydning. For det første var det av betydning av fagpersoner forstod hvordan deres bidrag påvirket utfallet av teamets mål, og at fagpersoner vet hvordan de skal formidle innholdet til andre fagpersoner. For det andre bidro effektiv kommunikasjon til konstruktive forhandlinger mellom fagpersoner. For det tredje var kommunikasjonsferdigheter et redskap som også påvirket andre faktorer som opplevelse av gjensidig respekt, deling og tillit til hverandre (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Deltakerne i min studie beskrev at de opplevde et møte der alle lyttet til hverandre og der alles bidrag ble verdsatt. Funnet kan tyde på at deltakerne opplevde hverandre som likeverdige samarbeidspartnere, der de erfarte at ulike faggrupper utfylte hverandre. Det å treffes i et fysisk møte bidro til utveksling av mer informasjon enn det som ble gjort i skriftlige rapporter og epikriser. Studien viser at det å møtes ansikt til ansikt kan se ut til å fremme deltakelse og formidling på tvers av fagpersoner og tjenestested.

### 5.1.3 Fellesskap og bekreftelse

I litteraturen omtales bekreftelse som å gi andre opplevelse av kraft, gjennom å møte andre uten sensur eller moral (Ulleberg, 2004). Bekreftelse har likhetspunkter med likeverd. Det er ingen teknikk, men noe som oppstår i levd øyeblikk. Bekreftelse handler om måten vi lytter på, holdninger til andre og den totale væremåten mennesket er i møte med andre. Det handler om å verdsette andre som den de er og akseptere at den andres opplevelse er gyldig for ham (Løvlie Schibbye, 2009; Hummelvoll, 2012).

Funn fra min studie viser at helsepersonell fra sykehjemmene i flere møter opplevde det positivt å få bekreftelse på at vurderinger som var gjort etter at personen var overflyttet til sykehjemmet samstemte med hva «ekspertene» mente. Funnet kan tyde på at det råder et uformelt hierarki innenfor helsetjenesten, selv om Schönefelder (2007) i sin doktoravhandling har gjort funn som tilsier at den fragmenterte og hierarkiske inndelingen av profesjoner i helsevesenet er i ferd med å smuldre bort.

Spesialisthelsetjenesten blir i studien omtalt som «ekspertene», noe som kan tyde på at det er en forventning om at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten er de som «vet best».

Samtidig beskrives det av helsepersonell fra sykehjemmene at samhandlingsmøtene førte til at de ble gjort bevisst på at de gjør mye «riktig». Noe som kan tyde på at helsepersonell fra sykehjem erfarte at deres kunnskap og erfaringer ble anerkjent og bekreftet i samhandlingsmøtene.

Analysen viser at helsepersonell fra sykehjemmene delte frustrerende og utfordrende situasjoner med helsepersonell fra alderspsykiatrisk døgnavdeling, og det ble beskrevet av flere informanter fra sykehjemmene at de fikk ny «giv» etter deltakelse på samhandlingsmøtene. Funnet kan underbygge tolkningen om at helsepersonell fikk bekreftelse og støtte på utfordrende situasjoner gjennom åpen dialog. Det kan se ut til at ingen har blitt «dømt» for sin opplevelse av situasjonen. Dette kan ha bidratt til å styrke fellesskapet og tilhørigheten helsepersonell i mellom. Etter å ha fått utløp for negative opplevelser, kan det se ut til at informantene endret sitt perspektiv.

I følge Konsmo (1995) som bygger sin bok på sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel, er det av stor betydning at sykepleiere har et åpent og støttende miljø seg i mellom for at sykepleierne skal få de nødvendige ressursene til å mestre stresset som ligger i yrket.

Manglende tilhørighet og meningsløshet er de viktigste truslene for sykepleieren, på samme måte som det er for pasienter og pårørende. Sosial støtte fra andre sykepleiere er den viktigste måten å redusere stress og utbrenthet på, noe som kan tyde på at annet helsepersonell har den

nødvendige innsikten til å kunne hjelpe hverandre med å få ulike perspektiver på utfordringene (Benner og Wrubel, ref. i Konsmo, 1995).

Ødegår (2009) fremhever i sin teori om konstruksjoner av samarbeid at det er sannsynlig at profesjonelle i ulike grad opplever sosial støtte i tverrprofesjonelt samarbeid. Der profesjonelle opplever liten grad av støtte, er det stor sannsynlighet for at de vil trekke seg fra videre samarbeid på sikt.

Funn fra min studie viser at tverrfaglig helsepersonell fra begge tjenestesteder beskrev at alle ble lyttet til, noe som kan tyde på at all kunnskap og erfaring ble anerkjent og bekreftet. Funnet kan tyde på at helsepersonell mestret å inkludere hverandres bidrag i samhandlingsmøtene på en likeverdig måte, selv om helsepersonell kom fra ulike tjenestesteder og nivå i behandlingsskjeden. Som en motsetning kan en tenke at samarbeidet og samhandlingen fort ville stoppe opp dersom det var en yrkesgruppe som dominerte samhandlingsmøtene.

En tidligere kvalitativ studie utført i Canada viser at det er av grunnleggende betydning å anerkjenne, verdsette og respektere kompetansen til alle fagpersoner som deltar i teamsamarbeid om pasienten, for at samarbeid i det hele tatt kan oppstå (Suter, Arndt, Arthus, Parboosingh, Taylor og Deutschlander, 2009).

En kvalitativ studie utført blant helsepersonell innenfor psykisk helsearbeid i Sverige, hadde som formål å undersøke faktorer som påvirker utvikling av godt tverrfaglig og tverrorganisatorisk samarbeid (Magnusson og Lützén, 2009). Studien fant at selv om de ulike tjenestestedene hadde ulik tilnærming i arbeid med personen som hadde en psykisk lidelse, ble det fremhevet at man måtte tenke at begge tjenestesteder hadde god kunnskap og kompetanse, men at denne kompetansen brukes på ulike måter grunnet ulikt behandlingsnivå (Magnusson og Lützén, 2009).

Andre studier (Brattrud og Granerud, 2011) viser imidlertid at det kan være en utfordring å se på hverandre som likeverdige samarbeidspartnere i en tverrfaglig og tverretattlig gruppe. En kvalitativ studie utført i Sykehuset Innlandet, divisjon psykisk helsevern, benyttet fire fokusgrupper intervjuer tverrfaglig og tverretattlig sammensatt for å se på relasjoner og samarbeidsrutiner mellom kommunene og psykoseavdelingen i psykisk helsevern (Brattrud og Granerud, 2011). I studien til Brattrud og Granerud (2011) kom det blant annet frem at

kommuneansatte antydde at spesialisthelsetjenesten hadde et kritisk blikk rettet mot dem, og at de savnet respekt og verdsetting av deres kompetanse (hierarkier).

Funnene gjort i min studie kan tyde på at helsepersonell hadde en åpen, likeverdig og fordomsfri dialog i samhandlingsmøte, både om hva som fungerte og om frustrasjon og utfordringer. Det kan se ut til at det oppstod nye perspektiv og et kreativt samarbeid mellom deltakerne i samhandlingsmøte, som igjen mobiliserte nye krefter hos enkelte deltakere.

Funnet kan tyde på at bekreftelse og anerkjennelse fra samarbeidspartnere kan ha bidratt til reduksjon av frustrasjon hos helsepersonell fra sykehjem som deltok i samhandlingsmøtene, samtidig som anerkjennelsen og bekreftelsen kan ha bidratt til et godt klima for samarbeid og samhandling.

På en annen side kan deling av erfaringer over utfordringer i arbeidshverdagen ha bidratt til en fagliggjøring av arbeidet, noe som igjen kan ha ført til at særlig helsepersonell fra sykehjem beskrev at jobben de utførte var god.

Studien viser at helsepersonell erfarte samhandlingsmøtene som nyttig og noe de ønsket å fortsette med, hvilket kan underbygge tolkningen om at helsepersonell opplevde stor grad av støtte og bekreftelse.

#### **5.1.4 Nyskapning**

Studien viser at helsepersonell i fellesskap kom frem til nye muligheter og individuelle tiltak i videre pleie- og omsorg. Funnet kan tyde på at det kan være utfordrende for enkeltpersoner eller kun en faggruppe å komme frem til gode løsninger og individuelle tiltak i komplekse problemstillinger.

På en annen side kan det se ut til at helsepersonell i studien generelt er genuint opptatt av å gi best mulig omsorg for personen som har blitt overflyttet. Dersom det ble belyst utfordringer i forhold til pasienten i samhandlingsmøtene, kan det se ut til at helsepersonell tok et gjensidig ansvar for å finne frem til nye løsninger og individuelle tiltak for å bedre situasjonen.

Gjennom å reflektere over de ulike fagpersonenes bidrag om erfaringer og kunnskap kan det se ut til at det oppstod et kreativt miljø.

En studie utført i Canada, undersøkte hva fagpersoner mente var den mest relevante kompetansen for utvikling av samarbeidende praksis (Suter et al., 2009). Studien fremhevet at innsikt hos helsepersonell om at det ikke er en disiplin innenfor omsorgsyrkene alene som kunne møte alle pasientenes behov, var en av faktorene som bidro til økt samarbeid om pasientsentrert praksis (Suter et al., 2009).



I følge Willumsen (2009) er det av betydning i et samarbeidende tverrprofesjonelt team å kjenne hverandres kompetanse og tjenester for og lettere kunne forstå og anerkjenne ulikheter hos deltakerne. Anerkjennelse av ulikheter er en faktor som kan bidra til et dynamisk samarbeid. Dette krever at personene i teamet er fleksible og klarer å integrere de ulike bidragene (Willumsen, 2009). I tverrfaglig samarbeid jobber de ulike profesjonene sammen om en felles oppgave, der alle er bidragsytere, og sammen kan deltakerne utvikle nye ideer og kunnskap som ingen kunne ha oppnådd alene (Willumsen, 2009). Utvikling av ny viten skjer gjennom felles refleksjon og diskusjon, og samarbeidet preges av at de ulike fagpersonene har nærhet til hverandre og tenker helhetlig om oppgaven. Denne formen for samarbeid krever at de ulike profesjonene må være bevisste i forhold til egen kompetanse, samtidig som en må kjenne til de andre deltakernes profesjon og kompetanse. Fokus i samarbeidet er vilje til å finne gode løsninger til det beste for den enkelte, noe som krever fleksibilitet hos deltakerne, samtidig som de har respekt for hverandres bidrag (Willumsen, 2009).

Funn fra min studie kan sees i lys av Willumsens (2009) beskrivelse av tverrfaglig samarbeid. Gjennom å inkludere hverandres bidrag oppstod det et kreativt og nyskapende miljø. Deltakerne opplevde å finne frem til gode løsninger som vanskelig kunne la seg gjøre om de var alene i pleie- og omsorgssituasjonen. Funn fra min studie kan også sees i lys av Orviks (2004) teori om samarbeid og samhandling. I følge Orvik (2004) innebærer samhandling «tillit, gjensidighet og likeverd» mellom deltakerne (s. 257), noe som krever at personene som deltar i samhandling må ha felles forståelse av situasjonen og være forpliktet i forhold til å få til noe sammen. Det kan se ut til at helsepersonell som deltok i samhandlingsmøtene oppnådde en utvidet forståelse av situasjonen gjennom å dele av sine kunnskaper og erfaringer. Studien viser at utvidet forståelse kan ha bidratt til økt engasjement. Å erfare at eget bidrag er viktig for fellesskapet, kan igjen ha gjort deltakelsen på samhandlingsmøtene til en positiv opplevelse, skapt engasjement og som tidligere nevnt, bidratt til fagliggjøring av arbeidet. Dette kan igjen ha dannet grunnlaget for nye handlinger.

## **5.2 Kontinuitet**

En gjennomgang av litteraturen om emnet kontinuitet innenfor helse- og omsorgstjenesten, viser at kontinuitet innenfor primærhelsetjenesten som oftest blir sett på som relasjoner mellom behandler og pasient som går utover episoden med lidelse og uhelse (Haggerty, Reid, Freeman, Starfiels og McKendry, 2003). Litteraturen viser at innholdet i begrepet kontinuitet varierer i ulike kontekster. For helsepersonell handler kontinuitet i stor grad om å ha

tilstrekkelig kunnskap, informasjon og kompetanse om personen, som kan bidra til at personen blir møtt på best mulig måte, og at denne tilnærmingen blir anerkjent og fulgt av helsepersonell videre i behandlingsforløpet (Haggerty et al., 2003). Det vil si at behandling og intervensjoner iverksatt på alderspsykiatrisk sykehusavdeling, blir tatt i bruk og fulgt opp videre ved overgangen til sykehjemmene. Haggerty et al. (2003) konkluderer med at selv om begrepet kontinuitet varierer i ulike kontekster innenfor helse- og omsorgstjenesten, kan alle typer kontinuitet sees på som viktig bidra til en bedre kvalitet på pleie og omsorgen.

### **5.2.1 Deling av informasjon**

Tidligere forskning viser at andelen eldre i befolkningen øker, og at ved økt levealder opplever flere behov for flere sykehusinnleggelser (Cornwell, Levenson, Sonola og Poteliakhoff, 2012). Eldre mennesker blir oftere reinnlagt i sykehus, ofte kort tid etter utskrivelse. Lengre og flere opphold i sykehus fører ofte til at eldre mennesker blir flyttet innenfor ulike avdelinger på sykehuset. Eldre mennesker opplever ofte flere somatiske og psykiske lidelser enn yngre, og er ofte skrøpelige. Mange eldre har redusert evne til å gjenoppta tidligere funksjonsnivå og uavhengighet etter sykehusopphold, både grunnet opplevelsen i seg selv og redusert fysisk og kognitiv funksjon. Omsorgen mange eldre personer mottar påvirkes av at tjenestene er fragmenterte og mangler kontinuitet (Cornwell, Levenson, Sonola og Poteliakhoff, 2012).

Funn fra min studie viser at helsepersonell delte helhetlig informasjon om personen som var blitt overflyttet i samhandlingsmøte. Studien viser at informasjonen ble delt mellom de som hadde direkte kontakt med personen som var blitt overført, og fagpersoner som skulle følge opp pleie- og omsorgen videre. Dette kan ha bidratt til at informasjonen kom direkte frem til de som hadde behov for den. I tillegg var informasjonen svært detaljert, noe som kan ha bidratt til at helsepersonell på sykehjemmene kunne videreføre påbegynte intervensjoner og behandling som var iverksatt i spesialisthelsetjenesten, uten unødvendig og ressurskrevende kartlegging og nye vurderinger. Dette er faktorer som kan bidra til opplevelse av kontinuitet og sammenheng for den eldre personen som overflyttes fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem. Ved overflytting fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem oppstår det brudd i relasjoner. For eldre personer med kognitiv svikt og psykisk lidelse vil en direkte informasjonsoverføring fra helsepersonell i sykehusavdeling til sykehjem kunne bidra til at relasjonen til en viss grad opprettholdes, selv om det er nye personer å forholde seg til. Ved at helsepersonell på sykehjemmene får innsikt i personens historie, behandlingsforløp, ressurser og interesser kan virkningsfulle og tryggende intervensjoner videreføres og opprettholdes i ny kontekst.

I følge Nasjonale mål og prioriterte områder (2013) fra Helsedirektoratet påpekes nødvendigheten av samarbeid og dialogmøter mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere for å sikre at tilstrekkelig informasjon blir gitt videre til de som skal følge opp personen videre.

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2005) er god kvalitet i tjenesten beskrevet som at tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet. I følge rapporten er det mulig å få til bedre kontinuitet i tjenesten ved å gjennomgå og endre organiseringen. Økt involvering, informasjonsdeling og opplæring av pårørende er faktorer som kan bidra til økt brukermedvirkning, som igjen kan bidra til at en utskrivelse fra sykehus til sykehjem kan oppleves som en sømløs overgang både for personen det gjelder, pårørende og helsepersonell (Helsedirektoratet, 2005).

En studie gjort i Bergen av Danielsen og Fjær (2010) fant ved hjelp av fokusgruppeintervju med helsepersonell fra sengeposter i sykehus, hjemmesykepleien og forvaltningsenheter i kommunen og gjennom journalgranskning, at kontaktflaten mellom sykehus og kommune fremsto som uorganisert i forhold til vurderinger av pasientens funksjonsnivå, hjelpebehov og forventninger til hverandre. Funnet ble gjort på tross av at det eksisterte strukturerte avtaler mellom sykehus og kommunen for å ivareta samhandling på tvers av organisasjonene. Studien til Danielsen og Fjær (2010) viser at vurderinger som ble gjort tidvis var løstrevet av oppfatningen om hva som var til pasientens beste. Det var ofte sykepleierens fleksibilitet og faglige skjønn som bidro til at overføringene fungerte tilfredsstillende likevel. Studien konkluderer med at det er behov for å styrke helhetstenkningen mellom administrative, faglige og verdimessige utfordringer for å bedre samhandling og kontinuitet mellom sykehus og kommune (Danielsen og Fjær, 2010).

Tidligere forskning, som studien til Danielsen og Fjær (2010) og rapporten til Helsedirektoratet (2005) viser at helsetjenesten står ovenfor store utfordringer når det gjelder utforming av sømløse overganger.

Tidligere studier viser at det kan være nyttig med en oppfølgende dialog i etterkant av en utskrivelse (Fuji, Abbott og Norris, 2012).

I den senere tid har det vært større fokus på elektronisk samhandling i norsk helsevesen, for å sikre at tilstrekkelig informasjon blir gitt til samarbeidspartnere. Imidlertid kan det se ut til at tidligere studier vedrørende elektronisk kommunikasjon i behandlingsskjeden ikke er entydige med tanke på innhold og om de fører til at tilstrekkelig informasjon blir overført mellom samarbeidspartnere (Melby, Hellesø og Wibe, 2010; Naustdal og Nettelund, 2012).

Min studie viser at samhandlingsmøtene kan ha bidratt til synliggjøring av hva helsepersonell har behov for av informasjon ved overføring. I tillegg har dette ført til at alderspsykiatriskavdeling har utarbeidet et vedlegg til dagens sykepleiesammenfatning, som skal bidra til mer utfyllende skriftlig informasjon ved utskrivelse (vedlegg 8).

Funn fra min studie kan tyde på at utvekslingen av informasjon i samhandlingsmøtene om behandling av personens lidelse, preferanser, pårørende, ressurser, kognitive og funksjonelle nivå og nøyaktig informasjon om utskrivelse, kan bidra til kontinuiteten mellom alderspsykiatrisksykehusavdeling og sykehjem. Jeg setter det i sammenheng med at samhandlingsmøte er et tverrfaglig møte der helsepersonell fra ulike tjenestesteder deler av sine erfaringer og kunnskap, noe som kan gi en helhetlig informasjonsoverføring. Som nevnt tenker jeg det er av stor betydning av informasjonen blir gitt direkte til de som har behov for den.

Samhandlingsmøtene kan sees på som et oppfølgingsmøte, som bidro til at helsepersonell på sykehjemmene fikk muligheten til å stille oppklarende spørsmål vedrørende behandling og omsorg. På det tidspunktet samhandlingsmøtene fant sted hadde helsepersonell fra begge tjenestesteder erfaring med pleie- og omsorg for den eldre personen. Dette kan ha vært en faktor som bidro til større engasjement. Felles kjennskap til den eldre personen kan ha ført til at helsepersonell fra begge tjenestesteder utviklet et større ansvar for personen og dennes situasjon. Som en motsetning, kan lite kjennskap til personen muligens føre til ansvarsfraskrivelse og tanker om at det ikke er «mitt bord».

Gjennom å anerkjenne hverandre og ta felles ansvar i behandling og omsorg for den eldre personen kan det se ut til at det i samhandlingsmøtene oppstod et forpliktende samarbeid.

### **5.3 Læring**

I samhandlingsmøtene beskrev helsepersonell at de lærte av hverandre. Særlig helsepersonell på sykehjem beskrev at de lærte mer om bruk av kartleggingsverktøy, utredning, diagnosesetting og medisiner. Helsepersonell beskrev også at de lærte mer om personen.

Funnet om at helsepersonell lærte av hverandre kan tyde på at egen kunnskapsbase utvides i møte med andre helsepersonells kunnskapsbase. Gjennom å gjøre felles faglige vurderingen basert på tverrfaglig informasjonsutveksling får den enkelte fagperson ta del i hvordan andre yrkesgrupper resonerer seg frem i forhold til å forstå utfordringer hos pasienten.

På en annen side kan det være en utfordring å lære av hverandre. Gjensidig læringsutbytte kan kreve at helsepersonell er trygge på seg selv, sin egen kunnskap og arbeidserfaring, og at de

ikke ser på andre faggrupper eller fagpersoner som en trussel eller konkurrent. Det handler om å være åpen for andres bidrag og integrere disse gjennom felles refleksjon og debatt. I ett av samhandlingsmøtene ble også temaet nødvendig helsehjelp og grunnlaget for å gjennomføre tvangsvedtak i forbindelse med medisinsk behandling og stell diskutert.

### **5.3.1 Læring om kartleggingsverktøy, utredning, diagnosesetting og medisiner**

I studien ble det beskrevet at særlig sykepleiere og ergoterapeut fra spesialisthelsetjenesten bidro til at helsepersonell på sykehjem lærte mer om bruk av kartleggings- og utredningsverktøy. Funnet er ikke så overraskende da helsepersonell i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjenesten bruker systematisk kartlegging av pasientens funksjonsnivå og situasjon som en del av den diagnostiske utredningen (Engedal, 2008). På en annen side har det vært store helsepolitiske satsninger i forhold til å styrke kunnskap og kompetanse om demensomsorgen i blant annet sykehjem og omsorgsboliger, jmfør Demens plan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Således kan funnet om at helsepersonell på sykehjemmene har lært mer om bruk av kartleggingsverktøy i samhandlingsmøtene tyde på at bruk og nytteverdien av ulike verktøy muligens ikke fått så sterkt rotfeste blant helsepersonell på sykehjemmene. Dette kan handle om lite kjennskap til kartleggingsverktøy, erfaringer, kunnskap, holdninger, kultur og behandlingsnivå. Muligens kan funnet tyde på at det er behov for økt informasjon om sammenhengen mellom bruk av kartleggingsverktøy og tilrettelegging av personsentrerte tiltak, aktiviteter som kan være aktuelle og på hvilket nivå, medikamentell behandling eller pårørendesamarbeid. En annen tolkning kan være at det er behov for mer fokus på ulike aktuelle aktiviteter for personer med demens i sykehjemmene, og hvordan aktiviteter kan tilrettelegges og tilpasses den enkelte person.

Det kan se ut til at samhandlingsmøtene har bidratt til at helsepersonell på sykehjemmene i større grad har sett nytteverdien om bruk av atferds- og døgnrytmeskjema (vedlegg 9), OBS-demens, pårørende stress skala og spørreskjema til pårørende. Atferds- og døgnrytmeskjema brukes i alderspsykiatrisk sykehusavdeling for og visuelt kartlegge atferd og symptomer under utredning og behandling med standardiserte farger. I løpet av prosjektperioden kom man frem til at helsepersonell ved alderspsykiatrisk sykehus avdeling skulle sende med en kopi av atferds- og døgnregistrering sammen med sykepleiesammenfatningen for å gi et visuelt bilde av pasientens situasjon ved utskrivelse. Helsepersonell på sykehjem fortsatte registreringen frem til samhandlingsmøtene for at man skulle kunne se om symptombelastningen hadde endret seg etter utskrivelse. Atferds- og døgnrytmeregistreringsskjema var derfor et godt utgangspunkt for diskusjon og refleksjon over videre individuelle tiltak i samhandlingsmøtene, noe som også kan ha bidratt til felles

forståelse av utfordringene og personen hos helsepersonell fra begge tjenestesteder. Det kan se ut til at samhandlingsmøtene har bidratt til at helsepersonell fra sykehjem har sett sammenhengen mellom bruk av kartleggingsverktøy, den praktiske hverdagen og behov for individuell tilrettelegging av omsorgstiltak for personen.

I følge Engedal (2008) kan bruk av kartleggingsverktøy bidra til å avdekke blant annet depresjon, angst og økt symptombelastning. Økt symptombelastning kan fremtre som forsterkning av utfordrende atferd og aggresjon, isolasjon, klaging over diffuse smerter eller økt hjelpebehov i daglige gjøremål og aktiviteter (Engedal, 2008). Depresjon er ofte underdiagnostisert og underbehandlet hos eldre på sykehjem, da det kan være utfordrende for helsepersonell å gjenkjenne symptomene (Engedal, 2008).

Gjennom bruk av kartleggingsverktøy kan reversible sykdommer som kan forårsake demensliknende symptomer oppdages. Samtidig som kartleggingen er av betydning for å kunne planlegge gode omsorgstiltak for personen som lider av demens og for å kunne støtte og få utvidet forståelse for pårørende.

Studien viser at legene og psykiatere fra spesialisthelsetjenesten og legene fra sykehjemmene hadde et perspektiv preget av den medisinske forståelsesmåten i samhandlingsmøtene. Legene og psykiaterne fra spesialisthelsetjenesten bidro med å redegjøre for utredning, bakgrunn for diagnosesetting og medisinsk behandling. Legenes fokus på utredning, diagnostisering og medikamentell behandling er i tråd med den biomedisinske forståelsesmåten innenfor psykisk behandling (Hummelvoll, 2012). Innenfor den biomedisinske forståelsesmåten i psykisk behandling, fokuserer helsepersonell sin datainnsamling og utredning på sykdomstegn og årsaker for å kunne beskrive sykdommer på organnivå og eventuelt celle- og biokjeminivå (Engedal, 2008).

Legene fra sykehjemmene beskrev at de både hadde etterspurt og lært mer om bruk av medisiner til eldre personer med kognitiv svikt og psykisk lidelse i samhandlingsmøtene. Funnet kan tyde på at bruk av medisiner til eldre sårbare personer krever bred kunnskap hos ansvarlig behandler. Funnet kan sees i lys av tidligere forskning om bruk av medisiner til eldre personer med atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer ved demens (APSD) (Selbæk, 2008). I doktoravhandlingen til Selbæk (2008) var målsettingen å beskrive forekomst og forløp av atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer ved demens blant pasienter i norske sykehjem, og å undersøke hvordan disse symptomene ble påvirket av behandling med psykofarmaka. Avhandlingen til Selbæk (2008) viste at eldre personer med

APSD ofte behandles med atypiske antipsykotika på sykehjem, til tross for usikker effekt og omfattende bivirkninger. Konklusjonen til Selbæk (2008) er at det er behov for økt fokus på ikke-farmakologiske tiltak som miljøterapi, musikkterapi, atferdsterapi og aromaterapi. Funnene fra doktoravhandlingen til Selbæk (2008) og funn fra min studie kan tyde på at det er behov for å endre fokus innenfor pleie- og omsorgen av eldre personer med APSD. Økt fokus på miljøterapeutiske tiltak er nødvendig for å forebygge uheldig og usikker virkning og bivirkning av antipsykotisk behandling.

Funn fra min studie viser at helsepersonell på begge tjenestesteder må ha bred kunnskap om kartlegging og behandling for å kunne ta faglige forsvarlige beslutninger i møte med eldre pleie og omsorgstrengende personer. Samhandlingsmøtene som tiltak kan ha bidratt til økt bevisstgjøring hos helsepersonell både i alderspsykiatrisk sykehusavdeling og i sykehjem når det gjelder vurdering av medikamentell behandling og betydningen av økt fokus på individuelle- og miljøterapeutiske tiltak.

### **5.3.2 Utvidet forståelse for personen**

Helsepersonell fra sykehjem har i samhandlingsmøtene beskrevet at de har lært mer om personen i samhandlingsmøtene. Å få vite mer om personen ble av flere beskrevet å ha betydning for forståelse av personen og utvikling av nye individuelle tiltak i videre pleie- og omsorg. Funnet kan sees i lys av den tidligere omtalte VIPS modellen (Brooker, 2013). Gjennom å bli bedre kjent med personen og dennes utfordringer, bakgrunn, individuelle preferanser, personlighet, fysiske og kognitive funksjon tyder studien på at helsepersonell på sykehjemmene har fått økt helhetlig informasjon om personen som kan ha bidratt til en utvidet forståelse. Den utvidede forståelsen kan ha bidratt til økt refleksjon og kreativitet i utarbeidelse av nye individuelle tiltak, noe som tilsvarer I i VIPS modellen til Brooker (2013). Videre kom det frem i studien at særlig sykepleier og hjelpepleiere som stod nær den enkelte person i dagliglivet på sykehjemmet, var opptatt av å få mest mulig informasjon om den enkelte personens funksjon i dagliglivet. Sett i lys av elementet støttende og sosialt miljø (S) i VIPS modellen (Brooker, 2013), kan dette funnet handle om at helsepersonell på sykehjem har behov for mer detalj orientert informasjon for å kunne skape et miljø som dekker personens psykologiske behov. Det kan se ut til at helsepersonell på sykehjemmene generelt er opptatt av å legge til rett for at den enkelte person skal ha det best mulig i dagliglivet. Et støttende miljø bygger på erkjennelsen av at all menneskelig atferd, også atferd hos personer med demens, har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner (Brooker, 2013). Brooker (2013) fremhever at personer med demens har behov for et berikende sosialt miljø som både kompenserer for svakheter og tilrettelegger for muligheter og personlig vekst. Gjennom

deltakelse i samhandlingsmøtene kan det i min studie se ut til at helsepersonell på sykehjem har fått utvidet forståelse og kunnskap om personen. En utvidet forståelse kan bidra til å fremme et støttende miljø gjennom respekt, varme og inkludering i et fellesskap.

Sykepleiere og ergoterapeut fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling formidlet erfaringer og informasjon fra da personen var innlagt i spesialisthelsetjenesten i samhandlingsmøtene. Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten var særlig opptatt av å videreformidle personens ressurser og hvilke individuelle- og miljøterapeutiske tiltak som hadde hatt god effekt under innleggelse i sykehusavdelingen.

Fokus på personens ressurser kan bidra til å fremme beskjeftigelse og involvering, gjennom å legge til rette for at personen får brukt sine ressurser og ferdigheter, I i VIPS modellen til Brooker (2013). I min studie kan funnet tyde på at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten var opptatt av at personens ressurser ble ivaretatt i ny kontekst. Muligens for å forsikre seg om at helsepersonell på sykehjemmene la til rette forholdene slik at personen skulle kunne ha et så godt og rikt liv som mulig, tross utfordringer og annen fungering enn tidligere.

På en annen side kan funnet ha sammenheng med helsepersonell fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling sitt behov for å videreformidle hvilke vurderinger som har ført til utarbeidelse av konkrete miljøtilnærminger. Det kan tenkes at den eldre personen hadde hatt et lengre opphold i alderspsykiatrisk sykehusavdeling, og at det lå omfattende vurderinger og kartlegging til grunn for utarbeidelse av de individuelle- og miljøterapeutiske tiltakene. Muligens kan det ha vært viktig for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten at helsepersonell fra sykehjem viste at de hadde forståelse for dette.

Sykepleiere og ergoterapeut fra spesialisthelsetjenesten hadde også fokus på relasjoner i samhandlingsmøtene, ved å videreformidle til helsepersonell på sykehjem at «*personalet påvirker pasienten*». Funnet kan tyde på at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten hadde god erfaring med å tilpasse egen atferd i møte med personer med demens. På en annen side kan funnet tyde på at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kan ha vært usikker på hvordan helsepersonell på sykehjemmene ville møte personen. Det å tolke atferd og kunne forstå en person med APSD krever at helsepersonell har mye kunnskap, både om personen, om det å ha en demens lidelse, om atferd og om relasjoner (Brooker, 2013).

Studien viser videre at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten var opptatt av å få tilbakemelding på om individuelle tiltak påbegynt under sykehusinnleggelsen ble fullt opp videre på sykehjemmene. Funnet kan tyde på at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ønsket å vite om de individuelle tiltakene iverksatt på sykehuset lot seg overføre til ny



kontekst. På en annen side kan funnet tyde på at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ønsket en bekreftelse på at iverksatte individuelle tiltak som var utarbeidet ble anerkjent. Muligens ønsket helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten denne bekreftelsen for å kunne få økt innsikt i om de individuelle tiltakene bidro til å fremme psykisk velvære og best mulig funksjon for personen i et lengre forløp enn oppholdet i alderspsykiatrisk sykehusavdeling.

Ved å se mine funn om læring, utveksling av kunnskap og informasjon om personen, medisiner, utredning, diagnosesetting og kartleggingsverktøy i lys av Kitwood (1999) og hans utvidede demens modell, kan det synes vesentlig at helsepersonell må ha kunnskap om både den nevrologiske svekkelsen, helse og fysisk tilstand, biografi og livshistorie, personlighet og sosial psykolog for å kunne forstå hvordan en person med demens handler, føler og tenker. Funnene fra min studie viser at helsepersonell i samhandlingsmøtene representerer ulike fagområder og ståsteder, men at de utfyller hverandre i informasjonsutvekslingen. Dette kan bidra til utvidet forståelse for den eldre personen. Utvidet forståelse og utfyllende informasjonsutveksling kan ha bidratt til at helsepersonell i fellesskap mestret å utvikle nye individuelle tiltak for å styrke den eldre personens helse, identitet og verdighet. I følge Orvik (2004) handler samhandling nettopp om å oppnå en felles forståelse for situasjonen. For å få til noe sammen, en handling, må helsepersonell eventuelt helsepersonell og pasientene i samhandlingen vise hverandre gjensidig tillit og likeverd.

Som en motsetning viser tidligere studier at ulike ståsteder i behandlingsskjeden kan føre til at helsepersonell vurderer personens behov ulikt. En studie gjort i en middels stor bykommune i Norge, ble utført for å undersøke sykepleieledere i kommunen sine erfaringer med individuell tilrettelegging for eldre pasienter etter sykehusoppholdet (Tingvoll og Dreyer Fredriksen, 2011). Deres studie viser at ulike ståsteder i behandlingsskjeden kan bidra til kulturforskjeller som gjør at helsepersonell vurderer pasientens behov ulikt, dette gjelder individuelle, medisinske og funksjonelle problemstillinger som er relevante for sykepleietjenesten. Studien konkluderer at en forutsetning for kontinuitet i videre behandling er at de ulike yrkesgruppene videreformidler den informasjonen de har om pasienten, og at det blir gitt i god tid før pasienten utskrives. Informasjonsoverføring i god tid kan sikre at helsepersonell i kommunen har kunnskap og ressurser til å følge opp behandling videre (Tingvoll og Dreyer Fredriksen, 2011). For eksempel pasientens historie, preferanser, ressurser og utfordringer.

Funn fra min studie viser, som i studien til Tingvoll og Dreyer Fredriksen (2011), at helsepersonell fra sykehjemmene ønsket å få informasjon i god tid. God

informasjonsoverføring i god tid før utskrivelse kan bidra til at helsepersonell på sykehjemmene kan forberede mottaket av personen så godt som mulig, særlig hvis det var behov for ekstra ressurser som økt bemanning. Tidlig informasjonsoverføring kan muligens bidra til omstrukturering og utnyttelse av både arealene og ressursene som er tilgjengelige i en sykehjemsavdeling før pasienten overflyttes.

Min studie viser at informasjons- og kunnskapsutvekslingen i ansikt til ansikt dialogen ble gitt direkte til de som stod ansvarlig i den videre behandling og omsorgsrollen overfor personen. Direkte informasjonsoverføring mellom helsepersonell kan bidra til å sikre at iverksatte intervensjoner og behandling blir videreført og til at kontinuiteten opprettholdes (Rusdal og Aase, 2013). Som en motsetning kan tilfeldig informasjonsoverføring bidra til at stor usikkerhet om informasjonen kommer frem til helsepersonell som har behov for den. Ved en utskrivelse fra alderspsykiatri sykehusavdeling til sykehjem er eldre personer i en særlig sårbar fase grunnet fare for brudd på intervensjoner, relasjoner og videre behandling og omsorg.

I følge Kitwood (1999) har personer med demens behov for å føle seg trygge og beroliget, noe som kan oppstå ved å være nær et annet menneske som kan holde helheten sammen når helheten står i fare for å bryte sammen. Helheten kan holdes sammen når detaljert informasjonsoverføring mellom tverrfaglig helsepersonell bidrar til at livshistorier viderefortelles, at preferanser tydeliggjøres og at ressurser ivaretas, slik at personen kan delta på meningsfulle aktiviteter som kan bidra til anerkjennelse og opprettholdelse av identitet (Kitwood, 1999).

Omsorgen for eldre personer med psykisk lidelse og sviktende hukommelse handler nettopp om å tilpasse situasjonen slik at personen «opplever å ha kompetanse i møte med dagliglivets utfordringer og samvær med andre» (Dahl, 2012, s. 412).

For å kunne møte den eldre personen på en best mulig måte kreves respekt, forståelse, tålmodighet, kreativitet og intuisjon. Det er vesentlig at helsepersonell mestrer å skape en relasjon til personen som kan bidra til opplevelse av forutsigbarhet, empati, tillit og trygghet (Eriksson, 2012).

Funn fra min studie kan tyde på at deling av tverrfaglig informasjon om personens biografi og helseutfordringer vil kunne føre til at helsepersonell bedre kan forstå og møte personens behov. Ved å få utvidet forståelse for den eldre personen og dennes atferd, kan helsepersonell møte personen på en måte som bidrar til økt selvfølelse. Aktiviteter, omgivelser, måltider, stell og andre individuelle og sosiale faktorer kan tilrettelegges slik at den eldre personen

opplever å ha en egen verdi. Samtidig kan den utvidede forståelsen bidra til at helsepersonell får et annet syn på personen og dennes utfordringer enn de hadde fra tidligere. Funnt fra studien tyder nettopp på dette. Muligens kan utfordrende atferd sees på med nye øyne og et annet perspektiv, noe som kan stimulere til utforskning av egen praksis. Gjennom refleksjon mellom helsepersonell kan det utvikles en annen holdning til utfordringene. Endrede holdninger kan igjen føre til utvikling en individuell tilnærming som kan gi økt trygghetsfølelse og tilhørighet for den eldre personen.

### **5.3.3 Refleksjon over bruk av tvangsvedtak og nødvendig helsehjelp**

Et viktig funn fra studien omhandler refleksjon og diskusjon over temaet nødvendig helsehjelp og grunnlaget for å gjennomføre tvangsvedtak i forbindelse med medisinsk behandling og stell. Det ble av helsepersonell stilt spørsmål om når det kan være riktig å gjennomføre tvangsvedtak. Funnet kan tyde på at det kan være usikkerhet rundt når bruk av tvangsvedtak kan være riktig. På en annen side kan funnet tyde på at bruk av tvangsvedtak kan være et område med gråsoner, der det i noen tilfeller kan være vanskelig å vite hvor grensen går mellom overtalelse og tvang, og hva som er nødvendig helsehjelp.

Funnet kan sees i lys av Kari Martinsens omsorgsteori og begrepet *svak paternalisme* (1990, s. 74). I møte med personer som har APSD kan personen ha vanskeligheter med å uttrykke egne ønsker og behov. Helsepersonell kan komme i situasjoner der pasienten gjør motstand, noe som gjør det utfordrende å oppnå et tillitsforhold. Dette krever at sykepleieren handler ut fra skjønn og interesser for pasienten. Det kan oppstå situasjoner der det er nødvendig å gripe inn i pasientens rett til frihet og selvstendighet for å hindre at han skader seg selv eller andre (Martinsen, 1989). Dette krever at sykepleieren har en åpen og innlevende innstilling til pasientens synspunkter og verdier basert på faglig bevissthet, kjennskap til avdelingens målsetning og behandlingsfilosofi, kjennskap til lovverket og det aktuelle behandlingsopplegget.

Endringer i pasientrettighetsloven § 4 A i 2009, har ført til at de nye bestemmelsene gir adgang til å yte nødvendig helsehjelp til personer som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Reglene gjelder all somatisk helsehjelp til blant annet personer med demens, og gjelder både kommunehelsetjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsehjelp regnes som handlinger som har som formål å være forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller til pleie og omsorgsformål. De nye reglene er særlig

rettet mot personer uten samtykke kompetanse, og åpner for bruk av tvang når det foreligger et vedtak om tvungen helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

En tidligere studie om bruk av tvang i sykehjem viser at bruk av tvang både er vanlig og utfordrende (Pedersen, Hem, Gjerberg og Førde, 2013). Studien til Pedersen et al. (2013) er basert på fokusgruppeintervju med 65 helsepersonell fordelt på 12 grupper. Studien fant at det er stort rom for feiltolkning av pasient- og brukerrettighetsloven (1999), og at tvang gjennomføres uten vedtak. Det kan se ut til at pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er komplisert og ikke godt nok tilpasset hverdagen i norske sykehjem (Pedersen et al., 2013). I en rapport fra Trondheim kommune, som undersøkte bruk av tvang i sykehjem, viste at det foregår bruk av tvang uten vedtak (Nilsen og Baadsvik, 2013). Studien fant at det er behov for opplæring, kompetanse og kunnskapsheving både om tillitsskapende tiltak og lovverket hos helsepersonell på sykehjem.

Funnet fra min studie og tidligere studier (Pedersen et al., 2013; Nilsen og Baadsvik, 2013) kan tyde på at det er økt behov for kontinuerlig faglig og etisk refleksjon og debatt helsepersonell i mellom for å kunne vurdere når det eventuelt er nødvendig å handle uten pasientens samtykke. Kan for eksempel en person la være å stille seg over lengre tid, eventuelt i hvor lang tid, før det er riktig å gripe inn.

Samtidig kan spørsmålene fra min studie tyde på at det er behov for økt kunnskap om lovverket, og bevisstgjøring i forhold til at det er nødvendig å fatte vedtak basert på gode og riktige beslutninger før helsepersonell handler uten at pasienten samtykker. Som Martinsen (1989) skriver: «Et moralsk problem i den praktiske sykepleien er om og når en skal gripe inn i pasientens liv mot hans vilje. Dette problemet gis det ikke entydige svar på»(s.71).

## **5.4 Pårørende**

For å ivareta personsentrert omsorg og kontinuitet viser flere studier at det er behov for bedre samarbeid og samhandling med pårørende (Ingebretsen, 2009). I følge Ingebretsens (2009) studier av pårørende til personer med demens som flytter til sykehjem, avtar ikke pårørendes bekymringer, stress og belastning etter flytting til institusjon. Besøk og kontakt mellom personen og pårørende kan forstås som et forsøk på å ivareta en viss kontinuitet i relasjonen.

### **5.4.1 Samarbeid med pårørende**

Funn fra studien viser at helsepersonell fra begge tjenestesteder er opptatt av godt samarbeid med pårørende både i utskrivelsesprosessen og under oppholdet i alderspsykiatrisk

sykehusavdeling og på sykehjemmene. Funnet kan tyde på at helsepersonell ser på pårørende som en viktig ressurs. Dette er i tråd med helsedirektoratets veileder: «Pårørende – en ressurs» (2008). I følge veilederen ivaretas ikke pårørende godt nok i helsetjenesten. Det påpekes at arbeid med pårørende ofte er tilfeldig eller personavhengig. Veilederens visjon er at pårørende skal sees på som en viktig ressurs i behandling av mennesker med psykisk lidelse, og at de får nødvendig veiledning og støtte av helsepersonell til å fylle den rollen de innehar. Samtidig påpeker helsedirektoratet at det er viktig å hindre at pårørende pådrar seg egen helsesvikt grunnet mangel på støtte og avlastning fra helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008).

I min studie beskrev helsepersonell fra begge tjenestesteder at det var behov for flere pårørendemøter, og gjerne et felles møte med helsepersonell fra begge tjenestesteder i spesialisthelsetjenesten før overføring til sykehjemmene. Funnet kan tyde på at helsepersonell har forståelse for at pårørende er i en særskilt belastende omsorgssituasjon som krever at de blir sett og møtt med støtte, forståelse og gjentatt informasjon og veiledning. Funnet er i tråd med Engedals (2008) erfaringer. I følge Engedal (2008) finnes det knapt noen lidelse hvor de pårørende lider minst like mye som den som er rammet av demens, om ikke mer. Hans erfaring er at informasjon om sykdomsforløp må gjentas flere ganger, og at informasjonen bør gid både muntlig og skriftlig. I tillegg har pårørende behov for støtte og forståelse gjennom både individuelle samtaler og gruppe samtaler med andre pårørende (Engedal, 2008).

I følge Jakobsen og Homelien (2013) som har gjennomgått kilder fra nasjonal og internasjonal forskning og yrkeserfaring, viser deres studie at forståelse for pårørende til personer med demens er vesentlig for å kunne forebygge og hindre helsesvikt. Mestring av situasjonen forutsetter tillit, å bli sett, sosial støtte, sosialt nettverk og et godt samarbeid med helsetjenesten. God kommunikasjon mellom pårørende og helsepersonell gir større sannsynlighet for helsegevinst hos pårørende. Gjennom møter og samtaler kan pårørende gradvis tilpasse seg ny rolle og ny kontekst ved overgang til institusjon (Jakobsen og Homelien, 2013).

En norsk kvalitativ studie utført blant helsepersonell for å diskutere helsepersonells erfaringer med personsentrert samarbeid og involvering av pårørende innenfor psykisk helsearbeid, at involvering og støtte til pårørende ofte ikke ble ansett som en grunnleggende del av arbeidet hos helsepersonell i studien (Sommerseth og Dysvik, 2008). Selv om helsepersonell i studien tar opp at det er av betydning å involvere pårørende for å forstå personens perspektiv, så det

ut til at det var lite fokus på dette arbeidet i praksis. Studien konkluderer med at holdningen til pårørendesamarbeid hos deltakerne i studien, gjorde at pårørendes ekspertise ofte ble glemt i møte med den enkelte person (Sommerseth og Dysvik, 2008).

Ønsket om flere pårørendemøter i min studie kan tyde på at helsepersonell som deltok på samhandlingsmøtene var opptatt av godt samarbeid og samhandling med pårørende for å kunne ivareta pårørende på en god måte.

Min studie og tidligere forskning viser at helsepersonell har en viktig rolle når det gjelder å forstå pårørendes perspektiv. For å kunne forstå pårørende bør helsepersonell ha innsikt i at det er variasjon i relasjoner mellom personen som er rammet av demens og denne pårørende. Forståelse for pårørende kan igjen påvirke behov, stress og mestring av situasjonen. En god og åpen kommunikasjon er vesentlig for å kunne komme frem til denne forståelsen.

I min studie var de fleste personene som ble overflyttet fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem i en fase av demens forløpet der de ikke mestret å ivareta egne interesser. Dette kan oppleves svært belastende hos nære omsorgsgivere. Personer med demens og APSD blir i tidligere studier assosiert med ulike typer av pårørendebelastninger som emosjonelt og sosialt stress og negative følelser (Ulstein, 2007). I studien til Ulstein (2007) rapporterte 50 % av omsorgsgiverne et moderat til høyt nivå av stress. Symptomene medfører risiko for utvikling av psykiske lidelser som depresjon og angst hos pårørende (Ulstein, 2007).

I følge Brooker (2013) kan samarbeid med pårørende og oppmerksomhet rettet mot de relasjoner personen inngår i, bidra til utvikling av personsentrert omsorg for personer med demens. Utfordrende atferd kan forstås som utrygghet, og ved at personalet får kjennskap til sentrale historier i personens liv, preferanser og daglige rutiner, kan alle parter oppnå potensiell terapeutisk tilnærming (Brooker, 2013). Sett i lys av Brooker (2013) kan funn fra min studie om behov for flere pårørendemøter tolkes som at helsepersonell ser sammenhengen mellom god samhandling med pårørende og god samhandling med den eldre personen. I situasjoner der personen selv ikke kan gjøre rede for egen livshistorie eller preferanser må denne kunnskap innhentes andre steder. Det kan være at helsepersonell fra tidligere av har hatt mye ensidig fokus på den eldre personen, og ikke sett den eldre personen i sammenhengen med relasjoner der han eller hun kommer fra, noe som kan gjøre det utfordrende å forstå atferd og behov. God samhandling med pårørende kan bidra til utvidet forståelse av utfordrende atferd og behov den enkelte person måtte ha i ny kontekst.

Funn fra studien om økt behov for samarbeid med pårørende kan også sees i lys av Antonovskys (2012) salutogenese teori om opplevelse av sammenheng. Økt samarbeid med

pårørende kan bidra til å ivareta en opplevelse av sammenheng både hos personen som er overflyttet og pårørende. Gjennom god kommunikasjon og respekt for hverandre kan samarbeidet bære frukter som opplevelse av en meningsfull tilværelse, økt forståelse for situasjonen og mulighet til påvirkning av denne. En god relasjon mellom alle parter vil kunne forene kvaliteter som empati, forutsigbarhet, trygghet og tillit. Alle de nevnte kvalitetene er viktige faktorer for det Antonovsky (2012) kaller for opplevelse av sammenheng.

Studien min viser at helsepersonell kom frem til konkrete forslag som kan bidra til å fremme samarbeid med pårørende, som å arrangere felles samarbeidsmøter med pårørende og helsepersonell fra både sykehjemmene og spesialisthelsetjenesten før overføring til sykehjemmet. Det ble også påpekt behov for utarbeidelse av ny informasjonsbrosjyre til pårørende. Funnet om behov for samarbeidsmøter før utskrivelse kan imidlertid by på utfordringer grunnet organiseringen av helsetjenesten. Ofte får alderspsykiatrisk sykehusavdeling beskjed fra bestillerenheten i bydelen om at pasienten har fått plass på et sykehjem en til to dager før utskrivelse. Den korte tiden som blir satt av til å forberede utskrivelsen kan synes lite hensiktsmessig, særlig når det gjelder den eldre personen med demens og dennes pårørende. Som nevnt, kan det ta tid å tilpasse seg den nye situasjonen. Overflytting til langvarig institusjonsplass kan virke overveldende på pårørende, som kan ha mange ubesvarte spørsmål og tanker både i forhold til demens lidelsen, endring av livssituasjon og rundt forholdene på sykehjemmene. Pårørende kan ha bekymringer i forhold til om helsepersonell på sykehjemmene mestrer å ivareta pasientens behov og de kan være usikre på sin egen rolle og hva som venter dem i fremtiden. For å møte pårørendes behov kan det se ut til at helsetjenesten må se på egen organiseringen og finne løsninger som kan bidra til at utskrivelsesprosessen kan planlegges i bedre tid for å skape trygge rammer og god samhandling med pårørende.

## **5.5 Oppsummering**

Studien viser at det å møtes til tverrfaglig og tverretattlig dialog i et ansikt til ansikt møte etter utskrivning av en eldre person fra alderspsykiatrisk døgnavdeling til sykehjem kan bidra til å fremme en positiv samhandling og sammenhengende og gode overganger for den eldre personen.

Helsepersonells deltakelse på samhandlingsmøtene har bidratt til identifisering av forbedringsområder i utskrivelsesprosessen, der særlig spesialisthelsetjenesten blir gjort oppmerksom på hva sykehjemmet har behov for av informasjon ved utskrivelse.

Studien viser at helsepersonell erfarte samhandlingsmøtene som et viktig og nyttig tiltak som bidro til økt informasjons- og kunnskapsutveksling og utvikling av nye personsentrerte tiltak.

Samhandlingsmøtene har bidratt til endringer på flere områder i egen avdeling. Det er satt større fokus på samarbeid mellom alderspsykiatrisk sykehusavdeling og sykehjem ved overføring av pasienter, og større fokus på pårørendesamarbeid. Det har blitt utviklet ny praksis der endringene i organiseringen er nedfelt i skriftlige rutiner i forhold til overføring av pasienter til sykehjem (vedlegg 7).

Deltagerne i prosjektet har vært inkludert som medbestemmende deltagere og medforskere, noe som kan ha bidratt til positive innstillinger og økt engasjement.

Økt samarbeid og samhandling mellom helsepersonell fra begge tjenestesteder kan bidra til å hindre unødvendige innleggelser og re-innleggelser på sykehus. Dette vil være en fordel både for den enkelte person som har behov for behandling og omsorg, og en samfunnsøkonomisk fordel.



## **6.0 KONKLUSJON**

Hovedfunnet er at tverrfaglige samhandlingsmøter ansikt til ansikt fremmer gjensidighet, fellesskap og utvidet forståelse som danner grunnlaget for nye handlinger.

Helsepersonell fra begge tjenestesteder beskriver at de har bidratt med detaljert informasjons og kunnskapsutveksling i samhandlingsmøtene.

Helsepersonell fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling har bidratt med å overføre kunnskap til helsepersonell fra sykehjem om kartleggingsverktøy, utredning, diagnosesetting og medisiner.

Fellesskap, gjensidighet og felles forståelse kjennetegner samhandlingsmøtene.

Samhandlingsmøtene kan bidra til kontinuitet i omsorgen for eldre personer som utskrives fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem gjennom tverrfaglig og tverretatlig informasjons- og kunnskapsutveksling og økt fokus på samarbeid med pårørende.

Samhandlingsmøtene kan bidra til at helsepersonell som står i et direkte omsorgs og behandlingsansvar ovenfor personen som har blitt overflyttet til sykehjemmene får den informasjonen og kunnskapen de har behov for, for å kunne videreføre påbegynte personsentrerte tiltak og medisinske beslutninger gjort i alderspsykiatrisk sykehusavdeling.

### **6.1 Implikasjoner for praksis**

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er i utvikling, og dette fordrer at begge tjenestesteder må tenke annerledes om sine roller og måten å organisere arbeidet på i fremtiden, jamfør helsepolitiske føringer i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Kunnskap om samhandlingsmodeller som lykkes i praksis er viktig. Kunnskapen om samhandlingsmøtene har bidratt til endring av praksis i egen avdeling og kan inspirere andre organisasjoner og tjenestesteder til endring av deres organisering (vedlegg 7).

Behov for tettere samarbeid med pårørende ble påpekt i studien, både på sykehjemmene og i alderspsykiatrisk sykehusavdeling. Det bør utvikles en praksis som har mer fokus på pårørende og deres situasjon gjennom å innhente brukerkunnskap om pårørendes egne erfaringer, ønsker og behov.

I samhandlingsmøtene ble det drøftet ulike tiltak som kan bidra til forbedring av kommunikasjonen mellom tjenestestedene. Muligens er det behov for tettere samarbeid mellom de ulike tjenestestedene enn det som har vært vanlig praksis fra tidligere, og behov for en mer fleksibel kontaktordning mellom fagpersoner fra ulike tjenestesteder i videre omsorg- og behandlingsforløp. Ved mer fleksibilitet kan fagpersoner i ulike ledd av behandlingsskjeden arbeide sammen for å finne løsninger på utfordringene, i en pågående samhandlingsprosess, som ikke bare blir styrt av konkrete og formelle avtaler.

En viktig samarbeidspartner er alderspsykiatrisk poliklinikk, som muligens må involveres i en annen grad enn tidligere i forhold til å følge opp personer som utskrives fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem.

Ved hvert enkelt samhandlingsmøte bør det utnevnes en ordstyrer, som sikrer at alle deltakerne i møte blir hørt og sett. Dette er viktig for å fremme en åpen dialog og unngå at enkelte fagpersoner eller faggrupper dominerer møtet. Det kan også være av betydning at samhandlingsmøtene avholdes på sykehjemmet det har vært en overføring til, noe som kan bidra til likeverdig dialog.

Det økonomiske perspektivet er ikke drøftet i denne oppgaven, men bør vurderes videre. I perioder kan det være en utfordring å få satt av tid og ressurser til gjennomføring av samhandlingsmøtene. Det vil være viktig at helsepersonell og ledelsen fra begge tjenestesteder ser nytten av, prioriterer og setter av tid til deltakelse på samhandlingsmøtene.

## **6.2 Forslag til videre forskning**

Denne studien omhandler helsepersonells erfaringer fra deltakelse på samhandlingsmøter. I videre studier kunne det vært interessant å inkludere pårørende og brukere i større grad. Det ville eventuelt vært interessant og utforske erfaringene til pårørende ved deltakelse på samhandlingsmøtene.

Det kunne ha vært interessant med en intervjustudie (oppfølgingsstudie), der en undersøkte hvilken betydning utarbeidelse av nye lokale retningslinjer for utskrivning av pasienter fra alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem (vedlegg 7) erfares av helsepersonell på sykehjem, og om dette har medført noen endringer i praksis på sykehjemmene.

## Litteratur liste

- Andersen, T. (1994/1996). *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne*. Danmark: Dansk psykologisk Forlag
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Axelsson, R., & Axelsson, S.B. (2006). Integration and collaboration in public health: A conceptual framework. *International journal of health planning and management*, 21 75-88.
- Bergh, S., Holmen, J., Saltvedt, I., Tambs, K. & Selbæk, G. (2012). Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132 (17), 1956-1959.
- Biong, S. (2011) «Å guide hverandre i hverandres systemer» En fenomenologisk hermeneutisk studie av godt samarbeid i en tverretattlig styringsgruppe. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 (1), 35-45
- Bramesfeld, A., Ungewitter, C., El Jurdi, J., Losert, C., & Kilian, R. (2012). What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology & Psychiatric Science*, 21(1), 63-72.
- Bratrud, T.L. & Granerud, A. (2011) Sammen om gode overganger. Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 (3), 206-216.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Nasjonalt Kompetansesenter for aldring og helse.
- Bull, M.J., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (4), 571-581.
- Coghlan, D., & Brannick, T. (2010). *Doing action research in your own organization*. (3rd Edition). London: SAGE.
- Cornwell, J., Levenson, R., Sonola, L., & Poteliakhoff, E. (2012). *Continuity of care for older Patients: A call for action*. London: The King's Fund
- Dahl, T.E. (2012). Om å møte mennesker med sviktende hukommelse. I J.K. Hummelvoll, *Helt – ikke stykkevis og delt* (s. 401-416). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danbolt, L.J., Kjøsberg, K., & Lien L. (2010). Hjelp når du trenger det: En kvalitativ studie om samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7 (3), 238-245.
- Danielsen, B.V., & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 4 (1), 28-34.
- Den norske legeforening (2001). *Når du blir gammel og ingen vil ha deg: Statusrapport*

09.10.01.

- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2 utgave, 2007. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elstad, T. A., Steen, T. K., & Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktpspsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: Ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10 (4), 296-305.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis*: Lærebok. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K., & Haugen, P.K. m.fl. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer: En lærebok*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Eriksson, B. G. (2012). Psykisk helsearbeid med eldre. I J.K. Hummelvoll, *Helt – ikke stykkevis og delt* (s. 377-399). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskningsetiske komiteer (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helse – fag (NEM). Hentet fra: <http://www.etikkom.no>
- Forskrift for sykehjem m.v. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Hentet fra <http://www.lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Fredheim, T., Danbolt, L.J., Haavet, O.R., Kjønsgberg, K., & Lien, L. (2011). Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: A qualitative study. *International Journal of Mental Health systems*, 5 (1), 5-13
- Fuji, K.T., Abbott, A., & Norris, J.F. (2012). Exploring care transitions from patient, caregiver and health-care provider perspectives. *Clinical Nursing Research*, 22 (3), 258-274
- Goffman, E. (1967/2005). *Interaction ritual: essays in face-to-face behavior*. New Brunswick, N.J., Aldine Transaction.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innhållsanalys. I M.G. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-201). Lund: Student litteratur.
- Hagen, R., & Johnsen, E. (2013). Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus. I A. Tjora & L. Melby (Red.). *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 32-53). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221.
- Helsedirektoratet. (2005). *...Og bedre sal det bli!: Rapport om nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2008). *Pårørende – en ressurs: Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013: Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. St.meld.nr. 25. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015. Den gode dagen*. Delplan til Omsorgsplan 2015. En oppfølging av St.meld.nr. 25. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld.nr.47 (2008-2009). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan for 2011-2015*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* 24.06.2011, nr 30. Hentet fra [www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html](http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64*. Endringslov til helsepersonelloven. (2007). *Lov om endringer i lov 2. Juli 1999 nr. 6 om helsepersonell m.c. av 29. juni 2007 nr. 64*. Hentet fra <http://www.lovdata.no/cgiwft/ldles?Itldoc=/sf/sf/sf-20070328-0360.html>
- Hummelvoll, K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt*. (7.utg.).Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingebretsen, R. (2006) *Flytting til institusjon: Demens i parforhold*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Jakobsen, R., & Homelien, S. (2013). Å forstå pårørende til personer med demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5 (1), 22-28.
- Jensen, L.H., & Rekve, K.H.(Red). (2014). *PASSUS: Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem. Sluttrapport*. Høgskolen i Buskerud og Vestfold skriftserie nr. 5/2014.
- Johansen, J.A., & Cordt-Hansen, K. (2006). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43 (7), 714-718.
- Kirkevold, M. (2001). Familiens plass i sykepleien. I M. Kirkevold & K.S. Strømsnes Ekern (Red.). (2001). *Familien i sykepleiefaget*. (s. 45- 61). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. Munksgaard, København.
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør... Om omsorgens betydning for sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: TANO.
- Kristoffersen, K. (2013). *Helsepersonells erfaringer fra samarbeid med pårørende til personer med demens i utskrivelsesprosessen fra alderspsykiatrisk avdeling til sykehjem: En kvalitativ studie*. Masteroppgave. Drammen, Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helsevitenskap.
- London, S., Mexico, D.F., St George, S., & Wulf, D. (2009). Guides for collaborating. *International Journal of Collaborative Practices*, 1 (1), 1-8.
- Løvlie Schibbye, A-L. (2009). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Magnusson, A., & Lützén, K. (2009) Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 23 (1), 140-145.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring, (3.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano.
- Martinsen, K.(1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I K. Jensen, red., *Moderne omsorgsbilder* (s. 61-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Melby, L., Hellesø, R., & Wibe, T. (2010). Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for Den norsk Legeforening*, 130 (10), 1037-1039.
- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: What makes teams work well? *Journal of interprofessional care*, 15 (1), 29-35.
- Morgan, D., Reed, J., & Palmer, A. (1997). Moving from hospital into a care home: The nurse`s role in supporting older people. *Journal of Clinical Nursing*, 6 (6), 463-471.
- Naustdal, A-G., & Netteland, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning*, 7 (3), 270-277. Hentet fra: <http://www.sykepleien.no/ikb/Viewer/forskning/forskningsartikkel/1012200/>
- Nilsen, P.O., & Baadsvik, T. (2013). *Bruk av tvang i sykehjem*. Trondheim kommune, rapport.
- Nordtug, B., & Holen, A. (2011). Similarities and differences in caring burden of home dwellers with partners suffering from chronic obstructive pulmonary disease or dementia. *Home health care management and practice journal*, 23 (2), 93-101.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og*

*undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere.* Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Norsk psykiatrisk forening (2010). *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020.* Oslo: Den norske legeforening

NTNU (2013). *VIKO Veien til informasjonskompetanse.* Hentet fra

<http://www.ntnu.no/viko/kildekritikk>

Nyttingnes, O., & Skjerve, A.G. (2005). «Brist i alle ledd» - eller er leddene selve bristen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2 (2), 175-183.

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid.* Oslo: Cappelen Akademisk.

Oxman, A.D., Bjørndal, A., Flottorp, S., Lewin, S., & Lindahl, A.K. (2008). Integrated health Care for People with Chronic Conditions. Oslo, Kunnskapssenteret. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/integrated-health-care-for-people-with-chronic-conditions>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter. Lov av 02.juli 1999 nr 63.* Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063-003.html>

Pedersen, R., Hem, M.H., Gjerberg, E., & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 133 (18), 1935-1941

Personopplysningsloven (2001) sist endret 01.06.13. Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/na/lov/2000-04-14-31>

Raivola, P. (1997). Communication in organizations. *Review of Psychological and Social Factors at Work and Suggestions for the General nordic questionnaire (QPS Nordic).* Copenhagen. Nordic council of Ministers.

Rokstad, A.M.M. (2014). Personsentrert demensomsorg for forebygging og behandling av nevropsykiatriske symptomer samt forbedring av livskvalitet hos sykehjemspasienter. (Elektronisk). Vårdalsinstituttets Tematiske rum: Leva med demens. Hentet fra: <http://www.vardalsinstituttet.se>, tematiske rum.

Rokstad, A.M.M., & Røsvik, J. (2013). Personsentrert omsorg har effekt. Resultater fra en randomisert kontrollert studie av personsentrert omsorg (PSO) på nevropsykiatriske symptomer og livskvalitet hos sykehjemspasienter med demens. *Demens & Alderspsykiatri*, 17 (4), 14-16.

Rusdal, J., & Aase, K. (2013). Kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold. *Sykepleien Forskning*, 8 (2), 124-130.

San Martín-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*, 19 (Supplement 1), 132-147.

- Schjøth, A. (2007). Hva skal det psykiske helsearbeidet omfatte? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 203-210.
- Schönfelder, W. (2007). Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner. (Doktorgradsavhandling). *Universitetet i Tromsø*.
- Seikkula, J., & Arnkil, T.E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J., & Arnkil, T.E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis: Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Selbæk, G. (2008). Atypiske antipsykotika hos eldre pasienter med demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128 (9), 1060-1061.
- Smeby, N.A. (2001). Samarbeid med familien i psykiatrien. I M. Kirkevold & K.A. Ekern (Red.). *Familien i sykepleiefaget*.(s.108-129). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solvang, P. K., & Slettebø, Å. (Red.). (2012). *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sommerseth, R., & Dysvik, E. (2008). Health professionals`experiences of person-centered collaboration in mental health care. *Patient Preference & Adherence*, 2, 259-268.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosing, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23 (1), 41-51.
- Sæterstrand, T. M., & Tingvoll, W-A. (2007). Omstilling i eldreomsorgen, en krevende prosess. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5 (1), 15-22.
- Tingvoll, W-A. & Sæterstrand, T.M. (2007). Sykehjemmets rolle i fremtidens helsevesen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127 (17), 2274-2275.
- Tingvoll, W-A., & Dreyer Fredriksen, S-T.(2011). Individuell tilrettelegging for eldre pasienter etter sykehusopphold: En fenomenologisk-hermeneutisk studie basert på erfaringer fra sykepleiere i kommunen. *Vård i Norden*, 31(3), 40-44.
- Tingvoll, W-A., Sæterstrand, T., & Dreyer Fredriksen, S-T. (2010). Kompetanse i tiltakskjeden: Avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. *Vård i Norden*, 30 (1), 29-33.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ulleberg, I. (2004). *Kommunikasjon og veiledning: En innføring i Gregory Batesons kommunikasjonsteori – med historier fra praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.



Ulstein, I. D. (2007). *Dementia in the family*. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo.

Willumsen, E. (Red.). (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

World Health Organization, WHO (1986). Ottawa Charter for Health.

Hentet fra:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>

World Health Organization, WHO (2005), European Ministerial Conference on Mental Health. *Facing the Challenges, Building Solutions*. Mental health Action Plan for Europe. Helsinki.

Ødegård, A. (2009). Konstruksjoner av samarbeid. I E. Willumsen, (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. (s.52-63). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1:

Oversikt over antall søk, treff og databaser. Siste søk gjort 17/10-2014:

	Søkeord / Emneord	NorArt	SveMed+	Ovid Medline without Revisions 1996- 2014
1.	Samhandling?	429 (21)		
2.	Pasientforløp?	5		
3.	Samarbeid? AND Psyk?	128 (3)		
4.	Samhandling? AND Psyk?	55 (29)		
5.	Helseperson? AND samhandling?	2 (0)		
6.	Helseperson? AND Psyk?	40 (3)		
7.	Helseperson? AND erfaring?	4 (0)		
8.	Helseperson? AND demen?	5 (3)		
9.	Utskrivning?	44 (3)		
10.	Demen? AND Samarbeid?	8 (2)		
11.	Mental Health services		1816	13655
12.	Community Mental Health services		408	5160
13.	Hospitals, Psychiatric		286	3066
14.	Cooperative behavior		111	10925
15.	Interdisciplinary communication		562	3902
16.	Interinstitutional relations		131	2990
17.	Patient care team		1046	14068
18.	Collaboration / Cooperative behavior		111	10925
19.	Interprofessional relations		1580	10925
20.	Interprofessional team		98	

21.	Dementia		1591	19333
22.	Health Personnel		8057	12461
23.	Experiences		2262	72100
24.	Professional / «Commission on professional and Hospital Activities»/ or Burnout, professional/ or Professional Practice		3489	13667
25.	Discharge / Patient Discharge		507	6031
26.	#11 AND #15		47	24
27.	#11 AND #16		1	55
28.	#15 AND #18		27	1084
29.	#14 AND #15 AND #18		27	1084
30.	#16 AND #17		58	47
31.	#11 AND #14		12	141
32.	#12 AND #14		7	83
33.	#14 AND # 15		27	1084
34.	#14 AND #16		58	366
25.	#17 AND 18		14	968
26.	#18 AND #19		46	1054
27.	#14 AND #17		14	968
28.	#21 AND #23 AND #24		8	0
29.	#14 AND #22 AND #23		2	0
30.	#13 AND #25		13	73
31.	#21 AND #22 AND #23		19	0
32.	#21 AND #25		7	11
33.	#21 AND #22 AND #23 AND #25		0	0
34.	Demen AND omsorg	26	83	

## VEDLEGG 2

### "Utskriving til sykehjem – en god samhandling" - Loggskjema

Samhandlingsmøtet dato:

Sykehjem:

Tilstede:

Beskriv kort og konkret **uten navn** hva du bidrog med i samhandlingsmøtet. F. eks oppfølging av konkrete tiltak beskrevet i sykepleiesammenfatningen som tilrettelegging av måltider, morgenstell og uteaktiviteter, hva som har fungert/ikke fungert, videre samarbeid?)

Jeg har....

Hvordan opplevde du samhandlingsmøtet?

Jeg opplevde.....

Hva har du lært?

Jeg oppdaget...

I fremtiden mener jeg det vil være klokt å.....

## Forespørsel til personalet om deltagelse i prosjektet

### *”Utskriving til sykehjem – en god samhandling”*

Alderspsykiatrisk avdeling har tatt initiativ til et medvirkningsbasert forsknings- og utviklingsprosjekt i samarbeid med personalet ved skjermede enheter ved 5 sykehjem i kommune.

Hensikten er å styrke samhandlingen mellom alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og sykehjemmene ved utskriving av eldre personer som har vært til utredning og behandling for demens, styrke erfaringsutvekslingen ved utskriving, samt sikre faglig forsvarlige pasientforløp. I samarbeid med personalet ved sykehjemmene og alderspsykiatrisk avdeling vil følgende samhandlingstiltak bli prøvet ut og evaluert:

- Personalet fra alderspsykiatrisk døgnerhet følger pasienten til sykehjemmet. Det gis muntlig rapport om utredningen og hvilke miljøterapeutiske tiltak som har fungert/ ikke fungert så godt.
- Tverrfaglig samhandlingsmøte mellom sykehjemslege, ansvarlig sykepleier, primærkontakt ved sykehjemmet og behandlende lege, ansvarlig sykepleier/ergoterapeut fra alderspsykiatrisk døgnerhet og poliklinikk gjennomføres ca 2 uker etter utskriving til sykehjemmet
- Videre oppfølging avtales i samarbeid mellom sykehjemmet og alderspsykiatrisk poliklinikk (“Uteteam”).

Å delta i prosjektet innebærer å skrive loggnotat etter samhandlingsmøtet og utveksle erfaringer fra samhandlingsmøtene i en nettverksgruppe, ca 1 time hver måned. Møtene gjennomføres i arbeidstiden ved alderspsykiatrisk poliklinikk i . Det gjøres lydopptak, og skrives møtenotat til deltagerne. All personidentifiserbar informasjon vil bli aidentifisert før publisering.

Deltagelse er frivillig. Alle opplysninger vil bli behandlet på forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Lydopptak blir slettet ved prosjektslutt, senest 20.12.12.

Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke fra å delta i prosjektet, uten at det får betydning for ditt arbeidsforhold. Du kan be om at opplysninger du har gitt blir slettet.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen under og returnerer den til prosjektets koordinator Karin Rekve ved Alderspsykiatrisk avdeling. Har du spørsmål om gjennomføringen av prosjektet kan hun kontaktes på e-post: [k.rekve@ulleval.no](mailto:k.rekve@ulleval.no) eller tlf 47713913.

Prosjektledere: Førsteamanuensis Liv Helene Jensen, HiBu og nevropsykolog Maria Korsnes, OUS

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har fått skriftlig og muntlig informasjon om samhandlingsprosjektet ” *Utskriving til sykehjem – en god samhandling*”, og er villig til å delta

-----  
dato

-----  
underskrift

[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

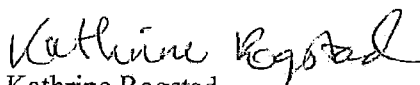
1. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Lydopptak skal lagres adskilt fra loggskjemaer og nedlåst i skap eller skuff på låst kontor. Loggskjemaer skal lagres nedlåst i skap eller skuff på låst kontor. Transkripsjoner av lydopptak skal lagres på et lagringsområde spesielt beregnet på forskning.

3. Vedlagte samtykke benyttes, inklusive markerte tillegg og endringer foretatt av personvernombudet. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
4. Prosjektleder innhenter godkjenning fra hvert deltagende senter, i tråd med den enkelte virksomhets interne rutiner.
5. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
6. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
7. Dersom prosjektet endres i forhold til det som avdelingsleder og forskningsleder har godkjent, må ny godkjenning innhentes.
8. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
9. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 20.12.2012 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Lydopptak skal slettes. Når sletting eller anonymisering er gjennomført, sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.
10. Det forutsettes at prosjektet innhenter nødvendig godkjenning fra avdelingsleder og ettersender dette til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen  
for Personvernombudet



Kathrine Rogstad  
Kompetansesenter for personvern og sikkerhet  
Oslo universitetssykehus HF

Epost: [personvern@oslo-universitetssykehus.no](mailto:personvern@oslo-universitetssykehus.no)

Web: [www.oslo-universitetssykehus.no/personvern](http://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern)



Sykehjemsetaten  
Etatssjef  
Postboks 435  
0103 Oslo

Vår ref.:

Deres ref.:

Saksbeh.:

Dato:

6.4.2011

Oppgis ved all henvendelse

Søknad om tillatelse til forskningssamarbeid med skjermet enhet i 5 sykehjem i Oslo kommune.

Alderspsykiatrisk avdeling, Oslo  
universitetssykehus har startet et forsknings- og kvalitetsutviklingsprosjekt, som omfatter planlegging og gjennomføring av utskriving fra alderspsykiatrisk avdeling til skjermet enhet ved sykehjem i Oslo i samarbeid med alderspsykiatrisk poliklinikk. Det er ønskelig med et samarbeid mellom alderspsykiatrisk avdeling og hjemmet, sykehjem, sykehjem, sykehjem og hjemmet.

Hensikten med prosjektet er å styrke samhandlingen med sykehjemspersonalet inklusive sykehjemslege ved utskriving, styrke kunnskapsutvekslingen mellom tjenestenivåene og sikre faglig forsvarlige pasientforløp. Samhandlingstiltakene omfatter overføring av pasienter med demens med atferdsmessige og psykologiske symptomer, i perioden 2011 - 2012 og kunnskapsutvekslingen mellom tjenestenivåene i omsorgsnivåene.

Vennligs finn vedlagt Prosjektplan for prosjektet: "Utskriving til sykehjem - en god samhandling"

Med vennlig hilsen

FOU-ansvarlig forsker

Prosjektkoordinator





Oslo kommune  
Sykehjemsetaten  
Administrasjonen

Oslo Universitetssykehus HF  
Karin Håvarstein Rekve  
Ullavål sykehus  
Postboks 4956 Nydalen  
0424 OSLO

Dato: 01.09.2011

Deres ref:

Vår ref (saksnr):  
201100653-2

Saksbeh:  
Hilde Kothe-Næss, 23433159

Arkivkode:  
240.0

**SØKNAD OM FORSKNINGSSAMARBEID MELLOM ALDERSPSYKIATRISK  
AVDELING OG PERSONALET VED FEM SYKEHJEM I OSLO  
KOMMUNE**


Viser til brev datert 24.05.11.

Sykehjemsetaten er positiv til å delta i dette samarbeidsprosjektet, og er kjent med at  
sykehjem alle er interessert i å delta i dette prosjektet.

Sykehjemsetaten ønsker med dette å delta i prosjektet og ber om en plass i styringsgruppen.


Med hilsen

  
Bente Riis  
etatsdirektør

  
Anne Berger Sørli  
områdedirektør II

**Kopi til:**



 Oslo universitetssykehus		Retningslinje <b>Utskrivning til sykehjem fra døgnavhold ved Alderspsykiatrisk seksjon</b> Psykisk helse og avhengighet / Psykisk helsevern døgnavhandling, avd. / Alderspsykiatrisk seksjon	
Dokument-ID: 58211	Dokumentansvarlig:	Godkjent av:	Godkjent fra:
Versjon: 0			02.04.2014 14:39:11
Status: Godkjent			

## 1. Endringer siden forrige versjon

Retningslinjen er ny

## 2. Hensikt og omfang

Kvalitetssikre god rutine ved utskrivning fra døgnavhold ved Alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem.  
 Sikre et godt behandlingsforløp.  
 Fremme gjensidig erfaringsutveksling.

Retningslinjen omfatter utskrivning av pasienter fra døgnavheter ved Alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem .

## 3. Ansvar

Seksjonsleder er ansvarlig for retningslinjen.

Enhetsleder er ansvarlig for at retningslinjen overholdes ved utskrivning fra Alderspsykiatriks seksjon til sykehjem.

## 4. Fremgangsmåte

Enheten får beskjed om tildelt plass på hvilket sykehjem pr tlf fra søknadskontoret .

Søknadskontoret varsler pårørende om tildelt sykehjemsplass. Søknadskontoret har plikt å informere pårørende.

Pasientansvarlig sykepleier ved Alderspsykiatrisk seksjon kontakter også pårørende pr tlf. Beskjeden formidles til ansvarlig sykepleier i enheten, som igjen formidler til behandlingsansvarlig lege.

Behandlingsansvarlig lege skriver henvisning/ notat til poliklinikken ( brev lege) Henvisningen/ notatet skal inneholde informasjon om at dette er *samhandlingsmøte*, navn på *overlege* og *spesialsykepleier* som skal delta i samhandlingsmøtet på sykehjemmet.

NB! Elektronisk henvisning må opprettes før pasienten utskrives.

Epikrise og sykepleiesammenfatning i papir følger pasienten fra døgnavholdet ved utskrivning til sykehjemmet.

Spesialsykepleier som skal delta i samhandlingsmøtet avtaler tidspunkt for møtet med sykehjem og overlege ved Alderspsykiatrisk seksjon.

Spesialsykepleier fra døgnavhet timebestiller når det er bestemt møtetidspunkt.

Overlege og spesialsykepleier reiser til sykehjemmet. Overlege/ Spesialsykepleier i Alderspsykiatrisk seksjon leder møtet.

Overlege skriver poliklinisk notat og møtet registreres som konsultasjon. ( kodes som samarbeidsmøte )

Dersom pasienten tilses av overlege registreres dette i tillegg.

Videre alternativ:

Alt 1

Overlege setter dagens notat inn i en epikrisemal, og henviser til epikrise fra siste døgnavhold.

Alt 2

Overføringsnotat til ny ansvarlig overlege ved Alderspsykiatrisk poliklinikk ved behov for lengre tids oppfølging.  
 Overlege fra døgnav formidler da muntlig og skriftlig til overlege ved poliklinikk som skal følge opp videre.

## 5. Definisjoner

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Utskrivning til sykehjem fra døgnavhold ved Alderspsykiatrisk seksjon		Utskriftsdato: 13.11.2014	
Utarbeidet av:	Godkjent av:	Dokument-Id: 58211 - Versjon: 0	Side 1 av 2

**Samhandlingsmøte:**

Gjensidig erfaringsutvekslingsmøte mellom overlege og spesialsykepleier fradøgnet ved Alderspsykiatrisk seksjon, og tilsynsoverlege og relevant personal fra sykehjemmet.

Samhandlingsmøtet holdes 2-3 uker etter utskrivning fra døgnet.

**6. Referanser**

St.meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted -til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet av 19.juni 2009

Lov om spesialisthelsetjenesten m. m §7-4. Rundskriv 1-59/2000. Sosial og helsedepartementet

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Utskrivning til sykehjem fra døgnoophold ved Alderspsykiatrisk seksjon			Utskriftsdato: 13.11.2014
Utarbeidet av:	Godkjent av:	Dokument-Id: 58211 - Versjon: 0	Side 2 av 2



Klinikk psykisk helse og avhengighet  
Alderpsykiatrisk seksjon

## **Huskeliste ved skriving av sykepleiersammenfatning**

### ***Oppsummering og videre oppfølging:***

**Årsak til innleggelse:**

**Bakgrunn:**

**Kort helsehistorikk:**

**Sykepleierdiagnoser under oppholdet:**

- Begrunnelser, tverrfaglig vurdering:

**Sykepleierintervensjoner under oppholdet:**

**Evaluerings av oppholdet:**

Pasientens situasjon ved innkomst

- underveis i oppholdet og ved utskriving
- hva er prøvd av behandling og tiltak:
  - o hva gikk bra
  - o hva fungerte ikke

**Testresultater inn/ut:**

**Pasientens opplevelse av iverksatte intervensjoner:**

**Pasientens egne mål og ressurser**

**Tverrfaglige vurderinger (ergoterapeut/fysioterapeut/sosionom)**


**Begrunnelse for anbefalte intervensjoner etter utskriving:**

**Følgende avtaler er planlagt:**

**Pasienten har individuell plan: Ja/Nei**

**Pasienten har kriseplan: Ja/Nei**



 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <b>Oslo universitetssykehus</b>   Alderspsykiatrisk seksjon </div>	Pasient
---	---------

År: \_\_\_\_\_

### Atferd- og døgnrytmeregistrering

Uke

	Dato	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	merknad
Ma																										
Ti																										
On																										
To																										
Fr																										
Lø																										

Uke

	Dato	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	merknad
Ma																										
Ti																										
On																										
To																										
Fr																										
Lø																										
Sø																										

Uke

	Dato	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	merknad
Ma																										
Ti																										
On																										
Fr																										
Lø																										
Sø																										

Uke

	Dato	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	merknad
Ma																										
Ti																										
On																										
To																										
Fr																										
Lø																										
Sø																										

☐ = rolig /normal aktivitet

☐ =

☐ =

☐ = søvn

☐ =

☐ =



Oslo  
universitetssykehus

Alderspsykiatrisk seksjon

Pasient

## Veiledning til døgnregistrering

Registreringsskjemaet er et hjelpemiddel for å få oversikt over endringer i personens atferd og døgnrytme over tid, og utprøving av nye tiltak. Bruk de standardiserte fargene i listen under, og velg 4-6 som markeres på forsiden. Marker atferd med valgt farge gjennom hele døgnet.

Tegn, forkortelser eller bokstaver kan føres inn i skjemaet med forklaring i merknadsfeltet, f. eks B = besøk, M = musikk, UT = ute aktivitet/tur eller X = gitt eventuell medisin. Utfyllende merknader som har betydning for personens døgnrytme/atferd skal i tillegg skrives inn i den elektroniske pasientjournalen.

Skjemaet anvendes sammen med tiltaksplan og i tverrfaglige vurderinger.

= søvn

= rolig, normal aktivitet for personen

= fysisk aggresjon / fysisk utagering / spyting / kasting / slår

= verbal uro / roping / gjentatt tale

= verbal irritabilitet og negative kritiske kommentarer

= forvirring

= engstelse/angst

= motorisk uro / vandring

= uttrykker suicidale tanker

= uttrykker endret virkelighetsforståelse

=

=

=

= Eventuelt medisiner