



Sammen om gode overganger

Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern.

Tone Lise Bratrud & Arild Granerud

tone.lise.bratrud@sykehuset-innlandet.no

Arild.granerud@hihm.no

Artikkelen fokuser på hvilke samarbeidsrutiner og relasjoner som må etableres mellom kommunene og psykoseavdeling i psykisk helsevern for å få en god rehabiliteringsprosess for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Metode for datainnsamling er fokusgruppeintervjuer, som et ledd i handlingsorientert forskningssamarbeid. Utvalget består av ansatte fra sykehuset og samarbeidskommuner, som ble intervjuet hver for seg. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt i analysen. Resultatene viser at det er dårlig utbygde kommunale tjenester til denne pasientgruppa og uklarerheter i koordineringsansvaret. For å lykkes i samarbeidet, må pasientens behov og medvirkning settes i sentrum. Vesentlig for bedringsprosessen og samhandlingen er god relasjon og dialog. En må kjenne til hverandres roller og funksjoner, dele faglig kompetanse og avklare forventninger. Tidlig kartlegging og felles målsetting kan redusere innleggelsestiden i sykehus. Individuell plan og tverrfaglig samarbeid må vektlegges og brukermedvirkningen styrkes. Det må skapes arenaer for mestring og hjelp til selvhjelp i lokalsamfunnet. Et bedre samarbeid her kan være virkemiddelet for en bedre utforming av tjenestetilbudet. Forvaltningsnivåene trenger erfaringskompetansen som kan peke ut behovene.

Bakgrunn

Samarbeid knyttet til utskrivning fra døgnpost i psykisk helsevern til kommunehelsetjenesten krever god koordinering. Det skal være kontinuitet og forutsigbarhet i oppfølgingstilbudet. Det skal tenkes allsidig og helhetlig rundt pasienten om bolig, økonomi, sysselsetting, familie/sosialt nettverk og fritid, samtidig som det gis medikamentell behandling og oppfølging. Hald & Hoven (2009) vektlegger tydelige, brukernære og sammenhengende tjenester der en forsøker

å organisere avdelingen i enheter på en slik måte at brukerne kan erfare god kontinuitet i virksomheten. Det samme gjør Bøe & Thomassen (2007) der de løfter fram dialogen, relasjonen og etikken som de viktigste faktorene innenfor fagfeltet psykisk helsearbeid. Dette reiser spørsmål om spesialisthelsetjenesten er i en utviklingsfase som påkaller mer familie- og nettverkssentrerte arbeidsmåter og organisering, hvor en har nettverksmøter i etterkant av pasientens opphold (Berg & Oppigård, 2009). I en

brugerstudie om hva som kjennetegner god hjelp i deres perspektiv vektlegges relasjon over tid mellom fagfolk og brukerne. Skal individuell plan fungere, må den brukes systematisk, ansvaret tydeliggjøres og brukerne få tilpasset informasjon om sine rettigheter (Haugen & Almvik, 2009).

Mennesker med psykiske lidelser og et samtidig rusproblem har ikke fått den behandlingen de trenger for sitt rusproblem innen psykisk helsearbeidsfeltet hverken i eller utenfor institusjoner. Tradisjonelt har behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten vært inndelt i psykisk helsevern for mennesker med psykiske problemer og rusbehandling for rusavhengige. Når begge lidelsene opptrer samtidig blir pasientene kasteballer mellom systemene, og de blir ikke tatt på alvor i utformingen av tjenestene (Landheim, Bakken & Vaglum, 2002). Ofte forekommer det funksjonsnedsettelse på flere områder. Tidligere behandlingsforskning har vist at tradisjonell parallell behandling i hovedsak er ineffektiv i behandlingen av pasienter med «dobbeltdiagnoser», mens nyere studier viser at integrerte behandlingsprogrammer som kombinerer psykisk helsevern med rusmisbruksintervensjoner gir mer lovende resultat (Mueser, Noordsy, Drake, Fox, 2006). Det er store utfordringer knyttet til samarbeid innenfor psykisk helsevern; spesielt gjelder dette fordommer og uinnfridde forventninger med bakgrunn i ulike behandlingsskulturer og profesjonskonflikter (Bøe & Thomassen 2007). Fellesnevneren for tiltakene som har fungert bra er at de bygger på likeverd, samhandling og samarbeid – over alle grenser til pasientenes beste (Magnussen, 2007). I en behandlingsskjede med ulike avgrensede ledd, kan organiseringen bli fragmentert og uten helhet, noe som

innebærer stadige brutte relasjoner (Nyttingnes & Skjerve, 2005). Koordineringen blir forstyrret av ulik faglig tankegang som har ulike mål for virksomheten og ulike løsninger for pasienten (Reisæter & Dahl, 2005). Felles forståelse og respekt for hverandres kompetanse tar tid, og skal samarbeidet bli vellykket kreves regelmessighet og struktur (Magnussen, 2007).

Marshall & Lockwood (2009) sammenlignet ACT, ambulant oppsøkende virksomhet, med ordinær kommunal oppfølging. Denne oppfølgingen bidrar til at personer med alvorlige psykiske lidelser bedre beholder kontakt med hjelpeapparatet, enn de som får standard oppfølging og ACT bidrar til betydelig reduksjon i antall personer innlagt for langtidsopphold i sengepost innen psykisk helsevern. Et annet alternativ kan være å utvikle nye strukturer med team på tvers av nivåer og fagfelt. Erfaringer og ulike samarbeidsmodeller er utprøvd blant annet fra USA, Dartmouth New Hampshire (Mueser et al., 2006). Herfra kommer behandlingskonseptet bygget på New Hampshiremodellen som senere er lokalt tilpasset i flere andre land, England og Skandinavia spesielt. Modellen handler om hvordan skape koordinering, oppfølging og kontinuitet i behandlingen av pasienter med sammensatte psykiske lidelser og rus (ibid).

Helsepolitiske føringer har gjennom lengre tid vist behov for store endringer og bedre samarbeid innen det psykiske helsetilbudet (Sosial- og helsedirektoratet 1996). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) vektlegger styrking og opptrapping av de kommunale tjenestene og de desentraliserte sykehusfunksjonene.

Det ble stimulert til utforming av samarbeidsmodeller samtidig som det rusforebyggende arbeidet styrkes, og brukerne og pårørende skal gis økt innflytelse. Samhandlingsreformen vektlegger at spesialisthelsetjenestens ansatte bør arbeide aktivt oppsøkende og inngå i behandlingsnettverk rundt pasientene.

Hensikten med studien er å utvikle større forståelse for hverandres roller og oppgaver samt å bedre rutinene og samarbeidet i psykisk helsevern, kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Metode

Studien er en del av et større forskningsprosjekt ved Sykehuset Innlandet, Divisjon psykisk helsevern: *Miljøterapiprosjektet*, der hensikten var å bidra til kompetanseheving hos personalet og samtidig bedre det miljøterapeutiske behandlingstilbudet, samt utvikle et funksjonelt samarbeid med pasientenes hjemkommune. Prosjektet hadde handlingsorientert forskningssamarbeid som metodisk tilnærming (Brattrud, 2009). Metoden har et aksjonsmoment for å ivareta fagutviklingsperspektivet. Målet for denne typen forskning er å utvikle kunnskap for handling (Hummelvoll, 2006). Formålet er forskning *for* praksis, *i* praksis og *med* praksis, for å fremme ansattes kompetanse ved hjelp av systematisk refleksjon over praksiserfaringer.

To enheter i en psykoavdeling i spesialisthelsetjenesten, og to bykommuner i samme opptaksområdet var med i studien. Respondentene ble valgt strategisk. Inklusjonskriteriet var sentrale aktører innenfor miljøterapien i det psykiske helsearbeidet. Fokusgruppeintervjuer (Morgan, 1997)

ble benyttet som datainnsamlingsmetode. Totalt var det fire fokusgruppeintervjuer, to i spesialisthelsetjenesten og to i kommunene, tverrfaglig og tverretattlig sammensatt. Temaene i intervjuguiden fulgte prosessen fra innleggelse til utskrivning, fra søknaden og starten på samarbeidet, det som skjedde underveis i behandlingen, til utskrivningen og oppfølgingen etterpå. Det var seks til åtte informanter i hvert av intervjuene: Psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, sosionomer, overleger, enhetsledere og miljøarbeidere i alderen 25 til 60 år, av begge kjønn, men flest kvinner. Til sammen var det 26 informanter.

Samtalene ble styrt av en moderator samt en co-moderator som bisto moderator under fokusgruppeintervjuet (Hummelvoll, 2010). Gruppesamtalene opplevdes som dynamiske prosesser med god atmosfære. Intervjuene ble innspilt elektronisk og transkribert. Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet som analysemetode (Granerud & Severinsson, 2006). Denne har til hensikt å beskrive og klargjøre innholdet i tekstmaterialet og dens logiske struktur. Alle fokusgruppeintervjuene ble lest flere ganger. Meningsbærende enheter ble identifisert og utsagn samlet. Deretter ble kategorier og underkategorier identifisert og gitt et navn. Innholdet ble klargjort og kategoriene ble så validert mot det transkriberte intervjuene (Granheim & Lundmann, 2004).

REK har godkjent Miljøterapiprosjektet som helhet (ref: 104-07032a). Studien er godkjent av personvernombudet i Sykehuset Innlandet. All deltagelse var frivillig og utsagn er anonymisert. Retningslinjene i Helsekideklarasjonen (World Medical Association 2002) ble fulgt.

Tabell 1: Oversikt over temaene for å fremme samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten sett fra begge perspektiv

Tema	Kommuneansatte	Sykehusansatte
Bedringsprosessen	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerens behov i sentrum • Å skape et verdig liv er nødvendig • Relasjonsutvikling og dialog er en forutsetning • Samarbeid med nettverket er viktig 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuell behandling er nødvendig • Viktig praksis ved innleggelse er: God kartlegging, tidlig start på samarbeidet med pasienter, pårørende og kommunen • Større fokus på det salutogene perspektivet (bedring og helsefremmende arbeid)
Relasjoner og samarbeidsrutiner	<ul style="list-style-type: none"> • Likeverdig samhandling mellom nivåene • Å kjenne til hverandre • Å dele sin faglige kunnskap 	<ul style="list-style-type: none"> • Planlegging og ansvar ligger hos arbeidslaget • Felles ansvar gir utydelige roller • Sosionomen har en sentral rolle • Felles kartlegging, bedre informasjonsutveksling og tydeligere målsettinger for oppholdet
Gode utskrivningsprosesser	<ul style="list-style-type: none"> • Gode overganger ved utskrivning krever struktur, fleksibilitet og forpliktende avtaler • Permisjoner bør planlegges som en del av utskrivningsprosessen • Krisepålegg hindrer reinnleggelse • Hospitering gir god kompetanseoverføring 	<ul style="list-style-type: none"> • Trygghet, relasjon og kjennskap en forutsetning for å lykkes. Pasientens behov skal styre tjenestene. Brukermedvirkning og selvstendigjøring er fokus • Systematisk planlegging er nødvendig • Utskrivningen bør skje gradvis med en fleksibel overlappingsperiode • Etablering av ansvarsgrupper og individuell plan er viktige • Kompetanseoverføring og veiledning er sentralt • Gode erfaringer med bruk av mobile innsatsmidler
Utfordringer for samarbeidet	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende tilbud og lite kompetanse • Mangelfull koordinering og uklare ansvarsforhold • Ulikheter i kultur, faglig forankring og organisering 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen har for lite tilbud i forhold til behov ved hjemflytting • Egnede boliger er vanskelig å finne • Lang behandlingstid gir institusjonalisering • Oversikt og koordinering er en stor oppgave • DPS har en uavklart rolle i samarbeidet

Funn

Fire temaer ble identifisert: Bedringsprosesser, Relasjoner og samarbeidsrutiner, Gode utskrivningsprosesser og Utfordringer for samarbeidet. Tabell 1 gir et oversiktsbilde over ansattes synspunkter. Den viser likheter og ulikheter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Tema: Bedringsprosesser

Innenfor kategorien Bedringsprosesser var det stor likhet i innhold, men noen for-

skjeller i ord og begreper som ble benyttet. Å sette brukerens behov i sentrum for planlegging av tilbud var tydelig kommunisert fra både kommune og sykehusansatte. Det innebar et fokus på bedringsprosessen, brukermedvirkning, samarbeid med nettverket og det relasjonelle aspektet. Det psykiske helsearbeidet forutsetter gode relasjoner og alliansebygging. For at brukeren skal komme i en bedringsprosess, sier begge grupper at de må formidle håp og framtidstro, tilrettelegge for sosial kontakt gjennom

arenaer for mestring og bedre de materielle forholdene mange av pasientene lever under. De vektlegger dialog og samhandling med det personlige og det profesjonelle nettverket. De opplever å gjøre godt hjelpearbeid hvis de lykkes i å motivere, ha endringstro, inngi tillit og være forutsigbare.

Motivasjon og endringstro må til. Vi må være bærere av håp (Sykehusansatt).

Vi må skape arenaer for medvirkning og bidra til mer meningsfull hverdag. Da må vi legge til rette for sosial kontakt (Kommuneansatt).

Både kommuneansatte og sykehusansatte benyttet begrepet verdighet. De peker på nødvendigheten av en viss materiell standard for å oppleve livskvalitet etter utskrivning fra lengre opphold på sykehus. For å lykkes mener de sykehusansatte at de bør ha større fokus på det salutogene perspektivet, i betydning faktorer som bidrar til bedring. Dette står i motsetning til dagens fokus som knyttes til problemer, sykdom, symptomer og diagnoser.

Tema: Relasjoner og samarbeidsrutiner

Funnene tyder på at spesialisthelsetjenesten er premissleverandør og at medisinske behandlingssyn har forrang. De kommuneansatte antydte at spesialisthelsetjenesten har et kritisk blikk mot dem, og savnet respekt og verdsetting av sin kompetanse. Språklige barrierer og ulikt fokus i behandlingstilnærmingen gir utfordringer for samarbeidet. De kommuneansatte opplever tidvis å ikke bli møtt med respekt ved henvendelser til spesialisthelsetjenesten.

Vi må ha respekt for hverandres faglige vurderinger. Vi har ulik kompetanse, så

det å kjenne til hverandres funksjoner er en forutsetning for å lykkes i samarbeidet (Kommuneansatt).

Det var stor enighet om å starte samarbeidet og ta kontakt tidligere enn det man gjør nå, gjerne før innleggelse der det er mulig. Sykehusansatte konsentrerer seg om kartleggingen ved innleggelse. Begge grupper mente at en felles kartlegging der begges perspektiver trekkes inn, ville være bedre. Blant annet ville det føre til en bedre vurdering av hvorvidt innleggelse var nødvendig eller om andre tjenester kunne etableres. På denne måten kunne et tidlig samarbeid gi en mer helhetlig kartlegging og mulighet for å definere felles målsettinger med oppholdet, som igjen kunne redusere tiden på sykehuset.

I sykehuset var det sosionomen som hadde ansvar for koordineringen av aktivitet, tilbud og tjenester i kommunen. Sosionomene (og primærkontakten) skal initiere IP, og koordinere arbeidet innad og utad mens pasienten er innlagt. Kommunene har koordinator i tilsvarende rolle. Det var et ønske om mer forpliktelse, struktur, men likevel fleksibilitet i samarbeidet:

Mye samarbeid er dårlig planlagt og ustrukturerte. Det vil være personavhengig hvordan samarbeidet fungerer (Kommuneansatt).

Tema: Gode utskrivningsprosesser

Både kommuneansatte og sykehusansatte var enige i at trygghet, relasjon og kjennskap til pasienten er forutsetninger for å lykkes i en utskrivningsprosess og at pasientens behov skal styre tjenestene. Likeledes var brukermedvirkning sentralt. Det innebar pasientens deltagelse, og et arbeid mot selvstendighet og

ansvar for eget liv. En utflyttingsprosess er systematisk planlegging over tid med permisjoner og gradvis tilbakeføring når innleggelsen har vart over år. Godt samarbeid handler om god struktur, forpliktende samarbeid og felles planlegging. Man må avklare ansvarsforhold og etablere tjenester ut fra pasientens behov, mente begge nivåer.

Det var viktig at de som kjenner pasienten, er de som følger opp også etter utskrivning. Sykehusansatte ønsket å strekke seg langt for å få til gode overganger for pasienten. De tar ansvar for å sikre en god overlappingsperiode og kompetanseoverføring. De gir veiledning og sitter i ansvarsgrupper i avtalte tidsperioder, minimum tre måneder, og ønsker å være fleksible og lett tilgjengelige hvis det oppstår problemer, slik at reinnleggelser kan hindres.

Vi har god erfaring med å bli med ut og så trekke seg gradvis ut igjen. Det var vellykket. Gravis utskrivning og overlappning er nødvendig (Sykehusansatt).

Kommuneansatte mente at gjensidig hospitering hos hverandre kunne øke forståelsen for hverandre og bedre samarbeidet, men sykehusansatte ønsker at det er kommuneansatte som skal hospitere hos dem. Kommuneansatte mente at sykehusansatte burde reist mer ut av institusjonen for å møte pasienten, nettverket og kommuneansatte, og trakk fram behovet for etablering av IP og ansvarsgrupper der sykehusansatte forpliktet seg til deltagelse. Den beste veiledningen opplevde de var fra personalet med direkte kjennskap/relasjon til pasienten. De kommuneansatte mente kompetanseoverføring fra de som kjente pasienten i forbindelse med utflyttingen var viktig.

Veiledning av personalet som har stått brukeren nær er viktig. Det at personalet fra avdelingen er tilgjengelig for miljøpersonalet i kommunen, hjelper dem å håndtere situasjoner som oppstår (Kommuneansatt).

Sykehusansatte viser til gode erfaringer ved bruk av «Mobile innsatsmidler» for etablering av oppfølgingstjenester. Både kommuneansatte og sykehusansatte viser til eksempler på godt samarbeid og prosjekter hvor de har lykket, der stimuleringsmidlene har vært sentralt for utvikling av tilbudet.¹ Spesielt der det er etablert egne prosjekter blir samarbeidet løftet på et overordnet ledelsesnivå.

Enheten har lang erfaring fra krevende utskrivelsesprosesser. S-prosjektet var et vellykket eksempel på dette. Her ble det jobbet systematisk med oppnevnt koordinator internt og eksternt i kommune. Det ga struktur, avklaring av ansvarsforhold og framdrift i prosjektet (Sykehusansatt).

Tema: utfordringer for samarbeidet

Kommuneansatte opplever at de ikke får nødvendig spesialisthjelp til brukere som har både rusproblemer og psykiske problemer. De blir lett kasteballer i systemene. Kommuneansatte mente at dette er en gruppe som i dag ble systematisk diskriminert, og at det er helsevesenet som diskriminerer dem.

De med psykiske lidelser er sårbare personer, men de med rusproblematikk i tillegg er ekstra sårbare, i tillegg til at de kan ha en adferd som er lite tillitsvekkende og bidrar til stigmatisering og utestenging (Kommuneansatt).

Det oppleves frustrerende at tjenestene ikke er tilstrekkelige for at pasientene skal få den hjelpen de trenger for å mestre hverdagen og det selvstendige livet utenfor institusjon. Kommuneansatte opplever at de ikke har kompetanse og personell nok til å takle utfordringene. Samtidig har sykehuset urealistiske forventninger til oppfølging etter utskrivning. Samme utfordringer nevnes av sykehusansatte som peker på kompleksiteten hos pasientgruppa, at de er ressurskrevende og at kommunen ikke har nødvendige tilbud. Rus er lite fokusert innen psykisk helsevern, selv om enhetene har mange pasienter med tilleggsproblemer. Tjenestene er fragmenterte og spesialiserte med «særomsorg» for hvert problemområde, og ikke tilgjengelige i det omfang pasientene har behov for. De savner samarbeid på overordnet nivå, som ledelsesnivået og politikere for å oppfylle intensjonene om et bedre kommunalt helsetilbud.

Strategien for utskrivelse er ofte lagt måneder eller år i forveien av arbeidsgruppa rundt pasienten. Det er posten som definerer behovene. Kommunen får da en bestilling med tanke på tiltak, men det er sjelden de klarer å imøtekomme dette. Behovene har vært drøftet i samarbeidsmøter hvor psykiatrisk sykepleier fra kommunen har vært tilstede (Sykehusansatt).

De er enige om at personer med rusproblematikk ikke bør bo i samme boligfelleskap som personer med psykiske vansker. Det skaper problemer og uro. Kommunale boliger der man har bosatt flere personer med rusproblematikk er også dårlig egnet med henblikk på rehabilitering. I praksis betyr dette at det ikke finnes reelle botilbud.

Et annet område begge trekker fram som en utfordring, er koordineringsansvaret og hvordan IP skal brukes. Det gir uklare ansvarsforhold. Begge nivåene har ansvar, men kommuneansatte opplever at dette er delegert mens pasienten er innlagt uten at innholdet er konkretisert. På sykehuset er det mange med ansvar, fordelt i et arbeidslag. Det gir uklarhet i hvilket ansvar som ligger hos den enkelte.

Både kommuneansatte og sykehusansatte savnet samarbeid med pasientens fastlege. Etter utskrivning har legen en sentral rolle som medisinsk faglig ansvarlig, og vedkommende bør være et selvskrevet medlem av ansvarsgruppa. Det samme sies om samarbeidet med DPS. Slik det er organisert i dette området opplever de DPS-ene som fraværende i samarbeidet rundt pasientene.

Diskusjon

Er det fremdeles slik at personer med psykiske lidelser og et samtidig rusproblem blir kasteballer i systemene, slik det beskrives av de kommuneansatte? Psykisk helsevern har tidligere ikke hatt tradisjon for å behandle mennesker med ruslidelser. De blir i liten grad innlagt i psykisk helsevern og sammenhengen blir ikke tatt på alvor i utformingen av tjenestene (Landheim et al., 2002). De sykehusansatte viser til at de ikke har gode tilbud på avdelingen. Samtidig sier de at rus blir underkommunisert. Rus er en kompliserende faktor i tillegg til den psykiske lidelsen. Dette viser tendenser til mer «tradisjonell» behandling (Mueser et al., 2006) samt tidligere sosiale forklaringsmodeller og avvikstenkning. Rus ble definert som sykdom ved de nye rusreformene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

De kommuneansatte mente at brukere med «dobbeltdiagnose» var vanskelige å hjelpe. Det kan handle om lidelsen, manglende kompetanse eller svikt i utbyggingen av de kommunale, lokalbaserte tjenestene. Komplexiteten og de store funksjonshindringene kunne medføre at mange ble værende i sykehuset over lang tid, med få muligheter for utskrivning til et godt lokalbasert tilbud. Manglende botilbud er en av de største utfordringene man står ovenfor. (Brodtkorb & Rugkåsa, 2007). Stigmatisering og manglende integrering gjør at personene har liten mulighet for å gjenvinne et verdig liv og muligheter til samfunnsdeltagelse (Granerud, 2006). Det kan oppleves som å ha mistet en sosialt verdsatt rolle og meningsfulle oppgaver. Livet leves lokalt, og det må vektlegges i større grad.

Funnene viser sykehusansattes streben etter å holde rehabiliteringsperspektivet oppe. Samtidig etterspør de kommuneansatte et større fokus på funksjonsbedring og mestring av hverdagslivet som behandlingsperspektiv for å trene pasienten til livet utenfor. Det kan virke som ulike behandlingskulturer gir store samhandlingsutfordringer (Jf. Reisæter & Dahl, 2005). Behandlingen bør vektlegge en praktisk og sosial rehabilitering som handler om gjenvinning av funksjoner og verdighet i livet. Det innebærer at fokuset rettes mot en best mulig fungering i lokalsamfunnet.

Kontinuitet i relasjonen er viktig for tilfriskningen, men er en utfordring i organiseringen av psykisk helsevern. En trofast hjelper betyr mest (Topor, 2009). Brukere er mest sårbare i overgangsperioder, når de flytter hjem. Da er kontinuiteten i relasjonene til betydningsfulle personene viktig. De for-

valtningsmessige grensene med brutte relasjoner blir en gjennomgående hindring i det å skaffe kontinuitet og gode relasjoner som fundament for rehabiliteringen (Nyttingnes & Skjerve, 2005). Forpliktende avtaler med kriseplaner og en åpen retur til samme enhet hvis kriser oppstår, ble vektlagt av alle. En kan undre seg over hvorfor dette vanskelig å få til, men dette er en vanlig utfordring (Landheim et al., 2002).

Samarbeid ønskes på begge nivåer, men hvorfor er dette så vanskelig å få til? Betydningen av den uformelle kontakten trekkes fram: Å kjenne til hverandre, ha respekt for hverandres faglige vurderinger og en opplevelse av likeverdighet. Men dette er ikke noe som kommer av seg selv. Teamene må jobbe for å komme i slike posisjoner. En god relasjon mellom pasienten, nettverket og ansatte imellom er viktig for at pasienten skal få en god bedrings- og rehabiliteringsprosess (Magnussen, 2007).

Et stadig tilbakevendende tema både fra ansatte i kommunen og på sykehuset var hvem som skal ha koordineringsansvaret og sørge for den praktiske strukturen i samarbeidet. Ulike perspektiver er en utfordring for samhandling. Ekstra vanskelig blir det når man mangler respekt og forståelse for hverandres kompetanse, slik som kommuneansatte opplever i denne studien. Utfordringene i samhandlingen preges av ulike funksjoner og roller; det råder uklarhet om ansvar og koordinering. Dette kan føre til manglende helhet og brutte relasjoner. Koordinering innen psykisk helsevern er et felles ansvar. Deler av koordineringen er av praktisk karakter og kan virke som selvfølgeligheter. Ansvarsfordelingen er uavklart og bør konkretiseres for hver bruker. Dette arbeidet

er en forutsetning for et fungerende samarbeid (Statens Helsetilsyn, 2000). En felles forståelse ville gi en mer sammenhengende hjelperelasjon og kontinuitet.

IP er et sentralt hjelpemiddel for koordinering av tiltak og intervensjoner. Det er påfallende at IP ikke nevnes som et redskap i prosessen mot rehabilitering. Alle pasienter i psykisk helsevern har rett til IP (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Når ansvar og oppgavefordeling ikke er avklart og samarbeidet svikter, øker risikoen for at pasientene ikke får nødvendig behandling. Helsetilsynet vurderer det som en alvorlig svikt at IP ikke brukes mer i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2009). Bruk av IP bør drøftes i alle samarbeidsfora mellom nivåer for at det skal bli en naturlig del i all rehabilitering og den må brukes systematisk og strukturert. IP anbefales som et sentralt virkemiddel av Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon som representerer brukerkunnskapen på dette området (Storaas, 2009).

Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vektlegger brukermedvirkning, og ser det som en forutsetning for god rehabilitering, i tråd med statlige føringer (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Brukerperspektivet har blitt tydeligere, men allikevel dominerer det medisinske behandlingssynet, der spesialisthelsetjenesten er premissleverandør. Brukerens samtykkekompetanse og mulighet til reell innflytelse er spørsmål som krever kontinuerlige, faglige refleksjoner av de ansatte. I et demokratisk samfunn er brukerperspektivet nødvendig moralsk og terapeutisk. Brukermedvirkning er i tillegg kostnadseffektivt samfunnsøkonomisk (Ørstadvik, 2002). Det har vokst fram en

brukerbevegelse som en motretning til individualiseringsprosessen i samfunnet med slagordet: «Nothing about me, without me.» Det betyr at alt skal skje i prosesser ledet av brukeren. Flere mener i denne studien at den psykiske lidelsen og ruslidelsen er en hindring for brukermedvirkning og deltagelse. De ansattes oppgave er å ivareta ansvaret når pasienten er for syk til å bære det selv. Tilfriskningen vil komme når brukerens motivasjon og aktive deltagelse rettes mot det selvstendige livet utenfor institusjon (Hummelvoll, Eriksson, & Beston, 2009).

Vi står ovenfor store utfordringer hvis vi skal organisere psykisk helsevern for å få til best mulig kontinuitet for pasientene. Å opprette ambulante team ved inntak og innleggelse, kan være et nyttig virkemiddel når teamet følger brukeren uavhengig av forvaltningsnivå, men å opprette egne ambulante team som skal overta pasienten ved utskrivning, oppleves som relasjonsbrudd og manglende kontinuitet i tjenesten. ACT team kan være et bindeledd for å få til en bedret kontinuitet og forebygge tilbakefall for denne brukergruppen som trenger mye oppfølging. Her bør man la fleksibilitet være en del av den spesialiserte rehabiliteringen.

Å skape tilstrekkelige tjenester i kommunen er en utfordring, mener sykehusansatte. De sykehusansatte synes det er vanskelig å finne fram i kommunale tjenester, det tar lang tid å etablere dem og det skjer mange endringer i tilbudet underveis. De etter spør en superservice som ikke finnes og er urealistisk, mener kommuneansatte. Er det svikt i det kommunale tjenestetilbud eller er det urealistiske forventninger? Trolig begge deler.

Oppsummering

Samarbeidsutfordringer mellom nivåene har vært diskutert i desennier før opptrappingsplanen og samhandlingsreformen. Det er fortsatt et aktuelt tema å bedre rehabiliteringen for pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse innen psykisk helsevern. Studien viser at tverretattlig samarbeid må være i fokus innen psykisk helsevern. Hjelp til å mestre et selvstendig liv handler om å skape arenaer hvor utvikling kan skje. Ved å fokusere på nettverk, aktivitet og interesser, kan vi finne arenaer for selvhjelp og mestring. Opptrappingsplanen ble sluttført i 2008, men vi er ikke i mål. Satsningen framover bør være i utviklingen av gode samarbeidsmodeller. Det er ingen tvil om at det er i kommunen den framtidige satsningen vil komme.

Note

1. Sykehuset har økonomiske stimuleringsmidler, kalt «mobile innsatsmidler», for å stimulere samarbeidet med kommunene. Dette er midler som benyttes til delfinansiering av tjenester i utskrivningsprosesser. Formålet er å finne smidige løsninger mellom tjenestenivåene når det gjelder oppgave og ansvarsforhold. (Ildø K. & Resløyken A. 1994, 2004).

Litteratur

- Berg J., & Oppigård A. (2009). Mot familie- og nettverksentring i psykisk helsevern – fortellinger i en fortelling fra en akuttpsykiatrisk enhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, 310–319.
- Bratthrud, T.L. (2009). *Sammen om gode overganger. Samarbeid mellom psykisk helsevern i kommunen og spesialisthelsetjenesten*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, rapport 20/2009.
- Brodtkorb, E., & Rugkåsa, M. (2007). *Under tak – mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in community – the experiences of people with mental health problems. *Int. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 288–293.
- Granheim, U. H., & Lundmann, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Hald, M., & Hoven S. (2009). Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn – et forsøk på organisering av et helhetlig brukernært spesialisthelsetilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3, 224–233.
- Haugen, K., & Almvik A. (2009). Drømmehjelpe – finnes den? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, 330–338.
- Helsedirektoratet (2009). *Opptrappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport 2008*. (IS-1660). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett stede – til rett tid*. Oslo: Upload www.regjeringen.no.
- Hummelvoll J. K. (2006). Handlingsorientert forsknings-samarbeid. Teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner. *Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 8(1), 17–30.
- Hummelvoll, J. K., Eriksson, B.G., & Beston, G. (2009) *Mennesker med psykiske funksjonshindringer i risikosamfunnet – en hverdagsnær tilnærming*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 13–2009.
- Hummelvoll, J.K. (2010). Flersteg fokusgruppeintervju – en sentral metode i handlingsorientert forsknings-samarbeid. *Tidsskrift for Klinisk Sygepleje*, 3, 4–13.
- Ildø, K., & Resløyken, A. (2004) *Internt notat om bruk av mobile innsatsmidler*. Ottestad: Sanderud Sykehus.
- Landheim, A., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Psychiatric disorders among substance abusers treated in substance abuse field. *Nor Journal Epidemiologi*, 12(3), 309–318.
- Magnussen, G. (2007). *Fou prosjekt. Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten*. Rapport 94178/6064004. Tilgjengelig fra www.ks.no.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2010). *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. *The Cochrane Library*, Issue 3.
- Morgan, D. L. (1997) *Focus groups as qualitative research*, Sage publications, London.
- Mueser, K., Noordsy, D.L., Drake, R.L., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nyttingnes, O., & Skjerve, A.G. (2005). Brist i alle ledd – eller er leddene selv bristen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 170–183.
- Reisæter, G. S. D. (2005). Koordinering i psykiatrien – et grenseflateproblem? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 20, (125), 2821–2.
- Sosial- og helsedirektoratet (1996). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. Stortingsmelding nr. 25. Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Individuell plan. Veileder til forskrift for individuell plan, Veileder*. IS-1253. Oslo.

- Statens helsetilsyn (2000). *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Storaas, J. (2009). *Retningslinjene og dagens virkelighet sett fra brukerståsted*. Foredrag fra konferansen «Jeg fant, jeg fant, Lillehammer [Electronic version]: www.dobbeltdiagnose.no
- Topor, A. (2009). *Trofast terapeut betydde mest. Foredrag på konferansen «Jeg fant, jeg fant.»* Lillehammer: [Electronic version]: www.dobbeltdiagnose.no
- Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet – en analyse. I: Norvoll, R (red). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskaplige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- World Medical Association (2008). *The Declaration of Helsinki (Document 17.C)*. Retrieved 15.11.04.

Summary

Tone Lise Bratrud & Arild Granerud

Concerted Actions for Soft Transitions – Shared Routines and Relationships between the Local Authority and the Psychosis Division of a Psychiatric Hospital

The project focuses on the shared routines and relationships which need to be established between the local authority and the psychosis department of a psychiatric hospital in order to ensure an ideal rehabilitation process for patients with mental problems and related drug problems. The method used in the study is focus group interviews, as part of a co-operative inquiry. The participant works in the hospital and in the cooperating municipalities, and was interviewed separately. The analysis that was used was a qualitative content analysis. The results show that the services for this patient group are poorly developed in the municipalities, and that the coordinating responsibilities are unclear. To be able to succeed, the patient's needs and participation must be in focus. Important factors in the improvement process and the interaction are a good dialogue and relationship. One needs to know each other's roles and functions, and share competence and expectations. Early mapping and common goals can reduce the admission periods in hospitals. Individual plans and interdisciplinary interaction must be emphasised and user-involvement needs strengthening. In the local community, there is a need for arenas for coping and help to self-help. A better cooperation here may be the instrument for a better formulation of the services needed. All administrative levels need user-competence to point out the needs.