

Skulder ved skulder.

Samarbeid i psykisk helse- og rusfeltet i Bærum

Anne Ek

Diakonhjemmet Høgskole

Masteroppgave

Master i Verdibasert ledelse

Veileder: Olav Helge Angell

Antall ord: 27742

02.05.2014

## **Sammendrag**

*Problemstilling for denne studien er: Hvordan arbeider ledere i kommunen og DPS for å bygge opp under Samhandlingsteamets mål om å fremme samarbeid mellom avdelinger og nivåer?*

*Behandling og oppfølging av brukere med ROP-problematikk krever gode og behovstilpassede løsninger på tvers av forvaltningsnivåer og etater (Helsedirektoratet 2012). Ledere i Bærum kommune og i Psykiatrisk senter har gått nye veier og opprettet Samhandlingsteamet, som består av ansatte fra de ordinære tjenestene i ulike stillingsbrøker. Målet er å få til et samkjørt og fleksibelt tjenesteapparat som kan tilby en trygg og stabil forankring med et langtidsperspektiv (Andersen 2013).*

*I gjennomgangen av forskningsstatus har det pekt seg ut noen nøkkelfaktorer som forutsetninger for vellykket samarbeid: At brukeren står i sentrum, at samhandlingen preges av likeverd og respekt og at partene tar felles ansvar. Videre er kompetanseutvikling sentralt. Brukermedvirkning, organisasjonslæring og samarbeid blir belyst teoretisk, likedan Eriksens modell for kommunikativ ledelse (Eriksen 2008).*

*Studien er utført etter kvalitativ metode, med delvis strukturerte intervjuer av fire ledere. Datamaterialet er analysert i henhold til Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (Malterud 2008). Funnene viser at Samhandlingsteamets virksomheter støtter sentrale betingelser for samarbeid. Informantene formidler en sterk brukerorientering, støtter opp under effektive læringsarenaer og ledelse som fremmer ansvar og likeverd. Studien viser hvordan kunnskaper om hva som fremmer samarbeid kan tas systematisk i bruk i et ordinært tjenesteapparat.*

## Innhold

1. Innledning	5
1.1 Tema for studien	5
1.2 Bakgrunn	5
1.3 «Fra stafettpinnepraksis til felles ansvar» - mål og praksis for Samhandlingsteamet i Bærum	7
1.4 Begrunnelse for valg av tema	9
1.5 Samhandling og samarbeid	9
1.6 Mål med studien	10
2. Kunnskapsstatus om samhandling	10
3. Teoretisk forankring	12
3.1 En systemisk grunnlagsforståelse	12
3.2 Brukermedvirkning	13
3.3 Læring i organisasjoner	15
3.4 Organisasjonsteoretiske perspektiv på samarbeid	17
3.4.1 Omkostninger og nytte	17
3.4.2 Samhandling, samarbeid og koordinering	18
3.4.3 Betingelser for samarbeid	20
3.5 En verdibasert ledelsesmodell	22
3.5.1 Ledelse som målformulering, problemløsning og språkskaping	22
3.5.2 Kommunikativ ledelse	22
3.5.3 Ledelse og verdier	23
3.6 Problemstilling	23
4. Metode	25
4.1 Kvalitativt intervju	25
4.2 Gjennomføring av intervjuene	26
4.3 Databearbeiding og analysemetode	27
5. Analyseprosessen	28
5.1 Å få et helhetsinntrykk	28
5.2 Å identifisere meningsdannende enheter	28
5.3 Fra kode til mening	29

6. Funn og diskusjon	30
6.1 Stolthet over egen tjeneste	30
6.1.1 Følge brukerens behov	30
6.1.2 Ansvarlige medarbeidere	32
6.2 Engasjement for brukerne	35
6.2.1 Gode relasjoner	35
6.2.2 Tilgjengelighet	38
6.2.3 KOR og IP som verktøy for brukermedvirkning	40
6.2.4 Erfaringskunnskap som ressurs	43
6.3 Læring på tvers	45
6.3.1 Veiledning og den personlige faktor	45
6.3.2 Samhandlingsutdanningen	47
6.3.3 Læring gjennom samarbeid	47
6.4 Relasjoner til andre tjenester	50
6.4.1 Fordeling av oppgaver	50
6.4.2 Vurdering av kompetanse	52
6.4.3 Vurdering av verdier og holdninger	54
6.4.4 Utvikling av relasjoner og samarbeidsformer	57
6.5 Fornuftig ressursbruk	59
6.5.1 Prioriteringer innenfor tjenestene	59
6.5.2 Samarbeidskostnader	60
6.6 Formelle strukturer	62
6.6.1 Nivåspesifikke strukturer	62
6.6.2 Strukturer knyttet til nivådelingen	64
6.7 Sammenfatning	67
6.7.1 Brukerorientering	67
6.7.2 Læring	69
6.7.3 Oppgavedeling	71
6.7.4 Partenes vurdering av hverandre	71
6.7.5 Mandat for samarbeidet	72
6.7.6 Nye samarbeidsformer	73
6.7.7 Prioritering av ressurser	74
6.7.8 Ledelse som fremmer ansvar og likeverd	75
7. Konklusjon	76

# **1 Innledning**

## ***1.1 Tema***

I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke samarbeidet i rus og psykisk helsefeltet i et område hvor ledere i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har valgt å satse på samhandling i og mellom nivåene som et prioritert område. Samhandlingsteamet i Bærum (SiB) er et to år gammelt samarbeidstiltak mellom Vestre Viken HF /v Psykiatrisk senter i Bærum, og Bærum kommune, og har medarbeidere fra begge disse nivåene. Teamet fanger opp brukere som tjenesteapparatet hittil ikke har klart å hjelpe, med problemer knyttet til alvorlige psykiske lidelser og rus (ROP-problematikk) (Andersen 2013).

I tillegg til direkte oppfølging og behandling driver teamet en utstrakt konsultativ virksomhet til andre deler av tjenesteapparatet på begge nivåer, med bistand til å etablere kontakt med bruker og aktuelt nettverk. Videre arrangeres det en etterutdanning over ett år, hvert kull omfatter ca. 35 nøkkelpersoner fra ulike tjenestesteder på begge nivåer.

Den samlede målsettingen med disse tiltakene er å tilby helhetlige og sammenhengende tjenester på brukernes premisser, eller som teamets leder har uttrykt det: «Fra stafettpinnepraksis til felles ansvar». Det vil være svært interessant å undersøke mer detaljert hva som skjer i et samarbeidsklima hvor så mye er lagt til rette for det vi vet er god behandling (se kap. 1.2). Særlig den tradisjonelt vanskelige samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste vil det være spennende å se nærmere på.

## ***1.2 Bakgrunn***

Stortingsmelding 25 Åpenhet og helhet (Sosial- og helsedepartementet 1996-97) og den påfølgende Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2006) bygget på menneskerettighetstenkning, og la stor vekt på betydningen av helhetlige og sammenhengende tjenester knyttet til brukernes dagligliv. Imidlertid viste evalueringen av Opptappingsplanen at mennesker med store og sammensatte behov fremdeles hadde vanskeligheter med å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet.

Det eksisterer mye kunnskap om hva som hjelper overfor denne brukergruppa, som tilgjengelige, fleksible og sammenhengende tjenester, bistand til å mestre dagliglivet og

kontinuitet i relasjoner. Anbefalinger om behandling og oppfølging for denne gruppa er oppsummert i Nasjonal retningslinje for ROP (Helsedirektoratet 2012). Slik behandling krever gode løsninger på tvers av forvaltningsnivåer og etater. Imidlertid er det flere forhold som vanskeliggjør gode og behovstilpassede løsninger på tvers. Nivådelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og framveksten av NPM i offentlig sektor har bidratt til at tjenesteapparatet er blitt tiltagende fragmentert og kostnadsorientert (Eriksen 2008). Samtidig som brukernes problematikk er svært sammensatt, ikke minst knyttet til rus, har vi fått en oppsplitting av behandlingslinjer, regelstyring og økte resultatkrav. Eriksen skriver at velferdsstatens kollektive forsikring mot den usikkerhet og risiko som truer individers og gruppers inntekt, helse og omsorg, stadig blir mer utfordret av den individualiserende rettighetstenkningen og økonomiske effektivitetslogikken som råder (Eriksen 2008, s. 93).

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) går ut på at kommunene skal overta flere oppgaver knyttet til forebygging og helhetlig tenkning. De skal også ha en større rolle i behandling og oppfølging, særlig av kronisk syke. Dette styres av økonomiske incitamenter og rammer for samarbeidet mellom de to nivåene. Et viktig virkemiddel er at kommunene har økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Melby og Tjora beskriver alt i alt fem hovedgrep i samhandlingsreformen (Melby og Tjora 2013, s.16). Det første er å skape en sterkere og klarere pasientrolle, ved blant annet økt brukermedvirkning i utforming av tilbudene. Det andre grepet er at kommunene skal ha en større rolle når det gjelder helhetlig tenkning. Grep nummer tre handler om økonomiske virkemidler. Det fjerde grepet dreier seg om at spesialisthelsetjenestens kompetanse skal brukes mest mulig hensiktsmessig, og det femte at man skal utvikle et bedre koordinert beslutningssystem for helse- og omsorgstjenestene. Foreløpig omfatter reformen bare somatikk, men utviklingen av psykisk helsefeltet må uansett forstås med Samhandlingsreformen som en del av bakteppet. I 2013 kom «Sammen om mestring». Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet 2013). Her understrekes behovet for å samarbeide om helhetlige og koordinerte tjenester, med brukerperspektivet som overordnet prinsipp. Videre pekes det på noen virkemidler for å bedre samhandlingen mellom forvaltningsnivåer og etater, blant annet at spesialisthelsetjenesten og kommunene inngår lokale avtaler om oppgavedeling og utforming av tjenester. Brukerstyrte og ambulante tjenester hvor nivåene samhandler skal videreutvikles, og elektronisk

kommunikasjon skal tas i bruk. Det understrekes at spesialisthelsetjenesten skal understøtte, ikke erstatte, kommunale tjenester.

I 2010 bevilget Helsedirektoratet midler til 14 ACT team (Assertive Community Treatment) i et prosjekt over tre år. ACT-teamene kjennetegnes av et forpliktende samarbeid mellom spesialistnivå og kommunenivå, er tverrfaglige og arbeider aktivt oppsøkende (Nasjonal kompetansetjeneste ROP 2013). Målet for ACT-teamene er å sikre et helhetlig og kontinuerlig helsetilbud til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse, og store og sammensatte behov. Modellen har diagnosebaserte inntakskriterier, og vektlegger at fagutøverne oppfyller utfyllende retningslinjer for praksis. Denne nasjonale satsingen kan forstås som et svar på at stadig flere brukere faller utenfor de tradisjonelle behandlingstilbudene. Nå foregår det en bredt anlagt evaluering av ACT-teamene. Oppsummeringen etter ett års drift viser at teamene gir tilbud til 381 personer av de totalt ca. 4-5000 man beregner har behov for slik oppfølging på landsbasis.

### ***1.3 «Fra stafettpinnepraksis til felles ansvar». Mål og praksis for Samhandlingsteamet***

Utgangspunktet for Samhandlingsteamet har vært at brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester har vært en sårbar gruppe, mange har opplevd at de ikke passer inn og har blitt skjøvet fram og tilbake mellom ulike instanser (Andersen 2013). De har store og sammensatte problemer som kan være knyttet til den psykiske helsen, til rusmisbruk og til fungering i dagliglivet. Vanlige kjennetegn er langvarige og ustabile sykdomsforløp, brudd i behandlingsrelasjoner, gjentatte og krisepregede innleggelser, store begrensninger i sosial fungering, manglende sosial støtte og stabilitet i bosituasjon, høy risiko for negative konsekvenser ved tilbakefall, begrenset effekt av tidligere behandling, og stort behov for hjelp til koordinering av sosial- og helsetjenester for å kunne nyttiggjøre seg etablerte tiltak (ibid s. 320). Målet er å få til et samkjørt og fleksibelt tjenesteapparat som kan tilby en trygg og stabil forankring med et langtidsperspektiv. Til forskjell fra ACT-modellen ønsker en å etablere dette tilbudet i det ordinære tjenesteapparatet i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Inntak er ikke diagnosebasert og alder sees på som uvesentlig. Det eneste eksklusjonskriteriet er stabil kontakt med hjelpeapparatet, i slike tilfeller vil teamet tilby veiledning til de eksisterende kontakter.

Teamet består av ansatte i ulike deler av det ordinære tjenesteapparatet, og det er inngått avtaler om tjenestegjøring i Samhandlingsteamet i en stillingsbrøk. Til sammen består teamet av 14 personer i ca. 5 stillinger som fordeler seg på psykiater, psykiatrisk sykepleier, psykologer, sosionomer, psykisk helsearbeider, vernepleier og erfaringskonsulent. Den samlede kompetansen dekker feltene psykiatri, psykisk helse, rus/avhengighet, bolig/sosial, NAV-arbeid, rehabilitering og erfaringsbasert kunnskap. Teamet møtes ukentlig til felles møte og inntak, og jobber ellers ambulant. Det er alltid en medarbeider fra kommunen og en fra spesialisthelsetjenesten på hver sak.

Det arbeides etter tre prinsipper:

1. Inntak i teamet, hvor brukeren får en direkte behandlingskontakt. Det vil si at brukeren oppfyller kriteriene alvorlige psykiske helseproblemer og/eller rusavhengighet og stor funksjonssvikt, har en ustabil livssituasjon og mangler kontakt med hjelpeapparatet. Hun/han blir da aktivt motivert til å ta imot behandling fra relevante tjenester.
2. «Skulder ved skulder». I tilfeller hvor brukeren fyller inntakskriteriene men i utgangspunktet har en behandlingskontakt, tilbyr en av teamdeltakerne utvidet veiledning/støtte og aktiv bistand. Dette er alltid en person fra motsatt forvaltningsnivå av der behandlingskontakten befinner seg.
3. Systematisk veiledning til tjenestesteder som har særlig bruk for denne type kompetanse, eller som mangler veiledningstilbud.

Parallelt med teamets arbeid gjennomføres det en forskningsbasert evaluering hvor de sentrale elementene er (ibid.):

- Vurderinger av teamets praksis, og effekt av denne sett ut fra brukernes individuelle opplevde endringer i livssituasjon, funksjonsnivå og psykisk helse/rusproblematikk.
- Hvilken betydning teamets praksis har for tjenesteapparatets utøvelse av praksis for øvrig.



## ***1.4 Begrunnelse for valg av tema***

I kapittelet over har vi sett at gode tilbud til ROP-brukere krever tilgjengelige og fleksible tiltak i et forpliktende samarbeid på tvers av etater og nivåer. Seinere skal vi se på en rekke formelle og uformelle strukturer som er til hinder for slikt samarbeid. Det vil også være ulike forhold knyttet til holdninger, verdier, kompetanse og yrkesroller som vanskeliggjør samarbeidet (Nordhaug 2012). For det tredje ser vi at det er et stort, udekket behov for virksomme tilbud til denne gruppa. Dette er en utsatt og sårbar brukergruppe som sjelden stiller krav på egne vegne, denne gruppa «sitter nederst ved bordet» som Ansgar Gabrielsen uttrykte det i sin periode som helseminister (Vaaland 2007). Dette er også min erfaring ut fra mange års arbeid med denne brukergruppa i indre Oslo øst. Vi har mye kunnskap og gode intensjoner, men vi sliter fortsatt med store hindringer for å få til et effektivt og godt samarbeid. En enkeltfaktor jeg vil peke på utfra egne erfaringer er hvordan gjentatte og omfattende omorganiseringer torpederer møysommelig oppbygde samarbeidsrelasjoner. Brukernes behov har sjelden vært utgangspunktet for disse omorganiseringene, derimot eksisterer det etter min oppfatning en utbredt tendens til å unnlate å ta disse brukerne på alvor, og behandle dem med den respekt som burde tilkomme alle våre medmennesker. Samhandlingsteamet i Bærum synes å være et eksempel på at ledere på begge nivåer har hatt mot og vilje til å gå nye veier, ta brukerne på alvor og tilrettelegge for en systematisk samhandlingspraksis. Etter min oppfatning ser dette ut til å være et nybrottsarbeid som det kan være vesentlig å løfte fram og lære av.

## ***1.5 Samhandling og samarbeid***

For en foreløpig avklaring av hva jeg legger i begrepene samhandling og samarbeid, støtter jeg meg til Knudsen (Knudsen 2004). Samhandling blir her definert som en enkelt transaksjon. Samarbeid forstås som en serie med samhandlinger, hvor hver enkelt samhandling blir sett i lys av hele serien. Ordet samarbeid har også en positiv valør som innebærer at «selvstendige enheter justerer sin atferd og politikk, slik at samhandlingen kan skje rasjonelt, uten konflikt og konkurranse, og med best mulig ressursutnyttelse og best mulig ytelse totalt sett» (Knudsen 2004, s. 26). Ut fra dette synes jeg begrepet samarbeid er mest dekkende for de fenomenene som belyses i denne studien, og jeg bruker det gjennomgående. En utdyping av begrepene finnes i kapittel 3.

## ***1.6 Mål med studien***

Det overordnede målet med denne studien er å undersøke og beskrive samhandlingspraksis innen og mellom to organisasjoner hvor det i stor grad er tilrettelagt for samarbeid. Jeg vil gjerne få kunnskap om hva tjenesteledere støtter seg til i daglig arbeid, og hvordan de håndterer utfordringer og hindringer for å få til god samhandling. Jeg er nysgjerrig på hvilken rolle verdier som likeverd, ansvar og respekt har hos de ansatte, og hvordan de praktiserer brukermedvirkning. Jeg lurer også på hvordan læring og kompetanseoverføring i organisasjonene påvirker praksis.

## **2 Kunnskapsstatus om samhandling i psykisk helsefeltet**

Kunnskapssenteret har siden 2008 gjort flere kunnskapsoppsummeringer om samhandling i relasjon til psykiske helseproblemer. Disse bygger gjennomgående på amerikanske rapporter og konklusjonene kan dermed ikke uten videre overføres til norske forhold. Jeg har trukket ut hovedkonklusjonene fra de to rapportene jeg anser som mest relevante: I «Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis» (Kunnskapssenteret 2008) fant man følgende faktorer som syntes å fremme samhandling: organisatorisk forankring av tiltaket på alle nivåer, integrering av spesialisthelsetjenester, fokus på helhetlig pasientforløp og aktiv oppfølging, opplæring av lege og pasient og gode rutiner for tilbakemelding til lege. Imidlertid pekte en på at tiltak som inkluderer samhandling er kostbare og ikke lønner seg i et helseøkonomisk perspektiv. I rapporten «Partnerskap mellom offentlige, private og frivillige organisasjoner brukt til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten..» (Kunnskapssenteret 2012) identifiseres og beskrives to modeller for slikt partnerskap. De er blant annet kjennetegnet av ressurstenkning og felles ansvar for å realisere primærhelsetjenestens potensial, brukermedvirkning og leder- og medarbeiderforankring.

Rapporten «De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering» (SINTEF Helse 2007) omhandler en undersøkelse i 67 norske kommuner og tre DPS om arbeid med brukere som oppleves særlig ressurskrevende. Samtidighet og felles ansvar, respekt og likeverd framheves her som kjerneelementer i et godt samarbeid. Andre viktige faktorer er strukturerte og gode rammebetingelser, som gode samarbeidsavtaler.

Kompetanseutvikling, herunder relasjons- og samhandlingskompetanse og brukererfaringer, er vesentlig. Faktisk nevnes også det å ta vare på ildsjeler som en suksessfaktor.

Betydningen av læringsnettverk understøttes i Rambølls rapport «Evaluering av SEPREP Tverrfaglig utdanningsprogram knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)» (Sosial- og helsedirektoratet 2005). På bakgrunn av data fra spørreskjema, intervjuer og casebesøk var en av konklusjonene at programmet hadde bidratt positivt til å øke forståelse og gjensidig respekt mellom faggruppene på tvers av kommuner og spesialistnivå. I hvilken grad programmet hadde styrket det daglige samarbeidet på tvers, var imidlertid varierende og avhengig av om programmets intensjoner ble støttet av ledelsen.

Liv Bye Hansens «Samhandling på tvers. Utvikling av samhandlingskompetanse i et læringsnettverk» (Høgskolen i Sør-Trøndelag 2004) beskriver en prosess over ett år med mål om kompetanseheving innen samhandling mellom tjenester, profesjoner, kommuner og nivåer i fem kommuner og det tilhørende DPS. Virkemidler i prosjektet var kollegabasert konsultasjon kombinert med felles undervisning. Bye Hansen fant at sentrale faktorer i samhandlingen mellom nivåene er tydelighet og nødvendig selvhevdelse bygget på likeverd. Dette oppnås ved at partene møtes over tid og utvikler samspillsprosesser basert på gjensidig respekt og anerkjennelse.

Oppsummeringsvis peker det seg ut noen nøkkelfaktorer som forutsetninger for vellykket samhandling: At brukeren står i sentrum, at samhandlingen preges av likeverd og respekt og at partene tar felles ansvar. Videre er kompetanseutvikling sentralt. Det er også nødvendig med gode strukturer og rammer, og en tydelig ledelsesforankring.

Rapporten «Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene» (SINTEF helse 2013) baserer seg på data fra spørreskjema til 3122 ROP-pasienter i døgnbehandling, og deres behandlere. Forskerne slår fast innledningsvis at det finnes lite forskning fra før som omhandler samhandling om pasienter med psykiske lidelser og/eller ruslidelser, og målet med prosjektet er å få mer kunnskap om samarbeidet på pasientnivå mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. En av konklusjonene er at om lag en fjerdedel av innleggelser i spesialisthelsetjenesten kunne vært unngått hvis samarbeidet mellom nivåene hadde vært bedre. Ved siden av å peke på det åpenbare behovet for å bygge ut tilbud i kommunene, mener forskerne det er mest å hente på at pasientene får samtidig tilbud fra kommuner og spesialisthelsetjenester. En litt pussig tendens gjennom rapporten er å angi manglende

motivasjon hos pasientene som problem. De mener det er behov for mer forskning om hva som kan motivere pasienter til å ta imot behandling og oppfølging.

Her kan det se ut til at forskerne ikke har tatt hensyn til tidligere forskning som oppsummerer brukererfaringer. Eksempelvis Marit Borg og Alain Topor har dokumentert grundig hvor avgjørende det er at hjelpen gis på brukerens premisser. Et annet gjennomgående premiss er at brukeren opplever relasjonen til hjelperen som likeverdig, og at hjelperen engasjerer seg personlig. (Borg og Topor 2007, Borg 2011).

Rapporten Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnose (TEDD): - en behandlingsmodell til etterfølgelse og læring? (Borge m. fl. 2012) trekker opp hovedlinjene fra driften av avdelingen i de fire årene den eksisterte, og hvilke resultater man oppnådde. Konklusjonene bygger på en kombinasjon av kvantitative og kvalitative data. TEDD var en døgnavdeling for dårlig fungerende ROP-pasienter som i mange tilfeller ikke hadde nyttiggjort seg behandling tidligere. Nå la man opp til en integrert og fleksibel behandlingsmodell med blant annet kognitiv miljøterapi, fysisk aktivitet og undervisning. Målet var å gi pasientene en vesentlig bedret tjeneste med integrert psykisk helse- og rusbehandling og samarbeid mellom etater og nivåer. De ansatte utgjorde et tverrfaglig miljø fra mange ulike profesjoner, og man vektla å være en lærende organisasjon (noe også følgeforskningen bidro til). Effektmålingene viste signifikant bedring hos pasientene. Til sammen tydet resultatene på at både pasienter og personale opplevde et læringsklima med en engasjert faglig ledelse, respekt og likeverdig samarbeid, og individuelle og fleksible behandlingsopplegg. Dette bidro til å motivere pasientene.

### **3. Teoretisk forankring**

#### ***3.1 En systemisk grunnlagsforståelse***

Gro Harlem Brundtland blir husket for sitatet «alt henger sammen med alt». Vi kan finne et teoretisk grunnlag for dette i systemisk tenkning. I motsetning til en tradisjonell lineær årsaksforståelse hvor et fenomen eller en hendelse, en virkning, kan føres tilbake til en årsak, tilbyr systemteorien en sirkulær årsaksforståelse (Bateson 1972). Vi kan tenke oss dette som en spiral, hvor nye elementer hele tiden henger seg på spiralen og påvirker dens form videre. Hva vi oppfatter som årsak og virkning, vil avhenge av hvilket utsnitt av spiralen vi ser.

Videre er systemteori til hjelp for å forstå og analysere menneskelig samspill. Dette samspillet er å forstå som en kontinuerlig prosess, som påvirkes av den enkeltes perspektiv og virkelighetsoppfatning, og den kommunikasjon som foregår (Jensen 1994).

I dette kapitlet vil jeg belyse teoretisk det jeg oppfatter som de tre hovedtemaene for denne studien: brukervedvirkning, læring i organisasjoner og samhandling. Forhåpentligvis vil vi også se hvordan elementer i disse temaene kan gripe inn i og påvirke hverandre.

### **3.2 Brukervedvirkning**

«To deny the importance of subjectivity in the process of transforming the world and history is naive and simplistic.» Dette sitatet er hentet fra Paolo Freire (Freire 1972), og slår an et fenomenologisk perspektiv på menneskelig eksistens. Det er med utgangspunkt i min og den andres genuine opplevelser og erfaringer at dialog kan finne sted. Denne posisjonen utdypes i essayet «Deltakar og tilskodar» (Skjervheim 1976). Her redegjør Skjervheim for hvordan språket utgjør en felles verden, og gjør oss i stand til å møte hverandre som subjekt til subjekt, delta i den andres liv og la oss berøre - med likeverd og respekt som nødvendige forutsetninger. Synet på brukeren som en selvsagt og likeverdig aktør må forstås i lys av dette perspektivet.

Videre er empowerment sentralt som bakteppe for brukervedvirkning. Empowerment har sitt opphav blant annet i den amerikanske borgerrettsbevegelsen på 1970-tallet, og samler opp ulike strømninger som kritiserer marginalisering og umyndiggjøring av utsatte grupper (Askheim 2005). Selve begrep indikerer myndiggjøring og overføring av makt.

Empowermentideologien bygger på Freires tanker om at de undertrykte kan oppnå menneskelig verdighet og endrede samfunnsforhold gjennom kritisk dialog og bevisstgjøring (Freire 1972). I forordet til den norske utgaven «De undertryktes pedagogikk» (Freire 2006) oppsummerer Eva Nordland hans pedagogikk kort og presist: Han ville skape et læremiljø basert på dialog og refleksjon, hvor lærestoffet ble bestemt av hva som var viktig for eleven. Overordnet handlet det om hvordan et menneske gjennom bevisstgjøring skulle bli deltaker i et likeverdig fellesskap, og bygge opp sin identitet ved å ta ansvar i eget miljø.

Empowermentideologien har vært, og er fortsatt, viktig for ulike grupper av tjenestemottakere som krever rett til selv å definere behovene sine og bestemme hvordan de vil leve sine liv. I dette perspektivet blir brukervedvirkning mer enn et hensiktsmessig og effektivt prinsipp for

å få til treffsikre tjenester. Slettebø framhever den demokratiske begrunnelsen, hvor det dreier seg om en rettighet som skal bidra til at brukeren «beholder eller gjenvinner sin borgerstatus – statusen som likeverdig, kompetent og meningsberettiget samfunnsmedlem.» (ibid. S. 78). Brukermedvirkning er et mangetydig begrep som betegner ulike praksiser knyttet til at brukeren skal ha innflytelse på de tjenestene han eller hun mottar. Ifølge Kjellevold betyr dette å medvirke ved planlegging, utforming, gjennomføring og evaluering av tiltaket (Kjellevold 2005). Jeg velger å støtte meg til Slettebø og Seim, som anvender begrepet om praksisformer hvor brukeren både deltar og har innflytelse (Slettebø og Seim 2007). Forfatterne nevner noen sentrale områder hvor det er fruktbart å tenke deltakelse og innflytelse:

- Å bestemme om et problem eksisterer
- Å definere hva problemet gjelder
- Å avgjøre om det skal gjøres noe med problemet
- Å velge mellom ulike former for hjelp
- Å initiere, vedlikeholde eller avslutte kontakten

Brukermedvirkning kan deles inn i tre nivåer. Det første er det individuelle, som er skissert ovenfor. På systemisk nivå vil brukererfaringer systematiseres og føres tilbake til tjenesteapparatet, slik at de påvirker videre utvikling og kvalitetssikring av tjenestene. Endelig har vi det politiske nivået, som innebærer at brukerrepresentanter deltar i råd og utvalg, og påvirker prosessen forut for politiske beslutninger.

Brukermedvirkning er hjemlet gjennom ulike bestemmelser i helselovgivningen. Disse skal ivareta aspekter av brukermedvirkning som likeverd og respekt, informasjon, individuelt tilpassede og samordnede tjenester og utforming av tjenestetilbudene. Retten til individuell plan er kanskje det mest konkrete utslaget av brukermedvirkning som er lovfestet (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Rådende og anbefalte behandlingsmodeller i ROP-feltet i dag har trekk ved seg som vi kan gjenfinne i tenkningen om empowerment. Det dreier seg om åpne og ressursorienterte modeller, hvor læring og mestring står sentralt og samarbeid er en forutsetning. Her kan nevnes metoder som motiverende intervju (Barth 2005), kunnskapsbasert familiesamarbeid (Fjell 2008) og kognitiv atferdsterapi (Chadwick 2007). Fra bedringsprosessforskningen har

vi et stort tilfang av kunnskap om hva som virker, hvor stikkord er respekt og likeverdige relasjoner (Borg og Topor 2007). Utgangspunktet for Borg og Topors teorier er omfattende forskning på bygget på brukeres erfaringer om hva som virker og er god behandling. Bedringsprosessbegrepet indikerer at dette har brukernes ståsted som utgangspunkt og perspektiv, i motsetning til tradisjonell forskning basert på behandleres vurderinger. Derfor består dette kunnskapstilfanget per definisjon av virksomme metoder, det representerer en systematisering av brukeres erfaringer om hva som virker. Bedringsprosessstenkningen må sies å i stor grad bygge opp under viktige elementer i brukermedvirkning. Likevel vet vi at mange brukere med ROP-problematikk er uten virksomme tilbud, særlig de med behov for omfattende og sammensatte tjenester. Det er et gap mellom hva vi vet virker, og den behandlingen og oppfølgingen som tjenestene tilbyr.

### ***3.3 Læring i organisasjoner***

Vilkårene for læring i en organisasjon, eller læringsmiljøet, kan defineres som «..summen av de forhold i en organisasjon som virker inn på de ansattes og arbeidsgruppens muligheter til å tilegne seg og utveksle kunnskaper og ferdigheter» (Nordhaug 2012, s. 195). Læring skjer både formelt og uformelt. Nordhaug understreker den store betydningen uformell overføring av kunnskaper og ferdigheter mellom ansatte har.

Samhandlingsteamet har satt i gang og drifter et formelt læringsnettverk. Det dreier seg om en ettårig utdanning hvor ca. 35 deltakere fra de ulike tjenestestedene i kommunen og DPS treffes til undervisning en gang i måneden. I tillegg er deltakerne delt inn i grupper på tvers av profesjoner, tjenestesteder og nivåer. Gruppene arbeider med casestudier på samlingene, og deltakerne får caseoppgaver som de diskuterer med kollegaer på egne arbeidsteder mellom samlingene – for så å ta refleksjoner og synspunkter tilbake til utdanningsgruppa. For de enkelte tjenestestedene innebærer dette at deltakerne i utdanningsprogrammet må avses for å følge undervisningen. I tillegg må det settes av tid for hele personalgruppa til drøfting av caseoppgaver mellom hver samling.

Når vi skal gå nærmere inn på forhold som kan være av betydning for læring i vår kontekst, velger jeg å ta utgangspunkt i det Peter Senge kaller kjærnedisipliner: Personlig mestring, mentale kart, felles visjon og teamlæring (Senge 2006, s.132). Disiplinene utfyller hverandre

og må sees i sammenheng. Til sammen utgjør de en vei mot læring og utvikling i organisasjonen.

*Personlig mestring* handler i denne sammenhengen om å nå et visst nivå av profesjonalitet, hvor den enkelte fagutøver er dedikert til sin egen livslange læring. Senge sier at ingen organisasjon kan ha større kapasitet for læring enn dens enkeltmedlemmer, slik blir menneskenes engasjement og investering en forutsetning for at organisasjonen lærer og utvikler seg. Når dette engasjementet blir en livsstil, peker Senge på to dimensjoner det tar opp i seg: For det første at vi kontinuerlig arbeider med å skille det som er viktig for oss, fra uvesentligheter, at vi følger et overordnet mål eller en visjon. For det andre, at vi er i stand til å vurdere de realitetene vi står overfor. Til sammen utgjør disse dimensjonene en «kreativ spenning» som hjelper oss å finne løsninger på det vi står overfor (Senge 2006, s. 132). Mennesker med et høyt nivå av personlig mestring har god personlig innsikt, er kontinuerlig bevisst på sine egne svake områder og ser på livslang læring som naturlig og nødvendig. De vil også se på seg selv som en naturlig del av et fellesskap.

*Mentale kart* er inngrodde og ofte ubevisste antakelser, generaliseringer og forestillinger som bestemmer hvordan vi oppfatter og forholder oss til verden. Som i Keiserens nye klær, hvor folks forestillinger om keiserens verdighet ikke tillot dem å se ham som naken, blir vår oppfatning av folk rundt oss i stor grad bestemt av de bildene og fortellingene vi har i hodet. Jo mer disse kartene er skult for oss, jo mer begrenser de vår evne til å tenke klart og handle klokt. For at en organisasjon skal lære, utvikle seg og løse nye oppgaver, er det nødvendig at medlemmene i organisasjonen hjelper hverandre å bli bevisst på inngrodde tankemønstre og antakelser. Senge viser til Argyris når han sier at folk handler ikke alltid i samsvar med de teoriene de forfekter, men alltid i samsvar med de som er skult (Senge 2006, s. 164). Det sier seg selv at å utfordre hverandres mentale kart krever gode og tillitsfulle relasjoner og åpen dialog i organisasjonen.

*Felles visjon* omhandler mål, verdier og et omforent bilde av hva organisasjonen vil oppnå. Felles visjon har medlemmenes personlige visjoner som grunnlag, fordi det en selv tror på er grunnlaget for energi og engasjement. Vi ser at felles visjon er nært knyttet til disiplinen personlig mestring. Senge sier at en felles visjon utløser medlemmenes kreative spenning og gjør dem i stand til å handle langt utover sin egen komfortsone (Senge 2006, s. 197). Den felles visjonen er ikke avvikende fra den personlige, men blir tydeligere og mer nyansert. Det at en bærer visjonen i fellesskap utløser optimisme og tro på at det nytter.



For at visjonen skal ha oppslutning må den vanligvis skapes nedenfra, i et samspill mellom ledelse og de ansatte. Seinere skal vi se på en modell for ledelse som ivaretar dette viktige aspektet.

*Teamlæring* innebærer at teamet oppnår resultater som langt overgår summen av det de enkelte medlemmene kunne gjort på egen hånd. Likevel er teamlæring også forbundet med vekst og utvikling for den enkelte. Populært sagt handler det om å spille hverandre gode. Senge understreker at læring i team ikke kan skilles fra teamets ferdigheter, her er det ingen læring uten praksis. Grunnlaget for teamlæring er dialog, hvor medlemmene kan dele erfaringer og utforske sine forestillinger og oppfatninger. Slik dialog forutsetter at teammedlemmene ser på hverandre som likeverdige kollegaer.

*Den femte disiplin* er systemtenkning. Den samler opp de fire første disiplinene og integrerer dem til et sammenhengende hele av teori og praksis. En viktig del av dette er at menneskene i organisasjonen ser på seg selv som ansvarlige og handlende, og er med på å skape sin egen virkelighet.

Slik Samhandlingsteamet presenterer seg, finner vi gode forutsetninger for at de fem disipliner kan være virksomme. Andersen understreker at samhandling ikke er for spesielt interesserte, derimot er det en kultur som må nedfelles hos alle og kontinuerlig utøves i praksis (Andersen 2013). Dette kan være eksempel på at enkeltpersoners holdninger og handlinger inngår i en helhet skapt av ansvarlige medarbeidere. Dette gir ifølge Senge et løft og tro på at felles innsats nytter, noe som utløser kapasitet for å løse vanskeligere oppgaver enn det som ellers hadde vært mulig.

### ***3.4 Organisasjonsteoretiske perspektiv på samarbeid***

#### **3.4.1 Omkostninger og nytte**

I det følgende vil jeg ta utgangspunkt i Harald Knudsens modell for å analysere samarbeid i og mellom organisasjoner (Knudsen 2004). Hovedpoenget her er å undersøke betingelsene for bedre samarbeid i offentlig sektor, for å bedre kapasitetsutnyttelsen og øke den samlede kompetansen. Målet er å oppnå bedre og mer fleksible tjenester til klienter og brukere.

Knudsen sier at aktører i organisasjonene alltid er preget av etablerte tankebaner, normer og verdier, i vid forstand en organisasjonskultur, som utgjør de viktigste barrierene for økt

samhandling. Å få til bedre samarbeid krever bevissthet om behovet for bedre tjenester, og at aktørene er villige til å ta i bruk nye samarbeidsformer.

Videre forutsetter Knudsen at all samhandling er basert på ytelse mot motytelse, det vil si at det foregår en transaksjon. Transaksjoner er forbundet med kostnader, i vår sammenheng kan det eksempelvis være samarbeidsmøter og inngåelse av avtaler. Helt konkret vil det at flere instanser er involvert i samme sak bety redusert offentlig refusjon og økte personalkostnader. Hvis samhandling likevel finner sted, er det altså på tross av at dette ikke lønner seg i et kortsiktig økonomisk perspektiv. Aktørene velger å se bort fra transaksjonskostnadene, i tillit til at ytelsene går begge veier: Jeg hjelper deg i dag, du hjelper meg i morgen. At det er tillit mellom partene og at samarbeidet oppfattes som nyttig, er avgjørende for samarbeidet.

Dette synet utdypes hos Tolbert og Hall (2009, s. 173). Disse forfatterne peker på to menneskelige fellestrekk som er relevante her: begrenset kapasitet til å tenke langsiktig, og manglende tro på at den man skal utveksle tjenester med handler i god mening. Det siste forsterker det første. Har man derimot tillit til den man skal samarbeide med, blir det også lettere å tenke at samarbeidet kan justeres etter endrede behov.

### **3.4.2 Samhandling, samarbeid og koordinering**

Wikipedia definerer begrepet samhandling som «koordinering og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkelt person eller institusjon har et totalansvar for prosessen, f. eks. å lande et fly. Prosessen må derfor finne sted i forhandlinger mellom aktørene». Det pekes også på at samhandling foregår mellom og på tvers av ulike nivåer, organisasjoner, spesialiteter og profesjoner, noe som i aller høyeste grad er tilfellet for den samhandlingsarenaen vi skal undersøke i dette prosjektet. Metaforen om å lande et fly er svært treffende fordi den tydeliggjør at manglende samhandling kan få katastrofale følger for de som er involvert, riktignok mindre synlig for omverdenen enn et flyhavari.

Fra faglitteratur velger jeg å ta utgangspunkt i definisjonen til Weinstein, Whittington og Leiba (2003, s. 15) av *collaboration*. Dette er summen av kunnskaper, ferdigheter og motiver som fagutøvere anvender for å oppnå:

- Formelt og systematisk samarbeid (som for eksempel i tverrfaglige team)
- Mindre formalisert samarbeid mellom profesjoner og organisasjoner som oppstår i forsøk på å vurdere, skaffe, arrangere og evaluere tjenester
- Deltakelse, empowerment og sosial inkludering av brukere og fagutøvere

I denne nokså vide definisjonen er det innbakt både et kunnskaps- og holdningsperspektiv som vi finner igjen i grunnlaget for Samhandlingsteamet.

Både i litteraturen og i praksis brukes begrepene over litt om hverandre. Knudsen's avgrensninger har utgangspunkt i offentlig sektor, hvor handlinger og prosesser er viktigere enn forordninger og vedtak, og hvor det forutsettes at den enkelte organisasjon ikke gir opp sin autonomi (Knudsen 2004). Ordet *samhandling* brukes da om den enkelte transaksjon, altså ytelse mot motytelse. I den sammenhengen vi skal undersøke må dette forstås vidt, for eksempel som en tjeneste hvor motytelsen er anerkjennelse og takknemlighet. *Samarbeid* brukes om en serie med samhandlinger, hvor hver enkelt handling vurderes i lys av hele serien. Imidlertid har ordet samarbeid en dobbelt betydning, en positiv valør som innebærer at «selvstendige enheter justerer sin adferd og politikk, slik at samhandlingen kan skje rasjonelt, uten konflikt og konkurranse, og med best mulig ressursutnyttelse og best mulig ytelse totalt sett» (Knudsen 2004, s. 26). Vi skal komme tilbake til betingelser for slikt samarbeid.

*Koordinering* innebærer styring eller samordning av transaksjonsstrømmen, altså av samarbeidet. Siden vi i vårt tilfelle snakker om koordinering mellom selvstendige enheter i ulike linjer, må koordineringen først og fremst skje gjennom gjensidig tilpasning og samarbeid mellom partene, vi snakker da om et utvekslingsperspektiv. Alternativt kan vi ha et mandatperspektiv. Dette innebærer at en overordnet myndighet griper styrende inn og utarbeider et mandat for koordineringen. Ofte vil samarbeidet være resultat av en kombinasjon mellom utvekslings- og mandatperspektivet.

Samhandlingsreformen må sies å være et eksempel på mandatperspektivet. Her har forvaltningen lagt sterke føringer på at arbeid innen helse og omsorg skal koordineres mellom forvaltningsnivåene. Dette er forsøkt konkretisert i veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet 2013). Når Knudsen sier at mandatperspektivet ofte i praksis er en forlengelse av utvekslingsperspektivet, stemmer kartet med terrenget i den forstand at det er aktørene selv som må finne ut av hvordan dette samarbeidet skal faktisk skal foregå (Knudsen 2004, s.26).

### 3.4.3 Betingelser for samarbeid

Knudsen trekker særlig fram tre betingelser for å lykkes med samarbeid (Knudsen 2004). Den første er *domenekompatibilitet*. Dette innebærer at samarbeid er nyttig ut fra fordelingen av oppgaver mellom de forskjellige enhetene. Enheter med helt forskjellige domene vil ha lite til felles, og dermed lite å tilby hverandre. Hvis enhetene har fullstendig overlappende domene, det vil si de samme funksjonene i samme geografiske område, får vi konkurranse og stort konfliktpotensial. Enhetene vil også ha nokså like ressurser og lite å tilby hverandre av den grunn. Den gunstige situasjonen for samarbeid er mellomkategorien, det vil si delvis overlappende domene. Dette gir muligheter for å betjene samme brukergruppe med flere tilbud samtidig og utfylle hverandres kompetanse, noe som er helt i tråd med det Samhandlingsteamet ønsker å oppnå.

Spørsmålet om domene henger sammen med i hvilken grad oppgavene kan spesifiseres på forhånd, *oppgavespesifiserbarhet* (Knudsen 2004). Ifølge helselovene er avgrensningen av oppgaver grovt sett slik at spesialisthelsetjenesten har ansvar for utredning og behandling, mens kommunene skal bistå med bolig, arbeid/aktiviteter, økonomi, omsorg og mestring av dagliglivet (Helsedepartementet 2010, 2012). I psykisk helsefeltet har vi i utgangspunktet overlappende oppgaveområder, for eksempel er det vanskelig å tenke seg et behandlingsforløp uten at det berører mestring av dagliglivet, eller uten at det har et aspekt av omsorg i seg. De brukerne vi snakker om i denne studien har dessuten store og sammensatte behov som krever kreative og fleksible løsninger, på brukerens egne premisser. Følgelig ser det ut til at vi her har både delvis overlappende domene, og lav spesifiserbarhet av oppgavene.

Den neste betingelsen er *ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet*. Det innebærer oppfatninger av hva som er god behandling og gode arbeidsmåter, og hva egen enhet og samarbeidende enheter står for. Videre dreier det seg om vurdering av hverandres faglige nivå, at en vurderer hverandre som kvalitetsmessig like gode og dermed har respekt for hverandres arbeid. Partenes vurdering av hverandre har stor betydning både for effektiv kommunikasjon, og for hvordan praktiske oppgaver løses. Knudsen mener at profesjonstilknytning er den enkeltvariabelen som kanskje har størst innvirkning på hvordan partene vurderer hverandre (Knudsen 2004, s. 46). Tradisjonelt har profesjonene i helsetjenestene vært dominert av hierarkiske strukturer og tenkning, hvor legene har befunnet seg på toppen med størst beslutningsmyndighet. Dette er myket noe opp ved at vi har fått flere

profesjoner og nye ledelsesstrukturer, og større vekt på tverrfaglighet og medbestemmelse. Nordhaug hevder imidlertid at profesjonsutdanningene fortsatt utdanner fagutøvere som er mest opptatt av eget revir og egne interesser (Nordhaug 1012). Et annet forhold er relasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, som etter min oppfatning har vært og fortsatt er preget av at spesialistene per definisjon er flinkest og kan mest, kort sagt har høyest kompetanse. Dette underbygges av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene, som er nedfelt i Spesialisthelsetjenesteloven (Helsedepartementet 1999). Disse forholdene er egnet til å vanskeliggjøre et likeverdig samarbeid bygget på erkjennelsen av at de ulike aktørene har ulik kompetanse som til sammen kreves for å løse kompliserte oppgaver. I Knudsens univers vil de slå negativt ut når det gjelder partenes vurdering av hverandre, altså med hensyn til ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet.

Tredje betingelse er *mandatkompatibilitet*. Selv om betingelsene vi har sett på over er til stede, kan det noen ganger være nødvendig med et påtrykk eller mandat for å få til et hensiktsmessig samarbeid. Hvis initiativet til et mandat kommer fra en overordnet instans, kreves det autoritet og legitimitet for at dette skal ha effekt på samarbeidet. Videre må alle parter ha noenlunde samme oppfatning av hva de vinner på samarbeidet, og at transaksjonskostnadene er rettferdig fordelt. I Bærum er det mandatet for samarbeid som vi foreløpig kjenner til konkretisert gjennom de samarbeidsstrukturene som knytter seg til SiB, etter oppdrag fra ledelsen på begge nivåer. Disse lederne må igjen sies å ha et mandat knyttet til sterke politiske føringer.

I *Collaboation in Social Work Practise* (Weinstein et. al. 2003) framheves en sterk brukerorientering som en nøkkelbetingelse for vellykket samhandling. Disse forfatterne hevder at samarbeidet bare kan lykkes hvis brukeren har en aktiv rolle, og hans eller hennes behov settes i sentrum. Videre peker de på felles læring og kompetansedeling som en viktig betingelse. Ved siden av at brukermedvirkning har en selvstendig rolle som bærende prinsipp i Samhandlingsteamet, passer disse faktorene godt inn i Knudsens begrepsapparat. Synet på brukerens rolle er i dette tilfellet avgjørende for ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet. Videre kan læringsnettverket som utgår fra Samhandlingsteamet vise seg å ha stor betydning for hvordan partene vurderer hverandre.

Oppsummeringsvis peker Knudsen på at samarbeid er svært komplekst. Når det skal utøves i praksis, holder det ikke med strukturer og avtaler. Til syvende og sist forutsetter et vellykket samarbeid god ledelse, god organisasjonskultur, vilje og evne (Knudsen 2004, s.70). Dette er

helt i tråd med Andersens vurdering av hva samhandling innebærer: Det er en holdning hos hver enkelt medarbeider som preger det praktiske arbeidet, hver eneste dag (Andersen 2013).

### ***3.5 En verdibasert ledelsesmodell***

#### **3.5.1 Ledelse som målformulering, problemløsning og språkskaping**

Busch m. fl. definerer ledelse som et målsettende, problemløsende og språkskapende samspill (Busch, Johnsen, Valstad og Vanebo 2007). I denne modellen deltar både ledere og ansatte aktivt i dette samspillet, og det er da snakk om et forpliktende samspill om mål og midler. Disse forfatterne trekker opp et dobbelt perspektiv på organisasjoner. For det første har vi det funksjonalistiske perspektivet, som innebærer at lederen kontinuerlig har ansvar for å vurdere mål og resultater. Det andre perspektivet kalles fortolkende, og ivaretar de sosiale prosessene i organisasjonen. En leder som ivaretar begge disse perspektivene, det vil si både instrumentelle og meningskapende prosesser, utøver det disse forfatterne kaller strategisk ledelse.

#### **3.5.2 Kommunikativ ledelse**

Kommunikativ ledelse er en desentralisert ledelsesmodell med utgangspunkt i sykehus (Eriksen 2008). Modellen innebærer delegering av ansvar og myndighet når det gjelder budsjett, personal og egen utvikling. De lokale enhetene ledes av tverrfaglige team, hvor en person har den endelige beslutningsmyndigheten. Eriksens modell kan passe inn i prinsippene for strategisk ledelse, men han kritiserer denne modellen for å ha slagside mot det instrumentelle perspektivet eller sluttresultatet av samspillet. Han hevder at den strategiske ledelsesmodellen overser betydningen av de normative relasjonene som oppstår i forsøket på å skape enighet. Begrepet kommunikativ ledelse innebærer, i tillegg til målrealisering, evne og mulighet til å teste målenes holdbarhet og fornuft opp mot kollektive forventninger. Dialogen er sentral i denne modellen, og beslutningene styres av argumentenes gyldighet og overbevisningskraft. Eriksen siterer Habermas for å tydeliggjøre det prinsippet som denne modellen hviler på, og som skal regulere alle typer handlingsnormer: «Bare de handlingsnormer som alle potensielt berørte personer kan slutte opp om i en fri debatt er gyldige» (Eriksen 2008, s. 30).

Denne ledelsesmodellen stiller noen eksplisitte krav til kommunikasjonen. For det første må språket være delt, aktørene må ha samme oppfatning av hvilken betydning som ligger i ulike ord og begreper, og noenlunde sammenfallende forståelse av symbolske uttrykk. Videre setter Eriksen opp noen forutsetninger han mener må være implisitt for det han kaller den herredømmefrie samtalen (Eriksen 2008, s. 45):

- At aktørene er interessert i å komme til felles forståelse og enighet med hverandre
- At alle er frie og likeverdige og potensielt like kompetente
- At alle må innrømme feil og skifte oppfatning i de tilfeller de blir møtt med bedre argumenter
- At alle opptrer autentisk og sannferdig overfor hverandre

Kommunikativ ledelse er en demokratisk ledelsesmodell som bygger på likeverd og det beste argumentets kraft, hvor samarbeid må sies å være selve fundamentet for modellen. Siden denne studien nettopp dreier seg om hvordan ledere arbeider for å fremme samarbeid, synes jeg det vil være svært relevant å se på aktuelle funn opp mot prinsippene i denne ledelsesmodellen.

### **3.5.3 Ledelse og verdier**

Aadland argumenterer for at ingen handlinger er verdinøytrale (Aadland 2004). Hvis en ser på verdier som intensjoner og motiv, bevisste eller ubevisste, og legger til grunn at disse styrer handlingene våre, er alle handlinger verdiuttrykk. Dette betyr at den verdifrie handling ikke eksisterer, følgelig er all ledelse også basert på verdier (Aadland 2004, s. 147). For å oppnå verdibevissthet i organisasjonen, er det en forutsetning at det foregår kommunikasjon og dialog om verdier blant medlemmene i organisasjonen. Dette innebærer både bevissthet om hvordan verdiene nedfeller seg i praksis, og selvrefleksjon. Aadland gir følgende definisjon på verdibasert ledelse: «Verdibasert leing er å motivere og mobilisere organisatoriske handlinger og avgjerder på basis av ønskede verdier, og å avdekke og avgrense innslaget av handlinger og avgjerder som uttrykker førmedvitne eller ikkje-ønskede verdier.» (Aadland 2004, s. 157).

I Eriksens modell så vi at det i en viss forstand er innebygd noen verdier i organisering og beslutningsprosesser, som åpenhet og likeverd. Vi savner likevel en bevissthet omkring de holdninger og handlinger som kommer til uttrykk i en praksishverdag. I denne studien har lederne for de ulike tjenestestedene en uttrykt verdiforankring som kan oppsummeres i uttrykket «fra stafettpinnepraksis til felles ansvar». Dette er ekstraktet av hva Samhandlingsteamet står for, og som lederne har sluttet seg til. I praksis betyr det ansvarlige medarbeiderne som strekker seg og samarbeider for å finne løsninger til beste for brukerne. Her er felles ansvar et kjernepunkt, og framstår som en betingelse for samarbeid. Det vil belyse problemstillingen å få svar på hvordan lederne arbeider for å fremme felles ansvar i og mellom tjenestene.

Det siste begrepet vi skal se på her er tillit. Fra organisasjonsteorien så vi at tillit er en nødvendig forutsetning for transaksjoner. Jeg hjelper deg i dag, så stoler jeg på at du hjelper meg i morgen. I det perspektivet framstår tillit som en viktig verdi. Aadland går lenger enn dette og ser på tillit som en grunnholdning, et salgs relasjonelt grunnstoff. Han siterer Richard Sennet, som sier at «min forståelse av egen verdighet avhenger av hvorvidt andre kan stole på meg» (Aadland 2004, s. 184). Å stole på andre innebærer å ta en risiko. Kontroll avler mistillit, og undergraver medarbeidernes selvtillit og tro på egne ferdigheter. Derfor kan mistillit fort bli en selvoppfyllende profeti. Dette betyr ikke at en ansvarlig leder utviser blind tillit til medarbeiderne. Tillit må som alle mellommenneskelige fenomener forvaltes med god dømmekraft og klokskap. I kunnskapsorganisasjoner er ledere avhengige av å kunne vise tillit, delegere ansvar og stole på medarbeiderne sine. Alternativet, hevder Aadland, er stagnasjon og forvitring. Forekomsten av tillit i de organisasjonene vi ser på her, vil da være av stor betydning.

### ***3.6 Problemstilling***

Vi har sett at samarbeid hviler på noen betingelser som både omfatter strukturer, kunnskap, holdninger og relasjoner. Den overordnede problemstillingen var:

- Hvordan arbeider ledere i kommunen og DPS for å bygge opp under Samhandlingsteamets mål om å fremme samarbeid mellom avdelinger og nivåer?

I teorijennomgangen har vi sett nærmere på betingelser for samarbeid. Det er en forutsetning at partene opplever å ha nytte av samarbeidet, og at det er tillit mellom partene (Knudsen



2004). Videre trekker Knudsen fram tre betingelser som særlig er viktig for å lykkes: For det første, at oppgavene er delvis overlappende, slik at partene kan utfylle hverandres kompetanse. For det andre, at en vurderer hverandre som kvalitetsmessig like gode og dermed har respekt for hverandres arbeid. For det tredje, at mandat og kostnader er noenlunde jevnt fordelt.

Knudsens utgangspunkt var at bedre samarbeid i offentlig sektor var et middel for å oppnå bedre og mer fleksible tjenester til klienter og brukere. En sterk brukerorientering og at brukeren er aktivt med i samarbeidet var også en nøkkelbetingelse for vellykket samarbeid hos Weinstein (Weinstein et.al. 2003). Disse pekte videre på felles læring og kompetansedeling som en viktig betingelse.

Samarbeid er komplekst. Knudsen framholder at det i tillegg til de betingelsene vi har sett over, krever god ledelse, og evne og vilje til å ta i bruk nye arbeidsmåter (Knudsen 2004). I vår studie representerer Samhandlingsteamet en ny arbeidsmåte. Hvis vi går tilbake til problemstillingen, ser vi at informantene våre skal håndtere sammensatte og komplekse fenomener som ledere for å lykkes.

Ut fra disse betraktningene vil jeg utlede følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan har betingelsene for samarbeid mellom egne og samarbeidende enheter utviklet seg fra opprettelsen av Samhandlingsteamet og fram til i dag?
2. Hvordan arbeider lederne for å påvirke utviklingen av samarbeidet?

## **4. Metode**

### ***4.1 Kvalitativt intervju***

I denne studien valgte jeg å benytte kvalitativt intervju. Grunnen til dette var at jeg ønsket informantenes beskrivelser av og refleksjoner rundt sin praksishverdag. Jeg håpet å få belyst sammenhenger og fenomener knyttet til samarbeid fra informantenes ulike ståsteder, og i beste fall få øye på perspektiver som ikke tidligere er beskrevet så tett knyttet til praksis. Ifølge Thagaard peker kvalitative metoder seg ut for forståelse av og fordypning i sosiale fenomener (Thagaard 2010). Ideelt sett kunne jeg ha benyttet deltakende observasjon

innledningsvis, dette kombineres ofte med intervju og kunne bidratt til å videreutvikle problemstillingen. Imidlertid valgte jeg dette bort av tidshensyn.

I intervjuene har jeg benyttet en delvis strukturert tilnærming. Her er temaene fastlagt, men rekkefølgen kan endres i takt med informantens fortelling. Denne formen er også fleksibel nok til at informantene kan bringe opp tema som forskeren ikke hadde tenkt på (Kvale og Brinkmann 2010). I min studie var dette et viktig poeng, fordi jeg blant annet ønsket å belyse komplekse sammenhenger mellom verdier og holdninger, læring og strukturer. Intervjuguide ble utarbeidet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. For å operasjonalisere disse, var Knutsens betingelser for samarbeid til hjelp (kap. 4.4.3).

Som informanter ønsket jeg å rekruttere ledere fra henholdsvis kommunen og DPS. Dette skulle være ledere for tjenester til ROP-brukere i det ordinære tjenesteapparatet. Videre skulle de ha fartstid fra før opprettelsen av SiB. Jeg ønsket også å belyse forhold knyttet til ledelse på ulike nivåer i organisasjonene. Siden intervjuene ville bli nokså omfattende, ønsket jeg å begrense antall informanter til to fra hvert forvaltningsnivå, slik at mengden av data skulle bli håndterlig. Forskningssjefen i Bærum DPS kjenner tjenestene godt, og bisto med forslag til fire kandidater, tre seksjonsledere og en avdelingssjef. Ved siden av å oppfylle kriteriene over, utgjorde disse et strategisk utvalg i den forstand at de representerte tjenester med både overveiende rusproblematikk og med alvorlig psykisk lidelse og funksjonssvikt, og dessuten to ledelsesnivåer. På denne bakgrunn anså jeg at de hadde egenskaper og kvalifikasjoner som ville være viktige for å belyse problemstilling og teoretiske perspektiver i undersøkelsen (Thagaard 2010). Disse lederne fikk brev fra meg med forespørsel om intervju, og relevant informasjon om studien, om forhold knyttet til avvikling av intervjuene, og til frivillighet og anonymitet. Alle fire ønsket å delta, og vi avtalte tidspunkter for intervjuene på deres respektive arbeidsplasser.

## ***4.2 Gjennomføring av intervjuene***

I gjennomføringen av intervjuene la jeg opp til en delvis strukturert form. I utgangspunktet var jeg opptatt av å tone ned min egen rolle. Med mye erfaring og eget engasjement fra dette feltet, tenkte jeg det var viktig at informantene kom til orde på egne premisser. Dette, kombinert med at jeg opplevde dette som en uvant rolle, førte nok til en vel nedtonet posisjon i gjennomføringen av de første intervjuene. Ved å være mer aktiv og stille flere

oppfølgingsspørsmål, kunne jeg nok fått enda mer utfyllende svar på det jeg i utgangspunktet hadde tenkt å spørre om. Helt konkret førte dette til sparsomme data om individuell plan. Dette kan delvis oppveies av at informantene til tider snakket fritt om det de selv var mest opptatt av, noe som avfødte relevante og interessante refleksjoner. Dette illustrerer poenget om at en nokså løs intervjustruktur kan bringe fram synspunkter og refleksjoner som forskeren ikke hadde tenkt på å spørre om. Etter hvert ble det likevel naturlig med en noe mer aktiv stil og tydeligere spørsmålstilling.

Ifølge Thagaard vil en intuitivt preget innlevelse fra forskeren bidra til god kontakt med informantene, og gi ideer til refleksjon og tolkninger. På den andre siden må dette balanseres av ryddighet og systematikk i forskningsprosessen (Thagaard 2010). En erfaring fra intervjuene er hvor lite nøytral jeg selv ble i møte med flotte folk som gjør imponerende arbeid, på et felt jeg fra før er opptatt av. I analysen av data har jeg forsøkt å ta høyde for dette ved å kontinuerlig vurdere materialet i lys av måten spørsmålene er stilt på.

### ***4.3 Databearbeiding og analysemetode***

Intervjuene er tatt opp på diktafon og transkribert ordrett. Jeg har så hørt igjennom materialet en gang til, parallelt med å omforme det til mer skriftlig form. Materialet utgjorde 80 sider med enkel linjeavstand. Jeg hadde da en godt lesbar tekst, samtidig som meningsinnholdet var forsøkt holdt intakt. Fordelen med å gjøre dette arbeidet selv var at det gav en nokså god oversikt over materialet.

I analyseprosessen har jeg benyttet Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (Malterud 2013). Dette er en fenomenologisk metode hvor hensikten er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Da er det et vesentlig poeng å ha et reflektert forhold til egen forforståelse og innflytelse på materialet, slik at den ikke legger noen fasit for informantenes erfaringer og meningsinnhold. Analysemetoden består av fire trinn: 1) Å få et helhetsinntrykk. Dette dreier seg om å legge til side det jeg tror jeg vet, og motstå all trang til å forsøke å systematisere. 2) Å identifisere meningsdannende enheter. Dette trinnet i analysen handler om å sortere den delen av teksten som inneholder meningsbærende enheter, og plassere disse i grupper knyttet til tema. 3) Å abstrahere innholdet i de meningsdannende enhetene. Dette gjøres etter at kodegruppene er oppdelt i subgrupper. Trinn 4) innebærer å sammenfatte betydningen av dette (Malterud 2013, s. 98)

## 5. Analyseprosessen

### 5.1 Å få et helhetsinntrykk

For å danne meg et helhetsinntrykk, leste jeg igjennom hele materialet, noterte stikkord i margen og diskuterte med veileder hva som ville være nokså like klasser på temaene. Jeg valgte følgende sju foreløpige temaer:

1. Stolthet over egen tjeneste
2. Engasjement for brukerne
3. «Skulder ved skulder» som metode og holdning
4. Fornuftig bruk av ressurser
5. Lære av hverandre
6. Problemer knyttet til hierarkier, mellom nivåer og faggrupper og
7. Positive effekter av Samhandlingsteamet.

De foreløpige temaene var ikke sammenfallende med temaene i intervjuguiden, noe som ifølge Malterud er et godt tegn (Malterud 2013, s. 100).

### 5.2 Å identifisere meningsdannende enheter

For å sortere den delen av teksten som inneholdt meningsbærende enheter, startet jeg med å gå igjennom det første intervjuet linje for linje, og merke de delene av teksten som hadde sammenheng med de foreløpige temaene. Tekstelementene ble kodet og plassert i grupper under disse temaene. Etter gjennomgang av første og deler av annet intervju kunne jeg slå fast at de foreløpige temaene ikke var gode nok. Jeg manglet et tema som kunne fange opp relasjoner og utvikling av samarbeid med andre tjenester. Mange av tekstenhetene passet i to eller flere kategorier, noe som jo vil være naturlig. Imidlertid fikk jeg ekstremt stor grad av overlapping på temaene «Skulder ved skulder» og «Samhandlingsteamets positive effekter», og så at disse ikke var egnet som egne tema. Når det gjaldt «Hierarkiske strukturer» ble denne svært mager, og jeg fikk ikke plassert fenomener knyttet til andre strukturelle forhold. Etter å

ha prøvd meg litt fram valgte jeg å fordele de meningsbærende tekstenhetene på følgende seks kodegrupper:

1. Stolthet over egen tjeneste
2. Engasjement for brukerne
3. Læring på tvers
4. Relasjoner til andre tjenester
5. Fornuftig ressursbruk
6. Formelle strukturer til nytte og besvær

### ***5.3 Fra kode til mening***

På dette trinnet skal materialet i hver enkelt kodegruppe først sorteres i subgrupper. Her fungerte det godt å streke under nøkkelord i teksten, samtidig som jeg noterte stikkord i marginen. I kodegruppe 1, Stolthet over egen tjeneste, fikk jeg på denne måten 5-6 mulige subgrupper som ble slått sammen til disse to: *Følge brukerens behov* og *Ansvarlige medarbeidere*. I henhold til metoden laget jeg så et sammendrag av innholdet i hver av de to subgruppene. Disse sammendragene skal utgjøre et konsentrat av de aktuelle sitatene, og har form av kunstige sitater.

Ved å følge samme framgangsmåte kom jeg for kodegruppe 2, Engasjement for brukerne, fram til subgruppene *Gode relasjoner*, *Tilgjengelighet*, *KOR* og *IP som verktøy for brukermedvirkning* og *Erfaringskunnskap som ressurs*. Kodegruppe 3, Læring på tvers, fikk de tre subgruppene *Veiledning og den personlige faktor*, *Samhandlingsutdanningen* og *Læring gjennom samarbeid*.

Kodegruppe 4, Relasjoner til andre tjenester, er den mest omfangsrike gruppen. Den kan også sies å utgjøre et tyngdepunkt eller kjerneområde i materialet mitt. Her finner vi fire subgrupper: *Oppgavefordeling*, *Vurdering av kompetanse*, *Vurdering av verdier og holdninger* og *Utvikling av relasjoner og samarbeidsformer*.

Kodegruppene fem og seks handler om rammefaktorer som ressurstilgang og formelle strukturer. Kodegruppe fem, Fornuftig ressursbruk, består av subgruppene *Prioriteringer*

*innenfor tjenestene og Samarbeidskostnader. Kodegruppe seks, Formelle strukturer, har jeg delt inn i Nivåspesifikke strukturer og Strukturer knyttet til nivådelingen.*

## **6. Funn og diskusjon**

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene i den rekkefølgen som bestemmes av kodegruppe 1-6. Jeg vil fortløpende trekke inn relevant teori, og diskutere mulige tolkninger som kan bidra til å belyse problemstillingen. Siste avsnitt er en sammenfatning relatert til forskningsspørsmålene.

### ***6.1 Stolthet over egen tjeneste***

#### **6.1.1 Følge brukernes behov**

Alle informantene presenterer på ulike måter det at de har brukeren i sentrum som en kjerne kvalitet ved sine respektive tjenester. I avsnitt 6.2 skal vi komme tilbake til hvordan dette påvirker innholdet i tjenestene. Foreløpig behandles brukerperspektivet mer overordnet, nærmest som en viktig del av tjenestenes identitet eller selvforståelse. Informantene presenterer tjenestene ved å fortelle om hvordan de forholder seg til brukerne. En av informantene fra kommunen sier:

Vi er opptatt av at det skal være kort vei og en åpen dør inn til oss. Folk skal kunne komme, og folk skal kunne ringe. Og selv om det kanskje ikke er så politisk korrekt, kan folk være i et samarbeid med oss så lenge de ønsker det. Det er viktig at vi vet en del om de institusjonene vi samarbeider med også, sånn at folk kan få det tilbudet som passer best hvis de skal henvises videre. Vi må hele tiden se på brukerens behov. Nå har vi for eksempel bygget ut helseavdelingen, sånn at det skal være lettere å komme inn og få en respektfull og verdig behandling, når de har sår eller somatiske plager.

I likhet med de andre informantene, er denne lederen opptatt av at tjenesten skal være tilgjengelig, det skal være «åpen dør» og lettest mulig å ta kontakt. Videre er tidsperspektivet understreket: Det er brukeren som definerer hvor lenge kontakten skal vare. Når informanten trekker inn hva som kan være politisk korrekt, kan dette innebære en bevissthet om målstyring og resultatkrav som står i veien for at brukeren får den tiden han ønsker og trenger. Og denne

lederen vil beskytte brukerens adgang til selv å bestemme tidsperspektivet på kontakten med tjenesten. Det siste poenget i sitatet over, peker på at det er brukerens behov som skal definere innholdet i tjenesten. Eksemplet dreier seg om at de har etablert en somatisk helsetjeneste for ROP-brukerne. Når lederen uttrykker at det da er lettere å komme inn og få en respektfull og verdig behandling, betyr dette lettere enn hos fastlegen. Tilbudet er opprettet for at brukerne skal slippe ydmykende og stigmatiserende venteromsopphold, og for å øke sjansen for at de skal få nødvendig behandling for helseplagene sine.

Det følgende sitatet stammer fra en leder i DPS:

Før ble det avslag hvis det var dårlige henvisninger. Og det er helt borte. Nå ringer vi fastlegen eller pasienten og hører hva det er. Når det gjelder behandlingsforløp, jobber jeg med å forstå hva den enkelte trenger. For noen er det viktig å komme til time, ha gode samtaler og ta ansvar selv. Andre trenger at vi løper mer etter, det kan være viktig å fortsette med folk selv om de ikke møter i en periode. Folk skal ikke skrives ut med en gang selv om de legges inn på institusjon. De kan heller få oppfølging poliklinisk hvis de har behov for det, sånn at man er med på samarbeidsmøter med institusjonen og kommunen underveis. Jeg prøver å støtte folk på at store vansker krever lange behandlingsforløp.

Også her er det første poenget tilgjengelighet til tjenesten. Siden dette er spesialisthelsetjeneste snakker vi ikke om en åpen dør, men at dårlige henvisninger ikke skal bidra til å stenge den samme døra. Lederen vil da ta ansvar for å undersøke om pasienten likevel kan profitere på å få et tilbud. Dette beskrives som en endret praksis, en forbedring i retning av større åpenhet. Videre snakker denne lederen om å forstå hva pasientene trenger. Noen må vi løpe litt etter, mens andre kanskje nettopp trenger at vi ikke løper etter. På samme måte som i kommunen, finner vi også her denne uttrykte holdningen at tilbudet skal bestemmes av hva pasienten trenger. Hvordan dette foregår i praksis, kommer vi tilbake til i avsnitt 6.2. Foreløpig snakker vi om en holdning uttrykt som en del av tjenestens identitet. Vi ser at også på DPS-nivået er vektleggingen av tidsperspektivet slik sett en del av tjenestenes selvforståelse, lederen støtter sine ansatte på at store vanskeligheter krever lange behandlingsløp.

Alt i alt uttrykkes det en sterk brukerorientering fra alle tjenestestedene. I kapittel 3 så vi at dette framheves som en nøkkelbetingelse for vellykket samarbeid. Weinstein et. al. hevder at samarbeid bare kan lykkes hvis brukeren har en aktiv rolle, og hans eller hennes behov settes i sentrum (Weinstein et. al. 2003). Ifølge Knudsen teori om ideologisk og kvalitetsmessig

kompatibilitet vil synes på brukerens rolle i de ulike tjenestene være en viktig indikator for samarbeidet (Knudsen 2004). Foreløpig har vi sett at de ulike tjenestene oppfatter egne holdninger som tydelige og gode, og en flaggsak for egen tjeneste. Vi har imidlertid ennå ikke noen holdepunkter for å si hvordan tjenestene vurderer hverandres holdninger på dette punktet. Siden de holdningene overfor brukerne som kommer til uttrykk likevel er så vidt samstemte, mener jeg det er rimelig å legge til grunn at det finnes en viss grad av ideologisk kompatibilitet på dette punktet.

### **6.1.2 Ansvarlige medarbeidere**

Den andre kvaliteten ved egne tjenester som lederne framhevet, var medarbeidernes kompetanse og ansvarlighet. Her var det likevel forskjeller på hva informantene vektla. Først skal vi se på utsagn fra ledere i kommunen. En sa det slik:

Jeg opplever at vi har god, tverrfaglig kompetanse. Vi har veldig godt etablerte treårige fagarbeidere, folk med mye videreutdanning og også hjelpepleiere med lang erfaring. Vi er utrolig heldige, for det er veldig stabilt.

Her er det flere forhold knyttet til de ansattes kompetanse som denne lederen framhever. Det første dreier seg om tverrfaglighet, at de ansatte har ulik fagbakgrunn og videreutdanninger. Hjelpepleiere med lang erfaring løftes også fram som verdifulle medarbeidere. Videre vektlegger denne lederen betydningen av stabile medarbeidere. Alt i alt trekker dette utsagnet i retning av et stabilt arbeidsmiljø hvor de ansatte verdsettes ut fra ulike forutsetninger. Dette kan tenkes å utgjøre et grunnlag for likeverdige og selvstendige medarbeidere, noe som støttes av neste utsagn:

De ansatte i avdelingen har stor grad av autonomi. Det er en selvstendig gjeng med høy utdanning, og jeg forventer at de kan håndtere en god del selv. Jeg tror jeg er en lydhør og tilgjengelig leder, og så er det en tillitssak at folk bringer ting til torgs. Men folk er forskjellige, og jeg er opptatt av å se hva den enkelte er god på, og hvem som trenger støtte eller utfordringer i ulike situasjoner.

Her er autonomi og selvstendighet noe som denne lederen til dels mener er til stede hos de ansatte, i hvert fall i en slik grad at hun har tillit til at de selv tar ansvar for å be om hjelp når det trengs. Hun har også strategier for å videreutvikle autonomi og selvstendighet i



personalgruppa, dette er altså ferdigheter eller egenskaper som hun eksplisitt ønsker å underbygge. Dette henger godt sammen med neste utsagn, som er en uttalt strategi knyttet til de ansattes ansvarlighet:

I Bærum kommune er vi opptatt av medarbeiderskap. Lederne har forventninger til de ansatte om at de skal ta ansvar i arbeidssituasjonen sin, og selv bidra til å få oppgaver som de mener de er de rette til å løse. Og når dette blir integrert hos de ansatte, så er det anvendbart overfor brukerne også.

Her lanseres begrepet medarbeiderskap. Dette innebærer at de ansatte skal bevisstgjøres på sitt ansvar for rollen som medarbeider, og for utformingen av egen arbeidssituasjon. Denne lederen synes også å mene at dette i sin tur vil ha positiv innvirkning på brukernes evne til å ta ansvar.

Alt i alt indikerer disse utsagnene en stor grad av bevissthet om betydningen av selvstendige og ansvarlige medarbeidere. Fra Eriksens kommunikative ledelsesmodell (Eriksen 2008) så vi at en av forutsetningene for dette var likeverdige og potensielt like kompetente medarbeidere. Ut fra det første utsagnet i dette avsnittet, kan vi slutte at denne lederen er opptatt av å løfte fram ulike kompetansegrunnlag: her nevnes både utdanning, erfaring og lang tjenestetid. Hjelpepleiernes rolle i helsetjenestene er tradisjonelt plassert nederst i kunnskapshierarkiet. Det ser ut til at denne lederen forsøker å nøytralisere denne posisjonen ved å sidestille utdanning og erfaring. Det er sannsynlig at denne måten å omtale de ansattes kompetanse på, bidrar til en økt bevissthet hos de ansatte om at kompetansen til hver enkelt medarbeider er verdifull og nødvendig.

Det andre utsagnet vektlegger eksplisitt autonomi og selvstendighet hos medarbeiderne, og lederen har i utgangspunktet tillit til deres vurderinger. Som vi så hos Aadland, er ledere i kunnskapsorganisasjoner helt avhengige av å kunne stole på medarbeiderne sine (Aadland 2004). Samtidig legger denne lederen vekt på å være lydhør og tilgjengelig, og bidra med både støtte og utfordringer der hvor det trengs. Dette tyder på en reflektert holdning til det å utvise tillit, der lederen tar hensyn til de ansattes individuelle muligheter og behov.

Det tredje utsagnet handlet om medarbeiderskap, forventninger til at medarbeiderne tar ansvar for egen arbeidssituasjon. Her er koblingen kort til teori om empowerment og medborgerskap. Som vi så i avsnitt 3.2, framhever Slettebø den demokratiske begrunnelsen for empowerment eller myndiggjøring: Det dreier seg om en rettighet som skal bidra til at brukeren beholder

eller gjenvinner sin status som likeverdig, kompetent og meningsberettiget samfunnsmedlem (Slettebø og Seim 2007). Vi ser at dette har store likhetstrekk med viktige forutsetninger i Eriksens kommunikative ledelsesmodell (Eriksen 2008): Frie, likeverdige og potensielt like kompetente medarbeidere som kommer fram til handlingsnormer alle kan slutte opp om. Når det gjelder denne lederens tanker om at økt ansvar fra medarbeiderne også vil ha positive effekter for brukerne, støttes dette av litteraturen. Slettebø og Seim har vist at empowerment smitter (Slettebø og Seim 2007). I miljøer som praktiserer stor grad av brukermedvirkning, opplever de ansatte også økt innflytelse på egen arbeidssituasjon. Her må vi kunne legge til grunn en sirkulær årsaksforståelse, og anta at vi har å gjøre med en gjensidig positiv påvirkning.

Nå skal vi se at lederne i DPS har vektlagt litt andre perspektiver knyttet til ansvarlige medarbeidere. En sier:

Teamene har både sosialfaglig og medisinsk kompetanse, og har felles ansvar for behandlingen. Jeg ønsker virkelig at de skal tenke helhetlig rundt pasientene i hele behandlingsforløpet. Alle har støtte rundt seg av spesialister og andre faggrupper. Jeg forsøker å få til at de skal føle seg faglig trygge, se sine roller og respektere hverandres forskjeller. Av og til har vi folk inne for å veilede oss på kommunikasjon, feedback og forventninger til hverandre. Jobben min er jo å finne det genuint spesielle hos hver enkelt, og hjelpe dem til å finne ut hva de kan bidra med i fellesskapet.

Her formidles det et sterkt ønske om å utvikle tverrfaglige behandlingsteam kjennetegnet av respekt og likeverd. Vi får imidlertid en klar oppfatning av at det er noen skjær i sjøen, faglig trygghet og respekt for hverandres forskjeller er noe det jobbes aktivt med. Denne lederen er svært opptatt av at teamet som helhet har felles ansvar for behandlingen. Dette må sees i en kontekst med teammedlemmer som både er spesialister og fagutøvere med treårig grunnutdanning. I likhet med ett av temaene fra kommunen, aner vi her problemer knyttet til ulike posisjoner i et faglig hierarki. Denne lederen jobber konkret med relasjoner og kommunikasjon innad i teamet, for å fremme likeverd og fellesskapsfølelse.

I avsnitt 4.4 så vi at Knudsen angir motsetninger mellom profesjonene og oppfatninger om andre faggrupper som den største barrieren for effektivt og godt samarbeid (Knudsen 2004). Samtidig er tverrfaglighet en helt nødvendig forutsetning for kvalitet i behandlingen. Eriksens kommunikative ledelsesmodell kan sees som et forsøk på å oppheve denne innebygde motsetningen (Eriksen 2008). Denne lederens arbeid for å fremme aktiv dialog og kommunikasjon i behandlingsteamene har som uttalt mål at hver enkelt skal se sin rolle som

ansvarlige medlemmer av et faglig fellesskap. Det at lederen understreker teamets felles ansvar for behandlingen, bygger opp under Eriksens forutsetning om at alle må slutte opp om de beslutningene man i fellesskap kommer fram til.

Det siste sitatet knyttet til temaet ansvarlige medarbeidere, handler om behandlingsrelasjoner:

Jeg synes de ansatte ivaretar kontakten med pasientene på en utrolig flott måte. Det er dette med å ikke gi seg, men være til stede på en ydmyk og ordentlig måte som ivaretar verdigheten til pasienten. Det gjør at jeg kan føle meg trygg som leder.

Selv om dette sitatet like godt kunne illustrere forhold knyttet direkte til pasientbehandlingen, tar jeg det med her som et eksempel på en leders uforbeholdne tillit til at medarbeiderne gjør en god jobb. Denne lederen vektlegger medarbeidernes evne til å ivareta en kjerneoppgave, nemlig å etablere og utvikle gode relasjoner til pasientene. Dette er et ansvar som lederen anser at medarbeiderne ivaretar på en svært god måte, og forteller om med stolthet og troverdighet. Fra Aadland husker vi at medarbeidere som blir stolt på, utvikler «egen verdighet» og økt tro på seg selv og sine evner til å løse oppgavene (Aadland 2004). Tillit er en slags sosial kapital som så å si gir renteavkastning ved å bli brukt. Når denne lederen uttrykker så sterk grad av tillit, er det sannsynlig at dette bidrar til selvstendighet og ansvarlighet hos medarbeiderne.

## ***6.2 Engasjement for brukerne***

### **6.2.1 Gode relasjoner**

Alle lederne hadde synspunkter på kvaliteten av relasjonene til brukerne, og hvordan disse på ulike måter kan bygge opp under håp og mestring. En sa:

Dette er relasjonsarbeid, og det er helt nødvendig at de ansatte er interessert og engasjert i brukerne. Det dreier seg ofte om å være i disse relasjonene i lang tid, å holde ut og tro på at endring alltid er mulig. For at ledelse skal gi mening for meg, er det helt nødvendig at jeg sjøl er engasjert og glad i brukerne.

Dette sitatet har tre viktige poeng. Det første dreier seg om et personlig engasjement, de ansatte må være interessert og engasjert. Lederen sier eksplisitt at hun må være glad i brukerne for at jobben skal gi mening. Dette peker mot en profesjonell holdning som

inneholder et sterkt element av å bry seg om den enkelte. Å være glad i brukeren innebærer en personlig relasjon, å by på seg selv som person og tørre å være til stede. Det andre poenget er tidsperspektivet, de ansatte må innstille seg på å være i disse relasjonene over lang tid og holde ut. Dette temaet kjenner vi igjen fra 6.1.1. Her så vi at lederne på begge nivåer var opptatt av at å skape rom for lange behandlingsrelasjoner, en av lederne understreket også brukernes rett til selv å bestemme hvor lenge kontakten skulle vare. Det tredje poenget i sitatet over kobler langtidsperspektivet til de ansattes håp og tro på bedring, de må holde ut og tro på at endring alltid er mulig. Det er nærliggende å tolke dette slik at de ansatte har et ansvar for å representere denne optimismen, selv om motivasjonen hos brukeren varierer. De ansatte har en rolle som et slags vikarierende håp.

Det er verdt å merke seg at alle informantene betoner langtidsperspektivet som viktig. Dette kan gi assosiasjoner til en gammeldags, paternalistisk holdning til pasienter som avhengige og hjelpetrengende, hvor behandlerne definerte pasientens behov ut fra egne forestillinger om det gode liv. Her var imidlertid konteksten institusjoner og lukkede rom, langt fra pasientenes opprinnelige liv og omgivelser. I sitatet under skal vi se at brukernes hjemmearena løftes opp som en nødvendig kontekst for gode relasjoner, denne holdningen gjaldt alle informantene:

Å treffe folk på egne arenaer, der hvor de lever sine liv, gjør det lettere å få innblikk i vesentlige sider av livet. Dette utfordrer oss, fordi systemene kan være rigide og vi er vant til bestemte måter å jobbe på. Så vi trenger å gå ut av boksen for å leve oss inn i pasientens situasjon. Vi må ta på alvor at å være blakk, uten jobb og ha falt helt utenfor kan oppleves som større problemer enn stemmer i hodet.

Her løftes det å være på pasientens hjemmebane opp som vesentlig for å forstå situasjonen, og være til hjelp med det pasienten opplever som presserende. Pasientens egne omgivelser, hvordan livet leves og oppleves til hverdags, er det som hjelper behandleren til å forstå hva pasienten trenger. Det er pasientens opplevelse av sin egen situasjon som er utgangspunktet. Som behandlere kan vi tenke at stemmer i hodet har nær sammenheng med ensomhet, men relasjonen må handle om å få tak i pasientens forståelse, og ha dette som utgangspunkt for samarbeidet.

Denne lederen peker også på utfordringer knyttet til en slik arbeidsmåte. For det ene dreier det seg om systemer som ikke er tilpasset en fleksibel og oppsøkende arbeidsmåte, noe vi skal komme tilbake til i avsnitt 6.6. Videre pekes det på at vi som behandlere er vant til bestemte måter å jobbe på. Metaforen om at vi trenger å gå ut av boksen, kan forstås helt konkret som å

gå ut av kontoret. Særlig spesialisthelsetjenesten har lange tradisjoner med behandling i det lukkede rom, helt og fullt på behandlerens arena. Når relasjonen flyttes ut til pasientens hjemmebane, skjer det en forskyvning av makt. Da kan det å gå ut av boksen innebære en ny posisjon for behandleren: En likeverdig relasjon til brukeren, det som Skjervheim kaller subjekt til subjekt (Skjervheim 1971), eller et medmenneske i mer hverdagslig språkdrakt.

Det siste punktet knyttet til gode relasjoner, handler om informantenes syn på mestringsperspektivet. Sitatet under representerer et gjennomgående syn:

Det er fort gjort å ta over, å utøve uten å tenke på at dette kan jeg hjelpe deg med så du får til selv. Istedenfor å være med på møte og snakke på vegne av, kan vi heller snakke om på forhånd hva du har tenkt å ta opp, og så kan vi snakke om etterpå hvordan det gikk. Jeg tror vi har fått holdninger som innebærer at vi forsøker å bygge opp under brukernes egen mestring og mulighet til å ta ansvar selv.

I dette utsagnet betones igjen betydningen av å forstå brukerens eget utgangspunkt, og støtte opp under det vedkommende selv anser som vesentlig. Det er brukerens eget mestringsforsøk som skal støttes og oppmuntres. Dette må forstås som et oppgjør med en tilvant forestilling om at hjelperen er den som vet best, og mest effektivt kan målbære brukerens behov. Målet her er at brukeren støttes på å snakke for seg selv, og derved blir en handlende person med økt mulighet til å ta ansvar i eget liv. Vi kjenner igjen denne holdningen fra avsnitt 6.1.2, hvor ansvarlige og selvstendige medarbeidere ble koblet sammen med brukernes mulighet til å ta ansvar. Vi så at dette støttes av teori om empowerment eller myndiggjøring, hvor Slettebø og Seim har vist at empowerment smitter (Slettebø og Seim 2007). Nå ser vi at den samme tankegangen nedfeller seg i en konkret arbeidsmåte som støtter mestring og ansvarlighet hos brukeren. En annen leder trekker fram livsmestringskurs som en viktig del av behandlingen.

Alt i alt finner vi konsistens og retning hos informantene som støtter likeverdige relasjoner på brukerens arena, hvor tidsperspektivet er sentralt og hvor målet er økt mestring og innflytelse på eget liv. Likeverdige relasjoner er et kjernepunkt her, Freire sier det er med utgangspunkt i den andres genuine opplevelser og erfaringer at dialog kan finne sted (Freire 2006).

Skjervheim betoner det å delta i den andres liv og la oss berøre, med likeverd og respekt som nødvendige forutsetninger (Skjervheim 1971). Denne posisjonen stiller noen krav til medarbeidere om å møte den andre som et medmenneske. Da blir fagkunnskaper bare et tilfang, ved å erkjenne at brukeren er ekspert på eget liv stiller medarbeideren seg også mer sårbar.

Likeverdige relasjoner er et utfordrende punkt. Fra teorien om empowerment har vi sett at det innebærer overføring av makt, og det stiller oss mer sårbare og utsatte som fagutøvere. Gevinsten er imidlertid stor, meningsfulle relasjoner bygget på tillit, respekt og gjensidig anerkjennelse. Informantene i denne studien har et uttalt mål om gode relasjoner, uten at de sidene vi har sett på her er spesifikt problematisert. Imidlertid er alle opptatt av å befinne seg på brukerens egen arena, noe som vi har sett vil bygge opp under likeverdige relasjoner. På samme måte er ledernes tydelige mestringsperspektiv en positiv faktor, det bygger opp under brukerens identitet som handlende og kompetent. I «Virksomme relasjoner» beskriver Borg og Topor nettopp den aktive rollen brukerne har hatt i sin egen bedringsprosess, betydningen av hjelpenes medmenneskelighet og at menneskers væremåter må forstås ut fra deres naturlige miljø (Borg og Topor 2007). Informantene synes å ha et reflektert forhold til disse viktige premissene for bedring, og arbeide aktivt med å fremme en slik behandlingskultur.

## 6.2.2 Tilgjengelighet

Funn som knytter seg til tilgjengelighet overlapper til dels avsnitt 6.1.1 Følge brukerens behov, som behandlet brukerorientering på et mer overordnet nivå. Det er allikevel relevant å behandle tilgjengelighet som et eget punkt, blant annet fordi det er et satsingsområde knyttet til Samhandlingsteamets virksomhet. Informantenes syn på betydningen av tilgjengelighet pekte i samme retning, selv om kommunen og DPS jo hadde litt ulike utgangspunkt. En av kommunens ledere sa:

Vi ønsker å ha en åpen dør og kort vei inn til tjenestene våre. Vi kan også være døråpner for andre tjenester, for eksempel NAV eller fastlege. For mange er det jo et stort skritt å ta den første kontakten. Akkurat nå tar vi kontakt med alle som er på LAR og som vi ikke har hørt fra på lenge, for å høre om de ønsker noe fra oss. I saker hvor det er stor bekymring og vi sliter med å få kontakt, jobber vi tett med Samhandlingsteamet.

Denne lederen har stor forståelse for at det kan være vanskelig å ta kontakt, og betoner åpen dør og kort vei til egen tjeneste. Det er også aktuelt å bistå brukerne med å få kontakt med andre tjenester. LAR viser til legemiddelassistert rehabilitering, og brukerne i dette regimet har liten kontakt med tjenesten. Lederen ser det da som sitt ansvar å ha en aktiv rolle i å avklare om disse brukerne har behov for bistand. Før vi går inn på Samhandlingsteamets rolle, skal vi se på et utsagn fra DPS:

Vi har felles inntak, en vei inn. Det er helt slutt på å avvise noen på grunn av dårlige henvisninger, da ringer vi heller fastlegen eller pasienten og hører hva det er. Så er det jo mange som faller helt utenfor, men hvor det kan være store problemer og omgivelsene er veldig bekymra. Da kan Samhandlingsteamet gå inn og undersøke saken, og så kommer det heller en henvisning i etterkant. Så de har en enda åpnere dør, og sånn må det være.

På samme måte som i kommunen uttrykker denne lederen en svært bevisst holdning til tilgjengelighet. Åpen dør-metaforen er en referanse på begge nivåene. Her ser vi for det ene at inntak er organisert på enklest mulig måte, for det andre at lederen tar aktivt ansvar for å undersøke situasjonen hvis behandlingsbehovet er uklart. Formuleringen om at det er helt slutt på å avvise noen på grunn av dårlige henvisninger, peker mot at dette er en ny og endret praksis hvor det er brukerens behov som teller.

Både fra kommunen og DPS går det fram at Samhandlingsteamet har en sentral rolle i saker hvor det er vanskelig å få kontakt med brukeren. I innledningskapittelet så vi at mangel på tilgjengelige tilbud til ROP-pasienter er et erkjent problem på landsbasis. Det er et problem at det ordinære tjenesteapparatet er for lite fleksibelt, og for lite innstilt på å yte tjenester på brukernes premisser. Her er vi ved et kjernepunkt når det gjelder opprettelsen av Samhandlingsteamet, teamet skulle nettopp bistå de ordinære tjenestene på begge nivåer med å gjøre tilbudene tilgjengelige for disse brukerne. Funnene her peker mot at de har lykket. Lederne uttrykker både vilje til tilgjengelighet i egne tjenester, og til å strekke seg for å få dette til. Utsagnet under tydeliggjør Samhandlingsteamets rolle i dette og kan stå på egne bein:

Dette er veldig bra tenkning, at Samhandlingsteamet heller prøver å styrke det apparatet som allerede er der. Sånn at pasienten merker det og føler at her er det noe annet. For at han skal nyttiggjøre seg det, så må han kjenne at her er det noe jeg har bruk for.

### **6.2.3 KOR og IP som verktøy for brukervedvirkning**

I dette avsnittet skal vi se på erfaringer med to verktøy som tjenestene benytter, KOR (klient- og resultatstyrt praksis) og IP (individuell plan). Jeg vil først redegjøre kort for hensikten med disse verktøyene.

KOR er en modell hvor brukeren kan gi tilbakemelding til terapeuten gjennom hele behandlingsforløpet. Dette har to siktemål: Å undersøke hvordan brukeren opplever samarbeidet, og om han hjelpes i den retningen han ønsker (Skauli 2007). Det er i hovedsak to skåringsverktøy som brukes. Det første er ORS (outcome rating scale), hvor brukeren fortløpende blir bedt om å vurdere endringer i sin livssituasjon. Videre har vi SRS (session rating scale) som måler ulike aspekter av behandlingsrelasjonen.

IP skal sikre at personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester får koordinerte tjenester i samsvar med egne ønsker og mål. Retten til IP er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 2.5 (Helse og omsorgsdepartementet 2013). Det brukes mange ulike maler og utforminger, men et hovedanliggende er at brukeren er aktivt med på å utforme planen.

Når det gjelder KOR, sier en av lederne fra kommunen:

Det siste året har vi hatt et KOR-prosjekt. Ansatte i hele tjenestestedet har jobbet med KOR, og fått veiledning på det. Så nå skal vi jobbe videre med hvordan vi kan implementere det. Det bærer jo ganske mye preg av behandling, og det er ikke alle deler av det som passer for alle. Men det er innført i Rusmiddeletaten i Oslo, så vi kan lære av erfaringene deres også. Jeg tror det er veldig lurt å begynne med det, det forplikter jo brukeren også.

Her ser vi at denne lederen ønsker å videreføre arbeidet med KOR. Hun har imidlertid et forbehold knyttet til at det springer ut fra behandling. Dette kan dreie seg om at instrumentene måler forhold som ligger litt på siden av målene for denne virksomheten, for eksempel direkte terapeutisk effekt. Det kan også dreie seg om at den språklige utformingen mer assosieres med behandling enn dagligliv og mestring. Uansett er denne lederen innstilt på å arbeide videre med innføring av KOR, ved å innhente erfaringer fra andre og se på hvordan det kan tilpasses til egen virksomhet. Det å forplikte brukeren framheves som et eget poeng.

Den andre lederen sier:

Jeg tror KOR-prosjektet har gjort mye med de ansatte. Istedenfor at vi uøver, så tilrettelegger vi mye mer enn vi gjorde tidligere. Og har brukeren mye mere med på hvordan komme videre i verden.

Her knyttes økt brukerinvolvering direkte til endret arbeidsstil hos de ansatte, som følge av KOR. Dette underbygger det tydelige mestringperspektivet som vi så på i kapittel 7.2.1. Der fant vi en gjennomgående holdning hos alle lederne til å fremme arbeidsmåter som støtter



mestring og ansvarlighet hos brukeren. Nå ser vi at disse lederne vurderer KOR som et verktøy for å fremme et slikt perspektiv, og at de arbeider aktivt med å tilpasse det i praksis.

I DPS hadde en av lederne erfaring med KOR:

Jeg har brukt KOR systematisk i grupper, med det var veldig tidkrevende og ga ikke så mye informasjon fordi folk er så høflige. Men den delen som er ORS synes jeg har vært veldig nyttig å bruke individuelt. Da kan folk se tydelig selv hvordan for eksempel alkoholforbruket påvirker livskvaliteten, forholdet til slekt og venner, arbeid og alt som er.

Den første setningen i dette utsagnet illustrer et gammelt og velkjent fenomen i psykisk helsevern, nemlig at personer som har vært lenge i tjenestene noen ganger synes å si det de tror behandlerne ønsker å høre. Dette kan forstås som et uttrykk for en ulikeverdig maktbalanse, at pasientene bevisst eller ubevisst frykter sanksjoner hvis de uttrykker kritikk. Men det kan jo også være at de faktisk er fornøyd med tilbudet, og at de er der av den grunn. Denne lederen fokuserer ikke på dette aspektet, men konsentrerer seg om den delen av KOR som har fungert godt. Skåringen av variasjoner i opplevd livskvalitet gjennom behandlingsforløpet har ført til økt selvinnsikt. I dette eksemplet dreier det seg om hvordan eget alkoholkonsum helt konkret påvirker vesentlige aspekter av livskvaliteten, og pasientens egen mulighet til å påvirke situasjonen sin blir tydeligere for ham selv. Igjen ser vi at mestring og mulighet for å ta ansvar i eget liv blir vektlagt.

Flere forskergrupper har vist hvordan tilbakemeldingssystemer som KOR kan forbedre behandlingsresultatene dramatisk (Skauli 2007). Dette kan imidlertid gjøres på mange måter. Fra kommunen så vi at KOR-instrumentene krevde tilpasning, og at alt ikke passet for alle brukere. Skauli skriver at tilbakemelding kan gjøres på mange måter, fra mange siders spørreskjema til uformelle spørsmål i løpet av samtalen. Poenget er at pasientens vurderinger etterspørres. Når den siste informant ikke har brukt KOR i sin avdeling, er det nærliggende å forklare dette med at pasientgruppen gjennomgående har svært lav funksjonsevne. Denne lederen sier:

Vi har hatt en årlig spørreundersøkelse om hva pasientene synes om behandlingen, men det er litt vanskelig å få noe ut av det. Men vi har et livsmestringskurs her. Det er veldig spennende, og der har vi jo hatt evaluering. Så vi har justert mye fra i fjor.

Fra dette sitatet ser vi at pasientenes vurderinger etterspørres, men at nytten av dette har variert. Dette kan antakelig knyttes til fenomenet veloppdragne pasienter, som vi var inne på tidligere. I forbindelse med kursevaluering har tilbakemeldingene vært lettere å tolke, og følgelig blitt tatt hensyn til. På individuelt nivå vet vi ikke hvordan det arbeides med tilbakemeldinger i denne avdelingen. Denne lederen uttrykker imidlertid en svært høy bevissthet på å utforme behandlingen på pasientens premisser. Det er vanskelig å tenke seg dette uten at pasientens vurderinger etterspørres underveis, men kanskje kan det være noe å hente på en bevisstgjøring og systematisering av individuelle tilbakemeldinger i avdelingens opplegg.

Når det gjelder IP, er det en svikt i datainnsamlingen at bare en leder på hvert nivå er spurt om dette. Vi skal likevel se på erfaringene til de to aktuelle informantene.

Fra kommunen er det satset på web-basert IP. Lederen sier at «dette er nesten som en facebook-side, hvor alle kan kommunisere åpent om hva som er til beste for brukeren. Men vi ser nok at det mest er de yngre som liker dette verktøyet». Verktøyet forutsetter ikke kompatible programvarer hos de som skal samarbeide, men det krever en relativt omfattende opplæring og autorisasjon av de som skal inn i nettverket. Lederen forteller at dette er en kilde til motstand, og arbeider aktivt for at ansatte som behersker og liker verktøyet har anledninger til å vise, demonstrere og spre entusiasme. Selv om det også er et erkjent problem at dette tiltaket passer best for yngre generasjoner og at omfanget dermed begrenses noe, støttes denne satsingen både av helsepolitikkerne og brukerrådet i kommunen. Vår informant anslår at kommunen har rundt 70 brukere med web-basert IP, og synes selv dette er lite.

Likevel må kommunen sies å ligge i forkant av utviklingen her. I kapittel 1.2 så vi at veilederen «Sammen om mestring» peker på behovet for å samarbeide om helhetlige og koordinerte tjenester, med brukerperspektivet som overordnet prinsipp (Helsedirektoratet 2013). Videre ble det anbefalt å utvikle elektronisk kommunikasjon som ett av virkemidlene. Dette verktøyet fortoner seg som to fluer i ett smekk. Det er basert på åpen kommunikasjon og informasjonsdeling mellom aktører i de ulike tjenestene, med brukeren som likeverdig samarbeidspartner. Det er rimelig å tenke seg at implementeringen blir enklere etter hvert som teknologikunnskapene i befolkningen øker. Slik sett har dette verktøyet etter min vurdering på alle måter framtiden foran seg.

DPS-lederen har noen prinsipielle innsigelser til IP. Dette handler først og fremst om at retten til IP ikke omfatter noen rettigheter til det faktiske innholdet i planen, og at denne retten

derfor ikke har noe innhold på en ordentlig måte. Lederen mener også at IP har til hensikt å løse systemproblemer som i utgangspunktet ikke er brukerens problemer. Videre har denne lederen erfaringer med at det kan være vanskelig å få kommunen med på å lage IP, i tilfeller hvor DPS tar initiativ til dette.

Vi kan ikke trekke bastante slutninger med data fra bare to informanter. Vi ser imidlertid svært stor forskjeller i synet på IP mellom disse to lederne. Kommunens løsning har foreløpig et lite omfang, og vi vet ikke hvor mange av de 70 som faktisk har tjenester fra DPS. Det kan bli spennende å se hvilke konsekvenser kommunens satsing på den web-baserte løsningen vil ha på sikt.

## **6.2.4 Erfaringskunnskap som ressurs**

Nå skal vi se på hvordan erfaringskunnskap brukes på systemnivå. En av lederne tar utgangspunkt i at Bærum kommune tar mål av seg til å være foregangskommune i å ta brukerkunnskap på alvor, og har et aktivt brukerråd. Hun sier:

Det er meningsfullt å være med på å få se hvordan vi kan trekke brukerne med på systemnivå. Nå har vi en gruppe som ser på hvordan vi kan utvide helgetilbudet vårt til å bli ambulant, og da er to brukerrepresentanter med på det.

Her ser vi at ambisjonene om å ta brukerkunnskap på alvor, nedfeller seg konkret ved at brukerrepresentantene deltar på å utforme nye tilbud. En av DPS-lederne har samme oppfatning av ressursene som ligger i å ta i bruk erfaringskunnskap, men er ikke like fornøyd med egen organisasjon:

Det er vanskelig å få til brukermedvirkning når det gjelder utforming av tilbudene våre. Selv om ledelsen er opptatt av brukermedvirkning, er kommunen og brukerne alt for lite inne i bildet når vi gjør endringer på vårt system.

Denne lederen mener likevel det er noen gode tilløp, for eksempel ved at det nå er to representanter fra Mental Helse Ung som er med på å planlegge det nye Samhandlingsteamet for unge. Alt i alt formidler disse lederne en bevissthet på brukernes rolle i å utforme tilbud, som er helt i tråd med Slettebøs forståelse slik vi så i avsnitt 3.2: At brukererfaringer føres tilbake til tjenesteapparatet, slik at de påvirker videre utvikling og kvalitetssikring av

tjenestene (Slettebø og Seim 2007). I DPS mener den aktuelle lederen at det er et forbedringspotensial på dette området.

Et annet tilfang til erfaringskunnskap representeres ved erfaringskonsulentene. Etter eget anslag kan det være ansatt 20-30 erfaringskonsulenter i sykehus og kommuner på landsbasis. Erfaringskonsulentene jobber dels som rådgivere i stab, og dels i utøvende tjenester. Mandatet er uansett å tilføre fagmiljøene kunnskap fra et bruker- og pårørendeperspektiv (Jørgensen 2013). Samhandlingsteamet i Bærum har ansatt en erfaringskonsulent, noe alle informantene framhevet som positivt. En DPS-leder sa: «Det fungerer veldig godt, og det er ikke overraskende. Jeg har sans for å ha med brukere i alle sammenhenger, enten det dreier seg om undervisning eller å sitte i utvalg.»

I tillegg fortalte to av informantene, en fra hvert nivå, at det deltar fem erfaringskonsulenter i Samhandlingsutdanningen. Vi kommer tilbake til denne utdanningen under, i avsnitt 6.3. I mellomtiden kan vi oppsummere at alle lederne oppfattet erfaringskunnskap som en viktig ressurs, og en av de kommunale lederne var aktiv i å bruke denne kompetansen i utforming av nye tilbud. En av DPS-lederne var imidlertid ikke fornøyd med hvordan denne ressursen ble benyttet i utformingen av tilbud i sin organisasjon. Alle lederne hadde en positiv oppfatning av å ha erfaringskonsulent i Samhandlingsteamet.

## ***6.3 Læring på tvers***

### **6.3.1 Veiledning og den personlige faktor**

Samhandlingsteamet tilbyr veiledning til tjenestene, både som fast ordning og ved behov. Alle informantene benytter dette tilbudet for sine tjenester. Vi skal ikke gå inn i selve veiledningsbegrepet her, bare konstatere at det dreier seg om veiledning eller konsultasjon som omhandler konkrete saker. En av lederne fra kommunen sier:

Det er en veldig god trygghet å kunne diskutere en sak i Samhandlingsteamet. Når vi har vanskelige saker, kan vi ringe dem å få hjelp til å se på saken med nye øyne. Det er veldig fint med så stor tverrfaglighet. Men det kan jo også skje at det de sier, det har vi tenkt på selv.

Det å kunne diskutere saker med Samhandlingsteamet sees på som en ubetinget ressurs fra alle informantene. Tverrfagligheten i teamet framheves som svært nyttig. En av DPS-lederne

nevner særlig det at folk fra Rusttjenesten og Psykisk helse i kommunen jobber der, og at de har mye å lære av dem fordi de er så tålmodige og tett på brukerne. Ved at det også er spesialister med, blir effekten etter denne lederens mening veldig god. I kapittel 7.1.2 så vi at alle informantene er opptatt av å fremme tverrfaglighet og opplevelse av likeverd blant de ansatte i sine tjenester. Nå kommer dette til uttrykk i måten å arbeide med vanskelige saker på. Hver enkelt medarbeiders ståsted og bidrag blir påpekt og verdsatt, og resultatet av den felles innsatsen vurderes her av lederen i DPS som veldig god. Dette gir assosiasjoner til Peter Senge sin teori om sammenhengen mellom personlig mestring og teamlæring (Senge 2006), slik vi så i avsnitt 3.3. Teamlæring er nært forbundet med engasjerte og investerte medarbeidere, som ser seg selv som del av et fellesskap og ønsker å spille hverandre gode. Dette innebærer vekst og utvikling for den enkelte, likevel oppnår teamet resultater som langt overgår det de enkelte medarbeiderne kunne gjort på egen hånd.

Vi skal gå tilbake til den siste setningen i sitatet over. Her sier denne lederen det kan skje at Samhandlingsteamet ikke bringer inn noe nytt, at det som kommer ut av veiledningen er noe de faktisk hadde tenkt på selv. Etter min mening er dette en svært interessant ytring. For det ene uttrykker det en nøkternhet overfor Samhandlingsteamets status som problemløser. En tenkt undertekst kunne vært: «De er kjempegode å støtte seg til i vanskelige saker. Men de kan jo ikke trylle heller!» For det andre, og vel så viktig, innebærer denne holdningen en vurdering av egen tjeneste som kompetent, med medarbeidere som er fullt i stand til å gjøre egne vurderinger. Vi kjenner igjen denne holdningen fra avsnitt 6.1.2, hvor ansvarlige og kompetente medarbeidere syntes å være en del av de fleste avdelingenes identitet og selvoppfatning. Hvis vi igjen går til Senge, ser vi at dimensjonene i personlig mestring for det ene er å kunne skille vesentligheter fra det uvesentlige, og for det andre å kunne gjøre realistiske vurderinger av de fenomenene vi står overfor (Senge 2006). For å si det på en annen måte, kritisk sans og god dømmekraft er vesentlige aspekter som medlemmene i teamet har med inn i fellesskapet, hvis den felles innsatsen skal munne ut i ny læring og forbedret praksis. I dette tilfellet demonstrerer denne lederen både kritisk sans og tro på egen dømmekraft. Hvis vi tenker oss at disse fenomenene kan smitte, på samme måte som vi har sett når det gjelder empowerment, vil denne lederen også bygge opp under disse ferdighetene hos sine medarbeidere. Da er noen av forutsetningene til stede for en god læringsspirale.

I det følgende skal vi se at informantene også vektlegger det personlige eksempel som en kilde til læring. En sier: «Jeg tror teamlederen har vært helt super, hennes samarbeidskompetanse er sjelden, og det tror jeg har vært helt nødvendig for å dra dette i

gang og holde det oppe.» Her vises det til lederen for Samhandlingsteamet, og denne informanten legger til at slike strukturer er sårbare uten personer som kan holde det oppe. Alle informantene nevner på ulike måter hennes egenskaper og kompetanse som viktig for Samhandlingsteamets suksess. Også andre får heder og ære, en av informantene sier det slik:

Da vi etablerte Samhandlingsteamet og var så heldige å få ansatt teamlederen, falt ting på plass. Vi hadde jo psykiateren inne også, og vi har en forsker som er en vanvittig dyktig fyr. Alle disse personfaktorene gjør at det er vanskelig å vite akkurat hva som virker på hva.

Det at det er vanskelig å vite hva som virke på hva, har også en strukturell komponent. Organiseringen av Samhandlingsteamet er fleksibel og har berøringspunkter med de andre tjenestene på kryss og tvers, og veiledningsvirksomheten bidrar til en stor kontaktflate. Nordhaug skriver at slike forhold er viktig for læring i organisasjoner (Nordhaug 2012). Strukturer som åpner for kontakt og samhandling på tvers av funksjoner, profesjoner, arbeidsgrupper og enheter bygger opp under kompetanseoverføring og ny læring. I neste avsnitt skal vi se nærmere på virkningen av en annen struktur, nemlig Samhandlingsutdanningen.

### **6.3.2 Samhandlingsutdanningen**

Alle informantene vurderer Samhandlingsutdanningen som positiv, og anfører stort sett de samme positive virkningene. Det dreier seg om en felles kunnskapsplattform, om utvidet nettverk og bedre kjennskap til hverandres tjenester, og om en tydelig brukerorientering. En sier:

Sånn som det var med SEPREP også, tror jeg det er veldig nyttig å ha felles forelesninger, og diskutere case med mange forskjellige innfallsvinkler. Dette skaper en felles kunnskapsplattform. Det blir en økt bevisstgjøring også, fordi deltakerne tar med casene hit og diskuterer. Så kan de ta med våre ideer tilbake. Det at det er en lokalbasert utdanning gjør jo at man utvider nettverket sitt, og blir kjent med folk fra spesialisthelsetjenesten også.

En annen framhever det at leger, psykologer og andre yrkesgrupper går i utdanningen på like premisser, som viktig for å motvirke splittelse og hierarki. Her er det relevant å trekke inn evalueringer av SEPREP Tverrfaglig Utdanningsprogram, fordi Samhandlingsutdanningen

bygger på denne modellen. Rambølls evaluering viste, som vi så i Kapittel 2, at programmet hadde positiv virkning på forståelse og gjensidig respekt mellom yrkesgrupper og nivåer, og kjennskap til hverandres kompetanse og arbeidsområder (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Denne konklusjonen støttes seinest av en evaluering i regi av Høgskolen i Buskerud (Ness og Karlsson 2014). Disse positive effektene tilskrives for det ene at utdanningen er lokalbasert, og at deltakerne er ansatt i de tjenestene som skal samarbeide til daglig. For det andre er undervisningen både kunnskapsbasert, og tilpasset lokale behov og deltakernes praksishverdag. Den felles kunnskapsplattformen som formidles inkluderer et sterkt brukerperspektiv. Samhandlingsutdanningen bygger på de samme prinsippene. I tillegg er det gjort et grep med casestudier, noe som er bakgrunnen for den vekselvirkningen det vises til i sitatet over. Deltakerne i utdanningen har med case som diskuteres på eget arbeidssted, og tar med innspill til den aktuelle saken tilbake til klassesituasjonen. Informantens utsagn kan forstås slik at dette bidrar til økt bevisstgjøring både på arbeidsstedet, og blant deltakerne i utdanningen.

Det at Samhandlingsutdanningen har fem erfaringskonsulenter blant deltakerne, framheves også som positivt. Det at en så tydelig og klar satsing på å fremme brukerperspektivet har tilslutning hos lederne, støtter inntrykket fra de foregående kapitlene om en konsistent og sterk brukerorientering hos disse lederne.

Disse ledernes oppslutning om Samhandlingsutdanningen er uttrykk for en prioritering. De avser medarbeidere som direkte deltakere, og de setter av tid til casestudier i egne avdelinger. Kommunen stiller med lokaler. Alle framhever utdanningens betydning for å bli bedre på samhandling, og uttrykker et eierforhold til den.

### **6.3.3 Læring gjennom samarbeid**

Lederne på begge nivåer har refleksjoner rundt det å lære av hverandre gjennom å samarbeide mellom forvaltningsnivåene. Vurderingen fra kommunens ledere er at læringen går begge veier. En sier:

De miljøterapeutene som jobber både her og i Samhandlingsteamet har ofte de kompliserte sakene som krever mye innsats. Da vil de nok diskutere dem der, selv om de ikke er formelt innskrevet. Men da er det viktig at vi vet om det og snakker om det, så vi ikke tenker forskjellig. I disse sakene som krever så mye og mobiliserer så mye i oss, her er det viktig at vi trekker samme vei.

Dette sitatet viser til at enkelte medarbeidere er forankret både i kommunens tjeneste og i Samhandlingsteamet. I krevende saker er forankringen i Samhandlingsteamet en ressurs på den måten at de kan diskutere saker uformelt, og ta med tenkning som dette avføder tilbake til sin tjeneste. Dette gir grunnlag for en felles tenkning hvor en trekker samme vei. Her må vi tolke tenkning videre enn som en mental aktivitet, det er tydelig at dette dreier seg om saker som er personlig krevende for de som er involvert. Det er rimelig å tolke tenkning i denne sammenhengen både som forståelse, og som medarbeidernes relasjoner og samarbeid med de aktuelle brukerne og med andre som er involvert. I saker som innebærer personlig krevende relasjoner er det ekstra viktig med en omforent holdning i tjenesten, at de som denne lederen sier trekker samme vei. Dette realiseres i en kombinasjon av utveksling av tanker og ideer med Samhandlingsteamet, og en bevissthet i den kommunale tjenesten om hvilken kvalitet de ønsker på egen praksis.

I kapittel 3 så vi at Nordhaug definerte læringsmiljøet som summen av de forhold i en organisasjon som virker inn på de ansattes og arbeidsgruppene muligheter til å tilegne seg og utveksle kunnskaper og ferdigheter (Nordhaug 2012, s. 195). I de to forrige avsnittene så vi på formelle strukturer som tilrettelegger for læring. Her ser vi et eksempel på uformell overføring av kunnskaper og ferdigheter, noe Nordhaug mener har stor betydning for læring i en organisasjon.

Videre skal vi se hva den andre lederen fra kommunen vurderer at de kommunale tjenestene og Samhandlingsteamet har tilført spesialisthelsetjenesten:

Overfor spesialisthelsetjenesten tror jeg nok at vi har hatt litt smitteeffekt med å synliggjøre det med å jobbe utad. Og de i Samhandlingsteamet har jo dette i ryggmargen, at selv om du er psykolog eller psykiater, så er det en fin møteplass hjemme hos brukerne. Så jeg tror vi har tilført den måten å jobbe på.

Denne lederen peker på kommunens tradisjon med å jobbe utad, på brukerens arena, slik vi gikk mer inn på i avsnitt 6.2, og peker på at dette har hatt en smitteeffekt overfor spesialisthelsetjenesten. Videre er det en rimelig tolkning at denne effekten er forsterket av at spesialistene i Samhandlingsteamet også jobber utad. De som befinner seg i spesialisthelsetjenesten ser at dette er en god arbeidsform for alle yrkesgrupper. Vi skal se på hva en av DPS-lederne sier om dette:



Folk blir ikke friske av å komme hit til samtaler når livene er så skakkjørte. Derimot hjelper det å få støtte, rammer og hjelp rundt seg der de lever. Dette har Rustjenesten og de andre i kommunen forstått for lenge siden. Jeg tror det er veldig viktig at vi stiller opp når kommunen ber om det. Min tenkning er at de blir gode av å vite at vi er der, og det er det samme med oss. Vi blir gode av å vite at kommunen er der og kan stille opp. Det er gjensidig.

Fra denne lederen ser vi her en utvetydig anerkjennelse av kommunens arbeidsform. Det å jobbe utad synes å være en nøkkelfaktor slik alle disse lederne vurderer det, og her er det først og fremst spesialisthelsetjenesten som har lært av kommunen. Denne læringseffekten er forsterket av Samhandlingsteamet, som jo befinner seg mellom nivåene og er et felleseie.

I det siste utsagnet ser vi videre en interessant vurdering knyttet til at spesialisthelsetjenesten blir god av å vite at kommunen er der og kan bistå, og omvendt. Det går begge veier. Med Senges ord spiller de hverandre gode (Senge 2006). En av Senges disipliner i organisasjonslæring var mentale kart, inngrodde og ofte ubevisste antakelser og generaliseringer som bestemmer hvordan vi oppfatter og forholder oss til verden. I Aadlands terminologi kan dette ha likhetspunkter med skjulte verdier (Aadland 2004). Poenget er å bli klar over disse antakelsene eller verdiene, slik at de ikke styrer handlinger og praksis. Ifølge Senge krever dette tillitsfulle relasjoner og åpen dialog, og Aadland vil si refleksjon i organisasjonen om hvilke verdier vi ønsker skal styre virksomheten. I dette tilfellet synes avdelingen i spesialisthelsetjenesten å ha endret synet på sin rolle overfor brukeren grunnleggende: De er ikke lenger spesialister på eget kontor, men hjelpere på brukerens hjemmebane. Dette bringer oss til den disiplinen hos Senge vi hittil ikke har vært inne på, nemlig felles visjon. (Senge 2006). Som vi så i avsnitt 6.2 tyder mye på at en sterk brukerorientering er felles for de tjenestene vi omtaler i denne studien. En felles visjon er ikke forskjellig fra visjonen til den enkelte medarbeider, men blir tydeligere og mer nyansert. Felles visjon utløser kreativitet, energi og felles tro på at det nytter, sier Senge (Senge 2006, s 198).

I vårt tilfelle kan kommunikasjon og samarbeid mellom tjenester og nivåer se ut til å ha utfordret mentale kart eller skjulte verdier, på en slik måte at det har styrket en felles visjon og ikke minst endret praksis. Vi vet ikke konkret hvordan dette er arbeidet med i tjenestene. Lederne beskriver imidlertid gjensidig læring gjennom samarbeid. Det dreier seg både om å styrke oppfølgingen til de mest utsatte brukerne, og om å jobbe mer på brukernes egen arena.

En side her er også opplevelse av likeverd og respekt overfor andre tjenester, noe vi kommer tilbake til i avsnitt 6.4.

## ***6.4 Relasjoner til andre tjenester***

### **6.4.1 Fordeling av oppgaver**

I dette avsnittet skal vi se på hvordan de ulike seksjonene vurderer hvilke brukere som hører hjemme hvor, og hvordan de fordeler oppgaver der hvor det trengs bistand fra flere seksjoner samtidig. Mange brukere har problemer knyttet til både psykisk helse og rus, og lederne på begge nivåer synes det kan være vanskelig å vite hva som er det beste tilbudet i de enkelte sakene. En av kommunens ledere sier det kan være ganske tilfeldig om brukeren havner i Rustjenesten eller Psykisk helse, noen ganger kommer det an på hva fastlegen kjenner best til. Uansett er det brukerens behov som skal styre tilbudet. Hvis det er behov for bistand fra en annen tjeneste enn der brukeren befinner seg, får de det til.

Begge lederne fra DPS viser til at det er blitt lettere å avgjøre hvor folk skal etter at de fikk felles inntak. En sier:

Vi har felles inntak, og hjelper hverandre med å vurdere hvor folk skal. Der har ROP-retningslinjene vært til hjelp. Hvis det er schizofreni, skal jo Rehabiliteringspoliklinikken ta inn vedkommende selv om det er massiv rusproblematikk. Men vi kan jo også ha parallelle løp. Jeg tenker at det kanskje ikke er så lurt å ha dette skillet mellom rus og psykisk lidelse som seksjonene legger opp til.

Denne lederen peker også på at føringene fra ROP-retningslinjen har gjort det enklere å avgjøre hvilken seksjon folk skal ha tjenester fra (Helsedirektoratet 2012). Likevel er ikke dette alltid opplagt, de diskuterer og hjelper hverandre med å vurdere, og jobber sammen der hvor det trengs. Når denne informanten sier det kanskje ikke er så lurt å ha dette skillet, avspeiler det en gjennomgående anbefaling i ROP-retningslinjen, som handler om integrert tenkning og behandling. Disse problemene henger oftest sammen, og må sees i sammenheng. Derfor skal mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser få behandling og oppfølging knyttet til begge problemområdene samtidig, og tjenestene skal være sammenhengende og integrert.

Fra Knudsen har vi sett at det er et gunstig utgangspunkt for samarbeid når partene har delvis overlappende ansvarsområder, det vi i avsnitt 3.4.3 kalte domenekompatibilitet (Knudsen 2004). Dette innebærer at samarbeid er nyttig fordi det gir muligheter for å gi flere tilbud samtidig, og utfylle hverandres kompetanse. Som jeg også redegjorde for i samme avsnitt, kan disse brukerne også ha store og sammensatte behov som gjør det vanskelig å forutsi hvilken bistand som trengs, det er lav oppgavespesifiserbarhet. Dette krever fleksible og kreative løsninger på brukernes premisser. I de følgende avsnittene kommer vi inn på flere av forutsetningene for samarbeid. Foreløpig ser vi at når det dreier seg om oppgavedeling mellom seksjoner innenfor eget nivå, ser det ut til å håndteres hensiktsmessig og fleksibelt både i kommunen og DPS.

Videre skal vi se hvordan informantene vurderer oppgavedelingen mellom nivåene. En av kommunens ledere sier at når de henviser til spesialisthelsetjenesten, er det som oftest fordi brukeren trenger mer utredning og behandling. Men det er ikke alltid de henviser, det kan være at situasjonen er for ustabil, eller at brukeren ikke ønsker det. De tar seg av ganske mange slike saker selv, og så kan det heller bli aktuelt å henvise seinere. I de sakene hvor de henviser, har de erfaring med at det oftest er en god dialog rundt oppgavedelingen.

Begge DPS-lederne beskriver en endring i praksis fra tidligere. En sier:

De vanskeligste sakene er der hvor vi har prøvd i årevis, og ikke kommer til med hjelp. Før kunne de bli skjøvet tilbake til kommunen, og bli kasterbatter. Nå tenker vi mye mer at her er det så mye bekymringer om rus og psykisk lidelse, at her bør spesialisthelsetjenesten inn i bildet selv om vi kanskje må gjøre en innsats for å få tak i vedkommende. Da har vi Samhandlingsteamet til å hjelpe oss. De går alltid to stykker, en fra DPS og en fra kommunen. Og når en sak kommer til dem, da blir den løst.

Denne lederen sier det i det hele tatt er blitt mindre av å dytte saker tilbake til kommunen, og at dette gjelder alle saker, ikke bare de mest alvorlige. Alt i alt beskriver lederne fra DPS en tydelig holdning og praksis som innebærer et medansvar for at brukerne skal få et best mulig tilbud. Holdningen som formidles er utpreget løsningsorientert, og ingen framholder oppgavens innhold som argument for at en sak hører hjemme her eller der. Begge vurderer Samhandlingsteamets rolle som sentral i denne utviklingen av praksis.

Vi har sett at lederne på begge nivåer beskriver en fleksibel oppgavedeling, hvor alle tar sin del av ansvaret for gode løsninger til brukerens beste. Det organisasjonsteoretiske bakteppet her er overlapping i oppgavens karakter, og liten grad av oppgavespesifiserbarhet (Knudsen

2004). Når vi nå går til det siste poenget med hensyn til oppgavedeling, er ikke bildet like preget av samarbeid og ansvarsdeling. En av kommunens ledere sier:

Det er klart at det er en bedring i samarbeidet på mange områder. Men jeg synes nok at dørene lukkes mere nå. Tidligere har DPS tatt inn brukere på døgnopphold før de er blitt veldig dårlige, slik de har nedfelt det i kriseplanen sin. Nå må folk være kjempedårlige for å få innleggelse. Da er det bare tull å skrive kriseplaner.

Denne lederen beskriver redusert tilgang på et helt spesifikt tilbud, nemlig døgnopphold, og ser videre for seg at dette kanskje er en oppgave som kommunen selv må ivareta. Her snakker vi om en oppgave med stor spesifiserbarhet. Hvis forholdet er at DPS ønsker å spare penger ved å redusere døgntilbudet og dette reduserer handlingsrommet til brukere i krise, er ikke dette noe som kan løses med godt samarbeid mellom de utøvende tjenestene. Da har vi å gjøre med avgjørelser på strategisk ledernivå, noe vi kommer nærmere inn på i avsnitt 6.6. Foreløpig skal vi nøye oss med å konstatere at denne avgjørelsen ikke synes å være avstemt mellom nivåene.

## **6.4.2 Vurdering av kompetanse**

I avsnitt 6.1 så vi at alle informantene vurderer kompetansen i egne tjenester som god. I det følgende skal vi undersøke nærmere hvordan de ser på kompetansen i de tjenestene de samarbeider med. Hvis vi først går til kommunens ledere, finner vi en samstemt oppfatning av at det er et høyt faglig nivå i de ulike tjenestene. En av dem sier om en samarbeidende tjeneste at «de har mange med videreutdanninger og er kjempekompetente». Den samme lederen legger til at de som jobber i spesialisthelsetjenesten antakelig vil si det samme, at det faglige nivået i kommunen er høyt. Dette skal vi komme tilbake til. Først skal vi se hvordan kommunens ledere vurderer kompetansen i spesialisthelsetjenesten. En sier:

Jeg tenker at kompetansen i spesialisthelsetjenesten er annerledes, jeg har jo forventninger til at de skal drive behandling. Når vi henviser har vi forventninger til å få en psykiater eller psykolog, så det kan være frustrerende når det ikke skjer. Da kan vi lure på hva som er forskjellen på dem og oss. På den andre siden har de et annet tverrfaglig nivå, og de diskuterer jo også sakene sine. Så jeg tror likevel den personen blir sett med litt andre øyne i spesialisthelsetjenesten enn hos oss. Vi har ikke kompetanse til å gjøre den typen diagnostiseringer og vurderinger. Men det er helt fint, vi skal da vel ikke kunne det samme.

Her finner vi en nokså balansert holdning til de ulike kompetanseområdene. Dette sitatet må forstås slik at spesialisthelsetjenesten vurderes i noen grad å ha ganske sammenfallende kompetanse med kommunen. Det er spesialistene som i hovedsak utgjør forskjellen. Likevel innebærer den økte tverrfagligheten også et faglig tilfang etter denne lederens mening.

En av DPS-lederne mener at de som hovedsakelig har hatt oppgaver knyttet til ruslidelser tidligere, har blitt flinkere med psykiske lidelser. Dette sammenfaller med den økte oppmerksomheten på integrert behandling som vi var inne på i forrige avsnitt. Vi har også sett en utpreget gjensidig faglig respekt knyttet til utvikling av oppgavedeling og samarbeid innad i DPS. Når det gjelder disse ledernes syn på kommunens kompetanse er sitatet under illustrerende:

Det er en erkjennelse at når folk får støtte og rammer rundt seg der de lever, så skjer det ting. Og det har de i kommunen, og særlig Rustjenesten, sett lenge. Bærum kommune var jo først ute med å forstå at de ansatte trenger en særskilt kompetanse for å bistå folk med psykiske lidelser, de har alltid prioritert det.

Dette er en anerkjennelse av kommunens kompetanse på å jobbe utad og på brukernes arena, som vi også behandlet i avsnitt 6.3.3 om læring gjennom samarbeid. Her gikk det fram at dette ble vurdert som en særdeles viktig kompetanse som også har tilflytt DPS, og påvirket praksis til å bli mer utadrettet og brukerorientert. I tillegg ser vi her at kommunen som sådan roses for sin vilje og evne til å prioritere kompetanse.

Anerkjennelse av kompetansen i andre enheter er en viktig betingelse for samarbeid (Knudsen 2004). Hvordan partene vurderer hverandres faglige nivå, at de vurderer hverandre som like gode og har respekt for hverandres arbeid, har betydning både for kommunikasjon og for hvordan oppgaver løses. I kapittel 4 så vi på den særlige utfordringen knyttet til hierarkiet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og hvordan dette kunne vanskeliggjøre et likeverdig samarbeid. Nå ser vi at lederne fra spesialistnivået formidler en uforbeholden anerkjennelse av kompetansen i kommunen, mens kommunens ledere har en mer nøktern holdning til kompetansen i DPS. Begge parter vurderer avgjort den andres kompetanse som nyttig og god, men vi fornemmer en forskjell her. Dette kan være utslag av det Bye Hansen kaller nødvendig selvhendelse bygget på likeverd (Bye Hansen 2004). Kanskje har begge parter et ønske om å nøytralisere de hierarkiske utslagene av nivådelingen.

Vurdering av hverandres kompetanse er en del av det Knudsen kaller ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet. I avsnittet under skal vi se nærmere på den ideologiske komponenten, nemlig partenes vurdering av verdier og holdninger hos hverandre.

### **6.4.3 Vurdering av verdier og holdninger**

Alle lederne har synspunkter på likheter og forskjeller når det gjelder kulturer, forstått som verdier, holdninger og hvordan dette nedfeller seg i måter å jobbe på (Knudsen 2004). Først skal vi se på hvordan informantene vurderer psykisk helsefeltet sammenlignet med rusfeltet. En av kommunens ledere sier forskjellene er blitt tydeligere etter at de ble samlokalisert. Det første poenget her er at rustjenesten tradisjonelt er mer autonom enn psykisk helse. Denne lederen sier:

Etter at Psykisk helse og Rustjenesten ble samlokalisert, er vi blitt bedre kjent. Og da har det blitt tydeligere at det er noen forskjeller historisk sett også. Psykisk helse har fort involvert fastlegen, mens Rustjenesten mer har tenkt at jaja, vi kan vel ordne opp i det der selv. Så Rustjenesten er en mer autonom tjeneste. Men det er jo på godt og vondt.

Her er det en tydelig vurdering av den ene tjenesten som mer selvstendig og med tendens til å ordne opp selv, mens den andre har sterkere tradisjoner på å søke råd og samarbeide, i dette tilfellet med fastlegen. Jeg oppfatter imidlertid ikke at det ligger noen nedvurdering i dette, det er mer en konstatering av en ulikhet som er blitt tydeliggjort ved nærmere samarbeid. Denne lederen sier da også at det å være autonom er på godt og vondt. Det er nærliggende å tenke at det negative aspektet kan dreie seg om de mulighetene som ligger i tverrfaglighet og samarbeid, og som man går glipp av ved å operere på egen hånd. Den samme lederen har også synspunkter på forskjeller i tilnæringsmåte:

Det er forskjell på hvordan vi nærmer oss folk. Jeg har den største respekt for de som jobber i psykisk helse, de har mange som er veldig dårlige og trenger mye praktisk hjelp. I Rustjenesten er det mer trøbbel og utagering.

Her slås det fast at det eksisterer en forskjell i tilnærming som har sammenheng med brukergruppens behov. Vi får ikke vite mer konkret om disse forskjellene, men det er nærliggende å tenke seg en litt røff stil og god bevissthet på grenser overfor Rustjenestens

brukere. Psykisk helse har brukere med stor funksjonssvikt og mange behov. Vi får ingen karakteristikk av tilnærmingen til disse brukerne, men ser en svært respektfull omtale. Det konstateres at ulike tilnærminger eksisterer side om side, og det ligger under at begge behøves.

Fra DPS-lederne finner vi vurderinger av ulikheter mellom psykisk helse og rus som til dels samsvarer med synspunktene over. Én peker på den litt uheldige tradisjonen i psykisk helse med at det alltid er spesialisten som skal inn i saken, og mener det er lettere å jobbe tverrfaglig i rusfeltet. Hvis vi sammenholder dette med synspunktet over om autonomi i kommunens rustjeneste, kan det støtte en antakelse om at den faglige selvtilliten blant medarbeiderne er større i rusfeltet enn i psykisk helsefeltet i de tjenestene vi undersøker her.

Det siste poenget som berører forskjeller mellom disse to fagfeltene, gjelder ulike kulturer på vurdering av behandlingsbehov. En av DPS-lederne sier:

Er det først rus, da har du som regel et problem og blir tatt inn. Men selv om du har litt angst eller er deprimert, så er det kanskje ikke riktig at du skal til spesialisthelsetjenesten. Derfor er det mer kultur for å gi avslag i psykisk helsevern. Jeg synes ikke det er feil, men det har gjort at det har blitt en annen kultur når det gjelder vurderinger.

Selv om det er en plausibel årsak til det, mener denne lederen altså at psykisk helsevern har større tendens til å avslå søknader enn det som er tilfelle innenfor rusbehandling. I avsnittet om tilgjengelighet så vi at søknader til psykisk helsevern blir ettergått for å sikre at de som trenger det får tilbud om behandling. Poenget nå er imidlertid at denne lederen likevel mener psykisk helsevern har kultur på dårligere tilgjengelighet enn det som er tilfelle for rusbehandling. Et annet interessant fenomen i samme avsnitt var den store vekten kommunens rustjeneste la på tilgjengelighet og «åpen dør». Vi har ikke tilsvarende data fra Psykisk helse, men kan uansett konstatere at lederne for rustjenesten på begge nivåer knesetter tilgjengelighet som viktig prinsipp. Når det gjelder vurderingen av kulturen i psykisk helsevern som mindre tilgjengelig, kan denne være helt realistisk og basert på kunnskap og erfaring. Informanten sier også det er fullt forståelig og faktisk riktig at det er blitt slik. På samme måte som når det gjaldt vurdering av forskjeller mellom Psykisk helse og Rustjenesten i kommunen, finner vi ingen nedvurdering eller negative holdninger knyttet til disse vurderingene.

Videre skal vi se hvordan lederne vurderer kulturer på motsatt forvaltningsnivå. Det gjennomgående temaet her er i hvilken grad en jobber ambulant og oppsøkende. En leder i kommunen sier at «vi har en kultur for å være veldig ambulante. Vi har nok hatt den holdningen mye mer enn spesialisthelsetjenesten, hvor de stort sett skal komme til kontoret. Samhandlingsteamet sier også at våre arenaer for å møte brukerne er mye mer kreative enn de har vært innenfor spesialisthelsetjenesten.» Sitatet under stammer fra en leder i DPS:

Vi er jo tett på kommunen, og jeg tror vi har hatt en kultur som er ganske lik den Samhandlingsteamet står for. Så det var ikke noe kultursjokk. Men vi har jo ikke hatt den skulderen fra kommunen, så godt som nå. Det har vært et vi og et de i mye større grad enn det er i dag.

Her formidler lederen fra kommunen at de har kultur for å jobbe ambulant, til forskjell fra spesialisthelsetjenesten. Dette er sammenfallende med funnene fra flere av de andre kapitlene, hvor det jo går igjen som en rød tråd at kommunen har bidratt med ambulante og utadrettede arbeidsformer som DPS har adoptert. Vi ser også en positiv, for ikke å si offensiv selvforståelse i dette sitatet, ved ytringen om mye mer kreative arenaer enn det spesialisthelsetjenesten har stått for. Lederen fra DPS ser det ikke helt på samme måten. Når kulturen i egen enhet framstilles som at den har vært ganske lik den Samhandlingsteamet står for, må dette forstås slik at kulturen etter denne lederens vurdering har vært ambulant tidligere også, og at utviklingen har vært en videreføring av denne kulturen. Antakelig er ikke dette noe stort poeng. Tidligere har vi sett at kommunen absolutt er blitt kreditert for å tilføre ambulante arbeidsformer, ikke minst i kapittel 7.3.3 om læring gjennom samarbeid. Poengteringen av den gode skulderen fra kommunen sier også mye om at kommunens bidrag sees som verdifullt. Ulikheten i hvordan kulturendringene i DPS vurderes kan skyldes helt reelle forskjeller mellom seksjonene som ikke er fanget opp av data i denne studien. Det som imidlertid er et poeng her, er at begge lederne vurderer utviklingen som positiv, og ambulante arbeidsformer som god og ønskelig praksis. Igjen løftes Samhandlingsteamet fram som en viktig faktor med hensyn til utvikling av ambulante og utadrettede arbeidsformer.

Det siste vi skal se på her har utgangspunkt i språk. En av DPS-lederne sier:

Jeg tror vi har fått en mye bedre språkbevissthet. Det går ikke an lenger å sitte på inntaksmøtet og si at dette er en skikkelig personlighetsforstyrrelse, og hun er jo helt umulig å hjelpe. Så holdningene i språket har forandret seg også. Jeg trives med å være leder, nettopp fordi man kan være med å påvirke på flere nivåer. Og synes det skjer en endring nå, at det nesten er en vårløsning når det gjelder brukermedvirkning og samhandling.



Dette sitatet slår an en optimistisk tone for en leders mulighet til å påvirke kulturer. Her er utgangspunktet språk, og helt konkret hvordan omtale av pasienter i et møte har endret seg. Det er ikke lenger gangbart å snakke om pasienter i kategoriserende og dømmende ordelag, og dette har sammenheng med endrede holdninger. Når språkbevissthet bringes opp, tyder det på en bevissthet om at disse forholdene påvirker hverandre gjensidig. Hvordan vi snakker om andre eller hverandre er også med på å utforme virkelighetsoppfatningen vår (Bateson 1972). I kapittel 4.5.1 så vi at strategisk ledelse innebærer både instrumentelle og meningsskapende prosesser (Busch m. fl. 2007). Sitatet over indikerer at denne lederen er opptatt av å ivareta det meningskapende perspektivet, her påvirkes kultur og holdninger av hvordan pasientene omtales. Dette må sies å være ledelse som språkskaping, slik Busch m. fl. definerer det. Videre ser denne lederen et ansvar i å påvirke på flere nivåer. I avsnittet om ansvarlige medarbeidere så vi at det ble arbeidet aktivt med å fremme tverrfaglig samarbeid og likeverdige relasjoner i behandlingsteamene. Nå ser vi en vurdering av at kulturen samlet sett er blitt mer bruker- og samhandlingsorientert.

#### **6.4.4 Utvikling av relasjoner og samarbeidsformer**

Alle lederne beskriver en positiv utvikling når det gjelder relasjoner og samarbeidsformer, både mellom avdelinger i eget forvaltningsnivå og mellom nivåene. Mye av denne utviklingen tilskrives Samhandlingsteamet. En av kommunens ledere sier:

Hvis det er en bruker fra Psykisk helse som det viser seg har et rusproblem, tar vi opp på avdelingsledermøte hvilken samarbeidsform vi skal velge. Det kan være veiledning, skulder til skulder eller at Rustjenesten går inn og jobber parallelt. Hvis vi sliter med å komme i posisjon, jobber vi tett med psykiateren og de andre i Samhandlingsteamet.

Her ser vi en fleksibel holdning til hvordan de kan praktisere samarbeid når brukeren trenger samtidige tjenester. Denne lederen beskriver en tredelt modell som samsvarer med det vi har sett er Samhandlingsteamets arbeidsform. For det første kan den tjenesten med ønsket kompetanse gå inn og veilede den andre. For det andre kan de gå skulder til skulder. Som vi så i avsnittet om mål og praksis for Samhandlingsteamet, innebærer dette støtte og aktiv bistand, i dette tilfellet fra en annen tjeneste i kommunen. Brukeren opprettholder imidlertid sin forankring og kontakt i den opprinnelige tjenesten. Det siste nivået er som vi ser at

tjenestene jobber parallelt. De kan også få direkte bistand fra Samhandlingsteamet. Alt i alt beskrives samarbeidet mellom tjenestene som fleksibelt og ubyråkratisk. Den andre lederen fra kommunen forteller også om et godt samarbeid mellom avdelingene, og at det er lett å be om hjelp og bistand. Et eksempel er hvis det kommer en somatisk dårlig bruker til Rustjenesten, da kan de be om hjelp fra Helseavdelingen til å vurdere om det er behov for ambulanse. «Vi strekker oss langt, og det gjør de andre også», sier denne lederen.

Om utviklingen av samarbeidet innad i DPS, sier en av lederne at det var mye mer komplisert tidligere, og de kunne krangle om vanskelige saker. Nå snakker de om disse sakene på en helt annen måte, og er mer opptatt av hvordan de kan hjelpe hverandre. Denne endringen tilskrives i stor grad Samhandlingsteamet, men det pekes også på andre prosesser som har dratt samme vei, som Samhandlingsutdanningen, og felles inntak. Begge DPS-lederne er opptatt av at samarbeidet med kommunen er en del av dette bildet. En sier:

Før måtte vi være veldig sikre på at vi tok inn de som virkelig hadde nytte av det. Nå sier vi heller ja, og prøver å finne ut av det. Og da går vi ut, skulder ved skulder, kommunen og spesialisthelsetjenesten. Vi går sammen og ser hva vedkommende trenger.

I dette sitatet ser vi igjen en direkte referanse til Samhandlingsteamets arbeidsform. Det er uunngåelig å legge merke til at begrepet «skulder ved skulder» går igjen i svært mange sammenhenger. Som metafor uttrykker dette mer enn en konkret arbeidsform, det assosieres fort med å hjelpe hverandre, å stå last og brast. Å gå skulder ved skulder passer for utfordrende og krevende oppgaver, og kan knyttes til verdier som solidaritet og likeverd. Igjen er det betimelig å trekke inn ledelse som språkskaping (Busch m. fl. 2007). Mye tyder på at lederne på begge nivåer har lyktes i å skape enighet om innholdet i, og betydningen av denne arbeidsformen. Dette ligner på det Eriksen kaller en normativ handlingsregel (Eriksen 2008), medarbeiderne på begge forvaltningsnivåer slutter opp om denne arbeidsformen som ønskelig og god når de skal løse krevende oppgaver. Skulder ved skulder ser ut til å være et direkte og gjennomgripende resultat av Samhandlingsteamets arbeid, både som metode og holdning.

En av DPS-lederne sier Samhandlingsteamet også har ført til at de har fått kontakt med politiet. Det har ført til at politiet nå får hjelp med saker som er uhåndterlige og vanskelige, og kan handle riktig ut fra sin rolle.

Til slutt ser vi en vanskelighet i kommunikasjonen mellom DPS og kommunen med hensyn til planlegging og forutsigbarhet. En av lederne i kommunen sier:

Når det gjelder de planene spesialisthelsetjenesten har som knytter seg til samhandlingsreformen, opplever vi at de forbereder seg veldig. Men der er det lite kommunikasjon ut til oss.

Med dette hjertesukket uttrykker lederen at kommunen ikke kjenner til hvordan spesialisthelsetjenesten planlegger det framtidige tilbudet. Opplevelsen av at de forbereder seg veldig, kan sees i lys av det som kom fram når det gjaldt tilgang på døgntilbud i avsnitt 6.4.1 om fordeling av oppgaver. Der ble det påpekt at DPS lukker dørene, og tilgangen på døgnplasser er redusert. Det at kommunen kjenner dårlig til DPSets planer, samsvarer med en av DPS-ledernes ytring i avsnitt 6.4.2 om at både brukerne og kommunen er alt for lite inne i bildet når DPS skal gjøre endringer. Dette forholdet er en kontrast til et ellers entydig bilde av gode relasjoner mellom DPS og kommunen når det gjelder de utøvende tjenestene. I avsnitt 6.6 skal vi se nærmere på dette i lys av maktforholdet mellom nivåene.

## ***6.5. Fornuftig ressursbruk***

### **6.5.1 Prioriteringer innenfor tjenestene**

Kommunen prioriterer nå å styrke rustjenesten sin. Lederne her er samstemte i at det har vært en liten og sprikende tjeneste sammenlignet med innbyggertallet, og at det er på tide at denne tjenesten får mer ressurser. Samtidig mener begge det er synd at dette går på bekostning av andre tjenester. En av lederne sier de jobber med hva som er lovpålagt, «nice to do» og «have to do». Dette gjør det enda mer maktpåliggende å vurdere arbeidsform, og nedskjæringer i psykisk helse gjør dem ytterligere avhengig av skulder ved skulder-metoden. Den samme lederen sier grensen nå er nådd for hva de kan ta fra utøvende tjenester, og at det er aktuelt å se på nedskjæringer i stabs- og lederfunksjoner.

Samtidig beskriver disse lederne behov for utbygging av nye og kostnadskrevenende tiltak. Det dreier seg for det ene om tilrettelagte boliger. For det andre er behovet for døgnplasser igjen tema:

Det er vanskeligere nå, færre blir innlagt og kriteriene strengere. Og alle skal jo behandles i kommunen sin. Så nå må vi se på om vi skal bygge opp noen brukerstyrte

senger, om det skal ligge hos oss når de ikke bygger. Vi må ta stilling til hvordan vi kan bruke midlene våre best mulig.

Fra før har vi sett at denne kommunen vurderes å ha godt utbygde psykisk helsetjenester. Likevel ser vi her en tydelig frustrasjon som handler om hvordan ressursene best skal brukes, og hvor det er mulig å spare. Utøvende tjenester er skåret ned, samtidig som kommunen opplever å få nye oppgaver i fanget.

I DPS er det også en avveining hvordan ressursene skal fordeles mellom ulike pasientgrupper. Pasienter på LAR (legemiddelassistert rehabilitering) er en stor og kostnadskreven gruppe. En av lederne sier:

Mange av disse krever veldig mye, de har ikke fått god nok hjelp før og det skal mye til for å hjelpe dem godt nok. Så det koster mye å gi bra behandling, og vi lærer mye av å samhandle. Men alt kan ikke være sånn. Vi må ha en balansert behandling. Vi må drive med individualbehandling også. Så der kommer prioriteringen av ressurser inn, og jeg synes ikke det er så lett.

De brukerne som har størst behov, krever stor grad av tilgjengelighet og utadrettet virksomhet fra behandlerne. Derfor er denne oppfølgingen vanskelig å kombinere med mer strukturert terapeutisk virksomhet. Likevel tilstreber de at alle skal være mest mulig tilgjengelige, og ha forskjellig type saker. Men det oppleves som et kontinuerlig dilemma i hvilken grad de brukerne som har størst behov skal prioriteres.

## **6.5.2 Samarbeidskostnader**

Først skal vi se hvordan lederne vurderer de kostnadene som er direkte knyttet til Samhandlingsteamet. Her er alle informantene positive til denne måten å bruke ressurser på. En av kommunens ledere sier det er klart det kan røyne på noen ganger, når folk går i Samhandlingsteamet på toppen av at det er ferieavvikling og sykdom. Likevel går det bra, fordi modellen med stillingsbrøker gjør at de kan jobbe så fleksibelt. «Hadde det vært hele stillinger, kunne det lett blitt en stat i staten», sier en av lederne. «Men nå får vi en vekselvirkning.

En DPS-leder forteller om Samhandlingsteamet for unge som er på trappene, noe som betyr at flere stillinger skal hentes fra eksisterende tjenester:

Nå holder vi på å etablere et samhandlingsteam for unge. Og jeg kjenner at med en gang det blir snakk om å omrokere ressurser, så lugger det litt. Men vi er jo enige om det, fra høyeste hold også. Så det skal nok gå bra.

Som vi så i forrige avsnitt, er det absolutt ikke snakk om noen overflod av ressurser på noen av nivåene. Det må prioriteres, og ressursituasjonen oppleves særlig hos kommunen som knapp. Dette er sannsynligvis grunnen til luggingen som det vises til i sitatet over, at stillingsbrøker snues og vendes litt på før de avsettes til et nytt samhandlingsteam.

Fra Knudsen husker vi at når transaksjonskostnader, det vil si merkostnader ved samarbeid, godtas av partene selv om det ikke lønner seg i et kortsiktig perspektiv, skjer dette fordi partene har tillit til hverandre og oppfatter samarbeidet som nyttig (Knudsen 2004). Poenget med tillit ble ytterligere forsterket hos Tolbert & Hall (2009, s. 173), fordi det også gjør det lettere å tenke at samarbeidet kan justeres etter endrede behov. I vurderingen av Samhandlingsteamets ulike effekter er det gjennomgående positive vurderinger fra alle informantene. Fra Knudsens teori kan vi utlede at denne samarbeidsformen oppfattes som så nyttig, og partene har så vidt høyt nivå av tillit til hverandre, at de planlegger å avsette ressurser til enda et team.

Når det gjelder Samhandlingsteamets framtid, peker en av DPS-lederne nettopp på Knudsens poeng: «Hvis Samhandlingsteamet skal fortsette, så må samarbeidspartnerne våre i systemet merke at dette er til hjelp, dette fungerer. Dette trenger vi i praksisen vår.» Det må oppleves som så nyttig at partene velger å se bort fra kostnadene.

Når det gjelder kostnader knyttet til samarbeid generelt, sier en leder fra kommunen:

Det er klart vi har nytte av å samarbeide med andre tjenester. Men vi ser at det koster kanskje litt i etableringsfasen av et samarbeid. Det kan være fort gjort å tenke at vi tar det selv. Men der hvor vi får til å samarbeide, der ser vi at det er besparende bare det får etablert seg.

En leder fra DPS er enda tydeligere på nødvendigheten av samarbeid:

Med vår gruppe pasienter, med så stor funksjonssvikt og kompliserte situasjoner, så tror jeg det er kostnadseffektivt å gjøre det sånn som vi gjør det. Hvis vi hadde sittet rundt på tuene, ville dette blitt veldig dyrt. Såp jeg tror det er dette som er effektivt, å tenke samhandling.

Vi har sett at perspektivene på kostnader knyttet til samhandling er litt varierende hos informantene våre, avhengig av ståsted og brukergruppe. Alt i alt ser vi imidlertid en utpreget positiv innstilling til samarbeid hos disse lederne, inkludert å betale kostnadene.

## **6.6 Formelle strukturer**

### **6.6.1 Nivåspesifikke strukturer**

Kommunen har satt i gang et arbeid som innebærer at det skal lages vedtak på alle tjenester. Begge lederne her mener dette er en god utvikling, fordi det betyr at brukeren kan gjøre seg kjent med hvilke tjenester de er blitt enige om at han skal få. Det betyr også at brukeren har rett til å klage.

Videre har kommunen et tildelingskontor som avgjør hvilke tjenester brukeren skal få når det gjelder Psykisk helse. Rustjenesten er til nå ikke omfattet av dette systemet. En av lederne mener bestilling via Tildelingskontoret er en dårlig og tungvint ordning. En av innvendingene er knyttet til at de kunne fått bedre effekt av samorganiseringen, hvis de kunne gått sammen og vurdert når de var i tvil om behovene. Et annet poeng er at mange av brukerne i utgangspunktet ikke har en avklart oppfatning av hva de trenger og ønsker. Denne lederen sier:

Jeg synes det er feil vei å gå. Det er jo ikke alle her som har et avklart forhold til at de ønsker hjelp, og mange er veldig ambivalente. Hvordan har vi laget et system som fungerer sånn at vi alle blir annenlinjetjenester?

Denne lederen peker her på at bestiller/utførerordningen gjør tjenestene mindre effektive og fleksible, og at tilgjengeligheten for brukerne blir dårligere. Videre mener denne lederen at dette også har en viktig relasjonell komponent, relasjonsarbeidet starter men en gang brukeren kommer i kontakt med tjenesteapparatet. Å starte med en relasjon som skal avbrytes igjen, forsinker utviklingen av en god og tillitsfull samarbeidsrelasjon.

Som vi så i innledningskapitlet, er bestiller /utførermodellen et viktig element i NPM-regimet (Tjora og Melby 2013). Bak denne modellen ligger det en slags bukken og havresekken-tankegang, en vil unngå at tjenestene meler sin egen kake ved at andre enn de som utfører tjenestene bestemmer hva som skal gjøres. Dette kan etter min mening lett tolkes som mistillit

satt i system. I denne studien har vi sett en gjennomgående brukerorientert holdning, hvor lederne forsøker å bygge opp under fleksible tjenester på brukernes premisser. Denne lederen argumenterer godt for at bestiller/utførerordningen er en bremsekloss og hindring i dette arbeidet.

Det er også et uttalt mål med bestiller/utførerordningen at brukeren skal få vedtak og klagerett (Tjora og Melby 2013). Som vi så innledningsvis i dette avsnittet, er det fullt mulig for tjenestene selv å lage vedtak som brukeren kan forholde seg til.

I DPS er refusjonssystemet et tema, det dreier seg om at seksjonenes inntekt er basert på registrering og rapportering av definerte aktiviteter. Den lederen som har flest pasienter med store og sammensatte behov i sin seksjon, er mest kritisk til refusjonssystemet. Lederen sier:

Det blir jo litt dyrt. Samhandlingsteamet jobber med mange som ikke er registrert og som vi ikke får aktivitet på. Og vi kan jo ikke registrere folk som ikke har godkjent det. Men det hadde vært fint med et smidigere system. Jeg har vært heldig nå, for vi har høy aktivitet hos oss. Men med en gang vi dupper litt en måned, får jeg signal om at vi ligger for lavt. Og da er det stress å være leder. Noen ganger kjenner jeg på at det hadde vært fint om noe kunne gjøres med dette refusjonssystemet, sånn at vi kunne få litt mere arbeidsro.

Her pekes det på at refusjonssystemet ikke er tilpasset Samhandlingsteamets arbeidsform. Denne innebærer i stor grad utadrettet virksomhet overfor brukere som ikke har relasjoner til tjenesteapparatet fra før, og hvor det ligger i sakens natur at det kreves en periode med kontaktetablering og motivasjonsarbeid før brukeren er klar for en formell relasjon til aktuelle tjenester. På den ene siden har altså DPSets ledelse valgt å satse på en modell som er fleksibel og brukerorientert, men ikke særlig hensiktsmessig med hensyn til å generere inntekter. På den andre siden settes lederen av tjenesten under press når inntjeningen synker. Av dette er det mulig å slutte at selv de aller beste hensikter påvirkes av hva som blir det økonomiske resultatet, som jo er grunnlaget for driften. Her ser det ikke ut til å være noe i veien med ledelsens ønske og evne til å satse og tenke nytt, derimot synes refusjonssystemet å være egnet til å legge noen begrensninger på handlefriheten overfor brukere med store og sammensatte behov.

## 6.6.2 Strukturer knyttet til nivådelingen

Alle lederne har synspunkter på strukturer som knytter seg til nivådelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det første temaet er veiledning.

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt er hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). En av kommunens ledere framhever veiledning som et middel til økt kontakt og dialog, og sier det er veldig fint at psykologen i DPS veileder hos dem. Da blir han bedre kjent med tjenesten, og de på sin side får litt kortere vei inn til DPS. En av DPS-lederne støtter dette synspunktet, og framhever fra sitt ståsted hvor viktig det er at de ansatte er ute og veileder i kommunens tjenester. Dette gjør at de blir godt kjent med tjenestene og de utfordringene de har, og kan være tett på kommunen. Den andre lederen fra DPS mener på sin side at veiledningsplikten forsterker den hierarkiske forskjellen mellom nivåene, og sier:

Det er noe feil i forholdet mellom førstelinjen og andrelinjen. Når vi sier at vi veileder kommunen, så sier vi samtidig hvor de flinkeste er. Det er et hierarki. Og det prøver vi å få bukt med. De har jo sin kompetanse, og vi har vår, og så trenger vi den felles kompetansen. Da er det ikke den ene som er flinkere enn den andre.

Her legger vi merke til at problemer knyttet til posisjoner i et hierarki ikke er et tema hos lederen for en tjeneste som mottar veiledning. I avsnitt 6.1.2 om ansvarlige medarbeidere så vi at kommunens ledere var opptatt av å bygge opp under både utdanning og erfaring som kompetansegrunnlag, og vektlegger autonomi og selvstendighet hos medarbeiderne. Videre så vi avsnitt 6.3.3 hvordan alle lederne vektla å lære av hverandre, på tvers av nivåene. Her ble kommunens ferdigheter i ambulansarbeid tillagt særlig stor betydning. Alt i alt har vi sett at kommunens ledere formidler en god selvoppfatning på vegne av egne tjenester når det gjelder kvalitet og kompetanse. Vi har også sett stor grad av respekt og anerkjennelse fra DPS, eksempelvis i avsnitt 6.4.2 om vurdering av kompetanse. Selv om lederen i det siste sitatet etter min mening har rett i at veiledningsplikten uttrykker uheldige signaler, kan det se ut til at denne effekten her motvirkes av de forholdene vi har sett på over.

En av DPS-lederne beskriver videre en lokal struktur som ser ut til å være bygget på et likeverdig samarbeid:

Vi har en verksteddag i uka, hvor folk fra de ulike tjenestene i kommunen deltar: fra boliger, NAV, Rustjenesten og Psykisk helse. Så dit kan vi gå og legge fram en sak, og



få råd og gode idéer og bli styrka. Fordi der sitter all verdens spisskompetanse på forskjellige ting.

Her er det kommunens deltakere som defineres til å utgjøre spisskompetanse, og medarbeidere i DPS kan få råd og idéer. Denne oppfatningen samsvarer også med de forholdene vi har så på tidligere i dette avsnittet. Alt i alt kan det se ut til at samarbeidsklimaet mellom tjenestene på de to nivåene er såpass godt at det langt på vei opphever de negative signalene av veiledningsplikten. Derimot sees veiledning som et av flere virkemidler for kontakt og dialog.

Det er også sannsynlig at Samhandlingsteamet har en rolle i å nøytralisere posisjonene i hierarkiet. Teamet har en særskilt kompetanse når det gjelder kontaktetablering og samarbeid, og gir veiledning på begge nivåer. Denne rollen understreker at alle tjenestene trenger råd og veiledning som kan utfylle egen kompetanse, uavhengig av nivå.

Et annet tema knyttet til nivådelingen, er henvisningspraksis. Den ene lederen fra kommunen mener det er tungvint at lege må skrive henvisning, fordi de selv har best innsikt i den aktuelle saken og like godt grunnlag for å vurdere når spesialisthelsetjenesten bør inn i bildet.

Imidlertid beskriver denne lederen en oppmyking av henvisningspraksis knyttet både til Samhandlingsteamet, og til økt kontakt og dialog som følge av veiledningen fra DPS. Fra DPS husker vi lederne beskrev en endret praksis hvor nå i mye større grad tar kontakt og undersøker mer hvis det er knappe henvisninger, slik det ble beskrevet i avsnitt 6.2.2. Også der ble Samhandlingsteamet framholdt som en alternativ vei inn, særlig hvis det var vanskelig å få kontakt med brukeren og omgivelsene var veldig bekymret. Alt i alt beskrives ulike kontaktformer for å vurdere brukerens behov og status, i tillegg til den formelle henvisningen, som også noen ganger kan komme i etterkant.

Når det gjelder Samhandlingsreformen, ser begge lederne fra kommunen på den med en viss bekymring. De synes konsekvensene er uklare, men regner med at forventningene til hva kommunen skal tilby vil øke. En av lederne framholder at de vet lite om spesialisthelsetjenestens planer, men registrerer at tilbudene kuttes. Denne lederen sier:

Samhandlingsreformen er fortsatt utydelig innenfor psykisk helsefeltet, men jeg opplever at Vestre Viken forbereder seg veldig nå. Vi merker at de bygger ned, men det er lite kommunikasjon ut til oss. Nå legger de ned akutteamet, og kriteriene for innleggelse er blitt mye strengere. Så selv om vi har et lederforum og er blitt enige om

gjensidig informasjon, føler vi at vi henger veldig etter. Vi styres av DPSen, og de lukker dørene.

Som vi har sett ved et par anledninger tidligere, og seinest i avsnitt 6.4.4, savner denne lederen informasjon og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten om videre planer. Kommunen registrer nedskjæringer i tilbud som gjelder døgnplasser og akuttberedskap. Det er naturlig å se dette med Samhandlingsreformen som bakteppe, noe begge lederne også viser til. Her er det føringer om at kommunen skal ta en større del av ansvaret, uten at dette er konkretisert når det gjelder psykisk helse-feltet. Utover politiske føringer finnes det ikke noen instans som har mandat til å fordele oppgaver mellom nivåene, dette må skje gjennom avtaler og samarbeid. I dette tilfellet mener lederen at DPS legger premissene, og kommunen får nye oppgaver så å si i fanget. Hvis vi går tilbake til betingelsene for samarbeid som det er redegjort for i kapittel 3, er akuttberedskap og døgntilbud tilbud som er tydelige og lette å definere. De har høy oppgavespesifiserbarhet, og kan dermed være vanskeligere å forhandle om enn oppgaver av mer overlappende karakter (Knudsen 2004). Når tilbudene trekkes tilbake, slik denne lederen beskriver, er kommunen likevel bundet av Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). DPS har på sin side, fortsatt ifølge lederen fra kommunen, begrunnet avviklingen av akutteamet med at de fikk veldig mange henvendelser som de vurderte til å være kommunale oppgaver. Hvis vi igjen går tilbake til Samhandlingsreformen, er det rimelig å tolke dette i lys av at spesialisthelsetjenesten forutsettes å bruke ressursene sine mest mulig hensiktsmessig (Melby og Tjora 2013). Når spesialisthelsetjenesten kan vurdere sine tjenester i lys av hva som er hensiktsmessig ressursbruk samtidig som kommunen uansett har et lovpålagt ansvar for helhetlige helse- og omsorgstjenester til befolkningen, blir situasjonen at kommunen må ta seg av det spesialisthelsetjenesten velger bort. Det legger opp til et ulikeverdig maktforhold, som uttrykkes i utsagnet fra denne lederen om at kommunen styres av DPS.

Dette bringer oss til det siste temaet her, nemlig synspunkter på selve nivådelingen. Begge lederne i kommunen mener at denne er moden for revisjon. En sier:

Egentlig kunne det vært ett nivå, det er et kunstig skille spør du meg. Og kanskje det går den veien? Jeg tror Bærum hadde vært en fin kommune å prøve det ut i, fordi vi har så gode tradisjoner for samarbeid. Det er ikke farlig å være uenig eller mene litt forskjellige ting, for vi kjenner hverandre så godt også.

Den andre lederen legger vekt på at når så mye skal ligge på det kommunale nivået, er det naturlig å vurdere om DPS og kommunen burde vært ett forvaltningsnivå. Den ene lederen fra DPS slutter seg til dette synspunktet, og synes dette er blitt et enda tydeligere behov med Samhandlingsreformen. En viktig begrunnelse er at vi ikke kan snakke om utskrivningsklare pasienter i psykisk helse, på samme måte som i somatikken. Denne lederen sier at «folk trenger samtidig hjelp, noen ganger over flere år. Da kan du ikke drive å skrive dem ut, og si at nå kan noen andre ta over».

Den andre lederen i DPS er ikke så sikker på om nivåene bør slås sammen. Denne lederen er mer opptatt av å bruke og videreutvikle gode samarbeidserfaringer, og spesielt Skulder ved skulder-modellen. Denne lederen sier: «Vi må gjøre enda mer av det vi gjør nå, tenke at vi vil hverandre vel og går sammen.»

## **6.7 Sammenfatning**

Når vi nå skal oppsummere funnene, henter vi først inn forskningsspørsmålene:

1. Hvordan har betingelsene for samarbeid mellom egne og samarbeidende enheter utviklet seg fra opprettelsen av Samhandlingsteamet og fram til i dag?
2. Hvordan har lederne påvirket utviklingen av samarbeidet?

Vi skal først se på funnene i lys av forskningsspørsmål 1. Betingelsene for samarbeid dreier seg for det første om *Brukerorientering* og *Læring*. Videre er *Oppgavedeling*, *Partenes vurdering av hverandre* og *Mandat for samarbeidet* vesentlige betingelser. Den siste betingelsen dreier seg om å være villig til å ta i bruk *Nye arbeidsformer*. Under forskningsspørsmål 2 er funnene relatert til ledernes aktive bidrag når det gjelder *Prioritering av ressurser* og *Ansvarlige medarbeidere*.

### **6.7.1 Brukerorientering**

Alle informantene presenterer på ulike måter en sterk brukerorientering som en viktig del av tjenestenes identitet og selvforståelse (6.1.1). Felles temaer er tilgjengelighet til tjenestene, at brukernes behov skal styre utformingen av tilbudet og at brukeren får den tiden han trenger.

Tilgjengelighet var også et kjernepunkt ved opprettelsen av Samhandlingsteamet, teamet skulle nettopp bistå tjenestene på begge nivåer med å gjøre tjenestene mer tilgjengelige for ROP-brukere (6.2.2). Funne peker entydig mot at de har lykket med dette. Lederne på begge nivåer beskriver både vilje til størst mulig tilgjengelighet, og tar en aktiv rolle i å avklare bistands- og behandlingsbehov. Særlig i DPS beskrives dette som en endring knyttet til Samhandlingsteamet, og som blant annet betyr å undersøke de faktiske behovene ved nye henvisninger, slik at de ikke overser pasienter med behov for behandling. I saker hvor det er mye bekymring og vanskelig å få kontakt med brukeren, bistår Samhandlingsteamet aktivt med å etablere kontakt (6.4.1).

Et grunnleggende tema knyttet til brukerorientering er kvaliteten i relasjonene til brukerne. Alle lederne hadde synspunkter på hvordan disse på ulike måter kan bygge opp under håp og mestring (6.2.1). For det første dreier dette seg om et personlig engasjement, lederne formidler en profesjonell holdning som innebærer å bry seg om den enkelte. For det andre er lederne på begge nivåer opptatt av å skape rom for lange behandlingsrelasjoner. Videre vektlegges det å være på brukerens hjemmebane som vesentlig, det er hvordan livet leves og oppleves til hverdags som hjelper behandleren til å forstå situasjonen og være til hjelp med det brukeren opplever som presserende. Dette innebærer en forskyvning av makt, og bidrar til en mer likeverdig relasjon, det Skjervheim kaller en subjekt til subjekt-relasjon (Skjervheim 1971). Det siste poenget knyttet til gode relasjoner handler om å støtte brukerens egne forsøk på mestring og mulighet til å ta ansvar selv. Denne tankegangen nedfeller seg i konkrete arbeidsmåter på begge nivåer. Fra teori om empowerment vet vi at det smitter (Slettebø og Seim 2007), og vi gjenkjenner denne tankegangen når det gjelder å bygge opp under ansvarlige medarbeidere. Alt i alt finner vi konsistens og retning hos informantene som støtter likeverdige relasjoner på brukerens egen arena, hvor tidsperspektivet er sentralt og hvor målet er økt mestring og innflytelse i eget liv. Gjennomgående ser vi at teamets sterke orientering mot ambulansarbeid og skulder ved skulder-tenkning har påvirket tjenestene i retning av å jobbe mer på brukerens arena, som vi har sett er et viktig element i relasjonsarbeidet.

Når det gjelder verktøy for brukermedvirkning, har vi data som omhandler KOR (Klient- og resultatstyrt praksis) og IP (6.2.3). KOR er en modell hvor brukeren kan gi tilbakemelding til behandleren gjennom hele forløpet om hvordan han opplever samarbeidet, og om han hjelpes i den retningen han ønsker (Skauli 2007). I kommunen har de hatt et KOR-prosjekt det siste året, og nå arbeider de videre med implementering og tilpasning. Erfaringene så langt er at det både fører til økt involvering fra brukerne, og endret arbeidsstil hos de ansatte som bygger

opp under et mestringsperspektiv. I DPS har en av lederne erfaring med KOR, og synes den delen som skårer opplevd livskvalitet gjennom behandlingsforløpet har fungert godt fordi pasientens mulighet til å påvirke situasjonen sin blir tydeligere for ham selv. Igjen ser vi at mestringsperspektivet vektlegges. Den andre lederen har på andre måter etterspurt pasientenes vurderinger og uttrykker høy bevissthet om å utforme behandlingen på pasientens premisser. Tilbakemelding kan gjøres på mange måter, også som uformelle spørsmål i løpet av samtalen (Skauli 2007). Kanskje kan det vær noe å hente på en systematisering av individuelle tilbakemeldinger i avdelingens opplegg.

Vi har sparsomme data om IP, men ser at kommunen har satset på en web-basert løsning slik det er anbefalt i «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet 2013). Den fungerer omtrent som en facebook-side, med åpen kommunikasjon og informasjonsdeling. Dette synes å være en framtidsrettet løsning som søker å ivareta brukerens rolle i et likeverdig samarbeid.

Det siste punktet knyttet til brukerorientering dreier seg om hvordan erfaringskunnskap brukes på systemnivå (6.2.4). En av kommunens ledere viser til at Bærum kommune tar mål av seg til å ta brukerkunnskap på alvor, og har brukerrepresentanter med i utformingen av nye tilbud. En av DPS lederne mener det er mye å hente i egen organisasjon når det gjelder å ta i bruk erfaringskunnskap, men synes likevel det er noen gode tilløp. For eksempel har de to representanter fra Mental Helse Ung med på å planlegge det nye Samhandlingsteamet for unge. Et annet tilfang til erfaringskunnskap er erfaringskonsulentene, som skal bidra med kunnskap fra et bruker- og pårørendeperspektiv inn i fagmiljøene (Jørgensen 2013). Ett av medlemmene i Samhandlingsteamet er erfaringskonsulent, og lederne har en samstemt og positiv oppfatning av dette. De framhever også det at det deltar fem erfaringskonsulenter i Samhandlingsutdanningen som svært positivt.

Oppsummeringsvis kan vi si at brukerorientering ser ut til å stå sterkt som betingelse for samarbeid. Økt tilgjengelighet, utvikling av likeverdige relasjoner på brukerens arena og økt bruk av erfaringskunnskap som ressurs kan knyttes direkte til Samhandlingsteamets virksomhet.

### **6.7.2 Læring**

Den andre betingelsen for samarbeid er læring og kompetanseoverføring.

Samhandlingsutdanningen spiller en stor rolle her, og informantene anfører stort sett de

samme positive virkningene (6.3.2). Det dreier seg om en felles kunnskapsplattform med et sterkt brukerperspektiv. Den lokale forankringen fører til utvidet nettverk og bedre kjennskap til hverandres tjenester. En leder framholder det at leger, psykologer og andre faggrupper går i utdanningen sammen som viktig for å motvirke splittelse og hierarki. Det at deltakerne tar med casemateriale til eget arbeidssted for så å bringe innspillene tilbake til klassen, bidrar til økt bevisstgjøring. Alle framhever erfaringskonsulentenes deltakelse som positiv, og likedan utdanningens betydning for å bli bedre på samhandling. Alle lederne uttrykker også et eierforhold til utdanningen.

Veiledning framheves som en viktig kilde til læring. Samhandlingsteamet har en særskilt kompetanse når det gjelder kontaktetablering og samarbeid, og gir veiledning i enkeltsaker på begge nivåer. Den store tverrfagligheten og kompetansen i teamet framheves som betydningsfull for å kunne se en sak med nye øyne (6.3.1). Denne rollen understreker at alle tjenestene trenger råd og veiledning som kan utfylle egen kompetanse, uavhengig av om tjenesten er i kommunen eller DPS. Dette er ikke tilfelle for den lovbestemte veiledningen fra DPS til kommunens tjenester. Denne kan sees som en understreking av hvor de flinkeste befinner seg i et kunnskapshierarki, noe en av informantene fra DPS også er opptatt av (6.6.2). Imidlertid bedømmes denne veiledningen av de andre informantene å bidra til nyttig kontakt og dialog mellom nivåene.

Læring gjennom samarbeid er en viktig kilde til uformell overføring av kunnskaper og ferdigheter (Nordhaug 2012). Lederne på begge nivåer mener at samarbeidet har ført til gjensidig læring. Særlig framheves det å jobbe utad som en nøkkelkompetanse, og her er det slik alle lederne vurderer det først og fremst spesialisthelsetjenesten som har lært av kommunen (6.3.3). Samhandlingsteamets sterke profil når det gjelder ambulant arbeid ser ut til å forsterke denne effekten. Videre vurderer en av lederne det å ha en medarbeider som også jobber i Samhandlingsteamet, som en ressurs. Dette gir en vekselvirkning og fleksibilitet som tilfører tjenesten økt evne til å håndtere vanskelige saker.

Alt i alt er det lagt til rette for læring på flere nivåer, og formelle og uformelle nettverk og læringsformer synes å forsterke hverandre. Framtredende holdninger er likeverd og respekt mellom yrkesgrupper og nivåer. Som betingelse for samarbeid, synes organisasjonslæring i aller høyeste grad å være til stede. Samhandlingsteamet har sentrale roller både når det gjelder formell og uformell læring.

### **6.7.3 Oppgavedeling**

Det er et gunstig utgangspunkt for samarbeid når partene har delvis overlappende ansvarsområder, dette gir muligheter for å gi flere tilbud samtidig og utfylle hverandres ansvarsområder (Knudsen 2004). Begge lederne fra kommunen sier det kan være vanskelig å vite hva som er det beste tilbudet, fordi mange brukere har problemer knyttet til både rus og psykisk helse (6.4.1). Det er uansett brukerens behov som skal styre tilbudet, og hvis det er behov for bistand fra en annen tjeneste enn der brukeren forankres, får de det til. Dette kan skje ved at de går inn parallelt eller bruker Samhandlingsteamets metode skulder ved skulder. I de sakene som henvises til spesialisthelsetjeneste har de erfaring med at det oftest er en god dialog rundt oppgavedelingen. DPS- lederne mener både innføring av felles inntak og ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet 2012) har gjort det enklere å avgjøre hvilken seksjon brukeren skal ha hjelp fra. Videre beskriver de en endring i praksis hvor det er blitt slutt på å skyve vanskelige saker tilbake til kommunen. En viktig faktor her er Samhandlingsteamet, «når en sak kommer til dem, blir den løst».

Imidlertid beskriver en av kommunens ledere en vanskelig situasjon når det gjelder tilgangen på døgntilbud. Her har DPS strammet inn, og brukerne har ikke lenger tilgang på døgnopphold for å forebygge psykotisk sammenbrudd. DPS har også lagt ned en akuttfunksjon. Denne lederen knytter dette forholdet til Samhandlingsreformen (Helsedirektoratet 2009), og ser for seg at kommunen selv må bygge opp brukerstyrte senger. Avviklingen av akutteam og døgnfunksjoner synes ikke å være samstemt eller drøftet mellom nivåene, og et godt samarbeid mellom de utøvende tjenestene kan ikke løse dette. Når det gjelder oppgaver av overlappende karakter, beskriver lederne på begge nivåer alt i alt en fleksibel oppgavedeling, hvor alle tar sin del av ansvaret for gode løsninger til brukerens beste. Dette utgjør gode betingelser for samarbeid. Akuttberedskap og døgntilbud er oppgaver som lettere kan spesifiseres, og her synes dette å utgjøre en negativ faktor i betingelsene for samarbeid.

### **6.7.4 Partenes vurdering av hverandre**

Anerkjennelse av hverandres kompetanse, verdier, holdninger og arbeidsmåter er en viktig betingelse for samarbeid (Knudsen 2004). Når det gjelder kompetanse, mener kommunens ledere at det er høyt faglig nivå i de ulike tjenestene (6.4.2). Én peker på tradisjonelle

ulikheter i kultur og tilnærming mellom Psykisk helse og Rustjenesten, som fortsatt gjør seg gjeldende. Rustjenesten er for eksempel en autonom tjeneste med tendens til å ordne opp selv, mens Psykisk helse oftere søker råd og samarbeider. Disse forskjellene antas dels å henge sammen med ulikheter i brukergruppen, de eksiterer side om side og begge trengs. I DPS mener en av lederne det er lettere å jobbe tverrfaglig i rusfeltet enn i psykisk helsefeltet, på grunn av den store vekten på spesialistkunnskap i psykisk helse. Videre peker denne lederen på den sterke tradisjonen for tilgjengelighet i rusfeltet.

Når det gjelder vurderinger på tvers av forvaltningsnivåene, vurderer begge parter den andres kompetanse som nyttig og god. Kommunens ledere mener det er delvis sammenfallende kompetanse. Spesialistene utgjør en tydelig forskjell, men den økte tverrfagligheten dette medfører pekes også på som nyttig. Fra DPS vurderes kommunens kompetanse, holdninger og arbeidsmåter entydig anerkjennende. Dette dreier seg særlig om å jobbe på brukerens arena, her har kommunens kompetanse tilflytt DPS slik at det jobbes mer utadrettet og brukerorientert. Dette stemmer med de kommunale ledernes forståelse. Igjen løftes Samhandlingsteamet fram som en viktig faktor i utvikling av utadrettede arbeidsformer.

Alle partene uttrykker anerkjennelse og respekt for samarbeidspartnerne, både innenfor og mellom nivåene. Betingelsene for samarbeid som knytter seg til partenes vurdering av hverandre, synes følgende å være gode.

### **6.7.5 Mandat for samarbeidet**

Den siste betingelsen for samarbeid knyttet til forskningsspørsmål 1. dreier seg om hvorvidt partene har sammenlignbart mandat for samarbeid. Noen ganger kan det være nødvendig med et ytre påtrykk eller mandat for å få til et godt samarbeid (Knudsen 2004). Vi har sett at Samhandlingsteamet er et spleiselag med ressurser fra både kommunen og DPS. Teamet er kommet i stand ved at partene i fellesskap har kommet til at dette er en god løsning, og det har oppslutning fra lederne på begge nivåer. Mandatet ligger i de strukturene som Samhandlingsteamet representerer, og at partene oppfatter samarbeidet som gjensidig nyttig.

Imidlertid ser vi at en av kommunens ledere savner informasjon om overordnede planer fra spesialisthelsetjenesten. De registrerer nedskjæring i døgntilbud og akuttfunksjon, og knytter dette til Samhandlingsreformens intensjoner om større ansvar til kommunene. (6.6.2). En del



av dette bildet er også spissing av spesialisthelsetjenestens oppgaver (Melby og Tjora 2013). Spesialisthelsetjenesten kan her sies å ha et mandat i form av politiske føringer, dette innebærer å velge bort det som defineres til å være kommunale oppgaver. Kommunen har et lovpålagt ansvar for helhetlige helse- og omsorgstjenester til befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2013), og opplever at de uansett må ta seg av det spesialisthelsetjenesten velger bort. Det legger opp til et ulikeverdig maktforhold.

Når så mange oppgaver skal ligge på kommunen, mener disse lederne det er naturlig å vurdere om ikke kommunen og DPS burde være ett forvaltningsnivå. Dette støttes av en av DPS-lederne, som synes dette er blitt et enda tydeligere behov med Samhandlingsreformen. En viktig begrunnelse er at vi ikke kan snakke om utskrivningsklare pasienter på samme måte som i somatikken, mange trenger samtidige tjenester over lang tid. «Du kan ikke drive å skrive dem ut, og si at nå kan noen andre ta over.»

Når det gjelder likeverdig mandat som betingelse for samarbeid, ser vi at dette er til stede når det gjelder samarbeidet mellom tjenestene. Alle lederne har et eierforhold til Samhandlingsteamet, og slutter opp om de arbeidsformene som teamet generer. Samhandlingsreformen og nivådelingen synes å legge opp til ulikeverdige mandat, hvor spesialisthelsetjenesten kan legge premissene for oppgavedelingen. Dette er ikke en god betingelse for samarbeid.

### **6.7.6 Nye arbeidsformer**

Det siste betingelsen for samarbeid dreier seg om å være villig til å ta i bruk nye arbeidsformer. I materialet er dette knyttet tett til utvikling av samarbeidsrelasjoner. Alle lederne beskriver en positiv utvikling når det gjelder relasjoner og samarbeidsformer, både innen eget nivå og på tvers (6.4.4). I kommunen praktiserer de en tredelt modell for brukere som trenger samtidige tjenester, etter modell fra Samhandlingsteamet: Direkte involvering, skulder ved skulder, eller veiledning. Skulder ved skulder innebærer da støtte og aktiv bistand fra en annen instans i kommunen. De kan også få direkte bistand av Samhandlingsteamet. Om utviklingen innad i DPS sier lederne her at det har endret seg. Før kunne de krangle om vanskelige saker, nå er de mer opptatt av å hjelpe hverandre. Dette tilskrives i stor grad Samhandlingsteamet, men det pekes også på andre prosesser som har trukket samme vei, som Samhandlingsutdanningen og felles inntak. Begge peker på at denne endringen i stor grad

omfatter samarbeidet med kommunen. Før måtte de være veldig sikre på at de tok inn de som virkelig hadde nytte av det. «Nå sier vi heller ja, og prøver å finne ut av det. Og da går vi ut, skulder ved skulder, kommunen og spesialisthelsetjenesten.»

Her ser vi at betingelsen om å være villig til å ta i bruk nye arbeidsformer i aller høyeste grad er oppfylt.

Når har vi oppsummert hvordan betingelsene for samarbeid har endret seg, og sett på Samhandlingsteamets rolle i dette. De to siste avsnittene som vi kommer til nå, er relatert til forskningsspørsmål 2. og dreier seg mer direkte om lederens rolle i utviklingen av samarbeidet.

### **6.7.7 Prioritering av ressurser**

Lederne på begge nivåer opplever kontinuerlig at de må prioritere ressursene, og at det er ulike dilemmaer knyttet til dette avhengig av ståsted og brukergruppe (6.5.1). En av lederne i kommunen sier grensen nå er nådd for nedskjæringer i utøvende tjenester, seinest Psykisk helsetjenesten, og at de nå må se på stabs- og ledelsesfunksjoner. Denne lederen peker dessuten på at dette gjør det enda mer maktpåliggende å vurdere arbeidsform, som skulder ved skulder-metoden. Videre mener denne lederen at samarbeid kan være kostnadskrevende, særlig i etableringsfasen, men at det likevel prioriteres fordi det er besparende på sikt. I DPS er det mange pasienter med behov for omfattende og kostnadskrevende oppfølging, som må veies opp mot kapasiteten til å drive individualbehandling. En av lederne i kommunen sier det kan røyne på når folk går i Samhandlingsteamet på toppen av ferieavvikling og sykdom. Likevel går det bra, fordi modellen med stillingsbrøker gjør at de kan jobbe så fleksibelt. Den lederen i DPS som har flest pasienter med store og sammensatte behov i sin seksjon, er kritisk til refusjonssystemet fordi det ikke er tilpasset Samhandlingsteamets arbeidsform og fører til press på inntjeningen (6.6.1).

Mot denne bakgrunnen velger alle informantene likevel å prioritere ressurser til Samhandlingsteamet (6.5.2). Ifølge Knudsen godtas merkostnader ved samarbeid når partene har tillit til hverandre og oppfatter samarbeidet som nyttig, selv om det ikke lønner seg i et kortsiktig perspektiv (Knudsen 2004). Alt i alt ser vi en utpreget positiv og reflektert innstilling til samarbeid hos disse lederne, og de er villige til å prioritere kostnadene.

### **6.7.8 Ledelse som fremmer ansvarlige og likeverdige medarbeidere**

Kommunens ledere understreker verdien av ulike typer kompetanse, og har strategier for å videreutvikle autonomi og selvstendighet i hos medarbeiderne (6.1.2). De ansatte verdsettes ut fra ulike forutsetninger. En av lederne peker på at å ha tillit til medarbeidernes vurderinger bygger opp under dette. Den andre lederen sier at de satser medarbeiderskap, dette innebærer at de ansatte skal bevisstgjøres på sitt ansvar for rollen som medarbeider, og for utformingen av egen arbeidssituasjon. Denne lederen mener dette også vil innvirke på brukernes mulighet til å ta mer ansvar for eget liv, noe som støttes av teori om empowerment (Slettebø og Seim 2007). En av lederne i DPS vektlegger å arbeide aktivt med relasjoner og kommunikasjon innad i behandlingsteamene, for å fremme likeverd og fellesskapsfølelse. Den andre lederen peker på de ansattes evne til å etablere og utvikle gode relasjoner med pasientene, og uttrykker en uforbeholden tillit til at de ivaretar denne kjerneoppgaven på en god måte.

I Eriksens kommunikative ledelsesmodell er frie, likeverdige og potensielt like kompetente medarbeidere en forutsetning for å komme fram til handlingsnormer som alle kan slutte opp om (Eriksen 2008). Disse lederne uttrykker stor grad av bevissthet om betydningen av selvstendige og ansvarlige medarbeidere, og har ulike strategier for å fremme denne utviklingen (6.2.1). Betydningen av tillit framheves. I følge Aadland er tillit en sosial kapital som øker ved å bli brukt (Aadland 2004). Medarbeidere som blir stolt på, utvikler økt tro på seg selv og sin evne til å løse oppgaver.

Lederne uttrykker et stort engasjement i å påvirke kultur og holdninger (6.4.3). Hos Busch innebærer dette å ivareta den delen av strategisk ledelse som omfatter meningsskapende prosesser (Busch m. fl. 2007). Lederne fra DPS er eksempelvis opptatt av språkbevissthet, og forteller om store endringer i gangbare måter å omtale hverandre og pasienter på. Dette må sies å være det Busch m. fl. kaller ledelse som språkskaping. Et svært konkret eksempel på dette er imidlertid begrepet «skulder ved skulder». Dette går igjen i svært mange sammenhenger (6.4.4). Som metafor uttrykker dette mer enn en konkret arbeidsform, det assosieres fort med å hjelpe hverandre, å stå last og brast, og kan knyttes til verdier som solidaritet og likeverd. Mye tyder på at lederne på begge nivåer har lyktes i å skape enighet om innholdet i og betydningen av denne arbeidsformen, både som metode og holdning.

## 7 Konklusjon

Målet for Samhandlingsteamet er å få til et samkjørt og fleksibelt tjenesteapparat som kan tilby en trygg og stabil forankring med et langtidsperspektiv, til brukere med store og sammensatte behov. Dette krever helhetlige og sammenhengende tjenester på brukernes premisser. Denne studien peker mot at de langt på vei har lykket med dette. På en side burde ikke dette overraske. Fra gjennomgangen av kunnskapsstatus så vi at de finnes mye og sammenfallende kunnskap om hva som skal til for å lykkes med å samarbeide: At tjenestene gis på brukerens premisser, at samarbeidet preges av likeverd og respekt og at partene tar felles ansvar. Videre så vi at læring og kompetanseutvikling er sentralt, likedan gode strukturer og rammer, og en tydelig ledelsesforankring. Vi vet mye om hva som skal til. Likevel ser vi at det er et stort og skrikende behov for slike tjenester. Dette skyldes antakelig at å omsette disse kunnskapene til praksis krever gjennomgripende og kontinuerlig gransking av verdier, holdninger og arbeidsmåter for de som er involvert. I tillegg har vi sett at formelle strukturer som følger av nivådelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og av NPM, legger noen hindringer i veien.

Informantene i denne studien har demonstrert en imponerende åpenhet og vilje til å bidra med sine erfaringer, på godt og vondt. Dette har etter min oppfatning bragt oss litt nærmere en forståelse av hvordan nøkkelementer i samarbeid kan virke og påvirkes av hverandre. Først og fremst formidler disse lederne en sterk brukerorientering. Denne holdningen innebærer at de tilstreber tilgjengelige og brukervennlige tjenester på individnivå, men gjennomsyrrer også alle andre aktiviteter. Vi glemmer ikke på noe tidspunkt at rutiner, prosesser og arbeidsformer skal munne ut i best mulig tjenester og behandling, til brukerens beste. Brukerkunnskap sees også som en ressurs i utforming av nye tilbud, og der hvor det mangler, påpekes det.

Et annet nøkkelement, eller kanskje heller suksessfaktor, er læring og kompetanseoverføring i og mellom tjenestene. For det første utgjør Samhandlingsutdanningen et formelt læringsnettverk på tvers av tjenestesteder og nivåer. At denne typen lokalt forankret utdanning fører til økt nettverk og god kjennskap til hverandres ståsteder og funksjoner, kjenner vi til fra SEPREP-utdanningene (Næss og Karlsson 2014). Det nye grepet her er imidlertid at den bygger direkte opp under den tjenesteutviklingen som skjer parallelt, både når det gjelder arbeidsformer og kunnskapsgrunnlag. Også her er brukerperspektivet grunnleggende, og erfaringskonsulenter deltar og bidrar. I tillegg til denne utdanningen har vi sett at det foregår kompetanseoverføring av mer og mindre formell karakter, og våre ledere er svært bevisste på

at ikke bare veiledning, men også samarbeid med brukere og andre tjenester er viktige kilder til læring. Fra Senge har vi sett at slike forhold til sammen kan føre til en positiv læringsspiral, som munner ut i trygge arbeidsmiljøer preget av åpen dialog, hvor skulte forestillinger og mentale kart kan utfordres (Senge 2006). Dette legger grunnlaget for en felles visjon, noe som utløser optimisme og tro på at det nytter.

Fra kunnskapsgjennomgangen så vi at det foruten en sterk brukerorientering, ligger noen definerte holdninger og verdier til grunn for å lykkes med samarbeid: At partene tar ansvar, og at samarbeidet preges av respekt og likeverd. I dette materialet har vi sett at lederne gjennomgående er opptatt av å bygge opp under ansvar og likeverd hos sine medarbeidere. Det formidles også svært respektfulle holdninger til samarbeidende tjenester, ikke minst i form av konkret læringsutbytte. Et gjennomgående eksempel er hvordan de kommunale tjenestene har bidratt med kompetanse når det gjelder å jobbe utadrettet.

Samhandlingsteamets organisering og arbeidsformer synes å bygge opp under alle de forholdene vi har sett på her. Fra bedringsprosessforskningen har vi mye kunnskap om hva som motiverer brukerne (Borg og Topor 2007), denne støttes også av Tedd-evalueringen (Borge m.fl. 2012). Det nye i denne studien er kanskje at den viser hvordan denne kunnskapen kan tas systematisk i bruk i et ordinært tjenesteapparat. Vi fornemmer også at ildsjeler og gode folk formidler entusiasme og engasjement, og at dette smitter. Mange går skulder ved skulder.

Det er et åpenbart behov å få vite hvordan dette fortoner seg for de som mottar tjenester og behandling, og vi ser fram til effektstudien som er under arbeid (Andersen 2013).

Samhandlingsteamet og samarbeidet i de aktuelle tjenestene er håpefullt og inspirerende. Likevel vil brukernes erfaringer med de tjenestene de selv mottar alltid være et helt nødvendig korrektiv.

## Litteratur

- Andersen, B. J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum – S-Flexmodellen. Praksis og effektevaluering. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 10, nr. 4.
- Askheim, O. P. (2005). *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2002). *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: The University of Chicago press
- Borg, M. og Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget
- Borge, L., Sverdrup, S., Fyrand, L og Angell, O. H. (2012). *Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD): - en behandlingsmodell til etterfølgelse og læring?* Diakonhjemmet Høgskole, Rapport 2012/7
- Busch, T., Johnsen, E., Valstad, s. J. og Vanebo, J. O. (2007). *Endringsledelse i strategisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bye Hansen, L. (2004). *Samhandling på tvers. Utvikling av samhandlingskompetanse i et læringsnettverk*. Høgskolen i Sør-Trøndelag, HIST/AHS/NOTAT nr. 1-2004
- Eriksen, E. O. (2008). *Kommunikativ ledelse. Om styring av offentlige organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget
- Freire, P. (1972). *The pedagogy of the oppressed*. Penguin Books
- Freire, P. (2006). *De undertrykte pedagogikk*.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. IS-1948
- Helsedirektoratet. (2013). «Sammen om mestring». *Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. IS-2076
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008-2009).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Helse- og omsorgstjenesteloven*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Pasient- og brukerrettighetsloven*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Spesialisthelsetjenesteloven*.

- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2010). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jensen, P. (1994). *Ansikt til ansikt*. Oslo: Gyldendal
- Jørgensen, C. (2013). Om å bli ansatt i en helt ny rolle og funksjon i DPS. *Dialog*. Nr. 3 2013
- Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: P. Repstad (red). *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kunnskapssenteret. (2008). *Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 3-2008
- Kunnskapssenteret. (2012). *Partnerskap mellom offentlige, private og frivillige organisasjoner brukt til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 15-2012
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal
- Melby, L. og Tjora, A: (2013). Samhandlingens mange ansikter. I: Tjora, A. og Melby, L (Red.). *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nasjonal Kompetansetjeneste ROP (2013). Forskningsbasert evaluering av ACT-team i Norge. [www.rop.no/forskning/forskningvedroptjenesten/annelandheim](http://www.rop.no/forskning/forskningvedroptjenesten/annelandheim). Lest 02.05.2014
- Nordhaug, O. (2012). *Ledelse av menneskelige ressurser*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ness, O. og Karlsson, B. (2014). *SEPREP UNG 2011-2013. En forskningsbasert evaluering*. Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap
- Senge, P. M. (2006). *The fifth Discipline. The Art and Practice of The Learning Organisation*. London: Random House Business Books
- SINTEF Helse. (2007). *De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering*. Rapport A 1367
- SINTEF Teknologi og Samfunn. (2013). *Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene*. Rapport nr. A25247
- Skauli, G. Ø. (2007). Modell for klientrettet og resultatstyrt praksis. I: Ulvestad, A. K. m. fl. (red.). *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Skjervheim, H. (1971). Deltakar og tilskodar. I: *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Tanum/Norli
- Slettebø, T. og Seim, S. (2007). Forsøk med kollektiv brukermedvirkning i barnevernet. I: Seim og Slettebø (red.). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo:

- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Evaluering av SEPREP tverrfaglig utdanningsprogram knyttet til Opptreppingsplanen for psykisk helse (1999-2008)*. Delrapport desember 2005.
- Tolbert, P. S. og Hall, R. H. (2009). *Organizations. Structures, Processes and Outcomes*. New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Weinstein, J., Whittington, C. og Leiba, T. (2003). *Collaboration in Social Work Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Aadland, E. (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo: Det Norske Samlaget