

FORORD

Jeg ble ferdig utdannet sosionom i 2010 og gikk direkte på en mastergrad, i iver etter mer lærdom og for å få flere år på beina før jeg bega meg fullt og helt inn i arbeidslivet. Jeg har alltid interessert meg for psykisk helse, en interesse som også har økt i takt med min erfaring innenfor feltet. Derfor falt det seg naturlig for meg å skrive masteroppgaven min om et tema relatert til dette området. Gjennom mitt arbeid i ulike kommuner har jeg fått kjennskap til forskjellige team som jobber for brukerne jeg har hatt kontakt med. Dette er ulike team som iblant kan være vanskelig å skille fra hverandre. Jeg tror at man gjennom oppsøkende arbeid får kontakt med brukerne på en annen måte, og skaper grunnlaget for oppbygging av en sterkere relasjon en det som gjøres over en kontorpult. Relasjon er tross alt et av de viktigste redskapene i sosialt arbeid. Ideen til oppgaven kom mens jeg arbeidet i enhet for botiltak psykisk helse i Trondheim kommune. Jeg ble spesielt interessert i samarbeidsforholdet mellom enheten og ACT- teamet. Opprettelse av ambulerende team er også in i tiden, og kan ses i sammenheng med den ny innførte samhandlingsreformen noe som gjorde oppgaven interessant fordi tematikken er dagsaktuell.

Når jeg nå ser tilbake på arbeidet med masteroppgaven er det noe jeg ikke ville vært foruten. Jeg har lært mye både om temaet, og meg selv på bakgrunn av at jeg underveis flyttet til Oslo noe som førte til at jeg mistet de hyggelige stundene på lesesalen med mine medstudenter. Da var min fantastiske veileder Berit Berg god og ha. Ditt oppriktige engasjement er veldig smittosomt og etter våre møter har jeg alltid fått ekstra motivasjon til å stå på, da du har gitt meg tro på at det jeg har gjort er bra og interessant, samtidig som du har pekt meg i riktig retning når jeg har følt at jeg har gått meg vill i stoffet. For at oppgaven i det hele tatt skulle bli noe av var jeg avhengig av tillatelse fra enhetsleder og fagkoordinatorer i botiltak psykisk helse samt leder for ACT (for både kommunalt og statlig ansatte), uten dere hadde dette ikke vært mulig! Takk for deres positive innstilling til oppgaven, og til alle informanter for deres tillit, engasjement for jobben, at dere har involvert meg og gitt av deres tanker og følelser. Jeg var også så heldig å få tilbringe en hel uke med ACT teamet, en utrolig lærerik og spennende uke. Høy grad av faglig dyktighet, selvtillit, engasjement, fleksibilitet, imøtekommenhet og løsningsfokus er umiddelbare verb jeg sitter igjen med som jeg føler beskriver de ansatte. De gav av seg selv og tok seg tid til å dele av både sine erfaringer og tanker med meg noe jeg satte stor pris på. Hell i uhell, fikk jeg også kjøre rundt med et av medlemmene en hel dag noe jeg er takknemlig for da det gav meg mange tanker. Takk til vedkommende for en åpenhjertig, inspirerende og hyggelig samtale rundt i Trondheim sentrum!

Til min kjære samboer, takk for at du har gitt meg tid og rom til å sitte uforstyrret med oppgaven. Og ikke minst, takk for at du har fulgt meg gjennom den emosjonelle berg og dal banen det til tider har vært. Jeg føler det er et beskrivende bilde på prosessen som iblant har følt ut som om jeg satt i Tusentryds største berg og dal bane med et sikkerhetsbelte som hadde kilt seg fast i låsen. Til mamma og pappa takk for oppmuntring, støtte og gode ord og til tante, takk for lån av utstyr, bøker og faglige diskusjoner. Reisen er nå over og det er godt å endelig løsne beltet og litt svimmel og forfjamsset gå ut av karusellen og inn i verden igjen.

Oslo, mai 2012

Cathrine Haugen

INNHold

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	3
KAPITTEL 1. INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn.....	5
1.2 Oppgavens fokus.....	6
1.2.1 Redegjørelse av forforståelse.....	8
1.3 Innhold og utforming av oppgaven.....	8
KAPITTEL 2. PSYKISK HELSEVERN I NORGE	10
2.1 Innledende om brukergruppen; dobbeltdiagnoser.....	10
2.2 Førstelinjetjenesten, psykisk helsearbeid.....	11
2.2.1 Botiltak psykisk helse og boligsosialt arbeid.....	12
2.3 Andrelinjetjenesten, psykisk helsevern.....	14
2.3.1 Samarbeid mellom de to nivåene; med utgangspunkt i botiltak psykisk helse.....	14
2.4 Assertive Community Treatment	16
2.4.1 Målgruppen.....	20
2.4.2 ACT modellens vektlegging av et Recovery perspektiv.....	21
2.4.2.1 Hva sier forskning om brukeres opplevelser og utbytte av ACT og lignende team?	23
2.5 Bakgrunn for ACT- team i en norsk kontekst.....	24
2.5.1 Et mangfold av team.....	27
2.6 Samarbeid som fenomen og teoretisk utgangspunkt.....	30
2.6.1 Hva er et godt samarbeid	30
2.6.1.1 Team utvikling.....	32
2.6.2 Ulike typer kompetanse og kunnskap.....	33
KAPITTEL 3. METODISK TILNÆRMING	34
3.1 Metodisk tilnærming og vitenskapsfilosofisk utgangspunkt	34
3.1.1 Hermeneutisk fenomenologi som grunnleggende forståelse	35
3.1.2 Etske problemstillinger og utfordringer.....	37
3.1.2.1 Refleksjoner rundt forskning på egen praksis	38
3.2 Fremgangsmåte for datainnsamling	39
3.2.1 Utvalg.....	40
3.2.2 Intervju.....	41
3.2.3 Observasjon	42
3.2.3.1 Interaksjonsbeskrivelser tilknyttet observasjonene	44
3.2.4 Analyseverktøy: Grounded theory og Nvivo9.....	45

3.2.4.1 De ulike kode fasene og opplevelse av analyseringsprosessen	46
KAPITTEL 4. RESULTAT	48
4.1 Helsefremming.....	50
4.2 Kort presentasjon av funn	51
KAPITTEL 5. EN ANALYSE AV ACT SIN FUNKSJON OG SAMARBEIDETS BETYDNING	54
5.1 Kontekstuelle påvirkningskrefter	54
5.1.1 Samhandlingsreformens mulige påvirkning på samarbeidet ut ifra informantenes syn ...	55
5.1.1.1 utfordringer knyttet til at brukerne skal bo utenfor institusjoner, i kommunens ansvar.....	56
5.1.2 ACT- Teamets organisering som et spesialisthelsetjeneste tilbud.....	58
5.2 Internt samarbeid og teamfølelse	59
5.2.1 ”Vi springer” - utfordringer knyttet til hvem er vi som team, for hvem og hvordan?	61
5.2.1.1 Styrking av jobbressurser, ut ifra Job Demands- Resources model (JD-R model) ...	62
5.2.2 Internt samarbeid i botiltak psykisk helse.....	64
5.3 Samarbeid på tvers av nivå - Opplevelsen av samarbeidet med ACT, øvrige instanser i spesialisthelsetjenesten og kommunen.....	65
5.3.1 Livet i den ”virkelige verden” – kulturforskjeller, et uutnyttet potensial?	67
5.4 ACT- teamets ulike funksjoner ovenfor botiltak psykisk helse	69
5.4.1 Brobygger og megler	70
5.4.2 Behandlingsfunksjon overfor brukerne.....	72
5.4.2.1 Oppfølging av tvunget psykisk helsevern og medisinerings	73
5.4.2.2 Behandling på bortebane	74
5.4.3 “Besteforeldre” og den ”snille onkel”	76
5.4.4 Veileder.....	78
5.4.5 Container.....	79
5.5 Generelle utfordringer knyttet til samarbeidet	80
5.6 Samarbeidsredskapers rolle og betydning for samarbeidet.....	83
5.6.1 Krise- og mestringsplan	84
5.6.2 Individuell plan	84
5.6.3 SMS som kommunikasjonsmiddel	86
5.6.4 Interne ACT verktøy	87
5.7 Konsekvenser - hvilken betydning kan samarbeidet ha for de involverte partene	88
5.7.1 For brukerne.....	89
5.7.2 Etske utfordringer - forholdet mellom selvbestemmelse, omsorg og ansvarliggjøring... 91	

5.7.2.1 Styrking av Recovery perspektiv og tilrettelegging for bedringsprosesser i brukers bolig	93
5.7.3 For ansatte.....	95
5.7.3.1 Helsefremmende effekt.....	96
5.8 Gjensidighetskunnskap; kompetanseoverføring og utvikling	98
5.8.1 Endring i opplevelsen av avstand mellom de ulike nivåene	102
5.8.2 Faglig trygghet.....	103
5.9 Oppsummering.....	104
KAPITTEL 6. ET KRITISK BLIKK PÅ OPPGAVENS RESULTATER	107
6.1 Resultatenes pålitelighet og troverdighet.....	107
6.2 Forbedringspotensial, videreføring og overførbarhet	108
REFERANSELISTE.....	111

FIGURER:

Figur 1. Illustrasjon av problemområder for brukere med dobbeltdiagnoser	11
Figur 2. Illustrasjon over de ulike teamenes organisering	27
Figur 3. Deskriptiv statistikk for utvalg	41
Figur 4. En samlet oversikt over temaene/kodenes dekningsgrad i intervjuene	49
Figur 5. JD-R model (Bakker og Demerouti (2007:313)	63

VEDLEGG:

Vedlegg 1. Oversikts kart	117
Vedlegg 2. Ulike typer team	118
Vedlegg 3. Intervjuguide	119
Vedlegg 4. Observasjons mal	123
Vedlegg 5. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	124
Vedlegg 6. Vedtak fra NSD	126
Vedlegg 7. Vedtak fra REK	128
Vedlegg 8. Kode reduksjon og sammenslåing	129
Vedlegg 9. Resultat modell	130

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Sosial- og Helsedirektoratet publiserte i 2008 rapporten *mennesker med alvorlig psykisk lidelse og behov for særlig tilrettelagte tilbud*, som bidro til at det ble øremerket 50 millioner kroner til utprøving av ACT- modellen og lignende samarbeidsmodeller. Dette ble gjort i håp om å forandre på at det fortsatt er brukere som opplever å stå fast mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, til tross for økt fokus på dette blant annet gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) og nå samhandlingsreformen. ACT (Assertive Community Treatment) er en modell for oppsøkende virksomhet som retter seg mot personer med dobbeltdiagnoser, og kommer opprinnelig fra USA. Det første pilotprosjektet i Norge kom i 2005-2006, men siden de øremerkede midlene i 2009 har det blitt etablert flere team og teller nå fjorten team på landsbasis. ACT- teamet i Trondheim ble opprettet i 2009 og er et samarbeid mellom flere kommuner og spesialisthelsetjenesten. Deres samarbeid med botiltak psykisk helse (et botilbud for personer med psykiske lidelser, hvor noen også har rusproblematikk) er av interesse fordi beboere ikke umiddelbart kan plasseres i ACT sin målgruppe. På bakgrunn av at teamet ut ifra ACT- modellen hovedsakelig skal arbeide med brukere som har lite eller ingen kontakt med tjenesteapparatet.

Formål

Oppgavens formålet er å gi innspill i forhold til hvilke funksjoner oppsøkende team kan ha ovenfor kommunen, her botiltak, og i forholdet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten med tanke på opplevelse av avstand/nærhet mellom de to nivåene. De ansattes opplevelse av samarbeidet med vekt på hvilke gevinster de mener samarbeidet kan gi både for dem selv og brukerne er derfor vesentlig.

Metode

Oppgaven er kvalitativ og datainnsamlingen bestod av ni dybdeintervju (fire fra ACT- teamet og fem fra botiltak psykisk helse), observasjoner samt deltagelse på nettverkssamling for landets ACT-team. Tilnærmingen til materialet er abduktiv/induktiv og bygger på et hermeneutisk fenomenologisk vitenskapsfilosofisk utgangspunkt. Behandlingen av datamaterialet har tatt utgangspunkt i analysefasene til grounded theory, og dataprogrammet NVivo9 ble brukt som redskap for å systematisere og få oversikt over dataene.

Funn

ACT- teamet har ifølge informantene en veilednings-, container-, og brobyggerfunksjon for de ansatte i botiltak psykisk helse. Disse funksjonene har gevinster som kan ses som helsefremmende effekter av samarbeidet, da de bidrar til at ansatte i botiltakene klarer og stå i jobben sin. De ulike funksjonene bidrar også til å styrke det Danbolt, Kjøsberg og Lien (2010) kaller gjensidighetskunnskap, som fremheves som den mest betydningsfulle faktoren når det gjelder opplevelsen av samarbeidet på tvers av nivå. Å ha kunnskap om hverandres arbeidsoppgaver, rammer og kompetanse synes å bidra til å redusere opplevelsen av avstand samtidig som det fremmer følelsen av verdsetting av egen kunnskap, kompetanseoverføring og utvikling av samarbeidet. Ovenfor beboerne har ACT- teamet en behandlingsfunksjon men også en rolle som de beskriver som ”besteforeldre”, som innebærer en risiko for overlappende oppgaver og konkurrerende relasjoner.

Konklusjon

Oppgavens konklusjon er dermed at oppsøkende team som ACT kan ha en brobyggerfunksjon i samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Samtidig som samarbeidet med botiltakene kan gi helsefremmende effekter for de ansatte gjennom å opprettholde en balanse mellom jobbkrav og jobbressurser, som er avgjørende for å unngå utbrenthet. Dette på bakgrunn av at deres veilednings- og containerfunksjon gir rom for utløp av frustrasjoner, feedback, kunnskap om brukernes diagnoser og andre perspektiver på egen praksis. På grunnlag av et forhold basert på gjensidig respekt, forståelse for de andres arbeidshverdag og anerkjennelse av hverandres kompetanse. For brukernes del kan gevinstene av dette samarbeidet føre til økte muligheter for arbeid med bedringsprosesser i boligene. Samarbeidet er derfor nyttig for beboerne, noe som viser betydningen av lokale tilpasninger i implementering av internasjonale modeller i en norsk kontekst.

Nøkkelord: tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, gjensidighetskunnskap, ACT-team, kommunale botiltak, samhandlingsreformen, recovery, helsefremming i arbeidslivet, dobbeltdiagnoser.

ABSTRACT

Background

The Norwegian Ministry of health and Social Affairs published the report *people with severe mental illness in need of facilitated services* in 2008. This report was one of the reason why the Norwegian government gave 50 million NOK to test Assertive Community Treatment (ACT) and similar models directed towards dual diagnoses patients. This was done to try and change the fact that there is still patients who experiences gaps between different levels of functions in Psychiatric Health Care despite increased focus on this area, which can be seen for example through *National Action Plan for Mental Health* (1999-2008) and *The Coordination Reform* (which started in January 2012). ACT is an outreach treatment approach for people with severe and persistent mental illness often in combination with substance abuse. The model is very common in USA and England and has recently come to Norway where the first pilot project started in 2005-2006. Now, in 2012 there are a total of fourteen ACT- teams on a national basis. ACT in Trondheim is one of them and started in 2009. Here the team is a collaboration between *Tiller DPS, Rusbehandling Helse- Midt* (*Specialized health services in psychiatric health and drug addiction*) and the municipalities *Trondheim, Melhus and Klæbu*. There cooperation with *enhet for botiltak psykisk helse* (*supported housing*) in Trondheim is interesting because people who live there not instantly can be included in the models target group. The reason for this is that ACT primarily works with people who have no or little contact with the public health system, while the people who live in this particular supported housing have professionals available daily or 24/7.

Purpose

The purpose of this master thesis is to give perspectives of which role outreach teams can play in municipality work with addiction and psychiatric health, here in supported housing, and between primary and secondary level functions in Psychiatric Health Care in experiencing distance or proximity in the relationship. The way supported housing employees experiences the cooperation is therefore of interest for this thesis, which also includes their opinion about how they and their clients can benefit from cooperation with ACT.

Method

This thesis has a qualitative approach, where the data is collected through nine in debt interviews (four from ACT and five employees from supported houses), observations and participation in a network collection for all ACT- teams in Norway. I have analysed the

information inductive build on hermeneutic phenomenology, where grounded theory and NVivo9 was used to systematize and create an overview of the data.

Outcome

ACT can have a supervisor-, “container” function, at the same time as they build bridges between levels of public services. These functions can have health promotion effects for employees in the supported houses since they contribute to maintain job motivation, as well as they can create mutual knowledge as described by Danbolt, Kjønberg and Lien (2010). This was also highlighted as one of the most significant reasons for their positive experiences of the cooperation across agency borders. Knowledge of each other’s workday, guidelines and expertise seems to contribute to a reduction of experienced distance at the same time as it promotes the feeling of value of own knowledge, spread knowledge and developing the cooperation. Towards the clients living in supported housing does ACT have a treatment function but also a role which some describes as “grandparents”, which includes a risk of creating a competitive role for employees in supported housing.

Conclusions

The conclusion is that ACT and similar teams can build bridges between community based mental health and hospitals. At the same time as the cooperation with the supported housing can give benefits that can be described as health promoting, when their function can contribute to maintain a balance between job demands and job resources, a crucial factor to avoid burnout. This because their supervisor- and “container” function gives possibilities to express frustrations, get feedback, exchange knowledge and get new knowledge about diagnoses. The foundation for this is a relationship based on mutual respect, understanding and recognition of each other’s work and expertise. For the people who live in supporting houses can this create opportunities for recovery. The cooperation is therefore important, something that also shows why local adaptations is important when implementing international treatment models in another context.

Keywords: interdisciplinary and inter-agency cooperation, mutual knowledge, ACT-team, supported housing, The Coordination Reform, recovery, health promotion in worklife, dual diagnoses.

KAPITTEL 1. INNLEDNING

Samarbeid er en viktig del av sosialt arbeid uavhengig av område og form, samtidig som det er helt nødvendig for å sikre at brukeren blir ivaretatt, målene nås og at løsningene blir varige. Dette på bakgrunn av at samarbeid bidrar til å gi brukerne helhetlige og koordinerte tjenester, men hvilke funksjoner kan et samarbeid på tvers av nivåene ha for de profesjonelle som er involvert? Jeg mener at siden forholdet mellom de ulike nivåene vil bidra til resultatene for brukerne er det sentralt også å se på hvilke gevinster samarbeidet gir de profesjonelle som er involvert, og eventuelle konsekvenser av dette for brukerne. Derfor ønsker jeg i denne oppgaven å se på hvilke funksjoner oppsøkende team fra spesialisthelsetjenesten kan ha for kommunale botiltak og om dette samarbeidsforholdet kan bidra positivt i forholdet mellom kommunen og spesialisthelsetjenestenivå. Dette på bakgrunn av inntrykk gjennom praksis om at det eksisterer et lite skille mellom de to nivåene.

1.1 Bakgrunn

Det har siden 90-tallet blitt økt fokus på samhandling på tvers av nivå, noe som kan ses i ulike reformer og offentlige utredninger, hvor blant annet opptrappingsplanen for psykisk helse og nå samhandlingsreformen kan nevnes. Samarbeidet vil kunne ha mange ulike former, oppgaver og ses på flere områder. Et av områdene det samarbeides på tvers av nivå er i tilknytning til personer med psykiske lidelser og samtidig rusproblematikk. Dette kan for eksempel foregå ved at spesialisthelsetjenesten står for behandlingsansvaret mens kommunen har annen type oppfølging av brukeren som for eksempel boveiledning. For at spesialisthelsetjenesten skal kunne drive effektiv behandling uavhengig av form, er bolig en nødvendig forutsetning (Aakerholt 2011). De to nivåene kan derfor ikke ses uavhengig av hverandre. Mange opplever i den sammenheng, ifølge Helsetilsynets rapport *Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser* (8/2007), at samhandlingen (både praktisk og faglig) med spesialisthelsetjenesten ikke fungerer hensiktsmessig. Samhandlingsreformen vil i den sammenheng være viktig, og utgjør derfor sentral bakgrunnsinformasjon for oppgaven. Ambulerende og oppsøkende team, som for eksempel assertive community treatment team (ACT), er et uttalt satsningsområde i forbindelse med reformen og kan beskrives som;

tverrfaglige sammensatt team i samarbeid mellom kommune og DPS, med god bemanning som gir et tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og med

tilleggsproblemer (...)og som har behov for et omfattende og langvarig tjenestetilbud. (...) Mål gruppen kjennetegnes ofte av at de mangler et fungerende sosialt nettverk, at vedkommende ikke evner å forholde seg adekvat til de eksisterende behandlingstilbudene, og ikke selv ser sitt behov for hjelp. Teamene gir tverrfaglig og tverrsektoriell behandling som forutsetter at første og andre linjetjenester ytes og ses i sammenheng”(St.meld.nr.47 (2008-2009):69).

En av utfordringene i samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten kan ifølge St.meld.nr.47 (2008-2009) være ulike målsettinger for arbeidet. Hvor ” *kommunene relaterer sine mål til funksjonsnivå, mens foretakene relaterer sine mål til lindring*” (St.meld.nr.47 (2008-2009):50). I tillegg til at manglende forståelse for hverandres arbeidsfelt, svikt i informasjon og kunnskapsoverføring samt overlappende roller som følge av uklare rammer og mangelfull oppfølging av kommunen etter utskrivning også beskrives som faktorer som bidrar til samhandlingssvikt (ibid.). Dette kan videre resultere i avstand mellom de ulike tjenestenivåene. Samhandlingsreformen tar opp disse utfordringene og gir mulige løsninger som innebærer forandringer i kommunens oppgaver. Her vil det være behov for økt kompetanse og kunnskap. I første omgang vil de største forandringene merkes i forhold til somatisk helse, men de aktuelle brukerne for oppgaven har ofte også somatiske problemer samtidig som psykisk helsevern kanskje også vil bli mer direkte berørt etterhvert. Refleksjoner rundt kompetanseutvikling og kompetanseoverføring mellom nivå vil derfor være av interesse for oppgaven.

1.2 Oppgavens fokus

Kompetanse er derfor et begrep det vil bli satt fokus på, og utdypet senere i oppgaven, fordi det finnes ulike former for kompetanse som tilsammen danner bakgrunn for profesjonelles faglige og skjønnsmessige vurderinger. Dette er aktuelt da de ansattes kompetanse tas inn i samarbeid med eksterne partnere, hvor de involverte deler av og sammen utvikler kunnskap som er aktuell i ulike situasjoner. Et interessant begrep i den sammenheng er det Danbolt, Kjøsberg og Lien (2010) kaller gjensidighetskunnskap som innebærer kunnskap om hverandres arbeidsoppgaver, roller og rammer på tvers av grenser. Hvis de ulike partene i et samarbeid har stor kunnskap om hverandres praksis, arbeidsoppgaver og rammer vil det også være lettere å samkjøre kompetanse og dermed utfylle hverandre istedetfor å overlappe. Dette interesserer meg fordi jeg mener at samarbeidet har påvirkning på brukeren og at det er viktig

å synliggjøre samarbeidets form for å se på eventuelle forbedringspotensial. Det at ACT er såpass nytt bidro til å vekke min interesse og jeg ble gjennom min stilling i enhet for botiltak psykisk helse nysgjerrig på arbeidet de gjorde og deres samarbeid med enheten i forhold til å følge opp beboerne. Gjennom praksis har jeg fått inntrykk av at det oppleves et lite gap mellom første- og andrelinjetjenesten. Jeg var derfor interessert i å se om ACT som oppsøkende team hadde bidratt til en forandring på dette punktet og eventuelle andre gevinster samarbeidet gir både for de ansatte i ACT, i botiltakene og selvfølgelig brukerne. Problemstillingen min ble derfor:

Hvilke funksjoner kan oppsøkende team ha i forhold til kommunen og mellom førstelinje- og spesialisthelsetjenesten?

For å konkretisere og avgrense denne noe vide problemstillingen, har jeg valgt noen delproblemstillinger som gir en mer konkret retning på oppgaven.

- *Hvordan oppleves forholdet til andrelinjetjenesten (ACT og andrelinjen generelt) av ansatte i botiltak psykisk helse?*
- *Hvilke gevinster gir samarbeidet for de involverte partene?*

Siden samarbeidet mellom første- og andrelinjen foregår på mange ulike arenaer og områder var det nødvendig å gjøre noen avgrensninger. Som jeg vil komme inn på i oppgaven eksisterer det flere typer team i Trondheim. Jeg så det derfor som hensiktsmessig å velge ut et team. Valget falt på ACT- teamet da de har et tett samarbeid med botiltak psykisk helse, som jeg arbeidet i under oppstart av oppgaven. ACT- teamet var også interessant på bakgrunn av at de inngår i et nasjonalt prøveprosjekt, og fordi de ansatte har ulike ansettelsesforhold hvor noen tilhører kommunen mens andre er ansatt i St. Olavs Hospital. Formålet med oppgaven er å gi innspill i forhold til hvilke funksjoner oppsøkende team kan ha ovenfor kommunen, her botiltak, samtidig som det reflekteres over samarbeidets gevinster både for de ansatte i ACT, botiltak psykisk helse og brukernes selv. For å kunne reflektere over disse problemstillingene og forhåpentligvis komme med nye ideer og tanker benyttet jeg meg av kvalitativ metode hvor datainnsamlingen besto av dybdeintervju, observasjoner samt deltagelse på nettverkssamling for landets ACT-team. Noen av refleksjonene i empiridelen kommer også som følge av samtaler med tidligere kollegaer. Funnene jeg kom frem til kan

for øvrig være formet eller påvirket av min egen forforståelse og bakgrunn, jeg ser det derfor som hensiktsmessig med en kort gjennomgang av egen forforståelse.

1.2.1 Redegjørelse av forforståelse

Min forforståelse og erfaring med andrelinjen utgår hovedsakelig fra min tid i enhet for botiltak psykisk helse hvor det i perioden jeg var ansatt ble gjort hospiteringer fra spesialisthelsetjenesten i boligen, ekstern veiledning og noe kontakt med St.Olavs hospital (somatiske avdelinger). Min erfaring fra hospiteringen er at de lyttet og var interessert i synspunktene til oss som jobbet i boligen og i veiledningssammenheng følte jeg at vi ikke ble ”påtvunget” deres syn, men ble ”tvunget” til egne refleksjoner. Jeg har også selv deltatt på undervisning holdt av et av medlemmene i ACT, noe jeg fant teoretisk interessant og lærerikt da problemstillingene og undervisningen var lagt opp til å passe problematikken beboerne sliter med, dermed ble det også praksisnært. Når det gjelder samhandling med spesialisthelsetjenesten utover dette, har mine erfaringer vært at de vet litt lite om hvilke rammer og arbeidsoppgaver ansatte i botiltaket har.

Min bakgrunn som sosionom har naturlig nok også vært med på å forme mitt utgangspunkt og interesseområde. Sosialt arbeid handler om interaksjoner og samhandling med mennesker, og deres kontekst. For å kunne se hele mennesket, som er en sentral del av sosialt arbeid, trengs en kombinasjon av flere perspektiv. Her kommer viktigheten av samarbeid inn, noe som også ble fremhevet gjennom grunnutdanningen da vi ble drillet i kommunikasjonsferdigheter, gruppeprosesser, roller og samarbeidsfaser for å bli best mulig rustet til å arbeide aktivt og utviklende i ulike samarbeidsforhold. Et godt samarbeid er etter min mening viktig og avgjørende for å gjøre godt sosialt arbeid, hvor hensikten er å *”fremme likeverd og respekt og bidra til at mennesker blir møtt på sine behov og får brukt sine ressurser”* (Levin 2004: 10).

1.3 Innhold og utforming av oppgaven

Teorien jeg har valgt å ta utgangspunkt i omhandler en definerings og redegjørelse for hva et godt samarbeid bør inneholde, og videre ulike utfordringer og muligheter det kan gi. Dette kommer frem i kapittel 2. som også gir et overordnet blikk på dagens situasjon, praktisk arbeid i de to instansene jeg har valgt å undersøke samarbeidsforholdet mellom samt et innblikk i forskning som kan relateres til tema. Siden ACT er relativt nytt i Norge eksisterer det lite forskning fra en norsk kontekst. Noe litteratur er derfor hentet fra internasjonal

forskning, men også ulike relaterte undersøkelser av lignende team eller tema fra en norsk kontekst blir brukt. Siden brukerne i oppgaven bor i kommunale botiltak vil begrepene bruker og beboer bli brukt om hverandre, men nødvendige begrepsavklaringer og definisjoner følger underveis i oppgaven der det er aktuelt. I kapittel 3. forklares valg av metodologisk fremgangsmåte, datainnsamling og analysemetode. Før oppgavens empiridel følger i kapittel 4. og 5. som tar for seg resultat og drøfting av disse i lys av teoretisk utgangspunkt og supplerende teori som ble aktuell underveis i analyseringsprosessen. I kapittel 6. rettes et kritisk blikk på oppgaven i sin helhet, hvor gyldighet og overførbarheten drøftes i tillegg til refleksjoner rundt videre forskning og forbedringspotensial.

KAPITTEL 2. PSYKISK HELSEVERN I NORGE

UTVIKLING, KUNNSKAPS- OG FORSKNINGSFELT

Arbeidet med psykisk helse i Norge foregår på tre ulike nivåer, gjennom ulike organisasjoner og etater. For å kunne reflektere rundt oppgavens tema er det derfor sentralt å gi et overordnet bilde dette, samtidig som relevant forskning presenteres. Psykisk helse er et omfattende område, hvor første-, andre- og tredjelinjetjenesten (frivillig arbeid/ Non-Government Organizations), utgjør de ulike nivåene. Noe som vil si at det både er profesjonelle med helse og/eller sosialfaglig utdanning samt frivillige som er aktive. Sist nevnte og deres arbeid i tredjelinjen/frivillig sektor vil ikke utdypes nærmere da det er utenfor oppgavens fokus. Oppgaven ser på samarbeidet mellom *botiltak psykisk helse* og *ACT-team* som tilhører henholdsvis første- og andrelinjetjenesten/spesialisthelsetjenesten (disse to begrepene vil bli brukt omhverandre). For en skjematisk oversikt over hvordan de er organisert i forhold til hverandre se vedlegg 1. Før jeg går inn på deres arbeid gis en kort gjennomgang av kjennetrekke ved aktuell brukergruppe.

2.1 Innledende om brukergruppen; dobbeltdiagnoser

Dobeltdiagnose er et begrep som det ble satt fokus på fra slutten av 90-tallet (Aakerholt 2006). Som begrep brukes det imidlertid på litt forskjellige måter (Øverås og Fyhn 2006). Komorbide lidelser er en annen betegnelse som benyttes, som vil si at *"to eller flere lidelser opptrer samtidig, uten at det angis noe årsaksforhold"* (Øverås og Fyhn 2006:55). Til forskjell fra dobbeltdiagnoser som *"primært er et systemrelatert begrep som viser til to lidelser som tradisjonelt har vært behandlet i to ulike systemer"* (Bratteteig, Hove og Aakerholt 2008:10). Hovedsakelig dreier det seg her om psykoselidelse i kombinasjon med rusproblematikk¹. Det som kompliserer bruken av begrepet er at den ikke er universell da noen også inkluderer andre typer alvorlige psykiske lidelser i dette begrepet (ibid.). Dobbeltdiagnoser kan også være diffust i en norsk kontekst, noe som kan ses gjennom ulike måter å gruppere brukerne på. Engman og Michelsen (2005:17-18) presenterer en versjon som skiller mellom tydelig psykisk lidelse som forverres ved rusmisbruk, underliggende psykisk lidelse som fremtrer ved rusmisbruk, rusmisbruk som utløsende årsak til psykisk lidelse eller langvarig rusmisbruk som gir psykiske lidelse. En annen inndeling gis i St.meld.

¹ ICD-10 (diagnosesystemet som benyttes i Norge) deler rusproblematikk i *avhengighet* og *skadelig bruk*. Hvor førstnevnte henviser til økt toleranse, abstinenser og ellers et tvangspreget bruk som påvirker hverdagen uavhengig av eventuelle konsekvenser. *Skadelig bruk* henviser til fysiske og psykiske virkninger og er en mildere grad (Bratteteig, Hove og Aakerholt 2008).

25 (1996-1997) hvor den første gruppen kan sies å ha lavest alvorlighetsgrad, mens gruppe 2. og 3. samsvarer mer med målgruppen for ACT og inkluderer brukere med alvorlige psykiske lidelser² og enten misbruk eller avhengighet av rusmidler. Helsetilsynet (2000: 12-15) legger Boe Kielland sin rapport fra 1998-1999 til grunn hvor de også grupperer brukerne i tre men kaller de for ”de sårbare” (dobbeltdiagnose med vekt på psykisk lidelse), ”de utagerende” (dobbeltdiagnose hvor rusmisbruk er mest fremtredende) og brukere med kognitiv svikt (hvor den kognitive svikten er sentralt ved siden av rusmisbruk, her for eksempel letterer psykisk utviklingshemming). Ved denne grupperingen kan ACT sine brukere passe inn i alle grupper, noe som også viser kompleksiteten ved brukergruppen. Problemområdene er altså sammensatt noe som illustreres gjennom figur 1, som også synliggjør nytten og behovet for samarbeid mellom ulike nivå.

Figur 1. Illustrasjon av problemområder for brukere med dobbeltdiagnoser
(Sosial- og helsedirektoratet 2008:12)



2.2 Førstelinjetjenesten, psykisk helsearbeid

Førstelinjetjenesten utgjør kommunens arbeid, og i forhold til psykisk helse omtales det i litteraturen som psykisk helsearbeid og kan defineres som;

tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Målsettingen (...) er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet

² ”Med alvorlig psykisk lidelse menes schizofreni og schizofrenilignende tilstander, affektive psykoser og enkelte alvorlige personlighetsforstyrrelser” (Aakerholt 2006: 222-223).

og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet 2005:1).

De ulike kommunene i landet har organisert dette arbeidet på ulike måter, men innholdet bygger på mye av det samme hvor følgende områder blir vektlagt (avhengig av lokale forhold); boligsosialt arbeid, både arbeidsrettet og sosial aktivisering med tanke på å skape nettverk, og bidra til sosial trening for å unngå isolasjon (Psykisk helsearbeid i kommunene 2009; Pöyry 2011; Øverås og Fyhn 2006). I følge Kielland (2002) har mange dobbeltdiagnosepasienter ofte behov for å bo i skjermede boliger, som innebærer bolig med bemanning. Mange dobbeltdiagnosepasienter vil derfor være beboere i ulike kommunale botiltak, som for eksempel botiltak psykisk helse i Trondheim kommune.

2.2.1 Botiltak psykisk helse og boligsosialt arbeid

Botiltak psykisk helse er en enhet i Trondheim kommune som arbeider boligsosialt³ med brukere som har psykiske lidelser eller dobbeltdiagnoser. Enheten består av åtte ulike boliger med alt fra sju til tretti beboere (Informasjonsbrosjyre 2010). Organiseringen kan sies å være en blanding av det Sosial- og Helsedirektoratets rapport *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagt tilbud* (2008) kaller; bofellesskap som baserer seg på selvstendige enheter tilknyttet en personal base og fellesrom, samt noen spredte leiligheter tilknyttet den ordinære boligmassen. Bofellesskapene har ulik bemanning, hvor noen er bemannet dag og kveld (med ambulerende nattvakt), mens andre har heldøgnsbemanning (Serviceerklæring 2010). De boligene som ligger i den ordinære boligmassen har kontakt med personale gjennom faste avtaler av ulik varighet i løpet av uken, avhengig av beboerens behov (Informasjonsbrosjyre 2010; Serviceerklæring 2010).

En viktig utfordring i arbeidet med tildeling av bolig er ifølge Sosial og Helsedirektoratets veileder; *psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* (2005) at det ikke kun skal være et oppholdssted, men et hjem for beboerne, dette vil si at avveininger bør tas i forhold til sammensetningen av beboere både i forhold til problemområder og antall. *"Hvordan den er utformet, hvor den er plassert, og hvem en bor sammen med, påvirker hva slags sosialt liv som fremmes eller hemmes"* (Ådland og Alsaker 2000:219). Som det videre påpekes i veilederen (Sosial og helsedirektoratet 2005:12) kan det å bo med andre ha sine positive og

³ *"Boligsosialt arbeid er en samlebetegnelse for tjenester og hjelp som gis for å skaffe og beholde boliger for vanskeligstilte"* (Øverås og Fyhn 2006:72).

negative sider da det kan gi støtte og fellesskap som bidrar til sosial trening mens det på en annen side kan oppleves stressende og skape en ekstra belastning. Uansett botilbud er det sentralt at de ansvarlige for oppfølgingen av brukerne innehar en viss kompetanse. Her vil kontakt med spesialisthelsetjenesten være sentral i forhold til å søke råd og veiledning, jfr. Spesialisthelsetjenestelovens §6-3 veiledningsplikt ovenfor kommunen (Helsetilsynet 2007). Når det gjelder samarbeidspartnere for boligene avhenger disse av beboerens behov men består i hovedsak av; pårørende, NAV, Helse og velferd, fastlege og legevakt, samt ulike instanser i spesialisthelsetjenesten som ACT, distriktpsikiatriske senter (DPS) og Østmarka psykiatriske sykehus. Øverås og Fyhn (2006) skriver at det etter hvert har blitt flere kommuner som forsøker å slå sammen rus- og psykisk helsearbeid. I Trondheim er det imidlertid delt i Botiltak psykisk helse og Botiltak rus. I praksis finnes det imidlertid brukere med både psykiske lidelser og rusproblemer i begge botiltakene.

Oppgaven omhandler kun botiltak psykisk helse på grunn av nødvendige avgrensninger og på bakgrunn av at samarbeidet med ACT er større i botiltak psykisk helse enn i botiltak rus. Mye av det som gjøres i boligene handler om boligsosialt arbeid, noe som tidligere nevnt er et sentralt element i kommunens psykiske helsearbeid, da *"reduisert boevne kan være en vesentlig del av sykdomsbildet, slik at det også er nødvendig med boligløsninger som er særskilt tilrettelagt"* (Helsetilsynet 2007:42). Boligsosialt arbeid kan også være viktig for å forebygge reinnleggelser. I den sammenheng er samarbeid mellom ulike nivåer sentralt, med tanke på at etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten skrives pasientene ut til kommunen som overtar ansvaret for mye av oppfølgingen. En utfordring i den sammenheng er mangel på egnede boliger (Helsetilsynet 2007; Psykisk helsearbeid i kommunene 2009). Gjennom opptrappingsplanen ble det sagt at det skulle bygges ca. 3400 nye boliger, da dette var det anslåtte behovet (St.meld.nr.63 (1997-1998)). Anslaget styrkes også av Boe Kielland sin undersøkelse i 1999, som viste at det til sammen er ca. 4000 brukere med dobbeltdiagnoser som ikke får et dekkende tilbud (som sitert i Aakerholt 2006). Dette var en kartleggingsundersøkelse som så på brukergruppens bosituasjon før og etter innleggelse i psykiatrisk avdeling. Resultatene viste blant annet også at de ansatte i avdelingene mente at hele 43% av brukerne hadde behov for skjermet bolig (med døgn, eller dagbemanning). Kun 3 % hadde en slik boform ved innleggelse, mens 10 % var tiltenkt skjermet bolig etter utskrivelse (Kielland 2002). Denne undersøkelsen var også en bidragsfaktor til at det i ettertid ble økt satsing på *"bruk av ambulante tjenester, særskilte institusjonstiltak på regionnivå, økt*

satsning på tilrettelagte kommunale botilbud og vektlegging av tett samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten” (Aakerholt 2006: 225-226).

2.3 Andrelinjetjenesten, psykisk helsevern

Psykisk helsevern utgjør arbeidet i andrelinjetjenesten, på de ulike regionale helseforetakene (RHF). Ifølge Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a har de ansvar for å tilby tjenester til mennesker i sitt geografiske område både for de som bor i og utenfor institusjon. Fra 2004 (Sykehusreformen), ble deler av ansvaret for sykehusene overført fra fylkeskommunen til staten (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Som følge av dette ble Norge geografisk inndelt i fire ulike ansvarsområder, hvor Trondheim tilhører Helse Midt-Norge. De ulike distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) tilhører også spesialisthelsetjenesten og inngår i de ulike helseforetakene (HF). Spesialisthelsetjenesten fokuserer på undersøkelse, utredning og behandling enten gjennom polikliniske⁴, døgnbaserte-, ambulante- eller akutt/krise tjenester (Sosial- og helsedirektoratet 2008; Spesialisthelsetjeneste (psykisk helsevern) u.d). I Trondheim finnes flere DPS som hver har ansvar for ulike områder av byen, noe som gjør at DPS er en viktig samarbeidspartner for botiltakene i kommunen i forhold til brukernes behandling. I 2009 ble det under Tiller DPS opprettet et ACT – team som en del av en nasjonal satsning på denne type oppsøkende virksomhet (se pkt. 2.4). Ved å se på samarbeidet mellom ACT- team og botiltak psykisk helse skal denne undersøkelsen gi et innblikk i en liten del av et stort samarbeidsområde mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

2.3.1 Samarbeid mellom de to nivåene; med utgangspunkt i botiltak psykisk helse

Siden ACT organisatorisk er forankret på spesialisthelsetjenestenivå og arbeider utenfor kontorets vegger, knyttes de ifølge Johansen og Skjerve (2009) tettere til kommunalt psykisk helsearbeid. På den måten får de også en større nærhet til brukeres liv og nærmiljø som kan bidra til å skape kontinuitet i tjenestetilbudet samt et tettere samarbeid på tvers av nivå (ibid.). I sammenheng med dette påpeker Johansen og Skjerve (2009) to sentrale utfordringer for å lykkes; *samhandling* og *ny kompetanse*.

⁴ Poliklinisk behandling, innebærer dagbehandling gjennom timeavtaler og fungerer best for dem hvor ”*verken rusmiddelproblematikk eller psykisk problematikk er såkalt ”høy”, og at klienten har rammer rundt seg som fungerer*” (Bratteteig, Hove og Aakerholt 2008:49).

*Samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene er ikke regulert i en egen lov (...)
En kan derfor få inntrykk av at lovgivning ikke er tatt i bruk som nasjonalt styringsvirkemiddel for å fremme samhandling innenfor helse- og omsorgstjenestene (St.meld.nr.49 (2008-2009): 52).*

De lovene som eksisterer bærer også preg av å gi få retningslinjer for samarbeid og fremstår mer som overordnede rammer ifølge Olsen (2004). Det vil ikke dermed si at det ikke er lover som bidrar til å regulere samarbeidet, eksempler på dette er helse og omsorgstjenesteloven § 3-4 om kommunens plikt til samhandling og samarbeid, og helse og omsorgstjenesteloven kap.6 som omhandler plikt til inngåelse av samarbeidsavtale mellom HF og kommunen. Kommunen gis her lovhjemlet plikt til å tilrettelegge for samarbeid, men lovene gir ingen spesifikke retningslinjer for arbeidet. Av mer praktisk karakter og betydning for samarbeid på tvers av nivå kan imidlertid individuell plan (blant annet i kap 7. helse og omsorgstjenesteloven) og veiledningsplikten overfor kommunen (spesialisthelsetjenesteloven § 6-3) nevnes. Her defineres både oppgaver og ansvarsområder, men i tilfeller hvor dette ikke fremkommer eksplisitt av relevante lovverk kan overlappende arbeidsoppgaver eller ansvarsfraskrivelse være en utfordring for samarbeidet.

Når det gjelder ACT kan dette være tilfelle når det gjelder samarbeid med kommunen med tanke på at ACT- team arbeider både med behandling, omsorg og rehabilitering (Pöyry 2011), som innebærer *”å hjelpe personen til å mestre sitt misbruk av rusmidler, mestre de psykiske vanskene og komme videre i livet i de rammene som en gang har vært der”* (Bratteteig, Hove og Aakerholt 2008:50). Dette kan overlappe med botiltakene som også fokuserer på både omsorg og rehabilitering (ibid.). Her vil de to nivåene være avhengige av å samarbeide med hverandre da bolig ifølge Bratteteig, Hove og Aakerholt (2008) er nødvendig for i det hele tatt kunne starte opp en konstruktiv behandling. Lunnan (2006) derimot mener at det ikke nødvendigvis er behov for egne boliger for disse brukerne, men at behovet ligger mer i forhold til metodeutvikling, som muliggjør inkludering av dobbeltdiagnose pasientene i det allerede eksisterende tilbudet. Brattrud og Granerud (2011)⁵ er av den oppfatning av at det i realiteten ikke finnes egnede botilbud for denne gruppen fordi at det å plassere personer med rusproblemer samme sted som det bor personer med psykisk lidelser vil gi uro. Det vil imidlertid være vanskelig å skille de fra hverandre da disse

⁵ Brattrud og Granerud (2011) har skrevet en artikkel basert på miljøterapiprosjektet som er et prosjekt ved sykehuset innlandet, divisjon psykisk helsevern, hvor de skriver om samarbeidsrutinen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

to, rus og psykiske lidelser, ofte opprer samtidig. Andre igjen mener at *”behøvet for slike botiltak er kanskje mest synlig hos de bostedsløse”* (Kielland 2002: 2460), samtidig som det påpekes at det er spesielt brukere med schizofrenilignende psykose som har behov for skjermet bolig (ibid.). Det er altså ulike perspektiver på utformingen av boligene. Dette kan imidlertid tyde på at samarbeidet med ACT-teamet er viktig da de ut ifra modellen blant annet bør rette seg mot bostedsløse (ibid.). I forhold til boligsosialt arbeid kan dette by på utfordringer, blant annet i forhold til oppfølging av tvunget psykisk helsevern.

Tvunget vern kan opprettes for personer som har en alvorlig psykisk lidelse hvor det er fare for eget eller andre sitt liv, eller at det er nødvendig for å sikre bedring og det er grunn til å anta at personens situasjon vil bli forverret innen nærmeste fremtid (Bratteteig, Hove og Aakerholt 2008: 47-48, § 3-3 psykisk helsevernloven). Fra 1. januar 2001 ble det også åpnet for at tvunget psykisk helsevern kan opprettes for personer som bor utenfor institusjon, jfr. § 3-5 psykisk helsevernloven. I tråd med denne bestemmelsen gir det også andre typer utfordringer for personale som arbeider i botiltak, som kan få oppfølging for brukerne på tvunget psykisk helsevern. Dette utgjør forøvrig en god del av samarbeidet med ACT, hvor de har ansvar for medisinerer (av noen beboere) og bistår ved eventuelle innleggelseser.

2.4 Assertive Community Treatment

Assertive Community Treatment (ACT) kommer opprinnelig fra Wisconsin, USA og er en modell for oppsøkende behandlingsteam rettet mot dobbeltdiagnoseproblematikk. Utviklingen begynte på 70-tallet med bakgrunn i at mer av behandlingen av personer med psykiske lidelser ble flyttet ut fra institusjoner. Den samme trenden syntes forøvrig også i Norge (Aakerholt 2011). Denne omveltningen var ikke like lett for alle, og det var i den sammenheng at behovet for tettere oppfølging ble synlig, og Case-Management ble derfor vanlig. Utviklingen mot ACT startet ved Leonard Stein, Mary Ann Test og Arnold Marx sin modell kalt Training in Community Living (Aakerholt 2011; Pöyry 2011), hvor behandling i brukerens nærmiljø ble sentralt. Denne modellen utviklet seg etter hvert videre til å bli ACT, som ifølge Aakerholt (2011) skiller seg fra Case- Management fordi den ikke koordinerer og formidler tjenester men det vektlegges at teamet gir behandling og tjenester der brukeren befinner seg.

Mesteparten av forskningen på ACT kommer nettopp fra USA og England, hvor det eksisterer mye forskning på området (Engman og Michelsen 2005). Derfor har jeg blitt nødt

til å se på lignende team og erfaringer fra Norge som kan benyttes som sammenligningsgrunnlag, for å si noe om ACT i en norsk kontekst. Evalueringen fra ACT i Mossregionen er den eneste som baserer seg på ACT modellen, og er dermed sentral for oppgaven. Evalueringen er fra 2011 og ble publisert av Pöyry Management Consulting AS og baserer seg på både spørreundersøkelser, intervju, deltagende observasjon og registerdata. Den tar utgangspunkt i 26 brukere sin situasjon over en to årsperiode (2008-2010) før og etter de hadde hjelp fra ACT (Pöyry 2011). Av erfaringer fra lignende team har jeg hovedsakelig sett på evalueringen av PART fra Trondheim (Bjørgeren og Westerlund 2009), fordi PART har likhetstrekk ved ACT samtidig som de begge tilbys i Trondheim. I tillegg til har jeg også valgt ut evalueringen av ROP (rus og psykisk lidelse)- Tøyen prosjektet (Øverås og Fyhn 2006), fordi prosjektet bygget på elementer fra New Hampshire modellen⁶ og ACT (som de beskriver som en samlebetegnelse på slike team i England). Prosjektet har dermed mange likhetstrekk med arbeidet i Trondheim. Evalueringen er også relevant fordi de forsøkte å trekke ut elementer og tilpasse de til en norsk kontekst. ROP- Tøyen startet i 2001 som et femårig prosjekt, hvor brukerne var i prosjektet over en to årsperiode (fra 2000-2002 og fra 2003-2005).

Tilnærmingen er kjennetegnet av å arbeid med pasientene i deres egne omgivelser, pasientene er en nærmere avgrenset gruppe med alvorlig psykisk syke voksne som ikke på noen hensiktsmessig måte greier å være i kontakt med psykisk helseverns ordinære tjenestetyper. (Øverås og Fyhn 2006: 171).

I USA fremheves ”modelltrohet” nesten som en forutsetning for at ACT- team skal lykkes, og for å undersøke effekten av arbeidet ble det i 1998 utviklet et måleinstrument, kalt *Fidelity score* (Aakerholt 2011). Forskning fra både USA og England har vist at ACT har ført til en reduksjon av reinnleggelser for brukergruppen (Pöyry 2011), noe som også opprinnelig var hovedmålsettingen. Et eksempel på dette er en Cochrane- oppsummering, fra 1998, basert på 26 randomiserte kontrollerte studier av ACT, hvor kun to av studiene var fra andre land enn USA. ”Resultatene viser at flere av brukerne forblir i kontakt med helsevesenet, sykehusoppholdene blir færre og kortere, flere brukere sysselsettes og bor for seg selv og brukertilfredsheten øker” (som sitert i Pöyry 2011:22). Reduksjon i sykehusopphold var for

⁶ ”Hovedelementene i modellen er lokalbasert, poliklinisk arbeid med pågående oppsøkende virksomhet, nettverks- og hjemme hos-arbeid innenfor en metodisk sammenheng (...) Tilgjengelig døgnbemanning og fase behandlingstakter ble regnet som sentrale kjennetegn” (Øverås og Fyhn 2006: 37).

øvrige blant funnene fra evalueringen av ACT i Mossregionen, som pr dags dato er den eneste evaluering av et ”rent” ACT team i en norsk kontekst. Samtidig som de viser en reduksjon i innleggelsesdøgn, har imidlertid antallet innleggelser også vist en svak økning (ibid.). Årsaken til dette kan være at ACT bidrar til å fange opp brukere som tidligere falt utenfor systemet, og som har behov for innleggelser. Derfor vil antall innleggelser for ACT sine brukere samlet sett kunne øke. Samtidig som noen har planlagte kortvarige innleggelser, noe som kan føre til at antall innleggelsesdøgn blir redusert til tross for at antall planlagte innleggelser i seg selv kanskje har økt (ibid.).

Mandelid (2010) og Engman og Michelsen (2005) er imidlertid kritiske til de noe optimistiske funnene fra den tidligste forskningen og mener at ACT-team ikke nødvendigvis alene har ført til disse effektene, men at de må ses i sammenheng med utbygging av kommunalt psykisk helsearbeid og fokus på DPS. Andre forklaringer i debatten rundt ulike funn peker på at årsakene til dette kan ha vært for liten ”modelltrohet”, kontekstuelle forskjeller blant annet med tanke på forskjeller i forhold til organisering og utbygging av kommunalt helsearbeid i ulike velferdssystem (Engman og Michelsen 2005). Forskning har imidlertid også gitt ulike resultater innad i samme land, og så tidlig som i 1998 viste funn fra Drake og kollegaer sin studie; *Dartmouth study of ACT for dual-diagnosis patients* i USA at ACT ikke gav en reduksjon i sykehusopphold (som sitert i Aakerholt 2011).

De opprinnelige målsettingene ble imidlertid etterhvert utvidet til også å fokusere på en generell bedring av brukernes livskvalitet, noe som var og fortsatt er sentralt da brukergruppen ”ofte faller mellom to stoler”. De er vanskelige å fange opp for det ordinære tjenestesystemet og/eller klarer ikke å nyttiggjøre seg det tilbudet de blir gitt (Pöyry 2011). I USA og England, som er landene hvor utbredelsen av ACT er størst, fokuseres det mye på at brukerne ikke har kontakt med tjenesteapparatet. Ifølge Aakerholt (2011) er det få personer som tjenesteapparatet ikke har kjennskap til i det hele tatt i Norge, noe som gir mening siden velferdsmodellen vi har i Norge er vesentlig forskjellig fra både USA og England⁷. Dette kan ses i Norges ACT håndbok hvor det presiseres at det ikke kun er de som ikke har mottatt behandling som regnes i målgruppen, men også de som har ikke klarer å nyttiggjøre seg eksisterende tilbud eller har fått mangelfull behandling kan inkluderes (Aakerholt 2011).

⁷ Norge har, etter Gösta Esping Andersens velferdsinndeling, en sosialdemokratisk velferdsstat som bygger på likhet, universelle ordninger med sterk offentlig sektor med gode sikkerhetsnett for befolkningen, mens USA og England kan beskrives som liberale. Private forskningsordninger er mer vanlig, de har få universelle velferdsordninger, men større bruk av behovsprøvde ordninger. Det offentlige utgjør derfor ikke samme sikkerhetsnett som det gjør i Norge (Lysestøl og Meland 2003)

Dette kan muligens ses som et uttrykk for tilpasning til en norsk kontekst på bakgrunn av forskjellene i velferdsmodellene.

I Norge knyttes ACT tett opp imot både kommunen og spesialisthelsetjenesten gjennom det praktiske arbeidet, hvor sentrale lovverk blant annet er spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven, pasientrettighetsloven samt helse og omsorgstjenesteloven (Samarbeidsavtalen 2009). Dagens situasjon er ifølge St.meld. nr 49 (2008-2009) at en stor andel av sengeplassene i de ulike DPS`ene benyttes av personer som i utgangspunktet burde hatt tilrettelagte kommunale tjenester. Mangel på tilrettelagte boliger skaper derfor utfordringer. ACT – team kan bidra til å redusere utfordringen med færre sykehusinnleggelses (som er et av målene), samtidig som de kan bidra til at flere kan bo i egen bolig med forsterket bistand i hjemmet. Hvordan de ulike teamene har valgt å samarbeide med kommunene i forhold til dette vil kunne variere da de kan organisere arbeidet etter hva som er mest hensiktsmessig i den aktuelle kommunen. Her vil jeg imidlertid kun se på situasjonen i Trondheim, hvor de organisatorisk ligger under Tiller DPS.

Teamet har elleve årsverk, bestående både av sosialfaglig og helsefaglig personell samt teamleder og merkantil, hvor noen er ansatt i Trondheim kommune og noen i St.Olavs Hospital (Engman og Michelsen 2005; Samarbeidsavtale 2009). En begrunnelse for organiseringen er ifølge rådgiver/jurist Morten Slette Myr (Fylkesmannen i Østfold) at det vil bli lettere å kunne motta annen spesialisthelsebehandling, fordi vedkommende er inne i ”systemet” samtidig som det ikke vil gjøre noen forandring i den kommunale oppfølgingen fordi de har plikt til å følge opp (jfr. kap.3 helse og omsorgstjenesteloven). Samtidig påpeker han at det kan bidra til økt rekruttering av spesialister til teamene med tanke på lønn da de vil være tilknyttet samme avtaler som andre ansatte i spesialisthelsetjenesten (som sitert i Engman og Michelsen 2005: 30). Organisering og nærmere beskrivelse av teamets oppbygging og samarbeid med botiltaket presiseres i en samarbeidsavtale.

Denne samarbeidsavtalen fremhever intensjonen om å skape et helhetlig tilbud bygd på likeverdighet, medvirkning og respekt mellom alle involverte parter, hvor spesielt brukermedvirkning er fremhevet som sentralt for å sikre kvalitet (Samarbeidsavtale 2009). Avtalen inneholder også føringer for organiseringen av teamet, som et treårig prosjekt med oppstart november i 2009 (ibid.). ACT- teamet i Trondheim har også et eget inntaksteam som består av representanter for de ulike samarbeidspartnerne (dvs. Trondheim, Klæbu og Melhus kommune, Rusbehandling Midt- Norge og Tiller DPS) som hver 14. dag vurderer nye

søknader (ibid.), hvorav de fleste kommer fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg har de behandlingsmøter, samarbeidsmøter med ulike instanser, ”morgenmøter” og planleggingsmøter en gang i uken hvor de gjennomgår hver enkelt bruker og oppdaterer hverandre på dagens situasjon og ukens avtaler. Teamet utvikles internt gjennom teammøter og reflekterende team. Siden det er et prøveprosjekt skal det gjennomføres en nasjonal evaluering i regi av NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) mens kompetansesenter for brukererfaring ser spesifikt på brukererfaringer (Samarbeidsavtale 2009). Sistnevnte påbegynnes i 2012 og planlegges ferdig i 2014, hvilket også gjelder ferdigstilling av NAPHA sin evaluering (ifølge Nettverkssamling for ACT-team 24 og 25 januar 2012).

2.4.1 Målgruppen

Målgruppen for ACT er personer (over 18 år) som har en psykoselidelse, bipolar eller schizofreni diagnose i henhold til ICD-10. Mange har også avhengighetsproblematikk i tillegg (Pöyry 2011; Informasjon om ACT-team 2010). Brukerne er ofte storforbrukere av ulike ordninger både i første- og andrelinjetjenesten eller ikke mottatt noen form for hjelp fordi de er vanskelige å fange opp. På grunn av problemenes kompleksitet og med en fot innenfor både rusomsorg og psykisk helse, har de ofte behov for tjenester og hjelp fra ulike instanser samtidig og over en lengre tidsperiode. I tillegg til nevnte utfordringer sliter mange med kriminalitet, økonomiske, sosiale og bolig –problemer, og de har problemer med å følge opp avtaler, behandlingsplaner og medisinerutiner (Mandelid 2010; Samarbeidsavtale 2009). I praksis kan arbeidet altså innebære; medisinsk oppfølging, hjelp til praktiske hverdagsutfordringer, boligfremskaffelse, utfordringer knyttet til økonomi og sykdomsmestring, sosial trening samt ansvar for kriseinnleggelser. ACT gir også rusbehandling og samtaler ved behov (Aakerholt 2011). Teamet kan dermed ha ulike roller og funksjoner avhengig av brukernes behov.

Hva brukerne har behov for vil ha sammenheng med deres boligsituasjon. Evalueringen av ROP – Tøyen viste noe variasjon når det gjaldt hvordan brukerne bor. Denne evalueringen baserer seg på; intervju med pasienter og ansatte, sistnevnte både individuelle og fokusgruppeintervju, telefonintervju med samarbeidspartnere samt observasjoner (Øverås og Fyhn 2006). Når det gjaldt tema bolig viste det seg at hele 40% bodde på hospits, 23 % bodde i kommunale boliger, 16 % bodde i egen bolig, 9 % hadde bolig med tilsyn, 9 % bodde med familie mens 3 % oppholdt seg i døgninstitusjon (N=116) (Øverås og Fyhn 2006: 72). Til

sammenligning bodde de fleste av ACT-teamet i Mossregionen sine brukere alene, boligsituasjonen var for mange ikke tilfredsstillende da de hadde store problemer når det gjaldt ”å bo” både i forhold til å beholde, å finne en bolig og utfordringer i forhold til hyppige flyttinger. Videre bodde mange av brukerne i kommunale boliger (13 av 20 i 2010), og de vurderte også at en del var i behov av bemannet bolig (i 2010 hadde 2 brukere en slik boligordning) (Pöyry 2011). Lignende tall fra ACT Trondheim (basert på muntlig informasjon, januar 2012) tilsa at av ca 70 brukere bodde få i egen bolig, ca 10 i kommunal bolig med base mens 5-10 var uten fast bolig (UFB). På bakgrunn av de ulike bo-situasjonene vil samarbeidet på tvers av nivå i større eller mindre grad være uunngåelig, og bedring i samhandlingen blir dermed et viktig mål for å sikre at brukerne klarer og nyttiggjøre seg aktuelle tilbud.

Hvis vi ser på hva som tilbys i botiltak psykisk helse, så kan det her oppstå overlappende arbeid (som tidligere nevnt) siden botiltakene arbeider miljøterapeutisk noe som inneholder strukturering av hverdagen, koordinering av tjenestetilbud, veiledning, motivering og hjelp (hvis nødvendig) til praktiske utfordringer. Brukermedvirkning vil derfor være viktig, noe som også er sentralt i ACT, som blant annet har fokus på et *recovery perspektiv*. Dette tydeliggjøres gjennom en revurdering av *Fidelity* skalaen som startet i 2009 ,og ennå ikke er publisert, hvor det ifølge Aakerholt 2011 fokuseres mye tydeligere på brukerperspektiv og recovery tenkning⁸ enn i den opprinnelige utgaven. Med utgangspunkt i denne skalaen viser forskning fra både USA og England at blant annet *recovery* og økt sykdomsforståelse/mestring fremheves som effekter av arbeidet (ibid.).

2.4.2 ACT modellens vektlegging av et Recovery perspektiv

Tidsskrift for psykisk helsearbeid vol. 8 nr. 4 2011 viet hele utgaven til tema recovery, noe som tyder på økt fokus på området. Utgaven retter spesielt blikket mot recovery arbeid i Norden, hvor begrepet begynte å bli kjent for 20 år siden. Recovery forskning fremhever hva brukere som selv har opplevd alvorlig psykisk lidelse mener har ført til bedring for dem. På norsk benyttes recovery begrepet, samtidig som det også kalles for bedringsmestringsperspektiv (Borg og Karlsson 2011).

⁸ ”Recoverybegrepet brukes i denne sammenheng om den prosessen som skal til for å mestre og å tilpasse seg de forhold som er rundt personen, og den vektlegger prosess og brukers subjektive oppfattelse av å ha det bra”(Aakerholt 2011:26).

Alain Topor skrev i 2006 en bok om bedringsprosesser basert på tretti intervjuer (av personer behandlet for psykiske lidelser på institusjon) og fokusgrupper med vektlegging av mestring. Bedring blir i denne boken beskrevet som noe annet enn rehabilitering, hvor det er *”noe som skjer med pasienten, som en følge av de metoder de profesjonelle anvender”* (Topor (2006:18). Bedring skiller seg fra både rehabilitering og helbredelse, da individets egeninnsats og hele mennesket er i fokus til forskjell fra å ha blikket rettet mot ulike symptomer eller funksjon som i større grad er tilfellet for rehabilitering. Dette vil også spille inn i et bedringsperspektiv, men symptomfrihet er ikke en betingelse for bedring (Topor 2006; Borg og Karlsson 2011). Det siste poenget henger sammen med makt, og brukervedvirkning hvor brukeren selv uttaler seg om hvordan liv vedkommende ønsker å ha. Hvor det *”å komme seg betyr å søke mot støttende og håpefulle omgivelser så vel som å finne fram til måter å overkomme hindre og barrierer på”* (Borg og Karlsson 2011: 317-318). Det innebærer ikke fritt spillerom, men makt til og *”påvirke måten livet arter seg på, både for seg selv og andre. For eksempel hvilke medisiner man skal bruke, og i hvilke doser, eller hva innholdet i hjemmebesøket skal være”* (Topor 2006: 18). Bedring utgjør derfor en langvarig prosess som involverer både brukeren selv og vedkommendes nærmiljø og relasjoner. Utvikling er her et sentralt ord, da bedring ifølge Topor ikke innebærer å bli som før, men om å utvikle seg og eventuelt lære å leve med visse symptomer. Eller som William Anthony sier;

det er en måte å leve et tilfredsstillende, forhåpningsfullt og konstruktivt liv på, selv innenfor den begrensende rammen sykdommen skaper. Bedringen krever at man utvikler en ny mening med livet og nye livsmål, samtidig som man legger den mentale sykdommens katastrofale effekter bak seg (som sitert i Topor 2006:18).

I den sammenheng snakkes det om ulike nivåer for bedring, hvor *total bedring* som navnet tilsier innebærer symptomfrihet og beskrives som et normalt liv mens *sosial bedring* er når en person fortsatt opplever symptomer, men de er ikke til hinder på samme måte som før. Her vil det i tilfeller være behov for ulike behandlingsopplegg eller hjelpetjenester (Topor 2006). Han stiller imidlertid spørsmålsteget ved slike målinger og når man skal si at bedringen er komplett, med fare for at det hele blir en eviglang prosess. Opplevelse av *total bedring* vil kanskje for noen være relativt uoppnåelig, for eksempel for de som har utviklet en kronisk psykisk sykdom som ifølge Topor (2006) innebærer angrep på vedkommendes identitet hvor resultatet er forandrede kognitive funksjoner. For disse brukerne vil *sosial bedring* være et godt mål og jobbe opp imot for å bidra til økt livskvalitet.

2.4.2.1 Hva sier forskning om brukeres opplevelser og utbytte av ACT og lignende team?

Siden formålet med samarbeidet er å bidra til at brukeren får et bedre liv, er det sentralt og ha fokus på brukermedvirkning. Min undersøkelse tar ikke for seg hva brukerne mener om samarbeidet, men jeg mener at det allikevel er relevant og belyse erfaringer som har kommet frem gjennom lignende forskning. Dette med tanke på å gi et mer korrekt bilde av hvilke funksjoner de kan fylle for de aktuelle brukerne i min oppgave. Ifølge litteratur er det flere områder brukerne kan profitere på ACT- team, både i forhold til tettere kontakt med profesjonelle som igjen skaper tilgang til de ulike tjenestene i samfunnet, bistand til bolig og redusering av sykehusinnleggelse som til sammen kan gi økt brukertilfredshet (Aakerholt 2011). Dette er gode tanker og mål, men hva sier brukerne selv?

Evalueringen av PART fra Trondheim har et sterkt fokus på brukerne av PART og deres opplevelse, noe som vises gjennom bruk av datainnsamlingsmetoden *bruker spør bruker* hvor det er personer med brukererfaring som gjennomfører dybdeintervjuene (Bjørge og Westerlund 2009). Selv om jeg ikke undersøker brukernes egne opplevelser er noe av hensikten med PART evalueringen relativt lik min undersøkelse, da de også så på hvordan PART sine samarbeidspartnere vurderte teamets funksjon for brukerne og generelt opplevelsen av samarbeidet. Brukere som ble intervjuet hadde hatt kontakt med PART fra tre måneder til to år, og samarbeidspartnere som var representert i evalueringen var Leistad DPS, Trondheim kommune og Østmarka (ibid.). Kort oppsummert viser funnene at brukerne var tilfreds med teamets tilgjengelighet, de opplevdes som fleksible i forhold til avtaler og var ikke så ekstremt opptatt av å sette konkrete målsettinger for brukeren. Dette virket positivt for brukerne da de opplevde at et stort fokus på å sette fremtidige mål førte til stress, og ofte kunne oppleves vanskelig. Det ble også fremhevet at de ikke utelukkende fokuserte på sykdomstegn, men at de så forbi deres symptomer slik at samtalen også kunne dreie seg om hverdagslige hendelser hvor de profesjonelle også delte av sin hverdag (ibid.). Mer inngående resultater fra evalueringen gjengis i større grad senere i oppgaven gjennom en sammenligning med mine resultater.

Evalueringen fra ACT i Mosseregionen fremhever noen av de samme punktene, hvor brukerne fremhever at teamets fleksibilitet og tilgjengelighet utgjør en trygghetsfaktor, de føler seg sett både med tanke på praktiske og emosjonelle utfordringer (Pöyry 2011; Øverås og Fyhn 2006). Forbedringspotensialet ligger etter brukernes mening imidlertid i at de skulle ønske de hadde enda bedre tid og var mer tilgjengelige, til tross for at deres tilgjengelighet

fremheves som god. Når det gjelder konkrete forandringer i livssituasjon varierer svarene, fra å føle mer stabilitet i livet, mulighet til å stå i arbeid som følge av deres oppfølging og reduisering av medisiner. Endringene har altså funnet sted i større eller mindre grad på alle områder; fra psykisk, fysisk, økonomisk, familiære, aktivitet/arbeid og boligrelaterte utfordringer (Pöyry 2011). Evalueringen fra ROP Tøyen har også sett på områder hvor brukerne har følt endring og vurdert dette ut ifra GAF- skår (Global Assesment of Function)⁹. I den sammenheng påpekes at *"mange av pasientene har blant annet stor funksjonssvikt når det gjelder mestring av daglige utfordringer knyttet til bosituasjon og trenger derfor boliger med oppfølging over lang tid"* (Øverås og Fyhn 2006:141). Det var imidlertid ikke nødvendigvis slik at brukernes selv og de ansatte var enige om hvilke områder brukeren hadde størst behov for hjelp. Hvilke områder de ansatte vurderer som mest sentrale å arbeide med kan for øvrig også ha sammenheng med deres egen utdanningsbakgrunn. Alle de nevnte teamene bestod av ansatte med ulike fagbakgrunn. Det at teamet var tverrfaglig sammensatt nevnes ikke som sentral faktor for brukerne ifølge Gerber og Prince (1999), men de vektlegger istedet den mellommenneskelige relasjonen og kontakten de får med hver enkelt (som sitert i Mandelid 2010).

2.5 Bakgrunn for ACT- team i en norsk kontekst

Utviklingen innen psykisk helsevern har gått fra noe som kan betegnes som oppbevaringsasyl på 60- tallet til å fokusere mer på desentralisering av tjenester, tilrettelagte boliger og et syn på psykiske lidelser mer preget av nettverk-, ressurs og mestringsfokus fra 80-90 tallet (Almvik 2000a). Et bio-psyko-sosialt perspektiv ble i større grad vektlagt, hvor den medisinske modellen ikke lenger ble enerådende i psykiatrien. Brukermedvirkning, samarbeid og empowerment vektlegges hvor de profesjonelle ikke har samme "ekspertrolle" som tidligere (Topor 2006).

Psykisk helsevern er bygd opp på gammel, medisinsk tradisjon hvor klare regler og rutiner var rådende praksis. Rusomsorgen derimot har en mye løsere konstruksjon, hvor både personer med lang utdanning og med brukererfaring er sentrale i driften av tiltakene, til forskjell fra psykiatrien hvor det i større grad kan sees et hierarki mellom ansatte (Lunnan 2006). Psykisk helsevern og rusomsorgen er med andre ord to svært forskjellige verdener, og

⁹ GAF- skår måler både funksjon og symptomnivå på en skala fra 1-100, hvor vedkommende har bedre fungering desto høyere de skårer. Målet brukes på sykehus i Norge og *"de fleste dagpasienter viser seg å ha verdier mellom 40-70"* (Øverås og Fyhn 2006:187).

for en pasient med hjelpebehov i begge leir kan dette være vanskelig. Nå fokuseres det imidlertid på å samle rusomsorgen og psykisk helsearbeid. I 2004 kom *Rusreformen* som har bidratt til en forandring på dette feltet og ”gitt psykisk helse-feltet et mye større ansvar når det gjelder rusproblematikk enn før” (Lunnan 2006: 235), ved at rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten noe som førte til at brukerne fikk pasientrettigheter.

Fokus på behandling og samarbeid i psykisk helsearbeid har også forandret seg gjennom fremveksten av miljøterapi og terapeutiske samfunn, hvor arbeid mot felles mål, åpen kommunikasjon og arbeid i miljøet hvor brukeren befinner seg fremheves (Karlsson 2011). Dette kan også ses i sammenheng med den internasjonale utviklingen på 80-tallet med desentralisering av tjenester og at institusjonenes bygges ned. Videre på slutten av 90-tallet økte fokuset på dobbeltdiagnoser. I motsetning til tidligere da rus og psykiatri var mer avskilt, ble blikket nå rettet mot kombinasjonen av disse to områdene samt samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten. Dette ble fulgt opp gjennom flere lovendringer, opptrappingsplanen for psykisk helse som kom i 1999 og i dag samhandlingsreformen som også kan ses i sammenheng med opprettelsen av ACT team (Helse- og omsorgsdepartementet pressemelding 2009).

Viktige bakenforliggende offentlige dokumenter i den sammenheng er *St.meld.nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudet* og *St.prp.nr. 63 (1997-1998) og Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Målet med opptappingsplanen for psykisk helse er økt selvstendighet og mestring av eget liv for psykisk syke mennesker, en styrking av forebyggende arbeid og høyere kvalitet på tjenestene (Rogan 2004; St.meld.nr.63 (1997-1998)). I praksis vil innebære ”å bo, å ha et sosialt fellesskap, om arbeid og sysselsetting, en meningsfylt fritid, trygghet og oppfølging, og om lett tilgang til vanlige helsetjenester” (Rogan 2004:4). For å nå dette målet vektlegges det at samhandling mellom instanser på ulike nivå må bedres, samtidig som mer av tilbudet legges til kommunene (Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 u.d). I henhold til dette er det sentralt at spesialisthelsetjenesten bistår kommunene med råd og veiledning samt praktisk organisering rundt innleggelse av både akutt og planlagt art. Trygghet rundt disse elementene vil være en viktig faktor for et godt samarbeid (Rogan 2004).

Det mest dagsaktuelle er imidlertid samhandlingsreformen, som trådte i kraft januar 2012. I første omgang vil samhandlingsreformen bli gjeldende for somatikken, men den vil også

kunne få betydning for psykisk helsevern da mange av brukerne også har somatiske plager, og fordi det vil bli forandringer i kommunens oppgaver. Samhandlingsreformen skisserer de ulike aktuelle oppgavene for kommunen i to ulike hovedgrupper; *kompetansekrevende funksjoner* som for eksempel kan være tverrfaglige team hvor fokus ligger på økt ”*kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene, forebygge innleggelse, og motvirke at pasienter og pårørende får lang reisevei til sykehus*” (St.meld.nr.46 (2008-2009): 27), i tillegg til økt behandling utenfor sykehusets fire vegger. Andre tiltak blir beskrevet som *administrasjons- og systemoppgaver* som innebærer blant annet folkehelsearbeid¹⁰ og samarbeidsavtaler. Hvor avtalene er tenkt som sentrale samarbeidsverktøy for helseforetakene og kommunene, med tanke på kompetanseutvikling og kunnskapsflyt. Bakgrunnen for reformen bunner i tre ulike utfordringer som reformen søker å løse. Disse består av behovet for koordinerte tjenester som ikke møtes på en god nok måte, hvor spesialisthelsetjenesten har fokus på *medisinsk helbredelse* mens kommunen vektlegger *mestring og funksjonsnivå*. Forebygging er et annet område som det skal satses mer på, blant annet ut ifra et samfunnsøkonomisk perspektiv da *demografisk utvikling og endring i sykdomsbilde* gir utfordringer for velferdsstatens økonomi (St.meld. nr. 47 (2008-2009): 13).

For å møte disse utfordringene skal samhandlingsreformen bidra til større grad av koordinering og kontinuitet i tjenestene. Dette skal gjøres gjennom tydeligere definerte pasientroller, nye arbeidsoppgaver som føres til kommunen blant annet i form av tydeligere fokus på forebygging, samt hjelp i hele sykdomsforløpet ut fra BEON prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). I tillegg vil økonomiske insentiver tas i bruk; *kommunalt medfinansieringsansvar* hvor det blant annet er tenkt at kommunen skal betale deler av sykehusinnleggelse. Begrunnelsen for økte oppgaver til kommunen er blant annet nettopp av økonomiske årsaker, da det oftere er økonomisk gunstigere enn å bruke spesialisthelsetjenester. Samtidig som forebygging og lavterkseltilbud i utgangspunktet foregår på kommunalt nivå på grunn av nærhet til brukerne (St.meld.nr.49 (2008-2009)). Ved å tydeliggjøre oppgavene samt legge mer til kommunen vil det muliggjøre at spesialisthelsetjenesten kan styrke sin spesialiserte kompetanse (ibid.). Disse grepene beskrives som hensiktsmessige på bakgrunn av at ”*hver syvende somatisk sykehusseng i 2007 var belagt med pasienter som enten var utskrivningsklare eller som aldri burde vært på*

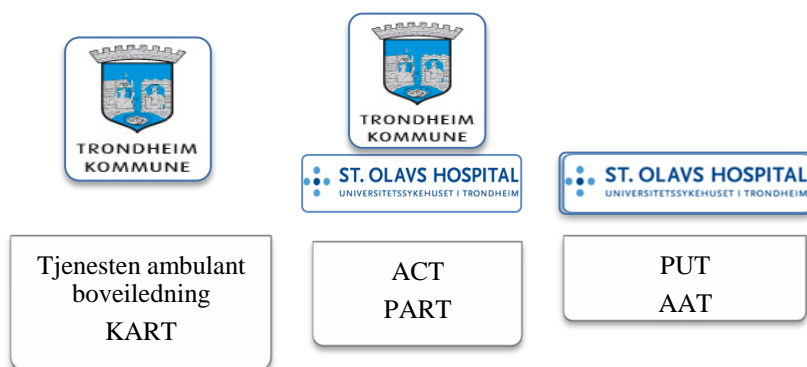
¹⁰ Folkehelsearbeid kan defineres som ”*samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse*” (Helsedirektoratet 2010: 6). Ut ifra denne definisjonen fremheves ikke bare forebygging av sykdom, men også det å arbeide for helsefremming blant befolkningen.

sykehus. Tilsvarende tall for psykisk helsevern er nærmere hver tredje seng” (St.meld.nr.47 (2008-2009): 23). SINTEF sin pasienttelling fra 2007 viser også til at en av tre personer som er innlagt i døgnavdelinger ville hatt mer nytte av andre tilbud for eksempel gjennom DPS eller i kommunen (ifølge St.meld.nr.49 (2008-2009)). Dette er også en bakgrunnsfaktor for at det satses mer på kommunen, samt opprettelse og styrking av ambulante tjenester.

2.5.1 Et mangfold av team

Å arbeide i team er noe det fokuseres mye på, men begrunnelsen kan være ulik. Lauvås og Lauvås (2004:212) fremhever tre ulike begrunnelser som er spesielt fremtredende i litteraturen, nemlig det at teamorganisering kan føre til *økt handlingskapasitet* da ”flere hoder arbeider bedre enn ett”. Samtidig vil dette kunne gi *økt effektivitet* gjennom fordeling og koordinering av arbeidsoppgaver som fører til mer helhetlig arbeidet, noe som gir varige endringer for brukerne som er involvert. Ved å samle kompetansen på et sted blir det færre henvendingspunkter, og ved å utfylle hverandre bidrar teamet til større *potensial*. Det er ikke bare bakgrunnen som kan være ulik men også selve utformingen, organisering og arbeidsområder. Bare i Trondheim eksisterer det seks forskjellige team, med sine målgrupper, arbeidsmetoder og organiseringer (se figur 2, og vedlegg 2 for en utdypende beskrivelse). Å skille de fra hverandre er dermed ikke alltid like lett. I organisering er PART og ACT like ved at de begge er samarbeid mellom to nivå, forskjellen er blant annet at ACT kom i 2009, mens PART (Psykiatrisk Ambulant Rehabiliterings Team) er fra 2005 (PART 2011).

Figur 1. Illustrasjon over de ulike teamenes organisering



Når det gjelder ACT-teamets egne beskrivelser av forskjellen mellom dem, fremheves spesielt at ACT arbeider på kveldstid, de deltar i den nasjonale evalueringen av ACT-modellen (gjennomføres av kompetansesenter rus- region øst, KoRus-Øst, og skal være

ferdig iløpet av 2012) (ACT- team u.d). I tillegg til dette har ACT en tydeligere definert målgruppe (Informasjon om ACT 2010). Når det gjelder selve den praktiske tilnærmingen er forskjellene små. Forskjellen mellom ACT- team og andre lignende team kan ifølge Kolbjørnsrud et. al (2009) knyttes til et forsøk med psykiatrisk akutteam i Telemark hvor resultatene viste at de som benyttet seg av teamet

ikke var personer med de alvorligste psykiske lidelsene i form av psykoser og alvorlige depresjoner. Disse ble innlagt i samme grad som før. De som i størst grad benyttet seg av akutteamet var personer med moderat alvorlige angstlidelser og personlighetsforstyrrelser, gjerne i mellommenneskelige krisesituasjoner (som sitert i Mandelid 2010:340).

Dette bygger opp under det som skal være en styrke med ACT nemlig at de fanger opp de som ikke nødvendigvis søker hjelp selv, noe som også støttes av internasjonal litteratur. Det er altså ulike brukergrupper som profiterer på akutteam og ACT, hvor de som kontakter akutteam gjerne står for kontakten selv. Mandelid (2010) påpeker i den sammenheng at de som kontakter akutteam gjør dette på eget initiativ for å forhindre en forverring, mens brukere som er mer egnet for ACT i en krise situasjon handler motsatt ved at de i stedet for å søke hjelp isolerer seg. Det er imidlertid en debatt i forhold til brukere med schizofreni eller psykoselidelser i forhold til om det er forskjeller i hvor stor nytteverdi hjelpen har ut ifra om brukerne har såkalte positive eller negative symptomer¹¹. Kent og Burns (2005) og Burns og Firn (2002) er av de som mener at brukere med positive symptomer er de som har størst nytte av ACT og at dette i mindre grad hjelper for de med en overvekt av negative symptomer (som sitert i Mandelid 2010: 341).

I møte med nye modeller er det alltid viktig å ha et kritisk blikk, og noe av det som trekkes frem i den sammenheng er implementering av ACT i en norsk kontekst. Bakgrunnen til skepsis rundt dette er at vi allerede har et godt utbygd kommunalt system innen psykisk helsearbeid og fordi *”tjenesten svekkes i takt med generell utbygging av distriktpsikiatriske sentre med rehabiliteringspoliklinikker og krisesenger, samt psykisk helsearbeid i kommunene”* (Mandelid 2010: 339). I den sammenheng tar han opp at det bør vurderes om modellen skal gis lokale tilpasninger hvor det er viktig at medlemmene i teamet er

¹¹ Negative symptomer kan beskrives som karaktertrekk som ”trekkes” fra personligheten som for eksempel isolasjon og tilbaketrekking fra sosial samhandling, mens positive symptomer er noe som ”plusses” på personligheten. Dette kan innebære hallusinasjoner og vrangforestillinger som igjen fører til en unormal atferd (Aakerholt 2011; Bratteteig, Hove og Aakerholt 2008).

kompetente og trygge personer som er i stand til å vurdere når dette er nødvendig. Dette i sammenheng med at teamets identifisering med ACT- modellen vil bidra positivt i praksis (ibid.). I tilknytning til lokale tilpasninger vil dette innebære at teamenes praksis kan variere i ulike deler av Norge. I den sammenheng vil det for øvrig være viktig med mer kunnskap generelt om ACT- modellen fordi det ikke er noen entydige resultater på hva ACT kan tilføre som ikke andre team eller tjenester kan dekke (ibid.). Ifølge evalueringsrapporten av ACT i Mosseregionen (Pöyry 2011), bør heller ikke forskjellene mellom ACT og andre team eller psykiatribehandling overdrives da modellen ikke representerer noe revolusjonerende nytt. Det som imidlertid fremheves som deres styrke er at de;

kan tilby mye tid til kontaktetablering, hyppigere kontakt, praktisk hjelp i dagliglivet, medisin, hjelp til å oppnå sosiale og økonomiske rettigheter, være bindeledd mellom ulike tjenester, skaffe husvære, fortløpende vurdering av mental helse, familiearbeid og kontakt under innleggelser (Mandelid 2010:340).

Deres potensielle rolle som bindeledd fremheves også av Strand (u.d) som mener at det ”*tvinger kommunene til å snakke med sykehuset*”. Grensen mellom første- og andrelinjen blir forsøkt redusert gjennom at opptrappingsplanen gir føringer om økt utadrettet og ambulant virksomhet i DPS’ene (Aakerholt 2011). Som følge av dette ble det opprettet et mangfold av team rundt om i landet. Det første (og frem til 2009) eneste “rendyrkede” ACT teamet i Norge ble opprettet som et samarbeid mellom flere kommuner i Mosseregionen (Moss, Rygge, Råde og Våler) og Sykehuset Østfold HF (ved Moss DPS) (Aakerholt 2011; Pöyry 2011; ACT u.d.). Dette ble først gjort som et forprosjekt fra 2005-2006, deretter som et nasjonalt pilotprosjekt fra 2007-2010 (ACT-team u.d). Trondheim opprettet som sagt ACT-team i 2009 gjennom en samarbeidsavtale mellom Tiller DPS, Rusbehandling Helse-Midt og Trondheim, Klæbu og Melhus kommune (Informasjon om ACT- team 2010). Dette kan ses i tilknytning til at det i 2009 ble øremerket 50 millioner til utprøving av ACT og andre samhandlingsmodeller mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (Aakerholt 2011). Bevilgningene ble blant annet gjort på grunnlag av Sosial- og Helsedirektoratet (2008) sin rapport; *Mennesker med alvorlig psykisk lidelse og behov for særlig tilrettelagte tilbud* (som sitert i Aakerholt 2011), hvor det blant annet kom frem at til tross for arbeid knyttet til opptrappingsplanen var det fortsatt brukere som opplevde mangel på kontinuitet og samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten. I Norge er kompetansesenter rus region øst (KoRus- Øst) og nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) sentrale

aktører i forhold til etablering, opplæring og evaluering av ACT (Aakerholt 2011). Ifølge NAPHA eksisterer det i 2012 14 ACT- team i ulike fylker i Norge (ACT-team u.d).

2.6 Samarbeid som fenomen og teoretisk utgangspunkt

Team arbeid og fokus på oppsøkende arbeid er en positiv trend ut ifra målsettingene om bedre koordinering og helhet i tjenestene som gis. Det at teamene til tross for lignende målsettinger kan ha ulik organisering, ressurser, arbeidsrutiner og oppgaver bidrar til et mangfold som muligens kan oppleves både positivt og negativt. Dette kan ses uavhengig av om du er bruker eller samarbeidspartner da det også vil kunne påvirke samarbeidet på tvers av nivå i praksis. Fordi det gir behov for kunnskap om de ulike teamene og hva som skiller de fra hverandre for å kunne kontakte rett tjeneste for den aktuelle brukeren. Dette vil henge sammen med det tidligere nevnte begrepet gjensidighetskunnskap, som en viktig faktor i et tverretatlig og tverrfaglig samarbeid. For å kunne gi et tydeligere bilde og noen generelle perspektiver på samarbeid, er en definisjonsavklaring nødvendig samt en teoretisk gjennomgang av begrepet samarbeid.

2.6.1 Hva er et godt samarbeid

Samhandling og samarbeid er to ord som kan være vanskelig å skille fra hverandre, og i noen tilfeller oppleves de ensbetydende. I samhandlingsreformen defineres samhandling som et ”uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (St.meld.nr.47 (2008-2009):13). Mens følgende definisjon også poengterer hva som er hensikten, samtidig som det gis en mer praktisk beskrivelse;

samarbeidet innebærer bedre kommunikasjon, felles oppfølging og delt ansvar for pasienten, og tettere personlig kontakt. Denne arbeidsmåten skal sikre at pasienten blir behandlet på riktig nivå og sted og innen riktig tid for å maksimerer utnyttelse av tilgjengelige ressurser (Kunnskapssenteret 2008:19).

For at arbeidet skal oppleves kontinuerlig og gi mening for brukeren er det dermed viktig at første- og andrelinjetjenestene samarbeider godt. Borge (2000) viser i den sammenheng til ulike perspektiver på samarbeid mellom nivåene. *Flerfaglig perspektiv* er det første hvor hver enkelt faggruppe representerer seg selv, slik at hierarkiske strukturer lett kan oppstå da det bidrar til større ”kamp” mellom profesjonene om å vinne frem med sin fagspesifikke kunnskap. Et *tverrfaglig perspektiv* derimot bygger på at de involverte føler et fellesskap

rundt arbeidet og søker konsensus. Hver enkelt representerer alltid sin profesjon, men kunnskap blir skapt gjennom å dele av egen kunnskap og erfaringer med andre. Dermed blir kunnskapen skapt i fellesskap. En utfordring i den sammenheng er faren for overlappende arbeid. For å utvikle et vellykket samarbeid kreves det ifølge Borge (2000) at en også kan bevege seg utenfor sine oppgaver, dermed vil ansvarsfordeling og rolleavklaring være sentrale samarbeidsoppgaver.

Lauvås og Lauvås (2004) deler samarbeid inn i *tverretatlig* og *tverrfaglig* samarbeid, to samarbeidsforhold som begge kan beskrive samarbeidet mellom ACT og botiltak psykisk helse. Forholdet dem imellom er tverretatlig siden de har ulik organisering, i tillegg er det også tverrfaglig da det både i ACT og botiltakene arbeider folk med ulik fagbakgrunn. For å kunne utvikles som team, forankre arbeidet og skape resultater vil også ledelsens rolle være sentral, da det er her rutiner og rammer for samarbeid settes. Dette vil innebære å *”sørge for at teamet fortløpende arbeider mot felles mål, parallelt med at både fagspesifikk og generell kompetanse respekteres og videreutvikles”* (Sosial- og helsedirektoratet 2005:66).

På et mer praktisk plan er det ulike elementer som fremheves som sentrale for opplevelse av et godt samarbeid for de som er involvert. Biong (2011) har skrevet en artikkel om tverretatlig samarbeid, hvor det refereres til flere ulike forskere som fremhever ulike elementer som er sentrale for et godt samarbeid. Her gjengis noen av disse faktorene, som i hans artikkel bygger på artikler skrevet av blant annet Suter et al. (2009), D’Amour et al. (2008), Axelsson og Axelsson (2009). For å få et godt samarbeid er sjenerøsitet, oppmuntring, felles mål og gjensidig støtte mellom de involverte sentralt, samtidig som dette i seg selv krever god kommunikasjon samt tydeliggjøring av roller og ansvarsoppgaver. Dette kan videre ses i sammenheng med rammer for arbeidet og hvor tydelig disse er presentert fra ledelsen. Dermed vil også forholdet til ledelsen være av betydning for det praktiske samarbeidet (Biong 2011). Eksisterer det sikkerhet rundt disse faktorene og opplevelse av å arbeide mot et felles mål vil dette også kunne bidra til å skape trygghet rundt arbeidet og en fellesskapsfølelse. Dette vil være viktige faktorer og arbeide mot både når det gjelder tverrfaglig og tverretatlig samarbeid (Ødegård 2009, som sitert i Biong 2011). Et godt samarbeid henger imidlertid ikke bare sammen med tydeliggjøring av arbeidet fra ledelsen sin side og god kommunikasjon de ansatte i mellom, da personlige egenskaper også kan tenkes å ha betydning. Eksempler på slike egenskaper er ifølge Molyneux (2001), det å vise entusiasme, motivasjon og fleksibilitet (som sitert i Biong 2011). Hvert enkelt medlem i et

team bidrar derfor med sine personlige egenskaper til å avgjøre retningen og utformingen av teamet, for når vi deltar i grupper vil vi påvirkes og påvirke hverandre.

2.6.1.1 Team utvikling

Et team kan ses på som en organisasjon da det er ”*et sosialt system med en bestemt struktur, fastsatte mål og formelle og uformelle maktsentre. Det sosiale systemet gir rammen for samspill og samarbeid mellom de som arbeider der*” (Lauvås og Lauvås 2004: 109). I utviklingen for å bli et team, snakkes det imidlertid om ulike faser som gjennomgås, disse kalles av Tuckmann (1965) for *forming, storming, norming og performing* (som sitert i Lauvås og Lauvås 2004: 214). Mye av den senere litteraturen om dette bygger videre på Tuckmanns inndeling hvor *forming* kan oversettes til etableringsfasen. I denne fasen arbeides det med å utarbeide felles målsettinger, forventninger og sosiale bånd som kanskje er det mest fremtredende i denne fasen. Når medlemmene har blitt bedre kjent beveger de seg over i *storming – realitetsfasen* hvor noen kanskje får en overraskelse, kanskje var ikke arbeidet slik de hadde sett for seg. Rollene innad i teamet blir her tydeligere og faren er at det danner seg ulike grupperinger innad i teamet. Når det i større grad har blitt utviklet en felles enighet rundt de ulike sidene av arbeidet blir teamet mer stabilt og opptrer i større grad som en samlet enhet. Denne fasen er kalt *norming – stabiliseringsfasen*. Den siste fasen det henvises til er *performing- arbeidsfasen*. Her begynner det virkelige arbeidet rettet mot brukerne.

De ulike fasene vil ikke gås nærmere inn på i oppgaven, men jeg ser det som sentralt å ha gjort en kjapp gjennomgang da det er av viktighet for å forstå hvor komplekst et teamsamarbeid er og hvor mange fallgruver som kan oppstå på veien. De ulike fasene følges ikke nødvendigvis lineært, men kan foregå både parallelt og vekselvis ettersom teamet utvikler seg. Dette vil dermed også kunne ha betydning for deres samarbeid med eksterne partnere. I utvikling av et team henviser Haug, Endelund og Aarheim (2004: 255) til ulike elementer det er viktig å fokusere på i et samarbeid. Disse omhandler det å avklare eventuelle uklarheter i forståelse på bakgrunn av ulike fagbakgrunner og kompetanse. Dette vil være aktuelt fordi selv om det arbeides mot samme mål kan ulike grunnutdanninger bidra til at det fokuseres på ulike områder og at det kanskje eksisterer noe ulike forståelser og forskjeller som kan være greit å lufte for hverandre. Dette vil også bidra til å vise interesse for den andres kunnskap, samtidig som det bidrar til å avklare roller, da de løfter frem den enkeltes kunnskaper og synliggjør hva hver enkelt fører inn i et samarbeid. Å respektere hverandre er grunnleggende og avgjørende for at kommunikasjonen skal bli god. Videre fremhever de

felles målsettinger og struktur i forhold til møter og andre samarbeidsredskaper som sentralt for å lykkes.

2.6.2 Ulike typer kompetanse og kunnskap

Lundstøl (1999) deler kunnskap i tre like viktige former for kunnskap; teoretisk, praktisk og erfaringsbasert (som sitert i Karlsson 2011: 62). Ifølge Karlsson (2011) er det viktig å holde fast ved erfaringen fordi den kan bidra til å fremme brukermedvirkning, på bakgrunn av at profesjonelle da viser ”menneskelige sider” som usikkerhet, hvilket vil bidra til å fjerne dem fra ekspertrollen. Dette kan være en utfordring fordi han fremhever videre at ”*jo mer usikre vi blir jo mer øker behovet for kontroll og styring gjennom fastlagte metoder for samarbeid*” (Karlsson 2011: 63). I tilknytning til samarbeid, vil jeg også fremheve en annen type kunnskap som avgjørende for samarbeidets utvikling og praktiske betydning. Den type kunnskap som Danbolt, Kjøsberg og Lien (2010) kaller gjensidighetskunnskap. De definerer gjensidighetskunnskap som det å:

både vite om hverandres kompetanse, systemer, muligheter og begrensninger, men også at man faktisk kjenner til hverandre fordi man har møttes, snakket med hverandre i telefon osv. Kvaliteten ved å kjenne til hverandre blir fremholdt som vesentlig for å lette flyten i samhandlingen, skape gode holdninger og redusere muligheten for misforståelser, urealistiske forventninger eller ansvarsfraskrivelse (Danbolt, Kjøsberg og Lien 2010: 244).

Innenfor rammene av ulike type kunnskap og kompetanse eksisterer også det som kalles taus kunnskap. Ifølge Michael Polanyi er dette en type kunnskap som er vanskelig å beskrive og språkliggjøre, men som bygger på erfaringer og utgjør en viktig dimensjon av den profesjonelles skjønsmessige vurdering (som sitert i Levin 2004)¹². Det er viktig å forsøke å synliggjøre den tause kunnskapen da den inneholder nyttige praktiske erfaringer, og sammen med andre typer kunnskap utgjør beskrivelser og forståelse av praktisk arbeid.

¹² Flere har skrevet om dette fenomenet og for videre lesning anbefales Kjell Sander Johannessen bok *praxis och tyst kunnande* (1999), Bengt Molander sin *kunnskap i handling* (1993/1996) og Donald A. Scöns *educating the reflective practioner* (1987)

KAPITTEL 3. METODISK TILNÆRMING

3.1 Metodisk tilnærming og vitenskapsfilosofisk utgangspunkt

For å belyse min problemstilling har jeg valgt et kvalitativt design, da jeg ønsker å få frem de involvertes synspunkter om temaet. Et godt samarbeid gjøres i handlinger og ikke i ord, derfor valgte jeg å benytte meg av både dybdeintervju og observasjoner som datagenereringsmetode. Dataene vil kunne utdype og supplere hverandre, da det ikke nødvendigvis er all handling som er bevisst, men som utgjør en taus kunnskap. Samtidig som forbedringspotensial og ønskelige forandringer kan være lettere å snakke om i et intervju. I forberedelsesarbeidet til intervjuene og utforming av intervjuguide (vedlegg 3), gjennomføring og analysing (med utgangspunkt i *Grounded theory*) benyttet jeg hovedsakelig bøkene til Creswell (2007) og Kvale & Brinkmann (2009). Når det gjaldt observasjonene var Tjora (2010) og Repstad (2007) til god hjelp for å strukturere inntrykkene, da jeg laget en ”mal” for feltnotatene basert på deres bøker (vedlegg 4).

Siden jeg tar utgangspunkt i informantenes opplevelser og perspektiver er et hermeneutisk fenomenologisk utgangspunkt et nyttig vitenskapsfilosofisk ståsted som muliggjør dette. I en hermeneutisk tilnærming er det å se delene i en helhet viktig, noe som også sammenfaller med sosialt arbeids praksis samt teamsamarbeid, da et samarbeid ikke kan reduseres til det enkelte team men må settes inn i aktuelle rammer. Jeg håper med dette prosjektet å belyse noen nye sider ved samarbeidet, skape bevissthet om dette temaet og fremst av alt se på avstanden/nærheten mellom 1. og 2.linjetjenesten fra de ansattes perspektiv. For å gjøre dette vil jeg derfor se på sammenhenger mellom informantenes svar, samtidig som de blir sett i tilknytning til relevant teori.

Observasjonene ble brukt som supplerende informasjon til intervjuene og for å gi meg et dypere innblikk i ACT sin hverdag, tilnærming og arbeidsmetode da dette var noe jeg ikke hadde fra før av. Tilnærmingen ble derfor abduktiv, som vil si at man ”*starter fra empirien (som induksjon), men aksepterer betydningen av teorier og perspektiver i forkant og /eller i løpet av forskningsprosessen*” (Tjora 2010:191). Intervjuguiden kan dermed ses som et viktig redskap for den kunnskapen som fremkommer, da denne kunnskapen er ”*produsert, relasjonell, samtalebasert, kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk*” (Kvale og Brinkmann 2009:72). Kunnskap er altså noe som skapes i selve intervjusituasjonen ut ifra de

spørsmål og svar som utveksles, og er derfor relasjonell og samtalebasert. Med utgangspunkt i hermeneutikken kan ikke intervjuet ses på som isolert, men som del av en større helhet hvor det er flere faktorer som kan spille inn på den kunnskapen som fremkommer, blant annet i form av sted, tidspunkt og relasjon mellom intervjuer og informant. I mitt tilfelle ble prosjektet gjennomført både på en kjent og en ukjent arena noe som gjorde at refleksjoner rundt forskning på egen praksis til dels var relevant.

3.1.1 Hermeneutisk fenomenologi som grunnleggende forståelse

Fenomenologi stammer fra Edmund Husserl, men har siden dets opprinnelse (ca. 1900) blitt videreutviklet av flere som blant annet Martin Heidegger, Jean Paul Sartre og Maurice Merleau Ponty (Kvale og Brinkmann 2009). Det kan også skilles i to ulike retninger; transcendental fenomenologi (Edmund Husserl) og hermeneutisk fenomenologi (Martin Heidegger og deretter videre av Hans- Georg Gadamer), hvor sistnevnte vil benyttes. Fenomenologi retter blikket mot personers opplevelse av gitte fenomen. Her er det enkelt personen som er i fokus for fortolkningen hvor forskeren etterstreber forståelse av informantens virkelighetsopplevelse, vedkommendes livsverden (ibid.). Fenomenologien retter ofte blikket mot det som tas for gitt og utforsker disse fenomenene nærmere (Lavery 2003). I den forbindelse er *bracketing* sentralt hvor forskeren ”bryter ned” fenomenet for å kunne se essensen. I den sammenheng er det viktig å identifisere egen forforståelse for deretter å legge den tilside, fordi forforståelsen kan forstyrre arbeidet med å identifisere fenomenets virkelige essens (ibid.).

Her skiller de to retningene lag ved at hermeneutisk fenomenologi vektlegger denne forforståelsen som tas inn i refleksjonen i motsetning til å legges vekk (Creswell 2007; Lavery 2003). Heidegger vektlegger i større grad enn Husserl personers bakgrunn og historie som en del av deres virkelighetsforståelse og at konteksten vi er født inn i derfor ikke kan ses separat fra vår forståelse (Lavery 2003). Jeg er av den oppfatning at min egen rolle og mine forforståelser må reflekteres over og løftes frem, da jeg i likhet med et hermeneutisk fenomenologisk perspektiv mener at forforståelsen alltid vil være en del av oss. Derfor falt også mitt valg av vitenskapsfilosofisk utgangspunkt på hermeneutisk fenomenologi.

De to ulike fenomenologiske retningene er enige om målet med forskningen, altså å utforske *lived experiences* men fokuset er forskjellig (ibid.). Forskjellene viser seg når det gjelder metodologi, epistemologi og ontologi. “Husserl focused more on the epistemological

question of the relationship between the knower and the object of study, Heidegger moved to the ontological question of the nature of reality and 'Being' in the world" (Lavery 2003: 26-27). På bakgrunn av at Heidegger i motsetning til Husserls ikke skilte ut menneskets historie og kontekst fra fortolkningen, men så det som to sider av samme sak, mente han at *bracketing* ikke var mulig (ibid.). Når det gjelder forskning så er;

Phenomenological research descriptive and focuses on the structure of experience, the organizing principles that give form and meaning to the life world (...) Hermeneutic research is interpretive and concentrated on historical meanings of experience and their developmental and cumulative effects on individual and social levels (...) Hermeneutic phenomenology (...) focuses on meaning that arises from the interpretive interaction between historically produced texts and the reader (Lavery 2003:27-28).

Hermeneutikken handler videre om at det ikke finnes en virkelighet, men at virkeligheten forstås ut ifra den konteksten den fortolkes i. For å tolke omgivelsene vektlegger hermeneutikken dermed at det skapes et helhetsbilde ved at en beveger seg mellom å se på delene og helheten, noe som utgjør den hermeneutiske sirkel (Gilje og Grimen 1993; Kvale og Brinkmann 2009). Sirkelen innebærer å se på hva som formidles gjennom å ta forforståelsen, det som kommuniseres og konteksten i betraktning. For å gjøre dette må forskeren bevege seg mellom delene og helheten (Gilje og Grimen 1993).

I denne oppgaven vil et hermeneutisk utgangspunkt si å forsøke og forstå hva intervjuene formidler, eller nærmere sagt de transkriberte intervjuetekstene. I den forbindelse snakkes det om fortolkninger av ulike grader, hvor første grad innebærer *"at forskeren fortolker hva som hender, i kraft av at hun eller han selv deltar"* (Fangen 2004:170-172 som sitert i Thagaard 2009:39). Å bevege seg til fortolkninger av annen grad vil si å søke en dypere forståelse for hvordan betydning dette har. *"Vi fortolker informantenes fortolkning av sin situasjon"* (Thagaard 2009:39). Ved å se på transkripsjoner vil en derfor fortolke en verden som allerede er fortolket, noe som også kalles for dobbel hermeneutikk (ibid.). Tredje grads fortolkning er *"forskerens tolkninger av handlinger ut fra teorier som fremhever handlingens skjulte eller underliggende betydning"* (Thagaard 2009:41). For å kunne ta forforståelsen i betraktning og fortolke fenomenet i søken etter det essensielle i den levde erfaringen fremhever Heidegger den hermeneutiske sirkel som fremgangsmåte (Lavery 2003). Dette sammenfaller også godt

med bruk av *grounded theory* som analyseredskap da det går fra å se på detaljer til å se helheten i det som vektlegges av informantene selv. Slik vil også deres virkelighetsforståelse komme frem, samtidig som bruk av hermeneutisk fenomenologi tillater meg å reflektere over hvordan min egen rolle og forforståelse kan innvirke på resultatene. Noe som bringer meg over til utfordringene og etiske problemstillinger tilknyttet undersøkelsen.

3.1.2 Etiske problemstillinger og utfordringer

Prosjektet er meldt til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste) (vedlegg 6), og deltagelse er frivillig noe informantene er informert om gjennom et informasjonsskriv samtidig som de har undertegnet en skriftlig samtykke erklæring (vedlegg 5). For å kunne gjennomføre observasjonene mine måtte jeg også sende inn en søknad til REK (regional etisk komite) for å få dispensasjon fra taushetsplikten (vedlegg 7). Etter en spørsmålsrunde med REK angående hva dette ville innebære og samtale med ACT for å videreformidle dette sendte jeg deretter inn en søknad. Den ekstra ventetiden under behandlingen av søknaden førte til at observasjonene fant sted en stund etter at intervjuene var gjennomført.

Under arbeidet med søknadene til både NSD og REK dukket ulike etiske problemstillinger og utfordringer opp. Jeg mener at prosjektet ikke har noen negative konsekvenser for informantene, og håper at deltagelsen har bidratt til å gi dem noen nye perspektiver på egen praksis. På bakgrunn av at det å få muligheten til å diskutere utfordringer og gleder i arbeidet kan bidra til å se jobben i et nytt lys. Med tanke på at jeg tok utgangspunkt i mitt daværende arbeidssted var ikke dette helt uproblematisk da deres svar kanskje var farget av dette. Forskning på egen praksis var derfor en utfordring jeg på forhånd reflekterte over, i tilknytning til min egen rolle. Det var her de største etiske problemstillingene lå da prosjektet mitt ikke inneholdt sensitive opplysninger om eventuelle tredjeparter, og temaet i seg selv er i utgangspunktet heller ikke et sårbart tema. På en annen side kan teamarbeid og samarbeid med eksterne partnere også by på personlige utfordringer og ubehagelige opplevelser som det er viktig å ta på alvor og være klar over. Dette gjaldt også for min del da det i en intervjusituasjon kan være personlige grunner for at informantene kanskje er selektive i hvilken informasjon de gir fra seg. Det var derfor viktig å være tydelig på konfidensialitet og bruk av informasjonen, spesielt i forhold til ACT-teamet som består av få personer og dermed er ganske gjennomsiktig. Derfor fikk leder av teamet tilsendt retningslinjer for oppbevaring av data i tillegg til at vi hadde et møte hvor dette var et av temaene som ble diskutert. Dette er også grunnen til at det ikke gis en inngående beskrivelse av mine informanter i resultatdelen,

hvor verken kjønn, ansettelsesforhold i ACT, alder eller spesifikt yrke er gjengitt. Informantenes sitater blir kun skilt fra hverandre med henvisning til om de arbeider i ACT eller i botiltak psykisk helse. Alle informantene ble informert om sin rett til å trekke seg når som helst i prosessen, gi beskjed underveis hvis de ønsket at deler av intervjuet ikke skulle bli gjengitt (noe det var flere som benyttet seg av) og de ble tilbudt å lese igjennom eventuelle sitater før publisering av oppgaven (flere ønsket dette). Sitatene som benyttes er dermed kvalitetssikret av informantene selv. Årsaken til dette var å sikre konfidensialitet, krav om frivillig deltagelse, informert samtykke, forsvarlig oppbevaring og formidling av data med tanke på personvern (anonymisering/avidentifisering) i henhold til NESH (Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi, se www.etikkom.no).

3.1.2.1 Refleksjoner rundt forskning på egen praksis

Siden deler av undersøkelsen foregikk på kjente arenaer, visste også noen av informantene allerede hvem jeg var, men siden dette ikke gjaldt for alle krevdes det en nærmere forklaring av min rolle og agenda. Dette ble klargjort på forhånd for alle uavhengig av tidligere kjennskap for å unngå misforståelser. Det å forske på egen praksis kan gi både fordeler og ulemper, som det er viktig å reflektere over i forkant og etterkant. Ifølge Nielsen og Repstad (2004) kan noen av fordelene med å forske på egen praksis handle om en grunnleggende drivkraft og engasjement som kommer fra praksis. Elementer som vekker interesse og danner bakgrunn for ønske om å gjennomføre en undersøkelsen kan være en styrke. I mitt tilfelle var dette en av årsakene til selve oppgaven da min egen praksis var årsak til interesse for dette tema. Det å forske på eget arbeidssted er også positivt i forhold til å ha kjennskap til organisasjonens ”språk”, det er tidsbesparende i forhold til å allerede ha kunnskaper om organisering, de utfordringer som kan oppstå i hverdagen og hvordan arbeidsmiljøet er generelt. Det kan også være tidsbesparende fordi det er lettere å komme i kontakt med de rette personene. Dette var en stor fordel for min del da jeg ikke opplevde noen store utfordringer i selve informant søkingen eller det å finne rette personer og kontakte. De jeg involverte i denne prosessen var veldig positive og behjelpelige, og jeg fikk flere informanter enn jeg i utgangspunktet hadde tenkt.

Dette var også tilfelle for observasjonene, da jeg fikk veldig frie tøyler i forhold til mengde og innhold. Jeg var først i tvil om jeg skulle satse på observasjoner eller ikke da selve prosessen med å få det godkjent tok tid. I ettertid er jeg glad for at jeg gjorde dette fordi jeg opplevde det som utelukkende positivt og en stor informasjonskilde, som bidro til å gi meg et

mer helhetlig bilde. Det var også viktig fordi selv om jeg arbeidet i enheten innebar ikke min stilling så mye kontakt med ACT slik at kunnskapen min om deres arbeid i utgangspunktet ikke var så stor. Dette i kombinasjon med at jeg fikk informanter fra ulike botiltak bidro etter min mening til å skape mer balanse og bredde i svarene jeg fikk i intervjuene. Observasjonene bidro slik også til at jeg unngikk å stole for mye på mine antagelser, som gjorde at jeg ikke var redd for å stille ”dumme spørsmål”. Videre vil dermed også faren for at analyseringen forsterker mine egne antagelser reduseres. Nielsen og Repstad (2004) påpeker i den sammenheng at fordelene tilknyttet forskning på egen arbeidsplass er korrelert med ansiennitet, hvilket for mitt tilfelle vil si at fordelene og muligens også ulempene er av relativt liten karakter fordi jeg arbeidet der i en deltidsstilling over ett år.

3.2 Fremgangsmåte for datainnsamling

Datamaterialet består av til sammen ni semistrukturerte intervju, 27 timer observasjon av ACT-teamet sin hverdag og deltagelse på nettverkssamling for hele landets ACT- team, hvor jeg deltok på en av to dager (Gardermoen, 24-25 januar 2012). Antall intervju gav til en viss grad en metning da mye av de samme temaene ble gjentatt uten noe særlig ny informasjon, så jeg vil vurdere utvalgsstørrelsen som god, oppgavens omfang tatt i betraktning. For å skaffe informanter ble informasjonsskriv sendt ut til alle fagkoordinatorerne i botiltak psykisk helse, gjennom enhetsleder. Fordelen med dette var at informantene da ble tilfeldig valgt uten innblanding fra meg. Dette resulterte i noen få intervju, jeg tok derfor kontakt med enhetsleder igjen med forespørsel om selv å få kontakte fagkoordinatorerne noe som jeg fikk lov til. Deretter sendte jeg ut en ny fellesmail, som gav ytterligere noen intervju mens de siste kom etter direkte forespørsel fra min side til personer som allerede var kjent for meg. Når det gjaldt ACT-teamet ble leder kontaktet, hvor vi avtalte et møte hvor jeg informerte om oppgaven. Informantene fra ACT ble mer eller mindre bestemt i plenum av teamet selv. Observasjonstid og innhold ble avtalt sammen med leder for ACT og merkantil og ble gjennomført i månedsskiftet januar- februar 2012, mens intervjuene var gjennomført før utgangen av desember 2011. Ulempen med å gjøre det i denne rekkefølgen er at jeg ubevisst kan se etter atferd som bekrefter eller avkrefter det informantene fortalte om eget arbeid og samarbeid i intervjuene. Men på en annen side var det interessant å ha gjennomført intervjuene først fordi det gav en pekepinn på hva jeg kunne se etter, da jeg ikke visste så mye om deres arbeid fra før var det godt å få utdypende informasjon om det rent praktiske i intervjusituasjonen. Det å ha intervjuene først gav også fordeler i form av mulighet til å

observere om praksis stemte overens med inntrykket informantene gav i intervjunene, i forhold til hvordan de beskrev egen atferd. Med tanke på at vi kan forandre atferd avhengig av hvem vi samhandler med, og i forhold til at overordnet tema for oppgaven er samarbeid. Noe som best kan ses gjennom direkte handling og ikke muntlige beskrivelser, samtidig som observasjonene kan si noe om trygghet i gruppen og følelse av tilhørighet.

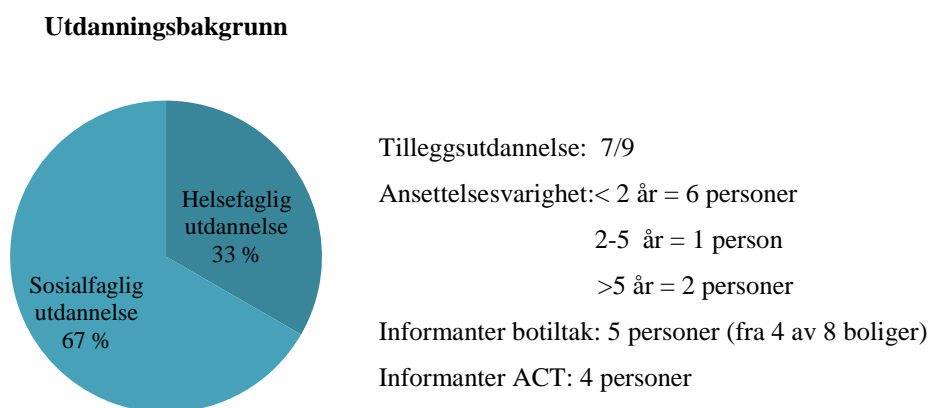
3.2.1 Utvalg

Når det gjaldt valg av informanter satte jeg som kriterium at ansatte i botiltakene måtte ha noe kjennskap til ACT, men spesifiserte ikke hvor inngående dette måtte være. Bakgrunnen for dette var at jeg ønsket å få en bredde i deres opplevelse av ACT og få et mer representativt bilde av hvordan kunnskap som fantes i botiltakene om ACT sitt arbeid. Det var også en fordel at de hadde stor stillingsprosent og hadde arbeidet i enheten en stund. Som beskrevet ovenfor kan mitt utvalgt derfor sies å være strategisk, da informantene *”har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens perspektiver”* (Thagaard 2009:55). For å sikre at informantene gav utdypende kunnskap om mitt tema, ble noen kriterier stilt i forhold til utvelgelse, samtidig som tilgjengelighet var sentralt for hvem som deltok, utvalget var derfor et tilgjengelighetsutvalg/convenience sample (ibid.). I den sammenheng ble *snøballmetoden* forsøkt, ved at noen av informantene mine oppfordret meg til å snakke med spesifikke personer som hadde god kunnskap om mitt tema. I tilfeller hvor disse var personer jeg visste hvem var, tok jeg selv kontakt. Ellers ble informantene oppmuntret til å spre informasjon om undersøkelsen min til aktuelle informanter.

Det at de ble spurt direkte kan gjøre det vanskeligere og si nei, samtidig som personlig kjennskap kan gjøre situasjonen mer avskrekkende. Figur 3. gir en samlet beskrivelse av informantenes bakgrunn i tillegg til eventuelle videreutdanninger, ansettelsesvarighet og hvor de kommer fra. Dette kan være interessant med tanke på at det sier noe om hvem som er involvert i det tverrfaglige arbeidet og om hovedvekten ligger på sosialfaglig eller helsefaglig¹³ bakgrunn. Figuren viser at det er en overvekt av ansatte med sosialfaglig bakgrunn, og at hele 63 % hadde en form for videreutdanning og 54 % hadde vært ansatt i over 2 år. De fem informantene fra botiltakene representerte tilsammen 50 % av botiltakene i enheten.

¹³ Sosialfaglig inkluderer følgende yrker: sosionom, vernepleier, barnevernspedagog mens helsefaglig vil si: sykepleier, lege, psykolog.

Figur 3. Deskriptiv statistikk for utvalg



3.2.2 Intervju

Jeg gjennomførte til sammen ni intervju, et mer enn jeg i utgangspunktet hadde planlagt. Intervjuene foregikk på dagtid, enten på informantenes arbeidssted, eller i disponible lokaler (dette gjaldt for ACT da deres hovedlokale lå litt avsidesliggende slik at det av transportmessige årsaker var mer hensiktsmessig og gjennomføre intervjuene i andre lokaler), samt et intervju hjemme hos en informant. Det var generelt få avbrytelser underveis, men noen intervju hadde avbrytelser i form av telefoner eller kollegaer som banket på døren. Intervjuene fant sted i tidsperiode 16.oktober - 16 desember og ble etter samtykke tatt opp på båndopptaker og senere transkribert. Her ble informantenes dialekt fjernet, deres yrke ble referert til som enten sosialfaglig eller helsefaglig, navn, kjønn og alder ble også fjernet samtidig som deres arbeidsplass ble gitt ulike koder for å avpersonifisere informantene med tanke på krav om konfidensialitet. X ble kode for ansatte i botiltak , mens ACT medlemmene fikk kode Y (det ble ikke skilt mellom kommunalt og statlig ansatte av identifiserings årsaker). Transkripsjonene har fulgt samme mal, og er inspirert av Kvale og Brinkmann (2009) og Thagaard (2009)¹⁴.

Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av to ulike semistrukturert intervjuguider, en for ansatte i botiltak og en for ACT- teamet, da jeg så det som hensiktsmessig å stille litt ulike spørsmål for å få svar på problemstillingene mine og få frem ulike vinklinger. Også med tanke på at deres arbeid er forskjellig, og at jeg selv ikke har noen erfaring fra ACT.

¹⁴ Transkriberingskoder; ORD, hvor informanten tydelig vektlegger noe mens mine tolkninger av dette blir markert slik ord. () vil si at det var vanskelig å oppfatte hva informanten sa gjennom lydopptaket, mens (...) angir pauser. Er det kun ... vil det si at informanten skifter tankestrøm underveis i en setning. Der det er sentralt markerer (()) mine tolkninger av informantens kroppsspråk.

Intervjuguidene skilte seg fra hverandre med at intervjuguiden for ACT inneholdt mer spesifikke spørsmål som kan knyttes til helsefremming, kompetanseutvikling og internt samarbeid. Grunnen til dette var først og fremst at ACT arbeider mer teamfokustert og at det derfor var naturlig med spørsmål tilknyttet dette. I den sammenheng benyttes kompetanseutvikling som et oppfølgingsspørsmål i forhold til hvordan de utvikler seg som team. Det første spørsmålet ”Hva tiltrakk deg med ACT? Hva gjorde at du fikk lyst til å arbeide der?” kan ses i forhold til helsefremming på bakgrunn av at arbeidsglede og ”drivkraft” kan bidra til å redusere faren for utbrenthet. Dette var umiddelbart ikke en bevisst tanke da intervjuguiden ble utformet, men sammenhengen ble tydelig både gjennom intervju og observasjoner. Ideen bak spørsmålet var opprinnelig mer en generell interesse for hvorfor de ønsker å jobbe i ACT og om team medlemmene hadde spesielle årsaker for at de ønsker å arbeide i teamet på bakgrunn av at arbeidet bygger på en spesifikk arbeidsmodell. Intervjuguidene ble noe forandret underveis i prosessen etter refleksjoner fra informantene selv, blant annet da noen viste interesse rundt hva den andre parten tenkte om deres kompetanse og kunnskap. Det at oppgaven tok en litt annen retning enn det som var tenkt på forhånd viser at oppgaven er induktiv og dermed også passer med bruk av grounded theory.

Oppsettet av spørsmål i intervjuguidene bygger på Tjora (2010) sin inndeling av et intervju i tre faser, hvor de første spørsmålene beskrives som oppvarmingsspørsmål (tema 1), ved konkrete og lette spørsmål som bidrar til å skape trygghet. Deretter følger refleksjonsspørsmål (tema 2 og 3) som utgjør intervjuets hoveddel, hvor spørsmålene også gjerne består av oppfølgingsspørsmål. I den sammenheng gav Kvale og Brinkmann (2009) sine beskrivelser av ulike typer spørsmål nyttige vinklinger i utforming av selve intervjuguiden. Til slutt brukes avrundings spørsmål som bidrar til å avslutte intervjuet på en naturlig måte. Spørsmålene ble dermed delt inn i ulike tema, med relaterte spørsmål samt oppfølgingsspørsmål der det var hensiktsmessig. Dette for at intervjuet skulle få struktur og oppleves sammenhengende og så naturlig som mulig for informanten.

3.2.3 Observasjon

Observasjonene ble gjennomført i månedsskifte januar- februar 2012 spredt over en vanlig arbeidsuke. Vi ble sammen enige om at det å følge teamet en hel uke ville gi et inntrykk av hvordan en arbeidsuke kan være, det ville gi et mer helhetlig og riktig bilde enn hvis vi hadde valgt spredte observasjonsdager. Samtidig som det var hensiktsmessig siden jeg på observasjonstidspunktet hadde flyttet til Oslo. Ved å følge dem en hel uke fikk jeg også se

hvor raskt avtaler kan endres eller dukke opp, samtidig som det var gunstig i forhold til at de har faste møteavtaler på ulike dager. Oppsummert inneholdt observasjonene; fem planlagte treffpunkter med ulike botiltak hvorav to ble avlyst, pluss et hvor det ble vurdert at det ikke passet at jeg var med. Jeg observerte derfor i realiteten tre møter med ulike botiltak. I løpet av uken var det også en del telefon kontakt med ulike botiltak slik at det etter min mening er mye kontakt mellom de to samarbeidspartnerne. Jeg fikk også et generelt inntrykk av at de ofte var i kontakt med hverandre i forhold til ulike henvisninger. Både tilknyttet brukerne og de ansatte, hvor det blant annet kom en henvisning under observasjonsuken med ønske om undervisning for ekstravakter i en av boligene, for å øke kompetansen rundt brukernes problematikk. Videre observerte jeg et internt planleggingsmøte, to morgenmøter, internt behandlingsmøte og samarbeidsmøte med DPS. Dette samt tid tilbrakt i lokalet utgjør til sammen 27 timer med observasjoner.

Alle refleksjoner ble skrevet ned innen sammen dag og relatert til to forutbestemte temaer tilknyttet en ”observasjonmal” som jeg hadde laget på forhånd for å gjøre arbeidet med å sortere relevante inntrykk lettere (vedlegg 4). Denne malen ble inspirert av Tjora (2010). Tema 1. for observasjon hadde fokus på kontakthypighet, hvor og hvordan var møtepunktene. Under dette tema ble alle eksterne møter plassert, mens i tema 2. (som omhandler samarbeidsklime) plasserte jeg observasjonene fra de interne møtene. Dette var for å tydeliggjøre hvor mye kontakt det faktisk var mellom botiltak psykisk helse og ACT. Og for muligens å kunne se en forbindelse mellom internt og eksternt samarbeid. Det var tenkt at jeg skulle bidra med et tema til diskusjon til et av de interne møtene, men denne planen ble forandret etterhvert, noe jeg vil gå nærmere inn på i resultatdelen. Alt i alt har jeg etter min mening fått deltatt på utrolig mye, både interne møter og treffpunkter med både botiltak psykisk helse og andre instanser fra spesialisthelsetjenesten. Jeg har vært med ulike teammedlemmer noe som har gjort at jeg har fått et mer helhetlig inntrykk av teamet og fått ulike perspektiver samt at jeg fikk sitte i lokalet deres og arbeide med oppgaven min. I forhold til det Tjora (2010) beskriver som observasjonsmodi vil jeg si at mine observasjonsnotater bærer preg av å være en blanding av beskrivelser og tolkninger hvor jeg reflekterer over det jeg mener å ha observert.

Når det gjelder observasjon og bruk av feltnotat som data, er det sentralt å starte med hvorfor observasjon er relevant og hva det blir fokusert på. Eller sagt med andre ord, hva skal måles og hvordan? I forhold til å observere samarbeidet både internt og eksternt for å kunne si noe

om ACT sin funksjon for botiltakene og omvendt er det;

en vanlig tilnærming å si at koordinering krever at informasjon flyter mellom partene. Når informasjonsutveksling forekommer, øker også sannsynligheten for at koordinering skjer. Dette er en vanlig målestrategi, noe som ofte fører til at man teller antall kontakter, brevutvekslinger, møter og lignende (Jacobsen 2004:211).

Jeg førte ikke noe statistikk over dette men lot meg merke i hvor ofte og hvordan kommunikasjonen mellom de ulike partene forekom og oppstod samt konteksten rundt disse. Jacobsen (2004:214) skiller strategier for vurderinger i objektive og subjektive, hvor førstnevnte *”ikke baserer sin informasjon på utsagn eller annen informasjon fra individer”*. Her vil altså dokumenter være sentralt materiale. Faren vil her være at ting ser bra ut på papiret, men fungerer på en annen måte i virkeligheten. I mitt tilfelle var relevante dokumenter samarbeidsavtaler, journaler, notat, kriseplaner og styringsdokumenter. Samarbeidsavtalen og kriseplaner var i denne sammenheng de mest relevante dokumentene og gjennom tillatelse fra enhetsleder fikk jeg lese samarbeidsavtalen mellom botiltak psykisk helse og ACT. Kriseplaner ble beskrevet av informantene samt egen kjennskap fra praksis. Av subjektive strategier regnes intervju eller generelt kommentarer og utsagn fra de som observeres. Observasjon ses også av Jacobsen (2004) som en objektiv strategi i den form av at den faktiske atferden og samhandlingen er i fokus.

3.2.3.1 Interaksjonsbeskrivelser tillknyttet observasjonene

Når det gjelder observasjon var dette kun hos ACT- teamet, hvor min rolle kan kalles interaktiv/deltakende observatør. Denne rollen kan beskrives som *”i første omgang en ren observatør uten andre oppgaver, men kan inngå i ulike former for interaksjon ad hoc med dem man observerer for å begrense unaturligheten ved den passive observasjonsrollen”* (Tjora (2010: 47). Dette fordi jeg ikke direkte deltok med meninger underveis i møtene jeg observerte, men allikevel var aktiv på ulike måter. Blant annet en samtale hvor den andre deltakeren var en person jeg kjente fra tidligere, hvor det å ikke delta virket unormalt også siden medlemmet fra ACT som jeg var sammen med direkte inviterte meg med i samtalen. Her var det altså en tydelig forskningseffekt da møtet ble annerledes på grunn av at jeg var tilstede (Tjora 2010). Andre tilfeller tilsa ikke en like klar forskningseffekt, men muligens et snev av det da mine observasjonserfaringer og inntrykk ofte ble etterspurt etter møtene jeg deltok på. Her var min rolle aktiv da jeg delte noe av det jeg hadde erfart. Det kan

argumenteres for at dette var uttrykk for en forskningseffekt, samtidig kan det bare være ren nysgjerrighet. Slik jeg opplevde det gav det mulighet for å kvalitetssikre mine observasjoner da det ofte utviklet seg videre diskusjoner eller en form for debriefing hvor informantene delte av sine egne opplevelser av hvordan det var å sitte i de enkelte møtene.

Dette gav nyttig, supplerende eller bekreftende informasjon til det jeg selv hadde erfart og observert. En artig erfaring som gav mye inntrykk av deres praksis skjedde ved en uheldig tilfældighet da et av medlemmene hadde skadet hånden sin og på grunn av at de andre hadde ulike avtaler ble jeg spurt om å være med som sjåfør. Dette gav et godt inntrykk av deres hverdag, da jeg fikk være med å kjøre rundt til ulike avtaler. I andre situasjoner var rollen min passiv, slik at rollen jeg tok/fikk under observasjonene var veldig forskjellige avhengig av settingen. Etter observasjonsuken satt jeg igjen med noe som føltes som en uoverkommelig mengde data som skulle analyseres. Jeg brukte derfor tid på å se på ulike fremgangsmåter før jeg bestemte meg for en metode jeg følte bidro til å skape orden i kaoset.

3.2.4 Analyseverktøy: Grounded theory og Nvivo9

Grounded theory ble utviklet i 1967 av Barney Glaser og Anselm Strauss (Creswell 2007). Siden den gang har det utviklet seg ulike retninger, hvor Strauss og Corbin står for den ene retningen som ifølge Creswell (2007) kalles for systematisk prosedyre mens den andre retningen knyttes til Charmaz og er en konstruktivistisk retning. I denne oppgaven tas det utgangspunkt i Strauss og Corbin da den gir detaljerte beskrivelser av fremgangsmåten for analysering av data, som er mest aktuell for min del da jeg ikke følger metoden helt ut. Med bakgrunn i en hermeneutisk fenomenologisk forståelse passer også denne metoden godt da den tar sikte på en kontinuerlig analysering hvor man beveger seg frem og tilbake mellom helheten og de ulike delene. Metoden ble brukt til å analysere de transkriberte intervjuene, mens observasjonsnotatene ble sett i forhold til resultatene/kodene som fremkom underveis. Kodene som ble brukt i analyseringen, *open, axial og selective –coding* (som er de ulike fasene av analyseringen i grounded theory) var datastyrte da de ble utformet etter hva informantene sa i selve intervjuet (Kvale og Brinkmann 2009). Når jeg startet fasen med *open coding* tok jeg utgangspunkt i spørsmålene i intervjuguiden i utformingen av koder, men disse ble supplert eller forandret på underveis i gjennomlesningen alt ettersom hva som kom frem av kunnskap. Slik ble kodene etter hvert omformet til å passe informantenes perspektiver og synspunkter (vedlegg 8). Undersøkelsen følger derimot ikke helt hva teorien sier i forhold til informanter da en ”ren” grounded theory undersøkelse gjerne har et stort

antall informanter, noe tidsrammen for oppgaven ikke tillot. Til tross for dette føler jeg allikevel at dataene etter hvert nådde en form for *saturation* (metningspunkt), da det som sagt etterhvert ikke kom frem så mye nytt.

Grounded theory som utgangspunkt for analyseringsprosessen passer godt da teorien ikke var helt endelig før etter datainnsamlingen, og fordi jeg underveis forkastet noe av det jeg på forhånd hadde satt som teoretisk utgangspunkt. Samtidig som jeg supplerte med andre perspektiver. Grounded theory gir en god og strukturert måte å synliggjøre og øke bevissthet rundt omkringliggende faktorer som kan påvirke resultatet, noe som vil være sentralt i forhold til å kunne reflektere rundt hvordan de involverte partene opplever samarbeidet, hva som fører til opplevelsen og utfallet av det. Grounded theory blir imidlertid ikke brukt helt ut i rendyrket form da den i utgangspunktet tar sikte på å frembringe ny teori (Creswell 2007), mens min undersøkelse er gjort i håp om å bidra til å gi ulike perspektiver på praksis, se sammenhenger og beskrive prosesser. Derfor ble de ulike fasene i analyseringsprosessen brukt aktivt, i kombinasjon med analyseringsverktøyet Nvivo 9.

3.2.4.1 De ulike kode fasene og opplevelse av analyseringsprosessen

Den første fasen i grounded theory kalles open coding, hvor det ikke blir lagt noe begrensninger på antall koder eller kategorier. Etter første gjennomgang la jeg notatene fra meg en periode, før jeg fortsatte med axial coding og forsøkte å se sammenhenger mellom de ulike kodene som her ble redusert fra 21 til 10 koder. Neste fase, axial coding, kjennetegnes nettopp av at kodene reduseres. Sammenhenger identifiseres og fokus rettes mot det som kalles "*core/central phenomenon*", som vil si det tema som hyppigst blir satt søkelys på, som er av relevans for problemstillingen og kan bidra til å svare på denne (Creswell 2007). Når dette er identifisert benyttes "hjelpkategorier" for å belyse det sentrale fenomenet for oppgaven. Disse deles opp i årsaksfenomen eller hva som førte til at det sentrale fenomenet oppstod (*causal conditions*), sentrale handlinger (*strategies*), ulike kontekstuelle faktorer av betydning (*broad and specific situational factors that influence the strategies*) og til slutt konsekvenser av sentrale handlinger. Disse kategoriene ble benyttet for å systematisere resultatene og bidro på den måten til å belyse problemstillingen, se vedlegg 9 for en visuell fremstilling av dette (*axial coding paradigm*) (Creswell 2007: 237-240). I siste fase blir alle sammenhenger beskrevet mer inngående for å forstå helheten av det som undersøkes. Her ble observasjonsnotatene tatt inn i analyseringen og sett i sammenheng med resultatene fra intervjuene.

I arbeidet med å analysere dataene mine ble antall koder, som tidligere nevnt, redusert fra 21 (19 basert på intervjuguiden og 3 som resultat etter første gjennomlesning av de transkriberte intervjuene), til 10 stykk. Grunnlaget for denne reduksjonen var at mange koder kun ble brukt en gang. Det var 13 koder informantene stort sett snakket om og ingen brukte alle kodene. Dette kom frem ved hjelp av NVivo9, som er et analyseringsprogram for kvalitative data, som jeg benyttet meg av under analyseringen. For inngående beskrivelse, fremgangsmåte og resultat av denne prosessen se vedlegg 8 (kode reduksjon og sammenslåing).

Gjennom ulike analyser bidro NVivo9 til å gi en oversikt, gjennom å visualisere sammenhenger og synliggjøre hovedtemaene i de ulike intervjuene. Bruk av Nvivo9 virket motiverende på meg, fordi det gav mulighet til å ”leke” med dataene og se de i nye perspektiver. Bruken av dette verktøyet var imidlertid ikke av utpreget art, men kun for å gi en bedre oversikt over dataene. Faren ved å bruke slike datasystemer i analysearbeid er ifølge Tjora (2010) at forskeren blir såpass distansert fra konteksten dataene ble innsamlet at man mister blikket på helheten og sammenhengene konteksten kan gi. På en annen side kan det å distansere seg litt på denne måten bidra til å se de med nye øyne. I mitt tilfelle bidro Nvivo9 til å gi et klarere bilde av hva som var hovedtema i de enkelte intervjuene, hva de formidlet og hvordan dette hang sammen med de øvrige informantenes perspektiver.

KAPITTEL 4. RESULTAT

KORT PRESENTASJON AV FUNN OG INNLEDNING TIL ANALYSE

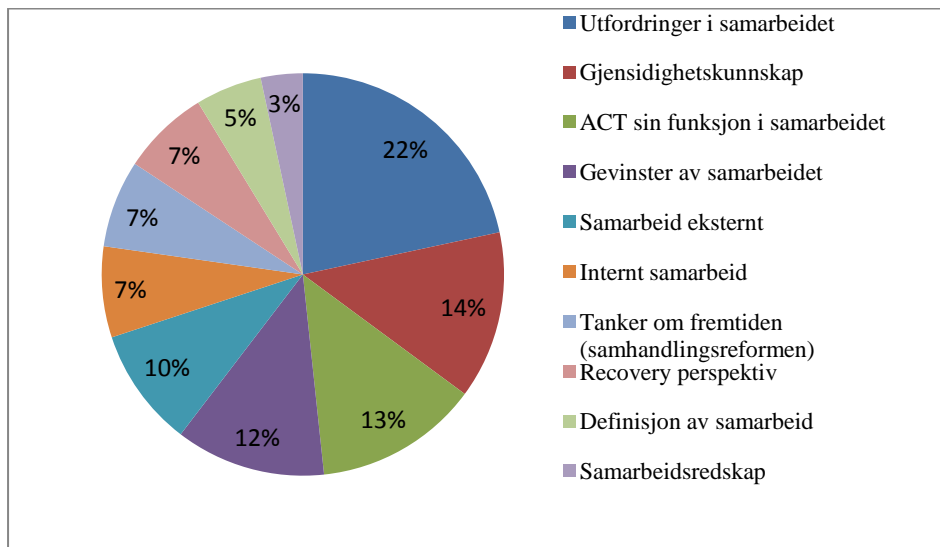
Samarbeid kan defineres på ulike måter og hvordan vi gjør det vil kunne ha direkte betydning for praksis. Informantene er veldig enige om hva som er sentralt for et godt samarbeid hvor egenskaper som gjensidig respekt og anerkjennelse for hverandres kompetanse, overholdelse av avtaler, klart definerte roller, generell folkeskikk, tett dialog og felles mål fremheves. Til tross for stor enighet ønsker enkelte en tydeliggjøring av målsettinger og retningslinjer for samarbeidet, faktorer som er sentrale for at et samarbeid skal oppleves virkningsfullt ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2005). Dette kan videre ses i sammenheng med at en av utfordringene for samarbeid kan ligge i at det er ”ulik forståelse for hva som er plikter, oppgaver og behov, noe som er knyttet til at det er ulikheter i behandlingsformer og ideologi” (Helsetilsynet 2007: 24). En oppklaring rundt dette kan dermed bidra til å unngå urealistiske forventninger. Når det gjelder avklaring av begrepene samhandling og samarbeid, ser de fleste på dette som nærmest synonyme. En forklaring skilte seg imidlertid ut ved at informanten klarer å beskrive en mulig forskjell mellom de to begrepene.

Samhandling trenger ikke nødvendigvis å inneholde et godt samarbeid. Samhandling er noe man må gjøre, som samarbeidspartnere. Vi må samhandle med ACT, fordi det er noen av brukerne som har oppfølging fra dem. Samarbeid synes jeg innebærer mer av det at man faktisk drar i samme retning da, enn det samhandling gjør (informant botiltak).

For å utforske samarbeidet nærmere brukte jeg intervjuguiden som et utgangspunkt, men lot informantene i stor grad styre samtalen noe som førte til at det var ulike teamer som ble vektlagt i forskjellig grad. Figur 4. gir en samlet oversikt over de ulike temaene (kodene) og hvem av dem som var mest i fokus i intervjuene samlet sett. Når jeg så informantene i ACT og botiltakene hver for seg viste det seg at definering av samarbeid, samhandlingsreformen, gevinster, samarbeid på tvers av nivå og recovery, var tema som i størst grad ble tatt opp av informantene fra botiltakene, mens informantene fra ACT snakket mest om internt samarbeid og gjensidighetskunnskap. Det var også slik at noen tema ikke ble nevnt av alle informantene. Fire personer snakket ikke om samarbeidsredskaper, en person nevnte ikke definering av samarbeid, en person fokuserte ikke på recovery perspektiv og en person snakket ikke om

internt samarbeid (vedlegg 8 viser hvordan jeg kom frem til de ulike temaene).

Figur 4. En samlet oversikt over temaene/kodenes dekningsgrad i intervjuene



Figuren viser at utfordringer knyttet til samarbeidet tok mest plass i intervjuene, deretter gjensidighetskunnskap, ACT sin funksjon i samarbeidet og gevinster av samarbeidet. Den utfordringen som hyppigst gjengis er en opplevelse av kulturforskjeller mellom nivåene, en utfordring som også påpekes av kommunalt ansatte i Brattrud og Granerud (2011). Når mine informanter beskrev generelle utfordringer var det imidlertid interessant at stort sett alle tok samarbeidspartnerne sine synspunkter og rettet blikket mot seg selv. Istedenfor å se på hva de synes er utfordrende i samarbeidet med andre, reflekterte de rundt hva andre kanskje synes er utfordrende i samarbeidet med dem. Dette forteller meg at de verdsetter samarbeidet og fokuserer på videreutvikling av dette for å bidra til et helhetlig og kontinuerlig tilbud til brukernes beste. Ser vi på de andre temaene som ofte ble tatt opp gir disse et positivt bilde av samarbeidet som gir gevinster både for de ansatte i ACT, botiltakene og brukerne selv, hvor sist nevnte ofte innebar et recovery perspektiv. I den sammenheng vil boligens tilrettelegging for bedring og mestringsarbeid drøftes i oppgaven for å si noe hvordan gevinstene for brukerne kan forsterkes gjennom ACT og botiltakenes samarbeid.

Når jeg startet på oppgaven hadde jeg tenkt å benytte et organisasjonsperspektiv, med et overordnet blick på samarbeid. Dette på bakgrunn av en interesse for samarbeid som fenomen og interne prosesser for utforming av et team. Underveis i arbeidet ble jeg imidlertid nødt til å supplere dette med annen teori for å belyse tematikken i oppgaven, på bakgrunn av hva informantene gav uttrykk for gjennom intervjuene. Som vist i figur 4. har tema gevinst en

dekningsgrad på 12 % når det gjelder hva informantene snakket om. En av gevinstene som kom frem av samarbeidet var at det bidro til at ansatte i botiltakene klarte og stå i arbeidet. Dette tolket jeg som en helsefremmende effekt, noe som førte til at helsefremming i arbeidslivet ble et perspektiv som supplerte mitt opprinnelige teoretiske utgangspunkt.

4.1 Helsefremming

Aron Antonovsky, er et navn man ikke kommer utenom når det gjelder helsefremming. Da han er mannen bak begrepet salutogenese som er et viktig begrep innenfor forskning på helsefremming. Et avgjørende dokument i den forbindelse er The Ottawa Charter fra WHO's helse konferanse i 1986, som var sentralt i forhold til å definere helsefremming og bidra til synliggjøring av dette temaet. Siden den gang har det blitt økt fokus på helsefremming og forskning tilknyttet dette, noe som også kan ses i Norge hvor det i offentlige utredninger og retningslinjer tydeliggjøres et sterkere fokus på helsefremmende arbeid og ikke bare forbygging. Et eksempel på dette er Helsedirektoratet (2010) som omhandler satsning på folkehelsearbeid i Norge, hvor både et forebyggende og helsefremmende perspektiv inkluderes. Helsefremming defineres her som arbeid *"med hensikt å styrke menneskers helse og livskvalitet utover det å gjøre dem fri for sykdom"* (Helsedirektoratet 2010:116). Helsefremming handler om å styrke det som bidrar til god helse i motsetning til å fjerne årsak til sykdom. Istedenfor et perspektiv hvor god helse oppnås med fravær av sykdom, innebærer helsefremming og salutogenese mer enn dette. God helse kan dermed oppleves til tross for tilstedeværelse av sykdom (Lindström og Eriksson 2010).

Livskvalitet er dermed et sentralt begrep innenfor helsefremming, og salutogenese trekker i den sammenheng frem ulike begreper som er sentrale blant annet *sense of coherence (SOC)*, som enkelt og greit kan beskrives som opplevelse av mening og sammenheng i hverdagen. Antonovsky (1987:19) trekker frem tre elementer som tilsammen utgjør SOC; *comprehensibility*, *manageability* og *meaningfulness* (som sitert i Lindström og Eriksson 2010: 18-19). De handler om at det som skjer rundt og med oss må oppleves forståelig, og at når det oppstår ulike former for utfordringer så klarer vi å nyttiggjøre egne eller omkringliggende ressurser for å løse disse, noe som dermed vil gi mestring. Antonovsky kaller disse ressursene for *generalized resistance resource (GRRs)* som kan ses som en forutsetning for å utvikle SOC, da det ikke bare innebærer å se tilgjengelige ressurser men også klare og benytte seg av dem (ibid.). Hverdagen vil da gi mening og oppleves

kontrollerbar uavhengig av utfordringene vi støter på.

Det å oppleve kontroll og mening i arbeidet kan knyttes til veiledningsfunksjonen ACT har i samarbeidet, da den kan bidra til å sette hverdagen i andre perspektiv, og dermed styrke kontrollen. Veilederfunksjonen var den funksjonen som ble fremhevet som mest sentral for samarbeidet av samtlige informanter. Min forventning om å finne ut at ACT opplevdes som en brobygger mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og at denne funksjonen var den viktigste ble dermed ikke bekreftet, selv om denne funksjonen også var viktig i samarbeidet. I stedet ble altså deres rolle som veileder, og også deres containerfunksjon trukket frem hvor gevinsten kan tolkes som en helsefremmende effekt for de ansatte. Dette vil også kunne påvirke brukerne i positiv retning da det muligens kan bidra til at boligen blir en arena for recovery arbeid (noe som utdypes senere). Dette sier meg at lokale tilpasninger av ACT-team er viktig og at samarbeidet med botiltak psykisk helse har gunstig effekt både for ansatte og brukere til tross for at de ikke er en uttalt målgruppe ut ifra ACT- modellen.

Dette kan knyttes oppi mot lovendringen fra 2001 hvor det ble åpnet for tvunget psykisk helsevern også utenfor institusjoner, slik at flere av beboerne i ulike kommunale botiltak dermed kan være underlagt tvunget psykisk helsevern. Fra 2003-2004 gjennomførte SINTEF Helse en registrering av tvunget psykisk helsevern for pasienter som var innlagt eller bodde i egen bolig, hvor det kom frem at $\frac{3}{4}$ av de som hadde tvunget vern utenfor institusjon bodde i egen bolig. Resten bodde i ulike typer for botiltak, resultatene viste imidlertid også at det var 28 % av de som ikke hadde tilbud om bolig med oppfølging eller døgnbemanning som de ansatte mente hadde profilert på dette (Helsetilsynet 2006). Et poeng som også ble påpekt i evalueringen av ACT i Mossregionen hvor de ansatte mente at flere av brukerne ville hatt nytte av kommunal bolig med base (Pöyry 2011). På den måten kan samarbeidet og de lokale tilpasningene faglig forsvares.

4.2 Kort presentasjon av funn

De ulike funksjonene ACT har i samarbeidet og gevinstene som samarbeidet gir vil bli drøftet i kapittel 5. Det samme gjelder utfordringene som i stor grad kan knyttes til gjensidighetskunnskap fordi jeg tolker det slik at de største utfordringene, og også mulighetene for samarbeidsutvikling, ligger i nettopp det at kunnskaper om hverandres kompetanse, arbeidsoppgaver, rammer og hverdag bidrar til større forståelse og respekt. Dette

er samtidig faktorer de fremhever som sentrale for samarbeidet, noe som gjør at arbeidet med gjensidighetskunnskap kan bidra til å styrke samarbeidet og dermed føre til mer varige endringer og resutater av arbeidet. Det som var noe overraskende var at kunnskapene om ACT- teamets mulige roller, arbeidsoppgaver og ACT- modellen var noe varierende. Dette fremstår derfor for meg som et potensielt område for videre utforskning som kan styrke samarbeidet. En annen konsekvens av økt gjensidighetskunnskap synes også å være reduksjon i opplevelsen av avstand mellom nivåene, samtidig som det fremmer følelsen av verdsetting av egen kunnskap, kompetanseoverføring og utvikling. Her blir også bruk av ulike samarbeidsredskapers rolle løftet frem, samtidig som det rettes et blikk fremover hvor informantene reflekterer over hvordan samarbeidet dem imellom muligens vil se ut i fremtiden sett i sammenheng med samhandlingsreformen. Kort beskrevet kan oppgavens hovedfunn sies å være det at:

- a) *Samarbeidet har positiv betydning for brukerne gjennom fokus på brukermedvirkning og bedringsprosesser.*
- b) *Samarbeidet har positiv betydning for ansatte i ACT da det gir en trygghet i forhold til oppfølging av tvunget psykisk helsevern.*
- c) *ACT sin veiledningsrolle er den funksjonen som fremheves i størst grad av informantene, og i kombinasjon med deres containerfunksjon kan effektene av samarbeidet beskrives som helsefremmende for de ansatte i botiltak psykisk helse.*
- d) *ACT sin rolle som brobygger reduserer avstanden til spesialisthelsetjenesten ved at de bidrar til utvikling av gjensidighetskunnskap. Noe som for øvrig også kan skapes gjennom bruk av hospitering og undervisning.*
- e) *Gjensidighetskunnskap, slik det defineres av Danbolt, Kjøsberg og Lien (2010) kan ses på som den mest betydningsfulle faktoren når det gjelder opplevelsen av samarbeidet på tvers av nivå. Samtidig som det er en faktor som har stort potensial for videreutvikling og overføring av kompetanse mellom nivåene.*

For å presentere funnene og gi et tydeligere bilde av temaenes sammenheng laget jeg en visuell framstilling av mine resultater (se vedlegg 9). Dette for å tydeliggjøre sammenhenger og min opplevelse av hva informantene formidlet rundt temaene i oppgaven. Jeg vil derfor anbefale å ha denne modellen i bakhodet under den videre lesningen (ved siden av vedlegget følger også en modell forklaring). For å systematisere resultatene tok jeg utgangspunkt i metoden grounded theory sine ”hjelpespørsmål” (*causal conditions, strategies, intervening*

conditions og consequences). Rekkefølgen i neste kapittel er dermed først en gjennomgang av kontekstuelle påvirkningsfaktorer, som utdyper hva som er utfordrende i forhold til samarbeidet og hvilke overordnede rammer som ligger til grunn, her ved fokus på samhandlingsreformen. Deretter rettes blikket på hvilke funksjoner ACT- teamet har for både ansatte i botiltakene og deres beboere i tillegg til refleksjoner vedrørende samarbeidsredskaper. Deretter var det naturlig og gjengi refleksjoner rundt samarbeidets fremtid og hvilke konsekvenser samarbeidet medfører både for ansatte og beboere, hvor fokus er rettet mot samarbeidets gevinster og en potensiell helsefremmende effekt.

KAPITTEL 5. EN ANALYSE AV ACT SIN FUNKSJON OG SAMARBEIDETS BETYDNING

HVORDAN KAN FUNNENE TOLKES?

Innledningsvis ble det fremhevet at et kritisk blikk på implementering av nye arbeidsmodeller er viktig (Mandelid 2010). I den sammenheng ble også forskjeller mellom ACT og andre lignende team synliggjort for å si noe om hva som gjør de forskjellig fra eksisterende tilbud. Det å tilpasse utenlandske modeller til en norsk kontekst er ikke nødvendigvis ”smertefritt” da det krever høy faglighet og kjennskap til støtteapparatet. Lojalitet og modelltrohet fremheves som nødvendig for å lykkes med ACT modellen, men kan også lokale tilpasninger være en suksessfaktor? Jeg tror, noe også mine informanter mener, at lokale tilpasninger er nødvendig for å lykkes med modellen i Norge fordi den er utviklet i et samfunn så forskjellig fra vårt når det kommer til velferdsgoder for befolkningen. Et kritisk blikk er derfor viktig også med tanke på å vurdere om det er selve ACT modellen som er utslagsgivende eller om det er team medlemmenes personlighet og lokale tilpasninger som er avgjørende.

Samarbeidet med botiltak psykisk helse er etter min mening et eksempel på dette da deres beboere ikke ut ifra modellen er definert som en målgruppe på bakgrunn av at de allerede er godt fanget opp av velferdssystemet og har mange gode hjelpere rundt seg. Når det gjaldt samarbeidet med ACT- team foregikk dette hovedsakelig gjennom samarbeidsmøter og råd/veiledning både personlig og over telefon. Det at teamet bestod av ulike faggrupper opplevdes som positivt med tanke på at de bidro til at teamet samlet hadde bred kompetanse og dermed et stort nettverk utad i ulike instanser. Relasjoner og personlighet er derfor ikke uten betydning samarbeidsmessig.

5.1 Kontekstuelle påvirkningskrefter

Det finnes også andre faktorer enn personlighet og relasjoner som påvirker samarbeidet, hvor ulike kontekstuelle påvirkningskrefter kan være av større eller mindre betydning. Et eksempel på hvordan rammene kan påvirke praksis er utforming av en klart definert målgruppe. ACT er som beskrevet en modell for oppsøkende arbeid med en klart definert målgruppe. Hva hvis du ikke har ”rett” diagnose men fortsatt trenger hjelp av omfattende karakter, eller hvis du bor utenfor ACT sitt opptaksområde? Her kan for så vidt andre team benyttes som for eksempel PART da de dekker et annet område av byen, utfordringen blir da at de har ulike målgrupper hvor ACT mer avgrenset retter seg mot psykoselidelser.

Teamene skal unngå at brukerne faller mellom to stoler, samtidig som de ved å avgrense sitt opptaksområde og målgruppe nettopp kan bidra til dette, eller at vedkommende blir overlatt til poliklinisk oppfølging. Som for øvrig er et godt og nyttig tilbud for mange, gitt at du klarer og komme deg til poliklinikken for å følge opp avtalene der. Oppsøkende team kan lettere ”holde på” brukerne ved at de er mer fleksible i forhold til avtaler, og kontakten er bare en tekstmelding unna. Noe som er positivt med tanke på at det ikke går å planlegge når man blir dårlig, noe jeg fikk høre når jeg arbeidet i et av botiltakene. Ifølge informantene oppleves ikke ACT som rigide i forhold til målgruppen, snarere tvert imot. En utfordring i forhold til dette er tolkningen av forskningsresultater knyttet til ACT- teamets praksis, som for eksempel den kommende evalueringen av ACT i Norge. Disse resultatene vil bygge på fidelity score, hvor hjelp til brukere utenfor den definerte målgruppen ikke beregnes inn i vurderingen. Slik at resultatene ikke viser hele omfanget av det praktiske arbeidet, kun det som omhandler den definerte målgruppen. I realiteten inkluderes imidlertid kanskje også brukere som er litt utenfor målgruppen på bakgrunn av skjønnsmessige vurderinger. Noe som kan føre til at evalueringene ikke viser den fulle bredden i teamets praksis.

Ifølge Kvaal (2011) er ikke nødvendigvis ACT- team den beste løsningen, da det kan være for dyrt og derfor uhensiktsmessig å opprette for noen kommuner. Dette kan ses i sammenheng med at ACT- modellen fremhever at det bør være et visst antall beboere i kommunen. Samtidig har det blitt bevilget penger fra statlig hold for testing av modellen, og ved å samarbeide på tvers av kommune grenser vil også små kommuner kunne nyte godt av tilbudet som for eksempel i Trondheim hvor ACT- teamet også server Melhus og Klæbu kommune. Dette vil også kunne bidra til å styrke tilbudet i disse kommune, og dermed kunne ses i sammenheng med samhandlingsreformens fokus på kompetanseoverføring og utvikling i kommunene.

5.1.1 Samhandlingsreformens mulige påvirkning på samarbeidet ut ifra informantenes syn

Siden vi nå er midt i oppstarten av samhandlingsreformen er det naturlig og reflektere rundt denne og informantenes syn på reformen i seg selv og dets eventuelle påvirkning på deres praksis. For meg virker det som om informantene generelt er kritiske til samhandlingsreformen, spesielt i forhold til innføring av et eventuelt finansieringsansvar også innen psykisk helsearbeid. De tror resultatet kan bli høyere terskel for sykehusinnleggelse på grunn av økonomi. Samtidig setter de fokus på behovet for

kompetanseøking for å opprettholde et kvalitetsmessig godt tilbud. ”Men hvis jeg tenker da ikke sant, hvis kommunene skal få større ansvar...Da ligger det jo litt i at da vi må ha kompetansen og muligheten å til å følge opp de her folkene så dem får et ordentlig liv dem å” (informant botiltak). Noe som også støttes av en annen informant som sier at;

enkelte av dem som bor hos oss egentlig er for dårlige til å bo selv. Det er jo et resultat av reformen om å få folk ut av sykehuset og inn i bolig. Så har ikke vi de rammene som kanskje skal til for å ivareta enkelte av de her da (informant botiltak).

Det er lett og fremheve ressurs- og informasjonsmangel som utfordringer når det kommer til samarbeid. Her synes jeg Nielsen og Repstad (2004) gir en interessant vinkling på disse utfordringene som de mener kan føre til kreativ nytenkning rundt prioriteringer og hensiktsmessig utnyttelse av ressurser. Da det ikke er gitt at flere ressurser vil føre til bedre praksis. På en annen side blir et eventuelt finansieringsansvar trukket frem som en faktor som kan føre til høyere terskel for innleggelse fordi kommunen da blir ansvarlig for å finansiere innleggelsen noe de kanskje ikke alltid har råd til. Resultatet blir da at de blir værende i boligen noe som skaper utfordringer for de ansatte. På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at ACT sin tilstedeværelse for ansatte og beboere i botiltak psykisk helse er riktig for å kunne bidra til kompetanseøking og overføring til kommunen slik at de er bedre rustet til å møte nye utfordringer.

5.1.1.1 Utfordringer knyttet til at brukerne skal bo utenfor institusjoner, i kommunens ansvar

Et godt eksempel på dette er den tidligere nevnte lovendringen om oppfølging av tvunget psykisk helsevern utenfor institusjon, sett i sammenheng med fokus på at brukerne skal ut fra institusjoner og inn under kommunens vinger. En av utfordringene som kan oppstå er når tvunget psykisk helsevern blandes med kriminalitet, rus atferd og psykisk lidelse (refleksjonene som følger er basert på samtaler under observasjonsuken som her gjengis etter hukommelse). Det som menes med dette er at tvunget psykisk helsevern, satt på spissen, kan virke som en ”fribillett for kriminalitet”. Dette fordi når de begår kriminelle handlinger som i utgangspunktet ville ført til varetekt og eventuelt soningsdom blir vedkommende i stedet sendt til psykiatrisk avdeling. Der gis personen, med et rusproblem, benzodiazepiner som er en fellesbetegnelse på legemidler som benyttes i behandling av angst/depresjon, de virker beroligende og brukes også for søvnvansker (Benzodiazepiner- faktaark 2012). Medikamentet gis i det formål å berolige vedkommende men også for å skjerme

medpasienter. Legemidlene anbefales å inntas over kortere perioder da de er vanedannende og kan føre til toleranseutvikling. På bakgrunn av dette vil det også være betenkelig å gi en person med rusproblemer benzodiazepiner da det ”i enkelte miljøer er vanlig å kombinere benzodiazepiner med andre rusmidler, både for å oppnå en sterkere rus og/eller dempe bivirkninger av annet rusmisbruk” (ibid.). Reisen til psykiatrisk avdeling kan dermed oppleves positivt, istedetfor å ha den preventive virkningen som det antageligvis er tiltenkt. I sammenheng med at det fokuseres på at brukerne skal ut fra institusjoner og inn i boliger, gir dette utfordringer for de ansatte som da må følge opp kriminelle rusmisbrukere, som kan ha høy aktivitet til og fra leiligheten sin av venner som deler deres rusvaner. Samtidig som de også i større grad enn de andre beboerne oppholder seg utenfor boligen og dermed til tider er vanskeligere og følge opp.

Personer med rusproblematikk har kanskje litt vanskeligere for å ta imot den bistanden vi har mulighet for å gi da. Motivasjonen for å være med i opplegget er litt lavere, de har andre ting å holde på med. Retter seg mer ut av boligen da, mot rusmiljøet og kompiser (informant botiltak).

På grunn av at selvbestemmelsesretten er sterk og at arbeidet skjer på brukernes arena, i deres hjem, er det vanskelig å gripe inn til tross for at aktiviteten kanskje virker skremmende på andre beboere. Når motivasjons- og endringsarbeid ikke når frem er potensialet der for at boligen kun blir brukt som base for kriminelle handlinger. Her ligger det en utfordring i samarbeidet mellom både kommunen, spesialisthelsetjenesten og politi. For botiltakene vil samarbeidet med ACT her kunne være av stor betydning, noe som også påpekes av informantene i sammenheng med at ACT driver oppsøkende arbeid og på bakgrunn av at de har tettere kontakt oppimot spesialisthelsetjenesten som de også selv er en del av. På bakgrunn av at disse brukerne ofte vil ha behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten og da denne kontakten kanskje kan være lettere innad enn på tvers av nivå.

Det er jo mye mer lettvent å jobbe nå enn da jeg jobbet oppfølging, lettere og få kontakt med spesialisthelsetjenesten da. For eksempel ser du at en bruker har behov for å ta seg igjen et par dager på institusjon så er det bare å ta en telefon. Så ordner det seg som regel, så det er veldig lettvent og greit (informant ACT).

Flere av informantene som har jobbet i begge nivå reflekterer rundt nettopp dette. Her kan

ACT være en kjempefordel med at teamet består av ansatte både i kommunen og spesialisthelsetjenesten som vil si at de har et stort nettverk i begge nivå. Noe som kan være viktig på bakgrunn av at jeg tolker det slik at for denne brukergruppen er det viktig at beslutninger og handlinger skjer hurtig.

5.1.2 ACT- Teamets organisering som et spesialisthelsetjeneste tilbud

ACT sin organisering som et spesialisthelsetjeneste tilbud var et tema flere informanter tok opp i intervjuet. Dette kan for øvrig både relateres til eksternt samarbeid og til samhandlingsreformen ved at det legges opp til *”oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten”* (St.meld.nr.47 (2008-2009):26). Et sentralt spørsmål er om det er mest hensiktsmessig at ACT er underlagt DPS eller om de organisatorisk burde vært underlagt kommunen, noe det i fremtiden skal gjøres en evaluering på ifølge St.meld.nr.49 (2008-2009). Skal kommunen utføre flere oppgaver, slik samhandlingsreformen legger føringer for, er ressurser en nødvendighet, og nettopp noe av det som fremheves i St.meld.nr.25 (1996-1997) som årsak til at tilbudene til alvorlig psykisk syke personer svikter. I tillegg bør kunnskapsnivået rundt lidelsene økes for å kunne sette inn ressurser der det er nødvendig. Her vil ACT kunne være en viktig bidragsfaktor med tanke på veiledningsfunksjonen de har for botiltakene (se avsnitt 5.4.4), som bidrar til både kunnskapsøkning og -overføring. Organisering av ACT under DPS gir kanskje også tilgang til andre og flere midler enn hvis de tilhørte kommunen.

Evalueringen av ACT i Mosseregionen (Pöyry 2011) påpeker at nettopp fordi teamet har spesialistkompetanse knyttes det tettere bånd til DPS og sykehusene noe som kan føre til bedre samarbeid, mens det på en annen side kan skape avstand til kommunen. I forhold til samarbeid er ACT- teamet også interessante med tanke på at de bidrar til samarbeid på tvers av kommunegrensene, noe som ifølge Engman og Michelsen (2005) er gunstig for mange av Norges distrikter som kanskje ikke alene ville hatt mulighet til å tilby slik spesialistbehandling. Samtidig påpekes det av en av informantene at organiseringen bidrar til at blikket hovedsakelig rettes mot spesialisthelsetjenesten i rekruttering av brukere, mens det kanskje i større grad burde vært rettet mot ulike kommunale tjenester, som oppfølgingstjenesten og botiltak rus (i Trondheim). *”Jeg tror at vi i større grad må vende oss til de kommunale enhetene for å få tak i dem. Der tror jeg vi i teamet har en oppgave. Fordi at teamet er sykehusbasert så har vi ikke prioritert det”* (informant ACT). Faren med dette er at de blir for tett knyttet opp imot spesialisthelsetjenesten noe som også understrekes av

(Pöyry 2011). Andre informanter igjen fremhever viktigheten av det å være midt i mellom, verken for nært knyttet til kommunen eller spesialisthelsetjenesten. En funksjon som kan gjøre de til brobyggere (Øverås og Fyhn 2006; Brattrud og Granerud 2011).

5.2 Internt samarbeid og teamfølelse

En av informantene beskrev samarbeidet internt som en prosess hvor de det første halve året gikk rundt og var kjempe hyggelige mot hverandre, før de begynte å krangle. Dette viser at det tar tid å bli trygg på hverandre, og at forskjellene kanskje kommer tydeligere frem etterhvert noe som gjør at den første fasen hovedsakelig innebærer det å bli kjent. Jeg synes det gir et godt bilde av hvordan prosessen med det å bli et team kan oppleves, da jeg tror dette er noe som utvikles og ikke nødvendigvis eksisterer kun fordi de er satt til å arbeide sammen. Teamfølelse skapes etterhvert gjennom aktivt arbeid og bevissthet rundt utvikling av en felles forståelse av arbeidet. At et team fremstår som samlet vil også ha betydning for samarbeid med eksterne partnere. Gjensidig respekt er i den sammenheng sentralt og oppleves ikke dette av de ulike partene kan det oppstå en mismach (Maslach, Schaufeli og Leiter 2001).

Maslach og Leiter (1997) har introdusert en ”seks felts modell” i tilknytning til utbrenthet og jobbengasjement som ser på mismatch på områdene; *workload, control, reward, community, fairness og values* som en risiko for å utvikle utbrenthet (som sitert i Maslach, Schaufeli og Leiter 2001: 413-416). Utbrenthet innebærer *“overwhelming exhaustion, feelings of cynicism and detachment from the job, and a sense of ineffectiveness and lack of accomplishment”* (Maslach, Schaufeli og Leiter 2001: 399). Det er altså tre områder som kjennetegner fenomenet utbrenthet; utmattelse, kynisme og distansering fra jobben¹⁵, i motsetning til jobbengasjement som befinner seg i den andre enden og karakteriseres av en opplevelse av energi, engasjement og mestring (ibid). Her opplever den ansatte stolthet over, og identifisering med arbeidet som oppleves meningsfullt (de ulike mismatch områdene tas opp underveis i oppgaven hvor det er sentralt). Et område det kan oppstå mismatch på er *community*, som kan være relevant i forhold til utvikling og opprettholdelse av teamfølelse. Konflikter oppstår når *“people lose a sense of positive connection with others in the workplace”* (Maslach, Schaufeli og Leiter 2001:415). For å unngå dette vil det være viktig å arbeide for å styrke teamfølelsen, en prosessen som ble beskrevet som gøy men tidkrevende.

¹⁵ *“Depersonalization is an attempt to put distance between oneself and service recipients by actively ignoring the qualities that make them unique and engaging people”* (Maslach, Schaufeli og Leiter 2001:403).

For å organisere arbeidet innad i ACT er ”tavlen” kanskje deres viktigste redskap. Et redskap som nevnes i modellen og kan ses i sammenheng med fokuset på *shared caseload* og teamarbeid da den bidrar til å gi en oversikt over hvem gjør hva og når (se side 15 i Aakerholt 2011 for et eksempel). Modellen vektlegger en *shared caseload* hvor det ”å gjennomføre teamtilnærmingen konsekvent, kan redusere risikoen for utbrenthet” (Aakerholt 2011:13). Tavlen henger på veggen i et felles møterom, og inneholder en oppdatert liste over alle brukerne de til en hver tid har kontakt med. Deres status for øyeblikket står skrevet på tavlen, som gir informasjon om brukerne er innlagt, hvor bor de, har det nylig skjedd forandringer (rusepisoder, krangler, voldsepisoder, forværring av psykisk tilstand etc.), er de underlagt tvunget vern og eventuelle andre opplysninger av sentral betydning. Tavlen gjennomgås hver mandag på et *planleggingsmøte* hvor status for den enkelte blir oppdatert, i tillegg til en kjapp gjennomgang av hva som skal skje i løpet av uken, samt en fordeling av de ulike avtalene. Tavlen bidrar på den måten til at alle til en hver tid er oppdatert på brukernes situasjoner, samtidig som det blir tydelig hvem som har hvilke oppgaver noe som reduserer faren for overlappende arbeid eller at oppgaver blir glemt. Min opplevelse av møtet var at tidsplanleggingen kanskje ikke var den beste, da det ble litt liten tid på slutten av møtet. Dette var for øvrig også et tema de selv tok opp senere i observasjonsuken hvor mulige forbedringer ble diskutert. Tavlen oppdateres også daglig gjennom et *morgenmøte* som kan ses på som en mini versjon av planleggingsmøte. Gjennom deltagelse på flere morgenmøter så jeg utover i uken en forandring da det etter hvert ble mer struktur på møtene. Grepene de hadde gjort innebar blant annet en reorganisering av koder som ble benyttet på tavlen for å systematisere status for brukerne samt tydeliggjøring av regler for møtestruktur.

Det tar tid å opprette møtestrukturer som alle er fornøyd med og som fungerer samtidig som det å skulle arbeide sammen i team i seg selv er en tidskrevende prosess. Når det er sagt synes jeg alle var veldig engasjerte og mer enn gjerne tok på seg brukeroppdrag. Engasjementet var kanskje til tider litt i overkant og det var etter mitt inntrykk ikke helt oversikt over hvem som hadde hvor mange oppdrag slik at det kanskje var en liten skjevfordeling, hvor noen hadde veldig mange oppdrag mens andre hadde få. Denne observasjonen bør imidlertid tas med en klype salt da det kan tenkes at oppdragene innebar ulik mengde arbeid, var av forskjellig karakter i tillegg til at oppgavene gjerne fordeles etter hvem av medlemmene som har hatt mest kontakt med den enkelte bruker. Arbeidsmengde er for øvrig en faktor det er viktig å reflektere over da den kan bli for stor og til tider oppleves som uoverkommelig og vanskelig. Også med tanke på at de til tross for teamarbeid, tilbringer

store deler av dagen alene. Dette er en faktor jeg mener kan bidra til å gjøre arbeidsbelastningen større samtidig som det kan forhindre opplevelsen av å være en del av et team. En av årsakene til at de er mye alene er at deres lokale ligger relativt langt fra sentrum. Dette gjør at de ikke har tid til å dra til lokalet mellom møter eller brukeravtaler, og på den måten mister verdifulle muligheter for debrifing og kontakt med de andre. Et eksempel på dette er en opplevelse jeg fikk under observasjonsuken hvor det var satt av tid til et møte med en bruker i et av botiltakene i tillegg til en kort samtale med de ansatte i ettertid, hvis dette var ønskelig. Denne samtalen ble det ikke noe av. Det var for øvrig i realiteten heller ikke tid til dette da vi kort tid etter brukersamtalen skulle videre til møte med en annen bolig. Slik at hadde de ansatte ønsket en samtale ville vi da blitt forsinket til neste møte. Grunnen til at de to møtene var satt så nærme hverandre var nettopp det å unngå ”dødtid” og være mest mulig effektive. Dette kunne muligens vært annerledes hvis deres lokale hadde vært mer sentralt slik at de kunne dratt til kontoret og gjort jobb relaterte ting som papir arbeid i mellomtiden.

5.2.1 ”Vi springer” - utfordringer knyttet til hvem er vi som team, for hvem og hvordan?

Viktigheten av teamfølelse og arbeidet med interne relasjoner kom også tydelig frem under et *teammøte* jeg observerte. Temaer som ble tatt opp omhandlet møtekultur, arbeidsbelastning, teamfølelse og hva som er god behandling. Dette var veldig sentralt i forhold til oppgaven min da det kan tenkes at noen av henvisningene som kommer til ACT vitner om at henvisende part kanskje ikke helt vet hva ACT kan og skal gjøre. Dette henger også sammen med min oppfatning og resultater fra intervjuene som viser at alle kanskje ikke har like mye kunnskaper om ACT sine rammer. I møtet ble dette videre knyttet til det praktiske arbeidet med brukerne hvor de iblant føler at de ”springer etter dem”, hvor de henviste til at de muligens er alt for tilgjengelige. Ved å være tilgjengelig får de også flere henvendelser både fra samarbeidspartnere og brukere, å være tydelig på hva de skal gjøre og ikke skal gjøre er derfor viktig. Det er heller ikke nødvendigvis en korrelasjon mellom tilgjengelighet og god behandling, da det ikke er gitt at desto mer tilgjengelige de er desto bedre fungerer samarbeidet eller behandlingen av brukerne.

Jeg så på møtet som en god og fruktbar diskusjon som gav mange nyttige refleksjoner rundt ulike sider ved samarbeidet generelt og som videre kan knyttes direkte til boligene. En tydeligere definering av egen rolle vil kanskje kunne bidra til å redusere arbeidsbelastningen ved at det blir lettere å si nei til oppdrag som ikke uten videre har en behandlingsmessig hensikt. Samtidig som styrking av teamfølelsen også kan bidra til å gjøre arbeidet med å takle

utfordringene og mengde arbeid, og dermed redusere faren for utbrenthet.

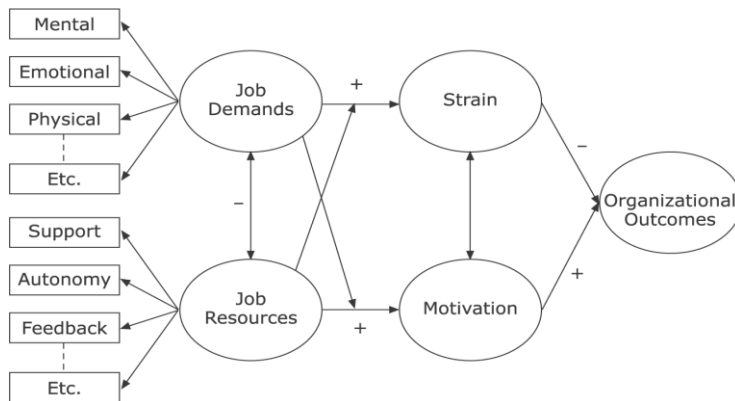
5.2.1.1 Styrking av jobbressurser, ut ifra Job Demands- Resources model (JD-R model)

Dagens arbeidsmarked stiller høye krav om prestering, effektivitet og konkurranse. Det vil hele tiden være en balanse mellom jobbkrav og jobbressurser, hvor en ubalanse mellom disse faktorene kan føre til utbrenthet hos den enkelte (forelesning Siw Tone Innstrand 18. oktober 2011). Det finnes ulike modeller som ser på dette forholdet hvor en av dem er JD- R model (figur 5.). Jobbressurser innebærer her faktorer av fysisk, psykisk, sosial eller organisasjonsmessig art som gir effekter som bidrar til å oppnå målsettingene, redusere negative effekter av jobbkrav samtidig som det gir gevinster i form av økt læringseffekt og utvikling (Bakker og Demerouti 2007). Jobb krav derimot refererer til;

physical and/or psychological (cognitive and emotional) effort or skills and are therefore associated with certain physiological and/or psychological costs. Examples are a high work pressure, and unfavorable physical environment, and emotionally demanding interactions with clients (Bakker og Demerouti 2007:312).

JD-R modellen (figur 5.) går ut på at styrking av jobbressurser som blant annet fremmer støtte, autonomi og tilbakemelding bidrar til motivasjon i arbeidet som dermed gir bedre resultater og vil være gunstig for organisasjonen. I motsatt tilfelle vil jobbkrav som kan være av både fysisk, psykisk og emosjonell karakter bidra til å skape belastninger for den ansatte hvor for eksempel utbrenthet kan være et utfall. Arbeidets resultater vil derfor bli dårligere slik at konsekvensene verken vil være gode for de ansatte eller organisasjonen i sin helhet. Å skape en balanse mellom krav og ressurser er derfor sentralt for å opprettholde balanse. Det å arbeide med utfordrende brukere kan som nevnt gi både psykiske og emosjonelle påkjenninger hvor det å styrke ressurser som gir mulighet for feedback og containerfunksjon kan være viktig for å unngå utbrenthet. Styrking av teamfølelsen kan være en slik jobbressurs, som i tillegg til feedback også vil gi sosial støtte. Modellen er inkludert i oppgavens resultat modell ,vedlegg 9, hvor det synliggjøres hvordan JD-R modellen kan ses i sammenheng med oppgavens resultater.

Figur 5. JD-R model (Bakker og Demerouti (2007:313))



En måte å arbeide med teamfølelsen på ble trukket frem i et teammøte hvor spørsmålet ”hva er drivkraften vår?” ble stilt, desverre ble ikke denne tråden tatt videre. Dette var interessant fordi jeg følte at fingeren ble satt rett på kjernen av hva det egentlig handler om, nemlig hva motiverer dem, hva gjør at de holder ut og hvorfor? Dette kan ses som essensen i helsefremmende arbeid, og tydeliggjøring av en viktig faktor for å unngå utbrenthet, noe som vil være viktig for å opprettholde stabiliteten i teamet. Dette er også en faktor som fremheves i ACT- modellen (Aakerholt 2011). Dette er vel og bra, men det at de store deler av dagen er alene, forhindrer muligheten til å jobbe med teamfølelsen. Ifølge Bakker m.fl (2008) vil teamfølelse også ha en sammenheng med det å identifisere seg med arbeidet. Har et team høy grad av felles forståelse for arbeidet, og føler seg samlet vil dette også føre til at de identifiserer seg arbeidet og kanskje får en større eierskapsfølelse til det. Å sette fokus på hvordan et ACT- team skal se ut i Trondheim, eller generelt i en norsk kontekst, vil derfor kunne være av betydning i forhold til at de ansatte skal kunne identifisere seg med og stå inne for det som gjøres. Dette vil videre ha sammenheng med resultater og måloppnåelse, for når det er tydelige mål og enighet rundt selve rammene for arbeidet vil også målene i større grad være innenfor rekkevidde (ibid.). Den container funksjonen det vil ha å konsultere kollegaer hurtig etter en hendelse, det å dele opplever og fortelle ”historier” ser jeg på som en viktig del av det å skape relasjoner og hjelpe hverandre som et team. For botiltaket fremheves ACT som viktig for de ansatte for å kunne stå i arbeidet, men hvem er ACT sin container?

Jobb-engasjement kan være en faktor som gjør at folk blir værende. Mitt inntrykk er at engasjementet var veldig stort, og det kan ifølge Bakker m.fl (2008) også settes spørsmålsteget ved om jobb-engasjementet kan bli for stort slik at resultatet blir at det krever mer energi enn det skaper og dermed kan bidra til utvikling av følelsen av utbrenthet. Dette

var en interessant tanke som jeg automatisk knyttet til en observasjon jeg gjorde under et *morgenmøte* hvor det nærmest var kamp om oppdragene og *teammøte* hvor arbeidsbelastning og teamfølelse var sentralt. Disse to observasjonene sa meg at de som arbeider i ACT viser stort jobb-engasjement. En utfordring i forhold til å vise engasjement for jobben sin og kunne identifisere seg med arbeidet som gjøres var ifølge mine informanter det å definere sin rolle som ACT- team og samtidig forholde seg til psykiatrihistorien, på bakgrunn av at brukernes tidligere erfaringer med psykiatrien ikke nødvendigvis er så gode og med tanke på at deres rolle representerer noe nytt.

Det er et tungt lovverk, og den har en tung historie på seg og vi blir også heftet med en del av psykiatrihistorien. Det å komme inn og tvangsinnlegge folk, tvangsmedisinering, elektroshokk, lobotomering. Hele storyen... Vi er jo også en del av den historien for de her folkene som blir tvangsmedisinert... sånn er det bare og det må vi leve med men vi har en helt annen tilnæringsmåte enn bare tvangen vi kommer ikke bare inn med tvangen vi kommer stort sett inn med kaffekoppen og de gode ordene, en tur ned i Bymarka, turen på Ladestien sånne ting (informant ACT).

Dette kan ses i sammenheng med det siste mismatch området som nevnes av Maslach, Schaufeli og Leiter (2001): *values*, hvor det å oppleve at jobben som skal gjøres går imot egne verdier eller oppleves uetisk. Psykiatrihistorien og dens ulike sider ble påpekt som et område det var problematisk å identifisere seg med og forholde seg til. Å møte brukerne som representant for psykiatrien, vil for mange automatisk innebære tanker om tvang og urettferdig behandling, fordi mange har vært i systemet veldig lenge og kan ha vært utsatt for noe de opplever som krenkende behandling. Å skulle møte brukerne på bakgrunn av disse tidligere erfaringene og dermed som en representant for et system de ikke har vært en del av men automatisk blir identifisert med ble påpekt som en utfordring. Her vil det interne samarbeidet kunne spille en viktig rolle, hvor det å definere hva de står for ut ifra ACT-modellen, og formidle dette til brukerne kanskje vil bidra til å gi et nytt bilde av psykiatrien.

5.2.2 Internt samarbeid i botiltak psykisk helse

Internt samarbeid er viktig for både ACT og botiltakene. Jeg har til nå fokusert på det interne arbeidet i ACT men også i botiltakene jobbes det aktivt med det interne samarbeidet innad i boligene, men også internt i enheten. Personalet i de ulike boligene er organisert i to ulike grupper, og det samme gjelder beboerne som da "tilhører" hver sin personalgruppe. Videre

har hver enkelt ansatt primæransvar for 3-4 av beboerne (avhengig av hvor mange beboere det til enhver tid er). Personalgruppene fungerer som en sikkerhet for ivaretagelse av beboer når primærkontakt ikke er tilstede for eksempel i forbindelse med sykefravær. I teamene gjennomføres det ved jevne mellomrom refleksjonsmøter eller teammøter, som bidrar til utvikling av teamene, samtidig som de ulike botiltakene bruker hverandre for kunnskapsutveksling. Dette skjer ved at de kontakter hverandre hvis for eksempel en bolig har utviklet mye kompetanse på en type lidelse så kan dette spres videre til de andre boligene. Generelt virker informantene godt fornøyd med samarbeidet internt og eksternt, men et mulig forbedringspotensial kommer frem, nemlig det å uttale forventninger til hverandre.

*Vi er for dårlige til å snakke om hva vi forventer av hverandre. Det der gjelder ikke bare i samarbeid med andre- og tredjelinjetjenesten, men det handler også om samarbeidet innen personalgruppen. Man har noen forventninger til hverandre. Også må man si dem. I stedet for å gå og tenke *** hvorfor gjorde du ikke det der ((ler)) (informant botiltak).*

Jeg mener sitatet sier noe om disse forventningene som er uutalt, og som kan bunne i ulike perspektiv som følge av grunnutdanning. Derfor så jeg det som sentralt å påpeke dette potensialet på bakgrunn av at nettopp kulturforskjeller er den utfordringen som påpekes hyppigst og av flest informanter. Hva som menes med kulturforskjeller blir tatt opp senere i oppgaven, men omhandler ulike perspektiver på bakgrunn av forskjellige grunnutdanninger og hvordan disse kan komme til overflaten i samarbeid på tvers av nivå.

5.3 Samarbeid på tvers av nivå - Opplevelsen av samarbeidet med ACT, øvrige instanser i spesialisthelsetjenesten og kommunen

Min undersøkelse fokuserer på samarbeidet mellom kommunale botiltak og ACT, funnene viser derfor ikke hele bildet da også "ren" spesialisthelsetjeneste burde vært representert. Det finnes imidlertid undersøkelser som får frem spesialisthelsetjenestens syn på samarbeidet med kommunen, blant annet Kvaal (2009) som oppsummerer en undersøkelse gjort av Risan, Jørgensen og Nyman sitt prosjekt hvor de så på sykehusansattes erfaringer av samarbeid med kommunen. Resultatene viste at ansatte i Akershus universitetssykehus, som deltok i undersøkelsen, mente at kommunen ofte hadde urealistiske forventninger om hva de kunne bidra med. På bakgrunn av at noen kanskje mangler kunnskap om hva behandlingen til den

enkelte ut ifra deres diagnose innebærer. Samarbeidet opplevdes derfor som noe personavhengig. Opplevelse av ulike utfordringer på tvers av nivå var noe jeg ønsket å se nærmere på for å kunne reflektere rundt hva ACT har å si for opplevelsen av avstand/nærhet til spesialisthelsetjenesten og om det i realiteten er betydelige forskjeller mellom de ulike nivåene. Derfor stilte jeg blant annet spørsmålet; synes du det er noen forskjell på kontakt og samarbeid med ACT i forhold til andre i spesialisthelsetjenesten som DPS eller Østmarka for eksempel? Et av svarene gjengis her;

folk i fra ACT ser vi jo litt oftere da ((ler)). De fleste samarbeidspartnere ellers i andrelinjen er det mest telefonkontakt med, det kan jo være at man er på et ansvarsgruppe møte eller noe sånt men... jeg tenker ACT har kanskje litt mer kontakt med den virkelige verden da. Jobber du i settingen institusjon så er du kanskje litt mer i en boble. Skjermet fra omverdenen. (...). Men så vil kanskje dem som jobber på DPS si at de som jobber i kommunen skjønner ikke hva som skjer på sykehuset ((ler)) (informant botiltak).

Andre svar fra informantene støtter også opp under mye av det som sies her, nemlig det at de treffer ACT-teamet personlig. Dette fremheves som positivt da det bidrar til å styrke samarbeidet gjennom at de har kontakt med den *virkelige verden*, som flere informanter bruker som begrep når de omtaler kommunens arbeid. Det at flere kalte det den virkelige verden var interessant med tanke på at dette begrepet ble brukt både av de som arbeider i ACT og de som arbeider i botiltakene. Hva de legger i begrepet er også veldig likt, og innebærer en tydeliggjøring av at det å arbeide i institusjoner er noe annet enn kommunalt arbeid, blant annet fordi det er andre rammer og arbeidsoppgaver. Når de kaller kommunens arbeid for den virkelige verden henviser det til at brukerne før eller siden vil bli kommunens ansvar og at livet på en institusjon ikke er ensbetydende med det som skjer utenfor. På bakgrunn av blant annet større bruk av tvang og en mer rutinepreget hverdag. I forlengelsen av dette påpekes det at fordelene med ACT er at de faktisk drar rundt og ser hva som foregår i kommunen, og dermed føles nærmere enn resten av spesialisthelsetjenesten fordi de gjennom arbeidet får stor kjennskap til kommunens rammer, oppgaver og arbeidshverdag. Dette er områder hvor det påpekes at det til tider føles som om spesialisthelsetjenesten generelt har noe begrensede kunnskaper om, noe som bidrar til å skape avstand mellom nivåene.

5.3.1 Livet i den ”virkelige verden” – kulturforskjeller, et uutnyttet potensial?

Det er for øvrig ikke kun mellom de to nivåene at slike forskjeller merkes. Det også påpekes av noen at de ser forskjeller mellom ansatte som har en helsefaglig og en sosialfaglig bakgrunn. ”Vi sosialarbeidere kan synes at det er vel mye fokus på diagnose og sykkelighet. Vi er mer trent i å se ressurs tenkning i forhold til folk. Det er det vi har fokus på” (informant ACT). En annen forskjell som beskrives er at ansatte i spesialisthelsetjenesten kanskje har en annen grense for hvor mye det er ”lov å trenge seg på brukeren”. Hvor ansatte i spesialisthelsetjenesten kanskje er mer vant til bruk av tvang og andre rammer blant annet når det gjelder bemanning og antall ansatte på vakt. I motsetning til kommunen som generelt har mye lavere bemanning, samtidig som institusjoner ikke gir samme selvbestemmelsesrett som i botiltakene, hvor de ansatte arbeider i brukernes hjem. Dette kan også ses som en kulturforskjell, hvor brukerens selvbestemmelse er sterkere i den ”virkelige verden” enn i en institusjon. Hvis vi snur dette bildet, kan det kanskje også tenkes at ansatte i kommunen ikke ser den ”virkelige sykdommen” til brukerne? Da kommunalt ansatte ikke ser brukeren i perioden de er innlagt, hvor de kanskje er på sitt dårligste. Virkeligheten vil alltid ha flere sider og formes av øynene som ser, avhengig av hvilke ”briller” vi tar på oss. Hvilket virkelighetsbilde som får gjennomslag og påvirker arbeidet handler ofte om maktspekter, hvor spesialisthelsetjenesten tilegnes større makt en kommunen noe som fører til en skjevfordeling ifølge flere av informantene. Dette vil videre kunne ha innvirkning på samarbeidet dem imellom.

De møtepunktene blir jo litt sånn at ... det ser jeg jo spesielt i forhold til akuttpostene og langtidspostene som vi samarbeider med at vi må komme til dem. Dem kommer aldri ut til boligen. Så der er vi veldig sånn... vi er litt ydmyke; ja klart det, bare vi får til et møte vi med en lege så springer vi halve jorden rundt ((ler)). Så da blir det litt skjevfordelt da. Makten er litt sånn skjevfordelt (informant botiltak).

Dette eksempelet gir en konkret beskrivelse av hvordan skjevfordelingen kan oppleves i praksis, mens andre beskrivelser går mer på en opplevelse eller følelse av maktforhold.

Som jeg på en måte får inntrykk av gjennom folk som har jobbet lenger er at dem kanskje føler at dem sånn faglig sett blir sett litt sett ned på da av dem som jobber i spesialisthelsetjenesten. Fordi dem er flinke ikke sant og vi kan bare sånn littegrann. Men det begynner kanskje å bedre seg og snu litt (informant botiltak).

At det trekkes frem en endring på dette punktet, hvor maktforholdene kanskje ikke eksisterer i samme grad som før var noe jeg ønsket å utforske nærmere. Informantene som er sitert nevnte videre at dette kunne ha sammenheng med at representanter fra spesialisthelsetjenesten hadde hospitert i boligen og dermed fått mer kunnskaper om deres hverdag, mens en annen informant trekker frem kommunens økte bevissthet rundt egen kompetanse som en annen årsak. Et eksempel på dette var i sammenheng med at en beboer skulle skrives ut av avdelingen vedkommende var lagt inn på, hvor ansatte fra botiltaket fysisk dro til avdelingen brukeren bodde på. Bakgrunnen var å vise de ansatte på avdelingen hvem de var, samtidig som de også fikk gitt informasjon om brukerens boligsituasjon og de fikk vist en tydelig interesse for brukeren. Det at noen av informantene mener at det har skjedd en forandring på dette punktet kan derfor ses i sammenheng med økt forståelse for hverandres hverdag, hvor mer personlig kontakt og bevissthet rundt egen såvel som andres kompetanse har bidratt til denne opplevelsen.

Når det gjelder kulturforskjeller var ikke dette noe jeg merket meg nevneverdig under observasjonene, til tross for at det var tema for samtlige informanter i større eller mindre grad. Det eneste som var merkbart var i forhold til medisiner, hvor noen naturlig nok hadde mer kunnskap om dette ut ifra yrkesbakgrunn. utfordringer knyttet til kulturforskjeller bidrar til å skape diskusjoner og gjennom dette faglig utvikling, som dermed kan bidra til å skape nye muligheter. Det at utfordringene er noe annerledes i institusjoner enn i kommunale botiltak gjør det nødvendig med kunnskap om hverandres hverdag. ACT kan være en bidragsfaktor i arbeidet med å øke gjensidighetskunnskapen, og bidra til bedre forståelse for hverandres arbeid og slik skape mindre avstand. Når noe blir synliggjort og gjøres til tema for diskusjon kan det også bidra til utviklingspotensial. Forskjellene som nevnes knyttes kun til ulikheter mellom de to nivåene, men det kan også tenkes at dette oppleves mellom ulike enheter i kommunen eller forskjellige tilbud i spesialisthelsetjenesten. En av informantene reflekterte rundt nettopp dette, hvor innholdet i samarbeidet muligens kan være en bidragsfaktor til at kulturforskjeller oppleves sterkere og kommer tydeligere frem i møte med spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder kommunene så (...) så er det gjerne sånn at vi ringer, også gir vi beskjed også ordner de opp i det. Vi har kanskje ikke like mye samtaler og gjensidig rådgivning og rådslaging med andre i kommune fordi der er det på en måte vi som gjør det meste av jobben. Vi får bistand til vedtakene og økonomiske råd av og til.

Men det er litt mer sånn clean cuts, det er ikke så mye mulige konfliktområder og misforståelser der (informant botiltak).

Slik samarbeidet beskrives kan det synes som om det er flere potensielle konfliktområder i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette på bakgrunn av at det i større grad innebærer veiledning, og drøftinger rundt hensiktsmessig og rett fremgangsmåte i forhold til de enkelte brukerne. I motsetning til samarbeidet med andre i kommunen som i større grad innebærer søknadsbehandling og dermed ikke nødvendigvis innebærer like mye kontakt eller uenigheter. Når det er praksis som er gjenstand for diskusjon vil dette i større grad åpne opp for uenigheter og forskjellige perspektiver på mulige fremgangsmåter, noe som kanskje bidrar til at de ulike synene kommer tydeligere frem. De nevnte kulturforskjellene er imidlertid ikke nødvendigvis negative, men kan heller ses på som et utviklingspotensial som kan bidra til økt kompetanseoverføring.

5.4 ACT- teamets ulike funksjoner ovenfor botiltak psykisk helse

Samarbeidet kan fylle flere funksjoner både overfor de ansatte og for brukerne selv, som for øvrig vil bli berørt av samarbeidet uavhengig av om de er direkte involvert eller ikke. En av de tydelige fordelene slik informantene beskriver forholdet dem imellom er graden av personlig kontakt og hvilke følger dette får for samarbeidet i praksis.

Det gjør at man tilgir mer, man har møttes oftere. Altså har stått og fliret sammen og blir litt mer sånn personlig kjent og da kan man være ærligere til hverandre og det blir ikke så mye som er usagt. Det er så mye lettere når man faktisk kan spøke litt sammen og si ifra om at nå synes jeg kanskje du tar litt feil... sånn føler jeg at det er med mange av de i ACT nå da (informant botiltak).

Samarbeidet fremstår som hensiktsmessig fordi det virker som om partene stoler på hverandre, respekterer hverandres kompetanse og kan være ærlige med hverandre. Faktorer som har blitt styrket gjennom personlig kontakt, hvor det har vært rom for humor og for å luften frustrasjoner. Samarbeidet beskrives som fleksibelt fra begges ståsted, hvor mengde og kontakt form varierer ut ifra behov. Disse faktorene vil også være av betydning for hvordan de ulike funksjonene oppleves og om de fører til gevinster for de involverte partene. Samarbeidsforholdet mellom ACT-teamet og botiltakene varierer i innhold fra undervisning,

veiledning for hele personalgruppen, et av teamene eller direkte i forhold til enkelte brukere, avhengig av henvisningene. I denne delen av oppgaven vil jeg gå nærmere inn på de ulike funksjonene ACT-teamet har i samarbeidsforholdet, for deretter å se på hvilke gevinster samarbeidet kan gi for ACT-teamet, botiltakene og ikke minst hva tror de ansatte at samarbeidet betyr for brukerne. I oppstarten av oppgaven antok jeg at ACT-teamet kunne ha en brobyggerfunksjon hvor deres arbeid på tvers av nivå hadde ført til en reduksjon i opplevelse av avstand til spesialisthelsetjenesten. Denne funksjonen ble bekreftet av noen, mens andre igjen stilte seg litt mer spørrende til dette og vektla istedet andre funksjoner. På bakgrunn av dette, var brobyggerfunksjonen et naturlig sted å starte.

5.4.1 Brobygger og megler

Funn fra evalueringen av PART (Bjørgen og Westerlund 2009) påpeker at denne typen team kan ha en brobyggerfunksjon som bidrar til å redusere avstanden mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Et av flere interessante funn fra evalueringen var at andre instanser i spesialisthelsetjenesten opplevde det som en trygghet å ha PART fordi de følte at det skapte sikkerhet rundt at behandlingen de hadde startet ble videreført og fulgt opp i det kommunale systemet (ibid.). Det er også grunn til å anta at DPS eller Østmarka også føler det på samme måte overfor ACT, uten at jeg kan dra noen konklusjoner angående dette. Samtidig som det også i evalueringen påpekes at kommunalt ansatte opplevde at PART støttet opp under deres kompetanse og vurderinger rundt den aktuelle bruker (ibid.). Dette var også et viktig poeng som mine informanter påpekte, samtidig som rollen som potensiell brobygger og megler kan by på utfordringer hvor det er viktig å ”holde tungen rett i munnen”.

Det er mye kommunikasjon og potensialet er kjempe stort for at det blir ennå mer forvirring når vi nå blir en tredje part her. Men jeg føler at vi har bidratt positivt til å løfte opp boligen, kompetansen i boligen (informant ACT).

Samme informant gir et godt eksempel på en slik situasjon hvor deres rolle som mellomledd er av betydning. Situasjonen som beskrives omhandler innleggelse av en bruker, hvor det oppleves at sykehuset og botiltaket ikke drar i samme retning. Dette skjer på bakgrunn av at sykehuset uten vilje bidrar til å motarbeide miljøterapeutiske opplegg som er laget i boligene i tilfeller hvor det er snakk om innleggelse. Måten de motarbeidet hverandre på var at boligens kriseplan (som omhandler retningslinjer for eksempel i forhold til innleggelse og forebygging av dette) innebar at brukeren skulle kontakte personalet på basen, men gjennom

at sykehuset tok imot brukeren uten at personalet i boligen var informert signaliserte det til brukeren at dette var okey. Dette vil videre underminere kriseplanen som dermed ikke får den rollen den er tiltenkt.

Vi har en som ikke tok kontakt med personalet i boligen overhodet. Så bøttet han inn på masse alkohol, ble mer og mer psykotisk. Også ringer han bare drosje, også er han inne på Østmarka. Så er det masse styr, han skal tilbake i boligen også blir det laget planer. Basen laget et program og et opplegg med vedkommende som fungerte lenge. Også skiftes det ut på Østmarka med folk igjen, så kommer det nye turnuskandidater og ass.leger som er de som går i vaktskifte. Så var vi i gang igjen (informant ACT).

For at endringene skal bli varige og samarbeidet fungere hensiktsmessig påpekes viktigheten av informasjonsflyt og at alle ansatte er informert om fremgangsmåten også deltidsansatte/vikarer som ikke er tilstede på arbeidsplassen hver dag. Ved at ACT også i stor grad har kontakt med spesialisthelsetjenesten kan de bidra til å forsikre seg om at informasjonen spres og at begge siders interesser og synspunkter blir ivaretatt. På den måten kan de ha en brobyggerfunksjon eller også potensielt en meglerrolle. Disse rollene blir fremhevet fra begge sider, hvor det er mange faktorer å ta hensyn til og utfordringer som kan dukke opp. Det kan imidlertid tenkes at ACT har gode forutsetninger for å lykkes med nettopp dette fordi de har god kjennskap til begge nivå og dermed har kunnskap om ulike kulturer, språk, rutiner og rammer. De har altså god gjensidighetskunnskap. Ved å løfte frem boligens kompetanse bidrar de også til å øke kunnskapen om kommunalt arbeid inn i spesialisthelsetjenesten og omvendt. På den måten kan de ses på som en brobygger.

På en annen side kan det stilles spørsmålsteget ved om det er ACT som har ført til denne funksjonen eller om personlige egenskaper hos medlemmene og den lokale tilpasningen av modellen har vel så mye om ikke større betydning. Noen er kritiske til om ACT har bidratt til større kompetanse om kommunalt arbeid, mens andre igjen er tydelige på at dette er en effekt av ACT som følge av at teamet består av ansatte både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Videre påpekes det at deres brobyggerrolle og opplevelsen av redusert avstand til spesialisthelsetjenesten også kan ha sammenheng med hospiteringer både med og uten involvering fra ACT. Slik at kanskje hospiteringer og annet lignende arbeid kan gi samme effekt og følelse av redusert avstand mellom nivå.

I hvert fall på langtidspostene på Østmarka så er dem flinke til å komme hjem til dem å følge opp altså. Så sånn sett er det også kanskje like bra (...) Men det begrenser seg jo hvor mye de kan følge opp, dem på postene også da (Østmarka). Så kanskje det er en sånn tilleggs BELASTNING for dem. Mens ACT er jo ute... det er jo det dem gjør. Sånn at den oppfølgingen som dem på langtidspostene gjør er kanskje mer (...)som dem gjør for å være reale, at dem ikke er pliktige til det (informant botiltak).

Det at også andre instanser i spesialisthelsetjenesten iblant drar ut kan støtte opp under dette. Forskjellen er imidlertid at andre instanser ikke nødvendigvis er pliktige til dette, men de gir en ”ekstra tjeneste” i motsetning til for ACT hvor det er innebygd i modellen og på den måten er mer tilrettelagt for den type aktivitet. Uavhengig av dette vil det uansett være viktig med kontakt mellom bruker og aktuell behandlingsinstans. Oppsøkende arbeid vil kunne gjøre det lettere å opprettholde kontakten da mange av brukerne har problemer med å følge opp avtaler, møte på offentlige instanser eller generelt å komme seg ut av boligen for eksempel på grunn av angstproblematikk.

5.4.2 Behandlingsfunksjon overfor brukerne

Når det gjelder behandlingsutbytte kan det være vanskelig å vurdere om det som gjøres kan regnes som god behandling eller ikke. Elementer som er sentrale innenfor ACT- modellen når det gjelder behandling er ”medikamentell behandling, symptomlindring, integrert behandling av rusavhengighet og psykisk sykdom, familiestøtte og bistand til sosial og yrkesmessig rehabilitering” (Pöyry 2011:1). Behandlingen retter seg mot brukerne men resultatene vil også kunne være tydelige for de ansatte i botiltakene siden de omgås brukerne daglig. På spørsmål om hvilken funksjon ACT har eller kan ha for brukerne svarte en av informantene at de kan være;

En ekstern samtalepartner for enkelte. Noen som ikke er så tett på som oss, som dem kan lufte litt tanker til, frustrasjoner. Bistå brukerne med mer behandlingsrettede samtaler enn det vi personalet i boligen kan. Ehm til enkelte av beboerne så har dem rett og slett en funksjon der dem får med personen ut på et eller annet. I og med at de har mer tilgang på bil og penger til å delta i aktiviteter (informant botiltak).

Både behandlingsrettede samtaler og aktiviteter er elementer som også nevnes av flere informanter i forhold til hva ACT-teamet gjør for brukerne. Når det gjelder behandlingen er

ikke den nødvendigvis så lett å se for de ansatte i botiltakene, og flere av informantene tok opp brukernes behandlingspotensial som tema hvor det var litt ulike meninger. *”Selv om behandlingspotensiale for de fleste beboerne her kanskje er ganske dårlig så er det nok mange som vil profitere på å ha oppfølgingssamtaler og kan holde seg mer stabil på grunn av det”* (informant botiltak).

Det som var interessant var at det fra botiltakenes side var tvil om beboernes behandlingspotensiale, mens det motsatte kom frem i samtale med ansatte i ACT. Dette kan tyde på at behandlingseffekten er vanskelig å vurdere. Hva som uttales som mål for behandlingen vil også kunne være av betydning, da ordet behandling gir assosiasjoner til friskhet. Blir vi syke mottar vi behandling og blir bra. For noen av brukerne vil det å bli helt ”frisk” være en lang eller kanskje umulig vei, slik at bedring er et mer riktig ord å bruke. Bedring kan som tidligere nevnt dreie seg om *sosial* eller *total* bedring (Topor 2006), hvor arbeid med *sosialbedring* sammenfaller godt med miljøarbeidet som gjøres i boligene. Mens *totalbedring* kanskje er vanskeligere å oppnå for mange. På den måten kan boligene ses som arena for bedringsprosesser, recovery arbeid (se avsnitt 5.7.2.1). Behandling og bedringsprosesser kan forøvrig også ses i kombinasjon med medisinske vurderinger, som er en viktig del av behandlingen av psykiske lidelser (ibid.).

5.4.2.1 Oppfølging av tvunget psykisk helsevern og medisiner

Det er ikke kun ansatte som fremhever viktigheten av riktig medisiner, ifølge Topor (2006) påpeker også mange av brukerne at medisiner er en sentral del av deres bedringsprosess. Av den grunn er det viktig at brukerne til en hver tid får rett type og mengde medisiner. Grunnen for at medisin er viktig er at den kan *”gi brukeren mulighet til hvile. Den kan minske eller ta bort visse symptomer og dermed åpne for muligheten til at brukeren kan begynne å arbeide med de problemene han strir med”*(Topor (2006:154). Samtidig som medisiner er en viktig del er det også utfordringer forbundet med dette, spesielt når det gjelder a og b preparater som gis til personer med dobbeltdiagnoser, da disse er vanedannende (Bratteteig, Hove og Aakerholt 2008). At brukere med et rusproblem på tvunget psykisk helsevern gis vanedannende medikament kan, som tidligere nevnt, skape nye type utfordringer for boligene spesielt hvis det er kriminalitet inne i bildet. Samtidig har oppfølgingen i boligene gitt positive effekter for ACT, i forhold til å følge opp det tvungne vernet. I samtaler ble det påpekt at personalets daglige oppfølging av brukerne har bidratt til at noen av brukerne har fått opphevet sitt tvungne vern. Dette oppleves trygt for ACT-teamet

da de vet at de får tilbakemelding på om det fungerer eller ikke, slik at det også hurtig kan gjøres forandringer hvis vernet må aktualiseres igjen. Samarbeidet med å følge opp et eventuelt vern er viktig fordi det er en utfordrende gruppe og følge opp fordi;

mange isolerer seg og vil ikke ha kontakt med dem i basen heller, og hvor lenge skal man gå i forhold til det dem står på medisiner, og dem er kanskje på tvangsparagraf. Hvor lenge skal du la dem være for seg selv, det kan være mange sånne spørsmål som det kan være greit å drøfte med andre tenker jeg (informant ACT).

Det å få drøftet problemstillinger tilknyttet medisin er viktig, hvor ACT-teamet fremheves som lettere å komme i kontakt med enn fastlegen, som er medisinsk ansvarlig for de som ikke følges opp medisinsk fra ACT-teamet. Utfordringen her er hovedsakelig det at mange av brukerne har problemer med å komme seg til legen, og at deres relasjon til fastlegen kan være svak eller ikke-eksisterende. Når det gjelder innleggelse for disse brukerne, er prosedyren at legevakt kontaktes og tar den avgjørende beslutningen på bakgrunn av botiltakets opplysninger. Denne prosessen oppleves fra de ansattes side som tidkrevende og mer tungvint enn når ACT-teamet er inne i bildet og det er opprettet krise- og mestringsplan som kan gi rammer for prosedyre rundt innleggelse.

Det som oppleves frustrerende i forhold til legevakten er at det tar så lang tid før dem kommer. Mens det å argumentere for innleggelser der er jo veldig enkelt, for dem kjenner vel veldig på det at dem ikke tør så veldig mye annet når dem hører vår argumentasjon og beboers, for det kan jo være beboere som ønsker å legge seg inn også (informant botiltak).

En positiv ting med fastlegene er imidlertid at det oppleves som lettere å nå frem og at det kreves mindre argumentasjon enn overfor spesialisthelsetjenesten (utenom ACT). De ansatte i botiltaket føler seg dermed hørt, og de opplever at deres kompetanse og kunnskap vektlegges.

5.4.2.2 Behandling på bortebane

Det å høre brukers ønske og gjøre faglige vurderinger ut ifra disse, er en kunst hvor det å ivareta beboer og ikke overtrede grenser er viktig. Kommunikasjonen utspiller seg på deres arena og at vi trer over dørstokken i det som er deres hjem, noe som gir utfordringer for de

ansatte (Ådland og Alsaker 2004). Det å komme hjem til folk kan ha positive effekter på relasjonen, men det kan også skape hindringer i arbeidet da det ”*av og til blir ineffektivt å gå hjem. Da blir du betraktet som gjest, og det blir vanskelig å holde den avstanden som er nødvendig i et profesjonelt forhold*” (Almvik 2000b: 259), samtidig som det er vanskeligere å styre ytre forstyrrende elementer enn i en kontor setting. I brukeres hjem kan arbeidet bli forstyrret av naboer eller venner som kommer på døren eller ringer på telefonen (Almvik 2000b). På en annen side kan dette gi nyttig informasjon rundt hvem beboeren har kontakt med på fritiden og hvordan relasjonene utspiller seg i forhold til om de er gunstige eller destruktive for beboeren. I tillegg til ”gratis informasjon” gjennom å observere hvordan hjemmet ser ut, og hvordan brukeren fungerer til daglig. Botrening kan gi muligheter for å opprette relasjoner gjennom delte opplevelser, samtidig som det bidrar til å øke risikoen for å komme for nær.

Å dra på hjemmebesøk kan også være utfordrende i forhold til å bli utsatt for truende atferd. Her vil samarbeidet med botiltakene være gunstig for ACT-teamet da de aldri vil være helt alene, samtidig som de kan ha delte opplevelser å diskutere, drøfte case og komme frem til løsninger sammen (Almvik 2000b). Det å skulle drive behandling i hjemmet gir derfor både fordeler og ulemper som det er viktig å være klar over og ha et reflektert forhold til. Det må være bevissthet rundt hva som er behandling og fokus på fremdriften av denne til tross for at settingen ikke umiddelbart tilsier at samtalen er terapeutisk, da samtalen for eksempel kan finne sted over oppvaskkummen. Det at omgivelsene er trygge og stemningen er mer avslappet kan bidra til at både den profesjonelle og brukeren senker skuldrene sine. På den måten kan også meningsfulle og avgjørende samtaler finne sted i brukerens hjem.

Det er noen av de mest meningsfulle samtalene der jeg føler at jeg har fått gjennombrudd for... (...)både i relasjon til bruker, i forhold til å finne en balanse på tvunget psykisk helsevern, som er helt pyton, der vi har fått lov til å komme hjem til bruker og der jeg omsider får innpass og aksept. Der vi blir enige om at; ja, vi prøver ut den her depotmedisinen. Jeg har jo ikke noen plager av den, vaske, vaske, flytte opp i skapet. Jeg har jo ikke det, så nå kan jeg gå med på å samarbeide ((illustrerer samtale underveis i oppvasken)) (informant ACT).

Det som skjer innenfor hjemmets fire vegger av behandlingsmessig karakter blir dermed ikke nødvendigvis så tydelig for utenforstående, og det kan virke som om arbeidet kun går ut på ”å

vaske kopper”. Mens det i realiteten kan være en åpner for videre behandling og aksept. Ved at dette ikke tydeliggjøres kan det være lett og tenke at ACT-teamet kun kommer inn og gjør artige ting hos brukeren og at de blir ”den snille parten” i samarbeidet, eller får ”besteforeldre rollen” som en av mine informanter så fint beskrev det.

5.4.3 “Besteforeldre” og den ”snille onkel”

- utfordringer knyttet til overlappende oppgaver, å arbeide med eller mot hverandre?

Når det gjelder måloppnåelse og utforming av felles forståelse for retningen av arbeidet, påpekes det i evalueringen av PART at det opplevdes en større enighet mellom PART og spesialisthelsetjenesten enn det var mellom PART og kommunen (Bjørngen og Westerlund 2009). Årsakene til dette var blant annet større kontaktmengde og bruk av samme journalsystem. I min undersøkelse ble også ulike journalsystem fremhevet som en utfordring samarbeidsmessig, men det virket ikke på meg som om det hemmet samarbeidet i større grad. Da de allikevel hadde hyppige møter og mye kontakt, noe som kan bidra til at en felles forståelse er der på tvers av nivå. Ingen av informantene nevnte en opplevelse av at de jobbet mot ulike mål, i allefall ikke i saker hvor botiltakene selv hadde henvendt seg til ACT-teamet. Samtidig er kanskje dette også avhengig av hva det samarbeides om, er det veiledning, undervisning eller brukernes behandling. Hvor behandlingseffekten kan være vanskeligere å se for ansatte i botiltakene, og det kan virke som om ACT-teamet kun kommer og tar brukeren med ut på artige aktiviteter og dermed får en ”besteforeldrerolle” som en av mine informanter kalte det. Mens botiltaket står igjen som ”forelderen” som må være den som setter krav og tar upopulære avgjørelser.

Dem blir liksom litt sånn som besteforeldrene som kommer ikke sant en gang i uken og drar ut på kafé og dem har med en bolle eller to ikke sant ((smiler)). Det blir veldig sånn ”besteforeldrerollen” mens vi er ”foreldrerollen”. Men... dem er jo flinke dem i ACT å synes jeg til å (...) si til oss å at det er vi som kjenner brukeren det er vi som skal ha, vi i boligen, som skal ha ansvar og oppfølging (informant botiltak).

I dette grenselandet kan det imidlertid være overlappende oppgaver som kan gi frustrasjoner hvis disse ikke er klart definerte. Samtidig som grensene ifølge Rogan (2004) aldri vil kunne være klare og tydelige fordi lovverket kun gir overordnede rammer. Han oppfordrer derfor til å gjøre ”gråsonen” som han kaller det til en arena for samarbeid og ikke ansvarsfraskrivelse, som lett kan bli en konsekvens hvor hver part tenker at ”dette gjør ACT”, eller ”dette gjør

botiltakene derfor trenger ikke vi å gjøre dette”. Å ta med brukerne ut på aktiviteter eller bidra til at de opprettholder avtaler, er også noe botiltakene gjør. Manglende ressurser og det faktum at flere av botiltakene ikke disponerer egen bil, men må avtale å låne fra andre boliger, bidrar imidlertid til at de ikke alltid har mulighet til dette. Her fremheves ACT som viktig, hvor deres egne ressurser kommer til kort. Samtidig har nettopp dette vært en faktor som har gjort at noen har følt av boligens arbeid har blitt underminert.

Enkelte av mine kollegaer har følt litt på det at de har blitt litt underminert av at ACT har andre muligheter, og at ACT har blitt den der ”snille onkelen” som kommer og redder dagen. Det har vært episoder der personalet har måttet sagt nei til å spandere mat på beboerne der ACT har kommet med mat på døren til vedkommende etterpå. Hvor det kanskje underminerer miljøterapien i det å ha sin egen økonomi da... for det er jo litt av vår jobb også å være litt sånn, som stiller krav til beboerne og få dem til å ta ansvar (informant botiltak).

Dette gjaldt spesielt i starten av samarbeidet hvor de arbeidet med å definere hva og hvordan samarbeidet skulle foregå. For å unngå at rollene overlapper og det oppstår situasjoner hvor den ene parten føler seg motarbeidet, er det viktig å avklare roller og arbeidsoppgaver. Det var tydelig gjennom intervjuene at det hadde vært en prosess å definere hva arbeidet og samarbeidet skulle innebære og at det stadig var en prosess. De ansatte i ACT-teamet var også tydelige på at de ikke skulle gå inn og ”erstatte” relasjonen til de ansatte i botiltakene og slik bli en konkurrent.

Det vi så etterhvert var at vår rolle som ACT-team aldri må være å gå inn mer enn det personalet i boligen gjør selv. Fordi den viktigste relasjonen for de som bor i boligene er til personalet i boligen og ikke til ACT. (...) Og litt sånn obs på at det kunne oppstå splitt, der brukeren på en måte favoriserer. Heller vil snakke med ACT en personalet på boligen, må ikke skje. Vi skal ikke inn der og bli en form for konkurrent til den relasjonen som skal være i boligen (informant ACT).

Dette var også en av utfordringene som kom frem i evalueringen av ACT i Mossregionen hvor det ble knyttet til at ”mye av den bistanden ACT-teamet gir, tilhører det som vanligvis betraktes som kommunale ansvarsområder. Samtidig er ikke ACT en totalinstitusjon som

overtar all bistand i forhold til pasientene der de går inn” (Pöyry 2011:4). I forlengelsen av dette ønsket de også et tettere samarbeid med ACT. Dette var imidlertid ikke tilfelle i min undersøkelse hvor samtlige informanter var fornøyd med kontaktmengde dem i mellom og fremhevet også at hyppigheten av kontakt varierte, noe som de var fornøyd med. Det er eller ikke nødvendigvis negativt at rollene overlapper, kanskje er det nettopp en faktor som bidrar til at det fungerer, ved at det skaper trygghet og kontinuitet. Da *”en kan gjerne trække i hverandres bed, men ikke oppå hverandre*” (Aakerholt 2006:229).

5.4.4 Veileder

I intervjuene var det veilederfunksjonen som fremstod som mest sentral for samarbeid (fra begge sider), og gav mest gevinster for de ansatte da jeg tolker den som å ha direkte helsefremmende effekt (utdypes i 5.7.3.1). Dette stemte imidlertid ikke med mine antagelser på forhånd som gikk ut på at brobyggerfunksjonen var den mest fremtredende funksjonen. ACT fremhever også veilederfunksjonen som den mest sentrale ovenfor botiltakene. *”Vi kommer ikke inn som eksperter vi altså. Det er dem som er ekspertene altså, men vi kan hjelpe dem til å bli litt bedre eksperter på det dem selv står i*” (informant ACT). Trygging, støtte og diskusjon er stikkord som nevnes når tema veiledning kom opp og informanten fra ACT-teamet påpeker selv at de ikke kommer inn som eksperter men mer som en ekstern samtalepartner. I en rapport fra Helsetilsynet (2007) tas veiledningsplikten opp som en mulig utfordring i samarbeidet i forhold til at gjennom denne plikten får spesialisthelsetjenesten (som navnet tilsier) en spesialistrolle, hvor faren er at de glemmer å være lydhør for kommunens ønsker, behov og kompetanse.

Denne utfordringen var ikke tilstede i min undersøkelse, og veilederforhold er kanskje heller ikke rett ord, men kanskje diskusjonspartner er mer dekkende, da veileder gir assosiasjoner til en som vet og kan mer. På en annen side har ACT mye kompetanse på problematikken til mange av brukerne og kan slik være eksperter. *”ACT er en litt sånn veiledende part da for oss, vi kjenner jo beboeren best men dem kan feltet best føler jeg da. Dem har mye råd i forhold til både lovverk, medisiner, rusing og sykdomslære*” (informant botiltak). Men som det påpekes så er det ansatte i botiltaket som er eksperter på deres hverdag og har daglig kontakt med brukerne. Nettopp fordi veiledningen er praksisnær hvor de tar utgangspunkt i enkelt brukere eller case, og ikke i form av ”teori undervisning” med et mer overordnet fokus på brukernes problematikk (som kanskje er vanskeligere og relatere til praksis) virker veiledningen kompetansehevende. Og er derfor en viktig bidragsfaktor for

kompetanseutvikling og -overføring mellom de to nivåene. Sitatet i forrige avsnitt viser en tydelig respekt og anerkjennelse av botiltakenes kompetanse. Fordelen med slike tilbakemeldinger og sosial støtte som denne respekten kan gi er at *“proper feedback fosters learning, thereby increasing job competence, whereas decision latitude and social support satisfy the need for autonomy and the need to belong”* (Bakker og Demerouti 2007: 314). I forlengelsen av denne funksjon ble også en annen rolle nevnt, nemlig container funksjonen.

5.4.5 Container

Gjennom veiledning får de ansatte i botiltakene også utløp for eventuelle frustrasjoner hvor de for eksempel ikke føler de når frem til brukerne.

De fungerer både som sånn veiledende part og litt sånn ”søppelbøtte” for oss. For hvis jeg er kjempe frustrert da ikke sant, jeg får ikke til noe med han Per nå så kommer dem, også kan jeg si at det har skjedd sånn og sånn, også kommer dem med noen innspill og er behjelpelige (informant botiltak).

Det at ACT har kontakt med både ansatte og beboerne kan for øvrig stille ACT i en vanskelig situasjon som potensielle meglere, da det kan tenkes at de også benyttes som containere for brukerne. Dette i kombinasjon med at de ennå er i en prosess med å utvikle seg internt gjør det desto viktigere at de også har en container for utløp av sine frustrasjoner og tanker.

Til et av internmøtene ble jeg tilbudt å legge frem et tema for diskusjon, noe jeg satt stor pris på. Jeg forberedte derfor å gi teamet en oppgave tilknyttet opplevelse av egne roller, Belbins teamroller, som deretter skulle bli drøftet i plenum hvor teammedlemmene skulle si noe om sin opplevelse av de andres roller. Ideen til dette kom hovedsakelig fra en av informantene selv som i intervjuet fortalte inngående om opplevelse av utfordringer knyttet til roller og utvikling i en teamprosess. Da møtet skulle avholdes, ble det imidlertid forandringer fordi det var mange tema de selv synes var presserende og som de gjerne ville bruke tid på å diskutere. Jeg så det derfor som mer hensiktsmessig at min oppgave utgikk og at møtet fikk gå som planlagt. Dette viste seg å være mye bedre også for min oppgave, da møtedeltakerne etter min opplevelse viste en veldig åpenhjertig og sårbar side. De var konstruktive, ærlige, støttende og reflekterte angående temaet; arbeidsbelastning – teamfølelse. For meg var dette møtet av avgjørende karakter i forhold til mitt helhetlige syn på ACT. Før observasjonene og også delvis underveis så på dem som ”on top off their game”, dyktige, strukturerte og med full

kontroll over en ukontrollerbar situasjon. I dette møtet gikk det opp for meg at det å arbeide i et slikt team krever ekstremt mye av de involverte personene, og at teamfølelsen er veldig viktig for å kunne klare de arbeidsoppgavene de blir stilt overfor, som i stor grad inneholder konflikt og avvisning. Jeg er fortsatt av den oppfatning av at de mestrer oppgavene sine godt med stor grad av faglighet, men i dette møtet viste de også en mer personlig og sårbar side da det ble satt ord på opplevelsen av og ikke alltid å strekke til.

Resten av teamet opptrådte i denne situasjonen som veldig samlet, de var støttende overfor hverandre, ærlige i egne opplevelser og delte tankene sine med hverandre, samtidig som de var reflekterte og konstruktive i sine tilbakemeldinger. I stedet for å grave seg ned i bekymringer rettet de blikket fremover på hva de kunne gjøre for å styrke teamfølelsen. Det var spesielt et spørsmål som utpekte seg. Dette var et spørsmål som angikk deres drivkraft i arbeidet, og hva som motiverer dem til å fortsette. Dette er midt i kjernen av helsefremming i arbeidslivet, noe som også kom opp som tema i flere intervju hvor spesielt ACT sin veiledende funksjon og container funksjon bidrar til at ansatte i botiltakene klarer og stå i arbeidet som til tider er veldig emosjonelt krevende. På bakgrunn av at de er tett på brukerne, og har daglig kontakt som gjør at de følger dem gjennom gode og ikke fullt så gode dager. Hvor de i likhet med ACT-teamet ofte kan befinne seg i konflikter eller må tåle avvisninger hvor det å ha en ekstern kontakt som kan bidra til å gi andre perspektiver på utfordringene er gull verdt. Dette kan ses på som en stor gevinst av samarbeidet, men det var imidlertid heller ikke fritt for utfordringer.

5.5 Generelle utfordringer knyttet til samarbeidet

På spørsmål om det er noe som oppleves som utfordrende i samarbeidet, var svarene fra begge parter relativt like og omhandlet mange av de samme temaene. Ulike journalsystem, organisering av personal og bemanning var noen av områdene som ble nevnt. På spørsmål om utfordringer i samarbeidet kom også deres helhetlige opplevelse av samarbeidet frem. Dette fremsto som veldig positivt, hvor de i intervjuene ofte gav hverandre ros. *”Det å jobbe oppimot basene har vært en veldig positiv opplevelse for oss. Ikke spesielt utfordrende, det er dyktige fagfolk der og dem er veldig oppmerksomme og bevisst på det dem selv holder på med”* (informant ACT). Denne respekten for kompetanse kom også tydelig frem fra botiltakets side i forhold til hva ACT er gode på.

Et interessant funn i tilknytning til samarbeidets utfordringer var at de fleste begynte å snakke om hva samarbeidende parter muligens opplevde som utfordrende hos dem selv. Altså rettet de blikket mot hva som kan forbedres hos oss selv, hva kan oppleves vanskelig for andre i stedet for å se på hva som kunne vært annerledes hos de andre. Dette sier meg at de er villige til forandring, har evne til å være selvkritiske og tar samarbeidet på alvor. Et av områdene dette kom tydelig frem på var i forhold til boligenes bemanning. ”Jeg synes boligene er organisert sånn at dem er for kort på forskjellige plasser. Altså dem er for spredt, dem har en personalgruppe som server flere boliger som er spredt spinkelt utover” (informant ACT). Dette var en utfordring de ansatte i et av botiltakene var fullt klar over og tok opp som tema i forhold til hva de trodde ACT opplevde som utfordrende hos dem.

Dem (ACT) har ihvertfall synes at det er vanskelig at vi i personalgruppen er på to forskjellige boliger. Fordi de synes det er vanskelig å vite hvor vi er til enhver tid. En ting er at vi jobber turnus, og det andre er at vi er på to forskjellige boliger. Det vanskeliggjør samarbeidet litt, og det vanskeliggjør møtepunktene litt. Som jeg sier både til de i ACT og personale (i bolig) så er det ikke noe problem og være FLEKSIBEL (informant botiltak).

Dette området vil som nevnt kunne gi utfordringer i forhold til møtepunkter. Samtidig som det påpekes at denne måten å organisere personalet på har en hensikt for de som arbeider i botiltakene, da det kan bidra til avlastning fra krevende brukere og variasjon i arbeidet som av de ansatte fremheves som viktig. Møtepunktene og kontakten kan forøvrig bedres gjennom større fleksibilitet og ved at de ansatte i botiltakene informerer ACT-teamet om hvilken bolig de befinner seg på og eventuelt om de jobber dag eller kveld. Når det ikke er så mange ansatte på jobb samtidig er det desto viktigere med faglig trygghet og kunnskap rundt brukergruppen. Når det gjelder kompetanse om brukergruppen mente informanter fra kommunen i Brattrud og Granerud (2011) at de trengte mer kunnskap om dobbeltdiagnoser, og at kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten her var viktig for eksempel i form av veiledning. I min undersøkelse blir veiledningsfunksjonen spesielt trukket frem, hvor den beskrives som velfungerende. Informantene påpeker som vist at veiledningen var en av faktorene som gjorde at de klarte og stå i arbeidet. Samtidig som ACT-teamet sin arbeidsmengde eller *workload* også er en utfordring som det er enighet om, når det gjelder ACT-teamet sin hverdag.

Dette er en utfordring som påpekes fra begge sider, samtidig som det fremheves fra botiltakene sin side at de ikke opplever at dette går utover brukerne. Derimot kan det muligens påvirke samarbeidet og de enkelte personene. Det å ha for mange arbeidsoppgaver eller for mange brukere og følge opp kan føre til energi-tapping og dermed være en risikofaktor for utbrenthet. Dette kan imidlertid ses i sammenheng med opplevelse av *kontroll* hos den enkelte og følelsen av å ha nok ressurser tilgjengelig for å utføre arbeidet ut ifra de standarder og verdier vedkommende vektlegger i sitt arbeid (Maslach, Schaufeli og Leiter 2001). En mulig løsning på et problem eller mismatch tilknyttet *workload*, stor arbeidsmengde, kan være å rette blikket mot andre potensielle mismatch-områder (som tidligere nevnt) fordi *“people may be able to tolerate greater workload if they value the work and feel they are doing something important, or if they feel well- rewarded for their efforts, and so an intervention could target these areas of value and reward”* (Maslach, Schufeli og Leiter 2001:419).

Bruk av samme journalsystem kan kanskje være et område som bidrar til å redusere arbeidsmengden, ved at informasjon blir lettere tilgjengelig samtidig som det vil gi mer kontroll. Det kan også skape mindre frustrasjon da faren med ulike system kan være at det oppstår misforståelser hvor en samarbeidspartner har skrevet journal på et system du selv ikke har tilgang til og dermed tror at det ikke har blitt skrevet noe. Samtidig som dette kan skape mer arbeid ved at andre personer da må kontaktes for å få tilgang til rett informasjon. En utfordring som poengteres av en av informantene fra ACT-teamet; *”Helse og velferd dem etterlyser at vi ikke skriver nok rapport, men da er det jo kanskje noen fra St.Olavs som har vært inne og skrevet rapport i epj som dem ikke har tilgang til”* (informant ACT). Det er imidlertid ikke bare mellom system dette kan være en utfordring men også internt i ACT-teamet, da de også her har to ulike systemer avhengig av ansettelsesforhold. Her løftes det også frem fordeler med at de har to journalsystem.

Plutselig så flytter vi litt inn i Gericca, nå snakker jeg fra spesialisthelsetjenesten, jeg har elektronisk pasientjournal og forbindelsene inn imot et sykehussystem som jeg kjenner godt. Også kan jeg be om hjelp av X ((kommunalt ansatt)) og X kan se hva som har vært prøvd av kommunale tiltak og hva var det som gikk galt som gjør at man får samlet litt mer verden til et rike og DET er veldig okey (informant ACT).

På den måten kan det at ACT- medlemmene har ulike ansettesesforhold, og dermed ulike journalsystem, være en styrke for teamet fordi det gir andre muligheter for å få et helhetlig bilde av brukerne. I motsetning til hvis teamet for eksempel kun hadde bestått av ansatte i St.Olavs, hvor taushetspliktsbestemmelser muligens hadde bidratt til større utfordringer rundt det å få tilgang til opplysninger på tvers av nivå. Noen av informantene fra botiltakene påpeker at taushetsplikt kan være hemmende i samarbeidet med for eksempel DPS, hvor de mer eller mindre får ingen informasjon når de kontaktes i forbindelse med innleggelse eller utskrivelse av beboerne. Det at taushetsplikt trekkes frem som en utfordring når det gjelder eksternt samarbeid er ifølge Olsen (2004) vanlig. Årsaken til dette kan være en motvilje mot selve samarbeidet, for eksempel hvis dette er ”påtvunget” og på den måten benyttes som en unnskyldning. Dette på bakgrunn av at det finnes flere unntak fra taushetspliktsbestemmelsene slik at det ikke trenger å være et hinder for samarbeidet (ibid.). Dette er selvfølgelig en mulig forklaring, men det er ikke nødvendigvis slik at dette stemmer for mine informanter. Unntak fra taushetsplikten kan blant annet være forvaltningsloven § 13.a nr.1 (unntak etter informert samtykke fra bruker). Lovverket er sentralt for samarbeidet i form av generelle føringer, men lovverket bør ifølge Olsen (2004) ikke tillegges for stor vekt som styrende i utvikling av et samarbeid. Oppsummerende kan det virke som om utfordringene som kom frem under intervjuene i hovedsak rettes mot organisatoriske rammer som får konsekvenser for praksis.

5.6 Samarbeidsredskapers rolle og betydning for samarbeidet

I denne delen vil jeg reflektere rundt samarbeidsredskapers roller og betydning for samarbeidet med tanke på å opprettholde funksjoner og skape utvikling. Med samarbeidsredskaper mener jeg planer for fremdrift av arbeidet, ulike møter (som for eksempel ansvarsgruppemøte eller samarbeidsmøte), journalsystem eller metoder som for eksempel fokuserer på å bygge kommunikasjonsferdigheter, trygging av bruker etc. Formålet med samarbeidsredskapene skal her være å bidra til å styrke samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Redskaper som ansvarsgrupper, individuell plan og kriseplan påpekes av flere som viktige ledd i samarbeidet (Øverås og Fyhn 2006; Pöyry 2011; Danbolt, Kjøsberg og Lien 2010). Ikke alle disse redskapene benyttes aktivt i samarbeidet mellom botiltakene og ACT-teamet, men krise- og mestringsplan er et av de redskapene som kanskje blir mest brukt.

5.6.1 Krise- og mestringsplan

Krise- og mestringsplan innebærer som navnet tilsier rammer for krisehåndtering samtidig som den skal ha fokus på mestring. Det var hovedsakelig i forhold til kriseløsninger planen ble nevnt av mine informanter i forhold til innleggelsler.

Hva gjør vi, hva er faresignaler, når gjør vi hva, og hva gjør vi da. Det blir veldig oversiktlig, da er det trygt for beboeren å for da vet vedkommende at de har en sånn plan. Det kan synliggjøre behovene også da til beboeren eller kanskje det er noen faresignaler slik at vi som jobber her kan se de i god tid. Og hva kan vi gjøre for å hjelpe hvis vi ser dem (informant botiltak).

Fokus på faresignaler var interessant i forhold til at de arbeider ut ifra et recovery perspektiv, hvor identifisering av egne faresignaler kan bidra til større mestring av egen situasjon. Brukerperspektivet var også tydelig og ble løftet frem i forhold til planens hensikt og betydning for bruker. Hvor blant annet trygghet og mulighet for å tydeligere brukers behov ble trukket frem. For at planen skal fungere etter sin hensikt er det viktig at alle parter er klar over hva som står i den. Ifølge informantene er dette et redskap som fungerer godt, og som nevnes ofte både av informanter fra ACT og botiltakene.

5.6.2 Individuell plan

Individuell plan (IP) derimot er et samarbeidsredskap som i mindre grad ble brukt. IP kan beskrives som et samarbeidsverktøy fordi *”planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne”*(Individuell plan og koordinering 2011). Brukere som kan ha nytte av IP og som ifølge loven har krav på tilbud om dette er *”alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven”* (ibid.). På den måten kan IP bidra til koordinering av tjenester og et helhetlig tilbud til brukerne tilpasset den enkeltes ønsker og behov. Det er kommunen som har ansvaret for at en slik plan utarbeides, men spesialisthelsetjenesten vil også være en naturlig partner i arbeidet hvor brukerne mottar eller har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Det oppnevnes deretter en koordinator som har ansvar for at formålet om å sikre helhetlig oppfølging oppnås, blant annet gjennom å tydeliggjøre i planen hvem som har ansvar for hva, fremdriften i arbeidet, eventuelle tiltak som settes i verk og hvorfor. Brukers medvirkning er veldig sentral i denne prosessen.

I forbindelse med arbeidet rundt IP opprettes det ofte ansvarsgrupper hvor aktuelle samarbeidspartnere fra ulike instanser arbeider mot målsettingene som utarbeides i samsvar med den enkelte bruker. For at dette skal lykkes er det sentralt at arbeidet koordineres noe som kommunen har ansvar for (Sosial- og helsedirektoratet 2005). *"En ansvarsgruppe har ikke et eget formalisert lovbundet ansvar eller noen fullmakt. Hver representant har kun formelt ansvar for sitt fag og ansvarsområde"* (Sosial- og helsedirektoratet 2005:67). Til forskjell fra et samarbeidsmøte som *"foregår mellom de aktuelle faggruppene, og brukeren deltar ikke"* (Sosial- og helsedirektoratet 2005: 67). Ansvarsgrupper er heller ikke noe som nevnes i utstrakt grad, derimot benytter de samarbeidsmøter. Enten med eller uten beboer.

I evalueringen av PART kommer det frem at kommunen ønsker større fokus på blant annet ansvarsgrupper og arbeid med IP i samarbeidet med PART, da det er få som har en aktiv IP (Bjørngen og Westerlund 2009). IP fremheves heller ikke som et redskap som benyttes aktivt i samarbeidet av Brattrud og Granerud (2011). Her kan det sees en forskjell hos mine informanter hvor det ikke uttrykkes et savn i forhold til at de gjerne ville brukt IP i større grad, snarere tvert imot. Informantene opplyser at de færreste av brukerne har IP og at brukerne heller ikke ønsker IP, eller for å bruke deres ord *"jeg gidder ikke å ha en sånn plan"*. Slik at istedetfor å fokusere på dette har de i boligen laget en *"light versjon"*.

Vi har laget en sånn mini jeg vet ikke helt om vi kan kalle det en mini individuell plan heller.... En light- versjon, en samarbeidsavtale... og dem er ikke så veldig forpliktende annet enn at man signerer på den. Både beboer og primærkontakt signerer på den samarbeidsavtalen. Det går veldig på hva beboeren mener han trenger hjelp til. Det kan være vask av klær, det kan være økonomi, you name it (informant botiltak).

Bruk av IP trenger ikke nødvendigvis alltid å oppleves som noe positivt for brukeren. Under en samtale i observasjonsuken ble det reflektert over nytten av IP og dets potensial for brukeren. Møtet som blant annet omhandlet utarbeiding av IP fikk meg til å reflektere rundt hvem IP`en egentlig var for, da bruker selv ikke var representert i møtet og på meg virket det som om det kun var en formalitet som måtte på plass uten at innholdet ble gitt den helt store oppmerksomheten. Planen skal være til for brukeren og brukermedvirkning er derfor sentralt, dette var også en av konklusjonene i et prosjekt gjennomført i Rogaland i 2004 hvor de testet bruk av IP som redskap for å styrke samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten

(Samhandlingsprosjekt). Rapporten som ble skrevet av Trefjord og Hatling konkluderte med at;

det i noen tilfeller var viktigere med brukermedvirkning enn å prioritere rask framdrift i planarbeidet. Det viktigste er at brukeren er aktivt deltakende, selv om det fører til at det tar lengre tid å utarbeide en individuell plan (som sitert i Sosial- og Helsedirektoratet 2005:57).

Tilsynsrapport fra Helsetilsynet (2007) peker også på det at planen ikke er brukt slik den var tiltenkt, og at det ”ikke nødvendigvis er tilstedeværelsen av selve planen som er avgjørende, men at de funksjoner og prosesser som IP legger opp til er ivaretatt” (Helsetilsynet 2007:39). Det at informantene snakker om bruk av en ”light versjon” av IP kan tyde på at sentrale prinsipper fra IP blir ivaretatt selv om de ikke benytter dette redskapet i seg selv. Samtidig som det virker som om brukerne er med på utformingen og at brukermedvirkning derfor er tilstede i denne prosessen.

Det at planen kanskje virker mindre forpliktende enn IP kan kanskje bidra til at det er mer avskrekkende, samtidig som målene kan omhandle veldig hverdagslige ting som det å vaske klær eller handle mat. Terskelen er dermed ikke så høy for å lykkes, samtidig som det er rom for å forandre den underveis og oppjustere målene deretter. Når det gjelder kontakt med ACT kan muligens også dette innføres i denne planen, men det ble imidlertid ikke sagt noe om dette i intervjuene. For å kontakte ACT-teamet fremheves imidlertid SMS som et nyttig kommunikasjonsmiddel for å gjøre avtaler, hvor beboerne også har nummer til deres kontaktperson i ACT og ofte kontakter dem selv.

5.6.3 SMS som kommunikasjonsmiddel

SMS som kommunikasjonsmiddel, kan bidra til å gi hurtige og korte beskjeder eller påminnelser. For mange av brukerne vil det å bli påmint avtaler eller ha muligheten til å forandre de via SMS være positivt med tanke på at det for mange er vanskelig å huske alle avtaler samtidig som situasjonen raskt kan forandre seg. Det å avlyse eller forandre avtaler over SMS kan senke terskelen for kommunikasjon og dermed bidra til å opprettholde kontakten. Samtidig som en ulempe kan være at det å ta en telefon kan innebære mer personlig kontakt, som forsvinner gjennom bruk av SMS.

I likhet med hos ACT gjøres det også avtaler gjennom SMS i PART, hvor det påpekes at det er et viktig redskap når det gjelder å gi hurtige oppdateringer og beskjeder, som dermed kan bidra til kontinuerlige vurderinger (Bjørngen og Westerlund 2009). Dermed kan bruk av medier som SMS ses på som et nyttig redskap, et redskap som allerede er kjent og lett å ta i bruk for beboerne. Det virker heller ikke så formelt og kan dermed skape større nærhet mellom hjelpeapparat og bruker. Siden jeg ikke har intervjuet brukere er det vanskelig å si noe om bruken av SMS og opplevelsen av dette for brukerne i min undersøkelse. På bakgrunn av at teamene er relativt like og andre resultater fra evalueringen av PART stemmer godt overens med mine er det allikevel grunn til og anta at også dette vil oppleves likt. En av fordelene med bruk av SMS og lignende kommunikasjon er ifølge informantene fra PART evalueringen at de *"ikke presser for mye på målsetninger. Dette knyttes for det første til at man av den grunn ikke føler et for stort press til å sette mål for seg selv, som man ikke mestrer"* (Bjørngen og Westerlund 2009:19). En fordel med tanke på at det ikke alltid heller er så lett og si noe om hva som er ønskelig målsetning, i tillegg til at det å ikke mestre er noe mange av brukerne har erfaringer med som kanskje har ført til lav selvtillitt.

Å legge til rette for størst mulig medvirkning fra brukerne vil slik også kunne ha positive virkninger på deres mestrings- og selvfølelse. Dette gjelder både for samarbeid på tvers av nivå men også internt i de ulike instanser. Redskapene som har blitt presentert til nå kan benyttes på tvers av grenser, mens det i samarbeidsforholdet som er oppgavens fokus også er ulike redskaper som benyttes mer internt i ACT.

5.6.4 Interne ACT verktøy

"Tavlen" fremstår som et sentralt verktøy når det gjelder organisering av arbeidsuken, da den inneholder ukens avtaler og brukernes status. Den oppdateres daglig slik at de til enhver tid har full oversikt, hvilket også vil bidra positivt i samarbeidet med eksterne partnere. Videre bruker de også behandlingsplaner for hver enkelt bruker, hvor behandlingsmål defineres og kontinuerlig tas opp for vurdering gjennom behandlingsmøter. Siden det foregår en nasjonal evaluering av ACT er de også pliktige til å rapportere praksis gjennom ulike forskningsskjema. Informantenes forhold til disse er noe ambivalent, da de krever mye tid og kan være et stressende element samtidig som det kan føre til at de blir sittende utover arbeidstiden for å komme igjennom alt. På en annen side kan de være en god hjelp for å kartlegge brukernes situasjon, da det også er skjema som tas inn i samtale med bruker. Med tanke på brukerinvolvering, ble det påpekt et verktøy av mer praktisk karakter som for meg

fremstår som enkelt men betydningsfullt; sosial triangulering. Begrepet brukes blant annet i forhold til samtaler med barn, men jeg ser ikke noe i veien for at dette også kan benyttes for voksne. Metoden går ut på at den voksne bruker sin allerede trygge relasjon til brukeren for å introdusere nye personer, noe som gir signaler om at denne nye personen er ok. For barn er målet at det gir *”kommunikativ støtte og beskyttelse i den første, utprøvende fasen av en ny relasjon”* (Øvreeide 2009:82). Det kan også tenkes at sosial triangulering kan gi den samme støtten til ACT sine brukere på bakgrunn av historikk med brutte relasjoner som gjør det vanskelig å knytte seg til nye mennesker, samtidig som situasjoner hvor nye personer inkluderes kan virke både skremmende og utrygt for dem. En slik tilrettelegging av samtaler kan dermed virke betryggende. Dette ordet ble imidlertid ikke brukt av informanten selv, men det var dette som ble forklart; *”når jeg har trygget kontakten så kan jeg ta med meg noen av de andre inn for at vedkommende kan hilse på de sammen med meg som ”han” har blitt litt tryggere på”* (informant ACT). Et sentralt verktøy i en oppstartsfasen av samarbeidet, hvor ACT kan være med bruker i første møte med for eksempel botiltak, eller internt i ACT hvor andre team medlemmer tas med til bruker hvor den som kjenner brukeren best presenterer den andre. Hensikten vil her være å sikre kontinuitet i brukerkontakten hvis noen i ACT blir syke. Slik bidrar det til stabilitet for bruker, samtidig som det trygger personalet.

Samarbeidsredskapenes funksjon er noe varierende, både i positiv og negativ forstand. Det vil kunne være et potensial for utvikling, gjennom stadige revurderinger av redskapenes innhold samtidig som det gjennom dette kan bidra til å opprettholde funksjoner eller endre praksis hvor dette er ønskelig. Eksemplene her viser hvordan redskapene tilpasses praksis og ikke omvendt, da noen av de kommer som følge av og ikke til tross for praksis. Noe som viser kreativitet og faglig trygghet, som for eksempel opprettelse av ”light – versjon” av IP samt bruk av triangulering som tydeliggjør brukerfokuset i samarbeidet. Dette vil kunne gi positive gevinster, noe neste avsnitt vil gå nærmere innpå.

5.7 Konsekvenser - hvilken betydning kan samarbeidet ha for de involverte partene

Dette avsnittet er delt i to hvor jeg først ser på gevinstene av samarbeidet for brukerne og deretter for de ansatte. Dette fordi det er brukerne som er sentrale i samarbeidet og derfor vil deres gevinstene være av størst betydning. Samtidig som de ansattes opplevelse av samarbeidet vil kunne gi indirekte følger for brukerne, slik at det også er viktig å belyse hva samarbeidet kan bety for de ansatte både i ACT-teamet og i botiltakene.

5.7.1 For brukerne

Brukere som anses å profitere på ACT behandling ses i sammenheng med diagnose, hvor psykosebehandling fokuserer på trygging i hverdagen, med fokus på å muliggjøre samhandling i omgivelsene. Til forskjell fra behandling for personlighetsforstyrrelser hvor det fokuseres mer på å gi brukeren andre perspektiver og nyanser av deres virkelighetsoppfatning (Aakerholt 2011). Det er ikke nødvendigvis så enkelt da mange kanskje har flere diagnoser, samtidig som individuelle forskjeller også bør tas hensyn til og det at brukergruppen kan virke lett å definere ut ifra teorien, mens det i praksis kan være glidende overganger. Mandelid (2010) setter blant annet fokus på dette og løfter frem at det kanskje bør gjøres lokale tilpasninger av teamets målgruppe. Uavhengig av hvordan målgruppen defineres vil det kunne være faktorer i selve relasjonen til de ansatte som har betydning for hva de får ut av samarbeidet.

Ut ifra brukernes perspektiver er det noen kvaliteter som fremheves som sentrale for at de skal oppleve relasjonen til de ansatte som god. I evalueringen av PART fremheves viktigheten av ”small talk”, det å kunne snakke om hverdagslige ting. At de gir av seg selv gjennom for eksempel å gi uttrykk for egne interesser og tanker, samtidig som de lytter til brukeren. Sist men ikke minst ble det også lagt vekt på at de ansatte ikke var så opptatt av sykdomstegn (Bjørgeren og Westerlund 2009). Gjennom disse egenskapene bidro relasjonen til at brukerne opplevde trygghet, praktiske utfordringer opplevdes som overkommelige i større grad og de beveget seg mer utenfor leiligheten. Å holde avtaler med andre instanser ble også lettere (ibid.). I evalueringsrapporten fra pilotprosjektet i Mossregionen (Pöyry 2011), ble også effektene for brukerne vurdert som positive noe som også stemmer med hva mine informanter mente.

Hva som oppleves som positivt i forhold til ACT og deres samarbeid med botiltakene kan inneholde noen av de samme fordelene som nevnes i evalueringen av PART, men siden jeg ikke har snakket med brukerne selv vil deres mulige gevinster av samarbeidet basere seg på de ansattes perspektiv. Det de fremhever som gunstig for brukerne er at samarbeidet bidrar til kontinuitet rundt innleggelser, ved at deres kontakt i ACT følger dem hele veien. Det gjenstår og se når evalueringsrapporten kommer ut om innleggelsestallene har blitt redusert eller ikke, men teamet selv er positive til at dette kan være tilfellet. Dette gjaldt hovedsakelig i forhold til brukere som bodde utenfor bolig med base, men det har muligens også bidratt til en reduksjon av innleggelser også for brukerne i bolig med base. En av informantene fra et av

botiltakene bringer frem et eksempel som viser nettopp dette, som følge av at brukeren har blitt mer stabil etter at ACT overtok det medisinske ansvaret for beboeren.

Det var en del innleggelser med endring av medisiner og ja masse styr rundt medisiner på den her enkelte brukeren. Og der har jo (ACT) kommet inn og styrt mye av det nå sånn at vi slipper innleggelser for hver gang. Så der synes jeg det har vært mindre. Så det har blitt litt mer stabilt (informant botiltak).

Samtidig som det påpekes at tallene i seg selv kanskje ikke har blitt redusert, og at det kan være relevant og se på type innleggelse i forhold til om det er akutt eller planlagte innleggelser, samt varighet på oppholdet. Her vil det å unngå langtidsinnleggelser være gunstig, og foreløpige resultater går i retning av at dette er tilfelle (basert på muntlig kommunikasjon). Om dette gjelder brukere i botiltak eller utenfor ble ikke spesifisert, men det kan tyde på at dette også gjelder for noen i botiltak. Opplevelse av trygghet og forutsigbarhet i hverdagen, spesielt i forhold til medisiner, kan tolkes som en gevinst av samarbeidet som videre kan være en medvirkende faktor til færre innleggelser. At denne reduksjonen skyldes ene og alene ACT sin involvering blir å dra forhastede konklusjoner, da det også kan være andre faktorer som er av betydning med tanke på at botiltakene også arbeider for å forebygge innleggelser hos sine beboere.

Vår intensjon er jo også at vi skal unngå innleggelser og reinnleggelser. Og det skjer jo det at reinnleggelsene blir jo mindre. Vi har jo beboere her som ikke har vært innlagt i et år. Og noen har ACT og noen har ikke. Altså kanskje hadde vi klart det uten ACT, vi vet jo ikke (informant botiltak).

Det er altså ikke nødvendigvis sikkert at det er ACT i seg selv som har ført til reduserte innleggelser for noen av botiltakenes beboere, men det kan like mye være botiltakenes arbeid, eller helst samarbeidet mellom. Uavhengig av hvem som bør tilskrives "æren" for dette er det å slippe innleggelser i seg selv positivt for brukerne. Ved å unngå innleggelse blir hverdagen mer stabil og mulighetene større for å jobbe målrettet med bedringsprosesser. Planlagte innleggelser vil også kunne bidra til trygghet og en forutsigbarhetsfaktor da det kan hjelpe brukeren til "å holde ut" til innleggelsestidspunktet. Dette viser også viktigheten av et godt samarbeid på tvers av nivå og dets potensielle faktor som grunnlag for bedringsarbeid. I den sammenheng er det vesentlig å nevne at ACT også har ansatt en brukerspesialist i teamet.

Vedkommende har selv brukererfaring men er ansatt på lik linje med de andre i teamet, og fokuserer spesielt på å ivareta brukerne i ACT sitt perspektiv. Internasjonalt er en brukerspesialist en selvfølgelig del av ACT-teamet, mens her i Norge har det vært mer vanlig å samarbeide med brukerorganisasjoner enn å ansette brukerspesialister (Aakerholt 2011:19). Under deltagelse på nettverkssamlingen til landets ACT team (25. januar 2012) fikk jeg også inntrykk av at dette var tilfellet, da det virket som om ACT- teamet i Trondheim er en av få eller muligens det eneste ACT- teamet i Norge som har ansatt brukerspesialist.

Vedkommende nevnes også av flere informanter og beskrives som en kjemperessurs i forhold til å ikke miste brukeren av syne og se arbeidet fra ulike vinklinger.” *Vedkommende har en annen side som er verdifull, det kan stanse vår faglighet noen ganger og få oss til å tenke oss litt om, og det er veldig bra*” (informant ACT). Det å få benytte egen kunnskap er ifølge Topor (2006) en viktig del i den enkeltes bedringsprosesser, og ved å ha en brukerspesialist som bidrar til å sikre at brukernes stemme blir hørt kan dette bidra til et sterkere recovery perspektiv i ACT-teamets arbeid. Økt fokus på nettopp recoveryperspektivet i Norge er ifølge Aakerholt (2011) noe som var bidratt til en større åpning for ansettelse av brukerspesialister. Effekten av dette er vanskelig å så noe om uten å spørre brukerne selv, og vanskelig å gjengi for de ansatte på bakgrunn av at brukerne selv ikke nødvendigvis er så verbale når det gjelder å gi tilbakemeldinger på hva som oppleves bra med samarbeidet.

5.7.2 Ethiske utfordringer - forholdet mellom selvbestemmelse, omsorg og ansvarliggjøring

Det at gevinstene for brukerne er vanskelige å vurdere fordi brukerne selv ikke alltid har like lett for å sette ord på følelser og tanker, bidrar til faglige og etiske diskusjoner i hverdagen. Et område dette viser seg på er i forhold til ansattes forforestillinger og perspektiv på boligstandard hvor utfordringen knyttes opp mot selvbestemmelsesretten til brukerne.

Man må jo senke standarden sin litt for hva som er et okey kosthold og hva som er en ordentlig leilighet og påkledning. Ja det er jo litt med å jobbe med seg selv også tenker jeg når du jobber i sånne boliger fordi det som gjelder for deg er ikke nødvendigvis det samme som gjelder for de da. Og selvbestemmelsen den er sterk. Folk skal få lov til å leve som dem vil selv om det ikke er helt sånn som vi hadde ønsket at dem skulle leve. Det er kjempe vanskelig (informant botiltak).

Dette påpekes også av Lunnan (2006). I situasjoner hvor en bruker nylig har kommet ut fra institusjon, kan dette oppleves ekstra utfordrende med tanke på at rammene der er annerledes og det ikke legges opp til selvstendighet på samme måte. Samtidig som de har rammer som lovhjemler bruk av tvang. Dette påpekes også av en av informantene som en utfordring og mulig konfliktsone i samarbeidet på tvers av nivåer. Spesielt utfordrende vil dette være ovenfor de som er under tvunget psykisk helsevern. I arbeidet med oppfølging av det tvungne vernet beskriver de ulike partene samarbeidet som veldig viktig for å ivareta brukere. Samtidig som samarbeidet har gitt trygghet for ACT, i forhold til å kunne lage andre rammer for brukerne. Hvor noen av de som tidligere var på tvunget vern nå har fått dette opphevet, hvilket også vil kunne gi økt selvfølelse for brukere. *”Vi har fått opphevet et par vern, og jeg føler meg trygg på at hvis ting begynner og røre på seg igjen så vet boligene at de kan henvise direkte inn i ACT- teamet slik at vi kan være tilgjengelige”* (informant ACT).

På den måten kan samarbeidet ha ført til gevinster for brukerne, samtidig som samarbeidet har ført til økt trygghet for ACT i forhold til tilbakemeldinger fra botiltaket basert på daglig oppfølging og vurdering av brukerne. På den måten har samarbeidet bidratt til å legge forholdene til rette for å bidra til økt selvstendighet og maktoverføring til bruker da det uansett hvordan man vender det vil oppleves som et overgrep å være underlagt tvunget psykisk helsevern. Denne og lignende utfordringer som går på hvor mye man kan trenge seg på uten at det krenker blir presentert av flere. Det kan imidlertid også tenkes at en annen situasjon kan oppstå hvor en ikke trenger seg på for mye, men allikevel blir involvert mer enn det som er planlagt. Dette kan handle om situasjoner hvor brukeren legger mer i forholdet enn det som er målet, hvor grensen mellom det profesjonelle og private blir utfordret og oversteget. En hårfin balansegang, som spesielt blir utfordret når arbeidet foregår på brukerens arena, i deres hjem.

Du blir utfordret på evnen til å lage rammer, evnen til å avgrense, evnen til å legge forventninger i relasjoner som holder seg innenfor rammen av det profesjonelle. Og du beveger deg over i det potensielt veldig private, uprofesjonelle hvis du ikke er obs på hva du holder på med og det blir virkelig antiterapeutisk for folk som er utrygge i relasjoner med andre. Så... i forhold til å skulle være litt erfaren og ha stått i en del sanne ting før, for der kan du knuse noen hjerter hvis du går inn og blir veldig privat (informant ACT).

I møte med disse utfordringene ble kompetanse og erfaring fremhevet som relevant for å takle utfordringene på en adekvat måte. Nevnte utfordringer kan bidra til emosjonelle reaksjoner som i lengden kan gi fysiske utslag, fordi det er en krevende brukergruppe og arbeide med, hvor de ansatte ofte gir veldig mye av seg selv. Det vil derfor være en risiko for utbrenthet, og potensielle negative effekter for brukerne da det kjennetegnes blant annet av depersonalisering. Ifølge Bakker et al (2000) vil dette kunne skape en negativ spiral hvor bruker blir behandlet som et objekt, og dermed blir usikker og gir ”motstand” slik at forholdet vil oppleves konfliktfylt som igjen vil forsterke følelsen av distansering fra arbeidet (som sitert i Bakker og Demereouti 2007). Xanthopoulou et al (2006) gjennomførte en undersøkelse blant helsearbeidere hvor et av funnene gikk ut på at opplevelse av autonomi, sosial støtte og muligheter for utvikling i arbeidet var de tre faktorene som i størst grad fungerte som en buffer mot å utvikle tendenser til utbrenthet (som sitert i Bakker og Demerouti 2007:318). Med utgangspunkt i JD-R modellen (figur 5. s. 63) kan etiske og faglige diskusjoner tilknyttet brukerne oppleves belastende både psykisk og emosjonelt, spesielt hvis de ansatte opplever at de står fast. På en annen side kan de samme utfordringene oppleves givende hvis de ansatte opplever diskusjonene som fruktbare og meningsfulle, og slik gi muligheter for styrking av jobbressurser gjennom økt opplevelse av kontroll og mestring over situasjonen. Hvordan disse utfordringene løses vil dermed være avgjørende for om resultatet fører til utmattelse eller styrking av de ansattes jobbressurser. Ved økt motivasjon som utfall vil det også kunne gi gevinster for brukerne gjennom at arbeidet for eksempel fører til økte muligheter for styrking av recovery prosesser.

5.7.2.1 Styrking av Recovery perspektiv og tilrettelegging for bedringsprosesser i brukers bolig
Recovery kan ses som et perspektiv tilknyttet salutogenese (som tidligere omtalt) da det innebærer fokus på å styrke brukerne gjennom fokus på bedringsprosesser med mål om å øke livskvaliteten. Helsefremming og salutogenese handler om å plusse noe til livet for å jobbe mot bedre helse som ikke nødvendigvis handler om fravær av sykdom eller plager. Slik kan helsefremming også knyttes til et recovery perspektiv da bedringsprosesser ikke nødvendigvis innebærer symptomfrihet. Når det gjelder brukernes behov og egen vurdering av hjelpeområder, vil de gi indikasjoner på hvor bedring er mulig.

Et interessant funn i evalueringen av ACT i Mossregionen er at det brukerne selv og ansatte i ACT vurderer som hjelpebehov er litt avvikende (Pöyry 2011). For eksempel mener ansatte at flere pasienter har behov for hjelp i forhold til rus, arbeid/aktivitet og familie enn det de

selv mener. Områdene hvor syn på hjelpebehov i større grad samsvarer mellom ansatte og brukere er fysiske og psykiske plager (ibid.). Nettverk og familierelasjoner kan for øvrig være et sårt tema som det er lettere å si at man ikke trenger hjelp til for å slippe å gå inn i problematikken. Dette kan være en forklaring på disse motstridende svarene, og muligens være en sentral faktor også for min undersøkelse hvor de ansatte i boligene iblant opplever motstand i arbeidet med å styrke deres selvstendighet og mestring. Fordi det gjør at det stilles krav til dem, som kanskje kan oppleves vanskelig.

Det står i målet vårt som enheten, det er vårt mål å øke selvstendigheten til beboerne sånn at de klarer seg best mulig selv, i hverdagen. Det jobber vi jo imot så mye vi klarer. Og det krever jo av beboerne, det krever at de deltar. Og noen ganger så er det kjempe vanskelig for dem. Og vi føles som vanskelig for dem (informant botiltak).

Når det gjelder pårørendearbeid, var det flere av informantene fra botiltakene som trakk frem samarbeidet med ACT som en fordel. De opplevde det som positivt å ha med ACT i møter med pårørende, fordi deres tilknytning til spesialisthelsetjenesten gav tyngde og trygghet.

Ja, det kan være i forhold til pårørende for eksempel, som har behov for å prate. Så kan det være greit å ha ACT for dem sitter jo med litt sånn tyngde føler jeg, dem har en del erfaring å det er på en måte den linken opp mot andrelinjen da. Sånn at det veier litt tyngre når dem er med, det har jeg erfart (informant botiltak).

Det jeg finner interessant er at det utelukkende beskrives positivt, tross for at det kan tolkes som at ACT og spesialisthelsetjenesten sitter med mer makt, og at botiltaket derfor kunne følt seg mindre gode, da de kanskje ikke opplever den samme tyngden i samtale med pårørende. I stedet kan det tolkes som om botiltaket også opplever det som en trygghet og heller ser det som en styrke, muligens fordi samarbeidet oppleves trygt. De kjenner hverandre og de tør å være ærlige, slik at samarbeidet er likeverdig og de står på samme side. For å kunne jobbe målrettet med bedringsprosesser er det viktig å se hver enkelt beboer, en utfordring som også krever mye kompetanse om den enkeltes problematik.

Botiltakene har som målsetting for miljøarbeidet at de i så stor grad som mulig skal bidra til selvstendigjøring av beboerne, hvor blant annet botrening er en viktig del. For at dette skal bli så virkningsfullt som mulig er det samtidig viktig at forholdene ligger til rette for dette.

Det er særlig to elementer som trekkes frem som kritikk mot bofellesskap ifølge Helge Folkestad (1997), det ene dreier seg om selve ”byggestilen” som innebærer at boligen skiller seg nevneverdig fra andre boliger i nærmiljøet. Dette medfører at boligene ser annerledes ut og kan bidra til økt stigmatisering. Det andre poenget som trekkes frem er bruk av fellesareal, som ikke utelukkende trenger å være positivt da det kan oppleves som ”frivillig tvang” og skulle oppholde seg der (som sitert i Ådland og Alsaker 2000:219). Disse poengene påpekes også av mine informanter. Samtidig mener Ådland og Alsaker (2000) at bofellesskap kan virke helsefremmende for personer med alvorlige psykiske lidelser da det kan bidra til økt livskvalitet. Ådland og Alsaker (2000) har skrevet om et prosjekt fra Bergen, hvor det i 1997 ble gjort en kvalitativ undersøkelse gjennomført av videreutdanning i psykiatrisk sykepleie ved HiB hvor de evaluerte kommunens ni bofellesskap (for personer med langvarige psykiske lidelser). Resultatene viste at *”isolasjon og ensomhet anses som en av de viktigste årsakene til at mennesker med langvarig psykiske lidelser ikke mestrer et liv utenfor institusjon over lang tid. Bofellesskap virker i så måte forebyggende og gir økt grad av trygghetsfølelse”* (Ådland og Alsaker 2000:221). Dette vil videre ha sammenheng med brukermedvirkning, og om beboerne føler de har påvirkning på utforming av fellesrommet og hverdagen forøvrig. Det var spesielt en av informantene mine som var veldig bevisst på begrepsbruken rundt brukermedvirkning. *”Personalmedvirkning og det er brukers liv. For bruker skal ikke bare ha MEDVIRKNING for det er jo livet hans. Det er jo ikke mine mål tenker jeg da”* (informant ACT). Vedkommende mente at brukermedvirkning ikke var et godt dekkende ord og foreslo derfor en redefinering av begrepet hvor ordet bruker kunne byttes ut med person.

5.7.3 For ansatte

Bevisstheten rundt begrepsbruk vil ha innvirkning på praksis. Det å empati og stabilitet vil kunne medvirke til større forståelse og mulighet for relasjonsbygging. Dette er ofte lettere sagt enn gjort da mange har brutte relasjoner som gjør det vanskelig å åpne seg for nye mennesker. Det er derfor krevende for de ansatte, hvor det å kunne ha eksterne partnere å drøfte fremgangsmåte og utfordringer med kan bidra til at det føles lettere.

Jeg synes er veldig okey det er å ha en diskusjonspartner fordi det er ofte ganske mye rundt de beboerne som har ACT. Jeg tenker litt sånn at hvis jeg ikke hadde hatt ACT så tror jeg nok at jeg hadde følt meg litt alene og kanskje hadde klumpen i magen vært litt større for hva som kan skje fordi en ting er at man er på tvunget psykisk helsevern men det er ikke bestandig så enkelt å få andrelinjen i tale om samarbeid,

ofte så er det liksom sånn at det går så lang tid at det er en eneste utvei og det er innleggelse (informant botiltak).

Å ha en diskusjonspartner kan bidra til å få luftet frustrasjon, få støtte og feedback som videre kan drive arbeidet fremover og bidra til å opprettholde motivasjonen. Når det gjelder effekten av samarbeidet for de ansatte, var dette elementer som ble fremhevet og kan knyttes til både veileder- og containerfunksjonen. Det at ACT er oppsøkende kan i den sammenheng ses som en avgjørende faktor, da det bidrar til at de får en personlig og tett kontakt. Selv om samarbeidet er godt er det ikke nødvendigvis slik at vi forteller den andre parten om vår opplevelse. Vi glemmer kanskje ofte å rose hverandre. I intervjuene opplevde jeg at informantene fra begge sider hadde mange gode ord å si om hverandre uten at spørsmålene mine ”la opp til dette”. I tråd med helsefremming som perspektiv synes jeg det er viktig å synliggjøre disse lovordene, derfor gis en oppsummering av disse her.

ACT beskriver de ansatte i botiltaket som nysgjerrige og de opplever at det er lett og komme til boligene fordi de føler seg velkomne og ivaretatt. De har respekt for jobben som gjøres i boligen. *”De kjenner jo brukeren, de kjenner problematikken. Dem har et forhold til sykdommen deres og symptomene deres, og det er direkte pårørende kvalitet på opplysningene dem har og vel så det”* (informant ACT). Omvendt beskriver ansatte i botiltakene ACT som lette og komme i kontakt med, en trygghetsfaktor i forhold til vurdering av helsetilstand og medikamentell behandling, de kommer rakst, kjenner beboerne, er fleksible, tilgjengelige og tidsbesparende i forhold til møteaktivitet da de kun trenger å kontakt ACT og ikke flere parter. *“Man ser litt opp til dem da vet du fordi de har litt mer kompetanse på visse områder. (...) For det er jo liksom greien at man ikke skal drive noe behandling i de her boligene”* (informant botiltak). De ser ACT sin kompetanse og hvordan de kan supplere boligen, og sist men ikke minst påpekes det at ACT har forståelse for arbeidet som gjøres i kommunen. En faktor som i aller høyeste grad legger grunnlaget for gjensidighetskunnskap og mulighet for kompetanseoverføring og utvikling på tvers av nivå.

5.7.3.1 Helsefremmende effekt

Nettopp denne forståelsen kunne kanskje vært tydeligere uttalt til ACT, da dette ville vært en type tilbakemelding med potensial for økt arbeidsglede, med tanke på at det signaliserer at samarbeidet er meningsfullt. I tilknytning til de nevnte funksjonene og opplevelsene av samarbeidet gis også eksempler som jeg mener kan knyttes direkte til en helsefremmende

effekt. På bakgrunn av at positive opplevelser og følelser tilknyttet arbeidet vil kunne ha betydning for fysisk og psykisk helse ifølge Bakker m.fl (2008). Dette kan videre styrkes gjennom blant annet veiledning, som gir rom for støtte og feedback som styrker jobbressursene til de ansatte og kan gi motivasjon til å stå i arbeidet (Bakker og Demerouti 2007). ”Undervisning” kan også bidra til dette, hvor den undervisningen som har vært for boligene foregår ved at en av de ansatte i ACT holder et foredrag i dialog med de som er tilstede om et tema boligen ønsker mer kunnskap om som for eksempel schizofreni. Her knyttes faktakunnskap om diagnosen opp imot de enkelte brukerne med denne diagnosen. Fordelen med dette mente informantene var at det bidro til å skape en nødvendig avstand, fordi det gav forklaringer på brukernes atferd samtidig som det var mulig å løfte frem case og få andre perspektiver på ulike situasjoner.

Det gjør at man klarer og ha et litt mer profesjonelt syn på personene med diagnosene synes jeg fordi at du går så tett på dem, så blir det veldig sånn (...) følelsesladet å samarbeid med dem. At man kan bli veldig sånn oppgitt å, av og til litt sånn skuffet over at ting ikke går som man ønsker. Å vite litt hva som foregår i hjernen deres, hva er symptomene hvordan fungerer tankegangen deres gjør at det blir lettere og holde en litt avstand til egne følelser (...) og være profesjonelle i arbeidet med brukerne (informant botiltak).

Forskning har vist at sosial støtte er en stor ressurs for å redusere risiko for utbrenthet da mangel på dette kan ses i direkte sammenheng med risiko for utbrenthet ifølge Maslach, Schaufeli og Leiter (2001). Det interessante i den sammenheng er at de påpeker at veiledere er ennå viktigere enn kollegial støtte, noe som styrker nytten av nettopp denne veiledningsfunksjonen. På den måten kan samarbeidet bidra til å opprettholde motivasjon og arbeidsglede, noe som kan gi en helsefremmende effekt. Også på bakgrunn av at det kan bidra til større opplevelse av kontroll og styrking av SOC (se 4.1) som har vist seg å ha helsefremmende effekt gjennom å redusere opplevelsen eller styrke mestringen av stress. Årsaken til at en sterk SOC kan være gunstig i forhold til stress er muligens at det kan ses i sammenheng med optimisme, mestring og kontroll som er positive ressurser for å takle stress (Eriksson og Lindström 2010). Oppgaven har hovedsakelig hatt fokus på hvordan de ulike funksjonene har vært for ansatte i botiltaket, men informantene fra ACT sa også noe om hvordan de opplever veiledningssituasjonene.

Når jeg har vært ute og veiledet i forhold til problematikken jeg er bra på så har det vært veldig nyttig. Dem er veldig interessert, synes det er artig og okey at vi kommer inn. Jeg kjenner at vi kan hjelpe dem med å orke å stå i det tunge arbeidet dem har hele dagen, hele døgnet. Som vi bare tidvis er en del av. Og det er jeg imponert over folkene som jobber i de psykiatri boligene. Fordi de gjør en stor og tung jobb altså (informant ACT).

Veiledningsfunksjonen gir altså positive opplevelser for begge parter, og det er tydelig at ansatte fra begge sider liker jobben sin og trives. De sier imidlertid lite om hva som gjør at de trives. Glede i arbeidet uttrykkes hovedsakelig i tilknytning til direkte brukerkontakt, blant annet i forhold til å gjennomføre planlagte aktiviteter. En av informantene fra ACT fremhever nettopp det som tidligere er drøftet i sammenheng med kulturforskjeller, ”å være ute i virkeligheten”, hvor det å skape relasjoner til brukerne utenfor kontorveggene oppleves bra.

Hele konseptet med å hive seg rundt i bilen og kjøre rundt og ut og hjem til folk synes jeg er super meningsfullt. Jeg føler at det er en verden som åpner seg og det føles mye bedre å være i en hel verden enn å sitte og frustreres bak en sånn tykk betong sykehusvegg og der verden ”der ute” når det gjelder samarbeidspartnere blir så uoversiktlig og uhåndterlig (informant ACT).

Det at kommunens organisering oppleves noe tungvinn og vanskelig å få oversikt over kunne vært en ulempe i forhold til samarbeidet. Her overskygges det av arbeidsgleden og det ses ikke på som negativt, men fremheves som en utfordring. Det å ha oversikt over organisering kan ses i sammenheng med kunnskap om samarbeidspartnere. Dette kommer imidlertid også frem i samarbeidsavtalen mellom ACT og botiltaket hvor blant annet kunnskapsoverføring er et fokusområde (Samarbeidsavtale 2009).

5.8 Gjensidighetskunnskap; kompetanseoverføring og utvikling

Når det gjelder erfaringer fra lignende team (her ACT Mosseregionen og ROP Tøyen) sier de eksterne samarbeidspartnere fra kommunen at de savner tydeligere informasjon om hva ACT kan bistå med både i forhold til deres konkrete arbeid, men også i forhold til klare retningslinjer og rammer for samarbeidet, samt mer systematisk kontakt. Av positive erfaringer trekkes teamets tverrfaglighet (særlig tilknytning av psykolog og psykiater), deres

fleksibilitet og tilgjengelighet frem (Pöyry 2011; Øverås og Fyhn 2006). De oppleves også som en avlastning for ulike kommunale samarbeidspartnere (NAV/sosialtjenesten, hjemmetjenestene og psykiatritjenesten) i forhold til brukere de opplever som utfordrende (og lite motiverte når det gjelder å motta deres tilbud), samtidig som de avlaster i forhold til innleggelse og kan bidra til å forebygge innleggelse (ibid.). Mine informanter trekker også frem disse positive sidene ved ACT som beskrives i Pöyry (2011), men til forskjell så er de fornøyd med mengde kontakt og opplever dette som fleksibelt. Når det gjelder punktet angående tydeligere informasjon om hva ACT kan tilby, var dette noe jeg indirekte tolket ut ifra dataene da det ikke var like store kunnskaper om dette blant alle informantene. Dette kan for øvrig henge sammen med at ACT i Trondheim også er relativt nytt og fortsatt er i en prosess med å definere seg selv, som diskutert tidligere i oppgaven. I tilknytning til dette ble blant annet kulturforskjeller tatt opp som tema. Dette ble ikke tatt opp spesielt i forhold til ACT, men som en generell utfordring i samarbeidet på tvers av nivå.

Danbolt, Kjøsberg og Lien (2010) beskriver et prosjekt som gikk på nettopp dette, hvor de undersøkte samhandlingen mellom den psykiske helsetjenesten i åtte kommuner og sykehuset innlandet i Midt- Hedmark. Utgangspunktet her var ansatte i akuttpost DPS. De kommunalt ansatte som deltok i prosjektet beskrev forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten som ”to forskjellige verdener”, på bakgrunn av at de opplevde at de var lite tilgjengelig for kontakt, og at kunnskapen var for liten når det gjaldt hverandres oppgaver og kompetanseområder. Dette gav seg blant annet uttrykk i at sykehuset lovet brukerne mer oppfølging av kommunene enn de i realiteten hadde mulighet til (ibid.). En rolleavklaring var derfor sentral, både for å sikre økt kunnskap om hverandres arbeidsoppgaver, men også for å oppklare eventuelle urealistiske forventninger. Rolleavklaring og fordeling vil også være en viktig faktor for opplevelse av kontroll over arbeidshverdagen og på den måten bidra til å redusere stressnivå (Bakker og Demereouti 2007). Å vite hva man selv og andre har kompetanse på er dermed sentralt og arbeidet med nettopp dette viste seg i ROP Tøyen prosjektet å være nødvendig for at teamet skulle utvikle seg til å bli et tverrfaglig team og ikke bare flerfaglig sammensatt ifølge Øverås og Fyhn (2006). Når det gjelder kompetanseheving var erfaringene at samarbeidet hadde bidratt til økt kunnskap både om brukernes sykdommer, problemområder og bistandsbehov. Gjensidighetskunnskap er et begrep jeg føler fanger disse elementer, og løfter frem viktigheten av å ha kunnskap om ulike samarbeidspartneres arbeidshverdag, rammer og kompetanse. Disse faktorene fremheves også i Brattrud og Granerud (2011) som bidragsfaktorer for å styrke samarbeidet.

Et godt eksempel på dette i praksis er et samarbeidsmøte jeg fikk delta på under min observasjonsuke. Før møtet startet husker jeg at jeg tenkte; dette kommer til å bli rotete! 10 personer med forskjellig bakgrunn som skal snakke om en bruker. Det var representanter fra Østmarka psykiatriske sykehus, NAV, politi, ACT, botiltak psykisk helse og fylkesmannen til stede. Noen kjente brukeren godt mens andre knapt hadde sett vedkommende, slik at forholdene ”lå til rette for” kaos i mine øyne. Heldigvis tok jeg feil! Det ble snarere tvert imot og jeg fikk i stedet observere hvordan mange mennesker faktisk kan samle seg og arbeide mot et fellesmål med en felles agenda. En bidragsfaktor kan ha vært at de startet med en presentasjon hvor alle sa hvor de kom fra og deres relasjon til brukeren. Stemningen var hele tiden god, de lyttet til hverandre og snakket på tur, de henvendte seg til personen de snakket til og hadde øyekontakt. Jeg fikk derfor opplevelsen av at alle var tilstede i møtet mentalt og virkelig forsøkte og sette seg inn i de andres situasjon. Dette vistest blant annet gjennom at ACT ga uttrykk for bekymring overfor de ansatte i boligen sin sikkerhet, da brukeren til tider hadde oppført seg truende.

Jeg tror at grunnen til at det for meg opplevdes på denne måten var at de alle fremsto som sikre på sin kompetanse, de var faglig trygge og dermed også bevisst hva de andre hadde mer kunnskap om. Noe som også ble verbalisert da de aktivt etterspurte hverandres kunnskap gjennom direkte forespørsel om utdypende forklaringer. Dette sier meg at de ønsket å lære av hverandre for å bidra til en forandring i forhold til brukeren. Ved å være trygg på seg selv er det også lettere å se hva andre faktisk er gode på, noe som muliggjør kunnskapsoverføring. Dette var også følelsen jeg satt igjen med etter møtet, da de tok et aktivt grep for å videreutvikle kunnskap gjennom forslag om hospitering/undervisning av personalet mellom de representerte partene. Dette bidro muligens til en bedre forståelse av hverandres arbeid som vil være en styrke for videre samarbeid.

Jeg fikk imidlertid også være med å møter som ikke var fullt så ”gode”. Et eksempel på dette var et samarbeidsmøte hvor det kanskje hadde gått litt fort i svingene i forkant, hvem som hadde ”skyld” i det er for så vidt irrelevant. Poenget er at det er lett å stresse når arbeidsmengden er stor og at misforståelser kan skje når en antar ting i stedet for å spørre direkte om det. Jeg tror at dette var en av årsakene til at representanter fra et av botiltakene ikke hadde mottatt innkallelse til et av møtene jeg observerte, som omhandlet en av deres beboere. Ellers var dette også et interessant møte i forhold til kommunikasjon mellom partene hvor det for meg virket som de hadde to ulike agendaer. Inntrykket ble forsterket av at de til

stadighet avbrøt hverandre for så å spore samtalen inn på ”egen agenda”. Saken gjaldt inntak i LAR (legemiddelassistert rehabilitering)¹⁶, hvor LAR fokuserte på utforming av IP og innhenting av informasjon tilknyttet søknadsprosessen, mens representantene fra ACT fokuserte mer på formidling av sin opplevelse av bruker og av å løse utfordringen ved at ingen fra botiltaket var tilstede. Jeg tror møtet hadde fått en annen karakter og virket mer samlet hadde de tatt seg tid til å presentere seg i starten av møtet, da partene var ukjente for hverandre. I tillegg til dette kunne de også i forkant ha blitt enige om hensikten og rammen for møtet. Dette ville kanskje også ført til at ulike frustrasjoner ikke hadde oppstått blant annet som følge av at representanten for LAR ikke husket navnet på den ene av to ACT medlemmer. I tillegg til at gjensidighetskunnskapen kanskje ikke var så stor da LAR etter min mening ikke visste helt hva ACT er eller hva de gjør og dermed heller ikke innholdet i deres relasjon til aktuell bruker. Avstanden dem i mellom vistes også i fysisk plassering i rommet da de satt langt fra hverandre rundt bordet. Etter at en del av disse temaene kom til overflatene og ble diskutert skiftet møtet karakter og ble mer ”rolig” og konstruktivt med en bedre tone mellom partene. Gjensidighetskunnskap kan altså ses på både som en årsak og betingelse for godt samarbeid, men også som en konsekvens av samarbeidet.

Et tegn på at det aktivt jobbes med kompetanseheving, er fokus på videreutdanning i enheten, noe nesten samtlige av mine informanter hadde, samtidig som psykiatriskolen fremheves som noe alle skal ha. Psykiatriskolen er organisert som tre ganger tre samlinger med ulike tema innen rus og psykiatri, og er et samarbeid mellom HIST og Trondheim kommune. I ACT jobber de også med å lære seg motiverende intervju som arbeidsverktøy og på den måten utvide sin faglige horisont. Et interessant fenomen er at ansatte med høyere utdanning også har stor risiko for utbrenthet ifølge Malsach, Schaufeli og Leiter (2001). Dette kan muligens forklares med at mer utdanning gir mer ansvar og dermed fare for økt stressnivå, eller det kan være tilfelle at de selv stiller høyere krav til seg selv for å leve opp til forventningene som følger av deres profesjonelle rolle og slik opplever et høyt press (ibid.). *Reward*, som ifølge Maslach og Leiter (1997) sin modell innebærer opplevelse av anerkjennelse, respekt og ros for det arbeidet som gjøres er muligens viktigere enn finansielle belønninger (som sitert i Maslach, Schaufeli og Leiter 2001: 413-416). Å få anerkjennelse og respekt for arbeidet kan

¹⁶ LAR er en type tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for personer med opioid avhengighet (for eksempel heroin), hvor hensikten blant annet økt livskvalitet og redusert rusforbruk. Det er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, NAV og primærhelsetjenesten og ble innført i Norge i 1998. Behandlingen har størst effekt hvis den inneholder psykososial oppfølging kombinert med medikamentell behandling (for eksempel metadon eller buprenorfin) (Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering u.d).

ses i sammenheng med det å ha kunnskap om hva samarbeidspartnere har som ansvarsområde og rose hverandre for jobben som gjøres. Gjensidighetkunnskap kan derfor ses som et sentralt aspekt i samarbeidet med tanke på å forhindre utbrenthet samtidig som utvikling av dette området kan bidra til å styrke samarbeidet. Når det gjelder det fremtidige samarbeidet virker dette usikkert, blant annet i forhold til at ACT i første omgang er et prosjekt. På direkte spørsmål rundt dette fikk jeg blant annet følgende svar;

Jeg håper at det er så lenge behovet er der da, men jeg synes kanskje jeg har hørt at (...) dem jobber både med beboer og personalet for at personalet på en måte skal bli tryggere og få en mer overgripende funksjon og at dem (ACT) skal få en mindre og mindre rolle (informant botiltak).

Indirekte forteller dette at kompetanseheving er en av målsettingene, og at samarbeidet kanskje vil forandres ytterligere etterhvert. Utviklingen er imidlertid ikke bare enveis da det også oppleves utviklende å få dele av egen erfaring og kunnskap. ”Jeg opplever det veldig meningsfullt, og gi av erfaringskompetansen som jeg sitter med. Veldig meningsfullt og backe dem opp i prosessen med å bli kjent fordi det er ofte at når man begynner å kjenne brukerne så vet du mer å takle det” (informant ACT). Dette kan føre til økt tro på egne ferdigheter, slik at det å veilede andre også kan gi positive effekter for de som veileder og knytte sterkere bånd mellom de involverte.

5.8.1 Endring i opplevelsen av avstand mellom de ulike nivåene

I tilknytning til opplevelse av avstand på tvers av nivå er det noen som nevner en forandring på dette området. Årsaken til dette knyttes til to ting, at kommune ansatte hevder seg mer enn tidligere ved å fronte sin kompetanse og kunnskap tydeligere oppimot spesialisthelsetjenesten. Det å være trygg på egen kompetanse og faglighet er i den sammenheng sentralt, samtidig som de også påpeker at hospiteringer har ført til økte kunnskaper og forståelse. Gjennom hospiteringer kan også kunnskapen spres videre til resten av avdelingen og på den måten være en viktig kilde til kunnskapsoverføring. Samtidig fører begge disse elementene til at de ulike partene blir bedre kjent med hverandre som profesjonelle, men også muligens personlig.

Tidligere så har det vært et lite gap mellom oss og spesialisthelsetjenesten. Vi synes kanskje ikke at de alltid har hatt forståelse for vår måte og jobbe på. At dem har hatt

lite kjennskap til hvilke rammer vi har, lovverk vi jobber etter, hva vi kan og ikke kan gjøre. Det synes jeg har bedret seg veldig, men det har jo noe med at dem kjenner oss bedre og vi kjenner dem bedre ... også personlig (informant botiltak).

Det er nettopp den personlige kontakten informantene fremhever når opplevelsen av nærhet/avstand beskrives. Et positivt element med hospitering ved siden av mer personlig kontakt er også at man får egne erfaringer tilknyttet andres arbeidssted, som kan bidra til å danne andre inntrykk. På den måten kan vi også basere våre perspektiver på egen erfaring som gjør at vi kanskje ikke tar andres ytringer for ”god fisk”. Samtidig som det for personer som arbeider i spesialisthelsetjenesten også kanskje kan bidra til større forståelse ovenfor brukerne og hva de skrives ut til og slik styrke deres faglige trygghet.

5.8.2 Faglig trygghet

Å vise faglig trygghet var en faktor som informantene satte høyt, nettopp av hensyn til brukerne for å sikre at de føler seg trygge, med tanke på at usikkerhet ofte resulterte i utagering. Det å vise trygghet kan dermed også ses som en forebyggende faktor. Det er imidlertid også andre forhold hvor faglig trygghet er av vesentlig grad. Både ovenfor eksterne samarbeidspartnere, men også internt på egen arbeidsplass da det vil påvirke gruppedynamikken blant de ansatte. Dette fikk jeg også inntrykk av i intervjusetting da flere av informantene tok opp temaet faglig trygghet.

For å kunne være med i et ACT må du jobbe godt og selvstendig, du må være faglig på plass nok til at du kjenner at her er det jeg tenker om den pasienten. Det er viktig å synliggjøre at et sånt team som det her må bestå av folk som har nok erfaring fordi det er så syke folk og når du står ute og jobber med folk som er kjempe dårlig så må du ha nok selvtillit, selvkritikk, faglig erfaring og fungering til å gjøre selvstendige valg. Også når de blir dårlige (informant ACT).

Den siste setningen i sitatet føler jeg er veldig viktig, nemlig det å kunne stå ved dårlige beslutninger og lære av disse. Til tross for at alle mine informanter har god erfaring innen feltet, ser de ikke på seg selv som eksperter men som erfarne profesjonelle som stadig har noe å lære. En av informantene gav et fint bilde på dette; ”du blir hele tiden utfordret på det ytterste av de folkene du jobber med. Vi blir satt på plass ofte. Slengt inn i et hjørne, også må vi komme oss derifra midt på gulvet igjen så vi kan fortsette samtalen” (informant ACT). Den

profesjonelle blir her ”plassert” i et hjørne av rommet hvor vedkommedes faglighet er av gjørende for hvordan man kommer seg ut derifra igjen. Til noen av informantene stilte jeg spørsmål om hvordan de konkret arbeidet med utvikling av kommunikasjonsferdigheter. Svarene jeg fikk var relativt vage, de unngikk spørsmålet eller ga ingen konkret informasjon, men henviste til at de selv og kollegaer var kompetente, hadde lang erfaring og at de hjalp hverandre. Jeg tenker at dette muligens kan være et uttrykk for taus kunnskap, da det er vanskelig å sette ord på og konkret beskrive utviklingsprosesser. Det er heller ikke nødvendigvis slik at man er oppmerksom på det, men at det skjer automatisk. Jeg tror dette kan ha noe å gjøre med at mye av tenkingen blir internalisert i grunnutdanningen og etter hvert vil danne en slags ”ryggmarg” i arbeidet som dermed ikke alltid er så lett og sette ord på. Nettopp på grunn av dette var det veldig interessant å få lov til å observere samarbeidet. Her fikk jeg muligheten til å se ulike kommunikasjonsferdigheter som blant annet det å lytte fokusert, ha blikkontakt, kroppsholdning og utdypingsspørsmål. De søkte en felles forståelse, og brukte ”jeg-språk” hvor egne opplevelser og følelser tilknyttet situasjonen ble beskrevet. For å få en felles forståelse, er også det å søke utdypende informasjon viktig, noe jeg observerte i flere møte sammenhenger hvor de som var tilstede direkte spurte andre om mer kunnskap. Dette ble gjort gjennom å formulere seg noe ala dette; ”jeg kan ikke så mye om det her, kan du kjapt forklare meg hva det går ut på”, i stedet for å si; ”du snakker så innviklet at det er umulig å forstå hva du vil frem til”. Sist nevnte er et eksempel på ”du-språk” hvor årsaken til misforståelsen legges over på den andre i stedet for å se på egen formidling. Den tause kunnskapen og slik jeg mener den kom til uttrykk i praksis kan dermed ses som et eksempel på faglig trygghet.

5.9 Oppsummering

Når det gjelder det interne samarbeidet i ACT sitter jeg igjen med en følelse av at alle er likeverdige i teamet og at de utfyller hverandre, samtidig som de fortsatt er i en prosess med å finne ut hva og hvordan et ACT team skal se ut i Trondheim. Denne prosessen i kombinasjon med et stort press i forhold til forskningsevalueringen, fra brukere og samarbeidspartnere kan bidra til utbrenthet. Da de lider litt av ”snill pike syndromet” med at det er vanskelig å si nei, eller som de selv sier ”vi løper etter brukerne”. Det interne samarbeidet blir desto viktigere for å bevare hverandre. I samarbeid med andre skriver Burns og Firn (2002) at opprettelse av ACT-team vil være ugunstig på steder hvor det fra før av eksisterer en konflikt mellom spesialisert tjenesten og kommunen, spesielt hvis dette gjelder ulike syn på behandling

(som sitert i Mandelid 2010: 339). Grunnen til dette er at det kan bidra til at selve effekten og poenget med ACT undergraves av konflikten (ibid.). Jeg er for såvidt enig i at en eventuell konflikt mellom nivå angående perspektiv på brukerne og hva de trenger kan bidra til å motarbeide samarbeidets hensikt. På en annen side er jeg noe uenig i dette, da jeg mener at en slik uenighet kan være fruktbar hvis den blir tematisert. På bakgrunn av hva jeg har diskutert i oppgaven, mener jeg at en eventuell uenighet kan bidra til å bygge gjensidighetskunnskap noe mine informanter har fremhevet som sentralt for å oppnå et godt samarbeid. Samtidig som det kan være en faktor som bidrar til å redusere avstanden og bygge bro mellom nivå.

Når det gjelder det eksterne samarbeidet fremheves veiledning som en viktig del av ACT-teamet sin funksjon ovenfor boligene. I den sammenheng påpekes noe jeg tolker som en helsefremmende effekt, da det bidrar til at de orker å stå i jobben sin. Dette forsterkes ytterligere av deres containerfunksjon. Samtidig vil også det å arbeide i et tverrfaglig team som ACT være krevende. Det å føre faglige diskusjoner og kanskje arbeide med folk som har et annet ståsted og vektlegger ulike elementer enn deg selv, eller rett og slett er vant til en annen arbeidskultur kreve mye. En skal være trygg på seg selv for å ta opp diskusjonene og stå for det en mener samtidig som det handler om å ”velge sine kamper”, ”svelge noen kameler” og ha et åpent sinn. For at ACT skal kunne ha en vellykket veilederfunksjon for botiltakene er balansen innad i teamet sånn sett viktig.

Gjennom oppgaven har jeg vist hvordan samarbeidet kan ha en helsefremmende effekt på de ansatte, synliggjort viktige faktorer for å bli værende i en krevende jobb og pekt på mulige fokusområder for fremtidig utvikling. Ved at de ansatte trives i jobben signaliserer de også større trygghet til brukerne, som også vil kunne gi positive gevinster av samarbeidet. Det at evalueringene fra ROP Tøyen og ACT Mosseregionen begge viser at det var noen av deres informanter som bodde i bolig med tilsyn, samtidig som det påpekes at flere ville hatt behov for en slik ordning (Øverås og Fyhn 2006; Pöyry 2011), mener jeg viser behovet for lokale tilpasninger og at samarbeidet med botiltak psykisk helse er viktig og nødvendig. Dette gjelder spesielt i en overgangsfase (fra institusjon til kommunal bolig, med eller uten døgnbemanning) for å bidra til kontinuitet og trygghet for brukeren, noe som er ekstra viktig da dette ifølge Brattrud og Granerud (2011) er en sårbar periode. Det å iavareta brukerne kommer også tydelig frem både i intervjuene og observasjonene, samtidig som de vektlegger ressurstenkning og fokuserer på bedringsprosesser. For at dette skal være mulig må forøvrig også de ansatte tas vare på og arbeidsplassen som potensiell pådriver for positiv eller negativ

påvirkning for de ansattes helse vil være viktig både internt og i samarbeid med eksterne partnere, noe som påpekes i Helsedirektoratet (2010:41). For å knytte oppsummeringen til oppgavens problemstilling som er;

Hvilke funksjoner kan oppsøkende team ha i forhold til kommunen og mellom førstelinje- og spesialisthelsetjenesten?

Mener jeg at oppsøkende team som ACT kan ha en brobyggerfunksjon i samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Samtidig som samarbeidet med botiltakene kan gi helsefremmende effekter for de ansatte gjennom å opprettholde en balanse mellom jobbkrav og jobbressurser, som er avgjørende for å unngå utbrenthet. Dette på bakgrunn av at deres veilednings- og containerfunksjon gir rom for utløp av frustrasjoner, feedback, kunnskap om brukernes diagnoser og andre perspektiver på egen praksis. Bakgrunnen for dette er informantenes opplevelse av samarbeidet som et forhold basert på gjensidig respekt, forståelse for den andres arbeidshverdag og anerkjennelse av hverandres kompetanse. På bakgrunn av dette håper jeg at oppgaven har bidratt til å gi nye perspektiver på denne typen samarbeid, tydeliggjort elementer som kanskje ikke var synlige for de involverte og at noe av kunnskapen også kan overføres til andre settinger.

KAPITTEL 6. ET KRITISK BLIKK PÅ OPPGAVENS RESULTATER

I denne delen vil jeg rette et kritisk blikk på egen undersøkelse hvor overførbarhet, gyldighet og pålitelighet er termer som benyttes for å vurdere oppgavens resultater. Ifølge Creswell (2007) er dette mer passende for kvalitativ forskning enn begrepene reliabilitet og validitet som i større grad benyttes for kvantitativ forskning. Grunnen til dette er at kvantitativ forskning i større grad handler om målbarhet som gir grunnlag for statistiske analyser og konklusjoner, kvalitativ forskning derimot er ikke nødvendigvis så lett og måle. Derfor vil også konklusjonene, slik som vist i denne oppgaven, kunne være av mer undrende karakter som gir rom for leserens egne tolkninger på bakgrunn av de data og fremgangsmåte som presenteres. Det er derfor viktig at fremgangsmåten beskrives, også med tanke på å kunne vurdere om oppgaven faktisk forteller noe om det som det blir sagt at den skal gjøre. I den sammenheng vil det også gis et kritisk blikk i forhold til om mine resultater har en praktisk verdi, samt at ideer for videre forskning og overføring til andre områder vil bli løftet frem.

6.1 Resultatene pålitelighet og troverdighet

Det at jeg til dels forsket på egen praksis kan ha hatt sine fordeler og ulemper. I min situasjon følte jeg at dette hovedsakelig var positivt fordi jeg hadde noe forkunnskaper som gjorde det lettere å stille utdypende spørsmål og samle mer informasjon enn jeg muligens ellers ville hatt. Samtidig som mitt arbeid i enheten ikke innebar samarbeid med ACT i vesentlig grad, noe jeg mener bidro til at jeg ikke hadde forutinntatte meninger, som ifølge Tjora (2010) kan være en fare. Jeg mener selv at jeg i forkant av studien trodde at jeg hadde mer kunnskaper om tema enn det viste seg at jeg hadde. I etterkant ser jeg derfor at jeg burde ha lest ennå mer enn det som var tilfelle før jeg satte i gang, muligens også gjennomført et pilotintervju for å teste spørsmålene mine da disse forandret seg noe underveis i prosessen. Samtidig kan noen av svarene jeg fikk muligens ses som resultat av spørsmålene jeg stilte, som var direkte rettet mot informantenes tanker om ACT-teamet som brobyggere. Denne funksjonen ble imidlertid fremhevet av flere informanter uavhengig av om jeg hadde "lagt opp til dette" eller ikke. Her gikk jeg litt i fellen med å stille ledende spørsmål, og bidra til svar som bekreftet mine hypoteser. Det at noen av informantene var kjent for meg fra før kan ha bidratt til at svarene som ble gitt kom på grunnlag av det, og dermed redusere oppgavens pålitelighet. Det at min situasjon, forforståelse og kontekst er nøye beskrevet kan på en annen side bidra til det ikke legger en demper på undersøkelsens reproduksjons potensial (Kvale og Brinkmann 2009). At hele analyseringsprosessen også beskrives nøye kan videre gi ideer til leserne og på den

måten skape andre perspektiver enn mitt eget som på den måten vil bidra til å berike temaet.

Sammenligning med andre resultater var utfordrende i forhold til at de ikke umiddelbart kunne overføres til en norsk kontekst. Det var imidlertid gjort en stor evaluering på ACT (fra Mossregionen), samt studier av lignende modeller fra Norge som i stor grad ble utgangspunktet for mitt sammenligningsgrunnlag. Mine resultater skilte seg ikke nevneverdig fra disse, men siden jeg hadde valgt et spesifikt tema som det i seg selv var skrevet lite om, og som muligens er uttrykk for lokale tilpasninger ble det allikevel noen forskjeller. Samtidig har oppgaven min en annen vinkling enn de som danner grunnlaget for forskning relatert til oppgaven, da jeg utelukkende tok for meg relasjonen mellom to samarbeidspartnere og dermed fikk mer konkrete og spesifikke svar rundt dette forholdet enn tidligere forskning som i større grad er mer generell. Et punkt hvor min undersøkelse muligens skiller seg fra de andre studiene jeg har vurdert opp i mot er en mulig helsefremmende effekt av samarbeid. Det at jeg la merke til en potensiell helsefremmende effekt kan for øvrig ha sammenheng med at jeg nylig har hatt faget *forskning på helsefremming*, ved NTNU, fordi selve ordet helsefremming ikke ble brukt av informantene selv. Det er uavhengig av årsak nyttig med mer fokus på helsefremming i arbeidslivet, og oppgaven kan etter min mening knyttes til nettopp dette ved at flere sentrale faktorer som fremheves i forskning på området også kom frem i mine observasjoner og i intervjusammenheng.

Et faremoment når det gjelder å observere samarbeid mellom to ulike steder er at det kan være tidsavhengig, ved at ACT er mer involvert i botiltakene i vanskelige perioder. Det at kontakt hyppighet og samarbeidsform ikke er konstant fremheves også av informantene selv. Dette kan videre innebære at mine resultater vil være preget av dette og ikke nødvendigvis vil stemme overens med resultater som hadde kommet frem ved et annet tidspunkt.

6.2 Forbedringspotensial, videreføring og overførbarhet

Strauss and Corbin (1990) presenterer sju kriterier som ifølge dem må finnes for å kunne vurdere en studie som god innenfor grounded theory (som sitert i Creswell 2007: 216-217). Disse innebærer gode beskrivelser av utvalg, hvem består utvalget av, hvordan er de plukket ut og på hvilket grunnlag. Videre fremheves arbeidet med koding, hvor spørsmål som hvordan ble kodene utviklet, hva førte til de ulike kategoriene som besvarte problemstillingen og hvordan ble problemstillingen utviklet. Deretter skal ulike hypoteser fremgå, og hvordan

de ble testet. Punkter jeg føler undersøkelsen min er mangelfull på er i forhold til utvikling og testing av hypoteser da dette ikke ble videre vektlagt underveis, men i stedet ble fokuset på selve utforskningen av tema, å få tak i informantenes synspunkter, opplevelser og beskrivelser av samarbeidet. ”Veien ble til mens jeg gikk”, og funnene bekreftet til dels mine antagelser, mens jeg også fikk noen overraskelser som imidlertid kunne gi grunnlag for utvikling av nye hypoteser. På bakgrunn av oppgavens omfang og tidsbegrensning fyller undersøkelsen ikke de videre kravene for å utvikle en teori, hvilket heller ikke var intensjonen fra starten av.

Jeg mener derimot at min studie møter punktene som fremhever utviklingen av en modellen som viser sammenhengene mellom de ulike kategoriene som dukket opp i analyseringsprosessen, samtidig som jeg ikke kan si at mine resultater er endelige, men presenterer ulike spørsmål som jeg finner interessante og som kan gi grunnlag for videre forskning. For at lesere skal kunne benytte mine perspektiver videre er mitt utgangspunkt og forforståelse presentert, hvilket også innebærer en sentral del av vurderingen av en grounded theory studie (Creswell 2007: 217). Når det gjelder de nevnte gevinstene av samarbeidet kan dette være en ide til videre forskning med fokus på helsefremming i arbeidslivet som et utgangspunkt, for å kunne si om mine antagelser stemmer eller ikke. Da jeg mener min oppgave viser at ACT eller lignende oppsøkende team har en potensielt helsefremmende effekt, men her trengs det mer forskning. Det at mine resultater stemmer relativt god overens med evalueringer av lignende team, kan gi grunnlag for å tro at de også kan overføres til andre samarbeidsforhold på tvers av nivå. Helsefremming og recovery perspektivet ble tydeligere for meg underveis noe som også styrker antagelsen om at det kan være et potensial for dette i samarbeidet da det ikke var lagt opp til dette fra min side fra starten av.

Vestre Viken HF, klinikk for psykisk helse og rus har en del pågående forskningsaktivitet på nettopp dette. Noe som viser økt interesse for helsefremming innen fagfeltet. Av pågående studier kan det nevnes prosjektet *helsefremmende samhandling mellom kommune og sykehus* som tar utgangspunkt i Antonovskys salutogense og sence of coherence, i tillegg til flere masterstudier som kan relateres til helsefremming og ACT blant annet *Helsearbeidere i ACT-team sin erfaring med å styrke brukernes rolle som medborgere* (masterstudiet i klinisk helsearbeid av spesialsykepleier og spesialkonsulent Mona Sommer, Kongsberg DPS) og *Helsearbeiderens erfaringer med hvordan modelltrofasthet virker inn på brukermedvirkning i ACT-team* (masterstudiet i klinisk helsearbeid av spesialsykepleier Hege Stokmo Kongsberg

DPS, voksenpsykiatrisk poliklinikk). Andre ideer til videre forskning kan være å intervju andre instanser i spesialisthelsetjenesten for å få et mer helhetlig syn på ACT sin rolle og om de opplever de samme funksjonene eller deler av det som kommunen fremhever. Da min oppgave bare gir den ene siden sitt perspektiv. Når det gjelder fremtiden til ACT virket det på meg som en modell og tenkning som er kommet for å bli, når det gjelder samarbeidet med botiltak psykisk helse er fremtiden kanskje mer usikker. Jeg håper i den sammenheng at oppgaven min har bidratt til å gi nyttige perspektiver til videre evaluering av prosjektets fremtid.

REFERANSELISTE

- Aakerholt, Amund (2006) ”Rus og psykisk lidelse – faglige og organisatoriske utfordringer”, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3 (3): s. 222-231
- Aakerholt, Amund. (2011) *ACT- håndbok. 1.utg.* Tilgjengelig fra: <http://www.rus-ost.no/Default.asp?WCI=DisplayGroup&WCE=231&DGI=231> (Hentet: 27. august 2011).
- ACT-team* (u.d) Tilgjengelig fra: <http://napha.no/content/425/ACT-team-> (Hentet: 27.august 2011)
- Almvik, Arve (2000.a) ”Utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene – sett i lys av historisk utvikling, statlige føringer og lovverk”, i Almvik, A. og L. Borge (red.) *Tusenkunstnerne: muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s.15-31
- Almvik, Arve (2000.b) ”Tusenkunstnerne” – muligheter og begrensninger når lokalsamfunnet er arena”, i Almvik, A. og L. Borge (red.) *Tusenkunstnerne: muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s.257-267
- Ambulant akutt team (AAT)* (u.d) Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Nidaros-DPS/Enheter/Ambulant-Akutt-Team-AAT/> (Hentet: 25.oktober 2011)
- Ambulant akutt team* (2008) Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Tiller-DPS/Enheter/Krise--og-tidligavklaringssteam/> (Hentet: 25. oktober 2011)
- Bakker, A., B. og E. Demerouti (2007) ”The Job Demands- Resources model: state of the art”, *Journal of Managerial Psychology* [Online], 22 (3): s. 309-328
- Bakker, A.,B., m.fl (2008) “Work engagement: an emerging concept in occupational health psychology”, *Work & stress* [Online], 22 (3): s. 187-200
- Benzodiazepiner – faktaark* (2012) Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0::0:0&MainLeft_5648=5544:49972::1:5647:7:::0:0 (Hentet: 28.mars 2012)
- Biong, Stian (2011) ””Å guide hverandre i hverandres systemer” En fenomenologisk hermeneutisk studie av godt samarbeid i en tverretattlig styringsgruppe”, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 (1): s.35-46.

- Bjørger, Dagfinn og Heidi Westerlund (2009) *Bruker spør bruker (BSB) Evaluering av Psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam (PART)*. Tilgjengelig fra <http://www.bruckererfaring.no/PART2009.pdf> (Hentet 3.mars 2011)
- Borg, M. og B. Karlsson (2011) ”Recovery – og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter”, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* [Online] 8 (4): s. 314- 323
- Borge, Lisbet (2000) ”Samarbeid gjennom et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk”, i: Almvik, A. og L. Borge (red.) *Tusenkunstnerne: muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 91-102
- Bratteteig, Margot, Ingunn Hove og Amund Aakerholt (2008) *Rus eller gal? Sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser*. 4.utg. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
- Brattrud, Tone L. Og Arild Granerud (2011) ”Sammen om gode overganger: samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern”, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 (3): s. 206- 216
- Creswell, John W (2007) *Qualitative inquiry & research design; Choosing Among Five Approaches*. 2.ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc
- Danbolt, Lars J., Kjøsberg, Kari og Lars Lien (2010) ”Hjelp nå du trenger det: en kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykiske helsetjenesten”, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7 (3): s. 238- 245
- Engman, Roald og Knut Michelsen (2005) *Etablering av et ACT- team i Moss, Rygge, Råde og Våler- ACT - Assertive Community Treatment Nasjonalt pilotprosjekt – ACT-organisering av tjenester for mennesker med alvorlige mentale lidelser og rusmisbruk*. Tilgjengelig fra: <http://www.moss.kommune.no/kunde/filer/ACT-prosjektet.pdf> (Hentet 3.september 2011)
- Gilje, Nils og Harald Grimen (1993) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger; innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Haug, Katharina H., Endelund, Heidi og Kjell A. Aarheim (2004) ”Tverrfaglig samarbeid”, i: Solheim, M og K.A. Aarheim (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.253-266
- Helsedirektoratet (2010) *Folkehelsearbeidet- veien til bedre helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet (Rapport IS- 1864)
- Helsetilsynet (2000) *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Oslo: Statens helsetilsyn (Utredningsserie 10-2000).

- Helsetilsynet (2006) *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Oslo: Helsetilsynet (Rapport fra Helsetilsynet 4/2006)
- Helsetilsynet (2007) *Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser*. Oslo: Statens helsetilsyn (Rapport fra Helsetilsynet 8/2007)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Pressemelding: Regjeringen oppretter ti ACT- team for å hjelpe mennesker med alvorlig psykisk lidelse*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Individuell plan og koordinering* (2011) Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx> (Hentet: 24.april 2012)
- Informasjonsbrosjyre* (2010) Tilgjengelig fra: <http://www.trondheim.kommune.no/content/1117624561/Enhet-for-Botiltak-psykisk-helse> (Hentet 13.oktober 2011)
- Informasjon om ACT-team* (2010) Tilgjengelig fra: <http://www.rus-midt.no/no/Aktuelt/Nyheter/Informasjon-om-ACT-team/> (Hentet 23.august 2011)
- Jacobsen, Dag Ingvar (2004) "Hvordan måles koordinering? Ulike strategier for empirisk forskning", i: Repstad, P. (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget, s 210-231
- Johansen, Hege H. og Anne G. Skjerve (2009), "Spesialisthelsetjenester på brukernes arenaer- går det?", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6 (3): s. 215- 223
- Karlsson, Bengt (2011) ""Sykepleier i bønn" om makt, posisjoner og profesjoner i psykisk helsefeltet", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 (1): s. 56-66
- KART – Kommunalt ambulant rus/psykiatri team* (2011) Tilgjengelig fra: <http://www.trondheim.kommune.no/content/1117631921/KART---Kommunalt-ambulant-rus-psykiatri-team> (Hentet 25.oktober 2011)
- Kielland, Knut B. (2002) "Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig psykisk syke med rusmisbruk", *Tidsskrift for den norske legeforening*, 25 (122): s. 2458-2460
- Kunnskapssentret (2008) *Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Rapport fra kunnskapssenteret nr. 3 2008)
- Kvaal, Bjørn (2009) *Vanskelig å samarbeid med kommunene*. Tilgjengelig fra: http://www.dobbeltdiagnose.no/index.php/dobbeltdiagnose/Artikler/Nasjonalt/-vanskelig_aa_samarbeide_med_kommunene (Hentet 14. mars 2012)

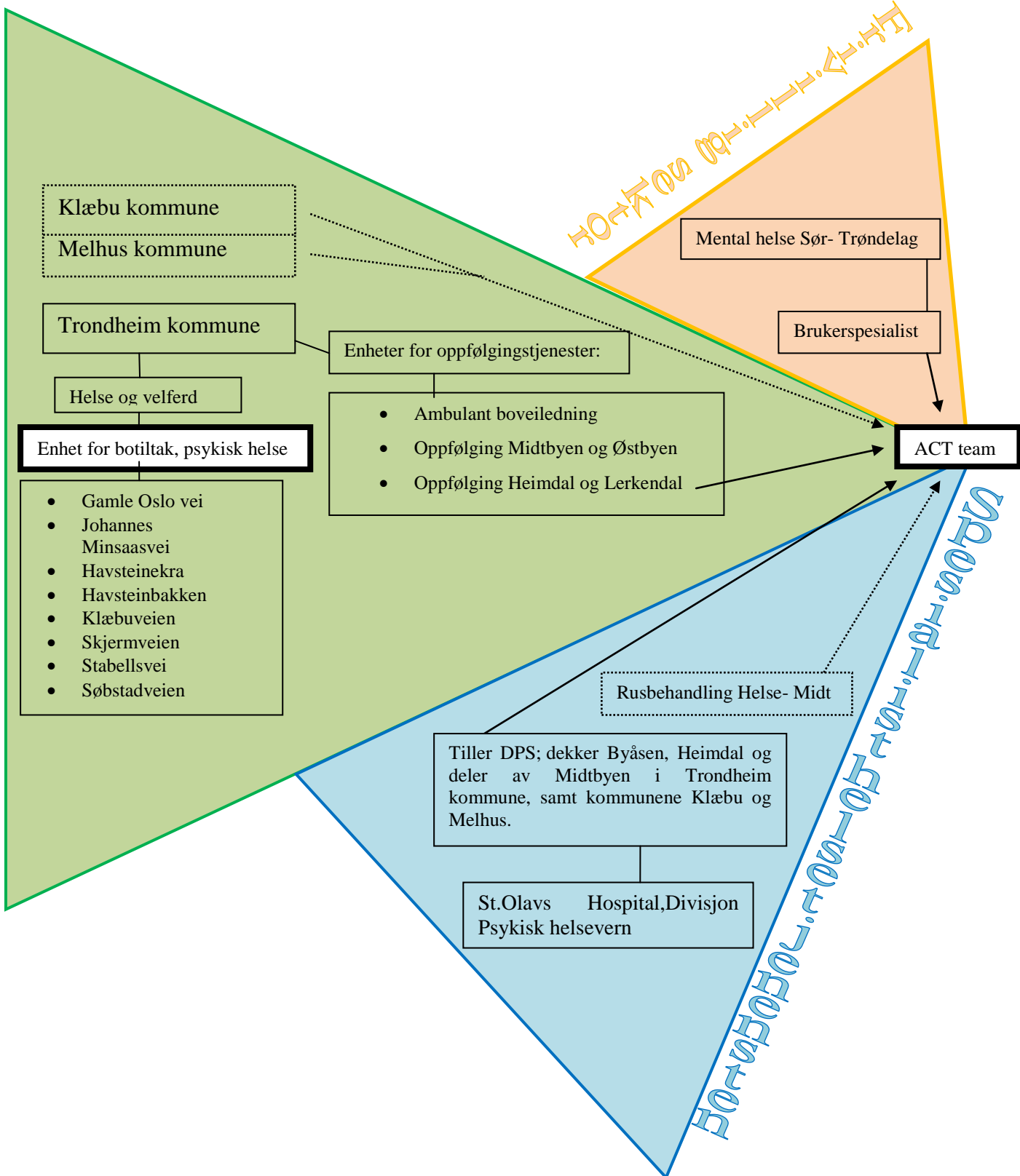
- Kvaal, Bjørn (2011) *Velger lokalt samarbeid fremfor ACT- team*. Tilgjengelig fra: http://www.dobbeltdiagnose.no/index.php/dobbeltdiagnose/Artikler/Nasjonalt/Velger_lokalt_samarbeid_fremfor_ACT-team (Hentet 14. mars 2012)
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lauvås Kirsti og Per Lauvås (2004) *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Laverty, Susan M. (2003) “Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations”, *International journal of Qualitative methods*, 2 (3): s. 21-35
- Levin, Irene (2004) *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindström, Bengt og Monica Eriksson (2010) *The Hitchhikers guide to salutogenesis; salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki, Finland: Folkhälsan research center, health promotion research (Research report: 2010/2)
- Lunnan, Brit (2006) ”Å gå opp nye stier i skyggelandet mellom rus og psykisk lidelser: tanker fra behandlingshverdagen på ROP, Tøyen”, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3 (3): s. 232- 241
- Lysestøl, Peder M. og Meland, Eilef A. (2003) *Velferdsstatens økonomi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mandelid, L. J (2010) Kan aktivt oppsøkende behandlingsteam øke bredden i lokalt basert psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* [Online], 4: s. 339-347.
- Maslach, C., Schaufeli, W., B., og Michael P. Leiter (2001) “Job Burnout”, *Annual Review Psychology*. [Online] 52: s. 397-422
- Nielsen, J. C. Ry og P. Repstad (2004) ”Fra nærhet til distanse og tilbake igjen: om å analysere sin egen organisasjon” i: Repstad, P. (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget, s.234-252
- Olsen, L. O. (2004) ”Juridiske rammer for tverretattlig samarbeid”, i: Repstad, P. (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget, s. 147-186.
- Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008* (u.d) Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/opptappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html?id=274864 (Hentet: 3.oktober 2011)
- PART (2011) Tilgjengelig fra: <http://www.trondheim.kommune.no/part/> (Hentet: 25.oktober 2011)

- Psykisk helsearbeid i kommunene* (2009) Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/psykisk-helsearbeid-i-kommunene-.html (Hentet 3.oktober 2011)
- PUT (Psykiatrisk ungdomsteam)* (u.d) Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Nidaros-DPS/Enheter/PUT-Psykiatrisk-Ungdomsteam/> (Hentet: 25.oktober 2011)
- Pöyry (2011) *Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper- Evaluering av forsøk med ACT (Assertive Community Treatment) i Mossregionen*. Oslo: Pöyry Management Consulting AS (Econ rapport nr. R2011-013)
- Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering* (u.d) Tilgjengelig fra: <http://helsenorge.no/Rettigheter/Sider/LAR-retningslinjen.aspx> (Hentet: 24. april 2012)
- Repstad, Pål. (2007) *Mellom nærhet og distanse: Kvalitative metoder i samfunnsfag*. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Rogan, Thor (2004) "Opptappingsplanen: fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1 (1): s. 4- 27
- Samarbeidsavtale om prosjektet "aktivt oppsøkende rehabiliteringsteam" (ACT- team) mellom kommunene Melhus, Klæbu og Trondheim, Rusbehandling Midt- Norge og Tiller DPS, St. Olavs Hospital HF* (2009) Tilgjengelig fra Trondheim kommunes intranett (Hentet 01.10.2011)
- Serviceerklæring* (2010) Tilgjengelig fra: <http://www.trondheim.kommune.no/content/1117690489/Serviceerklaring> (Hentet:24.oktober 2011)
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet (IS-1332 Veileder)
- Sosial- og helsedirektoratet (2008) *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagt tilbud. Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet (IS- 1554 Rapport)
- Spesialisthelsetjeneste (psykisk helsevern)* (u.d) Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/spesialisthelsetjeneste-psykisk-helsevern.html?id=439529 (Hentet: 3.oktober 2011)
- St.meld.nr.25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- St.meld.nr.63 (1997-1998). *Om opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006 endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

- St.meld.nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Strand, Gaute E. (u.d) *Sykehus uten vegger*. Tilgjengelig fra: <http://psykiskhelsearbeid.no/content/287/Sykehus-uten-vegger> (Hentet: 10.august 2011)
- Thagaard, Tove (2009) *Systematikk og innlevelse; en innføring i kvalitativ metode*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vikmosgad & Bjørke AS
- Tjenesten Ambulant boveiledning* (2011) Tilgjengelig fra: <http://www.trondheim.kommune.no/content/1117631716/Tjenesten-Ambulant-boveiledning> (Hentet: 25.oktober 2011)
- Tjora, Aksel (2010) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Topor, Alain (2006) *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Øverås, Siw og Anders B. Fyhn (2006) *Fra døråpner til alibi?: Evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk ved Tøyen DPS (ROP-Tøyen)*. Fafo-rapport 521.
- Øvreeide, Haldor (2009) *Samtaler med barn – metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. 3. utg. Oslo: Høgskoleforlaget
- Ådland, Audun og Kjersti Alsaker (2000) "Bofellesskap for psykiatriske langtidspasienter", i: Almvik, A. og L. Borge (red.) *Tusenkunstnerne: muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 217-230

Vedlegg 1. Oversikts kart

Kommune
å
i
v
n
e



→ = Viser hvor ACT- medlemmene kommer fra

⋯→ = Viser samarbeidspartnere for opprettelse av ACT- teamet, de er representert i inntaksmøter, men ikke den praktiske hverdagen til teamet.

Vedlegg 2. Ulike typer team

Team	Organisering	Målgruppe	Hensikt/fokus	Arbeidsmetoder	Team sammensetning	Kontakt varighet
ACT Opprettet: 2009	Samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten (Tiller DPS). Opptak fra Byåsen, Heimdal, deler av midtbyen, Klæbu og Melhus kommune.	Pasienter med langvarige og ustabile sykdomsforløp, tidligere forsøk med oppfølging fra ulike nivå. Rusproblematikk og alvorlige psykiske lidelser (diagnose F20-29 eller F31 i ICD-10), eller lett psykisk utviklingshemming.	Bidra til stabilitet i brukernes hverdag Hjelp/bistand i forhold til medisinsk og symptom behandling. Fokus både på psykisk lidelse og rusproblem.	Oppsøkende arbeid, hvor de jobber ut ifra et mestrings- og <i>recovery</i> perspektiv	Spesifiseres at teamet bør ha psykiater/ psykolog og leger. Videre må teamet ha ansatte som har kompetanse på følgende områder; koordinering, kunne skrive ut medisiner, terapi, sosiale tjenester, rusbehandling og tjenester i forhold til arbeid, familie, fritid og bolig. Ut ifra modell- beskrivelsen er caseloaden på 1:10, 10 brukere pr ansatt.	Langvarig kontakt. Aakerholt (2011) skriver at erfaringer hittil fra Norge har basert seg på 2 års kontaktvarighet. Tilgjengelige på kveld, men ikke i helg.
PART Opprettet: 2005	Samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten (Nidaros DPS)	Personer med alvorlig psykisk lidelse, med behov fra tjenester på ulike nivå.	Redusere innleggelse, fokus på mestring og bedring av brukernes livsvilkår.	Oppsøkende arbeid, arbeidsoppgavene bestemmes ut fra brukerens behov og det arbeides med styrking av nettverk og med fokus på pårørende.	Tverrfaglig sammensatt (ikke spesifiserte yrkesgrupper)	Ikke spesifisert kontaktvarighet. Ikke tilgjengelige på kveld og helg.
KART	Kommunalt	For personer med psykiske lidelser, rusrelaterte problemer og sammensatt problematikk	Ikke spesifisert	Gir bistand til legevakt, politi og kriseteam. Bistår også med annen type oppfølging. Ambulant tjeneste	Tverrfaglig sammensatt (ikke spesifiserte yrkesgrupper)	Ikke spesifisert varighet, men er tilgjengelige også på kveld og helg.
Ambulant bo-veiledning	Kommunalt	Ikke spesifisert målgruppe, men må være i alderen 18-67 år	Ikke spesifisert	De gir boveiledning, ikke noe avgrenset område men bistår brukere i hele kommunen	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert
AAT (Ambulant Akutt team)	Andrelinjetjenesten, (ved både Nidaros , Tiller og Orkdal DPS)	Krisehåndtering (angst, depresjon, psykose og selvmordstanker) for brukere med alvorlige psykiske lidelser, personer over 18 år.	Krisehåndtering ved mål om å forebygge innleggelse.	Poliklinisk tjeneste, hvor det tilbys samtaler enten på poliklinikk hos samarbeidspartnere eller i brukeres hjem.	Tverrfaglig sammensatt, med psykiater, psykologer og sykepleier med videreutdanning.	Inntil 3 ukers oppfølging, med mer behov for hjelp henvises til andre instanser. Åpent fra mandag- fredag (dagtid).
PUT (Psykiatrisk ungdomsteam)	Andrelinjetjenesten, Nidaros DPS	Personer mellom 15-30 år, med psykiske lidelser og rusproblematikk + kompetanse på spilleavhengighet. De vanligste problemene er angst, affektive lidelser, personlighetsforstyrrelser, psykoser, AD/HD.	Fokus på unge under 18 år, suicidale og psykose brukere, småbarnsforeldre og de som vurderes for innleggelse for rusbehandling.	Samtaletterapi, oppfølging, veiledning og undervisning for samarbeidspartnere. Gratis lavterskeltilbud, for hele Trondheimsområdet	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert

Vedlegg 3. Intervjuguide

Formålet med intervjuene er å undersøke ansatte i ACT/botiltakene sin oppfatning av samarbeidet dem imellom. Har de mye kunnskaper om hverandres arbeidshverdag og hva setter de pris på hos hverandre? Opplevs ACT/botiltakene som en viktig samarbeidspartner, evt. i hvilken grad, hvordan og hvorfor og har samarbeidet bidratt til å redusere avstanden mellom 1. og 2.linjetjenesten?

Intervjuguide for ansatte i ACT

Tema 1: Organisering/arbeidshverdagen

Spørsmål	Evt. oppfølgingsspørsmål og stikkord
Hva består det praktiske arbeidet av, hvordan ser en vanlig arbeidsdag ut?	<i>Hva fikk deg til å ville begynne og jobbe i ACT?</i>
Hva skiller ACT fra andre oppsøkende team (som for eksempel PART)?	
Hvem kan henvise til ACT team?	
Hva er forskjellen på team og inntaksteam?	
Hvordan kommer de i kontakt med sine brukere?	
Når det gjelder brukerne i botiltakene rundt i byen, kom dere generelt i kontakt med de før eller etter at de flyttet i bemannet bolig?	

Tema 2: Forhold til brukerne

Spørsmål	Evt. oppfølgingsspørsmål og stikkord
Hvordan er en vanlig arbeidsdag, hvor mye kontakt har du med brukerne?	
Beskriv brukergruppen (generelle trekk, <u>ikke</u> enkelt personer!), funksjonsnivå, sosialt, boevne, innleggelser etc?	<i>Deler ACT og kommunen samme oppfatning av brukerne? Stemmer deres beskrivelser overens med offentlige dokumenters definisjon av brukergruppen?</i>
Kommunikasjonsferdigheter er sentralt både i forhold til kontaktetablering med brukere og samarbeidspartnere, er dette noe det arbeides aktivt med?	

Tema 3: Praktisk arbeid med utvikling og forbedring av team samarbeid

Spørsmål	Evt. oppfølgingsspørsmål og stikkord
Hvilke metoder og/eller redskaper benyttes for kunnskapsutvikling og overføring innad i teamene?	
Hvordan vil du beskrive samarbeidet?	<i>Hvilke faktorer påvirker oppfatningen? Hvorfor er det bra/dårlig? Er det forskjell mellom samarbeidet internt og eksternt?</i>
Hva med fagutvikling og kompetansebygging?	<i>Sentralt for å kunne bidra med veiledning og evt opplæring av ulike instanser i førstelinjen</i>

Tema 4: Eksterne samarbeidspartnere, med fokus på botiltakene i kommunen

Spørsmål	Evt. oppfølgingsspørsmål og stikkord
Hvordan vil du definere et godt samarbeid?	
Vil du si at det er forskjeller mellom samarbeid og samhandling?	<i>Gi konkrete eksempler. Er begrepsbruken og dets innhold tydelig nok eller brukes de overlappende med ulik betydning for den enkelte?</i>
Hvordan foregår samarbeidet med botiltakene i kommunen i praksis?	
Ligger forholdene til rette for et godt samarbeid?	<i>Fysisk avstand, samarbeid på tvers av nivå og tilgjengelighet i forhold til møter og kontakt</i>
Er rollefordeling tydelig eller opplevelse oppgavene som overlappende?	
Hva hemmer/fremmer samarbeidet?	<i>Redskaper som eks IP, ansvarsgrupper, kriseplaner, beliggenhet, tilgjengelighet etc.</i>
Hvordan vil du beskrive samarbeidet?	<i>Hvilke faktorer påvirker oppfatningen? Hvorfor er det bra/dårlig?</i>
Hvordan vil du beskrive samarbeidet generelt med 1.linjetjenesten? 2.linjetjenesten?	<i>Dette for å få frem, eventuelle forskjeller/likheter mellom 1. og 2.linjetjenesten av ACT som ligger "midt imellom".</i>

Intervjuguide for ansatte i botiltak psykisk helse

Tema 1: Forhold til brukerne

Spørsmål	Evt. oppfølgingsspørsmål og stikkord
Hvordan er en vanlig arbeidsdag, hvor mye kontakt har du med brukeren?	
Beskriv brukergruppen (generelle trekk, <u>ikke</u> enkelt personer!), funksjonsnivå, sosialt, boevne, innleggelser etc?	<i>Deler ACT og kommunen samme oppfatning av brukerne? Forskjell i oppfattelsen av bruker før /etter at ACT kom inn i bildet?</i>
Hva mener du er kommunens viktigste samarbeidsinstanser?	
Mener du at boligen er godt egnet for denne gruppen brukere?	<i>Hvorfor? Er antallet beboerne bra?</i>
Føler du at du vet nok om brukergruppen?	<i>Hvor søker man råd? Kollegaer eller andre instanser? I så fall hvilke instanser?</i>

Tema 2: Kunnskap om ACT

Spørsmål	Evt. oppfølgingsspørsmål og stikkord
Hvor kommer kunnskapen fra; egen erfaring, informasjon fra kollegaer, skriftlig material, annet?	
Hva kan ACT tilby brukerne?	

Tema 3: Samarbeid med ACT

Spørsmål	Evt. oppfølgingsspørsmål og stikkord
Hvordan vil du definere et godt samarbeid?	
Vil du si at det er forskjeller mellom samarbeid og samhandling?	<i>Gi konkrete eksempler. For å se på om forholdet til 2.linjen og spesielt ACT er preget av samhandling eller samarbeid. Er begrepsbruken og dets innhold tydelig nok eller brukes de overlappende med ulik betydning for den enkelte?</i>
Hvordan vil du beskrive ACT sin rolle?	<i>Fokus på veiledning/rådgivningsrolle ifht</i>

	<i>kompetanseøkning i botiltaket angående dobbeltdiagnose pasienter. Opplevs rollene som likeverdige, er det et samarbeidsforhold, veiledningsforhold annet?</i>
Har samarbeidet med ACT ført til en forandring i samarbeid med 2.linjetjenesten generelt?	<i>Innleggelse, planlagte og akutte har det skjedd en økning/reduksjon?</i>
Hvordan signal sendes til brukerne?	
Kom ACT i kontakt med brukerne før eller etter de flyttet til bofellesskapet?	
Eventuelle forandringer hos bruker etter at ACT kom inn i bildet	<i>Stemmer disse overens med det som er funnet i forskning på brukererfaringer med ACT, eller er resultatene annerledes med tanke på at de bor i bemannet bolig?</i>
Hvordan utformer samarbeidet seg i praksis, hva gjøres?	
Er kontakten med ACT for hyppig eller for sjelden i forhold til hva som er ønskelig, eller fungerer dagens situasjon tilfredsstillende	<i>Utdyp hva som menes med tilfredsstillende</i>
Hvordan vil du beskrive samarbeidet?	<i>Hvilke faktorer påvirker oppfatningen? Hvorfor er det bra/dårlig?</i>
Hvordan vil du beskrive samarbeidet generelt med 2.linjetjenesten?	<i>Dette for å få frem eventuelle spesielle sider ved samarbeidet med ACT</i>
Utarbeiding av IP kan ses på som et samarbeidsredskap (mellom ulike instanser og bruker), hvordan arbeides det med dette? Er ACT med i prosessen?	

Vedlegg 4. Observasjons mal

Hensikt:

Hensikten er generelt å få et bilde av hvordan hverdagen i et ACT- team kan se ut, og hva som gjøres i forhold til samarbeid med 1.linjetjenesten, og botiltak psykisk helse spesielt. Har de hyppig kontakt, hvordan kommuniseres det (via mail, tlf, ansikt til ansikt) og hvem tar initiativ til kontakt.

Temarelaterte observasjoner/Hjelpespørsmål:	Hva gjør de?	Hvem samhandler?	Hvordan er settingen for samhandling?	Hvordan samhandler de i ulike settinger?	Er det ulike diskurser dem imellom?	Hva er det de sier (hva med kroppsspråk?)	Hva slags relasjoner har de involverte	Min tolkning /hvordan opplever jeg det å observere?
Tema 1: Kontakt hyppighet, hvor og hvordan								
<u>Med samarbeidspartnere:</u> Kontakt med brukere Kontakt med botiltak (og generelt med samarbeidspartnere i kommunen) Kontakt med andre instanser innen 2.linjetjenesten								
<u>Innad i teamet</u> Hyppighet aktivitet relatert til team utvikling Hvordan organiseres møter i temaet? Tidsbruk til faglige og etiske problemstillinger								
Tema 2: Samarbeidsklima								
Hvordan er forholdet mellom kommunalt og statlige ansatte innad i ACT team. Ovenfor eksterne partnere i 1. og 2. linjen?								
Rammer for samarbeid								

Vedlegg 5. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltagelse i intervju tilknyttet masteroppgave i sosialt arbeid

Mitt navn er Cathrine Haugen, og jeg starter nå i august på mitt avsluttende år av min mastergrad i sosialt arbeid ved NTNU. Tema for oppgaven min er; *Samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenesten med fokus på team samarbeid gjennom ACT*. Det jeg ønsker å finne ut er om det er samsvar mellom innsatsen som legges i utvikling av team samarbeid og resultater av arbeidet. Er team samarbeid så viktig for arbeidets resultat som vi tror? Har ACT bidratt til et tettere bånd mellom 1. og 2.linjetjenesten, og har det skapt forandringer for beboerne i kommunale boliger? Dette grunner i tanken om at team samarbeid er noe ønskelige og nødvendig for å sikre at brukerne får den bistanden de trenger og for at deres hverdag skal bli best mulig. Siden dette vil involvere flere parter ønsker jeg å intervjuere ansatte i enhet for psykisk helse v/ Trondheim kommune samt ansatte i ACT team v/ Tiller DPS. Dette er ønskelig for å se nærmere på innbyrdes team samarbeid samtidig som det muliggjør det å rette blikket mot forholdet mellom 1. og 2. linje tjenesten.

Intervjuene vil ha en varighet på ca. 1. time, tid og sted vil vi avgjøre sammen. For å kunne bruke informasjonen som fremkommer vil jeg benytte meg av en båndopptaker samt notater underveis. Deltagelse er frivillig, og du har derfor selvfølgelig mulighet til å trekke deg når som helst uten videre begrunnelse for dette. Hvis dette blir tilfelle vil eventuell informasjon som allerede er gitt ikke bli inkludert i oppgaven. Alle opplysninger du gir vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert slik at verken du eller personer du måtte omtale ikke kan gjenkjennes i det ferdige produktet. Disse opplysningene samt lydbåndopptak vil slettes når oppgaven er ferdig stilt, noe som antas å skje i løpet av sommeren 2012.

Hvis du ønsker å delta på et intervju, ber jeg om at du fyller ut vedlagte samtykkeerklæring og returnerer til meg. Ingen spørsmål er for dumme, ta gjerne kontakt med meg på tlf 91645634 eller mail: cathhau@stud.ntnu.no hvis det skulle være spørsmål eller uklarheter rundt deltagelsen. Oppgaven er meldt til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).

Med vennlig hilsen

Cathrine Haugen

Frode Rinnansvei 145

7050 Trondheim

Jeg har mottatt informasjon om studien ”Samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenesten med fokus på team samarbeid gjennom ACT” og ønsker å delta.

.....

.....

Navn/ Dato

Tlf

Vedlegg 6. NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Berit Berg
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 20.09.2011

Vår ref: 27882 / 3 / MAB

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.09.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27882	<i>Innbyrdes og eksternt samarbeid mellom Trondheim kommune (v/ botiltak psykisk helse) og Assertive Community Treatment team (ACT).</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Berit Berg
Student	Cathrine Haugen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

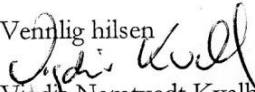
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Cathrine Haugen, Frode Rinnansvei 145, 7050 TRONDHEIM

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 27882

Formålet med prosjektet er å undersøke samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenesten med fokus på team som samarbeider gjennom ACT.

Utvalget består av ansatte i botiltak psykisk helse samt ansatte i et ACT team, tilsammen ca. 8 personer.

Personvernombudet forutsetter at rekruttering av informanter skjer via ledelsen ved botiltaket/ACT team. Ledelsen gir ut informasjonsskriv til potensielle informanter, og de som ønsker å delta i prosjektet tar så direkte kontakt med student.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Informasjonsskrivet finnes tilfredsstillende, men kontaktinformasjon til veileder bør tilføres skrevet.

Det skal under intervju ikke snakkes om 3. person (konkrete brukere).

Student skal muligens gjennomføre observasjon i prosjektet, jf. innsendt meldeskjema. Dersom student skal gjennomføre observasjon hos ACT teamet/delta på en vanlig arbeidsdag hos ACT teamet, må student søke dispensasjon fra taushetsplikten. Personvernombudet ber om at kopi av dispensasjonen ettersendes ombudet så snart denne foreligger og før en eventuell observasjon finner sted.

Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i publisering (masteroppgaven) fra prosjektet.

Prosjektslutt er 01.07.2012. Ved prosjektslutt skal lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres. Med anonymisering menes at direkte personidentifiserbare opplysninger som navn slettes, og at indirekte personidentifiserbare opplysninger som alder, kjønn og stillingstittel, endres eller slettes.

Vedlegg 7. REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Arild Hals	73597506	13.12.2011	2011/2254/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			01.11.2011	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Berit Berg

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Dragvoll universitetssenter, Bygg 11

2011/2254 Samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenesten - gjennom ACT- team

Forskningsansvarlig institusjon: NTNU, Fakultet for samfunnsfag og teknologiledelse v/ dekan Jan Morten Dyrstad

Prosjektleder: Professor Berit Berg

Vurdering:

Prosjektets formål er å undersøke om det er samsvar mellom innsatsen som legges i utvikling av teamsamarbeid og resultater av arbeidet. Datainnsamlingen skal foregå ved intervju og observasjon av team-medlemmenes arbeidshverdag. Det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten for å gjennomføre observasjonen ettersom forsker kan bli gjort kjent med informasjon om tredjepart (bruker). Det skal ikke registreres noen informasjon om tredjepart.

Komiteen viser til hjemmel i forskrift av 2009.06.26 nr 0867. Helse- og omsorgsdepartementet har etter forskriften delegert kompetansen til å vurdere om det skal gis dispensasjon fra taushetsplikt for opplysninger til bruke i forskning til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Komiteen innvilger fritak fra taushetsplikten til å gjennomføre observasjon av team-medlemmenes arbeidshverdag. Fritak fra taushetsplikten gis til professor Berit Berg, og gjelder for den oppgitte prosjektperioden.

Merkander:

- Komiteen vil presisere at prosjektmedarbeiderne har taushetsplikt.
- Dispensasjon er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen.
- Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.
- I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket, er tillatelsen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de andre nødvendige godkjenninger som må til for at prosjektet kan gjennomføres.

Vedtak: Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge innvilger fritak fra taushetsplikten.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK midt.

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningscenter 7489
Trondheim

Telefon: 73597506
E-post: rek-4@medisin.ntnu.no
Web:
<http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK midt, not to individual staff

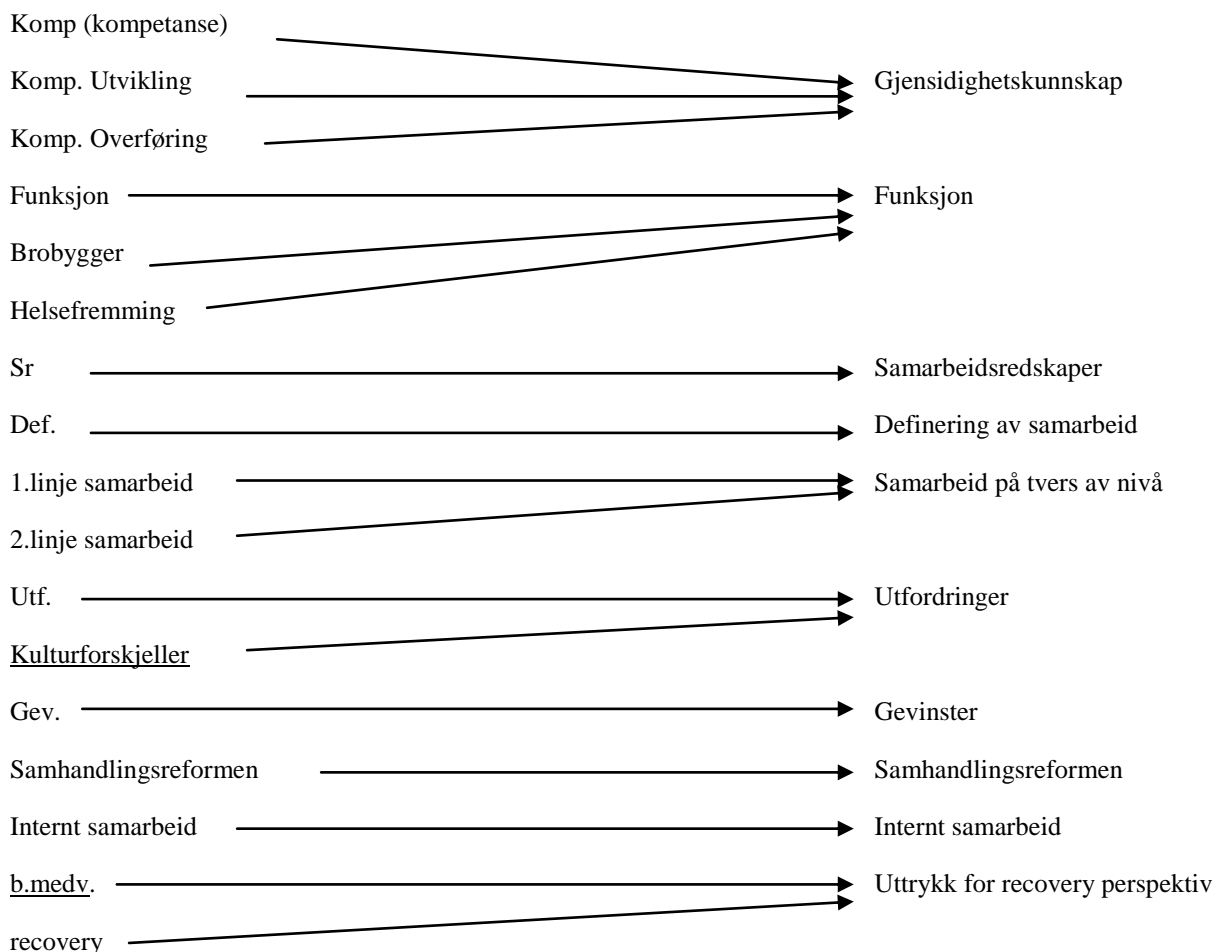
Vedlegg 8. Kode reduksjon og sammenslåing

Ah (arbeidshverdag)

DD (Dobbeltdiagnose/brukergruppen)

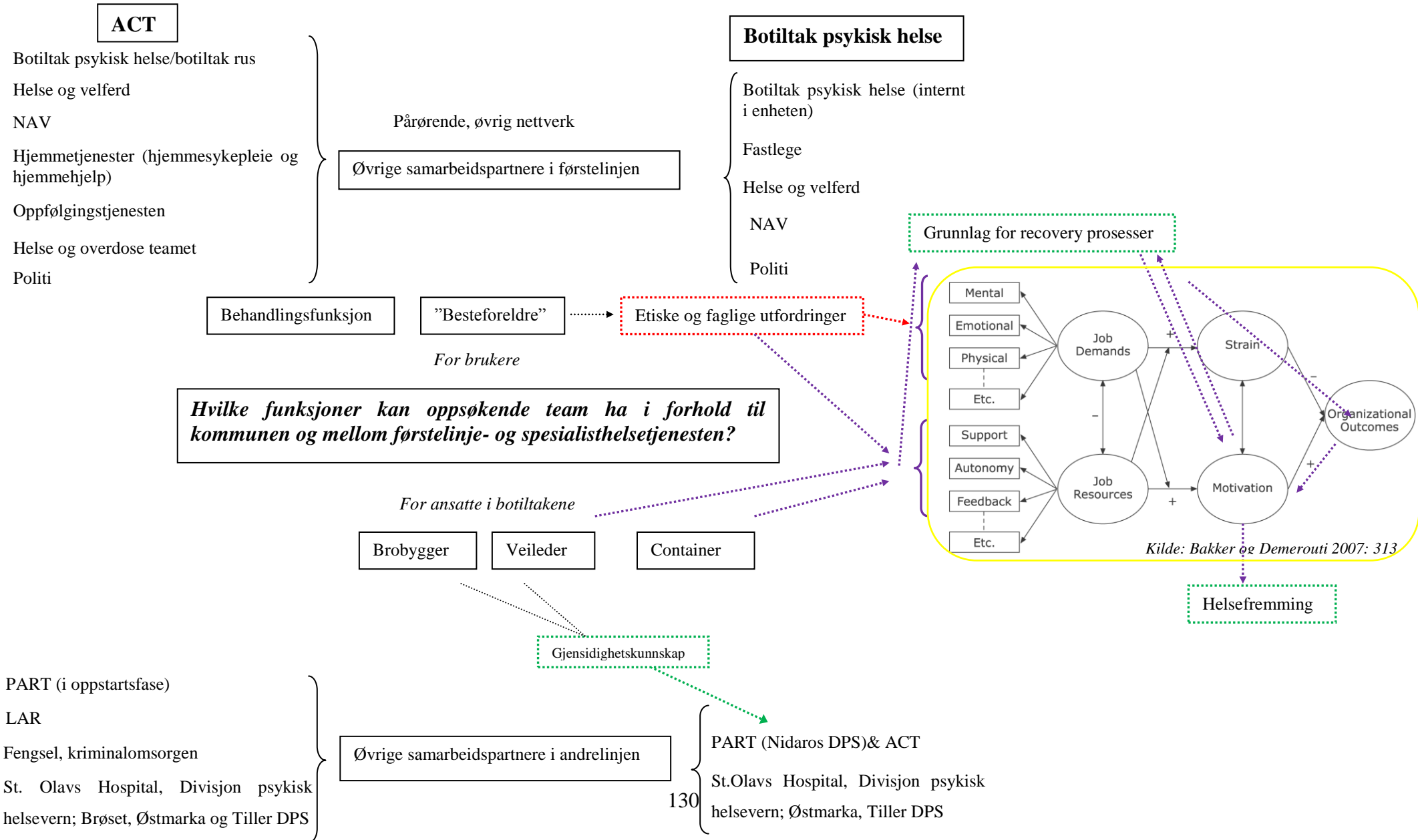
B (boligproblematikk)

Forsk. (forskjell ACT og andre team)



Følgende koder ble fjernet helt; **forsk** (forskjeller mellom ACT og PART), **Ah** (arbeidshverdagen), **DD** (brukergruppen), **B** (om bolig), fordi de ikke direkte sier noe som besvarer selve problemstillingen. De tre kodene som er streket under utgikk fra dataene selv. Etter reduksjon og sammenslåing sto jeg igjen med **10 koder**. For å komme frem til disse brukte jeg Nvivo9 som hjelpemiddel hvor jeg gjennomførte følgende analyser; *Number of coding references* og *Percentage coverage* (høyreklikk på informant – visualize – chart node coding – number of coding references/ percentage coverage), som viser de ulike kodenes dekningsgrad i hvert transkriberte intervju, samt hvilke koder informantene hovedsakelige har brukt. Disse danner grunnlag for å si noe om hvilke tema informantene vektlegger. For å få en samlet oversikt over dette gjorde jeg en *source summary report* (fanen reports deretter *source summary report*), og til slutt en analyse på alle kodene som jeg brukte for å visualisere hvilke koder som var mest brukt (*explore- three map – nodes compared by number og coding references*).

Vedlegg 9. Resultat modell



Modell forklaring:

Modellen gir en illustrasjon over hvordan de ulike temaene i oppgaven henger sammen.

- Midt i modellen er problemstillingen min i en egen boks. For å kunne si noe om funksjonene og informantenes opplevelse av samarbeidet er utfordringer og gevinster sentralt. Utfordringer er markert med rødt og gevinster markert med grønt.
- Samarbeidspartnerne som er listet opp er antageligvis ikke dekkende for virkelig praksis, men de reflekterer de samarbeidspartnere som ble nevnt underveis i intervjuene, og dermed muligens de mest brukte samarbeidspartnere for ACT og botiltakene både i første og andrelinjetjenesten. Botiltakets samarbeidspartnere er listet opp på "høyre siden" mens ACT sine står på "venstre siden" i modellen (øverst er førstelinjen og nederst på modellen er samarbeidspartnere i andrelinjen).
- I den gule firkanten er the job- demands- resource modellen i sin helhet, for å tydeliggjøre hvordan den kan knyttes til min oppgave er sammenhengene markert med lilla.
- Hvordan de ansatte takler de etiske og faglige utfordringene som følger av "besteforeldre" rollen (hvor det i oppgaven referes til blant annet overlappende oppgaver, se avsnittet med samme navn) gir konsekvenser for om boligen er en arena for recovery prosesser eller ikke, samtidig som veileder- og containerfunksjonen også påvirker recovery mulighetene gjennom kompetanseoverføring og kompetanse utvikling. Recovery prosessene vil gi resultater for "organisasjonen" men også for brukerne selv gjennom økt livkvalitet, samt for de ansatte da det kan gi økt motivasjon i arbeidet, som videre gir helsefremmende effekt.
- Gjensidighetskunnskap er satt i sammenheng med funksjonene som brobygger og veileder som en konsekvens som fører til redusering av opplevelsen av avstand til spesialisthelsetjenesten, noe som gjengis av de fleste informantene.
- Modellen viser altså hvordan de ulike funksjonene fra samarbeidet kan tenkes å ha en helsefremmende effekt for de ansatte samtidig som den dermed også indirekte sier noe om hva brukerne kan tjene på samarbeidet gjennom grunnlag for recovery prosesser og ved at de ansatte unngår utbrenthet vil de også arbeide bedre, noe som vil komme brukerne til gode.