

# INNHOOLDSLISTE

<b>SUMMARY</b>	<b>3</b>
<b><u>1.0 INNLEDNING</u></b>	<b><u>5</u></b>
1.1 BAKGRUNN FOR PROBLEMSTILLING	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN	8
1.3 AVGRENSNINGER OG BEGREPSAVKLARINGER	9
1.4 GANGEN I FREMSTILLINGEN	10
<b><u>2.0 ARBEID, PSYKISK HELSE- OG POLITISKE FØRINGER</u></b>	<b><u>11</u></b>
2.1 ARBEID OG PSYKISK HELSE	11
2.2 POLITISKE FØRINGER OG REFORMER	13
2.2.1 NAV-REFORMEN	13
2.2.2 OPPTRAPPINGSPLEANEN FOR PSYKISK HELSE	14
2.2.3 SAMHANDLINGSREFORMEN	16
2.3 OPPSUMMERING	16
<b><u>3.0 TEORETISK REFERANSERAMME</u></b>	<b><u>19</u></b>
3.1 ORGANISASJONSTEORI	19
3.1.1 OFFENTLIGE ORGANISASJONER	19
3.1.2 BESLUTNINGSPROSESSER I OFFENTLIG SEKTOR	22
3.2 SAMARBEID I RELASJONER	24
3.3 SAMARBEIDSFORMER	27
3.3.1 INDIVIDUELL PLAN	27
3.3.1 ANSVARSGRUPPER	28
3.4 SAMARBEID PÅ TVERS – TVERRETATLIG SAMARBEID	29
3.5 SAMARBEIDSFREMMENDE TILTAK PÅ LEDERNIVÅ	30
3.6 KRITERIER FOR SAMARBEID	32
3.6.1 SUKSESSKRITERIER FOR TVERRETATLIG SAMARBEID	32
3.6.2 UTFORDRINGER FOR TVERRETATLIG SAMARBEID	35
3.7 OPPSUMMERING	36
<b><u>4.0 METODOLOGISK UTGANGSPUNKT OG ANVENDT METODE</u></b>	<b><u>37</u></b>
4.1 EPISTEMOLOGI, METODOLOGI OG METODE	37
4.2 FORSKNINGSMETODOLOGISK UTGANGSPUNKT	37
4.3 ANVENDT METODE OG UTVALG	39
4.4 PRAKTISK GJENNOMFØRING: INTERVJU OG ANALYSE	41
4.4.1 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	42
4.4.2 ANALYSERING AV DATA	43

<b>4.5</b>	<b>ETISKE REFLEKSJONER, VALIDITET OG RELIABILITET</b>	<b>44</b>
4.5.1	VALIDITET	45
4.5.2	RELIABILITET	45
<b>4.6</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>47</b>
<b>5.0</b>	<b>PRESENTASJON OG ANALYSE AV FUNN</b>	<b>49</b>
<b>5.1</b>	<b>KOMMUNEOPPBYGGING OG STRUKTUR</b>	<b>49</b>
<b>5.2</b>	<b>FAKTORER SOM FREMMER OG HEMMER SAMARBEID</b>	<b>50</b>
<b>5.3</b>	<b>KUNNSKAP OM- OG FORVENTINGER TIL HVERANDRES ARBEIDSFELT</b>	<b>52</b>
5.3.1	KUNNSKAP OM HVERANDRES ARBEIDSFELT	52
5.3.2	FORVENTNINGER TIL HVERANDRES ARBEIDSFELT	55
<b>5.4</b>	<b>AVKLART ANSVARS- OG ROLLEFORDELING</b>	<b>58</b>
<b>5.5</b>	<b>OPPLEVELSEN AV SAMARBEIDETS NYTTEVERDI</b>	<b>63</b>
5.5.1	SAMARBEIDSMETODER OG NYTTEVERDI	67
<b>5.6</b>	<b>TILGJENGELIGHET OG KOMMUNIKASJON</b>	<b>69</b>
5.6.1	KOMMUNIKASJONSVERKTØY	73
<b>5.7</b>	<b>KOMMUNIKASJONSKOMPETANSE</b>	<b>74</b>
<b>5.8</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>77</b>
<b>6.0</b>	<b>DISKUSJON</b>	<b>79</b>
<b>6.1</b>	<b>BESLUTNINGSPROSESSER OG RESSURSTILDELING</b>	<b>79</b>
6.1.1	RESSURSTILDELING FRA LEDELSEN	83
<b>6.2</b>	<b>TILRETTELEGGING AV TJENESTER OG TILTAK</b>	<b>84</b>
6.2.1	SAMHANDLING FOR HVA?	87
<b>6.3</b>	<b>BRUKERS MEDVIRKNING</b>	<b>88</b>
<b>6.4</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>90</b>
<b>7.0</b>	<b>AVSLUTNING</b>	<b>93</b>
<b>7.1</b>	<b>GJENNOMGANG OG KRITIKK AV STUDIEN</b>	<b>93</b>
<b>7.2</b>	<b>FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING</b>	<b>97</b>
	<b>LITTERATURLISTE:</b>	<b>101</b>
	<b>VEDLEGG 1 – ORIENTERINGSSKRIV TIL NAV-KOMMUNENE</b>	<b>97</b>
	<b>VEDLEGG 2 - SAMTYKKEERKLÆRING</b>	<b>111</b>
	<b>VEDLEGG 3 - INFORMASJON TIL INFORMANTEN</b>	<b>113</b>
	<b>VEDLEGG 4 - INTERVJUGUDIE</b>	<b>115</b>
	<b>VEDLEGG 5 – GODKJENNING FRA NSD</b>	<b>117</b>

## Summary

There has been a national focus in Norway on services provided for individuals with mental disorders, especially with regard to the municipal services, since the end of the 1990s. Collaboration between different sections in the municipalities has received increased attention. This study focuses on inter-agency collaboration between two of these agencies, the Norwegian labor welfare system (NAV) and the municipality health services, based on the NAV employees' experience of collaboration. The following research question was developed: *What factors contribute to promote and inhibit cooperation between NAV and municipality health services?* In addition, the following sub-question has been formulated: *What are the experiences and reflections of NAV employees in relation to the collaboration with the municipality health services?* This was a qualitative study where five informants from two municipalities in Norway were interviewed. The main research method utilized was qualitative interviews. The analysis was conducted with a basis in the research methodological perspective phenomenology and the interpreting model of hermeneutics. The analysis methods utilized were the theme-centered approach as well as the method of meaning condensation. The analysis was based on the knowledge and theory collection of Norwegian public documents that focused on mental health, work and interdisciplinary collaboration, as well as theoretical perspectives from organizational theory and systems thinking. In addition, theory and research on inter-agency cooperation are presented.

The findings of the study show that cooperation is affected by the presence of a few key factors. It can best be explained if we envision each factor on a scale where the collaboration is stimulated if the presence of the factor increases. These factors were: Knowledge among the employees about each other's fields, including legislation, measures, methods and practical solutions; a defined division of roles and responsibilities between participants in the collaboration; the experience of usefulness for the employees themselves and on behalf of the users/clients; communication tools which facilitate information flow; and at last that the employee has cooperative skills particularly directed at interdisciplinary collaboration. In addition, the study found three overarching factors affecting the interdisciplinary cooperation: Allocation of sufficient resources enabling the units to prioritize interdisciplinary collaboration and a management team that takes responsibility for facilitating inter-agency cooperation; well-developed municipal employment/activity measures for people with mental disorders/problems; and at last the empowerment of the client.



## 1.0 Innledning

Denne studien har som siktemål å undersøke hvordan samhandlingen er mellom NAV og kommunehelsetjenesten. Med bakgrunn i dette vil det innledningsvis gjøres rede for de reformer og politiske planer som har vært styrende og som har oppfordret til en mer økt samhandling mellom tjenester i Norge, som arbeider med mennesker med psykiske lidelser eller problemer.

I lys av dette presenteres og forklares problemstillingen. Flere andre relevante tjenesteytere som er i kontakt med NAV er ikke inkludert her, noe som begrunnes nærmere i studiens avgrensninger. Til slutt blir fremstillingens videre oppbygning redegjort for i innledningens siste delkapittel.

### 1.1 Bakgrunn for problemstilling

Fokus på helsetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i Norge kom for alvor på dagsorden etter publikasjonen av Stortingsmelding nr. 25, *Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Det ble det avdekket at det forelå store mangler i helsetilbudet til denne gruppen på flere områder, både på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå (Sosial- og helsedepartementet 1998a). Som en følge av stortingsmeldingen ble Opptrappingsplanen for psykisk helse iverksatt hvor tilsiktet planperiode var på fem år, fra 1999 til 2006 (Sosial- og helsedepartementet 1998b). Den ble imidlertid utvidet til 2008. Planen var at midler til brukertiltak, informasjon, kompetansetiltak og tilskudd til oppbygging av tjenester i kommuner og spesialisttjeneste skulle økes vesentlig. Planens økonomiske forutsetninger ble fullført i 2008. Bakgrunnen for satsingen var at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd (Forskningsrådet 2009).

De overordnede målsettingene var at brukerne skulle få et verdig tjenestetilbud preget av brukerperspektiv, mestringperspektiv, frivillighet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhet og samarbeid. Målsettingene inkluderte også desentralisering, nærhet til brukerne og kvalitet i behandlingen. I en forlengelse av dette var en av strategiene å jobbe med videreutvikling av samhandling og koordinering av tjenester, med blant annet NAV og med brukeren i fokus. I den sammenheng benyttes ofte begrepet brukermedvirkning. Brukermedvirkning kan forklares med at brukeren medvirker i aktivitet som hvor hjelpeapparatet legger til rette for

det, hvor målsetningen er felles forståelse mellom bruker og tjenesteutøver (Humerfelt 2005). Det ble også fokusert på arbeidsrettede tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse, som et ledd i det å kunne hjelpe brukerne i arbeid eller egnede dagtilbud (Sosial- og helsedepartementet 1998a).

Samtidig har det foregått en stor omveltning i forhold til arbeids- og trykkesystemet i Norge, form av NAV-reformen. Det har innenfor NAV vært en økt satsing på tilbudene til mennesker med psykiske lidelser. Det har derfor blitt opprettet egne prosjekter gjennom NAV i forhold til dette, blant annet Vilje Viser Vei, som var finansiert over Opptappingsplanen for psykisk helse. Vilje viser vei er den største øremerkede satsningen på feltet psykisk helse og arbeid i regi av NAV. I satsningens første fase ble det fokusert på å utvikle ulike arbeidsmarkedstiltak. Når prosjektet ble besluttet å videreføres ble det i fase to opprettet fylkesvise koordinatorene samt tildelt flere midler. Målsetningen med Vilje Viser Vei er at bruker skal få et tilbud hvor behandling og aktivitet/arbeid er integrert. (Møller, Brantzæg & Sannes 2007). Vilje viser vei finnes ikke i alle kommunene eller fylkene i Norge og kan ha ulik oppbygning fra kommune til kommune. Det er de fylkesvise koordinatorene som arbeider tett med kommunene om tiltakene. Opptappingsplanen for psykisk helse og NAV-reformen har likelydende målsettinger når det gjelder å bistå mennesker med psykiske lidelser til å komme ut i rett tilpasset arbeid/dagtilbud.

Opptappingsplanen for psykisk helse i sin helhet ble evaluert og presentert i en sluttrapport av Forskningsrådet i 2009, og inneholdt en gjennomgang av evalueringens delprosjekter (Forskningsrådet 2009). Hovedkonklusjonen i rapporten var at de kvantitative målene i hovedsak var nådd. Mer enn dobbelt så mange fikk behandling enn 10 år før og antall årsverk var økt betraktelig. Evalueringen konkluderte imidlertid med at det fortsatt gjensto utfordringer når det gjaldt innhold og kvalitet i tjenesten og brukermidvirkning.

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse ble utarbeidet av daværende Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i 2007, for perioden 2007-2012, og er en videreføring og videreutvikling av satsingen på psykisk helse og arbeid innen for NAV-systemet. Den er opprettet blant annet på bakgrunn av Stortingsmelding nr. 9 (2006-2007) *Arbeid, velferd og inkludering* (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2006). I nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse er det blant annet fokus på tettere samarbeid og koordinering av tjenestetilbudet til brukeren. Det er grunnlagt i forskning som viser en sammenheng mellom det å ha et dagtilbud/arbeid og stabil psykisk helse. Forskning med

fokus på sammenhengen mellom arbeid og psykisk helse blir presentert i studiens teoretiske fremstilling.

I strategiplanen vises det til komponenter som synes å være av avgjørende betydning for å gi et godt og helhetlig tilbud til brukerne. En av disse komponentene er samarbeidet mellom NAV og kommunehelsetjenesten. I praksis fordrer dette et samarbeid mellom blant andre NAV og ansatte i kommunenes psykiatritjeneste. NAVs overordnede målsetting i forhold til psykisk helse er å bistå mennesker i å delta i en form for dagtilbud. De kommunale tilbudene til mennesker med psykiske lidelser varierer fra kommune til kommune, både i forhold til økonomi, kompetanse og oppbygging (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

I tillegg til Opptrappingsplanen for psykisk helse, NAV-reformen og Nasjonal strategiplanen for arbeid og psykisk helse er Samhandlingsreformen utarbeidet. Den omhandler oppgave- og ansvarsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Den skulle bidra til at kommunene må legge opp tjenestene etter befolkningens behov i langt større grad enn i dag da tanken var at dersom kommunene fikk et tydeligere ansvar, økonomisk og juridisk, skulle det bidra til et mer helhetlig tilbud til befolkningen. I forlengelsen av dette ble det stilt krav til ytterligere samarbeid med de som utøver andre tjenester som er av betydning for den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Disse reformene legger føringer som stiller krav til økt samordning, kommunikasjon og samhandling mellom etatene som utøver tjenester overfor mennesker med psykiske lidelser. Dette medfører at den enkelte tjenesteutøver i større grad må rette blikket utover mot andre etater og ikke bare mot brukeren. NAV sine målsettinger er blant annet å kartlegge og utrede menneskers arbeidsevne og deretter utvikle eller finne egnede arbeidstilbud som passer til den enkelte, hvor målet er at bruker evner å stå i et varig arbeidsforhold. Som de ulike reformene tilsier bør det skje i ustrakt samarbeid med andre tjenester.

Økt fokus på helsefremmende tiltak i samfunnet samt økt fokus på tilbudene til mennesker med psykiske lidelser har blitt prioritert gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse og omsorgsdepartementet 2007). Som nevnt er NAV gitt en vesentlig rolle i dette arbeidet. NAV-ansatte skal dermed jobbe sammen med flere andre etater og tjenesteutøvere for å bistå til å hjelpe mennesker i arbeid eller andre former for dagtilbud. Det er imidlertid et krav som kommer i tillegg til flere lovpålagte krav,

hvor det ofte er opp til den enkelte tjenesteutøver å skulle prioritere disse kravene i forhold til hverandre. Samarbeid med andre etater og tjenesteutøvere innebærer gjerne at de ansatte må forholde seg til andre ideologier, målsettinger og kunnskapsfundament enn sine egne. Dette kan i praksis føre til gode og utviklingsstøttende samarbeidsformer, men det kan også være en kilde til frustrasjon og avmakt. Flere store reformer som har delvis overlappende formål fører til at ansatte må forholde seg til en rekke andre etater og tjenesteutøvere i det daglige, som igjen har sine ulike målsettinger.

I forlengelsen av dette vil jeg sitere min kollega som en dag uttrykte følgende: *«Det er da ikke klientene som er den største utfordringen i arbeidet, men alle de samarbeidspartnerne vi må forholde oss til!»*. I dette utsagnet lå mye frustrasjon over et samarbeid og en struktur som var etablert, men som opplevdes som å fungere til liten eller ingen nytte.

Dette har utgjort deler av det som er innhentet av forhåndskunnskap om det som skal undersøkes. Dette er i følge Kvale (1997) første del av tematiseringen av en undersøkelse.

## **1.2 Presentasjon av problemstillingen**

Ønsket har vært å se nærmere på hvordan samarbeidet mellom NAV og kommunehelsetjenesten fungerer i dag. Følgende problemstilling ble derfor formulert:

*Hvilke faktorer medvirker til å fremme og hemme samarbeidet mellom NAV og kommunehelsetjenesten?*

Problemstillingen tar sikte på å finne ut hvilke faktorer som gjør at samarbeid mellom to etater fungerer godt. Det ønskes nærmere informasjon om hvordan NAV-ansatte opplever samarbeidet og derfor ble det knyttet en underproblemstilling til nettopp dette:

*Hvilke erfaringer og refleksjoner har NAV-ansatte i forhold til samarbeidet med kommunehelsetjenesten?*

Bakgrunnen for valg av denne type problemstilling er flersidig. For det første er det tatt utgangspunkt i noen av de målsettingene som de ovennevnte planene og reformene har hatt. I utgangspunktet var ønsket å undersøke nærmere hvordan mennesker med psykiske lidelser ble fulgt opp av det offentlige og videre hvordan de ansatte selv opplevde at samarbeidet fungerte. Jeg ble i møte med NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) gjort kjent med at det er ønskelig med mer forskning rundt problemstillingen.



Jeg har i tillegg gjennom mitt daglige virke kontakt med familier som mottar tjenester fra flere instanser, inkludert oppfølging fra det kommunale helsetilbudet, NAV, fastlege, DPS og BUP. Av den grunn har jeg hatt et ønske om å fordype meg i det som eksisterer av kunnskap som omhandler tverretattlig samarbeid og dets forutsetninger.

På denne bakgrunn ønsker jeg å se nærmere på NAV-ansattes opplevelse av samarbeidet mellom NAV og kommunehelsetjenesten.

### **1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer**

I studien tar jeg sikte på å undersøke samarbeidet mellom enheter innenfor kommunal sektor som er i kontakt med mennesker med psykiske lidelser. Dette med bakgrunn i de kravene som blir stilt i de ovennevnte plandokumentene. Der blir andre instanser nevnt som viktige bidragsyttere, særlig fastlege, i tillegg til spesialisthelsetjenesten. Disse er ikke inkludert i denne studien. Det er imidlertid viktig å understreke at det i følge Helse- og omsorgstjenesteloven er kommunen som har det overordnede ansvaret for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Fastlegen er gitt en sentral rolle i dette og er også en sentral medspiller for brukerne og samarbeidspartnere (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Spesialisthelsetjenestens rolle, som er underlagt de regionale helseforetakene, er i dag å utrede og behandle. En av samhandlingsreformens målsettinger er at helsetjenestene har avklarte roller i form av at behandling skal skje i poliklinisk form og at kommunens ansvar er kartlegging i forkant samt oppfølging etter- og aktivitetstilbud utover dette.

Studiens størrelse omfang setter imidlertid begrensninger for hvor mange aktører som kan inkluderes, selv om noen av de aktørene nevnt over kan ha en aktiv rolle i samarbeidet med NAV og brukeren. Instanser som fastlege og spesialisthelsetjenesten er derfor ikke inkludert i studiens problemstilling.

Kommunehelsetjenesten i denne sammenheng brukes i denne sammenheng som betegnelse for det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Begrepene psykisk helse, psykiske lidelser og psykiske problemer er allerede presentert innledningsvis og vil bli anvendt videre. Begrepene psykiske lidelser og psykiske problemer brukes noe om hverandre i fremstillingen.

I nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse anvendes følgende definisjoner for disse tre begrepene:

*«Psykisk helse: Evne til å mestre tanker, følelser og atferd, og til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang.*

*Psykiske problemer (plager eller vansker): Symptombelastning som for eksempel grad av angst, depresjon og søvnevansker. Symptombelastningen behøver ikke være så stor at det kan stilles diagnose.*

*Psykiske lidelser: Endringer i tenkning, følelser og/eller atferd kombinert med opplevelse av psykisk smerte og/eller redusert fungering. Symptomene er av en slik type eller grad at det kan stilles diagnose» (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet 2007:7).*

## **1.4 Gangen i fremstillingen**

I neste kapittel blir forskning med tematikk om arbeid og psykisk helse presentert. For å sette studien i et norsk perspektiv blir relevante politiske reformer, herunder NAV-reformen, Opptrappingsplanen for psykisk helse, Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse og Samhandlingsreformen gjennomgått.

I kapittel tre blir det teoretiske perspektivene for oppgaven gjort rede for. I første del en gjennomgang av organisasjonsteori, i forhold til NAV-ansattes arbeidsvirkelighet, som er kommunal sektor. Deretter presenteres teorigrunnet i forhold til samarbeid, med fokus på blant annet relasjonene i samarbeidet, ledelsens ansvar for samarbeidstiltak, og til slutt det som dreier seg om problemstillingens hovedkjerne; tverretatlig samarbeid.

Det metodologiske utgangspunktet og den metodiske gjennomføringen av studien forklares i kapittel fire. Funn fra studien og analyse av resultatene i henhold de faktorene som påvirker samarbeidet direkte vil fremkomme i kapittel fem. I kapittel seks blir faktorer som kan se ut til å ha påvirkning på de ytre rammene for tverretatlig samarbeid diskutert. Til slutt oppsummeres studien i kapittel syv, med en diskusjon hvor studien i sin helhet gjennomgås og kritiseres. Kapittelet avsluttes med forslag til videre forskning som kan være av interesse og som har sammenheng med denne studiens problemstilling.

## 2.0 Arbeid, psykisk helse- og politiske føringer

I dette kapittelet presenteres forskning som er gjort i forhold til sammenhengen mellom arbeid og psykisk helse- og eller aktivitet. Videre gis en kort innføring i noen politiske føringer som har medvirket til å fokusere på tilbudene til mennesker med psykiske lidelser og problemer samt at de har pekt på behovet for økt samhandling mellom tjenestene.

### 2.1 Arbeid og psykisk helse

Arbeid sies å være positivt for den psykiske helsen og kan forebygge psykiske lidelser. Forskning kan vise til større forskjeller mellom de som er utenfor arbeidslivet og de som er i arbeid, enn det er mellom ulike yrkesgrupper. Å være i arbeid gir struktur i hverdagen og sosialt samvær. Arbeid gir mening i tilværelsen og gir en tilhørighet i tillegg til inntekt. Mykletun, Knutsen & Mathiesen (2009) viser til at arbeidsledighet er forbundet med økte helseplager, inkludert psykiske lidelser. I tillegg kan langvarig arbeidsledighet øke risikoen for depresjon. Et viktig forebyggende tiltak for å fremme psykisk helse er derfor å ha fokus på økt sysselsetting (Mykletun et al. 2009). Flere studier har vist at personer med psykiske lidelser som er i arbeid uttrykker større tilfredshet enn de som er uten arbeid (Marwaha & Johnson 2004; Mueser, Becker, Torrey, Xie, Bond & Drake 1997; Ruesch, Graf, Meyer, Rossler, & Hell 2004; Priebe, Warner, Hubschmid & Eckle 1998).

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har ofte en lav yrkesdeltakelse (Schafft 2009). En studie gjort av Blekesaune (2005) viser at mer enn halvparten av alle som mottok uførepensjon under 35 år hadde psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. I forhold til tall fra NAV og mottakere av arbeids- og avklaringspenger (yrkesrettet attføring) viser det at brukere som kommer under begrepet «psykiske lidelser» er den gruppen som har økt mest. Fra 1994 til 2005 steg antall brukere i denne gruppen fra 7000 til 20 000 (NAV 2006). Dette sammenfaller med tall ellers i Skandinavia (Schafft 2005).

Flere med psykiske lidelser strever med å komme seg i arbeid etter behandling. En norsk studie kartla den samfunnsmessige integreringen av 74 pasienter med diagnosen schizofreni syv år etter at de hadde vært i psykiatrisk behandling. Studien konkluderte med at 94 % av pasientene var arbeidsledige (Melle, Friis, Hauff & Vaglum 2000).

Sannsynligheten for å være i arbeid etter gjennomført attføring er lavere for mennesker med psykiske lidelser enn for andre diagnoser. Forskjellene skyldes i hovedsak inntekt, antall

yrkesaktive år, utdanning, alder, fremfor selve diagnosen (Bergsgard & Løyland 2001; Møller 2005a; Møller 2005b). En årsak til dette kan i følge Møller (2005a) være at mennesker med psykiske lidelser har en lengre trygdehistorie og kortere arbeidspraksis enn andre. I tillegg utgjør mennesker med psykiske lidelser en heterogen gruppe (Eklund 2008). Det vil si at behovene varierer fra person til person, noe som gjør det vanskelig å utforme egne typetiltak til gruppen. To personer med samme diagnose kan derfor ha helt ulike oppfølgings- og tilretteleggingsbehov.

Forskning viser at flere personer med psykiske lidelser faller ut av det ordinære arbeidslivet enn før. Helle & Gråwe (2007) kartla inntektskildene til pasienter med schizofrenidiagnose. Resultatene viste en nedgang fra 11 til 5%, i andelen av personer med schizofreni som hoveddiagnose som hadde vanlig arbeid som hovedinntektskilde fra 2000 til 2004.

Samtidig er ønsket om ordinært arbeid høyt og internasjonale undersøkelser anslår at ca 53-70% av personer med schizofrenidiagnose ønsker seg ordinært arbeid (Helle & Gråwe 2007). Dette bekreftes av en norsk studie hvor 17 mennesker med psykiske lidelser ble intervjuet. De hadde begrunnet dette i at de ønsket å ha en lønnsinntekt, arbeidskamerater, rutiner i hverdagen samt bekreftelse på at de var aktive i samfunnet. Å være uten arbeid eller en form for dagaktivitet opplevdes som negativt. Personer med psykiske lidelser opplever skam over dette samt at frykten for å bli sosialt ekskludert er til stede. Dalgard (2006) hevder at arbeid har en positiv effekt på helse og livskvalitet fordi arbeid kan redusere isolasjon, gi tilgang til sosial støtte og økte mestringsopplevelser.

Slektninger av personer med psykiske lidelser har uttrykt at strukturerte dagaktiviteter fremfor arbeid utgjør et stort behov (Eklund 2008).

En studie av 103 personer med alvorlige psykiske lidelser i Sverige problematiserer sammenhengene mellom arbeid og god psykisk helse. Studien fant en liten sammenheng mellom arbeid og selvrapportert høyere livskvalitet. Videre ble det vist til sammenheng mellom selvrapportert høyere livskvalitet og dagaktiviteter (som ikke er arbeid). I studiens konklusjon reises spørsmålet om ordinært arbeid er et mål for personer med psykiske lidelser, eller om vi også kan se på meningsfulle dagaktiviteter som et viktig mål. Et mål i den retning vil derfor være å øke tilgangen til meningsfulle dagaktiviteter for mennesker med psykiske lidelser (Eklund 2008).

Dette kan beskrives som en sammenfatning av noe av forskningen som er gjort i forhold til arbeid og psykisk helse. Det er funn som sier noe om arbeidslivets fordeler i forhold til vår psykiske helse. Det er ut i fra dette grunn til å tenke at samarbeid mellom NAV og kommunehelsetjenesten vil være tjenlig for brukere. Videre blir det fokusert på de politiske føringene og reformene som er utarbeidet og gjennomført i Norge de siste ti årene.

## **2.2 Politiske føringer og reformer**

Her vil tre av de reformene som ble nevnt innledningsvis bli forklart. Først en presentasjon av NAV-reformen med bakgrunn og formål. Deretter Opptappingsplanen for psykisk helse, Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse og til slutt en presentasjon av Samhandlingsreformen.

### **2.2.1 NAV-reformen**

Arbeidet med NAV-reformen startet allerede i 2001 med et forslag fra Sosialkomiteen om en utredning av muligheten for utbygging av en felles etat som besto av daværende sosialtjenesten, Aetat og trygdeetaten. Flere av brukerne ble kasteballer mellom systemene, og løsningsforslag ble derfor etterspurt. Sosialkomiteen foreslo at Regjeringen skulle utrede muligheten for en felles etat bestående av Sosialtjenesten, Aetat og Trygdeetaten. Bakgrunnen for dette var at flere av brukerne ble kasteballer mellom disse tre systemene. Regjeringen presenterte i St.meld. 14 *Samordning av Aetat, trygdeetat og sosialtjenesten*, med følgende tre hovedmål:

1. Flere i arbeid og aktivitet – færre på stønad og sosialhjelp
2. En brukerrettet velferdsforvaltning
3. En effektiv velferdsforvaltning (Sosialdepartementet 2002).

Det ble konkludert med at datidens organisering av tjenestene sto i sterk kontrast til kravene til samordning overfor brukerne. Den store utfordringen med den type organisering var at det forelå uklare ansvarsforhold mellom etatene. Det vil si at det ble gjort dobbeltarbeid i etatene, at det ble tilbudt begrensede arbeidstilbud til personer med sosiale og helsemessige problemer og til slutt at det var motsetningsforhold mellom trygdeytelser og målsettingen om økt sysselsetting. For mange ville det ikke være tjenlig å kombinere trygdeytelser med arbeid. Utfordringene ble plassert på utfordringer i organisatoriske forhold i tillegg til mangler på virkemidler etatene hadde til rådighet. Regjeringens forslag var i utgangspunktet en todeling

av tjenestene på statlig nivå, med en etat for arbeidsrelaterte ytelser og en etat for pensjoner og familieytelser. Kommunene skulle fortsatt ha ansvar for sosialtjenestene, men med tett samarbeid med de statlige etatene (Sosialdepartementet 2002).

Stortinget mente imidlertid at problematikken om at brukerne ble kasteballer i systemet ikke ville bli løst ved å innføre denne ordningen. Med bakgrunn i dette ble det oppnevnt et eget utvalg som skulle se nærmere på forslag til utforming av et nytt system, Rattsø utvalget, som presenterte sine konklusjoner i NOU 2004:13 *En ny arbeids- og velferdforvaltning*. Det ble foreslått flere mulige modeller for organisering av de ulike etatene på statlig og kommunalt nivå. Utvalget anbefalte imidlertid modellen med to statlige etater. En etat for arbeid og inntekt og en pensjonsetat samt en videreføring av den daværende ansvarsdelingen mellom stat og kommune. I følge utvalget ville det være en rekke utfordringer med intern kompleksitet, omstillingsevne og fleksibilitet samt ledelsesutfordringer knyttet til å samle et stort spekter av ulike oppgaver i én etat (Rattsø 2004).

Regjeringen la frem Stortingsproposisjon nr. 46 (2004–2005) *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*, hvor de foreslo at det skulle etableres en statlig Arbeids- og velferdsetat med oppgaver fra Aetat og trygdeetaten og at det skulle etableres felles statlige og kommunale NAV-kontor i hver kommune (Sosialdepartementet 2005).

Det er satt i gang en evaluering av NAV-reformen. Evalueringen skal se på implementeringen av reformen, og om den har nådd sine hovedmål. Evalueringen startet opp i 2005/2006, utføres av Norges forskningsråd, og skal etter planen være ferdig i 2012/2013 (NAV 2007).

### **2.2.2 Opptrappingsplanen for psykisk helse**

Opptrappingsplanen for psykisk helse ble som nevnt opprettet i 2001 og hadde flere satsingsområder. Midler til brukertiltak, informasjon, kompetansetiltak og tilskudd til oppbygging av tjenester i kommuner og spesialisttjeneste skulle økes vesentlig og planens økonomiske forutsetninger ble fullført i 2008. Bakgrunnen for satsningen var at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd. De overordnede målsettingene var derfor at brukerne skulle få et verdig tjenestetilbud preget av brukerperspektiv, mestringsperspektiv, frivillighet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, samarbeid, desentralisering, nærhet til brukerne og kvalitet i behandlingen. Med bakgrunn i det var det mange satsningsområder og strategier. En av strategiene var å jobbe med videreutvikling av samhandling og koordinering av tjenester, med blant annet NAV og med

brukeren i fokus (brukermedvirkning). Det ble også fokusert på arbeidsrettede tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse, som et ledd i det å kunne hjelpe brukerne i arbeid eller egnede dagtilbud (Sosial- og helsedepartementet 1998a; Sosial- og helsedepartementet 1998b).

I denne sammenhengen er det av størst interesse å fokusere på de satsningsområdene som handler om arbeid. Det ble anført at mennesker med psykiske lidelser utgjør en stor del av dem som står utenfor arbeidslivet, eller står i fare for å falle ut. Videre at det var et økt behov for samordnede tjenester fra NAV og kommunehelsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet 1998a). I forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse ble det utarbeidet en egen strategiplan for arbeid og psykisk helse, hvor den politiske målsettingen var at alle skal integreres i arbeidslivet (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

Et viktig mål for Strategiplanen var tettere oppfølging av den enkelte og det ble utarbeidet en intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv, som er kjent som IA-avtalen. Målet med IA-avtalen er å skape et arbeidsliv for alle som kan og vil arbeide. Den første IA-avtalen kom i 2001, hvor den ble evaluert i 2005 og besluttet videreført for perioden 2005-2009. Den nåværende IA-avtalen løper fra 2010 til 2013. Dens overordnede målsetting handler om å forebygge og redusere sykefravær samt styrke arbeidsmiljø og hindre utstøting fra arbeidslivet (NAV 2012b).

Strategiplanen viste også til Stortingsmelding nr. 9 (2006-2007) *Arbeid, velferd og inkludering*, hvor det ble fokusert på å hindre utstøting fra- og lette inkludering i arbeidslivet for personer med psykiske lidelser/problemer (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2006). Et videre fokus var å arbeide for å få til et godt samarbeid mellom Arbeids- og velferdsforvaltningen, helsetjenesten og andre deler av det offentlige hjelpeapparatet (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

Økt samarbeid mellom tjenestene utgjør et av strategiplanens fem sentrale områder. Det kan sees i sammenheng med NAV-reformens muligheter for samarbeid og brukermedvirkning for å sikre en helhetlig offentlig innsats. For denne studiens problemstilling er det området med fokus på samarbeid av størst interesse.

### **2.2.3 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen har i hovedsak økt fokus på utvikling av bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, det vil si oppgavefordelingen mellom kommunal, fylkeskommunal og statlig sektor (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Med andre ord berører ikke Samhandlingsreformen studiens problemstilling direkte, da den har som siktemål å undersøke samarbeidet mellom to NAV og kommunehelsetjenesten. Samtidig er det momenter i Samhandlingsreformen som er av interesse også for det samarbeidet. Derfor blir den redegjort for her. Bakgrunnen for Samhandlingsreformen var en opplevd samordningsutfordring i forhold til offentlige tjenester som tilbys borgerne. Det offentlige har et ansvar for å sikre at borgerne mottar likeverdige og gode tilbud. Det ble blant annet vist til at det offentlige ikke klarte å tilby koordinerte tjenester på en god nok måte, at det ble lagt ned for liten innsats i forebygging samt at store endringer i sykdomsbildet ga store sosioøkonomiske utfordringer. I denne studien er det samhandlingsreformens fokus på de koordinerte tjenestene som er av særlig interesse. Det ble vist til at tjenestenes oppbygging i form av primær- og spesialisthelsetjenesten gjorde tiltak og tilbud av tjenester uoversiktlige og fragmenterte for både bruker og aktører samt at brukeren ble sittende med koordineringsansvaret for de ulike tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Samhandlingsreformen har som nevnt hovedmål å bedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I forlengelsen av dette er det fokus på tilrettelegging av god samhandling mellom andre sektorer, som blant annet NAV, særlig i overgang mellom helsetjenester og arbeidsrettede tiltak, eller i parallelle prosesser. Videre blir kommunene ansvarliggjort og pålagt et større utredning- og oppfølgingsansvar enn tidligere i forhold til spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

## **2.3 Oppsummering**

Det er i norsk og internasjonal forskning vist til sammenhenger mellom god psykisk helse og det å være i arbeid. Videre at mennesker opplever utfordringer i å komme ut i ordinært lønnet arbeid etter endt psykiatrisk behandling, selv om ønsket om arbeid er til stede. Det er imidlertid reist spørsmål om fullverdige dagtilbud kan øke livskvaliteten i samme grad som ordinært lønnet arbeid.

En fellesnevner for NAV-reformen, Opptrappingsplanen for psykisk helse og Samhandlingsreformen er det økte fokuset på samarbeid innad, og på tvers av ulike sektorer,



både i første- og andrelinjetjeneste. Flere virkemiddel blir nevnt, som blant annet økt fokus på koordineringsansvar, bruk av individuell plan samt individrettede tilbud til brukeren. Det nevnes i Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse at arbeid fremmer psykisk helse, og forebygger psykiske lidelser (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

I neste kapittel blir studiens teoretiske referanseramme gjort rede for. Det er i korte trekk organisasjonsteori, samarbeid i relasjoner, samarbeidsformer og tverretattlig samarbeid.



## **3.0 Teoretisk referanseramme**

I denne studien er det tatt utgangspunkt i organisasjonsteori fra et statsvitenskapelig perspektiv i tillegg til at det er fokusert på teorier om samarbeid og tverretattlig samarbeid.

Først belyses organisasjonsteori knyttet opp i mot offentlig sektor. Det er tatt utgangspunkt i organisasjonsteori fra et statsvitenskapelig perspektiv, som ser på dagens organisasjonsutforming innenfor offentlig sektor. I denne fremstillingen er det tatt utgangspunkt i norsk litteratur, da problemstillingen vil belyse tema innenfor norsk forvaltning. Videre i kapittelet blir teori om samarbeid i lys av det systemiske perspektivet presentert. I siste del av kapittelet presenteres omgrepene tverrfaglig og tverretattlig samarbeid og forutsetningene for samarbeid diskuteres.

### **3.1 Organisasjonsteori**

I følge Christensen, Lægred, Roness & Røvik (2009) har organisasjonsteori ofte vært fokusert mot privat sektor og ble i utgangspunktet først studert i økonomiske perspektiv, med empiri fra utlandet. Utgangspunktet for å inkludere et slikt perspektiv er fordi de politiske føringene som er redegjort for overfor, har hatt utstrakt fokus på økt bruk av tverretattlig samarbeid. Målsettingene kan være med bakgrunn i ulike intensjoner som for eksempel økonomi, individuelle rettigheter og nasjonal helseforebygging. Organisasjonsteori i et statsvitenskapelig perspektiv ser på hvordan politiske og demokratiske oppfatninger påvirker oppbygning og organisering av offentlig sektor (Christensen et al. 2009).

Døving & Johnsen (2005) hevder at organisasjonsteori har utviklet seg til å bli et eget fag og støtter seg til Nyhlens (2005) beskrivelse av utviklingen av organisasjonsteori som en egen vitenskap. Organisasjonsteori blir også brukt som teori for andre fagdisipliner, som økonomi, sosiologi, statsvitenskap, og psykologi.

#### **3.1.1 Offentlige organisasjoner**

NAV er utviklet som et offentlig velferdstilbud og har blant annet som mål å få flere i arbeid eller aktivitet (NAV 2012a).

Det samme gjelder kommunehelsetjenesten som skal være med på å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i

lokalsamfunnet (Sosial- og helsedepartementet 1998b).

Disse tjenestene tilhører en offentlig organisasjon, men kan også sees på som organisasjoner i seg selv. Det foreligger noen kjennetegn på organisasjoner i offentlig sektor, som skiller seg fra organisasjoner i privat sektor. Overordnet handler det om at organisasjoner i offentlig sektor er forankret i en folkevalgt ledelse, som gjør offentlige organisasjoner ansvarlige overfor folkevalgte som skal ivareta folkets interesser, i motsetning til private organisasjoner som må svare til aksjonærene (Christensen et al. 2004).

Organisasjoner i offentlig sektor forklares av Christensen et al. (2009) som multifunksjonelle, som vil si at de skal ivareta flere hensyn som ofte er motstridende, som politisk styring, kontroll, offentlighet og innsynskrav, medbestemmelse fra ansatte, lydhørhet fra brukere, åpenhet, likebehandling, upartiskhet, nøytralitet, tjenestekvalitet, faglig uavhengighet, politisk lojalitet og kostnadseffektivitet. Sammenlignet med NAV-ansattes rolle i forvaltningen, kan de bli stående i krysspress mellom for eksempel brukernes behov og ønsker, ledelsens ansvar for å overholde budsjettene, og de lovbestemmelsene som hver enkelt ansatt er pålagt å forvalte. Samarbeid mellom andre instanser som spesialisthelsetjeneste, frivillige organisasjoner og barnevern kan også øke de ansattes krysspress.

Dette gjør at offentlige organisasjoner blir utsatt for kritikk i større grad enn andre organisasjoner, da det er vanskeligere å gjøre alle involverte tilfredse. Videre fordrer balanseringen mellom de ulike hensynene at fleksible løsninger må etableres, i tillegg til at det åpner for bruk av skjønn i vurderingene som blir gjort. Dette gir utøverne en utstrakt form for innflytelse og maktutøvelse. Det har blitt omtalt som et problem for offentlig sektor, men også som et kjennetegn som skiller offentlige organisasjoner fra private, hvor det er klare målsettinger, ofte i form av inntjening, profitt og nettverk (Christensen et al. 2009). Offentlige organisasjoner opererer ikke på et åpent frikonkurransemarked og skal ofte fungere som et virkemiddel for å korrigere eller motvirke markedsproblemer. NAV kan i den sammenheng sees på som et sosioøkonomisk tiltak for å sikre den enkeltes inntekt, samtidig hindre økt arbeidsløshet som er et viktig samfunnsøkonomisk og politisk mål.

For å forklare organisasjonsteori i offentlig sektor kan vi bruke ulike utgangspunkt. Det kan for det første være å se på prosessene i forhold til de beslutningene som blir tatt, som er rettet utover mot brukere. For det andre blir beslutninger i form av indre strukturer i organisasjonen sett på som en forklaringsmodell. Nasjonale og politiske føringer kan styre disse

beslutningene, i tillegg til beslutninger som kan omhandle omorganiseringer, geografiske omlokaliseringer, endringer i forvaltningsrutiner og lignende (Christensen et al. 2009). Føringerne som dreier seg mot krav om økt samhandling mellom tjenestene kan ses på som en slik beslutning. I offentlig sektor kan det variere hvorvidt beslutningene tas på nasjonale plan, eller om kommunene gis frihet til å utvikle egne løsninger.

Forklaringsmodellene styres også av hvilket perspektiv vi ser organisasjonen i fra. NAV kan som nevnt ses på som en egen organisasjon. Samtidig er det vanskelig å unnlate å se NAV i sammenheng med den øvrige organisasjonen, enten på kommunalt, fylkesvis eller statlig nivå. Eksempelvis kan NAV ses i sammenheng med kommunehelsetjenesten som utgjør en del av det offentlige velferdstilbudet. Det kan være vanskelig å avgrense hva som menes med en organisasjon i offentlig sektor. De er innvevd i hverandre i et hierarki og på tvers av hverandre. Derfor blir forståelsene forskjellige om vi snakker om de laveste nivå med kommunale etater, eller på overordnede nivå som i departement og direktorat. Det blir også vist til at reformer som NAV-reformen har gjort det vanskeligere å skille grensene mellom organisasjonene og videre for å definere mål og resultater for hver enkelt organisasjon (Døving & Johnsen 2005).

Nesheim (2005) hevder at det er uklare grenser mellom organisasjonsfaget og andre disipliner og fagområder, hvor det på flere områder overlappes i fenomener og faglige domener. I forlengelsen av dette blir organisasjonsfaget sett opp mot arbeidssosiologien, i form av organisatoriske grenser og tilknytningsformer for arbeid. Det er et gjensidig påvirkningsforhold mellom arbeid, som finnes innen formelle organisasjoner og organisasjoner, som er basert på koordinering av arbeid. Nesheim (2005) viser videre til transaksjonskostnadsteori, som defineres som organisasjonenes vurderinger av å løse oppgavene internt, eller å bruke eksterne organisasjoner, i forhold til hva som vil være mest kostnadseffektivt. Dette er vurderinger som ikke uten videre kan overføres til offentlige organisasjoner, da målsetningene kan være ulike. Samtidig kan tidsressurser ses på som en form for kostnad og derfor vurderes opp i mot effekten av tverretatlig samarbeid. Eksempelvis kan ledelse og ansatte i NAV finne samarbeidet med øvrige instanser som så kostnadskrevende at de velger å løse alle sine oppgaver internt, til tross for at føringerne ovenfra sier noe annet. En problemstilling i denne sammenhengen kan derfor være å finne gode tiltak som sikrer at samarbeidet ses på som kostnadseffektivt.

### 3.1.2 Beslutningsprosesser i offentlig sektor

De ansatte i NAV tar stadig beslutninger på vegne av andre mennesker, som til dels styrer andre menneskers liv. Samtidig er det lagt vekt på at den enkelte skal få ha sin medbestemmelsesrett som gjort at tjenesteutøverne skal utvikle tiltak sammen med brukeren (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet 2007). På samme måte blir beslutninger tatt lenger oppe i organisasjonen, som har betydning for de ansattes hverdag, for eksempel beslutninger om økt samarbeid med andre instanser. Beslutninger foregår i en prosess og i offentlig forvaltning kan organiseringen av beslutningsprosessene ha innvirkning på hva som skjer (Christensen & Lægreid 2004). Garbage-can perspektivet forklarer at beslutninger tas med bakgrunn i sammenhengen mellom muligheter, problemer, løsninger og aktører (Cohen, March & Olsen 1972; March & Olsen 1986). Beslutningsmuligheter blir hele tiden påvirket av formelle og uformelle regler og prosedyrer. Reglene påvirker også hvordan deltagere, problemdefinisjoner og løsningsalternativ blir koblet til situasjoner hvor en organisasjon vil fatte en beslutning. Deltagelsen kan være basert på spesialisering eller hierarki. I studier av organisasjoner har formålsrasjonalitet stått sentralt. Dette med utgangspunkt i at organisasjoner har mål og oppfatninger om noe de ønsker å oppnå. Problemet oppstår når det forekommer en diskrepans mellom ønsket mål og den faktiske tilstanden i organisasjonen. Løsningen på problemet, målet, blir da å redusere eller fjerne denne diskrepansen. I en konsekvenslogisk tankegang er det fire element som må innfris for at dette kan gjennomføres i praksis. Det første elementet dreier seg om å avklare hva som er målsettingen og hvordan den ønskes og oppnås. Videre er det i det andre momentet viktig å avklare hvilke alternativ som er mulige. Det tredje elementet dreier seg om å avklare og estimere antatte konsekvenser og hvordan disse eventuelt utarter seg for de ulike alternativene samt hvor sannsynlige konsekvensene er. Til slutt er det i det fjerde elementet et fokus å avklare beslutningsreglene, det vil si hvilket handlingsalternativ som skal velges.

Ovennevnte er i samsvar med begrepet fullstendig rasjonalitet hvor organisasjonen har klare mål, oversikt over alternativene samt konsekvensene. Til sist regelverk over hvilke alternativ som skal velges (maksimal måloppnåelse) (Christensen et al. 2004).

I offentlig sektor blir imidlertid fullstendig rasjonalitet vanskelig å oppnå i praksis. Det henger sammen med flere faktorer som blant annet at organisasjonens målsettinger er uklare, inkonsistente eller ustabile. Videre at problemene de står overfor er komplekse og at organisasjonen kan ha ufullstendig informasjon om hvilke alternativ som foreligger og deres

konsekvenser. På grunn av kapasitetsproblem kan organisasjonen bare ha kjennskap til et begrenset sett av alternativ, da det har blitt gjort en utvelgelse i forhold til informasjon og beslutningspremisser (Christensen et al. 2004). Mennesker med psykiske lidelser utgjør en heterogen gruppe (Eklund 2008), noe som gjør at faktorene nevnt overfor ikke nødvendigvis kan avklares på forhånd, eller avklares med sikkerhet. De må avklares i samarbeid med brukeren, noe som kan være tidkrevende.

Det krever tid og ressurser og oppnå et fullstendig kunnskapsgrunnlag. Ansatte i NAV har ikke mulighet til å ha oversikt over alle mål, alle alternativer eller alle konsekvenser. Dette innebærer at det må skje en utvelgelse. Noe får oppmerksomhet og fokuseres på, mens andre aspekter ignoreres og blir oversett. Det er derfor viktig med fokus på begrenset rasjonalitet da det innebærer at organisasjonsstrukturen gjør at oppmerksomheten og beslutningsprosessen kanaliseres, samtidig som det kan åpne opp for bruk av skjønn innenfor de formelle rammene. Derfor er verdigrunnlaget og de kulturelle normene som dominerer i organisasjonen viktig å være opptatt av (Christensen et al. 2004).

Med bakgrunn i at organisasjoner har mål og interesser må det i offentlig sektor tas sikte på at de må ha et samarbeid med andre organisasjoner, som handler ut i fra egne mål og interesser. Beslutninger kan derfor bli fattet gjennom interessehevding og forhandlinger mellom organisasjoner med ulike interesser. Noe kan imidlertid være nedfelt i den formelle strukturen i form av organisering av hvem som skal gjøre hva (Christensen et al. 2004).

Det har blitt utviklet et alternativ til den konsekvenslogikken som teoriene om fullstendig og begrenset rasjonalitet er bygget på. Passendelogikken er basert på at beslutninger i det offentlige ikke primært vil handle om mål og interesser og påfølgende konsekvenser, men består av tre element. Det første er gjenkjennelse hvor vi må vurdere hvilken situasjon vi står ovenfor. Det andre elementet handler om å avklare hvilken identitet som er viktige for meg som aktør og min organisasjon. Det tredje og siste elementet handler om å utarbeide et sett av handlingsregler med utgangspunkt i situasjonen, sammenlignet med hva som er passende for organisasjonen å gjøre i den aktuelle situasjonen. I passendelogikken blir det fokusert på normrasjonalitet og regelfulgte handlinger i beslutningsprosessene (Christensen et al. 2004).

Nå har vi sett NAV som del av offentlig organisasjon og beslutningsprosesser knyttet til organisasjonen. Vi skal nå gå over til teori om samhandling, arbeidsrelasjoner og kommunikasjonskompetanse med utgangspunkt i systemisk teori.

## 3.2 Samarbeid i relasjoner

Vi har frem til nå sett på organisasjonsteori med utgangspunkt i offentlige organisasjoner og hvordan vi kan se på NAV som en offentlig organisasjon. I tillegg ble det fokusert på beslutningsprosesser i forbindelse med offentlige organisasjoner, særlig med tanke på arbeid med mennesker med psykiske lidelser. Studiens problemstilling omhandler samarbeid mellom NAV og kommunehelsetjenesten. Brukere med psykiske lidelser mottar ofte tiltak fra flere tjenester. En naturlig tanke vil være at tiltakene bør stå i samsvar med hverandre. Dermed øker behovet for samhandling, som igjen vil kunne ha påvirkning på viktige beslutninger som tas sammen med bruker (Schafft 2009). Samhandling mellom organisasjonene, eller innenfor samme organisasjon er styrt av hvem som er gitt oppgavene, og hvordan disse skal utføres. I et organisasjonsteoretisk perspektiv skal posisjonene være upersonlige (Christensen et al. 2009; Roness 2005).

En annen teori fokuserer imidlertid på at kvaliteten på samhandlingen styres av relasjonene mellom de ulike tjenesteutøverne, samt deres samarbeidskompetanse. Det systemiske perspektivet tar utgangspunkt i tankegangen som en teori om hvordan vi lager mening og sammenheng i vår forståelse av verden. Et system kan defineres som en samling av elementer i interaksjon (Hermansen, Løw & Petersen 2004). Ut i fra dette perspektivet gis de ansatte en personlig rolle og deres personlige samarbeidsegenskaper ilegges vekt.

Med bakgrunn i Bertalanffys systemteori, hvor fokuset er på samspillet mellom ulike enheter i et system, eksempelvis et menneske, en gruppe eller en familie, kan samarbeidskvaliteten belyses. Samspillet mellom enhetene ville være med på å se helheten i sammenheng, fremfor enhetene hver for seg. Det hevdes at vi bare kan studere et system, ved å studere helheten (Hermansen et al. 2004).

Ut i fra denne teorien fordrer det at NAV-ansatte innehar en viss kommunikasjonskompetanse. Systemiske teorier ses på som en del av kommunikasjonsteori, med sentrale begreper som relasjoner, kontekst, sirkularitet og feedback. Dette med bakgrunn i at det er gjennom kommunikasjonsprosessen vi ser oss i forhold til andre. Her er språket sentralt fordi vi bruker språket til å lage mening og selvforståelse. Den kommunikatoriske diskurs anser all adferd som kommunikasjon. I mellommenneskelig sammenheng vil det si at alle uttrykk vi foretar oss, innebærer informasjon for andre (Hermansen et al. 2004).



Hermansen et al. (2004) redegjør for samarbeid i lys av to perspektiv, et sosiologisk og et psykologisk, med systemisk teori og kommunikasjonsteori som bakteppe. Fra det sosiologiske perspektivet blir samarbeid sett på som en metode for læring gjennom kollektiv aktivitet. Samarbeid blir ut i fra dette sett på som veien til en effektiv og resultatorientert utvikling, hvor de ansattes personlige egenskaper og deres felles mål blir nådd via læring gjennom samarbeid.

I forhold til det sosiologiske perspektivet viser Hermansen et al. (2004) til teoretikeren Senge (1992), som har formulert fem kjerneområder for læring i organisasjonen; personlig beherskelse, mentale modeller, felles visjoner og teamlæring og systemisk kommunikasjon. Hermansen et al. (2004) oppsummerer disse områdene med en målsetting om å utvikle et åpent og undersøkende forhold til egne og andres mentale modeller, å være oppsøkende i forhold til å utvikle synspunkter med andre og på å undersøke hvilke oppfatninger som er forskjellige fra egne. Samt å utvikle et samarbeid gjennom felles engasjement, uten å bestemme over hverandre. Det femte kjerneområdet, som i følge Hermansen et al. (2004) er det viktigste, heter systemisk kommunikasjon. Det fremheves at kvaliteter i samarbeid og organisatorisk utvikling ligger i medarbeidernes mulighet til å definere og forvalte oppgaver. Dette etter en felles fortolkning av hva oppgavene består av, å veksle mellom delene og helheten, å utvikle egen kompetanse gjennom felles aktiviteter samt å utvikle organisasjonen så den blir gjennomsynlig for både medarbeiderne og ledelsen. Glavin & Erdal (2004) legger vekt på samarbeidskompetanse og at evnen til samarbeid må læres. Samarbeidskompetanse inneholder flere komponenter, som problemløsningsevne, samarbeidsevne og fleksibilitet. Læring gjennom samarbeid bør inngås i en plan for opplæring for etat og ansatte samt at det bør foreligge egne mål for samarbeidskompetanse.

I det psykologiske perspektivet har Hermansen et al. (2004) også fokus på samspillet i tråd med den systemiske tankegangen. Det fokuseres blant annet på de utfordringene i samspillet mellom samarbeidspartnerne, hvor ansatte kan føle seg presset eller ikke opplever tilfredshet med de andre, og fokuset blir å pålegge skyld. Dette beskrives som et lineært årsaks-virkningsforhold som ikke vil oppleves som tjenlig for samarbeidet. Det argumenteres med at en ansatt i en sirkulær og reflektiv forståelse, også må forholde seg til sin egen rolle i samspillet, og at endring hos seg selv, kan virke endrende i det totale bildet.

I lys av dette fremhever Hermansen et al. (2004) flere personlige egenskaper som anses som viktige for godt samarbeid. Å være relasjonsprofesjonell beskrives som egenskap hvor de

profesjonelle må forsøke å møte sine samarbeidspartnere med anerkjennelse for å åpne opp for kontakt og utveksling. Likevel kan dette vanskeliggjøres ved at ansatte for eksempel ikke opplever å ha overskudd, eller at de føler at egen integritet og identitet trues. Anerkjennelse beskrives her som å møte den andre hvor den er og å gi den andre rom til å være forskjellig fra seg selv. Det innebærer å vise respekt som et medmenneske, på tross av at deltagerer i samarbeidet kanskje er uenige med den andres holdninger eller handlinger. Anerkjennelse betyr videre at en ansatt kan møte den andre med et åpent sinn og vie den andre oppmerksomhet og at den ansatte betrakter dem som gyldige. Å være profesjonell i relasjoner med samarbeidspartnere vektlegges også av flere som faktorer som påvirker samarbeidet (Sloper 2004; Atkinson, Wilkin, Stott, Doherty, & Kinder 2002; Atkinson, Doherty & Kinder 2000).

Ved å gi samarbeidspartnere egenskaper ut i fra faglig kompetanse betyr det at deltageren kan vurdere den andre. I det den vurderende relasjonen blir dominerende står deltageren i fare for å sette seg i en dømmende rolle over den andre, og relasjonen kan bli preget av makt og kontroll fremfor kontakt (Hermansen et al 2004).

Hermansen et al. (2004) nevner videre at de som skal arbeide i profesjonelle relasjoner bør kunne vurdere egne egenskaper i forhold til egen kommunikasjonskompetanse. Dette medfører at deltageren i samarbeidet må lære seg selv å kjenne på godt og vondt, noe som ikke nødvendigvis er verken enkelt eller ønskelig. Ansatte kan være sårbare når det kommer til å vurdere egne utfordringer og/eller mangler. Glavin & Erdal (2004) vektlegger også at kompetanse om kommunikasjon, kommunikasjonsprosesser og samarbeidstrening er faktorer som kan påvirke samarbeidsprosessen, og at den må læres.

Hermansen et al. (2004) nevner områder, eller egenskaper som profesjonelle i samarbeid bør være oppmerksomme på i samarbeidet. Ved å være bevisst egne tanker, behov og ønsker og se de opp i mot samarbeidspartnernes behov og ønsker, vil de ansatte bli mer romslige i samarbeidet. Dette kan knyttes sammen med evnen til å uttrykke disse tankene, behovene og ønskene, og å være tydelig i kommunikasjonen. En profesjonell samarbeidspartner bør også kunne vurdere hva som er rette forum for å ytre sine meninger. I samarbeidet kan en ansatt motta reaksjoner og kritikk fra andre i samarbeidet. Hermansen et al. (2004) beskriver viktigheten av å være forberedt på og kjent med hvilke reaksjoner kritikk fra andre kan utløse hos den enkelte deltager i samarbeidet. Hermansen et al. (2004) påpeker også viktigheten av å være robust i konflikter, ved å ha være undersøkende fremfor konfliktsky. Videre blir det

fokusert på at en profesjonell samarbeidspartner bør kunne lytte aktivt til andres meninger, med empati og innlevelse. En ulempe kan være at samarbeidspartnere ignorerer eller selekterer andres utsagn. I samarbeid er en av egenskapene deltagerne bør besitte være at de evner å være åpne for ulikheter mellom deltagerne. Det forutsetter at deltagerne aksepterer hverandre. Hermansen et al. (2004) nevner at de som deltar i samarbeid med andre tjenester bør ha evnen til å reflektere over samarbeidet, både i forhold til samspillsprosessen og innholdet. Til slutt påpeker forfatterne at egenskapen om å reflektere over eget behov for å avgjøre bestemmelser i samarbeidet er viktig. Det vil si at hver enkelt deltager bør være oppmerksom på egne svakheter som for eksempel ønsket om å kontrollere eller manipulere andre i samarbeidet. Dette anses som en krevende prosess som krever tilbakemeldinger fra andre personer.

Disse kompetanseområdene kan i stor grad ses i sammenheng med hverandre. De vil bli nærmere drøftet i analysen, med bakgrunn i informantenes opplevelser. I neste delkapittel blir to samarbeidsformer presentert, individuell plan og ansvarsgrupper.

### **3.3 Samarbeidsformer**

Ulike former for samarbeid blir benyttet i offentlig forvaltning. Samarbeidsformene skal inkludere tjenestene som er aktive rundt brukeren samt at brukeren skal ha medvirkning. Herunder blir to tradisjonelle samarbeidsformer gjort rede for. Ansvarsgrupper og individuell plan er to samarbeidsformer som kan brukes hver for seg, eller sammen.

#### **3.3.1 Individuell plan**

I 2001 ble ordningen med individuell plan implementert i Norge (Schafft 2005). Rettigheten til individuell plan er implementert i flere lovverk som forvaltes i helse- og sosialsektoren i Norge, blant annet Helse- og omsorgsloven og NAV-loven.

I forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen fremgår det at formålet med individuell plan er å bidra til at bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Videre at det er tjenesteyters hovedansvar for oppfølgingen av bruker. Et formål er også å kartlegge brukers mål, ressurser og behov for tjenester. Til slutt er målet å sikre samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter(e). Det vil si at brukermedvirkning er en viktig målsetting i forhold til bruk av individuell plan. Den skal kartlegge, koordinere og sikre samhandling mellom bruker og tjenesteyterne, i samråd med bruker.

Individuell plan ble ikke brukt i den utstrekningen man hadde ambisjoner om (Schafft 2009). Formålet med økt brukermedvirkning ble heller ikke fulgt opp, og Flermoens (2006) undersøkelse har vist at individuell plan hadde liten betydning på brukerens innflytelse på egen situasjon.

Det er også utviklet egne nettbaserte programmer hvor bruker er «eier» av planen, og inviterer samarbeidspartnere inn. Disse programmene sikrer at deltagerne i samarbeidet kan ha tilgang til samme informasjon og kommunisere, selv om de i utgangspunktet kommer fra ulike enheter og arbeider med forskjellige programverktøy. Et eksempel på dette er Visma SamPro (Visma, u. d.)

### **3.3.1 Ansvarsgrupper**

Ansvarsgrupper ble opprinnelig brukt som en metode i et norsk prosjekt om alternativ til fengsling av ungdom på 1980-tallet. Definisjonen er hentet fra barnevernfeltet. En ansvarsgruppe består av enkeltpersoner som samles om en felles strategi hvor de har et forpliktende delansvar. Det er en arbeidsgruppe som følger opp over tid, koordinerer tjenestene og skaper kontinuerlig arbeid. Begrepet ansvar er et nøkkelbegrep her, da deltagerne representerer ulike etater som har et delansvar i henhold til sitt lovverk for å utføre oppgaver og kunne tilby tjenester/tiltak til bruker (Godeseth 1995).

Ansvarsgruppas mandat er å koordinere innsats fra flere etater og instanser over tid. Den skal være målrettet og planmessig. Deltagerne i ansvarsgruppa må kunne ta på seg et forpliktende ansvar for å utføre oppgaver og gjennomføre tiltak ut i fra ansvarsgruppa sine målsettinger. Det anses som et krav at deltagerne er kjent med hverandres rammebetingelser som for eksempel hvilken beslutningsmyndighet den enkelte har med seg inn i ansvarsgruppa. Det vil si at deltagerne bør ha en viss kunnskap og forståelse av hverandres arbeids- og ansvarsområder. Ansvarsgruppa skal være et forum hvor beslutninger fattes overfor bruker og de andre deltagerne i ansvarsgruppa. Det presiseres imidlertid at tunge juridiske beslutninger ikke bør delegeres til ansvarsgruppa (Godeseth 1995).

### 3.4 Samarbeid på tvers – tverretatlig samarbeid

Tverretatlig, tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid blir ofte brukt om hverandre. Her blir tverretatlig samarbeid benyttet som en fellesnevner for alle tre begrepene.

Glavin & Erdal (2004:25) definerer tverrfaglig samarbeid som «*en metode hvor flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for og nå et felles mål*». Det blir sett på som en kreativ vei til samarbeid i det offentlige, hvor målsettingen er å utvikle bedre tjenestetilbud til brukerne.

Lauvås & Lauvås (2004:53) forklarer samordning som:

*«en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/klient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre».*

Askheim (1988) definerer samarbeid som en innsats hvor ulike aktører tar i bruk flere virkemidler innenfor en helhetlig strategi, definert ut fra en felles målsetting.

Hvinden (1994) beskriver samhandling, eller samordning mellom aktører som «horizontal integrasjon». Dette begrepet kan oversettes til «horisontal samordning» og det betegner samordning mellom ulike aktører på samme hierarkiske nivå i en organisasjon. I dette tilfellet kan horisontal samordning sees på som samarbeid og samordning mellom ansatte i NAV og i kommunehelsetjenesten.

Glavin & Erdal (2004) skiller mellom uformelt og formelt samarbeid, hvor uformelt samarbeid forklares som samhandling mellom instanser med bakgrunn i eget initiativ, uten påtrykk fra ledelsen. Glavin & Erdal (2004) hevder videre at manglende koordinering og styring er ulempen ved en slik samarbeidsform, som bidrar til forskjeller i kvaliteten på samarbeidet, da det avhenger av innsats og samarbeidsvilje fra enkeltpersoner i organisasjonen.

En annen form for samarbeid er dersom en overordnet instans gir organisasjoner på lavere nivå pålegg om å samarbeide med andre instanser, uten at instansene har vært med på prosessen. Dette blir også av Hargreaves (2000) kalt påtvungen kollegialitet. Det motsatte av påtvungen kollegialitet er en ren samarbeidskultur. Den påtvungne kollegialitets kjennetegnes ved at den er administrativt regulert, obligatorisk, implementeringsorientert, bundet med

hensyn til tid og sted og at mål og resultater er fastlagt av andre. Den rene samarbeidskulturen er karakterisert ved å være spontan, frivillig, utviklingsorienterende, med lav grad av formelle og fastlagte møter og uforutsigbare og ved at det kan være vanskelig å vite hva samarbeidet resulterer i.

Glavin & Erdal (2004) hevder det praktiske samarbeidet ikke vil finne sted, dersom det ikke er vilje og evne til det fra utøverne. Det hevdes videre at modeller og systemer alene ikke er tilstrekkelig for å oppnå samarbeid eller koordinering mellom ulike enheter. Det bør derfor foreligge et ønske og uttrykt behov for samarbeidet. Dette kan sees opp mot teorien i forhold til begrenset rasjonalitet, hvor enhetene eller aktørene må velge bort alternativer i beslutningsprosesser grunnet høyt arbeidspress (Christensen et al. 2009). Videre blir det lagt vekt på at det vil være lite hensiktsmessig å lage et samarbeidssystem dersom de som utøver samarbeidet ikke er med. De ulike aktørene må selv se betydningen av samarbeidet, hvor også samarbeidet i tillegg er godt forankret i planer og rutiner. Det blir vist til at det bør legges en viss form for forpliktelser i samarbeidet og at dette bør fungere gjensidig mellom samarbeidspartnerne (Glavin & Erdal 2004).

Oliver (2010) beskriver begrepene knyttet til tverretatlig samarbeid (*multi-agency, collaboration, co-ordination, partnership, inter agency, trans agency*) som tilsynelatende appellerende, men at det finnes lite kunnskap om hvordan det fungerer i virkeligheten. Videre hevdes det at selv om begrepene har et positivt preg over seg, utløses noen utfordrende aspekter. Sloper (2004) og Cameron & Lart (2000) viser til at det finnes få målbare bevis for hvor effektivt tverretatlig samarbeid er, men at det gjennom forskning er funnet flere likelydende funn som tilsier at det finnes faktorer som hemmer og fremmer samarbeid.

### **3.5 Samarbeidsfremmende tiltak på ledernivå**

Sloper (2004) hevder at manglende engasjement og støtte fra ledelsen kan problematisere samarbeid. Ledelsens vilje og evne til å legge til rette for samarbeid vil derfor kunne påvirke samarbeidet mellom ansatte.

Leders holdning og vilje til å inkludere de ansatte i enhetens kultur samt målsettinger, blir sett på som viktig i et samarbeidsperspektiv, også utover mot andre etater. Med dette menes det at lederskap handler om å skape felles forståelsesramme og verdier, samt evne til å mobilisere innsatsvilje og mobilitet. Dette medfører at leder også må ta sitt ansvar i utviklingen av samarbeid på tvers og at dette blir forankret i planer (Glavin & Erdal 2004).

Hermansen et al. (2004) problematiserer synet på samarbeid og ledelse og viser til Hargreaves (2000) og hans differensiering mellom «den påtvungne kollegialitet» og «samarbeidskulturer». Glavin & Erdal (2004) hevder også til at pålagt samarbeid er noe som i seg selv kan gi motstand. Å bli pålagt å samarbeide fra direktiver eller politiske beslutninger, hvor de ansatte selv ikke ser behovet, utgjør et lite godt utgangspunkt for samarbeid.

I denne studiens sammenheng tenkes det at samarbeidet mellom NAV og kommunehelsetjenesten i stor grad er pålagt de ansatte i form av politiske føringer og lovverk, samt brukers rettigheter, og at det derfor kan ligne på Hargreaves' (2000) påtvungne kollegialitet.

Hermansen et al. (2004) hevder at det foreligger mange samarbeidsformer vi ikke har mulighet til å velge, da de er pålagt fra andre hold. Videre at disse krever helhetsorienterte, koordinerte og kvalifiserte tjenester i forhold til bruker og at tjenesteutøverne samarbeider om utvikling og evaluering av deres innsats. På mange måter kan samarbeidsformer som ansvarsgrupper og brukers individuelle plan være eksempel på denne typen samarbeid.

I følge Hvinden (1994) kan ledelsen til en viss grad styre tilgjengeligheten av hverandre, ved å styre ressurstilgangen på en måte som gjør at det blir lagt til rette for at de ansatte kan samhandle med hverandre. Dersom begge parter ser seg tjent med samarbeidet er det også sannsynlig at partene vil legge en innsats i å opprettholde dette samarbeidet.

Ledelsen er imidlertid et begrep som kan diskuteres. Hva som utgjør ledelsen i en organisasjon ses i lys av hvilken organisasjon som omtales. I utgangspunktet kan et NAV-kontor ses på som en organisasjon, med sin tilhørende ledelse. På en annen side kan også hele velferdsforvaltningen i Norge ses på som en organisasjon. Organisasjonen kan også defineres som en kommune i sin helhet og hva dens ledelse gjør av beslutninger i forhold til velferdstiltak for sine innbyggere. Hvindens (1994) tiltak for økt samhandling kan vanskelig iverksettes av ledelsen på ett enkelt NAV-kontor i en kommune, for å øke samhandlingen med en annen etat. Beslutningene om å bidra med tiltak til økt samarbeid må kanskje gjøres på et høyere nivå, for at de aktuelle etatene skal inkluderes i tiltaksarbeidet. Det trenger imidlertid ikke å stå i motsetning til at den enkelte enhet utarbeider interne tiltak for å nå mer overordnede mål i organisasjonen.

## **3.6 Kriterier for samarbeid**

Mye av forskning og litteratur som er funnet om tverretatlig samarbeid er sett i lys av arbeid med barn og unge (Glavin & Erdal 2007; Lauvås & Lauvås 2004; Sloper 2004; Skare 1996; Atkinson m.fl. 2002). En årsak til dette kan være at behovet for samhandling i arbeid med barn og unge har blitt fremmet på et tidligere tidspunkt. Forskning fra Storbritannia spesielt har dokumentert behovet for samordning mellom tjenester for barn og unge (Sloper 2004). Forskere fra Storbritannia har vært aktive i forhold til forskning rundt det de kaller "multi-agency services". Denne betegnelsen innebærer flere modeller for tverretatlig og tverretatlig samarbeid i enheter og team på lokalt nivå der felles mål er å oppnå mer helhetlige tjenester for brukergruppene (Atkinson et al. 2000).

I denne studien er temaet tverretatlig samarbeid rundt voksne. Likevel ser målsettingene ut til å være likelydende uavhengig av hvilke grupper vi ønsker å samarbeide rundt. Det er derfor grunn til å tro at funnene fra forskning rundt en gruppe kan overføres til andre grupper, og at faktorene for utfordringene og suksessene kan være de samme. En annen mulig årsak til at forskning om tverretatlig samarbeid lenge har vært rettet mot arbeid rundt barn og unge, kan være at flere enheter er pålagt å ha en rolle i barns liv (foreldre, helsestasjon, barnehage, skole, psykologisk-pedagogisk tjeneste), hvor behovet for koordinerte tjenester har blitt uttrykt. I arbeid med voksne er mye av ansvaret rettet mot den enkelte, samtidig som den enkelte selv må se behovet for koordinerte tjenester.

Det vises først til kriterier som er med på å fremme tverretatlig samarbeid. Deretter gjøres det rede for kriterier som anses å være utfordringer for tverretatlig samarbeid. Det nevnes innledningsvis at flere av faktorene som fremmer samarbeid er direkte motsatt av de nevnte faktorene som medvirker til utfordringer i samarbeidet.

### **3.6.1 Suksesskriterier for tverretatlig samarbeid**

For det første er felles og avklarte målsettinger viktig for at samarbeidet skal fungere godt (Glavin & Erdal 2007; Sloper 2004; Atkinson et al. 2000; Atkinson et al. 2002). Samtidig bør målsettingene være realistiske og oppnåelige for alle deltagerne. Dette medfører større sjans for måloppnåelse. En suksessfaktor er å inkludere målsettinger som kan gi raske resultater, for å øke motivasjonen til deltagerne. Forfatterne nevner at etablering av et felles verdigrunnlag er en faktor som bør være til stede for å etablere godt samarbeid. En klargjøring av holdninger og standpunkter sees på som avgjørende i arbeid hvor det foregår en samhandling mellom



ulike tjenester hvor deltagerne kommer fra ulike yrkesbakgrunner. Det blir vist til kjerneverdier og perifere verdier. Disse verdiene bør kartlegges i de ulike enhetene, både for ledere og medarbeidere for etablering av godt samarbeid (Kaufmann & Kaufmann 2003). Dette er særlig viktig i arbeid med andre enheter som jobber ut i fra andre lovverk og yrkesetiske retningslinjer.

Hvinden (1994) refererer til flere forfattere som viser til tre faktorer som forutsetninger for høy grad av horisontal samordning mellom aktørene: gjensidig forståelse/bevissthet, sammenfallende oppfatning av mål og midler, og gjensidig avhengighet. Gjensidig forståelse/bevissthet sees på som en forutsetning for samordning, mens de to siste faktorene blir sett på som alternative til hverandre. Hvinden (1994) understreker at samordningen mellom aktørene mest trolig vil være best dersom alle tre faktorene er til stede, men at det vil fungere tilstrekkelig om en av de tre faktorene er til stede. Hvinden (1994) ser på hvordan ledere kan benytte de tre ovennevnte påvirkningsfaktorene bevisst, for å påvirke graden av samordning mellom de ansatte i en organisasjon. Et tiltak som fremmer den gjensidige forståelsen mellom de ansatte er tiltak form av sosiale møter og etablering av uformelle og personlige bånd. Dette kan gjøres ved for eksempel å samlokalisere de aktørene ledelsen ønsker økt samhandling mellom (Hvinden 1994). Samlokaliseringen av de tre etatene i NAV-reformen er et eksempel på et slikt tiltak.

Glavin & Erdal (2004) hevder at godt samarbeid fordrer at hindringer i samarbeidet reduseres, som for eksempel at troen på samarbeid er bygd på en problemfri og ukomplisert virkelighet, eller at samarbeidet bare blir sett på som nyttig dersom det gir positivt utbytte for en selv. For å sikre at kjennskapen til hverandres roller tydeliggjøres, kan tjenestene utvikle formelle rutiner og avklaringer, og at disse gjennomgås med jevne mellomrom (Cameron & Lart 2000). Bruk av individuell plan og ansvarsgruppe kan fungere som verktøy i den sammenhengen. Faktorer som bidrar til at deltagerne kan følge med på samarbeidsprosessene og videre å evaluere målsettingene kan sikre godt samarbeid (Loxley 1997). Bronstein (2003) bruker begrepet kollektivt eierskap av mål, og viser til at alle deltagerne må ivareta sine ansvarsområder på godt og vondt. Videre viser hun til annen litteratur som beskriver kollektiv eierskap som en grunnleggende faktor for vellykket samarbeid.

Felles målsettinger kan danne grunnlaget for gode og avklarte rollefordelinger mellom deltagerne. Definerte roller gir samarbeidspartnerne trygghet og realistiske forventninger til hverandre. En videre tydeliggjøring av arbeidsoppgavene tilknyttet de ulike rollene øker

samarbeidsklimaet ytterligere. Gjensidig tillit til at arbeidsoppgavene gjennomføres anføres som en faktor. En faktor som medvirker til godt samarbeid er også å vise respekt for, og anerkjenne hverandres fagområder (Atkinson et al. 2002; Cameron & Lart 2000).

Hermansen et al. (2004) mener at en god samarbeidskultur må romme en høy grad av selvforvaltning i forhold til målformuleringer i fellesskap, klare og fleksible prosedyrer i arbeidsgangen, strukturer i forhold til tid og sted som letter mulighet for og treffes, romslighet med grobunn for kreativitet, samt vilje og evne til å skape rammer opp i mot felles oppgaveløsning. Det påpekes videre at samarbeidet er sentralt for de profesjonene som jobber med endringsarbeid i form av behandling, undervisning, oppdragelse. Dette begrunnes i at selve samarbeidet består av oppgaver deltagerne er forpliktet til å forholde seg reflekterende til. I samhandlingen mellom NAV og kommunehelsetjenesten ses arbeidet opp i mot brukerne på som endringsarbeid, hvor målet er å gi bruker en meningsfull hverdag.

Atkinson et al. (2002) fant at hovedfaktoren for tverretatlig samarbeid var at deltagerne var engasjerte og villige til å være involvert, og ikke minst ha troen på tverretatlig samarbeid som arbeidsmodell.

Gode kommunikasjonssystemer som sikrer samhandlingen og gjør samarbeidspartnerne tilgjengelige for hverandre fremmer tverretatlig samarbeid (Atkinson et al. 2000; Sloper 2004). Nettbaserte kommunikasjonsløsninger som web-baserte individuelle planer kan være eksempel hvordan det kan løses (Sloper 2004). Det fordrer imidlertid at hver enkelt har tilstrekkelig kunnskap om samhandlingsverktøyene som brukes.

Tilstedeværelse av tilstrekkelige ressurser i form av økonomi og tid er med på å øke samarbeidskvaliteten. Et ledd i utbedring av samarbeidet er å sikre at ansatte frigis tid til tverretatlig samarbeid (Cameron & Lart 2000).

Til slutt er tiltak i form av felles kompetanseheving i form av for eksempel fagdager og teamarbeid (teambuilding) et virkemiddel som kan anvendes for å forbedre tverretatlig samarbeid. Tema for slike samlinger kan dreie seg rundt tverretatlige problemstillinger. Det har også effekt i forhold til at deltagerne i samarbeidet får økt forståelse for hverandres arbeidsområder (Cameron & Lart 2000).

Strukturering ovenfra og en god ledelse nevnes som en medvirkende faktor til at samarbeidet vil fungere. En ledelse med engasjement og tro på metoden er viktig (Cameron & Lart 2000; Sloper 2004; Atkinson et al. 2000; Atkinson et al. 2002).

### **3.6.2 utfordringer for tverretatlig samarbeid**

I organisasjoner opprettes egne fagtradisjoner, ofte bygget på kompetanse, som de ansatte har interesse av å verne. Enkeltpersoner og etater kan i forkant av samarbeid forsøke å opprettholde sine tradisjoner, og komme i forsvar dersom de opplever å miste noe fra egen etat. Organisatoriske forskjeller i struktur, målsetting og ressurstilgang kan også vanskeliggjøre samarbeidet, og være en kilde til frustrasjon for deltagerne (Cameron & Lart 2000).

Organisasjonen må oppleve å få noe i gjengjeld for samarbeidet. Det vises til en sammenheng mellom tap av autonomi og samarbeid, hvor tapet ikke må bli høyere enn fordelene av samarbeidet (Skare 1996). Noen kan blant annet oppleve samarbeid som en trussel, og at det kan virke truende med innblanding fra andre. Bråthen (1981) hevder at manglende egen nytte kan sees på som en mulig forklaring på tradisjonelt manglende samarbeid mellom etatene innenfor arbeids- og velferdsforvaltningen i Norge.

Ulik yrkesutdanning og lite kjennskap til hverandres arbeidsområder kan forårsake at de ulike profesjonene ikke har tillit til andres kompetanse på området. I etatene som omtales i denne studien er det ofte personer med samme profesjoner eller yrkesbakgrunn som jobber i begge enhetene. Det varierer i enkelte tilfeller. Likevel kan det tenkes at de ulike etatene opparbeider egne «profesjoner» for hva som er rett å tenke i henhold til brukeren, og at det derfor kan oppstå en interessekonflikt med bakgrunn i dette (Skare 1996). I følge Tellefsen (2004) mener mange at konkurranse, prestisje og fokus på ivaretagelse av profesjonsinteresser mellom etatene har stått i veien for et slikt samarbeid. Atkinson et al. (2002) fant at tverretatlig samarbeid virket forstyrrende inn på eksisterende kulturer innad i etatene, og at dette kunne føre til irritasjon. Glavin & Erdal (2004) viser til at mangel på trygghet i eget fag kan redusere kvaliteten på samarbeidet. I tillegg bør kompetanse være forankret i teoretisk forståelse og praktisk erfaring, for å sikre profesjonaliteten i samarbeidet.

Uavklarte roller og uavklart ansvarsfordeling blir av flere sett på som en barriere for tverretatlig samarbeid (Sloper 2004; Atkinson et al. 2002). Uavklarte avgrensninger i hverandres roller var grobunn til konflikter. I tillegg kunne noen ha hadde svært like roller når

de møttes i samarbeid. Kvarnström (2008) har også i sin studie funnet at samarbeidspartnere ikke alltid anerkjenner, forstår eller respekterer hverandre roller og kunnskapsbidrag. Det kan i tillegg oppleves som frustrerende dersom andre går inn og prøver å ta over ens jobb i samarbeidet (Kvarnström 2008). Glavin & Erdal (2004) hevder at en utfordring kan være at noen av deltagerne fraskriver seg ansvaret for velfungerende samarbeid, og skyver det over på andre deltagere. Det kan knyttes opp i mot Hermansens et al. (2005) kommunikasjonsegenskaper om å være bevisst og kritisk til sin rolle i samarbeidet.

Ressursmangler kan virke inn som en hindring for samarbeid. Det vil være vanskeligere å prioritere tverretatlig samarbeid dersom arbeidsoppgavene i egen etat står i kø. Samarbeid kan hindres ved at ansatte opplever at det går ut over de daglige arbeidsoppgavene som skal ivaretas (Skare 1996; Atkinson et al. 2002). Økonomiske innskrenkninger kan også være med en utfordring for tverretatlig samarbeid (Atkinson et al. 2002).

Motstridende og feilaktige målsetninger på tvers av etatene kan vanskeliggjøre samarbeidet (Sloper 2004; Cameron & Lart 2000). Dette var også en av faktorene Hvinden (2004) pekte på som en av utfordringene til å etablere samarbeid.

Kommunikasjonsutfordringer i form av manglende eller lite kommunikasjon mellom samarbeidspartnerne blir sett på som en utfordring i tverretatlig samarbeid. Det kan være i form av ulike åpningstider, grad av tilgjengelighet mellom de involverte partene (Atkinson et al. 2002).

Det blir også vist til at strukturelle endringer som stadige reorganiseringer, gjennomtrekk av ansatte, ansatte med manglende kompetanse, økonomisk usikkerhet også kan være med på å vanskeliggjøre et effektivt tverretatlig samarbeid (Sloper 2004; Cameron & Lart 2000).

### **3.7 Oppsummering**

I dette kapitlet har studiens teoretiske referanseramme blitt presentert, med innslag av teori fra organisasjonsteori, systemisk teori med fokus på læring og personlige egenskaper. I tillegg har to samarbeidsformer blitt, individuell plan og ansvarsgrupper. Til slutt har tverretatlig samarbeid blitt drøftet med fokus på tiltak ledelsen kan iverksette for å fremme samarbeid, samt at utfordringer og suksesskriterier for tverretatlig samarbeid har blitt presentert. I neste kapittel blir studiens metodologiske utgangspunkt presentert og grunnlagt, samt hvilke metoder som er benyttet i studien, både med tanke på gjennomføring og analyse.

## **4.0 Metodologisk utgangspunkt og anvendt metode**

Herunder kommer først en redegjørelse av, og begrunnelse for det metodologiske utgangspunktet som har blitt brukt i analysen, som er det fenomenologiske utgangspunktet. Videre blir den metodiske gjennomføringen av intervju og analyse presentert og begrunnet. Til slutt blir det gjort rede for studiens reliabilitet og validitet.

### **4.1 Epistemologi, metodologi og metode**

Før valg av forskningsmetodologisk utgangspunkt gjøres rede for, blir begrepene epistemologi, metodologi og metode i korthet forklart, slik at det dannes en felles forståelse for metodekapittelets utgangspunkt. Epistemologi handler i korte trekk om teorier om kunnskap, hvordan vi skal forstå, forklare kunnskapsteorier, samt forstå begrensningene i forhold til kunnskapsteorier. Metodologi på sin side tar sikte på å beskrive, forklare, analysere, evaluere og kritisere de metodene som blir brukt for etablering av ny kunnskap. Det vises til flere metodologiske utgangspunkt, og at noen er mer styrende i forhold til videre valg av metode. Det metodologiske utgangspunktet vil i alle tilfeller kunne være med på å etablere en strategi for at forskeren kan formulere, analysere og evaluere sine metoder. Selve forskningsmetoden handler om de praktiske valgene som blir tatt i en studie, alt i fra utarbeidelse av problemstilling, forarbeid, datainnsamling, analyser av data og hvordan disse blir presentert (Carter & Little 2007).

### **4.2 Forskningsmetodologisk utgangspunkt**

En studie med et fenomenologisk utgangspunkt tar sikte på å finne ut mer om et fenomen, med en målsetting om å avdekke menneskers erfaringer i forhold til det aktuelle fenomenet (Creswell 2004). Her er den fenomenologiske metodologien tatt i bruk, og studiens målsetting er å få menneskers erfaringer knyttet opp i mot fenomenet tverretatlig samarbeid. Studiens problemstilling søker etter NAV-ansattes erfaringer i forhold til et fenomen som omhandler samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, nærmere bestemt kommunalt psykisk helsearbeid. Den fenomenologiske tilnærmingen vil åpne opp for at de ansatte får dele av sine erfaringer og refleksjoner rundt nettopp dette. Smith, Flowers & Larkin (2009) definerer fenomenologi som en filosofisk tilnærming på studien om erfaring. Videre at hovedfokuset er å avdekke hvordan vi erfarer å være menneske, sett opp i mot flere aspekter i livet, og særlig de som har betydning for oss.

Hermeneutikk er en ofte benyttet forklaringsmodell innenfor samfunnsvitenskapen og forklares av Gilje & Grimen (1993) som et forsøk på å avklare forståelse og fortolkning, hvordan forståelse er mulig, samt hvilke problemer som oppstår ved fortolkning. Forforståelse, fenomenets kontekst og den hermeneutiske sirkel er tre hermeneutiske grunntanker som kan være med på å sikre at forsker og leser har et felles utgangspunkt (Gilje & Grimen 1993). Disse blir forklart nærmere nedenfor.

I følge Creswell (2004) byr det fenomenologiske utgangspunktet på noen utfordringer, som det er viktig at forskeren er kjent med. For det første må forskeren ha en grunnleggende kunnskap om fenomenet. For det andre må utvelgelsen være deltagere som har erfaringer i forhold til fenomenet. Forsker må i tillegg reflektere og avklare hvordan egne erfaringer og meninger skal introduseres i studien.

Den første utfordringen omhandler forskers kunnskapsgrunnlag i henhold til fenomenet. Det ligger et krav om at forsker selv gjør seg kjent med fenomenets innhold, og videre en ansvarliggjøring av forsker i så måte (Creswell 2004). Det ble i den sammenheng gjort en del informasjonsinnhenting med bakgrunn i problemstillinger. Jeg henvendte meg til offentlig informasjon og politiske dokumenter om utviklingen og samhandlingen mellom NAV og kommunehelsetjenesten. Litteratur om samarbeid og tverretattlig samarbeid ble også gjennomgått. Jeg lette også etter forskning som sier noe om koblingen mellom arbeid/dagtilbud og psykisk helse. Til litteraturinnhenting kombinerte jeg bruken av Bibsys ask og Google Scholar. Det meste av bøker og artiklene som ble funnet via Google Scholar var knyttet opp til NTNUs databaser og e-tidsskrifter.

Den andre utfordringen dreier seg om utvelgelsen av informanter, og å finne informanter som har ervervet erfaring i forhold til fenomenet. Dette forklares nærmere i neste delkapittel.

Sistnevnte utfordring er et viktig tema i kvalitativ forskning, og særlig i forhold til en fenomenologisk tilnærming. Den fenomenologiske tilnærmingen fordrer at forsker nullstiller seg i forhold til egne erfaringer og meninger rundt fenomenet. Dette kan komme i kontrast med den første utfordringen for studien, som er forskers kunnskapsgrunnlag. Det å være oppmerksom på at det kan oppstå et spenningsfelt mellom egen kunnskap og egne erfaringer/meninger i forhold til fenomenet, er en faktor (Creswell 2004). Dette kobles opp i mot ene grunntanken innenfor det hermeneutiske perspektivet, som er forforståelse. Forforståelse forklares som de forutsetningene vi har for å forstå omverdenen og at disse

forutsetningene er med på å forme vår tolkning av fenomen. Min forforståelse kan påvirke studiens gjennomføring og funn. Det som kan ha påvirket studien er min egen erfaring med tverretattlig samarbeid. Gjennom mitt arbeid samarbeider jeg med både NAV og kommunehelsetjenesten, hvor jeg har dannet meg egne meninger om hvorvidt samarbeidet fungerte. En utfordring er derfor å legge til side egne meninger om fenomenet. Jeg forsøkte derfor å utforme åpne ikke-ledende spørsmål i intervjuguiden, og samtidig være nøye på å ta utgangspunkt i informantenes utsagn når jeg analyserte.

I en slik studie er det jeg som har stått for utarbeidelse av problemstilling, intervju, gjennomføring og transkribering, samt analysering. Den hermeneutiske sirkel forklares av Gilje & Grimen (1993) som sammenhengen mellom det som skal fortolkes, forforståelsen og den sammenhengen eller konteksten det skal fortolkes i. I studien er det jeg som enkeltperson som er grunnlaget for alle tolkningsfasene i studien, og det er således mitt ansvar å sørge at alle fasene i studiens prosess er forklart og begrunnet, slik at alle sitter med de samme forutsetningene når analyser og funn skal forstås. Dersom dette utelates fra studien, vil den kunne gi liten mening for andre, samt være vanskelig å kritisere av andre. Hvilke verktøy jeg velger å forstå informasjon fra informantene er en faktor i dette, samt hvilken forkunnskap og for-forståelse jeg innehar. Jeg vil derfor forsøke å beskrive, forklare og begrunne de valgene jeg har tatt og fremgangsmåten min så nøyaktig som mulig, for å sikre at jeg og leser kan sitte med en tilnærmet felles forståelse av studiens innhold. Fokus på redegjøring sikrer at leser har større mulighet til å kritisere studiens innhold.

### **4.3 Anvendt metode og utvalg**

Problemstillingen er knyttet opp i mot å finne ut mer om hvordan NAV-ansatte opplever samarbeidet med kommunehelsetjenesten. Med en fenomenologisk tilnærming som utgangspunkt valgte jeg å benytte kvalitativ metode. Kvalitativ metode handler om å få informasjon om menneskers innsikt i, og opplevelse av ulike fenomen (Kvale & Brinkmann 2009). Kvalitativ metode i form av semi-strukturerte personlige intervju er en forskningsmetode som har som formål å gå i dybden å undersøke personers tanker, følelser og opplevelser gjennom å observere, intervju og analysere. Bruk av kvalitativ metode bidrar til å generere og bekrefte teorier innenfor samfunnsvitenskap (Patton 2002).

Personlige intervju er valgt som metode for datainnsamling. I følge Kvale (1997) er intervju i forskningssammenheng en konversasjon som innehar struktur og hensikt, noe som skiller den

fra en vanlig samtale. Et intervju i forskningssammenheng er ofte strukturert gjennom en intervjuguide (Kvale 1997). I forkant av intervjuprosessen ble det utarbeidet en prosjektskisse som ble sendt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for godkjenning. Prosjektet ble godkjent i brev av 18.10.2011 (Vedlegg 5).

For å nærme seg et svar på studiens problemstilling må informantene velges med bakgrunn i at de innehar kunnskap om det problemstillingen ønsker å besvare. Patton (2002) beskriver meningsfullt utvalg, som en utvalgsmetode som kan brukes for å finne informanter som innehar kunnskap og er informasjonsrike vedrørende det fenomenet som skal undersøkes. Utgangspunktet var derfor å finne noen i NAV systemet som kunne si noe om dette. Det ble vurdert at ansatte, NAV-ledere og NAVs fylkesvise koordinatorene kunne ha informasjon om dette. Jeg ønsket imidlertid å komme i kontakt med de som var i direkte samhandling med kommunehelsetjenesten. Valget falt derfor på NAV-ansatte. Utvalget er derfor strategisk valgt ut fra de ansattes kunnskap om teamet. Målet ble derfor å finne informanter i form av NAV-ansatte. I denne prosessen ble den fylkevisе NAV-koordinatoren i forhold til psykisk helse og Vilje Viser Vei kontaktet, da de innehar kunnskap om status i forhold til utvikling av tilbudene i de ulike kommunene innenfor fylket (Møller et al. 2007). Etter dette ble fire kommuner valgt ut, to som hadde implementert Vilje viser vei i arbeidet, i tillegg til to kommuner hvor Vilje viser vei ikke var inkludert i strukturen. Målet var å rekruttere informanter fra disse fire kommunene.

Jeg sendte ut forespørslеr i form av et eget informasjonsskriv til lederne ved de aktuelle NAV-kontorene, som inneholdt studiens problemstilling, samt at det var ønskelig med informanter til å delta i forskningsintervju (Vedlegg 1). Leder ble oppfordret til enten å videreformidle informasjonsskrivet eller å kontakte ansatte ved enheten som han/hun tenkte kunne gi informasjon rundt teamet. Informantene skulle videre oppfordres til å ta kontakt med meg for videre avtaler. I god tid før intervjuet skulle aktuelle informanter få tildelt et skriv som inneholdt informasjon om studiens problemstilling (Vedlegg 3: Informasjon til informanten), hensikten med prosjektet, hvorfor akkurat den informanten ville være aktuell til intervjuet, samt hva en deltakelse ville innebære. Informanten skulle også orienteres om hva som skulle skje etter intervjuet og deltagelsens frivillighet.

Rekrutteringen ble vanskeligere enn først ventet og på grunn av begrensede tidsressurser måtte denne metoden endres. Dette kan skyldes at NAV-ansatte har stort tidspress i sitt arbeid, og at de må prioritere sine lovpålagte oppgaver, fremfor å delta på slike studier.



En av de kontaktede kommunene ga tilbakemelding om deltagelse. For å få flere informanter henvendte jeg med direkte til et NAV-kontor jeg har hatt kontakt med gjennom mitt arbeid, og snakket med en i ledelsen på NAV-kontoret deres, og avtalte å sende informasjonsskriv. Denne personen formidlet videre fem informanter til meg. Disse informantene mottok informasjonsskriv, og ble gjort kjent med frivilligheten i å delta, samt skrev under på samtykke til deltagelse (Vedlegg 2: Samtykkeerklæring). Det var til sammen syv informanter som sa ja til å delta fra to kommuner med ulik størrelse. To av disse syv kunne av ulike årsaker ikke delta, og valgte derfor å trekke seg fra studien. Jeg endte derfor opp med fem informanter, hvorav tre av disse var fra den største kommunen og to fra den mellomstore kommunen. Selve intervjuene ble gjennomført på de ansatte sitt arbeidssted. Fra den største kommunen deltok to kvinner og en mann og fra den minste kommunen deltok to menn i studien.

#### **4.4 Praktisk gjennomføring: intervju og analyse**

Intervjuguiden ble utarbeidet med bakgrunn i hva jeg ønsket å få svar på i undersøkelsen, samt hvordan intervjuene praktisk skulle gjennomføres. Jeg valgte å anvende individuelle semi-strukturerte intervju. For å sikre studiens validitet ble spørsmålene utformet i forhold til fire tematiske områder, som er relevante for forskningstemaet (Kvale 1997).

Ut i fra min problemstilling har jeg en forventning til hvilke tema som skal besvares, samtidig som jeg ønsker at informantene skal kunne dele sin egen opplevelse av egen arbeidshverdag. I forbindelse med utforming av intervjuguiden ble de ulike reformene og strategiene som er gjennomgått, for å finne mer ut om hva som var målsettingen med økt fokus på tverretatlig samarbeid. I tillegg ble det gjort en gjennomgang av teori om tverretatlig samarbeid, for å velge ut aktuelle tema. De fire temaene som ble valgt ut var samarbeid, tilgjengelighet, nytteverdi og kunnskapsutveksling.

Det ble videre valgt å utforme intervjuguiden med målsetting om å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer. Halvstrukturerte eller semi-strukturerte intervjuer defineres som

*«et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene» (Kvale 1997:21).*

Det ble derfor forsøkt å ta utgangspunkt i relativt åpne introduksjonsspørsmål ut fra hvert tema, som kunne gi informanten mulighet til å fortelle fritt. I tillegg ble spørsmålene fulgt opp

med oppfølgingsspørsmål. Siden jeg hadde som mål å få frem informantenes opplevelse kunnskapsutveksling ble også noen projektive spørsmål tatt inn, for å få et innblikk i hvordan informantene opplevde andres kunnskap om NAV. Intervjuguiden hadde et avsluttende spørsmål som ga informanten mulighet til å komme med kommentarer til det som hadde blitt sagt, eller legge til tema som de mente hadde relevans for temaet, som ikke spørsmålene hadde inkludert (Vedlegg 4).

#### **4.4.1 Gjennomføring av intervjuene**

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted. Jeg brukte semi-strukturerte intervjuer som intervjuform, med en intervjuguide som omhandlet fire tema (Vedlegg 4). Båndopptaker ble benyttet under intervjuene med tanke på videre analysering. Informantene skrev under på samtykkeerklæring (Vedlegg 2) og informasjonsbrevet til informantene ble gjennomgått (Vedlegg 3).

En av utfordringene som fremkom under intervjuene var at informantene kom inn på spørsmål fra andre tema når de besvarte spørsmålene. I de tilfellene brukte jeg strukturerte spørsmål som ikke var innfelt i intervjuguiden. Kvale (1997) forklarer strukturerte spørsmål som en måte å strukturere intervjuet på, ved å gjøre informanten oppmerksom på at et nytt emne blir introdusert. Jeg kunne følge opp uttalelser med inngående spørsmål, som betyr at jeg etterspurte mer informasjon om det informanten hadde fortalt (Kvale 1997). Jeg valgte ofte å bruke fortolkende spørsmål, som er en måte å omformulere informantens svar for å finne ut om jeg forsto uttalelsene riktig (Kvale 1997). Det fortolkende spørsmålet opplevde jeg som nyttig da informantene fikk mulighet til å forklare hva de mente med svaret sitt. Det viste seg at jeg noen ganger misforsto informantenes svar som kunne ha ført til at jeg tolket disse på en feilaktig måte i analysen.

I flere tilfeller ventet jeg litt med oppfølgingsspørsmål eller å gå over til nye tema, da jeg ofte opplevde at informanten sa mer om det ble lagt inn litt pauser. En av mine målsettinger før jeg startet med intervjuene var i størst grad å følge informantenes utsagn. Dette opplevdes som krevende i den forstand at jeg måtte være svært konsentrert i forhold til det som ble sagt, i tillegg til at jeg til enhver tid måtte ha fokus på intervjuguidens innhold.

Det ble anvendt båndopptaker under intervjuene, som ble transkribert ordrett. Hvert intervju hadde en varighet på mellom 25 og 45 minutt.

#### 4.4.2 Analysering av data

Å forstå menneskers erfaring i lys av fenomener inkluderer en aktiv, levende prosess hvor en enkeltpersons perspektiver og meninger overfor et gitt fenomen blir avdekket (Smith et al. 2009). Valg av analysemetode påvirkes av det forskningsmetodologiske valget som er tatt. I denne studien er målet å få fram informantenes synspunkt, opplevelser og meninger i forhold til samarbeid med den kommunale enheten i psykisk helsearbeid. Den fenomenologiske forskningstradisjonen tar sikte på at uttalelsene til de enkelte skal danne hovedgrunnlaget for videre drøftinger (Kvale 1997). Det hermeneutiske grunnprinsippet om fenomenets kontekst er også brukt som et utgangspunkt for analyseringen.

I analysen tok jeg utgangspunkt i to metoder, metode om temasentrerte tilnærminger, og meningsfortetting. Metode om temasentrerte tilnærminger knyttes i hovedsak til datamateriale hvor tema står i fokus, som innebærer sammenligning av informasjon om hvert tema fra alle informantene, som videre kan gi en dyptgående forståelse for hvert enkelt tema. (Thargaard 2009). Meningsfortetting blir av Kvale & Brinkmann (2009) beskrevet som en empirisk fenomenologisk analyse. Metoden består av å gå gjennom intervjuet for å få en følelse av helheten. Deretter blir naturlige meningsenheter trukket ut og bestemt av forskeren. I neste skritt blir temaene dominerer meningsenhetene uttrykt på en enkel, klar og tydelig måte. Til slutt blir meningsenhetene undersøkt med utgangspunkt i studiens problemstilling, som her vil være å finne ut hvordan NAV-ansatte opplever samarbeidet med kommunehelsetjenesten.

Ved å bruke den temasentrerte metoden tok jeg utgangspunkt i de fire begrepene som ble brukt i utarbeidelsen av intervjuguiden; samarbeid, tilgjengelighet, nytteverdi og kunnskapsutveksling. Jeg tok utgangspunkt i informantenes utsagn, som ble kategorisert disse kategoriene. Som tidligere nevnt ble det under de ulike intervjuene brukt en semi-strukturert metode, som førte til at intervjuguiden ikke ble fulgt slavisk, og at informantene ofte svarte på spørsmål som omhandlet andre tema underveis. Derfor ble hele intervjuene gjennomgått for å finne uttalelser i lys av de fire kategoriene.

Videre ble informasjon fra informantene gjennomgått med utgangspunkt i metode om meningsfortetting, hvor en mer helhetlig gjennomgang av intervjuene ble gjennomført. Det var informasjon jeg tolket som relevant for studiens problemstilling, som ikke direkte ble dekt av temaene og spørsmålene i intervjuguiden. Siden intervjuformen var av en semi-strukturert art, var dette tatt høyde for. Flere av informantene kom inn på mange de samme temaene

under intervjuene, noe som kan tyde på at dette er områder som også burde ha vært innfelt i intervjuguidens tematiske fremstilling. Tema som ble trukket ut fra denne gjennomgangen var fokus på bruker, ledelsens ressurstildeling og tilrettelegging av tiltak.

Kategoriseringen fungerte som en systematisering av informasjonen jeg hadde fått. Ut i fra dette kunne jeg trekke ut faktorene som fremmet og hemmet tverretatlig samarbeid, samt de ytre faktorene som påvirket det tverretatlige samarbeidet. Jeg trakk inn litteratur og forskning om tverretatlig samarbeid og kunnskap om systemisk relasjonsteori som en del av analysen. Med bakgrunn i informasjon fra informantene inkluderte jeg organisasjonsteori og leders rolle i analysen som er to faktorer som gir oss muligheten til å forstå det tverretatlige samarbeidet i en større virkelighet, i tråd med den hermeneutiske tanken om fenomenets kontekst. I følge Gilje & Grimen (1993) kan dette forklares som at fenomenets mening blir gitt når det settes i en bestemt kontekst.

#### **4.5 Etske refleksjoner, validitet og reliabilitet**

I følge Kvale (1997) bør etiske refleksjoner gjøres med utgangspunkt i studien i sin helhet, alt i fra studiens formål til hvordan resultatene presenteres. Disse ble tatt hensyn til i løpet av studiens gjennomføring, særlig i kontakt med informantene.

En etisk utfordring i forbindelse med rekrutteringen av informanter oppsto med bakgrunn i min kjennskap til arbeidsfeltet de ansatte i NAV står overfor. Som ansatt i førstelinjetjenesten er jeg godt kjent med det tidspresset de ansatte står i, og hvordan det stadig må gjøres prioriteringer i forhold til arbeidsoppgavene. Følelsen min var derfor at jeg belastet lederne ved kontorene når jeg tok kontakt og informerte om studien, som igjen medførte at jeg ble passiv i kontakten. Dette var nok et hinder som førte til at jeg ikke fikk flere informanter til studien.

Jeg opplevde selv få etiske utfordringer i forbindelse med selve intervjuene. Informantene ble ivaretatt i form av at de ble orientert om studiens innhold, anonymitet og hva besvarelsene skulle brukes til. Det ble ikke utlevert sensitive opplysninger på vegne av verken brukere eller informantene selv. Informantene virket trygge i intervjusituasjonen. Det virket som informantene syntes det var greit å snakke om sin arbeidshverdag.

En utfordring i analyseringen var å sikre at informantenes stemme ble hørt, og at jeg fikk videreformidlet deres mening. Jeg tror at når informanter samtykker til å delta i et prosjekt og

setter av tid i arbeidshverdagen sin så har de et ønske om å bli hørt og forstått riktig. Da blir det mitt ansvar å sørge for dette. Dette ansvaret er noe jeg mener er viktig å ta på alvor. De fortolkende spørsmålene jeg brukte under intervjuene ble en viktig faktor i dette, da de var med på å avklare informantenes uttalelser.

### **4.5.1 Validitet**

Validitet kan beskrives som gyldigheten i en undersøkelse og skal sikre at metoden undersøker det den er ment å undersøke (Kvale og Brinkmann 2009). Det vil si om den anvendte metoden har gitt svar på problemstillingen. I studien ble det benyttet båndopptaker under alle intervjuene. For å legge et best mulig grunnlag for bearbeiding, tolkning og analyse bør intervjuene tas opp på bånd (Dalen 2004). Intervjuene har blitt transkribert med tanke på å gjengi ord og uttrykk mest mulig nøyaktig. Deskriptiv validitet handler om å sikre at forsker formidler det som har blitt sagt, eller om forsker har hørt, eller transkribert feil (Maxwell 1995). Gjennom fortolkende spørsmål har jeg prøvd å minimere sjansene for at jeg feiltolker i etterkant.

Teoretisk validitet sier noe om hvorvidt begreper og teorier forskeren bruker gir en teoretisk forståelse av det som forskes på (Dalen 2004). Studiens empiriske funn skal kunne forklares ut i fra teorien som er presentert. Teorien skal være relevant og mulig å sammenligne og tolke opp i mot de empiriske funnene. (Dalen 2004). I analysen har jeg forsøkt å drøfte og tolke informantenes utsagn i forhold til det jeg har ansett som relevant teori. Kvale & Brinkmann (2009) vektlegger den kvalitative forskningens flertydighet som betyr at der alltid vil eksistere andre sammenhenger enn de jeg har funnet.

Hensikten med denne studien var imidlertid å finne ut hvilke faktorer som fremmer og hemmer samarbeid mellom NAV og kommunehelsetjenesten. Ved hjelp av kvalitativ metode i form av personlige semi-strukturerte intervju. Ut fra den målsettingen kan jeg konkludere med at metoden har fungert etter sin hensikt. Funnene i studien viser til flere faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet.

### **4.5.2 Reliabilitet**

For å vurdere studiens reliabilitet har jeg benyttet Kvale & Brinkmanns (2009) forståelse av reliabilitet i intervjuforskningen. Med reliabilitet menes hvorvidt studien kan etterprøves. Det fordrer at forsker har gjort rede for alle sidene ved studien. Det handler om troverdighet, det

vil si om en annen forsker kunne ha kommet frem til de samme svar på de samme spørsmålene jeg har stilt.

Forskningsspørsmålet i studien er åpent, og måten spørsmålene er stilt på indikerer at det finnes mange mulige svar. Svarene påvirkes også av relasjonen mellom forsker og informant. I tillegg er ikke informantene personer med statiske meninger og synspunkter. Disse kan være i endring, og også ha endret seg under selve intervjuet (Patton 2002). Det kvalitative forskningsintervjuets kunnskapssyn har ikke som formål å hente ut en objektiv sannhet av informantene. Intervjuer og informant produserer kunnskapen sammen og den blir derfor et produkt av møtet mellom forsker og informant og den gjensidige påvirkningen av hverandre under intervjuet (Kvale og Brinkmann 2009).

Min forforståelse, kunnskap, verdier og fremtoning kan også ha påvirket intervjuet og informantenes svar, ikke minst med bakgrunn i at spørsmålene som ble stilt var utarbeidet av meg. Informantene ble intervjuet på eget arbeidssted, som også kan være medvirkende til at svarene ble mer positive enn om intervjuene hadde foregått på et mer nøytralt sted. Min opplevelse under intervjuene og mitt inntrykk av informantene i etterkant er imidlertid at informantene virket avslappet og trygge under intervjuene og at deres utsagn virket autentiske og troverdige. Ved hjelp av såkalte fortolkende spørsmål ble jeg korrigert og informantene forklarte hva de egentlig mente. Det kan også være et tegn på at informantene var trygge og mente det de sa.

Utvalget ble gjort med bakgrunn i Pattons (2002) utvalgsriterier. Informantene ble valgt ut i fra deres kunnskap om det problemstillingen skal belyse. Det som imidlertid kan ha påvirket utvalget er at formidlingen av informantene gikk via deres ledere, og at ene informanten var leder ved kontoret. Sjansen er til stede for at lederne ønsket å sette arbeidsplassen i et godt lys og derfor formidlet fornøyde og veltilpassede ansatte. Dette kan ha påvirket vektingen av utvalget. På en annen side ble jeg i samtale med den ene NAV-lederen orientert om at de via tilbakemeldinger fra sine ansatte var kjent med at det forelå utfordringer, og derfor ønsket resultatene av studien. Dette kan bety at lederen har valgt kritiske og reflekterte informanter til studien.

Spørsmålet til slutt er om funnene i studien er representative og overførbare. I et positivistisk vitenskapssyn er generalisering og statistisk signifikans avgjørende. Det vil si om funnene kan overføres om til en universell og absolutt forståelse. Denne studien er imidlertid forankret i en samfunnsvitenskapelig forståelse, som ser på fenomener som dynamiske og i en kontekstuell

endring (Kvale & Brinkmann 2009). I denne sammenhengen blir derfor målet å fokusere på nettopp det kontekstuelle aspektet ved studien. Dersom det er ønskelig å generalisere ut i fra mine funn bør andre samtidig spørre seg om det er relevante situasjoner kunnskapen skal overføres til. Jeg mener at funnene i denne studien ikke automatisk kan overføres til andre tjenester hvor tverretattlig samarbeid utføres. Dette med bakgrunn i at jeg mener det er en variasjon i type kontakt og tiltak ulike tjenester jobber ut i fra. Funnene kan imidlertid være et utgangspunkt i forhold til videre forskning om temaet.

## **4.6 Oppsummering**

I dette kapitlet ble studiens metodologiske utgangspunkt og metodiske valg presentert og forklart. I tillegg til redegjørelsen av dette ble studiens gjennomføring forklart, med tanke på metode og utvalg, samt den praktiske gjennomføringen av studien. Til slutt ble det gjort en gjennomgang av studiens etiske aspekt, med tanke på validitet og reliabilitet. Kritiske refleksjoner rundt studien vil bli diskutert i studiens avslutning.

I neste kapittel blir første del av studiens funn presentert, med bakgrunn i problemstillingen.





## **5.0 Presentasjon og analyse av funn**

I forrige kapittel ble studiens metodologiske utgangspunkt gjennomgått, i tillegg ble de metodiske valgene og den praktiske gjennomføringen gjort rede for. Det danner utgangspunktet for dette kapitlet og hvordan informasjonen fra informantene blir forstått og analysert. Funnene i studien deles opp i to kapittel, ett analysekapittel og ett diskusjonskapittel. Analysekapitlet omhandler faktorer som medvirker til å fremme og hemme samarbeidet direkte. Med det menes faktorer hvor informantene selv har mulighet til å påvirke ved egne handlinger, tanker og refleksjoner. Det er faktorer som handler om kunnskap om- og forventninger til hverandres arbeidsfelt, avklart ansvars- og rollefordeling, en opplevelse av samarbeidets nytteverdi, grad av tilgjengelighet og kommunikasjon og tilstedeværelse av kommunikasjonskompetanse. Dette blir forklart i de neste delkapitlene. I presentasjonen blir det tatt utgangspunkt i studiens problemstilling og underspørsmål.

Flere faktorer som har indirekte påvirkning på samarbeidet er funnet. Disse faktorene ligger på et overordnet eller mer indirekte nivå, som informantene ikke har mulighet eller beslutningsmyndighet til å påvirke i det daglige. Det er kontekstuelle faktorer som ikke gir direkte svar på problemstillingen. Det er likevel faktorer som er avgjørende for at samarbeidet skal oppleves som funksjonelt i informantenes daglige arbeid. Det er faktorer som handler om beslutningsprosesser og ressurstildeling, tilrettelegging av tjenester og brukers medvirkning. Disse faktorene blir drøftet i diskusjonskapitlet.

I dette kapitlet blir faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet presentert og diskutert i lys av presentert teori. Først gis en kort presentasjon av hvordan tjenestene er oppbygd i de to kommunene informantene kom fra. Dette for å kunne sette informantenes uttalelser i den rette konteksten, siden de to kommunene er av ulik størrelse og har ulike tilbud til brukerne sine.

### **5.1 Kommuneoppbygging og struktur**

Siden informantene kommer fra to kommuner av ulik størrelse og organisasjonsstruktur vil det bli gitt en kort informasjon om dette før selve analysen. Informasjonen er basert på uttalelser fra informantene, samt gjennomgang av kommunenes nettsider. Den største kommunen har et eget forvaltningskontor tilknyttet kommunehelsetjenesten, som fatter vedtak på tjenestene. Selve tjenesten blir utført av egne enheter. Kommunen har flere enheter som kan brukes i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Enhetene har ulik oppbygging, og

ulike åpningstider. Noen enheter har ordinær kontortid, andre enheter er turnusbasert hvor de ansatte arbeider i team. Valg av tjeneste blir gjort med bakgrunn i problematikk og behov. Når NAV-ansatte ser et behov, henvender de seg til forvaltningskontoret, som siden fatter vedtak om oppfølging og bestiller inn oppfølgingen fra en av enhetene. Praksisen er at NAV er med på første møte med bruker for å belyse bestillingen.

Den andre kommunen er bygd opp med en enhet som både fatter vedtak, og utfører oppfølgingen. NAV-kontoret i kommunen er slått sammen med en nabokommune, men kommunehelsetjenesten er ikke. NAV-ansatte må derfor forholde seg til to kommunehelsetjenester. Det var ikke bygd opp tjenester som hadde oppfølging ut over ordinær kontorarbeidstid. NAV hadde imidlertid ansatt en egen miljøarbeider som fulgte opp personer med utfordringer i forhold til rus og/eller psykiatri. Dette i tråd med et eget prosjekt NAV hadde gående sammen med kommunen, rettet mot den målgruppen.

## **5.2 Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid**

Faktorene som er funnet dreier seg både om organisatoriske forhold, og relasjonelle forhold som kan være med å hemme og fremme samarbeidet. Dette blir tydeliggjort da teori fra henholdsvis organisasjonsteori og systemteori, samt teori og forskning om tverretattlig samarbeid blir inkludert i diskusjonene. Funnene i studien viser at det er tilstedeværelsen av faktorene som påvirker samarbeidet. Det kan best forklares dersom vi ser for oss at hver faktor plasseres på en skala, hvor økt tilstedeværelse av faktoren øker i takt med at samarbeidet fremmes.

Modell 6.1 er utarbeidet for å forklare dette. I modellen er de fem ulike faktorene plassert på skalaen, hvor begrepet forekomst er benyttet for å vise at faktorene påvirkes av hvor vi kan plassere forekomsten på skalaen. Det vil si at samarbeidet hemmes jo mindre kunnskap og felles forventninger de har til hverandres arbeidsområder, og fremmes dersom kunnskap og felles forventninger økes hos de ansatte. Det samme gjelder for alle de nevnte faktorene. Det betyr at det er de samme faktorene som kan nevnes når vi snakker om faktorer som hemmer og fremmer samarbeid.

Videre i kapittelet blir det som nevnt tatt utgangspunkt i disse faktorene når funnene skal analyseres, og modellen kan brukes som et utgangspunkt for hvordan de ulike kapitlene er bygd opp. Først en analyse av faktorens samarbeidsfremmende side, deretter analyse av faktorens samarbeidshemmende side.



## 5.3 Kunnskap om- og forventninger til hverandres arbeidsfelt

Kunnskap om- og forventninger til hverandres arbeidsfelt forklares i denne sammenhengen som den kunnskap og de forventninger de ansatte har om kommunehelsetjenesten, og tankene informantene hadde om hvilken kunnskap kommunehelsetjenesten hadde om NAV. Kunnskap omfattet de arbeidsoppgavene som lå hos enheten, lovverkene de arbeidet ut i fra og rutinene som forelå innad i enhetene.

### 5.3.1 Kunnskap om hverandres arbeidsfelt

Fra den største kommunen formidlet informantene at de hadde for liten kunnskap til innholdet i tjenestene, og hva de kunne brukes til. Oppfatningen fra informantene var at dette var gjensidig, altså at kommunehelsetjenesten hadde for lite kunnskap i forhold til tiltakene i NAV.

*«Jeg tror nok at kompetansen på hverandres områder er for dårlig begge veier (...)  
Det er for dårlig kommunikasjon om når vi kan benytte hverandre.»*

*«Vi (NAV og kommunehelsetjenesten) har begge behov for å kjenne hverandre bedre.»*

Likelydende opplevelser ble uttrykt fra den minste kommunen, hvor de ønsket mer kunnskap om hva de ansatte gjorde rent praktisk i kommunehelsetjenesten. Opplevelsen var at også kommunehelsetjenesten hadde det samme behovet.

*«For min egen del kunne jeg hatt godt av å kunne lært enda mer om hvordan psykiatritjenesten helt konkret arbeider i saker både i forhold til begrensninger og mulighetene der.»*

*«Generelt så tror jeg nok at de har litt mindre kjennskap til NAV, enn vi har til dem. I og med at NAV er en nykonstruksjon og psykiatri har vart lenge.»*

En informant fra den største kommunen opplevde å ha god nok oversikt over tjenestene i kommunen til å kunne ivareta brukerne sine. Dette med bakgrunn i tidligere arbeidserfaring i kommunehelsetjenesten. Likevel var det en opplevelse av at det eksisterte mange tjenester, og at det kunne være utfordrende å holde seg oppdatert på nye tilbud innad i tjenestene. Også denne informanten mente at kommunehelsetjenesten hadde for lite kunnskap om NAV, og

videre at kompetansen i kommunehelsetjenesten i enkelte tilfeller var for lav.

*«det kan være for lite informasjon og kunnskap for min egen del, at jeg ikke vet nok om hva som er intensjonen og forventningene til kommunehelsetjenesten. Sånn at jeg har litt uklare, kanskje litt for store forventninger, muligens. Men det kan gå på at de ansatte i kommunen ikke har nok kompetanse til å gjøre den jobben som egentlig er forventet.»*

Det ble antydnet at dette igjen kunne føre til et underforbruk av tjenestene som eksisterte i kommunen. Forskning og teori støtter opp om at kunnskap om hverandres arbeidsfelt påvirker samarbeidet i positiv retning, og at manglende kunnskap utgjør en utfordring for samarbeidet (Glavin & Erdal 2004; Atkinson et al. 2000; Atkinson et al. 2002; Sloper 2004). Det påvirker samarbeidspartners innstilling til hverandre, og det kan medvirke til at de ansatte får større respekt og fremviser mer lydhøre holdninger til hverandre i samarbeidet. Slikt sett er det med på å utbedre samarbeidsklimaet, og kan føre til at de ansatte også får en positiv innstilling til å jobbe tverretattlig.

Det virket imidlertid som det forelå relativt stor usikkerhet i hvorvidt kunnskapen hos informantene i forhold til tjenesteinnholdet i kommunehelsetjenesten var tilstrekkelig.

*«(...) og at vi har god kunnskap om hva som finnes om hverandre. Rett og slett. For det synes jeg er viktig, at jeg har god kunnskap om hva de kommunale tjenestene kan bidra med inn, og at de har god kunnskap om hva nav kan bidra med. Sånn at vi gjør en god jobb i forhold til bruker.»*

Lite kunnskap om hverandre førte, i følge informantene, til både underforbruk og usikkerhet. Som nevnt er kunnskap om hverandres arbeidsområder en viktig faktor for at samarbeid kan etableres. Det kan også knyttes opp til forskning om tverretattlig samarbeid som vektlegger tydelige roller og ansvarsfordeling for å oppnå suksess i samarbeidet (Atkinson 2002 m.fl.). Det ble også vist til at informantene hadde en informasjonsplikt som offentlig ansatte i forhold til å kunne orientere tilstrekkelig om tjenesten kommunen kunne tilby.

*«En annen ting er jo at vi har jo en informasjonsplikt i forhold til de vi jobber med..at det finnes det og det..så man bør ha kunnskap på begge sider.»*

Informantene mente at de var viktig å ha god kunnskap om hverandres tjenester, og at man kunne møtes med jevne mellomrom og diskutert hverandres arbeidsfelt og roller. I den minste

kommunen hadde etablert månedlige samarbeidsmøter mellom kommunehelsetjenesten og NAV, hvor både enkeltsaker og systemet ble diskutert. Informanten mente at dette forumet var med på å øke kunnskapen om hverandre. Informantene her uttrykte at de kollegiale båndene var sterke, da de ofte kjente hverandre godt og i tillegg jobbet i samme bygg. Dette kunne medvirke til at terskelen for å ta kontakt med hverandre for spørsmål var lav.

Informantene fra den største kommunen var ikke kjent med at det var etablert samarbeidsfora i kommunen, utenom ett fast samarbeidsfora som var etablert for de enhetene som tilhørte bygningen de satt i. Der satt bestillerenheten for kommunehelsetjenesten, men ikke selve tjenestene. Det var imidlertid et uttrykt ønske om at de kunne møtes for å få informasjon og for å informere hverandre om sine arbeidsområder, og hva som lå i de ulike tjenestene.

*«Jeg har oversikt nok til at jeg kan ivareta deltagerne mine..men samtidig så tror jeg at man har godt av at vi møtes og kommuniserer hva man jobber med og hva man står i, i hverdagen og hvilken type folk man jobber med, hvilken problematikk det er.»*

Senge (1992) som har utviklet kjerneområder for læring i organisasjoner, hvor ett av disse kjerneområdene er teamlæring. Senge (1992) hevder at teamets dynamikk fører til at gruppe medlemmene lærer mer sammen enn enkeltvis, i tillegg til at det enkelte medlemmet i gruppen vil også oppleve en større personlig vekst enn de ellers ville oppnådd. Det fordrer imidlertid at teamets medlemmer innehar kommunikasjonskompetanse om hvordan de skal samhandle i teamet.

Slikt sett kan det tenkes at de ansatte gjennom å møtes på tvers av enhetene både får kjennskap til hverandre og hverandres arbeidsoppgaver, men også samtidig erverver mer kunnskap om hvordan de ulike tjenestene fungerer i praksis. Det kan være en måte for at også kommunehelsetjenesten får ytterligere kjennskap til NAV sine lovfestede krav, hvilke tilbud de kan gi sine brukere, og hvilke rettigheter brukerne har innenfor NAV-systemet. En slik form kan i følge Senge (1992) være en effektiv form for læring. En annen positiv effekt kan være at deltagerne får en mer pragmatisk tilnærming og kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver.

Jevnt over er opplevelsen at både informantene i NAV og de ansatte i kommunehelsetjenesten med fordel kunne hatt mer kunnskap om hverandre.

Hermansen et al. (2004) peker på læring i organisasjonen som en sosiologisk modell innenfor

systemteori og vi kan slik sett tenke at kunnskapen mellom etatene i stor grad kan læres gjennom samarbeidet, og at samarbeidet kan bidra til å utvikle egen kompetanse gjennom felles aktiviteter, samt å utvikle organisasjonen så den blir gjennomsynlig for både medarbeiderne og ledelsen. At de ulike tjenestene er kjent med hverandres tjenesteinnhold blir sett på som viktig i et samarbeidsperspektiv (Glavin & Erdal 2004). Videre kan ulik yrkesutdanning og lite kjennskap til hverandres arbeidsområder forårsake at de ulike profesjonene får mindre tillit til andres kompetanse på området (Skare 1996).

Likefullt som økt kunnskap er en positiv faktor for tverretatlig samarbeid, kan forutsetningene for tverretatlig samarbeid reduseres dersom samarbeidspartnerne har begrenset kunnskap om hverandre. Det fører til økt motstand i arbeidet, og at informantene ikke opplever at samarbeidet like hensiktsmessig (Glavin & Erdal 2004). Godt samarbeid fordrer at informantene har kjennskap til de tiltakene som eksisterer i kommunen, og hva som inngår i disse. Her var erfaringen at de visste om tjenestene, men ikke så mye om innholdet. Dersom de ansatte opplever at de ikke vet hva tiltakene inneholder forsvinner også motivasjonen til å bestille dem inn. Manglende kunnskap er en årsak til eventuelt underforbruk av tjenester. Manglende kunnskap fører til at brukerne feilinformeres om tjenester og tiltak fra enheten, noe som til slutt går ut over brukeren. Det kan føre til oppgitthet, fortvilelse og irritasjon fra alle parter når feil informasjon er blitt gitt, og negative holdninger kan prege det videre samarbeidet.

### **5.3.2 Forventninger til hverandres arbeidsfelt**

Informantene uttrykte usikkerhet over hva de kunne forvente seg av kommunehelsetjenesten.

*«Det er jo litt sånn svevende hva tjenestene (i kommunehelsetjenesten) egentlig skal gjøre da, litt diffust for meg, og ofte litt diffust for brukerne òg, de vet ikke helt hva slags nytte de har.»*

Informantene uttrykte videre forventninger om at kommunehelsetjenesten burde tenke mer helhetlig og på brukers behov, selv om innholdet ikke er vedtaksfestet. De hadde forventninger om at kommunehelsetjenesten kunne ha fordeler av å være mer fleksible i forhold til brukerens behov.

*«Eksempler vi har når det ikke fungerer er når at ting ikke blir fulgt opp i henhold til bestilling, det kan være at bestillinga i utgangspunktet er for snever, eller for generell,*

*noe som gjør at... Viss du har oppfølging da av for eksempel støttesamtaler i forhold til en psykisk syk, så opplever man gjerne kanskje at hvis den her psykisk syke ikke åpner posten sin i dårlige perioder, så opplever man i en del saka at såfremt det ikke står i vedtaksform så blir det heller ikke gjort..det er noe med den her evnen til å ta initiativ og tenke helhetlig fra oppfølgingstjenesten utover det som kanskje er vedtaksfatta.»*

*«jeg tror tjenesten kanskje kan dra fordeler av at de er fleksible og at fordi om at det kanskje er skrevet at det skal jobbes med økonomi, eller psykisk helse, eller støttesamtale, så er det kanskje noe annet som deltageren ytrer ønske om å få hjelp med. At man gjør det fordi om det ikke står konkret i et vedtak at du skal gjøre det. At man er fleksibel..og..blir en samarbeidspartner opp i det her som man føler blir noe som tilfører både samarbeidet og den personen noe.»*

I tillegg uttrykte en informant at en utfordring i tverretattlig samarbeid var at de hadde for høye forventninger til hva kommunehelsetjenesten kunne bidra med i samarbeidet.

*«Det kan være andre ting som man kanskje har tenkt inn i tjenesten som ikke blir fulgt opp på den måten som man kanskje har sett for seg..ja..og så er det jo tilgangen og til tjenesten, da. Altså, det er noe i forventningene her..hos oss..kanskje ilegger vi tjenestene noe de kanskje rent praktisk ikke kan gjøre..kanskje kan det være noe mismatch der.»*

Videre at de ansatte i NAV hadde noen forventninger til kommunehelsetjenesten som ikke ble møtt. Dette resulterte i at bruker ble orientert om at det fantes andre muligheter enn hva NAV faktisk kunne tilby, og at det oppsto misnøye når disse forholdene ble avklart. Dette var eksempelvis i forhold til en opplevelse av at kommunehelsetjenesten oppfattet at NAV sto for etableringen av selve arbeidstiltakene rundt brukeren, noe som ikke stemte, videre også i forhold til rettigheter til skolegang. Dette er forhold som kan være grunnet i at kommunehelsetjenesten har for lite kunnskap om NAVs arbeidsområder, og at forventningene til tilbudene blir misvisende. Dette kunne til slutt gå ut over bruker, som i noen tilfeller ble gitt feilaktig informasjon om NAV, som ga dem høyere forventninger til NAVs arbeidsoppgaver.

*«Det er nok noen misoppfatninger. På flere ting, på hva som er rettighetene, hva man kan gjøre og litt sånn. Det blir sånn at de kjenner brukeren på en helt annen måte, og*



*blir litt sånn, går litt i forsvar, sant. Og det er jo naturlig når man kjenner brukeren godt, og vil brukerens beste. Men NAV har helt andre retningslinjer å forholde seg til når det gjelder brukertiltak, som kanskje ikke går helt overens med det som både bruker og kommunehelsetjenesten mener at brukeren bør få. Det går spesielt på skolegang da. Det er en oppfatning om at NAV har både arbeid og aktivitet. Sånn at kommunen, de ansatte i kommunen veldig ofte henvender seg til NAV for å få til en dagaktivitet for veldig lavtfungerende brukere, og det har vi ikke. Og der er det en veldig misoppfatning.»*

Kvarnström (2008) ser på en utfordring for tverretattlig samarbeid at samarbeidspartnerne ikke alltid anerkjenner, forstår eller respekterer hverandres roller og kunnskapsbidrag. Her fremgår det at kommunehelsetjenesten tenderer å jobbe som brukerens «advokater», uten å fremvise forståelse for at NAV sitt system har begrensninger. Som deltager i samarbeidet kan det oppleves som frustrerende dersom andre går inn og vil ta over arbeidet.

*«For jeg tror det ofte er det at man kanskje får misforståelser er ute og går..og at man blir misfornøyd med tilbudet..og kanskje skyver litt på folk i mellom oss..dersom det. Så det (rolleavklaring) tror jeg absolutt er nødvendig for at vi skal ha den rette forventning og oppfatning av hverandres hovedområder.»*

Noen av informantene hadde også en opplevelse av at kommunehelsetjenesten ikke ønsket å følge opp brukerne i forhold til økonomi. De opplevde å bli møtt av kommunehelsetjenesten med en forventning om at NAV skulle omhandle alle sider ved brukers personlige økonomi. Dette opplevde noen av informantene som en utfordring, da deres kapasitet ikke gikk så langt som at de kunne følge opp brukers hverdagsøkonomi. De opplevde videre at brukers hverdagsøkonomi i stor grad hang sammen med brukers psykiske helse, og evnen til å følge opp. De mente at kommunehelsetjenesten med fordel kunne engasjert seg mer i forhold til dette. Informantene som uttrykte dette var åpne på at dette kunne handle om deres forventninger til kommunehelsetjenesten som ikke stemte med virkeligheten. De mente det kunne handle om for lite kunnskap om hverandre sine arbeidsområder.

Ufordringene er generelt høye i forhold til hvilke forventninger informantene har til kommunehelsetjenesten. De uttrykker ikke en direkte misnøye over tjenesteinnholdet, men en slags usikkerhet over hva de kan forvente seg av tjenestene. Det samme uttrykkes i forhold til forventningene kommunehelsetjenesten har til NAV. I henhold til Opptappingsplanen for

psykisk helse og Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse vektlegges det at samhandling skal føre til gode og tilrettelagte tiltak. Det fordrer at tjenestene har kunnskap om hva som tilbys, og hvilke muligheter de har for å hjelpe bruker i samhandling med andre tjenester (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet; Sosial- og helsedepartementet 2006).

Uklare forventninger til hverandre kan kobles opp i mot den kunnskapen deltagerne sitter med om hverandres arbeidsfelt. Cameon & Lart (2003) hevder at kunnskap om hverandres arbeidsområder gir økt forståelse i samarbeid, noe som er knyttet opp i mot forventningene man stiller til hverandre. Her uttykte flere informanter at de ønsket mer kunnskap om innholdet i tjenestene og at de opplevde at kunnskapen manglet fra kommunehelsetjenestens side. Uklare forventninger til hverandre vil være med på å svekke tilliten til hverandres kompetanse, og kan derfor bli en stor utfordring for det tverretatlige samarbeidet (Skare 1996). Hvinden (1994) beskriver at gjensidig forståelse og bevissthet er en grunnleggende forutsetning for høy grad av horisontal samhandling mellom tjenestene.

## **5.4 Avklart ansvars- og rollefordeling**

Det er vanskelig å skille mellom kunnskap om hverandres arbeidsfelt og avklart ansvars- og rollefordeling, og noen ganger kan det tenkes at faktorene inngår i det samme. Her forklares de imidlertid hver for seg for å synliggjøre at der kan være en forskjell. Likevel er det betimelig å tenke at disse to faktorene i stor grad er gjensidig avhengige av hverandre. Det vil si at god kunnskap om hverandres arbeidsfelt bør være til stede for å kunne oppnå en god ansvars- og arbeidsfordeling i samarbeidet og omvendt. Her forklares imidlertid avklart rolle- og ansvarsfordeling som hvorvidt den er godt utviklet, og hvorvidt samarbeidspartnere følger opp sine arbeidsoppgaver i henhold til det som er bestemt.

Det ble uttrykt at samarbeidet fungerte godt i saker hvor det var opprettet ansvarsgrupper, og at deltagerne fulgte opp de arbeidsoppgavene som ble avklart under ansvarsgruppemøtene. Det ble av flere av informantene sagt at ansvarsgruppemøtene var noe de hadde god erfaring med. I følge Loxley (1997) er et kriterie for tverretatlig samarbeid at deltagerne gis mulighet til å følge med på samarbeidsprosessene og å evaluere målsettingene. Dette sikres i stor grad gjennom en ansvarsgruppe.

Forskning har ikke klart å måle eller avdekke effekten av tverretatlig samarbeid (Oliver 2010; Sloper 2004; Cameron & Lart 2000). Her uttykte imidlertid informantene at de opplevde

samarbeidet som effektivt dersom det var avklarte ansvarsgrupper og ansvarsområder. Det kan være et tegn på at samarbeidsformen fungerer ut fra samme intensjon som foreligger i målsettingene for ansvarsgrupper (Godeseth 1995).

Ansvarsgruppemøtene ble også sett på som et forum hvor brukeren fikk lagt frem sine utfordringer, og at de instansene som deltok ble orientert om hvordan status var. Det ble også opplevd som en fordel å være deltager av ansvarsgruppen da de fikk oversikt over hva samarbeidspartnerne gjorde. Slikt sett kan vi tenke at ansvarsgruppene er med på å strukturere målsettingene i samarbeidet, og at ansvarsgruppene også bidrar til å sikre at samarbeidsdeltagerne møtes med jevne mellomrom. Samstemthet og enighet i form av en felles målsetting ble også nevnt som en faktor som førte til at samarbeidet fungerte godt. I tråd med tidligere forskning er felles og avklarte målsettinger faktorer som bidrar til bedre samarbeid (Sloper 2004; Atkinson et al. 2000, Atkinson et. al 2002). Glavin & Erdal (2004) hevder at det bør foreligge forpliktelser i samarbeidet og at dette bør fungere gjensidig mellom samarbeidspartnerne.

*«Det (samarbeidet) fungerer nok helt klart når man har en samstemt ansvarsgruppe, med mål om å få til den beste løsningen for vedkommende.»*

De gangene samarbeidet ikke fungerte som det skulle, var opplevelsen at det kunne skyldes uklare forventinger til tjenesteutøver i kommunehelsetjenesten, eller at tjenesteutøver ikke utførte oppgavene i henhold til det som var bestemt. Dette kan være tegn på at forventningene til hverandres deltakelse i samarbeidet, samt kunnskap hverandres arbeidsoppgaver fremstår som uklare. Når samarbeidet ikke fungerte som tenkt, oppsto frustrasjon og oppgitthet. Det ble også uttrykt at begge parter i enkelte tilfeller måtte bli tydeligere på ansvarsfordelingen mellom hverandre, og at det forelå skjeve forventninger til hva NAV kan tilby. Avklarte forventninger er, i følge forskning, en viktig faktor for at et tverretatlig samarbeid skal kunne fungere. Bronstein (2003) viser til at samarbeidsdeltagerne må ivareta sine ansvarsområder på godt og vondt for at tverretatlig samarbeid skal lykkes. Her viser det at dette glipper mellom tjenestene.

Dersom opplevelsen av at utfordringene skyldtes at kommunehelsetjenesten rett og slett ikke fulgte opp som avtalt økte frustrasjonen i samarbeidet. En faktor som kan frembringe frustrasjon i et samarbeid er manglende engasjement fra samarbeidspartnere. Det kan også være med på å demotivere andre i samarbeidet til å engasjere seg, og å utføre sine

arbeidsoppgaver (Glavin & Erdal 2004).

Når samarbeidet ikke fungerte tilstrekkelig opplevde en ansatt en følelse av maktesløshet. En informant hadde med bakgrunn i dette vurdert sitt ansettelsesforhold i NAV. Det var med bakgrunn i varige problemområder i forhold til samarbeidet, til slutt samlet seg opp.

*«Man gjør seg noen tanker – er jeg i stand til å fortsette med det her? »*

En informant mente imidlertid at misforståelser også kunne være begrunnet i at deres bestillinger til kommunehelsetjenesten ikke var tydelige nok, og at de forelå forventninger i bestillingene fra NAV som ikke rent praktisk kan la seg gjennomføre av kommunehelsetjenesten eller at brukerne selv kunne frembringe andre/mindre behov til kommunehelsetjenesten, og at bestillingene på den måten ikke ble fulgt opp ut fra hensikten.

Samtidig ble det av noen av informantene etterlyst en form for egenvurdering av kommunehelsetjenesten. Det virket som noen av informantene opplevde at kommunehelsetjenesten i for stor grad forholdt seg til innholdet i bestillingen, uten at det ble fokusert på andre behov hos brukeren. En utfordring var derfor at ansatte i kommunehelsetjenesten ikke var fleksible og nytenkende i arbeidet sitt.

*«At man gjør det (brukeren ønsker) fordi om det ikke står konkret i et vedtak at man skal gjøre det..at man er fleksibel.»*

I følge Hermansen (2004) er evnen til egenforvaltning en viktig del av samarbeidet. Hvorvidt de ansatte i NAV engasjerte seg og orienterte kommunehelsetjenesten om andre behov hos bruker, ble ikke tydeliggjort. De ansatte ønsket imidlertid å vise respekt for andre tjenesters arbeidsområde og kompetanse, noe som kan være en hindring for å gå sammen og finne ut hva brukeren trenger i fellesskap. Respekt for andres arbeidsområder er i følge flere (Hermansen 2004 m.fl.) en viktig egenskap å inneha, men spørsmålet er om det også kan fungere som en hindring.

De fleste informantene kom ofte med refleksjoner som gikk på kvaliteter ved sin personlige kompetanse. Jeg opplevde at disse refleksjonene ofte fremkom etter at informantene framla problematiske forhold ved samarbeidet som kunne skyldes kommunehelsetjenesten, med for eksempel uttalelser som *«det gjelder jo oss også..»*. Dette kan være et tegn på at informantene evner å reflektere over og har god innsikt i egne utfordringer, noe som Hermansen et al. (2004) uttrykker som en del av personlig kommunikasjonskompetanse. Samtidig kan det

skyldes at informantene synes det er vanskelig å plassere skyld på den andre enheten. De kan medvirke til at deres evne til, eller ønske om å være tydelige i forhold til aspekter ved samarbeidet som oppleves problematisk, reduseres.

Samtidig viste informantene stor forståelse for at kommunehelsetjenesten hadde begrensede ressurser, særlig i form av tid. Tidsaspektet ble videre et tema, da det ofte kunne variere veldig i forhold til når kommunehelsetjenesten kom på plass etter sendt bestilling. Dette skyldes i følge en informant at noen av tjenestene hadde ventelister for oppstart. Informantene plasserte dette på ledelsen i kommunen, og deres ansvar til å prioritere tilstrekkelige midler. Dette drøftes nærmere i kapittelet om samarbeidets ytre rammer. Ressursmangler antas imidlertid å påvirke samarbeidet i negativ retning, da man må prioritere interne arbeidsoppgaver fremfor å delta i tverretattlig samarbeid (Atkinson 2000).

Noen informanter nevnte at kjennskapen til begrensede ressurser var en medvirkende faktor til at de ofte kunne ta på seg arbeidet selv, istedenfor å vente på at tjenestene skulle iverksettes. Dermed ble ikke ansvars- og rollefordelingen avklart i alle tilfeller. Det ble uttrykt en innstilling til at brukeren ikke skulle gå uten tjenester og at noen måtte følge bruker før tiltakene ble iverksatt. En informant uttrykte likevel at hun fortsatt fulgte rutine og henvendte seg til kommunehelsetjenesten for bistand, selv om hun var kjent med at det oppsto ventetid. Dette ble uttrykt fra informanter i den største kommunen.

*«Ja, man gjør gjerne jobben selv ja (..) jeg sier ikke at jeg har sluttet og prøvd systemet (...) det der må være en parallellprosess tenker jeg.»*

At informantene var opptatt med å sikre at brukerne hadde et tilbud til enhver tid er i tråd med intensjonene i både Opptrappingsplanen for psykisk helse og Samhandlingsreformen. Det kan være et tegn på at planene har fungert hensiktsmessig i forhold til å påvirke tjenesteutøverne til slik tankegang. En tanke kan være at dette er personlige målsettinger som informantene har hatt ut i fra personlig erfaring fra sitt arbeid.

Selv om informantene kunne ta på seg ekstraarbeid selv, ble det uttrykt forsiktighet og respekt i forhold til å gjøre arbeid som lå under kommunehelsetjenestens kompetanse. De uttalte at de var opptatt av hverandres arbeidsfelt, og at de ikke ønsket, eller kunne trække over kommunehelsetjenestens arbeidsområder uten at dette var avklart på forhånd. Dette kan tyde på at informantene verdsetter og respekterer kommunehelsetjenestens kompetanse, som er viktig for at tverretattlig samarbeid skal kunne fungere (Atkinson et al. 2002 Cameron & Lart

2000). Et tema som ble nevnt av flere informanter i bisetninger var temaet om respekt for hverandres profesjoner og faglige vurderinger, samt respekt for at de tilhørte andre enheter i kommunen med ulike mål enn NAV. Det var viktig og ikke skulle tråkke i hverandre sine arbeidsoppgaver og valg i arbeidsutøvelse for å unngå å fremstå med mistillit til den andre tjenesten. Samtidig var det også viktig å ha tiltro til andres vurderinger for å unngå dobbeltarbeid.

Opplevelsen var at de stort sett hadde en grei oppgave- og ansvarsfordeling i de sakene hvor det var opprettet ansvarsgruppe og/eller individuell plan, og at dette også var en medvirkende årsak til at samarbeidet fungerte godt. Samarbeidet fungerte uproblematisk når alle fulgte opp sine arbeidsoppgaver. Det støttes opp av forskning som hevder at det bør foreligge avklarte roller og avklart fordeling av ansvar i samarbeidet (Atkinson et al. 2002; Sloper 2004, Cameron & Lart 2000). Derfor kan det anses å være av betydning for det tverretatlige samarbeidet i denne sammenhengen. Det å ha avklart ansvar og rolleforventning fordrer imidlertid som tidligere nevnt at man bør inneha kunnskap om hverandres arbeidsområder og hva de ulike tjenestene faktisk kan ta ansvar for å gjøre, samt bidra til i samarbeidet (Godeseth 1995). Ansvarsgruppemøter var den samarbeidsformen som ble nevnt mest i forhold til samarbeidsmetoder. En årsak til at den fungerer godt, og at deltagerne synes å være fornøye med denne metoden er at den skaffer oversikt over tjenestene. Den gjør det dermed enklere for deltagerne å vite hvem som gjør hva i mellom de faste møtepunktene. I tillegg kan det være en fordel at ansvarsgruppene fordeler arbeidsoppgavene og at de ulike deltagerne forplikter seg til å følge opp sine oppgaver.

Ansvars- og rollefordeling ble utfordrende når samarbeidet ikke var organisert i en strukturert samarbeidsform, ved at det for eksempel ikke var etablert en ansvarsgruppe rundt bruker. Noen av informantene var tydelige på at en ansvarsgruppe eller individuell plan i seg selv ikke var løsningen for at samarbeidet skulle fungere godt. Løsningen virket å ligge i at de ulike deltagerne fulgte opp sine arbeidsoppgaver etter avtalene som ble gjort i ansvarsgruppa. Derfor kunne en av utfordringene for samarbeidet være at noen av deltagerne ikke fulgte opp sine arbeidsoppgaver, eller at de ikke ble fulgt opp etter intensjonene. Det vil si at etablering og avklaring av ansvars- og rollefordeling i tverretatlig samarbeid ser ut til å være avhengig av en strukturert samarbeidsmetode for å fungere.

## 5.5 Opplevelsen av samarbeidets nytteverdi

Informantene tolket opplevelsen av nytteverdi ulikt. Det vil si at noen opplevde nytteverdi i form av at det ble nyttig for brukerne, og andre tolket nytteverdi som at samarbeidet var nyttig for seg selv (egennytte). Nytteverdi i denne sammenhengen omfatter derfor den nytteverdien informantene opplever bruker får av samarbeid mellom tjenestene og den egennytten informantene opplever av samarbeidet. Det kan også tenkes at det oppleves som en personlig fordel for den ansatte når effekten av samarbeid kommer brukeren til nytte. Dette ved at den ansatte ser på opplevelsen av å lykkes i eget arbeid, som en motivasjonsfaktor. Glavin & Erdal (2004) hevder at forutsetningene for samarbeidet svekkes dersom personlig vinning er det eneste som gjør at samarbeidet oppleves som nyttig. Samtidig hevder Bråthen (1981) at egennytte må være til stede for selvmotivering til samarbeid.

Informantene opplevde at kommunehelsetjenesten var nyttig for samarbeidet og at de som oftest var til god nytte både for NAV og brukeren selv. Slikt sett kan det tenkes at samarbeidet ikke ble sett på som belastende, og derfor at nytteverdien ble sett på som til stede. Det er et viktig tegn i retning av at informantene stiller seg åpne og positive til samhandling. Hvinden (1994) beskriver at gjensidig avhengighet er en forutsetning for horisontal samordning.

*«Det (samarbeidet) er kjempenyttig for oss. Viss vi ikke får til samarbeid og samhandling her så vil vi ikke lykkes i saker her, for å få til vårt oppdrag da. Og det oppdraget vårt som er arbeid og aktivitet og økonomi er også kjempeviktig for psykisk helsearbeid for at de skal klare å hjelpe de brukerne som de er i kontakt med. Så samarbeid er kjempeviktig.»*

*«Det (samarbeidet) er helt avgjørende det er helt nødvendig for i hele tatt å kunne ha noe slags forhåpning om å få gitt et tilbud til enkelte. Der vi ikke har hatt mulighet til å lykkes. Det er ikke sikkert vi kommer i mål likevel, men det er en mye større sjanse til å få endret det med å samarbeide, enn om vi ikke kunne gjort det. For stort sett det vi driver med det skjer nokså mye fra kontoret, en del arbeidsplassbesøk og sånne ting, men det er ikke i nærheten så, vi har ikke kompetanse heller på den helsemessige biten. Det blir jo utenfor det som vi skal drive med. Så det vil jeg si er helt avgjørende for å kunne gi et tilbud som man kan ha mulighet til å gi hjelp til en god del av brukerne våres.»*

En av informantene opplevde en fordel med samarbeidet med kommunehelsetjenesten i form

av at det fungerte som avlastende. Dette ble forklart ut i fra at bruker kan kontakte andre instanser for hjelp. Det ble særlig sett opp i mot de brukerne som kanskje ikke har mye nettverk å spille på, og som trenger noen å prate med. I tillegg kunne samhandling med kommunehelsetjenesten kunne være med å hindre merarbeid, da tjenesteutøverne i kommunehelsetjenesten fortere kunne fange opp dersom bruker ble sykere og ikke klare å følge opp for eksempel personlig økonomi. Bråthen (1981) hevder at manglende egennytte kan sees på som en mulig forklaring på tradisjonelt manglende samarbeid mellom etatene innenfor arbeids- og velferdsforvaltningen i Norge. Her opplever imidlertid informanten at samarbeidet fører til et personlig utbytte.

*«Jeg føler at det er nyttig i det at for NAV sin del så avlaster det litt av en del henvendelser på alt mulig rart som vi får. Ofte hvis ikke kommunehelsetjenesten er inne på bolig, på økonomi, på hverdagslige ting, ja..på det å ha noen å prate med..ofte så er det dét som skal til..mange ringer hit når de ikke har noen andre å snakke med. Så må de bare snakke litt med saksbehandleren sin, fordi de må ha noen å snakke med. Så det avlaster jo. For oss så er det vel i utgangspunktet mest, ofte som en avlastning i tunge saker. Men som kan inn å forhindre et stort merarbeid i form av en..ja..passe på at økonomi ikke går over stakk og stein, være der å se når bruker eventuelt blir sykere. Og kan avhjelpe det og hindre at man..får stabilisere situasjonen. Det kunne vært annerledes hvis de ikke har vært inne, jeg vi jo absolutt si at en form for oppfølging, har noe for seg.»*

En av informantene fra den minste kommunen syntes at nytteverdien var høy i de sakene hvor samarbeidet fungerte godt, men at utfordringene med liten kjennskap til hverandre og underforbruk medvirket til at de ikke brukte hverandre i så høy grad som ønskelig. Nytteverdien kunne også bli redusert i de tilfellene hvor de opplevde en stor diskrepans mellom ønsket tjenesteinnhold, og utført tjeneste av kommunen.

*«Det er variabelt selvfølgelig, men i enkelte tilfeller synes jeg nok at man kan forvente mer av tjenesten enn det som blir gjort i forhold til bestillingen.»*

Uttalelser fra informanter som kan imidlertid tolkes dit hen at nytteverdien fort forvitrer på grunn av utfordringer i samarbeidet. Informantene etterlyste, som tidligere nevnt, avklarte roller, mer kunnskap og realistiske forventninger til hverandre de gangene samarbeidet ikke fungerte så bra. Dette ble til dels sett opp i mot nytteverdien de opplevde at samarbeidet gav.



Dette kan være et tegn på at informantene opplevde at de og kommunehelsetjenesten jobbet i ulik retning, og at ressursene de la inn i samarbeidet kunne være bortkastet.

Som tidligere nevnt uttrykte noen informanter at de ikke hadde helt oversikt over hva de kunne bruke de ulike tjenestene innenfor kommunehelsetjenesten til eller hva de kunne forvente seg av tjenestene når de var på plass. De uttrykte videre at de med fordel kunne benyttet seg av kommunehelsetjenesten i flere saker, dersom de hadde hatt mer kunnskap om tjenestene, og rapporterte derfor om et potensielt underforbruk av andre tjenester, som igjen resulterer i underforbruk av tverretatlig samarbeid. Ut i fra dette kan det se ut til at det foreligger en sammenheng mellom den kunnskapen de ansatte har om samarbeidsinstansenes tjenester og arbeidsområder og nytteverdien av samarbeidet, og at manglende kunnskap om hverandres arbeidsfelt derfor kan være et hinder for den ansattes opplevelse av samarbeidets nytteverdi.

Som nevnt tidligere har informanter fra den største kommunen uttalt at de i enkelte tilfeller valgte å gjøre arbeidsoppgaver selv, fremfor eller parallelt med å kontakte kommunehelsetjenesten. Årsaken var blant annet at de så at kommunehelsetjenestens tiltak ikke kunne dekke behovet og at kommunehelsetjenesten hadde ressursmangler til å følge opp, og at brukerne syntes det ble for mange involverte. Dette kan knyttes direkte til informantenes vurdering av kommunehelsetjenestens tiltak som nyttige i samarbeidet. Vurderingene om nyttheten av samarbeidet, som gjøres med bakgrunn i brukers behov og ønsker, er i tråd med intensjonene i Opptappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet 1998b) og Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet 2007), og kan derfor sees på som en vurdering av at samarbeidets nytteverdi må stå i sammenheng med hvilke tiltak tjenestene har, og om disse tiltakene møter brukerens behov.

I følge forskning er en medvirkende faktor for vellykket tverretatlig samarbeid at deltagerne opplever samarbeidet som nyttig (Atkinson et al. 2000; Atkinson et al. 2002; Sloper 2004; Glavin & Erdal 2004). Deltagerne må videre oppleve at gevinsten samarbeidet gir, er større enn eventuelle tap de må føle, som for eksempel tap av tid (Bråthen 1981). Det er fra samfunnspolitiske hold lagt føringer for et økt samarbeid mellom tjenestene fordi det skal sikre brukerne et mer helhetlig og kvalitetssikkert hjelpeapparat som snakker med hverandre (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

Informantene opplevde at kommunehelsetjenesten hadde mangelfulle tiltak og begrensede ressurser. I forhold til forskning om samarbeid og nytteverdi er det derfor naturlig å anta at informantene ikke tar initiativ til samarbeid dersom de ikke ser hva andre enheter eventuelt kan bidra med, eller at de opplever tiltakene som mangelfulle og lite hensiktsmessige for brukerne sine. En årsak kan også være at informantene ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke tiltak kommunehelsetjenesten har å tilby.

Informantene mente at det ville vært nyttig om NAV og kommunehelsetjenesten hadde en tettere og mer helhetlig oppfølging med felles målsettinger rundt bruker. Samtidig ble dette sett opp i mot tidsressursene de hadde, og hvor mye tid de har til rådighet til hver bruker. Samtidig reflekterte noen over at de kanskje kunne hjulpet brukeren bedre ved å jobbe mer helhetlig sammen rundt brukeren, men igjen at dette måtte sees opp i mot tidsressursene de har til rådighet. Samhandlingen kan til tider være tidkrevende og gå på bekostning av andre brukere. Det ble videre nevnt at NAV og kommunehelsetjenesten i dag jobber mye hver for seg i sine felles saker.

*«Så en mer helhetlig oppfølging fra alle parter ville jo helt sikkert vært fordelaktig. Men så er det dét med tidsbruk igjen da. Vi kan jo ikke bruke for mye tid. Vi kunne nok ha komnt lenger på vei viss vi hadde gått litt mer i takt og ikke jobbet hver for oss. Det gjør vi veldig ofte. Vi sitter på hver vår tue, så samles vi litt på ansvarsgruppemøtene og informerer litt om hverandre og sånn, men ellers så har vi ikke så mye samarbeid med felles mål i en sak sånn sett.»*

Det ble også nevnt av noen informanter at samarbeid med andre instanser kunne være en krevende prosess i form av tidsbruk. Mye tid kunne gå med på ansvarsgruppemøter og koordinering av samarbeidet. Et spørsmål i denne sammenhengen kan derfor være om den ekstra tidsbruken samarbeidet krever kan være med på å minske opplevelsen av at samarbeidet er nyttig. Kanskje ser de ansatte at den enkelte bruker drar nytte av et koordinert tjenesteapparat som snakker sammen, men at det går på bekostning av andre brukere som har tilsvarende behov for oppfølging. Slikt sett kan mangel på tid være med på å redusere den ansattes opplevelse av samarbeidets nytteverdi. Atkinson et al. (2000) hevder at begrensede tidsressurser er en risiko i forhold til tverretatlig samarbeid.

For å nyansere informantenes utsagn nevnes det at nytteverdien av samarbeidet ble vektet ulikt av informantene. Informantene fra den minste kommunen uttrykte at samarbeidet var

avgjørende for å lykkes, det vil si, for å kunne utvikle gode tilbud til brukerne. Informantene fra den største kommunen uttrykte ikke samme holdningen til samarbeidets nytteverdi, selv om de opplevde samarbeidet som nyttig. Samlet sett opplevde de imidlertid at fordelene var flere enn ulempene ved å samarbeide med kommunehelsetjenesten.

Som nevnt tilsier forskning og litteratur at opplevd nytteverdi av samarbeidet er en medvirkende faktor for vellykket samarbeid (Atkinson 2002 et al.; Sloper 2004; Glavin & Erdal 2004). En medvirkende faktor til at den minste kommunen opplevde økt nytteverdi, var i følge informantene at de var lokalisert i samme bygg og videre at forholdene var så små at de hadde god kjennskap til hverandre som ansatte og samarbeidspartnere. Det vil si at de hadde en god oversikt over hvem som gjorde hva. Den største kommunen har flere tjenester og ansatte innenfor kommunehelsetjenesten og informantene har ikke den samme oversikten over de ansatte eller tjenestene. Hvinden (1994) hevder at ledelsen kan vurdere samlokalisering som et samarbeidsfremmende tiltak, og at det vil være nyttig å iverksette tiltak som knytter kollegiale bånd mellom de ansatte.

Den ansattes personlige innstilling til tverretatlig samarbeid er medvirkende til om samarbeidet lykkes i utgangspunktet. Glavin & Erdal (2004) refererer til at troen på tverretatlig samarbeid som arbeidsmetode bør være forankret fra leders side. Informantene i denne studien hadde en positiv innstilling til tverretatlig samarbeid, og en metode de både ønsket og i mange tilfeller måtte eller burde benytte seg av.

### **5.5.1 Samarbeidsmetoder og nytteverdi**

Informantene hadde erfaring med samarbeidsmetoder som ansvarsgruppe og individuell plan. Ansvarsgruppene opplevdes som et nyttig redskap i forhold til å skaffe seg oversikt over hvem som deltok i saken, og hva de ulike tjenestene jobbet med til en hver tid.

*«Det (ansvarsgruppemøte) er jo både for at brukeren får lagt fram utfordringene sine til flere, og at flere er informert om hvordan stå er akkurat der og da. Sånn at man slipper og fly rundt og fortelle til hver enkelt. Så er det jo selvfølgelig en fordel for oss som er inne i samarbeidet at vi vet hva en gjør. Altså hva de andre i samarbeidet gjør, så det er absolutt en grei måte å holde seg oppdatert og ivareta informasjonsbehovet både for oss og for samarbeidspartnerne, og ikke minst deltageren selv.»*

Erfaringene i forhold til individuell plan varierte. Informantene så potensiale i at det var et

godt verktøy i de sakene hvor bruker og samarbeidspartnere var inneforstått og enige om målsettingene. De var tydelige på at den individuelle planen måtte være funksjonell, og at målene i planen burde være oppnåelige. En suksessfaktor for tverretattlig samarbeid er at målsettinger som er oppnåelige for alle involverte medvirker til å øke motivasjonen i samarbeidet (Glavin & Erdal 2007). De fleste informantene brukte individuell plan i kombinasjon med ansvarsgruppemøter. Faren for at den individuelle planen bare ble et dokument ingen fulgte opp var imidlertid til stede. En informant var opptatt av at planen måtte ha en funksjon, og at de ansvarlige i planen inklusive bruker måtte være i stand til å følge opp sine arbeids- og ansvarsoppgaver.

*«Jeg synes det er kjempebra og et veldig nyttig verktøy. Nå har jeg arbeidet i flere kommuner da, jeg har kommunal bakgrunn, men jeg er statlig ansatt per i dag. Det er et kjempeflott verktøy, men det er veldig ulikt hvordan det blir tatt i bruk. Og i mange kommuner er det her gjort for vanskelig tenker jeg. Det handler om å gjøre det enkelt. Det handler om å få ned på papiret hvem er det som har ansvaret for de ulike tingene til hvilket tidspunkt. Også er det klart at man må gjøre noe mer kartlegging og litt sånn ut i fra hvilket boligbehov har du, hvilket fritidsbehov har du, hva er helsebehovet ditt, men det kan hver enkelt enhet gjøre litt ut i fra hva man har ansvar for også tenker jeg. Men veldig nyttig verktøy med IP (individuell plan), som vi er nødt å bruke mer.»*

*«Også er det et verktøy for å ansvarliggjøre hver enkelt part i de sakene som ikke fungerer så bra. I forhold til hvem som skal gjøre hva, og sette det ned på papiret, så det er tydelig at dette skal du gjøre selv, og så skal behandler gjøre sånn, så skal NAV gjøre sånn. I de sakene så kan det nok fungere som et godt verktøy. Men i de sakene som flyter bra, og folk gjør det de skal uansett, så blir det litt overflødig igjen. Men da er jo ofte ikke IP så veldig i bruk.»*

*«IP kan være veldig flott og fint, det er ikke det..på papiret..det er min erfaring. Det er et flott verktøy for bruker å ha oversikt over hvem er det som har hvilket ansvar. I den grad synes jeg IP er fantastisk, men der stopper det også. Fordi det holder ikke å ha en IP, det holder ikke at det står på papiret hvem som har ansvar for hva (..) Men jo, det er et fint verktøy, men jeg tenker, jeg er nok en av de som etterspør handling jeg da. Papirer er flott og fint, men handlingskompetanse er det vi er nødt å ha..folk er nødt til å være villig til å gjøre en forskjell (...) Man må faktisk gjøre jobben sin og viss*

*ikke så må man jo finne på noe annet å gjøre. Det er jo et ganske viktig aspekt da, men. Så, IP er flott, men ikke før den iverksettes.»*

Som tidligere nevnt hevder Bråthen (1981) at de ansatte bør ha oppleve samarbeidet som nyttig for at det skal fungere. I den sammenheng kan vi tenke at også samarbeidsmetodene bør oppleves som funksjonelle og nyttige for de ansatte, særlig med tanke på at informantene her uttrykker at de har stort tidspress i sin arbeidshverdag. Ansvarsgruppene fungerer som en god metode for informantene å holde seg oppdatert på aktiviteten rundt bruker. Godeseth (1995) hevder at ansvarsgruppas formål er å koordinere innsats fra flere etater og instanser over tid, i tillegg til at deltagerne pålegges ansvar for å utføre oppgaver og gjennomføre tiltak ut i fra målsettingene.

I følge Forskrift om individuell plan, skal individuell plan fungere som en plan for at bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Et formål er også å kartlegge brukers mål, ressurser og behov for tjenester. Til slutt er målet å sikre samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter(e). Individuell plan sees på som et viktig tiltak for å bedre samhandlingen mellom tjenestene, med tanke på at den er innfelt i flere lovverk. I følge Schafft (2009) har ikke individuell plan blitt brukt i samme utstrekning som ambisjonene tilsa. Implementeringen av individuell plan ser imidlertid ikke ut til å ha fungert som planlagt her. Informantene uttrykker at de ser fordelene, men også at de ikke har valgt å benytte individuell plan i utstrakt grad. Informantene har opplevd at planen ikke har hatt en reell funksjon siden den ikke følges opp av deltagerne.

## **5.6 Tilgjengelighet og kommunikasjon**

Informantenes opplevelse av kommunehelsetjenestens tilgjengelighet blir diskutert her, og hvordan informantene opplevde omfanget av kontakten, inkludert kommunikasjonsverktøyene de bruker og hvordan de fungerer.

Informantene fra den største kommunen uttrykte at de ikke opplevde store problemer med å få tak i oppfølgingstjenestene i kommunen. De var ikke lokalisert på samme sted, og e-post og telefon var den vanligste kommunikasjonsformen. Når det ble innkalt til møter for å etablere samarbeid opplevde informantene at representanter fra de andre enhetene møtte på disse.

*«Jeg pleier å gå frem på den måten at jeg innkaller bestillingstjenesten på et møte hvor brukeren kommer. Sånn at jeg sammen med brukeren forklarer hva som er*

*situasjonen og hvorfor vi ønsker å få vurdert tjenestene. Og da har jeg gjerne brukt mye tid på brukeren min, da kjenner jeg personen godt. Og da får vi stort sett gjennom, det kommer stort sett inn en oppfølger. Det gjør det altså. Og de stiller på møtene, jeg har ikke opplevd at de ikke kommer.»*

Atkinson et al. (2002) viser til at en utfordring for samarbeid kan være at samarbeidspartnere finner det vanskelig å oppnå kontakt med hverandre. Informantene her formidler imidlertid at kommunehelsetjenesten er om tilgjengelige og at de følger opp når de blir kontaktet. Informantene opplevde stort sett dette som uproblematisk.

En informant erfarte at tilgjengeligheten var god i de sakene hvor det var etablert et samarbeid, men også at det var ønskelig å gjøre hverandre mer tilgjengelige. Noen ganger ble oppfølgere i kommunehelsetjenesten kontaktet når brukerne var vanskelige å få tak i fordi de opplevde at kommunehelsetjenesten imøtekom henvendelsene, og at de ofte var oppdaterte på status hos bruker.

*«Det opplever jeg som bra. Min erfaring er det at i de sakene der det er etablert et samarbeid så er det ikke noe stort problem å holde kontakt og kommunikasjon. Men jeg hadde jo sett at det hadde vært enda lettere. Det er fordi at jeg har en liten kjepphest i forhold til det at jeg ønsker det skal være så ubyråkratisk som overhodet mulig å få rett tjeneste til rett mann.»*

Tilgjengeligheten i den minste kommunen opplevdes som god, da de var lokalisert i samme bygg, noe som gjorde at det var praktisk enkelt å komme i kontakt med hverandre. Hvinden (1994) hevder at det er et samarbeidsfremmende tiltak å samlokalisere tjenester for bedre samhaling. Kommunikasjonen fungerte godt fordi det, i følge begge informantene, var fysisk nærhet mellom etatene, at de kjente godt til hverandre som personer på grunn av kommunens størrelse. Dette var faktorer som gjorde det enklere for informantene å ta en telefon eller ta kontakt for å drøfte en sak. Å knytte personlige bånd i samarbeidet er noe som i følge Hvinden (1994) bør etterstrebes som et tiltak fra ledelsen, da det legger gode forutsetninger for samarbeid.

*«Det er vel det her med at man er fysisk i nærheten av hverandre, at man kjenner godt til hverandre, at det er lett å ta en telefon eller stikke innom å diskutere en sak som man føler at man har behov for å samarbeide om. Selvsagt der det skal samarbeides i form skal det være en IP, men før man kommer så langt. Mer for å forhøre seg om, fins*

*det noen muligheter for hvordan man kan jobbe hver på sin kant. Så det går nok mye på det at man er ganske godt kjent. De som arbeider på de forskjellige plassene. Da er det kanskje lettere å ta kontakt enn om at man ikke kjenner hverandre.»*

*«De (kommunehelsetjenesten) er lette å få tak i. Det er ikke slik at vi venter i dagevis og ukevis for å få tak i dem, det går rimelig kjapt.»*

Samtidig ble det etterlyst mer initiativ fra kommunehelsetjenesten i forhold til å ta kontakt med NAV i de sakene hvor samarbeid var opprettet. Det var en opplevelse om at NAV tok oftere kontakt med kommunehelsetjenesten enn omvendt. En informant uttrykte derfor frustrasjon over at ansatte i kommunehelsetjenesten ikke tok initiativ til kontakt og informerte dersom det skjedde forandringer hos bruker. Kommunehelsetjenesten har i følge informantene ofte tettere kontakt med bruker, og vil lettere kunne registrere endringer hos bruker. Det innebærer også endringer som kan påvirke NAV vurderinger av tiltak. Det kan være flere årsaker som kan forklare dette, som for eksempel at kommunehelsetjenesten ikke er godt nok kjent med NAVs arbeidsområder, eller på grunn av tidspress i de ulike tjenestene.

*«Ja, der vi ikke har fått nok informasjon, vi har ikke fått beskjed om ting og tang. Plutselig så har man startet på et eller annet, om det er behandling eller skolegang eller hva som helst, så får vi ikke beskjed. Så kommer vi inn så seint at det blir krasj der. Så det handler om kommunikasjon en del, tror jeg.»*

*«Inntrykket mitt er at vi har vært flinkere til å rope på dem enn andre veien. Det er litt personavhengig det også.»*

Dette ble sett på som en utfordring. De syntes ikke alltid at de mottok oppdateringer fra kommunehelsetjenesten i forhold til brukere. Dette kunne særlig dreie seg om brukerens økonomiske situasjon, som kunne ha innvirkning på NAVs videre arbeid med bruker. Noen av informantene opplevde at tjenesteutøverne i kommunehelsetjenesten med fordel kunne ha tatt kontakt med NAV for å orientere dersom de hadde ny informasjon om bruker. Dette var ofte i periodene mellom ansvarsgruppemøtene, som i noen tilfeller ikke ble avholdt så mange ganger i året. Informantene gikk ikke videre inn på hva som kunne være årsaken til dette. Dette er tatt ut fra de NAV-ansatte sin virkelighet og det er derfor vanskelig å si om dette er en objektiv sannhet, og kanskje har ansatte i kommunehelsetjenesten en annen opplevelse av situasjonen.

Ut i fra tidligere forskning om tverretattlig samarbeid og samarbeidshemmende faktorer har manglende kunnskap om- og forventninger til hverandre blitt sett på som en samarbeidshemmende faktor. Det som derfor kan være tilfellet er at NAV ansatte eller ansatte i kommunehelsetjenesten ikke har et tydelig bilde på hvilke forventninger som foreligger fra den andre etaten, og at det derfor er vanskelig å vite hvilken informasjon som skal deles når, og om det er relevant for den andre etaten å være kjent med.

Ser vi bort i fra de barrierene som kan dreie seg rundt kunnskap om- og forventninger til hverandres arbeidsområder, kan også mangelen på ressurser i form av tid være en faktor som medvirker til at kommunikasjonshyppigheten blir lavere enn ønsket og forventet. En faktor som er medvirkende til å hemme samarbeid er nettopp at de ansatte ikke frigis nok tid til å kunne engasjere seg i samarbeidet (Atkinson et al. 2000). Dermed kan også forekomsten av kommunikasjon og informasjonsutveksling bli mindre.

Fra den minste kommunen opplevdes kommunikasjonen i enkeltsaker som godt. NAV og kommunehelsetjenesten hadde månedlige teammøter hvor de kunne drøfte enkeltsaker og strukturen i selve samarbeidet. Den ene informanten uttrykte at de med fordel kunne ha koblet på hverandre på tidligere tidspunkt, og at den noen ganger endte opp med at de jobbet på hver sin kant med samme bruker. Informanten koblet dette opp i mot at det ikke var etablert rutiner for et systematisk arbeid på systemnivå.

*«Ja, vi er i samme bygg. Det er lettere å samarbeide med da. Det er klart at man føler innimellom at man jobber litt for mye på hver sin kant og at man føler seg litt for bundet kanskje til taushetsplikt og slike ting. Vi kunne tatt kontakt i alle fall tidligere i en del tilfeller. Men stort sett så er det godt og tett samarbeid. Men kanskje spesielt i enkeltsaker da. Vi har vel ikke kommet like langt når det gjelder å få det systematisk, samarbeid på systemnivå.»*

Kommunikasjonen fungerte bra, særlig med tanke på opprettelsen av selve samarbeidet, møtedeltagelse og vilje til å delta i samarbeidet. Det som kan være en kritisk faktor i denne sammenhengen er at det virker som at kommunikasjonen foregår på et mer overordnet nivå, hvor målsettingen i seg selv er informasjonsutveksling. Om dette omfanget av samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og NAV er i tråd med de politiske føringene hører i utgangspunktet ikke til denne diskusjonen, men det kan fremkomme som et interessant poeng at samhandlingen mellom de to etatene kanskje er av et mindre tett omfang enn hva de



politiske føringene tilsier. Dette med bakgrunn i at formålet med Opptrappingsplanen for psykisk helse og Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, med tanke på arbeidstiltak var at tjenestene sammen skulle utvikle gode tiltak rundt bruker (Sosial- og helsedepartementet 1998; Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse og omsorgsdepartementet 2007).

### **5.6.1 Kommunikasjonsverktøy**

Kommunikasjonsverktøyene til informantene besto av e-post og telefoni, samt møter i ansvarsgrupper. Informantene hadde ikke samme journalverktøy. Gode kommunikasjonsverktøy og metoder blir av flere sett på som en samarbeidsfremmende faktor (Sloper 2004; Atkinson et al. 2002). Ansvarsgrupper kan sees på som en slik metode for å sikre både tilgjengelighet og kommunikasjon i samarbeidet.

Informantene brukte ikke web-basert individuell plan. Informantene i den største kommunen var kjent med at kommunen hadde et slikt verktøy, men det ble ikke brukt i så stor grad. I den minste kommunen var det ikke kjøpt inn. Implementering og tilrettelegging av verktøy for samhandling blir av Hvinden (1994) og Glavin & Erdal (2004) sett på som en oppgave for ledelsen. Dette kan vurderes å være viktig, særlig dersom tjenestene ikke er lokalisert på samme sted, slik som i denne kommunen. I tillegg har kommunens ansatte tilgang til en av de web-baserte løsningene som kan medvirke til å administrere en individuell plan.

En informant mente at manglende kunnskap om webbasert individuell plan var årsaken det ikke ble benyttet.

*«Det (individuell plan) kunne jo kanskje ha fungert bedre hvis alle brukte SamPro, for da kunne man sendt beskjeder og på en måte holde liv i en IP på en helt annen måte, enn i papirform. Men det avhenger av kunnskap. Det er mange i kommunen som ikke har kunnskap til å bruke det verktøyet, opplever jeg.»*

Elektronisk individuell plan er et verktøy som kan benyttes av samtlige kommuner og tjenester i dag. Det kan være med på å sikre informasjonsflyt og samtidig ivareta brukers medvirkning i sak, da bruker gis oversikt over all informasjon som blir formidlet i den elektroniske planen. Elektronisk individuell plan er også i tråd med nasjonale målsettinger og lovmessige krav om at brukere skal ha tilbudt om individuell plan. Det virket imidlertid ikke som dette ble brukt i stor grad, og noen av informantene hadde heller ikke brukt denne planen.

Fra informantenes side ble det orientert om at de ikke har tilgang på hverandres journalverktøy. Felles journalverktøy kan være en tidsbesparende måte for de ulike tjenestene å holde seg oppdatert på hverandres arbeidsløype til en hver tid. Samtidig skal brukers rettssikkerhet ivaretas og taushetsplikten kan bli et hinder for at to tjenester kan dele informasjon med hverandre gjennom samme verktøy og samtidig verne om rettssikkerheten til bruker. Det kan dermed bli tidkrevende å måtte dokumentere arbeidet sitt to ganger. Disse verktøyene kan også fungere som kommunikasjonsverktøy i stedet for telefon og e-post, og fordelene er at aktiviteten krypteres. Dermed ivaretas også krav om taushetsplikt ved bruk av web-basert individuell plan. Kommunikasjonen som skjer gjennom webbasert individuell plan er også tilgjengelig for bruker som er «administrator» av planen, noe som gjør at bruker får kjennskap til det som drøftes (Visma, u. d.) Sloper (2004) peker på viktigheten av at gode kommunikasjonsverktøy er tilgjengelige for å sikre samhandlingen, og også at de ansatte kan å bruke verktøyene.

## **5.7 Kommunikasjonskompetanse**

Informantene la vekt på relasjonene i samarbeidet som en medvirkende faktor til hva som kunne påvirke samarbeidet. Samarbeidet ble påvirket av hvem som utførte tjenesten. Det betyr at den ene faktoren som påvirker samarbeidet er samarbeidspartneren som person, eller relasjonen mellom deltagerne.

*«Men vi opplever det (samarbeidet) variabelt, ut i fra hvilken tjeneste vi ønsker å benytte og hvem det er som skal utøve den tjenesten. Det vil si det er saksbehandler/oppfølgeravhengig.. (...) Det er helt klart personavhengig når det fungerer.»*

Det ble nevnt at bruker burde bli sett til en hver tid, og at noen kunne sette egen kompetanse fremfor brukers innsikt i egen hverdag. Informanten uttrykte at det gjaldt ansatte både i NAV og kommunehelsetjenesten, og at det var på tvers av kompetansebakgrunn.

*«Det er noe med at man må være litt ydmyk overfor kompetansen og kjennskapen til bruker, og være litt lydhør overfor bruker. For det er faktisk ikke vi som skal ha hjelp, det er faktisk vedkommende, og det at vedkommende selv kan få lov til å skissere, eller få hjelp til å skissere noe av behovet sitt, uten at det sitter en verdensmester i andre enden og forteller at nå skal du høre her lille venn, det har jeg jobbet med i 20 år, sånn skal vi gjøre det. Så jeg tenker at det er noe med den her ydmykheten overfor*

*hverandre, inklusive bruker, det er viktig!»*

I systemteorien blir kommunikasjon vektlagt og språket blir sett på sentralt, da vi benytter det for å forstå og tolke alle former for uttrykk (Hermansen et al 2004). Informanten over har tolket og forstått at enkelte samarbeidspartnere har hatt en nedlatende holdning til bruker. Innholdet i uttalelsen over dreier seg om uklare oppfatninger i forhold til hva som er til brukers beste. Motstridende og feilaktige målsettinger på tvers av etatene kan vanskeliggjøre samarbeidet (Sloper 2004; Cameron & Lart 2000). Hvinden (2004) hevder at felles og avklarte målsettinger må være til stede for at samarbeid kunne etableres. Foreligger det en grunnleggende uenighet i hverandres syn på brukers selvbestemmelsesrett, som i all hovedsak er hovedårsaken til at samarbeidet mellom NAV og kommunehelsetjenesten opprettes, kan samarbeidsviljen svekkes vesentlig.

Hermansen (2004) fremstiller evnen til å lytte nærværende, være åpen og innlevende i den andres perspektiv, med fokus på aktiv lytting med empati som en viktig kommunikasjonsevne. Dette kan videre sees i lys av Hermansens et al. (2004) og Glavin & Erdals (2004) tanker om samarbeidskompetanse. Evnen til å vise anerkjennelse og respekt for samarbeidspartnere og bruker utgjør en del av en kommunikasjonskompetanse som de mener må være til stede for at samarbeid skal fungere. I følge disse må samarbeidskompetanse læres. Informantene ble ikke spurt om hvorvidt de gav tilbakemeldinger til samarbeidspartnere eller ledelsen når de fikk opplevelsen av å bli møtt med lite lydhørhet. I følge Glavin & Erdal (2004) ledelsens ansvar til å bidra med at de ansatte er kompetente i forhold til samarbeid og kommunikasjonskompetanse. Det kan imidlertid vanskeliggjøres dersom det ikke gis tilbakemeldinger. Samtidig kan det tenkes at en profesjonell samarbeidspartner selv har ansvar for å gi tilbakemelding om samarbeidssituasjoner som oppleves ubehagelige. Dette uttrykkes også via Hermansens et al. (2004) som mener at det å kunne uttrykke egne følelser og meninger inngår i kommunikasjonskompetanse.

I det psykologiske relasjonsperspektivet blir personlige kommunikasjonsegenskaper tillagt stor vekt. Først med fokus på det å være relasjonsprofesjonell, deretter i form av kommunikasjonskompetanse. Evnen til å vise anerkjennelse for hverandre som samarbeidspartnere utgjør en viktig del av både i forhold til relasjonsprofesjonalitet og kommunikasjonskompetanse. Å ha respekt for hverandres fagfelt, kompetanse og vurderinger var også viktig (Hermansen et al 2004). De forklarte at samarbeidet kunne påvirkes av ansatte i kommunehelsetjenesten innstilling til samarbeidet, og brukerne. Noen samarbeidspartnere

ble opplevd som lite lydhøre mot både brukere og tjenestene de var i samarbeid med, og at dette påvirket samarbeidet direkte.

Det ble vist til at de måtte vise hverandre gjensidig respekt for sine fagfelt og arbeidsområder, og stole på at metodene tjenestene anvendte ville fungere.

*«Man på en måte ha respekt for folk og tru på at folk gjør den jobben de skal, og hvordan du kommer til rom det er ikke alltid like interessant. Det er bare om vedkommende kommer til rom som er interessant (...) En ting at vi kan si noe om behovet til folk, hva er behovet. Men det er noe med at la de finne ut hvordan løser vi det her behovet. Det tenker jeg, at så mye respekt og så mye anerkjennelse må vi ha for hverandre sine yrker.»*

*«Ja, det hender at vi er uenige, men aldri sånn at vi ikke klarer å løse opp igjen i det da. Men vi er jo tydelige på hva som er vårt ansvar og hva som er psykisk helsearbeid sitt ansvar. Vi kan ikke ta oss til rette å trø for langt inn i deres sitt ansvarsområde og de inn i vårt ansvarsområde (...) Vi har full tillit til at de yter gode tjenester.»*

Hermansen (2004) viser i sin fremstilling om kommunikasjonskompetanse at evnen til å gi rom for ulikhet i relasjoner, trekkes frem som en viktig egenskap. En del av det å være profesjonell i samarbeid kan også knyttes opp i mot hvorvidt deltagerne i samarbeidet kan engasjere seg i faglige diskusjoner uten å støte noen av de andre deltagerne (Hermansen 2004; Glavin & Erdal 2004).

I den systemiske tankegangen vektlegges relasjonene i samarbeidet som en viktig faktor for samarbeidskvaliteten. Relasjonene sees på som den aktiviteten som skjer mellom de ulike delene, og at kvaliteten på disse er medvirkende for samarbeidets øvrige kvalitet (Hermansen et al. 2004). Relasjonene og kommunikasjonen mellom aktørene har en innvirkning på det opplevde samarbeidet. Fra det sosiologiske perspektivet i den systemiske tenkningen blir læring gjennom samarbeid i form av felles aktiviteter fremhevet. I den minste kommunen var de ansattes relasjoner rimelig tette, selv på tvers av enhetene, opplevdes det som uproblematisk for NAV-ansatte å ta kontakt for spørsmål. De opplevde det som en sterk fordel at arbeidsmiljøet besto av på personer og at de kjente godt til hverandre som kolleger på tvers av enhetene.

*«Nei, det beror, tror jeg, mye på at vi er godt kjent med hverandre da. Det er som sagt*

*små og mellomstore kontor og vi vet hvem som har ansvaret for psykisk helsearbeid og de vet hvem som arbeider på NAV kontoret. Så det har mye å si. At vi kjenner folket. Ja, det går mye på det.»*

Hvinden (1994) vektlegger kollegiale bånd i tverretatlig samarbeid. Informantene opplever at relasjonene dem i mellom var gode fordi de kjente godt til hverandre.

## **5.8 Oppsummering**

Frem til nå har vi sett på de fem faktorene som påvirket det tverretatlige samarbeidet. En modell ble utarbeidet for å vise at det var forekomsten av faktorene som styrte om de fremmet eller hemmet samarbeidet. Disse faktorene er kunnskap om- og forventninger til hverandres arbeidsfelt, avklart ansvars- og rollefordeling, opplevelsen av samarbeidets nytteverdi, tilgjengelighet og kommunikasjon og til slutt kommunikasjonskompetanse.

Ut i fra samtalene med informantene ble det også funnet noen faktorer som hadde innvirkning på det tverretatlige samarbeidet. Det er faktorer som kan knyttes til den kontekstuelle virkeligheten til de NAV-ansatte, og som gjenspeiler ytre forhold som bør være tilpasset og tilstede før tverretatlig samarbeid blir funksjonelt for informantene. Disse faktorene handler om samarbeidets ytre rammer i form av beslutningsprosesser og ressurstildeling fra ledelsen, tilrettelegging av tiltak og brukers medvirkning.



## **6.0 Diskusjon**

I forrige kapittel ble funnene analysert ut i fra studiens problemstilling. Her tas det sikte på å kunne belyse problemstillingen med kontekstuelle faktorer som har påvirkning på tverretattlig samarbeids funksjonalitet. Kapitlet starter med refleksjoner beslutningsprosesser og ressurstildeling fra ledelsen, hvor sammenhengen mellom nasjonale planer og organisasjonsteori diskuteres. Videre diskuteres tverretattlig samarbeid sett opp i mot tilrettelegging av tjenester og tiltak. Til slutt blir det en refleksjon rundt brukers medvirkning i samarbeidet.

### **6.1 Beslutningsprosesser og ressurstildeling**

Forskning som indikerer sammenhengen mellom god psykisk helse og arbeid ble presentert tidligere, hvor det fremkom at det er en kobling mellom det å være i arbeid og god psykisk helse (Mykletun, et al. 2009). I tillegg ble politiske føringer og reformer som er knyttet opp mot problemstillingen presentert og at disse har fokus på samarbeid mellom tjenestene. Disse var NAV-reformen, Opptappingsplanen for psykisk helse, Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse samt Samhandlingsreformen. Videre ble den teoretiske referanserammen fremlagt, hvor organisasjonsteori for offentlig sektor og deres beslutningsrammer ble gjort rede for.

De politiske føringene og teori fra organisasjonsteori benyttes for kunne si noe om de ytre rammene som omkranser informantenes arbeidshverdag. I denne studien er fokuset på NAV-ansattes erfaring av tverretattlig samarbeid. Tverretattlig samarbeid er også forankret i nasjonale føringer som Opptappingsplanen for psykisk, Samhandlingsreformen og Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet 1998; Helse- og omsorgsdepartementet 2009; Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse og omsorgsdepartementet (2007). Samtidig uttrykker informantene at omfattende tverretattlig samarbeid krever tidsressurser. Det blir derfor relevant å kunne se funnene i lys av de rammene de ansatte har for å utøve sine arbeidsoppgaver. Med utgangspunkt i informantenes arbeidsvirkelighet er det mulig å se sammenhengene i lys av organisasjonsteori som tar utgangspunkt i offentlig sektor. Et slikt fokus er i tråd med den hermeneutiske tanken om at fortolkning av deler bør skje i lys av en helhet som det tenkes at delene påvirkes av (Gilje & Grimen 1993).

Begrepet multifunksjonelle organisasjoner ble brukt for å beskrive organisasjoner i offentlig sektor, som NAV er (Christensen et al. 2009). NAV lokalt og sentralt skal svare til lokale og sentrale styresmakter i forhold til å overholde budsjett. Videre skal de kunne vise til at brukernes rettigheter blir ivaretatt og sikret. Det stilles også krav nedenfra, hvor brukerne selv skal ivaretas på en god måte.

Slik blir NAV-ansatte en del av en forvaltningsorgan som skal ivareta flere interesser, som ofte kan stå i motsetning til hverandre, for eksempel at tildelte økonomiske midler ikke er tilstrekkelige til at samtlige brukere får sine rettigheter innvilget i form av at de ikke blir tilstrekkelig tilpasset behovet. Noen av informantene som deltok var inne på denne problematikken med bakgrunn i opplevelsen av at andre hadde høyere forventninger til hva NAV kunne tilby av tiltak.

NAV-ansatte er forpliktet til å følge sine lovpålagte arbeidsoppgaver, samt følge de gjeldende føringene om hvordan arbeidsoppgavene skal utføres. De er blant annet regulert i NAV-loven og Forvaltningsloven. Som nevnt blir det i politiske føringer og planer stilt krav til samarbeid og samhandling, hvor den overordnede målsettingen er å gi et helhetlig og sammensatt tilbud til brukerne. Samtidig skal knappe budsjetter forvaltes, og arbeidsmengden kan være større enn tiden som er tilgjengelig. De ansatte må derfor gjøre beslutninger som handler om prioritering av tid, i forhold til hvor mye tid de kan bruke på hver enkelt bruker, sett i lys av at de skal ivareta alle sine brukere. NAV-ansatte skal videre gjøre vurderinger og beslutninger i tråd med sine gjeldende lovverk. Beslutningene skal tas i samarbeid med brukeren og ofte andre relevante instanser, alt etter hva som inngår i den enkeltes utfordringer og behov. Her var det oftest kommunehelsetjenesten, fastlege og spesialisthelsetjenesten som deltok i samarbeidet.

Begrepene fullstendig og begrenset rasjonalitet ble tidligere presentert, hvor oppnåelsen av fullstendig rasjonalitet ble sett på som vanskelig å oppnå i offentlig sektor (Christensen et al. 2004). Det baseres på at de ansatte ved fullstendig rasjonalitet må ha hatt fullstendig oversikt over målsettinger, handlingsalternativer, konsekvenser og beslutningsregler, og at tid og ressurser ofte er årsaken til at dette er vanskelig å oppnå. Passendelogikken ble utviklet som et alternativ til fullstendig og begrenset rasjonalitet og handler om at en ansatt kan fatte beslutninger med bakgrunn i gjenkjennelse. Samhandling med andre instanser kan være med på å øke denne oversikten, da det er sannsynlig å tenke at det vil foreligge ulik kunnskap om den enkelte bruker, som kan være relevant for arbeidet som gjøres. Likevel beror det på at



bruker er åpen og samarbeidsvillig ovenfor hjelperne, og kanskje også å ha erkjent egen problematikk. Oppnåelse av fullstendig rasjonalitet må også inneholde oversikt over konsekvenser, som vil være vanskelig å estimere i arbeid med mennesker med psykiske lidelser da de utgjør en heterogen gruppe med individuelle behov (Eklund 2008). Med erfaring og kunnskap om den enkelte kan den ansatte, i fellesskap med bruker og samarbeidspartner, danne seg noen antatte konsekvenser, men de er vanskelige å fastslå med sikkerhet. Begrepet begrenset rasjonalitet er derfor utviklet som et alternativ. Begrenset rasjonalitet er imidlertid basert på en konsekvenslogikk som kanskje vanskelig kan oppnås, særlig i arbeid med mennesker med psykiske lidelser, da de antatte konsekvensene kan fremstå som uklare (Christensen et al 2004).

Passendelogikken som presenteres viser til at ansatte i større grad kan bruke kjente erfaringer fra tidligere for å skaffe seg en helhetlig oversikt, samtidig som de skal kunne tydeliggjøre egen organisasjons ståsted i beslutningsprosessen. Til slutt skal de med bakgrunn i disse elementene kunne utarbeide regler ut i fra hva som er passende å gjøre i den enkelte situasjonen (Christensen et al. 2004). Det som kan være en utfordring for NAV-ansatte ved bruk av en passendelogikk er at de i beslutningsprosesser er avhengige av avklarte målsettinger sammen med den enkelte bruker. Passendelogikken har ikke fokus på målsetting, men normene som etableres. Et argument mot en passendelogikk i denne sammenhengen kan være at den vanskelig kan brukes alene som beslutningsgrunnlag i de ulike sakene, da brukers målsettinger varierer og ofte er i stadig endring. Ansatte kan derimot kunne bruke erfaringskunnskap for å motivere og rådføre brukerne om hvilke tiltak som kan være gunstige. Noen av informantene opplevde i tilfeller at kommunehelsetjenesten ikke hadde den nødvendige kunnskapen om NAV kunne tilby, og at forventningene ikke samsvarte med tjenestene NAV har til rådighet. Kjennskap til hverandres arbeidsområder, rutiner og lovverk vil derfor være en viktig faktor i lys av en passendelogikk, med tanke på tydelighet av egen organisasjon. Funnene i studien viser at kunnskap om hverandres arbeidsområder er viktig i forbindelse med tverretatlig samarbeid.

Beslutninger skal også sees opp i mot de ansattes krav til å prioritere tid til sine arbeidsoppgaver. Transaksjonsteori dreier seg om enhetens vurderinger av å løse oppgavene internt eller eksternt i forhold til kostnadseffektivitet (Nesheim 2006). De ansatte sitter selv med ansvaret med å prioritere hvordan de skal løse sine arbeidsoppgaver slik at de blir gjort. I denne studien fremhever informantene at de opplever at tverretatlig samarbeid i utstrakt form

er tidkrevende og i tilfeller er det vanskelig å prioritere å jobbe tverretatlig rundt en bruker da det går ut over andre brukere. Spørsmålet er om de ansatte er frigjort tilstrekkelig med tid i sin arbeidshverdag til å prioritere og satse på tverretatlig samarbeid etter de politiske intensjonene.

En informant uttrykker dette dilemmaet, ved å se forholdene mellom antall saker og ressursbruk i enkeltsaker.

*«Det blir jo bestandig slik at man føler kanskje at man skulle brukt enda mer ressurser på enkeltsaker, for å virkelig få gjort noe. Vi har jo dette dilemmaet da, mellom kvantitet og kvalitet, vi har såpass mange brukere at det begrenser seg selv. Du kan ikke sitte i et sånt team å arbeide mot folk i alt for stor grad.»*

Ser vi den offentlige organisasjonen i et større perspektiv er både NAV og kommunehelsetjenesten strukturert fra samme ledelse, med samme overordnede mål, hvor oppgavene er lagt til forskjellige enheter. Ansvarer om prioritering flyttes da fra den enkelte ansatte og opp på organisasjonens prioriteringer. På den måten kan vi tenke at organisasjonen må ta beslutninger for å nå overordnede mål, som blir felles for de ulike underenhetene. Som nevnt over er en av de nasjonale beslutningene at underenhetene skal ha en økt grad av samhandling med hverandre. Spørsmålet er om de overordnede målene følges opp med økt tildeling av ressurser. Som tidligere nevnt ble det i løpet av tiden hvor Opptappingsplanen for psykisk helse var iverksatt tildelt flere årsverk til kommunene i forhold til kommunalt psykisk helsearbeid (Forskningsrådet 2009). Spørsmålet videre er om den samme prioriteringen skjer i NAV-systemet, noe som blir en nødvendighet for å frigjøre mer tid til å oppnå nasjonale målsettinger, og for å få synkronisert ressursbruken mellom tjenestene.

Cameron & Lart (2000) hevder at det finnes få målbare bevis for effektiviteten av tverretatlig samarbeid. Oliver (2010) hevder at det finnes lite bevis for hvordan tverretatlig samarbeid fungerer i virkeligheten. Det kan ses på som et paradoks, med tanke på at samhandling mellom tjenestene er et prioritert satsningsområde. Spørsmålet er om det er behov for mer forskning som kan si noe om sammenhengen mellom tverretatlig samarbeid og effektivitet, og eventuelt hvilke samarbeidsmetoder som er funksjonelle og som bør iverksettes for å kunne utbedre tilretteleggingen av samarbeid mellom etater.

### 6.1.1 Ressurstildeling fra ledelsen

Flere av informantene viste til kommunen som ansvarsbærende for tjenestene, både i NAV og kommunehelsetjenesten, og også ansvarlig for at tilretteleggingen av samarbeidet. Det var særlig i sammenheng med økonomi og strukturoppbygging. I følge Hvinden (1994) er det ledelsens ansvar for tilrettelegging av arbeidsforholdene, også med tanke på tverretattlig samarbeid. Lederskap handler om å skape felles forståelsesramme og verdier, å mobilisere innsatsvilje og mobilitet. Dette medfører at leder også må ta sitt ansvar i utviklingen av samarbeid på tvers og at dette blir forankret i planer (Hvinden 1994; Glavin & Erdal 2004).

Informantene var ikke like tydelige på hvor i organisasjonen endringene burde skje, men en av informantene uttrykte en form for fortvilelse over at de ikke ble fokusert mer på forebyggende arbeid i kommunen i form av de økonomiske prioriteringene som ble gjort. Ledelsen ble i den forstand ment som kommunen, ikke NAV-ledelsen.

*«Jeg tenker at det er trist at en så stor kommune, med så mye utfordringer, helt klart over hele linja, men spesielt på ungdomssida, så tenker jeg at det er trist at vi ikke har en tjeneste som kan tilbys som er bedre rustet til å ta i mot disse ungdommene..det er en ting at det er samfunnsøkonomisk og få satt inn hjelp til dem no..en annen ting er at dette er våres potensielle fremtidsborgere, og det er disse som blir gående i systemet dersom vi ikke tar tak i dem nå, så for meg så er den her billig investering..jeg har en stor utfordring med å se politikerne sine valg av budsjettbruk..man blir litt maktesløs.»*

En antydte at NAV per i dag ikke ble innvilget tilstrekkelige midler for å kunne ivareta arbeidsoppgavene på en god nok måte, og at dette også begrenset de ressursene de hadde for iverksette tiltak for økt samarbeid. En informant var tydelig på at ansvaret for endringsprosesser i tjenestene lå i kommunen, og ville inntil videre jobbet ut fra de forutsetningene som eksisterte. Samtidig ble det fokusert på at forandringer burde skje i samråd med tjenesteutøverne nederst i systemet, for at det skulle være en sjanse for å lykkes med forandringene. Dette kan sees i sammenheng med tanken om påtvunget kollegialitet (Hargreaves 1996) og oppfattelsen av at samarbeid må ha en egen nytte for de som skal utøve samarbeidet (Glavin & Erdal; Bråthen 1981). Det kan være naturlig å tenke at informantens antagelser stemmer i forhold til å kunne implementere nye rutiner i systemet.

Et utsagn fra en av informantene dekte godt opp de generelle opplevelsene av kommuneledelsens prioriteringer i form av at tiltakene ikke var tilpasset og tildelt med

tilstrekkelige ressurser.

*«Da blir man maktesløs og man skulle av og til ønske at rådhuset hadde tatt seg en uke og jobbet og sett det som er utfordringene i jobben vi har..og ikke alltid tenkt på sparekniven..jeg ser at det er et budsjett som skal forsvares, men samtidig er det noe med at det er en investering over tid..og det ser vi jo gjentatte ganger at tett individuell helhetlig oppfølging det fungerer..være seg om det er psykiatri eller rus eller hva det er... det fungerer..så der er vi.»*

Her fremkommer det at det er en forskjell mellom kommuneledelsens handlinger og prioriteringer og informantenes uttrykte behov. Det tyder på at det ikke foreligger noen felles forståelsesramme mellom kommuneledelse og informantene, noe som gjør at en informant føler seg maktesløs. I følge Hvinden (1994) er dette forhold som ledelsen bør ha avklart med sine ansatte. Cameron & Lart (2000) hevder at begrensede ressurser i form av økonomi, tid, personell er hindringer for tverretattlig samarbeid. Ut i fra informantens utsagn ser det også ut til at slike mangler er med på å begrense tjenestetilbudet til brukerne.

## **6.2 Tilrettelegging av tjenester og tiltak**

I henhold til Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse er et av målene at kommunehelsetjenesten og NAV skal kunne utvikle samordnede tiltak til bruker, sammen med bruker (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Informantene var ikke kjent med at det forelå fastlagte rutiner for å etablere tiltak sammen med kommunehelsetjenesten. Fremgangsmåten til opprettelse av samarbeid startet oftest med å drøfte saken anonymt i et etablert tverretattlig team, eller å innkalle på et møte hvor også bruker deltok. Samarbeidet i den forstand handlet derfor mer om at instansene møttes og oppdaterte hverandre på hva de enkelte jobbet med. Om dette dekker intensjonene om at enheter sammen skal tilrettelegge gode tjenester for brukeren er uklart. Diskusjonen som nevnes i forhold til organisasjonens rammer og grenser kan også her problematiseres. Dersom samarbeidet mellom NAV og kommunehelsetjenesten skal være like tett som intensjonene tilsier, så er kanskje ilegging av ulike tjenester til ulike etater en struktur som hindrer fullstendig måloppnåelse.

Det temaet som hadde samtlige informanter fokuserte på var det som dreide seg rundt de direkte tilbudene til bruker. For det første i forhold til de tiltakene rettet direkte mot informantenes arbeidsområde og NAVs hovedmålsetting, arbeid og aktivitet. For det andre i

forhold til den type oppfølging kommunehelsetjenesten kunne tilby i kommunen.

*«Individuelle behov (til bruker) må få styre tenker jeg.»*

Tiltak i form av arbeid og dagaktivitet virket å være bedre utbygd i den største kommunen. Likevel mente en informant at det eksisterte relativt få dagtilbud for de som strevde med alvorlige psykiske sykdommer, hvor arbeid kanskje ikke var en reell målsetting. Det ble vist til at utbyggingen av dagtilbud for psykisk utviklingshemmede hadde vært høyt prioritert, men at de sykeste i psykiatrien var noe «glemt», og at de dermed sto uten gode dagtilbud.

I den minste kommunen hadde de noen vernede arbeidsplasser, men disse ble fort fylt opp. De ble uttrykt at de som arbeidet i disse bedriftene trivdes så godt, at de ikke sluttet før det var naturlig rent aldersmessig. Dermed var det en lang ventetid på disse plassene. Alternativt ble det brukt kontakter i kommunen som de kjente til, for å få til gode ordninger. Behovet ble derfor ikke dekt med de daværende arbeidsplassene. Også her opplevde informantene det som en styrke at de var en del av et lokalsamfunn hvor de kjente til enkeltpersoner eller bedriftseiere med engasjement til å bidra med arbeidsplasser eller dagtilbud.

*«Spesielt for få varige tiltak. De aller fleste tiltakene varer jo en tid, så stopper de opp. Så vi har nok for lite varige tiltak, ja. Som et eksempel så er det jo et visst antall varige vernede arbeidsplasser på vekst. Men problemet er jo at de blir fylt opp, de vart fylt opp nokså umiddelbart, og så er det jo mest bare naturlig avgang som fører til at det blir ledige plasser. De som var heldige å være med fra starten kom inn, og så blir det ingen muligheter for de som kommer etterpå. For det er minimalt med gjennomtrekk på de plassene.»*

I forhold til tjenestene i kommunehelsetjenesten etterlyste informantene i stor grad andre tjenester enn de kommunen kunne tilby per dags dato. Noen mente at tjenestene burde omorganiseres for å gi et bedre tilbud til brukerne. Fokuset på å kunne ta del i et godt tilrettelagt tilbud som kom brukerne til gode, var jevnt over høyt for alle informantene. Det ble etterlyst tjenester som kunne tilby en langt tettere oppfølging til de som hadde behov for det. I forlengelsen av dette ble det pekt på at denne oppfølgingen også, særlig i perioder, burde ha åpningstider utenom ordinær kontortid.

*«Så er det noe med mange av ungdommene våres, for det blir ungdommer som blir mitt fokusområde, de har sammensatte behov, de handler ikke bare vi (ungdommen)*

*trenger noen å snakke med..vi trenger faktisk noen som kan gå med oss i banken, vi trenger noen som kan åpne posten sammen med oss, vi trenger noen som kan lese av strømmen sammen med oss. Da er det noe med tilbudet blir for snevert på den ene tjenesten, og da ofte benytter vi for eksempel en annen tjeneste. Men også dem har hatt et fryktelig trøkk, og har der fått en del ventetid. De har kanskje tidligere gjort en del ting som de av ressursårsaker har vært nødt å slutte med, ting som har vært nødvendige tjenester. Så tenker vi at det er sårbart med ambulant fordi dem består av team med 5-6 personer. Det kan være for mange til våre ungdommer å forholde seg til. I tillegg så er det nå en gang sånn at når man er så mange inne i en sak, så glipper det ofte, det har vi flere eksempler på der det har glippet på ting som overhodet ikke skal og kan og bør og kan glippe.»*

Det ble også etterlyst mer ambulant oppsøkende tjenester, som kunne være til stede for bruker når behovet var som størst, enten det skulle være på kvelden når tankene kom, på morgenen for å komme seg på jobb eller i møte, eller midt på dagen når bruker var på skole/jobb og bare hadde lyst å gi opp. Tanken bak dette for noen av informantene var at de opplevde at svært tett og «skreddersydd» oppfølging i perioder, kunne hjelpe en bruker langt fortere, og kanskje også å gjøre bruker fortere selvhjulpen, enn alternativt en samtale i uka.

Etterspørselen av bedre oppfølgingstilbud fra kommunen ble ofte sett i sammenheng med at brukere i noen tilfeller var så dårlige at de hadde behov for tett oppfølging, for i det hele tatt å klare å stille på møter for å avklare videre arbeid og aktivitet. Det virket som at informantenes etterspørsel etter tettere tjenester skulle fungere som et middel for at informantene også kunne gjøre en jobb opp i mot brukeren. (noe som er kjernen i de sentrale målsettingene).

Det ble videre ytret et behov for andre tjenester enn de kommunen kunne tilby. Åpningstidene er kontortid og består gjerne av en hovedkontakt. Dette ble i følge informantene for sårbart. Andre tjenester hadde utvidede åpningstider, men jobbet da i team, noe som gjorde at brukeren måtte forholde seg til mange, og at viktig informasjon glapp. Det ble uttrykt at tjenestene måtte tilrettelegges brukernes behov, og ha mulighet for å være tettere på i perioder. Dette ble spesielt ytret fra de som hadde oppfølging av unge brukere. Saksbehandlerne var tydelige på at dette var avgjørelser som hverken ansatte i NAV eller kommunehelsetjenesten kunne påvirke direkte, men at det lå i beslutningsprosesser lenger oppe i systemet.

### 6.2.1 Samhandling for hva?

NAV og kommunehelsetjenesten skal som nevnt samarbeide rundt bruker, for at bruker skal få et godt og tilrettelagt tilbud, det vil si at de skal ivareta brukers egne behov. For at samhandling skal kunne skje, bør det finnes noe å samhandle om. Informantene opplevde at det manglet tiltak slik det var tilrettelagt i dag. En samfunnsøkonomisk målsetting kan være å få flest personer i ordinært lønnet arbeid, for å redusere antall trygdemottakere. Kommunen har ulike tiltak som tilbys og omfanget varierer fra kommune til kommune. Store kommuner har gjerne flere tjenester og tiltak til rådighet enn mindre kommuner. Tjenestene og tiltakene bør stå i samsvar med behovet til brukerne. Noe av det som fremkom av opplysninger fra informantene var nettopp i forhold til dette. Felles målsettinger og visjoner var ett av kriteriene som kunne være med på å fremme godt samarbeid, både på ledelse- og tjenesteutøvernivå (Hvinden 1994; Glavin & Erdal 2004).

Flere av informantene opplevde at de kommunale tjenestene ikke møtte brukers behov. Det ble uttrykt at informantene ofte hadde behov for tettere oppfølging og at oppfølgingen burde gå ut over ordinær kontortid for å hjelpe brukerne som hadde behov for det. Ukentlige eller sjeldnere støttesamtaler ville ikke være tilstrekkelig for brukerne som hadde omfattende behov. Å ta høyde for at brukerne har større behov for bistand i perioder var viktig å tenke på, og også at hjelpen måtte komme raskt på plass i disse periodene. Også for brukere hvor arbeid ikke var målet, men heller et aktivitetstilbud for å gi bruker en meningsfull hverdag, ble det nevnt at det manglet på gode tiltak. Frivillige organisasjoner hadde tatt initiativ til enkelte dagtilbud.

Ansatte i NAV eller i kommunehelsetjenesten har få muligheter til å forandre på de organisatoriske rammene, og tjenestetilbudene som eksisterer i kommunen. Organisering og tjeneste- og tiltaksutvikling er forankret høyere oppe i organisasjonen. De ansatte jobber derfor ut fra de strukturene og rutinene som er gjeldende til en hver tid, og må videre benytte de tjenestene som eksisterer, selv om de kanskje ikke ser en god nok effekt av de iverksatte tjenestene. Et mål om økt samhandling er kanskje ikke tilstrekkelig før gode tjenester og tiltak er implementert i kommunen. Om ansatte opplever det som mindre krevende, og like effektivt å løse arbeidsoppgavene selv, minsker naturlig nok behovet for samhandling med andre tjenester. De ulike tjenesteutøverne bør oppleve at de tiltakene de samhandler om er funksjonelle og gir brukeren den støtten de trenger. Å føle seg oversett som ansatt eller se at behovene ikke blir prioritert var også det som utløste uttalelsen om maktesløshet under ett av

intervjuene. Støtte fra ledelsen anses å være viktig for de ansattes motivasjon (Hvinden 1994).

Informantene rettet imidlertid også fingeren mot egen tydelighet i bestillinger, samt tjenesteutøvere i kommunehelsetjenestens evne til å tenke selvstendig i arbeidet med brukeren. De momentene alene bør likevel ikke forklare informantenes opplevelse av at tjenestene burde ha en annen struktur. Med en omfattende satsning på psykisk helsearbeid er kanskje også forventningene til de kommunale tjenester høyere blant de ansatte i NAV. At det eksisterer forventninger om at tjenestene burde være mer tilrettelagt kan likevel være betimelig, på grunn av målsettinger om tiltaksutvikling har vært gjeldende sett ovenfra, hvor spesielt Opptrappingsplanen for psykisk helse har vært omfattende, og gått over en relativt lang tidsperiode.

### **6.3 Brukers medvirkning**

Det var stort fokus på brukers rolle i samarbeidet, særlig i forhold til tre elementer: medvirkning, belastning og egenansvar. Det var gjennomgående tendens at informantene vurderte samarbeid med andre instanser og tiltak for øvrig, med tanke på hva som var til det beste for bruker og brukers egenrapportering.

*«Det er den svakeste gruppen i hele samfunnet, veldig ofte så er dem jo det, og da er det noe med at viss ikke vi skal hjelpe dem. Hvem kan da hjelpe dem? Det er noe med å være bevisst den muligheten vi har til å hjelpe folk så lenge folk ønsker hjelp.»*

Informantene nevnte om at underforbruk av kommunehelsetjenestens tjenester kunne handle om hensyn til brukeren, for å unngå at det ikke ble for mange personer å forholde seg til, eller at andre instanser var koblet på som kunne dekke brukers behov i forhold til oppfølging av psykisk helse, som for eksempel spesialisthelsetjenesten. Det ble lagt vekt på at brukeren selv måtte se behovet. Dette er i tråd med nasjonale føringers intensjon, og også nedfelt i formålsplanene for implementering av individuell plan. Det er også i tråd med forskning som sier at samarbeidet må oppleves som nyttig for deltagerne (Atkinson et al. 2000; Atkinson et al. 2002; Sloper 2004; Glavin & Erdal 2004). Dersom en ansatt i NAV opplever at bruker ikke ønsker eller vil dra nytte av flere tjenester, vil det virke påfallende at den ansatte iverksetter tverretattlig samarbeid. Informantene mente i stor grad at inkluderte instanser måtte vurderes ut i fra hvordan de kunne hjelpe bruker, samt hvilke instanser som allerede var koblet på. Det ble tidligere nevnt at enkelte informanter opplevde at det fort ble mange instanser inne, noe som førte til at det ble uoversiktlig og usikkert for bruker. Eksempelvis ved at



spesialisthelsetjenesten allerede var koblet på med et oppfølgingstilbud. Slikt sett ble kommunehelsetjenesten valgt bort men med bakgrunn i hensynet til bruker. Doble tjenester var derfor noe de ønsket å unngå.

*«Nei, altså det er jo litt..altså så går det i forhold til ressursbruk og at man gjerne ikke skal ha doble tjenester..også må det jo være et uttrykt ønske fra brukeren at han vil ha en person til inn i samarbeidet. Vi har jo eksempler på at folk synes de har nok folk å forholde seg til.»*

I tillegg var brukers stemme viktig, og en informant ønsket ikke å iverksette tiltak dersom bruker egentlig ikke ønsket eller så nytten av tiltaket.

*«For det som er viktig er at den (kommunehelsetjenesten) generelt er en frivillig tjeneste, det må være noe bruker ønsker og ser nytten av. Da er det noe med at brukeren må si noe om at dette tror jeg kan være noe for meg.»*

Samtidig nevnte flere av informantene nevnte viktigheten av at brukers rolle og ansvar opp i mot tjenestene som ble utført ikke ble glemt. Dette med tanke på at samarbeid mellom tjenesteutøverne kunne være med på å fjerne brukerens eget ansvar for seg selv og sitt liv. Det virket som det kunne være en utfordring å hjelpe bruker, uten at bruker ble gjort hjelpsløs. En informant presiserte at enkelte brukere ønsket tjenesteutøverne skulle gjøre jobben, og at det i mange tilfeller også ble gjort, for at det var tidsbesparende for tjenesteutøverne.

*«Bruker er jo veldig ofte interessert i litt sånn ansvarsfraskrivelse, har ikke lyst å gjøre noe på egenhånd, kan ikke noe, har ikke lyst å lære en del sånne ting. Men det er nok ofte at vi tar over hele saken for enkelthet skyld, for vi vet at det blir så forbaska mye tid å bruke, hvis vil skal få brukeren til å gjøre det selv, å lære seg å få det til på egenhånd, sånn at vi bare styrer og ordner litt. Det gjør vi nok, fra begge sider.»*

I tillegg hadde informantene fokus på at brukerne selv var ansvarlige for mye i forhold til egenrapportering, og at kommunehelsetjenesten ikke kunne ta over ansvaret for det.

*«Og igjen så er det jo sånn at bruker også skal varsle når det skjer noe. Så selve ansvaret ligger jo igjen på brukeren i forhold til NAV. Kommunehelsetjenesten er jo inne som en hjelpende hånd, men likevel så er det jo brukeren til syvende og sist som har ansvar om å melde i fra om disse endringene som skjer. Så..ja..skal ikke henge noen andre for det egentlig.»*

Uttalelsene over viser trekk ved informantenes holdninger til brukerne. De ønsker å iverksette tiltak som brukerne nyter godt av, og som brukerne selv ønsker. De er opptatt av brukers medvirkning i egne saker, selv om det av og til kan være utfordrende. Samtidig er informantene tydelige på at det må stilles krav til brukerne, og at kommunehelsetjenesten ikke skal fungere som brukernes arbeidsverktøy. Det er mye som tyder på at informantene er opptatt av å gjøre en jobb som er til brukernes beste. De viser stor innlevelse i brukernes behov og ønsker. Likefullt et fokus på brukers egenansvar i arbeidet.

Opptappingsplanen for psykisk helse, Nasjonal strategiplan for psykisk helse, NAV-reformen og Samhandlingsreformen er alle utarbeidet med et mål om å kunne yte bedre hjelp til brukerne av systemet (Sosial- og helsedepartementet 1998; Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet 2007; Sosialdepartementet 2002; Helse- og omsorgsdepartementet 2009). NAV-reformen ble spesielt utviklet for at brukerne av tjenestene skulle slippe å bli sendt mellom de ulike kontorene for å få hjelp. Det viser at brukerperspektivet og brukermedvirkning er en sentral del i utviklingen av velferdstilbudene i Norge. Ut i fra informantenes utsagn ser ivaretagelse av brukers interesser ut til å være den mest sentrale delen ved deres arbeid. Det vil si at de ser brukernes behov og brukernes stemme, at brukerne blir tillagt en hovedvekt, som har innvirkning på informantenes beslutninger. Uavhengig av type teori om beslutningsprosess vi tar utgangspunkt i, fullstendig, rasjonalitet, begrenset rasjonalitet, eller passendelogikk, er det brukers behov som legger føringene for informantenes valg av arbeidsmetode. Det betyr at tverretatlig samarbeid i noen tilfeller blir bortprioritert fordi bruker ikke ønsker det, eller at det ikke er hensiktsmessig med tanke på brukers behov.

Slik sett blir brukers medvirkning en faktor som påvirker etableringen av tverretatlig samarbeid. Brukers medvirkning påvirker også det tverretatlige samarbeidets form fordi bruker skal samtykke til samarbeidsformer som individuell plan og ansvarsgruppe. I tråd med den hermeneutiske tankegangen er dette derfor en faktor som utgjør en del av tverretatlig samarbeids kontekst (Gilje & Grimen 1994).

## **6.4 Oppsummering**

Dette diskusjonskapittelet har fokusert på faktorer som påvirker samarbeidet, og som er med på å legge føringer for tverretatlig samarbeid. Hvordan beslutningsprosessene tar form påvirkes blant annet av informantenes prioritering. Likeledes er de tilgjengelige ressursene en

faktor i denne prioriteringen. Videre er de utviklede tiltakene og tjenestene en faktor som påvirker samarbeidet i form av at de må være i samsvar med brukernes behov. Til slutt er det brukers medvirkning som påvirker iverksettelsen av tverretattlig samarbeid, og samarbeidsformene.

I neste kapittel, som er avslutningskapittelet, gjennomgås og sammenfattes studien i sin helhet. Kritiske refleksjoner blir gjort rede i forbindelse med de ulike delene av studien, særlig med tanke på metodiske valg. Kapittelet avsluttes med forslag til videre forskning.



## 7.0 Avslutning

Her sammenfattes og oppsummeres studien. Samtidig blir de valgene som er gjort i forhold til teori, metode og analyse diskutert og kritisert. Videre blir det fokusert på hva som eventuelt kan være interessant å fokusere på i videre forskningssammenheng.

### 7.1 Gjennomgang og kritikk av studien

I de innledende kapitlene ble noen politiske reformer og føringer presentert. Dette fordi de er med på å danne bakteppe for det arbeidet som utføres ved NAV-kontorene i dag, særlig med tanke på samarbeid med andre etater og tjenesteutøvere i kommunen og ellers. De politiske utdragene viser til at samarbeid innad og mellom ulike etater, og på ulike nivå er en viktig faktor for videre arbeid, både for utvikling av nye tiltak og i samhandling med den enkelte bruker. Det ble videre vist til forskning som viste sammenhenger mellom arbeid og god psykisk helse, og om sammenhengen mellom mennesker med psykiske lidelser og arbeidsledighet. Samtidig ble det vist til forskning som nyanserer behovet mennesker med psykiske lidelser har for arbeid versus dagaktivitet.

Teori om organisasjonsteori ble fremlagt i form av den statsvitenskapelige teorien, som i hovedsak har sitt utgangspunkt i norsk offentlig sektor. Bakgrunnen for å inkludere denne teorien er todelt. For det første kan slik teori være med på å belyse noen av de sammenhengene som finnes mellom de ulike politiske nivåene, og beslutningsprosessene i offentlig sektor. Tverretatlig samarbeid var noe som ble uttrykt som et ønske nedenfra, samtidig som det nå er kommet retningslinjer ovenfra som sier at aktuelle og relevante etater skal samarbeide. Hvor beslutningene tas, kan ha innvirkning på den praktiske gjennomføringen av for eksempel et tverretatlig samarbeid i en kommune. Jeg vurderte at sammenhengene mellom politikk, forvaltning og beslutninger burde være et utgangspunkt, da det kunne være med på å sette problemstillingen i en større sammenheng. Derfor var det også et poeng å ta utgangspunkt i norsk offentlig sektor, som har andre forutsetninger i beslutningsprosessene, som skiller seg fra privat sektor. Målsettingene og utbyttet med for eksempel samarbeid resulterer ofte i en direkte personlig gevinst som arbeidstaker i privat sektor, noe som ikke er tilfellet i offentlig forvaltning. Teori om offentlig forvaltning og organisasjonsteori kan derfor medvirke til å gi etter min mening et realistisk bilde av de ansattes hverdag og er derfor et greit bakteppe i forhold til denne studien.

For det andre syntes jeg det var interessant å velge denne teorien som et supplement til øvrig teori som er inkludert i studien for å synliggjøre sammenhengene mellom politikk og forvaltning på bakkenivå, det vil si de som for eksempel jobber i førstelinjetjenesten i kommunene. Det er kanskje ikke de politiske reformene og føringene som opptar NAV-ansatte i arbeidshverdagen, noe som heller kanskje ikke hadde vært heldig, med tanke på at de skal bistå sine brukere og ha fokus på dem. Min rolle ga meg mulighet til å se nærmere på denne sammenhengen, som jo påvirker arbeidsdagen til de ansatte. Gjennom denne studien har jeg blitt gitt tid, rom og mulighet til å sette meg i en slik posisjon hvor jeg kunne høre på informantene sine opplevelser, og samtidig analysere det opp i mot nasjonale føring og reformer. Dette kan også sees på som en måte å forstå virkeligheten på i tråd med den hermeneutiske forståelsesmodellen, som har fokus på å se deler av virkeligheten i sammenheng med en større helhet og hvordan helheten og delene gjensidig påvirker hverandre.

Det kan tenkes at organisasjonsteori blir for lite spisset opp mot studiens problemstilling, og at jeg med fordel kunne ha fokusert mer på teori om kommunikasjon og samhandling. I analysen var likevel siktemålet, med bakgrunn i overnevnte argumentasjon, å inkludere elementer fra organisasjonsteori i lys av informasjon fra informantene. Et eksempel på dette er fokus på at det ikke er sammenheng mellom økte krav om samhandling, og samtidig få utviklede tiltak å samhandle om. I kapittelet om organisasjonsteori er det utelukkende anvendt teori fra en norsk virkelighet, noe som kan ses på som en svakhet med teoriframstillingen. Det likevel et poeng at det er knyttet til det norske politiske systemet med tilhørende beslutningsorganisering, og det påfølgende norske velferdsapparatet som på mange måter er unikt i forhold til andre land det er naturlig å sammenligne med. Det ble brukt mer tid på å anvende internasjonal forskning og teori i forhold samarbeid og tverretatlig samarbeid, som vil bli forklart nedenfor.

Organisasjonsteori alene kunne vanskelig kan si noe om samarbeid og tverretatlig samarbeid direkte. Organisasjonsteori medførte imidlertid at problemstillingen kunne plasseres i en sammenheng, som sier noe om informantenes arbeidshverdag og rammer. Derfor er perspektiv om samarbeid og kommunikasjon inkludert, samt teori og forskning fra tverretatlig samarbeid.

Kapittelet om samarbeid ble sett i lys av et systemisk perspektiv. Det systemiske perspektivet er kanskje mest gjenkjennbart i forbindelse med familierapi og diverse andre terapeutiske

metoder i endringsarbeid. De anvendte forfatterne har sett på samarbeid fra det systemiske perspektivet, og tatt utgangspunkt i teori fra sosiologi og psykologi. Det systemiske perspektivet anses som et perspektiv som sier noe om dynamikken og relasjonen mellom de ulike samarbeidsinstansene, noe som på mange måter er kjernen av problemstillingen. Dette begrunnes med at det er i kommunikasjonen mellom de ulike enhetene selve samarbeidet foregår, noe som er tematikken i systemisk teori. Systemisk teori anses derfor å være en betimelig teori å anvende i studien.

Til slutt ble teorier om tverretattlig samarbeid presentert, da det knyttes direkte opp mot problemstillingens kjerne, som er samarbeid mellom to ulike offentlige etater i en kommune. Her viser jeg til teori og forskning og teori fra inn- og utland.

Den metodiske fremgangen i forskningsprosessen ble annerledes enn tenkt. Etter at søknaden ble godkjent fra NSD startet arbeidet med rekruttering av informanter. Ettersom det ikke lyktes å rekruttere informanter i tråd med studiens utgangspunkt, ble rekrutteringsprosessen forandret, og dermed type informanter. Dette utgjør en kritisk del av studien, da tallet på rekrutterte informanter var lavere enn studiens intensjon.

Spørsmålet her er om jeg kunne anvendt andre og mer effektive metoder for rekruttering av informanter. Kanskje kunne jeg rekruttert flere informanter ved å kontakte flere NAV-kontor direkte, eller oppsøkt kontorene direkte. Samtidig bør det tas hensyn til kravet om frivillighet og min nøytrale stilling. Dette kunne blitt svekket ved for høy grad av direkte intervensjon. Tid og ressurser var likevel hovedfaktorer som medvirket til at dette ikke lot seg gjøre i utstrakt grad. NAV opererer med et felles telefonnummer, noe som gjorde det utfordrende å få tilgang til kontakinformasjonen til de respektive lederne. Videre uteble responsen. Dette skyldes nok i utstrakt grad den arbeidsmengden NAV-ansatte står overfor, og at det kan være vanskelig å prioritere deltagelse i intervju fremfor å utføre lovpålagte oppgaver.

Årsaken til lavt antall informanter forandrer likevel ikke det faktum at studien ble gjennomført med fem intervju. Det nevnes her og vektlegges i høy grad med tanke på det hermeneutiske prinsipp om et felles forståelsesutgangspunkt for studiens funn. Det vil si at jeg og leser skal sitte med de samme forutsetningene.

Jeg valgte den kvalitative forskningsmetoden da den metodeformen så ut til å være best egnet til å få frem de ansattes egne opplevelser av temaet (Patton 2008). Valg av informanter ble forklart tidligere, hvor det ble konkludert med at NAV-ansatte ville ha kunnskap i forhold til

studiens problemstilling. Vedrørende spørsmålet om metode for datainnsamling kunne jeg valgt fokusgruppeintervju og videre samlet flere NAV-ansatte til å si noe om problemstillingen. Å la informantene reflektere over problemstillingen i fellesskap kunne gitt mer nyansert informasjon enn ved individuelle intervju. Det ble ikke vurdert da det ble sett på som en utfordring å kunne samle informanter til fokusgruppene. Med informantgrunnlaget jeg hadde, ble derfor individuelle intervju den metoden som best kunne gjennomføres og samtidig gi meg den informasjonen jeg trengte for å få svar på studiens problemstilling.

I forhold til analysemetode ble det tatt utgangspunkt i temasentrert metode og metode om meningsfortetting. Temasentrert metode blir kritisert for at forsker drar ut enkeltutsnitt av teksten, og videre at teksten løsrives fra en større, helhetlig sammenheng. I temasentrerte analyser blir det ofte benyttet matriser for å kategorisere temaene (Thargaard 2009). Med bakgrunn i den gitte kritikken av metoden valgte jeg derfor også å benytte meningsfortetting som analysemetode.

Den førstnevnte analysemetoden har som formål å kategorisere de ulike uttalelsene ut i fra temaer. Jeg benyttet temaene som var utgangspunktet for intervjuguiden. Siden jeg intervjuet informanter fra to svært ulike kommuner i forhold til oppbygning av tjenestene i kommunen, fant jeg det naturlig å kategorisere svarene ut fra informantens arbeidssted i tillegg. Kategoriseringen ga meg en systematisk oversikt over hva de ulike informantene svarte, samt at det ga meg mulighet til å gjøre en systematisk sammenligning av de ulike svarene. Denne analysemetoden ble valgt etter at intervjuene var gjennomført, da jeg hadde en opplevelse av at besvarelsene var sammenfallende mellom informantene. De kritikkverdige forholdene knyttet til denne metoden, kan gjøre til at analysen blir snever, og gjøre til at helhetsinntrykket fra informantens utsagn forsvinner. Det kan medvirke til at verdifull informasjon som omhandler problemstillingen går tapt.

Den andre analysemetoden ble benyttet for å sikre at hver enkelt informants uttalelser ble plukket opp på en så riktig måte som mulig. Hver enkelt informant hadde et ønske om å uttrykke sine opplevelser, noe som ga informantene muligheten til å nevne tema som ikke var innfelt i min tematikk, noe som intervjustrukturen og intervjuguiden åpnet opp for. Å analysere intervjuene i sin helhet ville også bidra til å avdekke hvor informantens hovedfokus lå i forhold til temaet. Ettersom studiens problemstilling vil få klarhet i informantens opplevelse, ble det å være lydhør informantens utsagn en viktig del av utgangspunktet for analysen.



Studiens analyse ble oppdelt i to kapitler, med bakgrunn i problemstillingens oppbygging. Dette er begrunnet med at en av målsettingene var å gjøre fremstillingen av analysen mest mulig systematisk og oversiktig, og samtidig sikre at studiens validitet ble ivaretatt. I studiens analysedel, kapittel fem, ble det tatt utgangspunkt i problemstillingen og problemstillingens underspørsmål, og informantenes opplevelser av tverretatlig samarbeid ble sett i lys av deler av teori og forskning som ble presentert i studiens teoretiske framstilling.

Jeg fant fem faktorer som var med på å fremme og hemme det tverretatlige samarbeidet. De ulike faktorene kan fremstilles som dimensjoner som viser at økt forekomst av innholdet i faktorene så ut til å ha en positiv innvirkning på tverretatlig samarbeid, og at nedsatt forekomst kunne være med på å øke utfordringene for tverretatlig samarbeid. Dette ble visualisert i form av en modell.

Utfordringen med analysen var at de ulike faktorene sto i et gjensidig i forhold til hverandre, og noen ganger kunne de også overlape hverandre. Sammenhenger bør synliggjøres, men samtidig bør funnene fremstilles på en måte som gjør det forståelig for leser. Jeg mener at fremstillingen av analysen kunne ha blitt strukturert på en bedre måte, uten at jeg klarte å finne bedre alternativer her.

I kapittel seks ble faktorer som påvirker forutsetningene for tverretatlig samarbeid diskutert. Det kan tenkes at denne fremstillingen ikke er relevant da den ikke besvarer problemstillingens ordlyd. Disse faktorene utgjorde imidlertid mye av de informantene formidlet til meg under intervjuene. Det var faktorer som opptok dem i arbeidet, og som de opplevde som barrierer for å hjelpe bruker, og for tverretatlig samarbeid. Som tidligere nevnt har jeg benyttet den hermeneutiske forståelsesmodellen som utgangspunkt, og at det derfor er viktig å se problemstillingen i dens kontekst. Jeg vurderer at disse faktorene er en del av denne konteksten. Jeg vil påpeke at dette er en kontekst man kan se problemstillingen i forhold til, og jeg utelukker ikke at det finnes andre kontekstuelle forhold som kan være relevante for problemstillingen, særlig i lys av andre teoretiske perspektiv som jeg ikke har valgt å fokusere på.

## **7.1 Forslag til videre forskning**

Til slutt vil jeg i avslutningens siste del komme med forslag til videre forskning. Dette med bakgrunn i de funnene som er fremkommet i studien, som kanskje ikke har vært innenfor studiens problemstilling, men som likevel kan være av interesse. Noen av disse temaene har

blitt nevnt og problematisert i analysen. Jeg utelukker imidlertid ikke at det allerede foreligger mye forskning om disse teamene, også i lys av denne problemstillingen.

Denne studien har tatt sikte på å finne ut mer om de NAV ansattes opplevelse av samarbeidet med kommunehelsetjenesten, nærmere bestemt den kommunale tjenesten som har som ansvar å følge opp mennesker med psykiske lidelser eller problemer. En av årsakene til at problemstillingen ble valgt ut, var med bakgrunn i de relativt nye politiske føringene som har påvirkning til dette fagfeltet. Denne studien er imidlertid basert på et lite utvalg og med informanter fra NAV sitt ståsted. Det kunne vært interessant å finne ut om funnene i denne studien er noe som kan gjenkjennes i et større utvalg. I tillegg kunne det også vært av interesse å finne ut mer om hvordan de ansatte i kommunehelsetjenesten opplevde samarbeidet med NAV.

Deler av helsetjenestens aktører i Norge ble valgt bort fra studien, som for eksempel fastlege og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen legger føringer for ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, hvor fastlegens rolle er sentral (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Hvordan samhandlingen fungerer mellom det helhetlige hjelpeapparatet i forhold til oppfølging av innbyggernes psykiske helse kunne i den sammenheng vært et interessant tema. Det kunne også vært interessant å se nærmere på samarbeidet mellom NAV og fastlegene.

I forbindelse med funnene i denne studien ble det i diskusjonskapittelet stilt spørsmålsteget ved de ulike politiske reformene, strategiene og planene sine intensjoner og formål, og om disse er i tråd med de samhandlingsformene og metodene som eksisterer i praksisfeltet i dag. Om det foreligger en felles forståelse mellom politiske intensjoner og praksisfeltet i forhold til samhandling og hvor stort samhandlingsomfanget bør være, fremstår for meg som usikkert. Det blir i denne studien vist til informanter som opplever tverretatlig samarbeid som relativt enkelt å gjennomføre i praksis. Likevel kan det se ut til at omfanget av det tverretatlige samarbeidet er relativt lite, og intensjonene er at samarbeidet skal være tettere mellom enhetene. Mer forskning som avklarer og definerer samarbeidets omfang mellom kommunale tjenester i Norge i dag, vil kanskje være med på å avdekke om det er i tråd med de nasjonale og politiske målsettingene, samt tydeliggjøre målsettingene for de ansatte.

I studien ble det fra informantene uttrykt et behov for flere tiltak i kommunen for mennesker med psykiske lidelser. Dette var både med tanke på egnede dagtilbud og arbeidsplasser. I

tillegg ble det uttrykt at de tjenestene som skulle følge opp brukerne i dag ikke var godt nok tilpasset noen av de menneskene som hadde oppfølgingsbehov. Det kunne vært interessant og fått en mer helhetlig oversikt over hvordan tiltakene er utbygd i Norge i dag, og om informantenes opplevelser er i tråd med de generelle oppfatningene i Norge, både med tanke på de ansatte og brukerne. En slik studie kunne vært med på å avdekke om det foreligger et behov for økt tiltaksutbygging i kommunene, og om noen kommuner har utviklet gode metoder som flere kan benytte seg av. Det som er interessant å merke seg i denne sammenheng er at informantene i denne studien uttrykte dette behovet uavhengig av hvilken kommune de tilhører. Det vil si at informantene fra den største kommunen, som har iverksatt flere tiltak og tjenester for denne brukergruppen, også uttrykte behov for en annerledes oppbygning av tiltakene og tjenestene. Den generelle oppfatningen var at de opplevde at brukerne hadde behov for tettere oppfølging enn det som fantes i dag.

Brukerperspektivet og brukervedvirkning har så vidt blitt nevnt i denne fremstillingen. Brukerne av tjenestene sitter på mye viktig informasjon, med tanke på hvordan de opplever systemet. Som nevnt var en årsak til NAV-reformen at brukerne ble kasteballer mellom tre etater. Brukernes stemme gir en mulighet til å utvikle systemene i en retning som ivaretar brukers behov, som jo bør være en viktig målsetting for hjelpeapparatet.



## Litteraturliste:

- Askheim (1988) Alle vil samordne, men ingen vil samordnes. I *Samordning: Ovenfra og ned eller nedenfra og opp?* Rapport fra konferanse, Lillehammer. Kirke- og undervisningsdepartementet, ungdoms- og idrettsavdelingen.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2006) *Arbeid, velferd og inkludering*. Oslo. Departementet (St.meld. nr. 9)
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse: Strategiplan 2007-2012*. Oslo. Departementet.
- Atkinson, M., Doherty, P. & Kinder, K. (2000) Multi-agency working. Models, challenges and key factors for success. *Sage Publications*, Vol 3 (1): 7-17.
- Atkinson, M., Wilkin, A., Stott, A., Doherty, P., Kinder, K. (2002) Multi-Agency working: A detailed study.
- Bergsgard, N. A., og Løyland, K. (2001) *Effekten av yrkesrettet attføring for personer med psykiske lidelser*. Bø i Telemark. Telemarksforskning.
- Blekesaune, M. (2005) *Unge uførepensjonister: Hvem er de og hvor kommer de fra?* Rapport /2005. Oslo. Nova.
- Bronstein, L. K. (2003) A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*. Vol 48(3), s 297-306.
- Bråthen, S. (1981) *Modeller av mennesker og samfunn*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Cameron, A. & Lart, R. (2000) Factors promoting and obstacles hindering joint working: a systematic review of the research evidence. *Journal of Integrated Care*. Vol 11(2), s 9-17.
- Carter, S. M. & Little, M. (2007) Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies and methods in qualitative research. *Qualitative health research*. Vol 17(10), s 1316-1328.
- Christensen, T. & Læg Reid, P. & Roness P. G., Røvik, K. A. (2004) *Organisasjonsteori for*

- offentlig sektor* (1. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T. & Lægreid, P. & Roness P. G., Røvik, K. A. (2009) *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2004) Public administration research in Norway: Organization theory, institutionalism and empirical studies in a democratic context. *Public Administration*, 82:679-690.
- Cohen, M.D., March J.G. & J.P. Olsen (1972): A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, Vol 17, 1-25.
- Creswell, J. (2004) *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. London. SAGE publications Ltd.
- Dalen, M. (2004) *Intervju som forskningsmetode : en kvalitativ tilnærming*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Dalgard, O., S. (2006) *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Rapport nr. 2:2006. Oslo. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Døving, E. & Johnsen, Å. (red.) (2005) *Organisasjonsteori på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eklund, M. (2008) Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Quality of Life Research*. Vol 18(2), side 163-170.
- Flermoen, S. (2006) *Arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Evaluering av det lokale arbeidet med Opptreppingsplanen for psykisk helse. Sluttrapport*. Bø i Telemark. Telemarksforskning-Bø
- Forskningsrådet (2009) *Evaluering av Opptreppingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009). Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo. Norges forskningsråd.
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialetjenesteloven. Av 23. desember 2004 nr 1837.
- Gilje N. & Grimen, H (1993) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i*

- samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Glavin, K. & Erdal B. (2007) *Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo. Kommuneforlaget.
- Godeseth, M. (1995) Arbeid med og i ansvarsgrupper –noen metodiske erfaringer og refleksjoner. I Bunkholdt V. & Larsen, E. (red.) *Metodisk barnevernsarbeid. Fokus på forståelse, sammenheng og tiltak*.
- Hargreaves, A. (1996) *Lærerarbeid og skolekultur: læreryrkets forandring i postmoderne tid*. Oslo. Gyldendal.
- Helle, S. & Gråwe, R.W. (2007) Sysselsetting og trygd blant personer med schizofreni-diagnose. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*. Vol 44 (11), s. 1358-1362.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2006, nr. 30.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - til rett tid – på rett sted* (St.meld. nr. 47). Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hermansen, M., Løw, O & Petersen, V. (2004) *Kommunikasjon og samarbejde – i professionelle relationer*. København. Narayana Press.
- Hvinden, B. (1994): *Divided Against Itself. A Study of Integration in Welfare Bureaucracy*. Oslo. Scandinavian University Press (Universitetsforlaget).
- Humerfelt, R. (2005) Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå. I Willumsen, E. (red.) *Brukernes medvirkning!* Oslo. Universitetsforlaget.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2003) *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Interview: introduktion til et håndværk*. (2. utgave). København. Hans Reitzel.

- Kvarnström, S. (2008) Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*. Vol 22(2), s. 191-203.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004) *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. (2. utgave) Oslo. Universitetsforlaget.
- Loxley, A. (1997) *Collaboration in health and welfare: working with difference*. London. Jessica Kingsley Publishers.
- NAV (2006, 28. desember) *NAV styrker satsingen på arbeid og psykisk helse*. Sist hentet 6. mai 2012 fra <http://www.nav.no/1073745678.cms> 28.09.06
- NAV (2007, 21.mars) *Evaluering av NAV-reformen*. Sist hentet 6. mai 2012 fra <http://www.nav.no/805343322.cms>.
- NAV (2012a) *NAVs mål og verdier*. Sist hentet 6. mai 2012 fra <http://www.nav.no/Om+NAV/Jobbe+i+NAV/NAV+som+arbeidsgiver/NAVs+m%C3%A5l+og+verdier.169046.cms>.
- NAV (2012b) *Om IA-avtalen*. Sist hentet 9. mai 2012 fra <http://www.nav.no/Arbeid/Inkluderende+arbeidsliv/Om+IA-avtalen.234599.cms>.
- NAV-loven. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen av 16. juni 2006, nr 20.
- Nesheim, K. (2005) Organisatoriske grenser og tilknytningsformer for arbeid: organisasjonsfaget møter arbeidssosiologien. I Døving E. & Johnsen, Å. (red.) *Organisasjonsteori på norsk*. (s. 169-184). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nyhlen B. (2005) Ensom i flokk: Institsjonaliseringen av organisasjonsfaget i Norge. I Døving E. & Johnsen, Å. (red.) *Organisasjonsteori på norsk*. (s. 169-184). Bergen: Fagbokforlaget.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment - a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337–349.



- March J.G. & Olsen J.P. (1986) Garbage can models of decision-making in organizations. I J.G.March og Weissinger-Baylon (red.) *Ambiguity and Command*. Marshfield, MA. Pitman.
- Melle, I, Friis, S., Hauff, E. & Vaglum, P. (2000) Social Functioning of Patients With Schizophrenia in High-Income Welfare Societies. *Psychiatric Services*. Vol 51(2): s 223-228.
- Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G.R., Drake, R. E., et al. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 419–426.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K. og Mathiesen, K.S. (2009) *Psykiske lidelser i Norge, et folkehelseperspektiv*. Rapport 8/2009. Oslo. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Møller, G. (2005a): *Hvordan fungerer tiltaksapparatet for yrkeshemmede med psykiske lidelser?* Rapport. Telemarksforskning.
- Møller, G. (2005b): *Yrkeshemmede med psykiske lidelser: tiltaksbruk og effekter*. Bø i Telemark. Telemarksforskning-Bø.
- Møller, G., Brantzæg, B.A., & Sannes, J. *NAV's satsing på arbeid og psykisk helse. Evaluering av fylkesvise koordinatorstillinger i NAV og bruk av øremerkede tiltaksmidler*. Rapport nr 238. Bø i Telemark. Telemarksforskning-Bø.
- Oliver, J. (2010) Embracing the chameleon: professional identity within multi-agency contexts. I Reid, H. (red.) *The Re-emergence of Career: challenges and opportunities*. Kent. CLIENT, Faculty of Education, Canterbury Christ Church University.
- Patton, M.Q. (2002) *Qualitative research & evaluation methods*. 3<sup>rd</sup> edition. London. Sage Publications Ltd.
- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T., & Eckle, I. (1998) Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 469–477.

- Rattsø, J. (2004) *En ny arbeids- og velferdsforvaltning : om samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver : utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 15. august 2003* (NOU 2004:13). Oslo : Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- Roness, P. (2005) Statsvitarfaget og organisasjonsutforming. I Døving E. & Johnsen, Å. (red.) *Organisasjonsteori på norsk*. (s. 229-250). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rossler, W., & Hell, D. (2004) Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol 39 (9), s. 686–694.
- Schafft, A. (2009) *Å få seg en jobb. Arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer*. Oslo. Kommuneforlaget.
- Senge, P.M. (1992) *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. London : Century Business
- Skare, S. (1996) *Flerkulturelt barnevernsarbeid – en innføring*. 2. utgave. Oslo. Kommuneforlaget.
- Sosialdepartementet (2005) *Ny arbeids- og velferdsforvaltning* (St.prp. nr. 46). Oslo. Departementet.
- Sosialdepartementet (2002) *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten* (St.meld. nr. 14).Oslo. Departementet.
- Sosial- og helsedepartementet (1998a) *Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St.meld. nr. 25). Oslo. Departementet.
- Sosial- og helsedepartementet (1998b) *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* (St.prp. nr. 63). Oslo. Departementet.
- Sloper, P. (2004) Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. *Child Care, Health and development*, 30, 6, 571-580.
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin M. (2009) *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London. SAGE Publications Ltd.

Tellefsen, T. (2004) Hva har ideologien å si for hverdagspraksisen? Kunnskapssosiologiske perspektiver på tverretattlig samarbeid. I Pål Repstad (red.) (2004) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Oslo. Universitetsforlaget.

Thargaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utgave. Bergen. Fagbokforlaget.

Visma (uten dato) *Individuell plan og SamPro*. Sist hentet 5. mai 2012 fra:  
<http://www.visma.no/programvare/for-offentlig-sektor/Visma-Samhandling-SamPro/Overview>.



## **VEDLEGG 1 – Orienteringsskriv til NAV-kommunene**

### **Orienteringsskriv til NAV-kommunene**

Til NAV ..... v/leder

I forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helsearbeid i kommunene har flere tiltak blitt iverksatt for å bedre kvaliteten på de kommunale tilbudene til mennesker med psykiske lidelser. NAV har en sentral rolle i dette arbeidet, da en del av forebyggingsarbeidet er å ha gode dagtilbud, da også i form av egnet arbeid og/eller dagtilbud.

Av forskning som ble gjennomført under og etter Opptappingsplanen er det hovedsakelig med utgangspunkt i psykisk helse, og psykisk helsearbeideres ståsted. Det har vært et mindre fokus på NAV og hvilke tendenser som eksisterer der. Dette på tross av NAVs rolle i utarbeidelsen av gode tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Jeg holder for tiden på med min masteroppgave, som omhandler samarbeidet mellom NAV og psykisk helsearbeid i kommunene. I den forbindelse ønsker jeg derfor å utføre forskningsintervju med ansatte på NAV, for å få et innblikk i hvordan NAV-ansatte opplever samarbeidet, og hvilke muligheter og utfordringer som ligger i videreutviklingen av samarbeidet mellom det kommunale tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Intervjuenes varighet er estimert til ca en time. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuene med båndopptaker, for å få så korrekte data som mulig. Dette etter samtykke fra den som intervjues. I tillegg vil det bli brukt notater under intervjuene. Båndopptak, samt notater fra intervjuene vil bli oppbevart på et sikkert sted, og vil destrueres ved utgangen av studien. Jeg vil kunne gjennomføre intervjuene i deres lokaler, da jeg antar at det vil være mest praktisk for intervjuedeltakerne. Datamaterialene skal analyseres etter kvalitative analysemetoder med utgangspunkt i studiens problemstilling.

Jeg ber derfor om deres tillatelse til å delta i undersøkelsen, samt at forespørselen deles med de ansatte, som kan henvende seg direkte til meg, eller via deg dersom de ønsker å delta.

Jeg kan kontaktes på telefon 97 14 36 68, eller på e-post: [kineha@stud.ntnu.no](mailto:kineha@stud.ntnu.no).

Med hilsen

Kine Haugen

Masterstudent ved Institutt for Sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU



## VEDLEGG 2 - Samtykkeerklæring

### Samtykkeerklæring

Jeg samtykker i deltagelse i intervju med masterstudent Kine Haugen, og at mine synspunkter kan gjengis i anonymisert form i hennes masteroppgave.

Jeg er videre blitt gjort kjent med bakgrunnen for undersøkelsen, samt at all form for sensitive data (notater/lydbånd/transkriberinger) vil bli makulert etter endt studie.

Jeg bekrefter at samtykket er frivillig, og at jeg når som helst kan velge å trekke tilbake samtykket.

**Sted**.....

**Dato**.....

Samtykket er innhentet av Kine Haugen

**Underskrift**.....

Vedlegg: Orienteringsskriv til informanten





## **VEDLEGG 3 - Informasjon til informanten**

### **Til informanten**

**Følgende orienteringsskriv er utarbeidet for at du som informant skal få kjennskap til studiens innhold, samt hvorfor du er blitt plukket ut og hva som vil skje før, under og etter intervjuet.**

**1 Studiens innhold**

Studien omhandler samarbeid mellom NAV og det kommunale psykiske helsearbeidet. Følgende problemstilling er utarbeidet:

**Hvilke faktorer er medvirkende for godt samarbeid mellom NAV og kommunehelsetjenesten – for etablering av tiltak til brukeren?**

**2 Bakgrunn for utvelgelse**

Jeg har plukket ut ulike kommuner i fylket basert på den fylkeskommunale NAV-koordinatorens vurderinger av hvilke kommuner som opplever få utfordringer, og hvilke kommuner som opplever flere utfordringer. Videre har jeg tatt kontakt med din leder for å komme i kontakt med ansatte som var villige til å bidra i studien.

**3 Før intervjuet**

For å kunne gjennomføre intervjuet er det behov for ditt skriftlige samtykke på at du ønsker å delta i et forskningsintervju, hvor formålet er å få dine opplevelser som saksbehandler i forhold til samarbeidet mellom NAV og psykisk helsearbeid. Det er bare Kine Haugen og hennes veileder John Arne Skolebekken ved NTNU som vil ha kjennskap til din deltagelse i studien. Vi har taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13.

**4 Selve intervjuet**

Intervjuet vil vare i ca 1 time, og båndopptaker blir benyttet. Dette for å få dine svar og synspunkter så korrekt som mulig. Intervjuet vil bli gjennomført på en egnet plass, fortrinnsvis din arbeidsplass. Din taushetsplikt som NAV-ansatt er gjeldende, og du vil derfor ikke kunne meddele opplysninger om enkeltbrukere i intervjuet.

**5 Etter intervjuet**

Personopplysninger og lydopptak fra intervjuene vil bli makulert så snart masteroppgaven er sensurert, og seinest innen 31.12.2012. De vil i mellomtiden bli oppbevart utilgjengelig for andre. Dette gjelder samtykke, båndopptak, notater og transkriberingsnotater. Dine synspunkt vil bli gjengitt i studien i anonymisert form. Det vil derfor ikke være mulig å gjenkjenne deg i teksten.

**6 Frivillighet**

Deltakelsen er frivillig og du vil når som helst i løpet av studien ha anledning til å trekke deg fra studien, uten å måtte oppgi grunnngivning for dette. Tilbaketrekking av samtykke vil ikke få videre konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta ber vi deg om å undertegne ett av de to eksemplarene av samtykkeerklæringen og returnere til undertegnede, som deretter vil ta kontakt for videre avtaler av sted og tidspunkt for intervju.

Med vennlig hilsen

Kine Haugen,

Masterstudent ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU

E-post: [kineha@stud.ntnu.no](mailto:kineha@stud.ntnu.no) Tlf: xx xx xx xx

**Veileder: John Arne Skolebekken, førsteamanuensis ved ISH, NTNU.**



## VEDLEGG 4 - Intervjugudie

### Intervjuguide:

Hovedmål: Samle inn NAV-ansattes opplevelse av samarbeid med det kommunale psykiske helsearbeid - med utgangspunkt i å kunne tilby brukeren best tilrettelagte tiltak.

### **Intervjuprosessen:**

- Presentasjon av meg og min undersøkelse
- Forespørsel om båndopptaker for å sikre mest mulig riktig gjengivelse av samtalen
- Intervjuet vil skrives ut på bakgrunn av notater og diktafon. Kopi vil sendes til informant senest 1 uke etter intervjuet for gjennomlesning og redigering. Etter dette vil tapen slettes.

### **Intervjuets form**

Intervjuet vil være samtalepreget og vare i ca. 1 time

Full anonymitet garanteres av deg som informant i analysen av undersøkelsens resultater.

Intervjuet er delt opp i fire underområder med følgende tematisk tilknytning til problemstillingen:

**Samarbeid** – spørsmål i forhold til selve samarbeidet direkte knyttet til problemstillingen

**Tilgjengelighet** – det tenkes at kommunikasjonsflyt kan påvirke samarbeidet

**Nytteverdi** – det tenkes at saksbehandlere selv må oppleve nytteverdi i samarbeidet for å prioritere kravet til samarbeid

**Kunnskapsutveksling** – det tenkes at gjensidig kunnskap om hverandres tjenester/tilbud/rutiner kan være en medvirkende faktor for godt samarbeid.

### **SAMARBEID**

- Hvordan er samarbeidet mellom NAV og PH i denne kommunen organisert?
  - o Koordineringsansvar, IP?
- Hvordan foregår drøfting av saker mellom NAV og PH?
- Hvordan fungerer samarbeidet?
  - o Hvordan kan det bli bedre?
  - o Hva er grunnen til at det fungerer?
- Er det samarbeid/dialog rundt etablering av tiltak til den enkelte bruker?
  - o På hvilken måte/hvorfor ikke?
  - o I tilfelle nei: Hva tenker du er årsaken?

### **TILGJENGELIGHET**

- Hvordan er dialogen med psykiske helsearbeidere i enkeltsaker?
- Kan du si noe om omfanget av samarbeidet/drøftingene?
  - o På hvilken måte/Hvordan gjøres det?

### **NYTTEVERDI**

- På hvilken måte opplever du nyttigheten av samarbeidet?
- På hvilken måte tenker du bruker drar nytte av samarbeidet?

### **KUNNSKAPSUTVEKSLING**

- Hvordan vil du karakterisere din egen kunnskap i forhold til PH's arbeidsområder?
  - o Hvordan er denne opparbeidet?
  - o Hvordan tenker du den kan bedres?
- Opplever du at PH har tilstrekkelig kunnskap i forhold til NAVs lovverk og rutiner?
- I hvilken grad påvirker dette samarbeidet?

### **AVSLUTTENDE SPØRSMÅL**

- Siden du er kjent med studiens tema og problemstilling. Er det noe du vil tilføye som du mener er av relevant art, som ikke har blitt dekt av spørsmålene?

# VEDLEGG 5 – Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

John-Arne Skolbekken  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap  
NTNU  
Dragvoll  
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 18.10.2011

Vår ref: 27776 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.08.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 13.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27776	<i>Hvilke faktorer er medvirkende for godt samarbeid mellom NAV og kommunebetsjenseten for etablering av tiltak til brukeren?</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	John-Arne Skolbekken
Student	Kine 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](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, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Asne Halskau

Kontaktperson: Asne Halskau tlf: 55 58 89 26  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
✓ Kopi: Kine Haugen, [REDACTED]

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 58 19 07. kymr.piana@ntnu.no  
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. marit-arne.andersen@uit.no



Prosjektets formål er å se på hvilke faktorer som er medvirkende for godt samarbeid mellom NAV og kommunehelsetjenesten. Utvalget består av ansatte ved NAV-kontorer i ulike kommuner. Førstegangskontakt opprettes via lederne ved de ulike NAV-kontorene. Det skal gjennomføres personlige intervju.

Gjennom intervjuene samles det inn opplysninger om de NAV-ansatte sin opplevelse av arbeidssituasjonen i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det gjøres lydopptak av intervjuene. Datamaterialet og lydopptak lagres på privat PC. Ombudet legger til grunn at bruk av privat PC er i tråd med NTNU sine rutiner for datasikkerhet.

Personvernombudet har mottatt informasjonsskriv 13.10.2011 og finner det tilfredsstillende. Personvernombudet finner at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven § 8 (samtykke).

Prosjektslutt er angitt til 31.12.2012. Senest ved prosjektslutt vil lydopptakene være slettet, og datamaterialet anonymisert. Ombudet minner om at et anonymt datamateriale kun består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel.