

Forord

Jeg ønsker å takke dere som har hjulpet meg i denne prosessen.

Først ønsker jeg å nevne min veileder, Marit Solbjør: tusen takk for alltid like konstruktiv og presis veiledning. Jeg er veldig takknemlig for at du hjalp meg i prosessen med å få gjennomført denne studien. Jeg gikk alltid fra veiledning med en god følelse for prosjektet, mange ideer og en klar følelse av retning. Takk!

Jeg ønsker også å takke arbeidsstedet for at jeg har fått mulighet til å kombinere denne studien med fulltid arbeid. Spesielt mine ledere som har vært med på å tilrettelegge for dette og alltid vært positiv til at jeg har gjennomført denne studien.

Til slutt vil jeg takke informantene som har vært velvillige til å stille opp for meg og svart på mine spørsmål, slik at det har vært mulig å gjennomføre studien.

Andreas Evenhus

Sammendrag

Denne studien baserer seg på en kvalitativ undersøkelse som ble gjennomført perioden 2012 til 2014, og som består av syv individuelle intervju og et fokusgruppeintervju. Informantene er fagpersoner innenfor den kommunale psykiske helse- og omsorgstjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har spesialisthelsetjenesten vært overlegen kommunene når det gjelder kunnskap. Ansatte i kommunen har vært prisgitt spesialisthelsetjenestens kompetanse, og spesialisthelsetjenesten har hatt definisjonsmakten i samhandlingen med kommunen. Målet med studien var å undersøke hva som påvirker samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten innenfor det psykiske helsefeltet.

Metoden jeg brukte var kvalitative intervju med åpne spørsmål og en semistrukturert intervjuguide. Mine funn viser at klare avgrensninger mellom nivåene er viktig. Man må vite hvem som gjør hva, og hva man kan forvente av sine samarbeidspartnere. Det kan lett oppstå konflikter dersom forventninger om bistand ikke samsvarer med det som er realistisk å få gjennomført. Mye av dette kan avklares dersom ledelsen blir enig, slik at det foreligger noen strukturelle føringer for samhandlingen. Det må settes av tid og ressurser til dette arbeidet. Likevel vil det være personavhengig om samarbeidet fungerer eller ikke, og relasjoner viser seg å ha stor betydning for samhandlingen. Mine informanter forteller at samhandlingen går bedre når man blir kjent, og vet hvem man kan henvende seg til.

Abstract

This article is based upon a qualitative survey, which was conducted in the period 2012 - 2014, and consisted of seven individual interviews and one focus group interview. The informants are professionals within a community-based mental health service, and specialist from psychiatric hospital wards. The purpose of this survey was to explore which factors influence the interaction between the community service and the mental hospital.

The method I used was qualitative interviews, with a semi structured interview guide. My findings show that clarification between the services is important. You need to know who conducts which task, and what to expect from your partners. Conflicts may arise if the expectations doesn't match the actual assistance. The management might be able to reduce some of these problems if they prepare some guidelines for the interaction. Time and resources must be used to make this work, and our informants say that it is easier to collaborate when you know each other.

Traditionally the specialists in the hospital have been superior to the community-based social services when it comes to knowledge. The social service has been depending on the specialists, and because of that the specialists have looked them down upon.

Innhold

Forord.....	1
Sammendrag.....	3
Abstract.....	5
1. Innledning.....	9
1.1 Utfordringer i velferdsstaten.....	12
1.2 Historisk tilbakeblikk.....	15
1.3 Samhandling og psykisk helse.....	17
1.4 Samhandling som løsning.....	18
1.5 Lovverk.....	18
1.6 Lov om folkehelsearbeid(Folkehelseloven).....	19
1.7 Helse- og omsorgstjenestelovens hovedtrekk.....	20
1.8 Tidligere forskning på samhandling innenfor det psykiske helsefeltet.....	20
1.9 Begrepsavklaring.....	23
1.10 Problemstillinger.....	24
2. Teorikapittel.....	25
2.1 Organisasjon.....	25
2.2 Relasjon.....	30
2.3 Kommunikasjon.....	32
2.4 Hva er samhandling?.....	34
3. Metodekapittel.....	37
3.1 Egen for forståelse.....	37
3.2 Kvalitativ forskningsmetode.....	37
3.3 Rekruttering av deltakere.....	38
3.4 Utvalg.....	39
3.5 Gjennomføring av intervju.....	39
3.6 Gjennomføring av analyse.....	41
3.7 Etliske vurderinger.....	43
3.8 Validitet.....	44
3.9 Generaliserbarhet og relevans.....	46
4. Resultat.....	47
4.1 Rutiner og Struktur.....	47
4.1.1 Komplekse og utfordrende brukersaker.....	49
4.1.2 Utfordringer med rutiner.....	50
4.1.3 Faste møter.....	52
4.1.4 Økonomi og ressurser.....	53
4.2 Relasjoner og kommunikasjon.....	54
4.3 Felles forståelse.....	56
4.4 Kompetanse/Kunnskap.....	62
5. Diskusjon.....	65
5.1 Rutiner og struktur.....	66
5.2 Relasjon og kommunikasjon.....	69
5.3 Felles forståelse.....	73
5.4 Kompetanse og kunnskap.....	74
5.5 Anerkjennelse.....	76
5.6 Lovverk og samhandlingsreform.....	77
5.7 Metodediskusjon.....	78
5.8 Implikasjoner for praksisfeltet.....	80

5.9 Videre forskning	81
5.10 Konklusjon	81
Litteratur	83
Vedlegg 1:	89
Vedlegg 2	91
Vedlegg 3	93
Vedlegg 4	95

1. Innledning

Denne studien omhandler emnet samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen innenfor psykisk helse. Med utgangspunkt i samhandlingsreformen (st. meld. 47, 2008-2009) og dens føringer for en endret helsetjeneste, ønsker jeg å søke kunnskap om tjenesteyteres erfaringer og meninger om samhandling, og hva som kan påvirke samhandling mellom tjenestenivåene.

Bakgrunnen for samhandlingsreformen (st. meld. 47, 2008 -2009) er en erkjent samhandlingsutfordring innen helse- og omsorgstjenestene. Manglende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og samtidig internt i begge tjenestenivå har vært et erkjent problem i en rekke år. Selv om flere tiltak har vært utprøvd, blant annet utredningen av Wistløff-utvalget (NOU 2005: 03) som hadde flere forslag om tiltak, deriblant økt fokus på Individuell plan og samarbeidsavtaler mellom nivåene, har tilbakemeldingene fra pasienter, pårørende og tjenesteytere vært at samhandlingen er for dårlig. St.meld. 47(2008-2009) legger vekt på at det er flere forhold som er årsak til at samhandlingen er utfordrende, men konkrete utfordringer som blir trukket frem er at koordinering av tjenester til pasienter er for dårlig, forebyggingen av sykdom er for dårlig, demografiske utfordringer og endringer i sykdomsbildet. Dette gjelder hele helsetjenesten, inkludert psykisk helsefeltet (st. meld 47, 2008-2009).

Med utgangspunkt i en delt helsetjeneste som består av to forvaltningsnivå, helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten og deltjenester innad i nivåene, er det knyttet utfordringer til at brukerne kan oppleve helsetjenesten uoversiktlig og tjenesteyterne kan oppleve utfordringer i å gi et godt behandlingstilbud (st. meld. 47, 2008 - 2009). Helsetjenesten har i for liten grad fokus på forebygging, og samtidig et stort fokus på behandling av sykdom og komplikasjoner på grunn av sykdom. Med økt fokus på forebygging og helsefremming kan en i stedet for behandling av kroniske sykdommer i spesialisthelsetjenesten, gi et forebyggende tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan føre til at en unngår utvikling av alvorlige kroniske sykdommer (st. meld. 47, 2008 -2009). Med bakgrunn i at befolkningen stadig blir eldre, vil det bli flere som har behov for helse- og omsorgstjenester, samtidig som det vil bli globale utfordringer knyttet til rekruttering av nok ansatte, noe som vil kreve mer effektive måter å arbeide med disse utfordringene på (Supper m. fl. 2014). En stadig økning i sykdommer som kan knyttes til

levevaner og helseatferd som vil vedvare livet ut, deriblant kronisk obstruktiv lungesykdom, kreft og psykiske lidelser, vil kunne true samfunnets bæreevne og føre til store kostnadsøkninger hvis det ikke settes inn tiltak som motvirker sykdomsutviklingen (st. meld. 47, 2008 -2009). En økning i komplekse sykdommer og sosiale utfordringer i fremtiden vil også føre til større behov for tverrfaglige tjenester, og samhandling mellom nivåene i helsetjenesten til personer med psykiske problemer (Sommerseth og Dysvik, 2008).

Samhandlingsreformen (st. meld. 47, 008-2009) trådte i kraft 1. januar 2012, med virkning innenfor somatikken. Samhandlingsreformen er en reform med en rekke individuelle og organisatoriske tiltak som skal gi bedre og lettere tilgjengelige tjenester for befolkningen, samtidig som den skal gjøre samfunnsøkonomien i stand til å kunne gi tjenester til en befolkning som blir eldre og har et mer komplisert sykdomsbilde. Kommunene fikk større ansvar for helsetjenestene, og økonomiske virkemidler for å utvikle de (st. meld. 47, 2008-2009). Samhandlingsreformen er også varslet innen psykisk helsearbeid, men på hvilken måte den skal påvirke tjenestene er uklart. Jamfør Nasjonale mål og prioriterte områder 2013(IS-1, 2013) så etterspørres samhandling innenfor psykisk helsearbeid av Helsedirektoratet, og fokus på helhetlige og koordinerte tjenester til mennesker med psykiske lidelser er et satsingsområde.

Målet med samhandlingsreformen (st. meld. 47 2008-2009) er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Samhandlingsreformen startet offisielt med en rekke virkemidler, deriblant to nye lovverk, folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. For innbyggerne skal samhandlingsreformen bety bedre lokal tilgang til tjenester, økt koordinering av tjenester og et helhetlig behandlingstilbud, også innen psykisk helsetjenester (st. meld. 47, 2008-2009).

St.meld. 47(2008-2009) samhandlingsreformen sier at tidlig intervensjon, forebygging og lavterskeltilbud fortsatt er forbedringsområder etter opptrappingsplanen for psykisk helse. Samtidig som at det fortsatt er udekkede behov for tjenester til den voksne brukergruppen med psykisk helseproblematikk fra både helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten (st. meld. 47 2008 -2009). St.meld. 47(2008-2009) samhandlingsreformen sier også at dagens tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser ofte er gitt av spesialisthelsetjenesten, selv om kommunene egentlig burde ha gitt disse tjenestene. I følge Tøndel og Ose (2014) kan det være en utfordring at spesialisthelsetjenesten og

kommunen har overlappende oppgaver, spesielt i de kommunene som har bygd opp selvstendige tjenester. Manglende desentralisering av oppgaver og ressurser får konsekvenser for lokale behandlingstilbud og samspill omkring den enkelte bruker. Dårlig tilgjengelig psykisk helsearbeid skyldes sannsynligvis organisering, arbeidsmetoder og samarbeid (St. meld. 47, 2008-2009).

Tjora og Melby (2013) sier at Regjeringen ved bruk av økonomiske incentiver vil understøtte ønsket oppgaveløsning, ved kommunal medfinansiering i spesialisthelsetjenesten og økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter. Økonomiske incentiver er ikke innført i psykisk helsevern, men det er i kommuneproposisjonen 2014 varslet at dette vil innføres så snart det er mulig (Prop. 146 S. 2012-2013). De økonomiske og strukturelle virkemidlene samhandlingsformen kommer med, vil kun i noen grad sørge for at en når målene med reformen, og at samhandling i ulike former i stor grad krever at ansatte i de ulike delene av helsetjenesten møtes omkring den enkelte bruker for å kunne gi helhetlige tjenester (Tjora og Melby, 2013). Økonomiske incentiver vil kunne motvirke samhandling mellom nivåene, blant annet på grunn av kortere behandlingstid i spesialisthelsetjenesten, som kan gjøre det tidsmessig utfordrende å etablere en dialog mellom nivåene (Myklebust m.fl, 2011). Rommetvedt m.fl. (2014) sier at økonomiske virkemidler er innført for å stimulere kommunene til økt forebygging og et bredt folkehelsearbeid, oppgaver som kommunene ble lovpålagt i gjennom folkehelseloven som en del av samhandlingsreformen.

Samhandling består i stor grad av koordinering av tjenester, samarbeid på individnivå og samordning av tjenester omkring enkeltbrukere, noe som bare i en viss grad vil løses av samhandlingsreformen (Tjora og Melby, 2013). I følge Tøndel og Ose (2014) er en god samhandling preget av god dialog mellom samhandlingsaktørene, og at dette må vektlegges i alle ledd innenfor den enkelte tjeneste, for at samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten skal bli god.

Samhandlingsreformen har gitt kommunen overdrevet mye ansvar for hva som skal skje i helsetjenesten på et høyere nivå i stedet for tilrettelegging for kommunikasjon og relasjonsbygging mellom nivåene (Tjora og Melby, 2013). Tjora og Melby (2013) sier også at implementering av Bestiller- utfører modellen sannsynligvis ikke fører til økt relasjonsbygging mellom nivåene, men langt på vei kan motvirke dette. Bestiller- utfører modellen er et organisatorisk skille mellom forvaltningsmessige oppgaver og

tjenesteproduksjonen, dette medfører at det er et bestillerorgan innenfor organisasjonen som skal sikre befolkningen helse- og omsorgstjenester i henhold til lovverk, og et utførerorgan som skal iverksette tiltakene omkring den enkelte bruker (Deloitte, 2012). Dette innebærer at det er ikke er tjenesteyteren som i utgangspunktet vurderer hva som er riktig bistand for brukeren, men en saksbehandlers objektive vurdering av en søknad som ofte er utformet i samråd med behandler i spesialisthelsetjenesten. Bestiller – utfører modellen vil kunne føre til at spesialisthelsetjenesten sammen med bestillerkontoret utformer tjenester som utførerne skal gjennomføre og kan føre til at en ikke kan innfri i like stor grad som når utføreren får delta i tiltaksutforming (Elstad m.fl. 2013).

Tjora og Melby (2013) sier at Regjeringen vil fremme brukermedvirkning gjennom brukerråd eller organisasjoner, og sørge for helhetlig tenkning gjennom å gi større rolle til kommunene ved blant annet tidlig forebygging.

I lys av samhandlingsreformen er samhandling og psykisk helse et tema jeg har interessert meg for, og spesielt med tanke på at samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten innenfor det psykiske helsefeltet er et fokusområde for regjeringen (Nasjonale mål og prioriterte områder 2013, IS-1 2013). Gjennom øremerkede tilskudd til etablering av forpliktende samhandlingsmodeller har Helsedirektoratet hatt fokus på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen innen psykisk helse (Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud IS-1554), men det kan allikevel se ut som at det mangler kunnskap på hva som fører til økt og bedre samhandling mellom nivåene.

1.1 utfordringer i velferdsstaten

I følge Rommetvedt m.fl. (2014) står Norge ovenfor en rekke utfordringer og krav til helsevesenet. Livsstilsendringer og økt andel av eldre, samt en økning av kroniske sykdommer som kols, diabetes og sammensatte lidelser deriblant psykisk helse og rus, er en del av utfordringene. Høyere kompetanse og større bruk av teknologi i behandlinger fører til høyere utgifter og økte forventninger til behandling blant befolkningen (Rommetvedt m.fl.2014). Faglig spesialisering og smalere arbeidsområder stiller høyere krav til samhandling mellom ulike instanser i helsevesenet. I forsøk på å løse samordningsproblemene mellom instansene har det blitt iverksatt store strukturelle reformer i organisering og styringen

av helsevesenet (Rommetvedt m.fl. 2014) Et spørsmål som Rommetvedt m.fl. (2014) stiller er om det er gjennom strukturelle reformer at samordningsutfordringene kan løses, eller om det vil skape nye utfordringer og at utfordringene flyttes fra et nivå til et annet. Et eksempel er at sykehusene ble sentralisert til en statlig oppgave, for ti år senere å skulle desentralisere oppgaver fra staten til kommunen. Samordningsutfordringer er sannsynlig noe en må leve med i moderne samfunn med et komplekst og spesialisert helsesystem (Rommetvedt m.fl., 2014). Samordningsutfordringene gjelder hele helsetjenesten inkludert de psykiske helsetjenestene (st. meld. 47, 2008 -2009).

Ramsdal (2013) sier at psykiske helsetjenester har vært utsatt for en ekspansjon og differensiering. Med ekspansjon menes det at flere blir diagnostisert med psykiske lidelser. Tilstander som tidligere ble betegnet som til dels normale i et livsløp som livskriser og livsproblemer blir diagnostiserte som psykiske lidelser, som fører til økt behov for behandlingstilbud. Ramsdal (2013) sier også at befolkningen stiller større krav til det offentlige, om å få hjelp til å løse personlige utfordringer eller problemer, som fører til økt press på helse- og omsorgstjenesten, og økte forventninger blant befolkningen som er vanskelige å imøtekomme. I følge Supper m.fl. (2014) er dårlig samhandling innad i helsetjenesten en av de største globale utfordringene for å kunne møte fremtidens helseutfordringer.

Med differensiering menes det at det har skjedd en spesialisering i kunnskapsgrunnlag og tjenestetilbud i de ulike delene av systemet, som fører til en del ulikheter mellom tjenestene når det gjelder hvilken type behandling som skal gis (Ramsdal, 2013). Psykiatrisk behandling i sykehus er i følge Rogan (2004) redusert i omfang og har blitt modernisert, samtidig som det er blitt etablert andre tjenester i spesialisthelsetjenesten som Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og ambulante team, noen av teamene i samarbeid med kommunen. Det kommunale tilbudet er utviklet med en rekke tiltak, noen tiltak som er rettet kun mot psykiske lidelser og andre som omfatter større deler av befolkningen. Tradisjonelt har psykiaterne i følge Rogan (2004) vært enerådende når det gjelder diagnostisering av psykisk lidelser og etablering av behandlingsopplegg, mens de siste tiårene har kunnskapsgrunnlaget økt hos alle profesjonsgrupper innen psykisk helsearbeid og ført til en faglig og organisatorisk selvstendigjøring. Selvstendigjøringen har ført til økt kompleksitet i helsesystemet og utfordringer når det gjelder samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsearbeid.

En utfordring knyttet til pasientforløpet og de sømløse overgangene som samhandlingsreformen st. meld 47(2008-2009) har som mål å etablere, er i følge Norvoll (2013) negativ samordning. Negativ samordning beskrives av Norvoll (2013) som at spesialisthelsetjenesten gjør sine oppgaver under innleggelsen eller i den polikliniske behandlingen, når det er gjort, så tar kommunen over og gjør det de mener er riktig uten videre dialog mellom nivåene. Dette vil i følge Norvoll (2013) føre til at overgangene mellom nivåene blir ivaretatt, men tjenestene samordnes ikke, resultatet blir at dere får gjøre det dere mener er riktig, så skal vi gjøre det vi mener er riktig, så lar vi hverandre være i fred. Utfordringen med negativ samordning (Norvoll, 2013) må ses i sammenheng med samhandlingsreformen st. meld. 47 (2008 - 2009) innføring av kommunal medfinansiering om utskrivningsklare pasienter, og en kan stille spørsmål ved hva som fører til bedre samhandling mellom nivåene innen psykisk helsetjenester?

Norvoll (2013) sier at det er flere utfordringer knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten innenfor psykisk helse. En av utfordringene er statens måte å forvalte ressurser til kommune på. Under Opptappingsplanen for psykisk helse st.prp. nr. 63(1999-2006) fikk kommunene øremerkede midler fra staten for å trappe opp tjenestetilbudet på psykisk helsefeltet. Etter opptappingsplanen har midlene kommet som rammetilskudd og kommunene kan prioritere hvordan midlene disponeres selv, med eneste føring at nasjonale mål skal nås (Norvoll, 2013). En slik individuell måte å etablere det kommunale helsetilbudet på, har ført til ulike modeller som gjør samhandling med spesialisthelsetjenesten utfordrende og en felles samhandlingsreform på feltet vanskelig Norvoll (2013). I følge Tøndel og Ose (2014) er det i dag ulike løsninger innenfor kommunalt psykisk helsearbeid, og mye av årsaken til dette er knyttet til ulike størrelser på kommunene og kommunenes muligheter til å etablere tjenester.

Lingås (2008) sier at konkurranse mellom faggrupper og mellom ulike tjenestenivå kan være med på å skape utfordringer i samhandlingen om den enkelte pasient. At enkelte profesjoner som kan være overrepresenterte i det ene tjenestenivået, hevder å være den profesjonen som egner seg til arbeidet med målgruppen, eller er den profesjonen som har best kompetanse til å se brukerens helhetlige behov kan være med på å gjøre samhandlingen utfordrende (Lingås, 2008). I følge Dychavy (2010) er ulike ideologier mellom samhandlingsaktørene, og økt spesialisering i ulike faggrupper årsaker til økt distanse mellom faggrupper som vanskeliggjør samhandling og anerkjennelse av samhandlingspartnere. Hvis enkelte faggrupper verdsetter

sine mål og arbeidsoppgaver mer enn samhandlingspartnere sine mål, vil dette kunne vanskeliggjøre samhandlingen (Dychavy, 2010). Dychavy (2010) sier også at ulike faglige forståelser må anerkjennes i like stor grad av samhandlingsaktørene, for at det skal kunne være mulig å samhandle. I følge Sommerseth og Dysvik (2008) er en gjensidig forståelse en forutsetning for en god samhandling, og at ingen er tjent med samhandling mellom nivåene hvis en ikke har kunnskap om hvorfor samhandlingsaktørene gjennomfører de bestemte tiltakene (Sommerseth og Dysvik, 2008).

1.2 Historisk tilbakeblikk

I dette avsnittet vil jeg beskrive historikken innenfor oppbygging og etablering av helsetjenesten til mennesker med psykiske utfordringer. Gjennom et historisk tilbakeblikk gir det mulighet for bedre å forstå hvordan vi har kommet til dagens organisering av tjenestetilbud innen psykisk helse og de utfordringer vi står overfor.

I følge Opptappingsplanen (Ot.prp. nr. 1, 1997-1998) var psykiatrien i Norge fra 1800 tallet frem til 1972 preget av en sterk oppbygging av psykiatriske sykehus i tillegg til en stor privat forpleining av kronikere. I 1848 ble sinnssykeloven vedtatt, som blant annet stilte krav om at hvert asyl som ble etablert, skulle godkjennes av kongen og bestyres av lege. I følge Norvoll (2013) var oppbyggingen av den norske psykiatrien i etterkrigsårene preget av, og resultatet av en medisinsk faglig dominans med psykiaterne i spissen, stikkord for oppbyggingen var sentralisering og institusjonsbygging. I de neste tjue årene var det en kraftig nedbygging av sengeinstitusjonene, samtidig som behovet for behandling og det polikliniske tilbudet økte kraftig. Nedbyggingen av institusjoner for psykisk syke, førte etter hvert til reaksjoner på hvordan psykisk syke ble behandlet av velferdsstaten. Det førte til st. meld. 25 Åpenhet og helhet (1996-1997) og den påfølgende opptappingsplanen for psykisk helse Ot.prp. nr. 63 (1997-1998). Disse er knyttet til behovet for oppbygging av kommunale tjenester for mennesker med bistandsbehov på grunn av psykiske problemer, etter at institusjonene ble lagt ned. St. meld. 25 Åpenhet og helhet (1997-1998) beskrev tjenestene innen psykisk helse som sviktende i alle ledd og påpekte at det var mangler når det gjelder brukervedvirkning, nærhet til tjenester, tilgjengelighet på tjenester og brukernes muligheter til deltakelse i samfunnet, deriblant egenmestring. Opptappingsplanen for psykisk helse Ot.prp. nr. 63 (1997-1998) kom

som et direkte svar på st. meld. 25 Åpenhet og helhet (1997-1998), og den skulle blant sørge for at brukernes stemme skulle ivaretas i tillegg til at tjenestene skulle styrkes.

Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten ble i løpet av kort tid utsatt for to omfattende reformer. Opptrappingsplanen for psykisk helse st.prp. nr. 63 (1999-2006) og sykehusreformen Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Opptrappingsplanen var i følge Norvoll (2013) en faglig reform som i tillegg la føringer for hvordan tjenestene skulle organiseres, mens sykehusreformen var en organisasjonsreform som plasserte faglig ansvar. Opptrappingsplanen var basert på faglige ideologier mens sykehusreformen var basert på ny toppstyrt organisering. Dette ble en utfordring for psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten som måtte forholde seg til to ulike reformer på samme tid. Pedersen (2008) sier at Opptrappingsplanen har hatt stor positiv innvirkning for psykisk helsearbeidet, samtidig som andre reformer på samme tidspunkt har skapt utfordringer. Opptrappingsplanen har hatt størst innflytelse på kommunene og minst på sykehusavdelingene som forvalter storparten av ressursene. Pedersen (2008) sier også at Distrikts psykiatriske sentre(DPS) har blitt kommunens samhandlingspartner i spesialisthelsetjenesten, men også her står et helhetlig behandlingstilbud i fare for å bli rammet av den øvrige sykehustankegangen med fokus på symptomer, medikamentell behandling og tidspunkt for når brukerne er utskrivningsklare. En slik hierarkisk styreform vil kollidere med øvrig tjenesteapparat og mål om kort liggetid i avdeling vil kollidere med øvrige mål som mestring og deltakelse.

Rogan (2004) sier at ett av hovedmålene med Opptrappingsplanen var nødvendigheten med å styrke brukermedvirkningen innen psykisk helsearbeid, og at en økning av økonomiske midler til tjenestene i seg selv ikke nødvendigvis fører til dette, men at det er behov for kultur- og holdningsendringer innen disse tjenestene. Rogan (2004) sier også at det er viktig at brukerne får den hjelpen de selv mener de trenger der de bor. Det påpekes også at det er kommunen som skal legge til rette for at personer med psykiske utfordringer skal kunne bo og leve livet sitt ut i fra egne forutsetninger med tanke på bolig, arbeid og fritid. Spesialisthelsetjenesten skal ha blikket rettet på kommunen og bistå slik at kommunen får gjort sitt arbeid på best mulig måte. Kommunen på sin side skal arbeide for å unngå innleggelse og sikre tjenester til de som utskrives etter innleggelse.

1.3 Samhandling og psykisk helse

Når det gjelder samhandlingsreformen og psykisk helse, mottar for mange pasienter tjenester i spesialisthelsetjenesten, som i stedet kunne ha mottatt ambulante tjenester i eget hjem eller forsterkede tjenester knyttet til bolig i kommunen (st.meld. 47, 2008-2009).

Ressursfordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på området psykisk helse og rus er i følge st.meld. 47 (2008-2009) fordelt med en brøk på ca. 70 % i spesialisthelsetjenesten og 30 % i kommunen. At tjenesten til målgruppen er lite tilgjengelig kan skyldes ressurser, men også sannsynligvis organisering, arbeidsmetoder og samhandling. I følge st.meld. 47 (2008-2009) oppgir 1/3 blant unge uføretrygdede at de ikke har søkt hjelp på grunn av sin psykiske helseproblematikk, et betimelig spørsmål kan være om samhandlingen mellom blant annet vurderende lege, øvrig helse- og omsorgstjeneste i kommunen og spesialisthelsetjenesten er god nok, når behandling av psykiske problemer på et tidlig tidspunkt ofte kan gi god effekt (Mykletun og Knutsen, 2009).

I følge Mykletun og Knutsen (2009) vil ca. halvparten av befolkningen oppleve psykiske helseproblemer i løpet av livet, og konsekvensene av at mennesker får psykiske helseproblemer kan bli store hvis de ikke blir behandlet på riktig tidspunkt.

Samhandlingsreformen st. meld 47 (2008-2009) har som mål å gi befolkningen rett behandling til rett tid på rett sted. Med dette menes det at flere skal få behandling tidligere i kommunehelsetjenesten, enn i spesialisthelsetjenesten på et senere tidspunkt når problemene har blitt av alvorligere karakter. Samhandlingsreformen (st.meld. 47, 2008-2009) har som mål at lavterskel helsetilbud til mennesker med psykiske lidelser fortsatt bør ligge i kommunen, for å kunne gi tidlig hjelp. Et viktig perspektiv når det gjelder styrking av lavterskeltilbud er samfunnsmessige besparelser ved å komme tidlig i inngripen og gi hjelp på et tidlig stadium.

Når det gjelder behandling av psykiske lidelser så sier Grut (2007) at man i stor grad er avhengig av samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten for å kunne gi et godt nok behandlingstilbud. Omtrent 70 % av alle som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten for psykiske problemer vil ha behov for kommunale tjenester (Grut, 2007).

Samhandlingsreformen (st.meld. 47, 2008-2009) peker på en rekke organisatoriske tiltak for å kunne gi hjelp på et tidlig tidspunkt innenfor en bærekraftig samfunnsøkonomi, men vi vet lite

om hvordan samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen innen psykisk helse foregår i praksis.

1.4 Samhandling som løsning

Hvorfor velges samhandling som løsning på dagens utfordringer innen helsetjenestene? Manglende samhandling er i følge samhandlingsreformen (st. meld 47, 2008-2009) den viktigste årsaken til at samfunnet har store utfordringer med å gi alle innbyggere gode helsetjenester innenfor statens økonomiske bæreevne. God samhandling innenfor sektorer og mellom sektorer er en forutsetning for å sikre gode og bærekraftige helsetjenester til befolkningen (st.meld. 47, 2008-2009). En annen faktor er at sivilsamfunnet i langt større grad enn tidligere dreier mot en individualisering som betyr at det offentlige vil bli nødt til å ta over en del funksjoner som familien tidligere har ivaretatt (st.meld. 47, 2008-2009). Samhandlingsreformen (st.meld. 47, 2008-2009) har i stor grad tatt et brukerperspektiv og har som mål gjennom mange ulike tiltak å sikre brukeren gode tjenester, og som skal ivareta brukerens behov for helhetlige tjenester. For å kunne nå mål om helhetlige tjenester er det i følge Hagen og Johnsen (2013) beskrevet flere verktøy for å sikre dette, blant annet er det foreslått at alle brukere skal ha individuell plan. Alle brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på Individuell plan, som skal sørge for et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud som de har vært på å utforme selv (st. meld 29, 2012-2013).

1.5 Lovverk

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen har det også blitt utarbeidet et nytt lovverk. Jeg vil her kort beskrive to lover som er sentrale i samhandlingsreformen. Begge lovene beskriver plikter kommunen har fått i forbindelse med samhandlingsreformen (st.meld. 47, 2008-2009) og gir føringer for hvordan tjenestene bør utvikles i tråd med tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesteloven er sentral når det gjelder samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, på grunn av tydeliggjøring av kommunale oppgaver. Folkehelseloven har også en sentral rolle i samhandlingsreformen, da kommunene i større grad skal satse på forebyggende arbeid for å unngå helseproblematikk, også innen psykisk helse (st.meld. 47, 2008-2009). Begge lovene beskriver kommunale oppgaver som stiller krav om samhandling på tvers av sektorer i folkehelseloven og koordinering av tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven. Disse lovverkene er utviklet i tråd

med samhandlingsreformen og er i stor grad førende for hvilke oppgaver kommunene skal utfylle nå og i fremtiden, som må ses i forhold til hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten skal fylle i fremtiden (st.meld. 47, 2008-2009).

1.6 Lov om folkehelsearbeid(Folkehelseloven)

Folkehelseloven regulerer kommunens overordnede ansvar for folkehelsearbeidet i kommune, fylkeskommune og statlige helsemyndigheters sitt ansvar. Folkehelseloven må ses i sammenheng med ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Loven legger til grunn at kommunen er det viktigste aktøren i folkehelsearbeidet – ”der folk bor og lever sine liv”(I-S 6, 2011). Folkehelseloven er i følge Gurholt (2011) samhandlingsreformen (st. meld 47, 2008-2009) svar på mye av kritikken til Opptappingsplanen (Ot.prp. nr. 63, 1997-1998) når det gjelder manglende forebyggende arbeid. Gjennom systematisk satsning på folkehelse vil en forebygge både psykisk og somatisk sykdom.

Kommunene skal forebygge sykdom og utjevne helseforskjeller. For å få til dette må kommunene tenke helse i alt de gjør. Kommunene får plikt til å kartlegge innbyggernes helsetilstand for å få oversikt over hvilke utfordringer de har (Prop. 90 L, 2010-2011). Ved hjelp av en slik kartlegging skal de forebygge sykdom og tilrettelegge helsetilbudet for innbyggerne sine (Prop. 90 L, 2010-2011). Alle sektorer i kommunen skal fremme folkehelse. Statlige myndigheter får plikt til å støtte kommunene i arbeidet med å få oversikt over helseutfordringene blant egne innbyggere. Befolkningens helse er blant samfunnets aller viktigste ressurser. Å satse bredt på forebygging vil gi gevinster i form av lavere sykkelighet og dødelighet og en mer funksjonsfrisk og arbeidsdyktig befolkning. Loven skal følges opp med en gjennomføringsplan som blir utarbeidet i samarbeid med andre berørte departementer. Gjennomføringsplanen skal omfatte økonomiske virkemidler, utvikling av bedre kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet, utvikling av kompetanse på alle nivå og på tvers av sektorer og god veiledning om godt folkehelsearbeid i kommuner (MEDLEX, 2011).

1.7 Helse- og omsorgstjenestelovens hovedtrekk

Helse- og omsorgstjenesteloven erstatter kommunalhelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Bakgrunnen er at samhandlingsreformen skal sikre bedre samhandling innad i kommunen og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Som for spesialisthelsetjenesten innføres det et ”sørge for ansvar” for kommunen (Prop. 91 L, 2010 -2011).

Bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus er til beste for pasienten. Derfor får kommunene og sykehusene plikt til å samarbeide (Prop. 91 L, 2010 -2011). På grunn av at mange utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus og vente med bakgrunn i at kommunene ikke har et tilbud til dem. Dette er ikke bra for pasientene og det er dårlig samfunnsøkonomi at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus (Prop. 91 L, 2010 -2011). Samarbeidsavtaler mellom kommunene og sykehus skal forhindre dette. Mange pasienter må reise langt til sykehus for å få enkel behandling. Samarbeidsavtalene skal legge til rette for at pasientene får behandling i kommunen hvis den er like god eller bedre enn på sykehus (st.meld 47, 2008-2009). Pasientene skal få bedre oppfølging, og får større rett til medvirkning når det gjelder utforming av tjenestetilbudet. Kommunene og sykehusene skal oppnevne koordinator når det gjelder pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester. (MEDLEX, 2011).

Helse- og omsorgstjenesteloven peker på flere plikter til kommunen, noe som vil kunne legge føringer for hvordan samhandlingen omkring den enkelte bruker skal se ut (st.meld. 47, 2008-2009).

1.8 Tidligere forskning på samhandling innenfor det psykiske helsefeltet

Tidligere forskning på området har i stor grad belyst metoder som fungerer i samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, i langt større grad enn å belyse hva som påvirker samhandlingen mellom de enkelte tjenesteutøverne omkring pasientene som har behov for sammensatte tjenester (Young m.fl. 2012). ACT-team (assertive community treatment) er et felles oppsøkende behandlingsteam for kommunen og spesialisthelsetjenesten. Som tiltak er det forsket en del på og det finnes god dokumentasjon på effekten av denne måten å organisere samhandlingen på. Men det kan se ut som det er mangelfull forskning på hvorfor samhandlingen har fungert godt, og på hvilken måte en slik organisering påvirker

samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (Vanderlip m.fl. 2013). Mandelid (2010) sier at ACT-team har liten effekt der et allerede etablert psykisk helsearbeid er til stede, og at effekten av ACT-team har avtatt når det lokale tilbudet er blitt bygd opp. En forutsetning for å lykkes med ACT-team er at det allerede er en felles forståelse mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten for hva som er riktig behandling av mennesker med psykiske lidelser (Mandelid, 2010).

Magnusson og Lutzen (2009) har gjennomført en studie på hva som påvirker samhandlingen mellom psykisk helsetjeneste og sosialtjenesten når det gjelder samhandling omkring brukere med langvarige psykiske lidelser. De fant ut at både mellommenneskelige faktorer og organisatoriske faktorer påvirket samhandlingen i mellom tjenestenivåene. Forskjellige planer omkring brukeren og uklare møtetidspunkt var to faktorer som ble trukket frem. Ulike mål og oppfatninger om hvilke metoder som skulle benyttes når det blant annet gjaldt motivering av brukere ble nevnt som en faktor som påvirker samhandling. En viktig del av samhandlingen som Bratrud og Granerud (2011) vektla i sin studie var felles mål og planer. De belyste viktigheten av felles forståelse av hva det skulle jobbes mot, og viktigheten av at både kommunen og spesialisthelsetjenesten hadde samme oppfatning av brukerens mål. En utfordring var bruk av Individuell Plan og hvem som skulle være koordinator denne. Gjennom å avklare hvem som hadde koordineringsansvaret for den enkelte bruker, kunne dette føre til at man unngikk brudd i pasientforløpet (Bratrud og Granerud, 2011). Gjennom koordinering av tjenester og målrettede planer har en muligheten til å avklare hvem som gjør hvilke oppgaver, noe som er viktig i samhandlingen (Andvig m.fl. 2013). En utfordring når det gjelder koordinering av tjenester er at kommunale tjenester først blir etablert når spesialisthelsetjenesten har avsluttet sin behandling (Myklebust m.fl. 2013). I noen tilfeller kan det også være vanskelig å videreføre et allerede etablert samarbeid omkring brukere når de utskrives fra spesialisthelsetjenesten, og at kommunen i stor grad blir alene tjenesteytingen når brukeren skrives ut (Sommerseth og Dysvik, 2008).

Magnusson og Lutzen (2009) sin studie viste at geografisk distanse og mellommenneskelige forhold mellom samhandlingspartene også var forhold som påvirket samhandlingen i positiv eller negativ retning. Mellommenneskelige faktorer som blir trukket frem av Magnusson og Lutzen (2009) er kjemi, kommunikasjon, og måten man gir informasjon på, dette er alle egenskaper som påvirker samhandlingen mellom samhandlingsaktører. Bratrud og Granerud

(2011) sier at relasjoner mellom ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten er vesentlig for at et samarbeid skal kunne fungere, og at det må jobbes for at slike relasjoner skal etableres. Gjensidig respekt og anerkjennelse er faktorer som blir trukket frem som avgjørende for at samarbeidsrelasjonen skal bli god (Brattrud og Granerud, 2011). I følge (Molyneux, 2001) kan mellommenneskelige konflikter mellom fagfolk hemme samhandlingen både på personlig og profesjonelt nivå. I følge Andvig m.fl. (2013) er det en fare i samhandlingen mellom nivåene i den psykiske helsetjenesten at samhandlingsaktørene opplever hverandre som to ulike parter, som kan føre til samhandlingen blir vanskelig.

At det blir etablert regelmessige felles møter mellom fagfolk i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er en organisatorisk faktor som kan være med å styrke samhandlingen i følge Holst og Severinsson (2003). Elstad m.fl. (2013) sier også at gjennom felles møter og utveksling av kunnskap om hverandres tjenestetilbud kan samhandling fremmes. Ved opprettelse av felles møter er det viktig at fagfolk fra begge nivå i helsetjenesten forplikter seg til deltakelse, og prioriterer dette i sin arbeidsdag (Andvig m.fl, 2013). At samhandling foregår på tvers av nivå og på tvers av faggrupper kan være styrkende for samhandlingen (Holst og Severinsson, 2003). Ved å ha etablert et samarbeid og faste møter mellom nivåene i helsetjenesten kan det bygges en bredere kunnskap og økt forståelse mellom fagfolk (Andvig m.fl, 2013). Det er en forutsetning at møtene mellom fagfolk bærer preg av jevnbyrdighet for at samhandlingen skal kunne fungere i følge Holst og Severinsson (2003). Funn i Andvig m.fl. (2013) sin studie viser at gjensidig tillit og respekt for hverandre er en forutsetning for en god samhandling. Ulike posisjoner og myndighet mellom samhandlingsaktører kan være en utfordring for samhandlingen, og fagfolk i stillinger med høy status kan være mindre villig til å la seg påvirke i samhandlingen (Supper m.fl. 2014). I følge Tøndel og Ose (2015) kan spørsmål om ressursbruk i stor grad være årsaken til at møtene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen innen psykisk helse blir konfliktfylte.

I følge Magnusson og Lutzen (2009) kan ulik ideologi, og metode for å benytte etablert kunnskap i arbeidet være faktorer som kan hemme samhandlingen mellom nivå i tjenesteytingen. Samtidig kan en gjennom å bli kjent med hverandres perspektiver se fordeler av samhandlingen, at ulik kompetanse fører til en styrket helsetjeneste til den enkelte bruker (Andvig m.fl. 2013). Samhandling er i stor grad politiske mål, for at samhandling skal kunne bli en realitet i mellom tjenesteutøverne er felles uttalt mål viktig (Magnusson og Lutzen, 2009).

Danbolt m.fl. (2010) beskriver en utfordring i samhandlingen, at spesialisthelsetjenesten koblet på kommunen for sent i pasientforløpet og at det kunne skje at kommunen opplevde å få en bestilling på tjenester på vegne av pasienten ved utskriving, noe som fører til forventninger hos pasienten som kommunen ikke alltid greier å innfri. Bratterud og Granrud (2011) sier at spesialisthelsetjenesten opplever det vanskelig å etablere kommunale tjenester for brukerne og savnet økt innsats fra kommunen, mens kommunen mener at spesialisthelsetjenesten har urealistiske forventninger til tjenesteetableringen i kommunen. Danbolt m.fl. (2010) sier også at mangel på samhandlingsrutiner og manglende rolleavklaring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen fører til dårlig samhandling. Hansen og Ramsdal (2014) gjennomførte en studie på om man kan skape en bedre samarbeidskultur, og fant ut at en av utfordringene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten var at kommunen kunne være fleksibel for å tilpasse tjenesteytingen mot spesialisthelsetjenesten, men de kommunalt ansatte hadde ingen påvirkningskraft på hvem som fikk behandling i spesialisthelsetjenesten. Den eneste veien kommunalt ansatte kunne påvirke var hvis de hadde en relasjon til noen i spesialisthelsetjenesten og påvirke via en uformell kanal (Hansen og Ramsdal, 2014).

Med bakgrunn i samhandlingsreformen og tidligere forskning på området, ser det ut til at det er mangel på kunnskap på hvordan ansatte opplever samhandling mellom nivåene. Mye av tidligere forskning omhandler samhandling mellom deltakere i felles team, men det ser ut til at det er mangel på kunnskap på samhandling mellom nivåene i ordinære helse- og omsorgstjenester innen feltet psykisk helse.

Det er derfor interessant å gjennomføre en studie på hvordan ansatte i spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen, opplever samhandling på tvers av nivåene innenfor det psykiske helsefeltet.

1.9 Begrepsavklaring

Spesialisthelsetjenesten: i denne oppgaven er det psykisk helsevern i både DPS og sykehus forøvrig som omtales når begrepet spesialisthelsetjenesten benyttes.

Kommunen: Kommunen i denne oppgaven omfatter i hovedsak kommunalt psykisk helsearbeid..

Bruker: Begrepet bruker blir brukt som en betegnelse på tjenestemottager av kommunale helse- og omsorgstjenester og tjenester i spesialisthelsetjenesten. Jeg har valgt å bruke kun begrepet bruker for å unngå forvirring av leseren, selv om begrepet pasient ville vært like riktig i noen tilfeller.

Nivå: Begrepet brukes for å skille mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som to ulike trinn i helsetjenesten.

Samhandlingsaktør: Begrepet brukes om ansatte fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som samhandler med ansatte fra det øvrige nivå.

1.10 Problemstillinger

Problemstillingene som jeg vil belyse i oppgaven er:

1 Hva kan fremme samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen innenfor det psykiske helsefeltet sett fra ansatte sitt ståsted?

2: Hva kan hemme samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen innenfor det psykiske helsefeltet sett fra ansatte sitt ståsted?

2. Teorikapittel

I teorikapittelet har jeg valgt å presentere teoretiske perspektiver på organisasjon, kommunikasjon, relasjon, samhandling og tillit. Bakgrunnen for valg av teori, er at tidligere forskning sier noe om hvordan samhandling påvirkes av disse perspektivene.

2.1 Organisasjon

En formell organisasjonsstruktur er i følge Jacobsen og Thorsvik (2013) den formelt vedtatte arbeidsfordelingen som er etablert for å fremme spesialisering i organisasjonen, grupperinger av oppgaver i enheter for å fremme koordinering av oppgavene og fordeling av ansvarsforhold og kontrollsystemer i organisasjonen.

Organisasjonen består ofte av flere underenheter og posisjoner, og selve organisasjonen kan være en del av en større organisasjon, eksempelvis vil den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten være to deler av den offentlige helsetjenesten i Norge (Christensen m.fl., 2009).

Nylehn (2008) beskriver norsk organisasjon med utgangspunkt i arbeidslivsrelasjoner som er utviklet over tid og fra et praktisk perspektiv. Nylehn (2008) sier at det ikke finnes en egen norsk organisasjonsteori, men at det er en egen måte å organisere arbeidslivet på i Norge med hovedvekt på følgende: medvirkning fra gulvet og delegering av oppgaver, som innbefatter at ansatte har stor innflytelse på egen arbeidshverdag. Tillit mellom ansatte og ledere og stor påvirkning fra ansatte via tillitsvalgte blir også trukket frem som særegent i norske organisasjoner (Nylehn, 2008).

Adler (2002) beskriver organisasjon fra et kulturperspektiv som en felles forståelse som omtrent alle medlemmer i en organisasjon deler, noe som ansatte viderefremmer til nyansatte, og at kultur er noe som skaper en felles opptreden. Felles verdier i en organisasjon vil også være grunnleggende for de valg som blir gjort (Adler, 2002). Felles verdier blant ansatte blir beskrevet av Adler (2002) som en viktig del av en organisasjonskultur, og en gjensidig forståelse for hva som er riktig og galt, samtidig som ett felles sett av normer og holdninger er kjennetegn for en organisasjonskultur (Adler, 2002).

Jeg har i denne studien i hovedsak valgt å forholde meg til Jacobsen og Thorsvik (2013) og Christensen m.fl. (2009) sine teorier på organisasjon, samt tidligere forskning på området.

En organisasjon består av mennesker som samhandler med hverandre, menneskene i en organisasjon betegnes som representanter for organisasjoner og alle representantene og relasjonene de i mellom utgjør til sammen organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Organisasjonen er avhengig av ytre omgivelser for å opprettholde virksomheten, det kan være seg kunder eller tjenestemottagere som er avhengige av tjenester som organisasjonen kan tilby. Organisasjonen opprettes for å løse oppgaver på en best mulig måte, og den organisasjonsformen som er valgt vil være foretrukket for å løse de oppgaver den er gitt. Organisasjoner setter som regel mål som skal oppnås, ofte ved tjenesteproduksjon eller overskudd og strategier etableres for å nå målene. Midlene som benyttes for å nå målene vil i mange sammenhenger være klart definerte, og en vet hvordan en kan nå målet om en mer effektiv tjenesteproduksjon (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Når det gjelder offentlig sektor skiller den seg ut fra privat sektor i følge Jacobsen og Thorsvik (2013), fordi det ofte ikke er en sammenheng mellom mål og middel. Et eksempel på dette kan være at alle mennesker i Norge skal motta god psykisk helsehjelp, det vil være vanskelig å måle når dette målet er nådd, og det vil være stor usikkerhet om middelet en setter i verk vil sørge for måloppnåelse. I følge (Christensen m.fl., 2009) står offentlige organisasjoner ovenfor komplekse utfordringer som vanskeliggjør at organisasjonen kan ha fullstendig fokus på en total måloppnåelse. Disse utfordringene viser seg blant annet i helsetjenesten, det offentlige må ta mange hensyn og muligheten for å kunne yte optimale tjenester vil være vanskelig med hensyn til en bærekraftig økonomi, mens en i stedet vil kunne ha fokus på gode nok helsetjenester til befolkningen (Christensen m.fl., 2009).

Et typisk kjennetegn ved organisasjoner er at de deler helhetlige oppgaver i mindre oppgaver, og hver enkelt enhet i organisasjonen spesialisere seg på sin oppgave. Arbeidsdelingen i alle organisasjoner kan diskuteres på to ulike nivå, individnivå og gruppenivå. På individnivå har diskusjonene innenfor organisasjonsteorien i stor grad dreid seg om hvor spesialiserte oppgaver den enkelte ansatte skal ha, på den ene siden vil spesialiserte oppgaver sørge for stor spisskompetanse innenfor enkelte områder, mens en på den andre siden vil stå i fare for at ansatte opplever oppgavene kjedelige på grunn av lite variasjon. På gruppenivå angir organisasjonsstrukturen hvilke oppgaver som må ses i sammenheng, hvilke oppgaver som

skal ligge til den enkelte enhet. Eksempel på dette kan være samlokalisering av alle tjenester innenfor kommunalt psykisk helse arbeid, selv om enkelte oppgaver kunne vært gitt av en ordinær hjemmesykepleie. Når en oppgave deles opp i flere mindre arbeidsoppgaver, vil det oppstå et behov for koordinering av deloppgaver. Koordinering skal sikre at hver enkelt deloppgave jobber for ett felles og helhetlig mål. Manglende oversikt og informasjon vil sørge for at hver enkelt konsentrerer seg om sin deloppgave, noe som ofte vil gå på bekostning av det helhetlige målet. Det må derfor etableres formelle strukturer som sørger for at arbeidet er koordinert (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) er det syv ulike måter å organisere, og å forstå et koordineringsarbeid på.

Gjensidig tilpasning basert på nærhet og oversiktighet er en måte å organisere arbeidet på når oppgavene er oversiktlige og det er få involverte i arbeidet, slik at man hele tiden har oversikt over alle aktører i arbeidet. Denne formen for koordinering krever at en hele tiden tilpasser sitt arbeid til de øvrige, og at det er en tett kommunikasjon. Denne formen for koordinering er bare mulig innenfor små rammer (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Direkte ordre er en koordineringsform som bygger på en hierarkisk forståelse, og innebærer innføring av overordnende posisjoner i en organisasjon, og som gir personene i disse posisjonene formell myndighet til å gi ordre til personer i underordnede stillinger. Fordelen ved en koordineringsform som er basert på direkte ordre er muligheten for klare styringssignaler og god kontroll av oppgaver innenfor en viss størrelse, mens ulempene er en ressurskrevende organisasjonsform, der det kan ta lang tid å få gjennomført endringer på grunn av mange ledd i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Standardisering av oppgaver er bruk av prosedyrer, skriftliggjøring av rutiner og regler som regulerer oppgavene i en organisasjon. Hensikten er at oppgavene blir gjennomført likt fra gang til gang, noe som skaper forutsigbarhet og reduserer kostnadene knyttet til koordineringen. Ulemper knyttet til en slik organisering er at den kan passivisere ansatte, fremmer rigid atferd og hemmer muligheten for fleksibilitet og omstilling blant ansatte (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Standardisering av resultat. Det er i enkelte sammenhenger vanskelig å standardisere oppgaver og følge tilsyn for å koordinere oppgaver og virksomheter. I utfordrende oppgaver og der oppgavene endrer seg over tid, kan en i stedet skyve oppmerksomheten fra hvordan ting gjøres til hvordan resultatet blir, og gi ansatte ansvaret for å oppnå ønsket resultat og kontrollere dette. Dette kunne føre til kreativitet og initiativ blant ansatte, mens det på den andre siden kan føre til at de ansatte blir så opptatte av egen oppgave at de glemmer helheten og overordnede mål (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Standardisering av kunnskap som styringsmekanisme, er en måte å koordinere en organisasjon på når en er helt avhengig av å vite hva en selv skal gjøre og hva ens kolleger skal gjøre, blant annet i akuttsituasjoner der hver enkelt er drillet på sine oppgaver. Dette er en måte å koordinere arbeidet på blant annet i en akuttsituasjon på et sykehus, hver enkelt ansatt vet sine og den andres oppgaver. Fordelen med en slik måte å koordinere et arbeid på er at den fremmer en faglig utvikling, mens på den andre siden vil den kunne føre til en profesjonskamp og dårlig utnyttelse av realkunnskap, da bare legen kan gjøre enkelte oppgaver (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Standardisering av normer er når organisasjoner utvikler felles verdigrunnlag og normative standarder for hvordan ansatte skal opptre. En slik måte å koordinere en organisasjon på vil kunne skape en sterk organisasjonskultur som kan ha en motiverende og retningsgivende effekt på ansatte, på den annen side vil det kunne føre til at det utvikler seg selvgode og ensartede kulturer i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Horisontale ordninger for samarbeid er en måte å koordinere en organisasjon på når øvrige måter å organisere et arbeid på ikke fungerer på grunn av kompleksitet og det er nødvendig at personer med ulik kompetanse samarbeider. Dette er strukturelle ordninger som har til hensikt å styrke kommunikasjonen og koordineringen mellom ulike enheter i en organisasjon, gjerne gjennom teamarbeid og i tilfeller med en bestemt person som koordinerer arbeidet uten styringsrett over de andre, en såkalt integrator (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

I det offentlige er samhandling i følge Dychawy (2010) ofte løftet frem som svaret på komplekse og helse og sosiale utfordringer i samfunnet og omkring den enkelte bruker. Først og fremst tenker en på utfordrende brukersaker som kan havne til flere tjenesteytere eller aktører. Effekten av samhandling vil kunne vurderes ulikt av de forskjellige organisasjonene

med bakgrunn i hvor stor grad samhandlingen påvirker tjenesteutformingen. Den organisatoriske styringen og organisasjonens oppbygging er i mange sammenhenger en faktor som både kan tilrettelegge for og vanskeliggjøre grenseoverskridende relasjonsbygging og samhandling. Ulik etablering av samhandling kan forsvares av organisatoriske hindringer i den opprinnelige strukturen, som krever nye løsninger for at samhandling skal kunne finne sted.

I følge Springett (2010) vil organisasjoner seg i mellom, og nivåer i organisasjoner påvirkes av hverandre i stor grad. Etablering av varige relasjoner internt i en organisasjon kan påvirke høyst viktige faktorer i en organisasjon som ressursfordeling, prioritering, posisjonering m.m. Slike relasjoner kan påvirke utfall i en organisasjon mellom nivå i langt større grad enn formelle strukturer.

I følge Magnusson og Lutzen (2009) vil strukturering av samhandling, der det legges opp til felles møter mellom samhandlingsaktørene kunne påvirke samhandlingen i positiv retning. Holst og Severinsson (2003) sier at kjennskap til hverandre i samhandlingen er viktig og samhandlingen fungerer godt når aktørene møtes, og at strukturering av møtevirksomhet er en faktor som vil kunne påvirke samhandling.

Holmberg og Rudenstam (2010) sier at administrativt og faglig nivå til dels kan være preget av ulik forståelse av organisasjonens mål. Dette vil kunne vanskeliggjøre samhandling hvis fagutøvere i en helsetjeneste bare ser brukerens behov, og det administrative nivået kun ser administrative fordeler i samhandlingen, eksempelvis effektivisering. Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at medlemmer i en organisasjon danner seg bestemte mønstre av meninger, og hvordan disse meningsmønstrene påvirker hvordan mennesker, grupper og organisasjoner fungerer. Felles verdier i en organisasjon vil i stor grad være betegnende på organisasjonskultur. Tidligere forskning antyder at jo sterkere organisasjonskulturen er i en organisasjon, jo større tillit vil det være i organisasjonen. Opplevelsen av fellesskap og identitet som en sterk organisasjonskultur kan gi, vil kunne virke angstdempende og motiverende på medlemmene i organisasjonen.

Jacobsen og Thorsvik (2013) sier også at det er en del uheldige sider ved sterke og homogene kulturer. For det første kan etablering av sterke kulturer være et forsøk på å undertrykke kritikere, og at det ikke skal være mulighet for å tenke utenom det som faller naturlig for

kulturen. Sterke kulturer vil i tillegg kunne ha en tendens til å oppfatte kritikk som en direkte kritikk til organisasjonens være. I tillegg vil deltakere i en gruppe med sterk kultur være i fare for å overvurdere egen makt og posisjon, og gjennom en kollektiv tenkning vil enhver handling kunne rettferdiggjøres selv om den i utgangspunktet ikke var riktig. Medlemmene i gruppen vil også kunne etablere en form for skylapper der de ikke greier å forstå kritikk eller alternative løsninger.

2.2 Relasjon

I følge Dychawy (2010) er samarbeid innen helse- og omsorg en viktig form for interaksjon mellom aktørene. Blant annet vil samarbeidet påvirke videre prosesser innenfor helse- og omsorgstjenester. I en samhandlingsprosess inngår alltid relasjon som en del av sammenhengen. For å kunne studere samhandling og samarbeid er en også nødt til å se på relasjonen mellom aktørene, og deres roller og egenskaper i en organisasjon. Den relasjonelle interaksjonen mellom aktørene er en dynamisk prosess som kan påvirke innhold og kvalitet i samarbeidet. Magnusson og Lutzen (2009) sier at gjensidig respekt er en av de mellommenneskelige faktorene som er med på å påvirke samhandling i en positiv retning. I følge Holmberg og Rudenstam (2010) handler samhandling i stor grad om å gi og ta mellom aktørene, og forhandlinger er en viktig del av relasjonen mellom dem.

Hvis samhandling mellom aktører skal kunne etableres der en har som mål å gi helhetlige tilbud til brukeren, så vil en i følge Magnusson og Lutzen (2009) i stor grad være avhengig av å forstå og støtte hverandre. For at man skal kunne støtte hverandre som samhandlingsaktører, er en avhengig av å respektere og forstå den andres måte å arbeide på. Gjennom relasjonsbygging kan det være mulig å se samhandlingsaktøren som en kollega i stedet for en fremmed, noe som igjen vil styrke samhandlingen. Holmberg og Rudenstam (2010) sier at etablering av samarbeid og relasjonsbygging kan være en direkte reaksjon og metode for å motvirke organisatoriske faktorer som er med på å gjøre arbeidet omkring brukere vanskelig. Ved å etablere gode relasjoner kan formelle kommunikasjonsveier som blant annet gjennom brev myknes, og direkte kontakt mellom tjenesteutøvere etableres i stedet. At ulike nivåer gis mulighet til å samles ansikt til ansikt kan bidra økt samarbeid gjennom relasjonsbygging, der organisatorisk tilrettelegging motvirker byråkratiske begrensninger. Ved å etablere relasjoner til sine samhandlingspartnere, vil det i følge Magnusson og Lutzen (2009) være lettere å

behandle hverandre med respekt. Hvis en behandler sine samhandlingspartnere på en respektfull måte er det lettere for at tillit etableres mellom de enkelte.

Hvis tillit til den andres beslutninger omkring felles brukere ikke er tilstede, vil dette i følge Holst og Severinsson (2003) påvirke relasjon og samhandling. At en har tillit til den andres avgjørelser er viktig for at samhandling skal fungere. I følge Springett (2010) kan en gjennom relasjons- og nettverksbygging etablere viktige former for samhandling. Gjennom uformelle møter og tillitsforhold kan viktig informasjon utover organisatoriske grenser flyte mellom samarbeidspartnere. Informasjonen og relasjonen kan være av like viktig karakter som organisatorisk samhandling som er avtalt mellom aktørene. Gjennom å ha etablert en relasjon basert på et gjensidig tillitsforhold vil aktørene kunne oppleve en trygghet som en ikke kan etablere gjennom organisatorisk samhandling, som møter og lignende.

Giddens (1997) sier at tillit eller troverdighet kan omtales som to ulike former tillit til individ som er basert på bekjentskap og erfaringer med individet, og tillit til systemer som er basert på erfaring med de ulemper og fordeler systemene fører med seg. I følge Giddens (1997) trenger en ikke å møte representanter for systemet for at tilliten skal kunne etableres. Samtidig så vil faste møter med representanter for systemet kun i en viss grad skape tillit til det, erfaringene vi har vil være avgjørende for vår tillit til at for eksempel helsetjenesten gir de tjenestene vi er avhengige av. I stor grad vil tilliten vår til systemene avgjøres av hvordan de tilfeldige møtene våre med systemet oppleves. I eksemplet med helsetjenesten så er det avgjørende hvordan du blir møtt når du virkelig trenger hjelp, og ikke når du er til fastlegen for en helsekontroll (Giddens, 1997). Tillit til systemer er i stor grad basert på kunnskapen som systemet innehar, som tilliten til at sykehuset innehar kompetanse til å hjelpe individ ved alvorlig sykdom og evnen til å oppdage sykdommen. Hvis dette ikke blir gjort er det gjerne en feil som knyttes til legen ved sykehuset og ikke systemet, samtidig som tilliten til systemet vil bli svekket ved gjentagende feil (Giddens, 1997). Tillitsmekanismer omfatter også de som befinner seg innenfor systemer. Som ansatt i en offentlig virksomhet vil håndtering av ulike utfordringer være avgjørende for tilliten en har til at systemet fungerer, og som ansatt vil en være avhengig av bekreftelser på at det systemet en selv er en del av fungerer slik det skal, for at skal kunne tilliten opprettholdes (Giddens, 1997).

2.3 Kommunikasjon

”Ordet kommunikasjon kommer fra latin ”communicere” og betyr meddele, melde, stå i forbindelse med eller underrette om.” (Kaufmann og Kaufmann 1998 s. 318)

En enkel definisjon er at kommunikasjon er overføring av eller utveksling av informasjon gjennom et felles symbolsystem (Kaufmann og Kaufmann 1998).

I følge Luvås og Luvås (2004) er en samhandling mellom flere aktører er kommunikasjon et verktøy for å overføre relevant informasjon mellom aktørene. Samtidig kan kommunikasjonen være et verktøy for at faglig kunnskap integreres gjennom informasjonen. Gjensidig dialog kan også bidra til at sosial samhandling mellom deltakerne opprettes. Kommunikasjon påvirkes av tre faktorer; tillit, samhold og maktforhold (Kaufmann og Kaufmann, 1998). Kaufmann og Kaufmann (1998) sier at i et samarbeid der tillit oppleves, kan informasjon av en mer delikat karakter, eller uformell informasjon deles, støtte kan oppleves i vanskelige situasjoner i et nettverk der en opplever tillit. I følge Springett (2010) vil både formelle og uformelle strukturer påvirke hvilken posisjon en har når det gjelder makt. I tillegg til hvor en er i hierarkiet i en organisasjon er også nettverk med på å definere makten til både enkeltindivid og avdelinger innenfor en organisasjon

Hvordan felles mål omkring brukere uttales og forstås av alle samhandlingsaktører er i følge Magnusson og Lutzen (2009) vesentlig for samhandlingen og vil kunne påvirke resultatet. Felles planer i stedet for separate planer, og mål som er kommunisert på en god måte er viktig. Kommunikasjon som koordinering og styring av ulike deler i en organisasjon er blitt beskrevet av Kaufmann og Kaufmann (1998) som nøkkelaktiviteter for organisasjonen skal kunne yte og produsere på en best mulig måte. Dialog er i tillegg en vesentlig faktor for at de mellommenneskelige faktorene i en organisasjon skal kunne ivaretas. Trivsel og tillit er faktorer som blir påvirket av god eller dårlig kommunikasjon. Informasjon er en hovedfaktor som er nødvendig for at alle i en organisasjon skal kunne utføre sitt arbeid på en god måte. I følge Kaufmann og Kaufmann (1998) blir god dialog ofte brukt som beskrivelsen på hvorfor enkelte organisasjoner oppnår gode resultat, samtidig som dårlig dialog blir brukt som forklaring på hvorfor organisasjoner går dårlig. Feil i kommunikasjonen kan få katastrofale utfall og i verste fall føre til ulykker, eksempelvis innenfor yrker der sikkerhet er en viktig faktor for at arbeid kan utføres.

Enveis - kommunikasjon er i følge Kaufmann og Kaufmann(1998) kommunikasjon per brev, beskjeder, e-post og lignende. Slik kommunikasjon er statisk og sikrer ikke forståelsen av det som ønskes formidlet slik som i en toveis – kommunikasjon. Gjennom dialog ansikt til ansikt eller via telefon foregår i følge Kaufmann og Kaufmann (1998) en toveis - kommunikasjon. Ved å få tilbakemelding på det en formidler, vil en kunne få bekreftet om budskapet er blitt oppfattet som ønsket. Ved å kommunisere ansikt til ansikt har en også mulighet til å oppfatte nonverbal kommunikasjon som nikking, risting på hodet og oppgitthet. En slik kommunikasjon er preget av et samspill, og inneholder langt mer enn en enveis kommunikasjon.

Ved å kunne kommunisere med en person fysisk tilstede kan dette i følge Håland og Toussaint (2013) gi en større opplevelse av et fellesskap med de øvrige aktørene enn gjennom elektroniske medier. Når deltagere i felles møter treffes forplikter dette i større grad enn avtaler som blir gjort uten at en møtes fysisk. En viktig faktor når det gjelder kommunikasjon ansikt til ansikt er at det oppleves som en trygg setting og at en får tydelige tilbakemeldinger som en slipper å tolke i ettertid, som kan være en utfordring når det gjelder skriftlige beskjeder.

Kommunikasjon har i følge Kaufmann og Kaufmann (1998) flere funksjoner i en organisasjon. Ledelsen vil gjennom kommunikasjon fordele, koordinere og kontrollere arbeidsoppgaver gjennom formelle organisasjonskanaler. Tilbakemeldinger på egen innsats og motivering av ansatte er faktorer som er viktige og krever god kommunikasjon i en organisasjon. Den viktigste funksjonen kommunikasjon har er samspill mellom mennesker i organisasjon.

Formell kommunikasjon er i følge Jacobsen og Thorsvik (2013) planlagt kommunikasjon mellom ulike nivå og på tvers av nivå i en organisasjon, eller mellom organisasjoner. Den formelle kommunikasjonen går som regel gjennom hierarkiets oppbygging, og inneholder informasjon og instruksjoner fra leder til ansatt, og tilbakemelding fra ansatt til leder. Etablerte strukturer og møter for samhandling mellom ansatte er et eksempel på formell kommunikasjon. Formell kommunikasjon følger vanligvis den organisatoriske strukturen og er gjerne relatert til virksomhetens oppgaver og utføring av disse.

Uformell kommunikasjon er i følge Jacobsen og Thorsvik (2013) all kommunikasjon som ikke betegnes som formell kommunikasjon. All prat mellom ansatte i en organisasjon som

ikke er planlagt, og gjerne finner sted mellom mennesker tilfeldig betegnes som uformell. Den uformelle kommunikasjonen kan i enkelte tilfeller bli betegnet som jungeltelegraf og oppstår gjerne med bakgrunn i tidligere formell kommunikasjon. Det kan være praten om noe som har blitt formidlet tidligere i et møte med lederen. Uformell kommunikasjon har en viktig rolle i en organisasjon, det er som regel gjennom uformell kommunikasjon at relasjoner og allianser bygges og muligheten for å bli kjent med hverandre er tilstede. Uformell kommunikasjon vil også forekomme mellom organisasjoner. Gjennom etablering av relasjoner mellom samhandlingspartnere vil den uformelle kommunikasjonen styrkes, og etter hvert vil en kunne danne seg et bilde av hvem en opplever en felles identitet og forståelse med. Uformell kommunikasjon vil også gi mulighet for et annet innblikk i hverandres verden enn formelle og konkrete beskjeder. Gjennom en hyggelig prat og en opplevelse av tillit vil samhandlingspartnere kunne få et annet innblikk i den andres verden og en felles forståelse vil etter hvert kunne bli etablert (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) viser forskning at informasjon spres mye raskere via uformell kommunikasjon enn formell kommunikasjon, samtidig som at medarbeidere har større tillit til informasjon som spres uformelt enn formelle beskjeder fra en leder ned i hierarkiet. Derfor er synet på uformell kommunikasjon endret fra å være noe en ikke ønsket til å ha blitt en prosess som er en nødvendig del av det sosiale miljøet i en organisasjon. Som nevnt kan uformell kommunikasjon være en ryktebørs som kan skape mistillit, men den kan også ha svært positive effekter i en organisasjon. Ved manglende informasjon kan uformell kommunikasjon være med på å redusere usikkerhet, når de formelle kanalene er utilstrekkelige.

2.4 Hva er samhandling?

Tidligere i kapitlet har jeg belyst en del momenter som jeg mener har betydning for samhandling med utgangspunkt i organisasjonsteori. I dette avsnittet ønsker jeg å belyse hva samhandling er.

I følge Holmberg og Rundenstam (2010) er det en forutsetning for at samhandling skal kunne finne sted at begge samhandlingsaktører stiller på like vilkår, med det menes at maktbalansen mellom samhandlingsaktørene er noenlunde lik, og at begge parter kan forvente å ha et utbytte av at samhandlingen finner sted. I motsetning vil en skjev maktbalanse kunne føre til

en vanskelig samhandling mellom aktørene, eksempelvis kan det være ved ulike posisjoner i en organisasjon.

I følge Lorem (2006) er samhandling ut i fra hverdagslig forståelsesmodell at personer seg i mellom snakker sammen, responderer på hverandres uttrykk og sammen danner en felles opplevelse mens dialogen pågår. At partene prater sammen og deler en felles opplevelse betyr ikke nødvendigvis at de forstår det samme, samhandling betyr ikke at en her forstått den andre slik den andre ønsker å bli forstått. Forståelsen vil hele tiden kunne endre seg mens samhandlingen pågår. I følge Orvik (2004) er samhandling mer forpliktende og konkret enn samarbeid. Samhandling betyr å gjøre noe sammen og det forutsettes at handlingene til enkeltpersoner er koordinerte. Målet med samhandlingen er å sikre flyt i arbeidsprosessene, slik at pasienter og pårørende opplever sammenheng i tjenestene. I følge Jacobsen og Thorsvik (2007) innebærer samhandling en gjensidig tilpasning mellom egne og samhandlingspartneres arbeidsoppgaver. Samhandling på individnivå vil i stor grad være ressursbesparende, og vil kunne gi bedre tilpassede tjenester til den enkeltes brukers behov.

I følge Lingås (2008) vil forståelsen vår i stor grad være ulik fordi vi som yrkesutøvere har ulike roller og posisjoner i ulike deler av det offentlige hjelpeapparatet. Forståelsen kan også ha store variasjoner innenfor en og samme enhet. En leder kan ha helt ulik bakgrunn for sin forståelse enn en deltidsansatt som kun jobber i helgene. Erfaringsgrunnlag og bakgrunn vil i mange tilfeller være veldig ulikt mellom ansatte i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som lege ansatt i spesialisthelsetjenesten vil en i mange tilfeller jobbe innenfor tydelig definerte rammer som begrensede institusjonsopphold, med fokus på utredning og behandling, mens en sosionom i kommunehelsetjenesten i enkelte tilfeller må jobbe ut i fra helt andre vilkår, der tjenestene ikke kan tidsbegrenses og behovet for bistand kan være av varig karakter. Samtidig vil virkemidlene i kommunehelsetjenesten være av en annen art enn i institusjonsopphold i spesialisthelsetjenesten, dette vil i stor grad påvirke vår forståelse av hvordan den andres jobb foregår i hverdagen. Samtidig vil den enkeltes fagfelt prege fokus og forståelse for hva som er viktig i den sosiale verden, en saksbehandler som jobber med forvaltning vil sannsynligvis ha et helt annet fokus enn en miljøarbeider som jobber med i lavterskeltiltak for rusmiddelavhengige (Lingås, 2008).

3. Metodekapittel

3.1 Egen forforståelse

Min forforståelse har påvirket studien. Som ansatt i en kommunal enhet for psykisk helsearbeid og er dette et tema som jeg synes er spennende og jeg hadde en del tanker om samhandling før jeg gjennomførte denne studien. Som utdannet vernepleier vil også min faglige identitet kunne påvirke studien, da ulike profesjoner vil kunne ha ulikt fokus på hva som er viktig i samhandlingen. Årsaken til at jeg har valgt å forske på egen praksisplass er at samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er et område jeg jobber med til daglig og som jeg opplever som både spennende og utfordrende. Ved at jeg har en del erfaringer i forhold til dette temaet vil nok dette påvirke forskningen. Paulgaard (1997) sier om det å forske i egen kultur, at det gir et fortrinn da hun mener forskerens forforståelse ikke sees på som en feilkilde, men som en forutsetning for innsikt. Malterud (2008) sier at alle erfaringer vi har med oss, er forforståelsen vår. I beste fall kan den være med på å gi næring og styrke til prosjektet, mens i verste fall kan det føre til at tidligere erfaringer overskygger all ny informasjon.

3.2 Kvalitativ forskningsmetode

I denne studien valgte jeg å bruke kvalitative intervju som metode. Jeg valgte å bruke en kvalitativ forskningsmetode fordi jeg ønsket å gå i dybden på hva som påvirker samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen innen psykisk helsefeltet. Mens en i kvantitativ forskning ønsker å gå i bredden for å kunne tallfeste data som muliggjør statistiske beregninger (Thagaard, 2009). Gjennom intervju har jeg forsøkt å få frem en sammenheng som kan si noe om samhandling som fenomen innenfor psykisk helsearbeid i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og hva som påvirker den.

Målet med en kvalitativ studie er å studere sosiale fenomener innenfor informantenes virkelighet og at en ved hjelp av nye spørsmål kan finne nye svar, ikke fastslå en virkelighet som gjelder alle (Malterud, 2008). I følge Kvale og Brinkmann (2009) kan kvalitativ metode gi kunnskap om sosiale fenomener, og forskeren har mulighet til å få innsikt i informantens verden. Den kvalitative forskningsmetoden er ikke objektiv, men vil gi ny kunnskap med bakgrunn i forskerens faglige ståsted og forforståelse, en subjektiv kunnskap. Kvalitativ

metode er egnet til å gå i dybden på temaer det er forsket lite på fra før og der det stilles krav om åpenhet og fleksibilitet i forhold til å kunne gi informasjon om sosiale fenomener (Thagaard, 2009). Jeg valgte derfor å bruke en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål, for å få frem informantene sitt syn på hva som hemmer og hva som fremmer samhandling i mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. I analysen brukte jeg metoden systematisk tekstkondensering (Malterud, 2008). Jeg valgte å gjennomføre syv individuelle intervju og ett gruppeintervju

3.3 Rekruttering av deltakere

Rekruttering av informanter skjedde ved at jeg sendte brev til fire avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Deretter ringte jeg og informerte om studien og gjorde en avtale med leder i hver enkelt avdeling. Alle var positive til deltakelse. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble deretter sendt til de jeg hadde vært i kontakt med. De kommunalt ansatte informantene jobber i samme enhet som meg selv, og ble rekruttert gjennom muntlig forespørsel og informasjonsskriv, de fikk deretter samtykkeerklæring for utfylling hvis de ønsket å delta. Alle kommunalt ansatte som ble forespurt ønsket å delta i studien. Det var ønskelig å rekruttere informanter med erfaring i samhandling mellom nivåene, og det var derfor ønskelig at informantene i både kommunen og spesialisthelsetjenesten hadde ledererfaring, da min erfaring tilsa at lederne i noen grad har samhandling på dagsorden.

Etter at jeg hadde påbegynt prosessen med intervju, så jeg behov for å rekruttere flere informanter til studien, og kontaktet en avdeling i spesialisthelsetjenesten pr. brev for å få rekruttert en psykolog fra spesialisthelsetjenesten til studien. Deretter sendte jeg informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Jeg rekrutterte også i tillegg to kommunalt ansatte med høyere utdanning og prosjektledererfaring, de to ble rekruttert gjennom muntlig forespørsel og informasjonsskriv, de fikk samtykkeerklæring når de sa seg villige til deltakelse i studien. Det var ønskelig å rekruttere informanter som hadde erfaring med samhandling omkring brukere når jeg rekrutterte deltakere i andre omgang, samtidig som det var ønskelig at de hadde erfaring med samhandling på organisatorisk nivå. I utgangspunkt hadde jeg tenkt å intervju kun ledere, men vurderte at det var hensiktsmessig å intervju ansatte med klinisk erfaring for å få variasjon i studien og nærhet til praksisfeltet.

3.4 Utvalg

Utvalget i denne studien ble bestående av åtte informanter fire informanter fra kommunen og fire informanter fra spesialisthelsetjenesten. Informantene i kommunen består av to ledere innenfor psykisk helse, begge har hatt roller innenfor oppbyggingen av det kommunale psykisk helsearbeidet og har vært deltagere i ulike samhandlingsforum med spesialisthelsetjenesten over flere år.

De to øvrige kommunale informantene består av to ansatte med høyere utdanning med langvarig klinisk erfaring innenfor feltet psykisk helse på kommunalt nivå. Den ene av de to sistnevnte informantene har lang klinisk erfaring som ansatt i spesialisthelsetjenesten, mens den andre har vært i hospitering i spesialisthelsetjenesten. Begge informanter har stor grad av erfaring med samhandling med spesialisthelsetjenesten på brukernivå.

Informantene i spesialisthelsetjenesten består av tre ledere, og en psykologspesialist med lederansvar. En av lederne er ansatt i akuttavdeling, mens de øvrige er tilsatt på et Distriktpsikiatrisk senter(DPS). De ansatte ved DPS har alle erfaring med samhandling på ledelsesnivå. Psykologspesialisten og to av lederne på DPS har langvarig klinisk erfaring og samhandlingserfaring med kommunen på brukernivå.

3.5 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført av to intervjuere. Sammen med en medstudent gjennomførte vi de seks første individuelle intervjuene sammen. Gruppeintervjuet og det siste individuelle intervjuet gjennomførte jeg alene. Alle intervjuene ble gjennomført på arbeidsstedet til informantene.

Jeg gjennomførte først seks individuelle intervju og ett gruppeintervju. Deretter et individuelt intervju. Alle syv individuelle intervju ble gjennomført med ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunen. Intervjuene ble gjennomført med en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene åpnet med enkle spørsmål for å gjøre informantene mest mulig komfortable med situasjonen. Jeg fulgte opp med tilleggsspørsmål, hvis det var temaer jeg syntes det var viktig å få mer informasjon om, eller hvis informanten fikk problemer med å svare på spørsmålet, eller ikke forstod spørsmålet slik det var tenkt at det skulle forstås. Intervjuguiden ble brukt som et

hjelpemiddel for å få belyst de temaene som jeg ønsket i denne studien, og at jeg sikret å få svar på alle områder av samtlige informanter. Ved flere av intervjuene førte dette til at informantene gjentok seg selv, men dette medførte ingen store utfordringer i intervjusituasjonen, men mulig en kvalitetssikring av hva de egentlig mente med svarene de gav. Etter gjennomføringen av intervjuene ble alle spurt om de hadde noe å tilføye, ingen ønsket å komme med tilleggsinformasjon på dette tidspunktet. En av informantene kom opp med en del interessante tema etter endt intervju, da ble han spurt om vi kunne starte lydopptaket på nytt slik at vi sikret denne informasjonen som vi vurderte som viktig. Det var han positiv til, og vi fikk gjennomført lydopptak av dette. Underveis i analysen fant jeg ut det var nødvendig å gjennomføre ett dybdeintervju i tillegg for å få metning i data. Med bakgrunn i allerede gjennomførte intervju og analyse, var det også behov for å endre intervjuguiden for å få belyst de områder jeg ønsket mer data på. Dette gjorde jeg ved å stille åpne spørsmål om allerede belyste tema, slik at jeg fikk samlet mer data omkring temaene.

I gruppeintervjuet valgte jeg å samle tre kommunalt ansatte. To hadde deltatt i individuelt intervju og en var ny som informant. Årsaken til at vi gjennomførte gruppeintervju, var at jeg ønsket å gå mer i bredden på allerede belyste temaer, slik at jeg hadde mer informasjon som kunne legges til grunn for tolkningen. Gruppeintervju er å foretrekke når en trenger mye informasjon fort (Creswell, 2007). Samtidig så ønsket jeg å se om andre temaer kunne dukke opp ved at informantene kanskje reflekterte omkring det tidligere informanter hadde snakket om. Da informantene til gruppeintervjuet var det viktig å finne ansatte som hadde en god relasjon til hverandre, derfor valgte jeg å samle informanter bare fra kommunen til det. Så lenge informantene har tillit til hverandre, kan gruppeintervju føre til en tryggere situasjon, som fører til økt informasjonsflyt i forhold til et individuelt intervju (Creswell, 2007). Når det gjelder personlig informasjon viser forskning at et gruppeintervju kan stimulere til å dele dette, i større grad enn i et individuelt intervju (Farquhar 1999). En av utfordringene omkring gruppeintervjuet var hvor langt man skulle la samtalen gå før den ble stoppet og når man skal stille nye eller oppklarende spørsmål, dette er noe som kan ha påvirket resultatet av fokusgruppeintervjuet. Det jeg erfarte var at når en av informantene begynte å prate om et tema så førte dette til at de andre hadde tilleggsinformasjon eller eksempler som kunne belyse dette ytterligere, noe som førte til at jeg fikk frem en del nyanser og synspunkt som jeg trolig ikke hadde fått frem i et individuelt intervju.

Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil. Dette fungerte godt med tanke på å kunne ha fokus på hva som foregikk i intervjusituasjonen og ikke være opptatt med å skrive ned hvert enkelt ord under intervjuet. Ved å kunne observere informantene i intervjusituasjonen kunne jeg notere meg kroppsspråk, om informantene var veldig sikre på det de sa, eller om de nølte. Alle intervju ble gjennomførte på den enkeltes informant sitt arbeidssted, dette for å gjøre det så naturlig som mulig for informanten, samtidig som det var et bevisst valg i forhold til å gjøre det så enkelt som mulig å stille opp som informant.

3.6 Gjennomføring av analyse

Analysen av de seks første intervjuene ble gjennomført sammen med en medstudent. Etter at intervjuene var gjennomførte ble de transkribert. Transkriberingen gjennomførte jeg selv ved å spille av lydfilen, og samtidig skrive av det som ble sagt. Under transkriberingen har jeg skrevet om fra muntlig til skriftlig språk uten å miste meningen i det som blir sagt, dette for å unngå at sitat kan oppfattes som veldig uklare eller uforståelig og igjen sette informantene i dårlig lys. En viktig del av transkriberingen var å bli bedre kjent med stoffet. Under transkriberingen ble jeg bevisst hvordan jeg intervjuet informantene og jeg hadde mulighet til å vurdere svarene jeg fikk ut i fra min måte å intervju på. Jeg hadde da mulighet til å notere meg en del ting som ikke nødvendigvis hadde kommet frem hvis noen andre hadde transkribert. Dette kunne være nøling og andre signaler fra informanter, og varierende tydelighet i spørsmål fra meg. Allerede i transkriberingen starter bearbeidingen av materialet, en finner interessante utsagn som en tenker det er viktig å merke seg. Malterud (2008) sier også at en som forsker skal merke seg hvordan en er med på å påvirke prosessen i alle ledd av analysen, det er en viktig del av kvalitetssikringen i dette arbeidet å gjøre transkriberingen selv, og bli bevisst hvordan en påvirker prosessen i intervjuene. Etter at intervjuene var transkriberte gjennomførte jeg en analyse av materialet ved hjelp av Malterud (2008) sin metode, systematisk tekstkondensering. Metoden er delt inn i 4 trinn.

I det første trinnet leste jeg i gjennom alt transkribert materiale for å få et så godt helhetsinntrykk av dataene som mulig. Temaer som gjentok seg teksten i teksten ble notert for å få en oversikt over hva informantene var opptatt av. Deretter ble materialet gjennomgått flere ganger for å sikre at jeg hadde fått dannet meg en fullstendig oversikt på dataene jeg samlet inn. I dette trinnet av analysen var det viktig å sette seg godt inn i dataene og sammen

med kunnskapen jeg hadde fått i gjennom intervjuene og transkriberingen danne meg et helhetlig inntrykk av dataene.

I andre trinn av analysen ble materialet gjennomgått på nytt. Her leste jeg materialet nøye og brukte markør på tekstbiter som ga mening i forhold til min problemstilling. Jeg prøvde å skille relevant tekst fra tekst som opplevdes uten mening. Tekstbitene som i analyseprosessen omtales som meningsbærende enheter, ble deretter sortert og systematisert under temaene som jeg noterte i første trinn av analyseprosessen, koding (Malterud, 2008). Her så jeg at flere av de meningsbærende enhetene kunne representere flere av temaene. Dette førte til at det var nødvendig å gjøre vurderinger for hvor de meningsbærende enhetene skulle plasseres og om de passet sammen med andre meningsbærende enhet under samme tema. Flere av de meningsbærende enhetene ble plassert under flere tema da de representerte flere av de temaene som jeg fant i første trinn av analysen. Dette førte til at jeg var nødt til å gjennomgå teksten flere ganger for å forsikre meg om at betydningen av de meningsbærende enhetene ble ivaretatt.

I tredje trinn, kondensering skulle jeg gi de meningsbærende enhetene under hver kodegruppe en helhetlig mening. De meningsbærende enhetene i hver gruppe ble satt sammen til tekststykker som til sammen ga en abstrakt mening. Her ble de meningsbærende enhetene omformulert til en forståelig tekst, som ivaretok betydningen til de meningsbærende enhetene. I dette trinnet var det viktig at teksten skulle ivareta det informantene hadde fortalt under intervjuet uten at det skulle tolkes av meg. I dette trinnet var jeg nødt til å gå tilbake til det transkriberte materialet for å forsikre meg om at jeg ivaretok den opprinnelige meningen til informanten når jeg skulle sette det sammen til tekststykker.

I fjerde trinn ble hver gruppe sammenfattet til en helhetlig analyse. Når jeg skulle gjøre dette, var det viktig å ha transkribert materialet, sånn at jeg hadde god kjennskap til budskapet til den enkelte informant, for å unngå at teksten mistet sin opprinnelige mening. I dette trinnet av analysen ble teksten tolket og analysert med bakgrunn i min forståelse og bakgrunn som fagperson. Teksten fra trinn tre ble i dette trinnet i sammenfattet til en selvstendig tekst som ga et helhetlig bilde på min analyse av data under hver kodegruppe. I dette trinnet var det viktig at teksten fortsatt ivaretok den opprinnelige betydningen og at jeg ikke la til teksten egenskaper eller betydninger som jeg ikke hadde dekning for. Selv om teksten skulle tolkes av

meg, måtte jeg også her tilbake i materialet å forsikre meg om hva hver enkelt informant hadde ment i intervjuene.

Med bruk av kvalitativ tilnærming har en som mål å utvikle ny kunnskap, og gjennom analysen leder materialet oss frem til denne kunnskapen. Målet er å få kunnskap som gir mangfold, nyanser og ny forståelse som jeg ikke hadde tidligere om et bestemt fenomen. Man må gjennomføre en systematisk analyse for å få frem dette slik at det er vitenskapelig relevant. Lesbarhet, originalitet og relevans er de viktigste utfordringene i denne utviklingen (Malterud, 2008). Kategoriene jeg endte opp med er: Rutiner og struktur, relasjoner og kommunikasjon, felles forståelse, kompetanse og kunnskap, og anerkjennelse.

3.7 Etiske vurderinger

Jeg kontaktet NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) per e-post og telefon for å få vurdert studien. Da jeg ikke skulle innhente personidentifiserbare opplysninger ble det klart at jeg ikke trengte å søke NSD før jeg satte i gang forskningen. Ved at jeg har gjennomført studien på eget arbeidssted kunne dette ført til at informantene er identifiserbare, men antall ansatte er så høyt at dette ikke er en reell mulighet.

Alle informantene fikk et informasjonsskriv med samtykkeerklæring. Der ble de informert om anonymisert behandling av informasjonen og av data i studien. Før intervjuet ble informantene informert om muligheten til å trekke seg fra intervjuet til ethvert tidspunkt. Ved at jeg har valgt å intervju egne kolleger og samarbeidspartnere er det mulig at de ikke følte det som en reell mulighet å kunne trekke seg fra intervjuene på grunn av den personlige relasjonen vi har. Informantene ble informert om hva innhentet informasjon skal brukes til, samt mulighet til å få se transkribering. Ingen av informantene har i ettertid bedt om å få se transkriberingen.

I følge Kvale og Brinkmann (2009) skal etiske vurderinger foretas hele veien gjennom en forskning. Informantenes interesser ble ivaretatt gjennom informasjonsskriv og de hadde muligheten til å trekke seg fra intervjuet hvis det var ønskelig, en informant fra spesialisthelsetjenesten gjorde det. Under intervjusituasjonen ble den enkelte informant ivaretatt ved at de ikke ble utfordret i stor grad på spørsmål som kunne oppleves ubehagelig

og de hadde muligheten til ikke å svare hvis de ikke hadde informasjon på det temaet de ble spurt om. Det ble også gitt mulighet til å komme tilbake til spørsmål slik at informantene fikk tenke seg om hvis det var nødvendig. På grunn av at det var samhandlingspartnere jeg intervjuet så sørget jeg for å unngå spørsmål som informantene kunne oppfatte som utfordrende i forhold til min rolle som samhandlingspartner og intervjuer. I analyseprosessen har jeg anonymisert all informasjon og jeg har unngått sitater som kan knyttes til ulike roller. Jeg har også unngått å bruke sitater som kan sette noen i et dårlig lys. I rapporten har jeg ivarett den enkelte informant ved å anonymisere all informasjon og ikke benyttet meg av hverken arbeidssted eller den enkelte informant sin rolle.

3.8 Validitet

Å validere er i følge Kvale og Brinkmann (2009) å kontrollere. Validiteten undersøkes ved å kontrollere feilkildene. Desto strengere kontroll en påstand har vært utsatt for jo mer troverdig er kunnskapen (Kvale og Brinkmann, 2009). I følge Kvale og Brinkmann (2009) kan validitet ved praktisk gjennomføring av kvalitative intervju beskrives i syv ulike stadier: Tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, validering og rapportering.

En undersøkelses validitet er avhengig av hvor god den teoretiske bakgrunnen er, og om det er en logisk sammenheng mellom teorien og forskningsspørsmålene (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg valgte i studien min å benytte meg av tidligere forskning som omhandler samhandling mellom ulike nivå i helsetjenester, og hva som påvirker samhandlingen. Jeg har primært valgt forskning som omhandler samhandling mellom nivåene innen psykisk helse. Som teoretisk bakgrunn for min analyse har jeg valgt å bruke teoretiske perspektiver på organisasjon, kommunikasjon, relasjon og samhandling for å kunne belyse hvilke mekanismer og utfordringer som oppstår, når ulike nivå innenfor en stor organisasjon eller ulike organisasjoner skal samhandle.

Gyldigheten av ny kunnskap avhenger av kvaliteten i undersøkelsen og metoden som benyttes for å fremskaffe ny kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg har valgt å benytte meg av en kvalitativ metode for å si noe om fenomenet samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kvalitativ metode ble brukt for å kunne belyse informantenes erfaring med samhandling, noe som ville blitt utfordrende ved bruk av en kvantitativ metode, der resultatene vises gjennom statistikk og tallfesting.

Validiteten i intervjuingen omhandler troverdigheten til informantene og med kvaliteten på intervjuet å gjøre. En grundig utspørring som sikrer meningen med utsagnene og kontroll av informasjonen underveis i intervjusituasjonen vil kunne sikre validitet i dette stadiet av undersøkelsen (Kvale og Brinkmann, 2009). Informantene ble valgt ut med bakgrunn i deres stillinger innenfor psykisk helse. Gjennomføringen av intervjuene ble gjennomført med kontrollspørsmål for å sikre meningen bak informantenes utsagn. Under gjennomføringen av studien opplever jeg selv at informasjonen som informantene ga er blitt kvalitetssikret, men samtidig ser jeg at det alltid vil være en mulighet for at det finnes relevant informasjon som jeg ikke har greid å finne i gjennomføringen av intervjuene. I de fleste intervjuene opplevde jeg stor del av gjentakelse i informasjonen, noe som kan være en indikator på at det meste av relevant informasjon er blitt belyst.

Etter å ha gjennomført både ett gruppeintervju og ett ekstra individuelt intervju etter de første seks intervjuene, opplevde jeg å ha fått metning i data, som for meg ble en kvalitetsindikator på at jeg hadde fått med meg den mest relevante informasjonen informantene satt inne med.

I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det gjengivelsen av informasjonen fra språklig til skriftlig stil i dette stadiet som avgjør validiteten, hvordan en sikrer at informasjonen ikke endrer mening når muntlig språk skriftliggjøres. Validiteten i analysen er avhengig av om gyldigheten til spørsmålene i undersøkelsen og om fortolkningene av informasjonen er logiske (Kvale og Brinkmann, 2009). Transkriberingen av materialet ble gjort med direkte avskrift for å sikre korrekt gjengivelse og mening med utsagnene. Skriftliggjøringen i studien har endret noe på språket, ved gjengivelse av sitat har dette vært nødvendig noen ganger på grunn av dialekt, men også for at det skriftlige språket skal ha en forståelig oppbygning. Underveis i analysen har jeg gått tilbake til transkribering og opptak for å sikre riktig forståelse av informasjonen, noe som er viktig da skriftlig språk ikke greier å ivareta tonefall, og andre verbale uttrykk.

Kvale og Brinkmann (2009) sier at validering er en reflektert vurdering av hvilke kontrollformer som er aktuelle for en bestemt undersøkelse, og hva som er et egnet forum for dialog om resultatenes gyldighet. I intervjuene ble alle informantene gitt mulighet til å komme med tilleggsinformasjon, og eventuelt å komme tilbake til temaer hvis det var bedre å avvente noe før de svarte. Hvis jeg som intervjuer opplevde noe som uklart, stilte jeg tillegsspørsmål

for å få presisert svarene. Informantene ble også gitt mulighet til å lese gjennom transkriberingen, noe ingen av informantene ønsket.

Rapportering omhandler spørsmålet om en rapport gir en valid beskrivelse av hovedfunnene i undersøkelsen (Kvale og Brinkmann, 2009). I skriftliggjøringen av min studie etterstreber jeg å være så tro som overhode mulig i forhold til informasjonen informantene har gitt i intervjuene. Jeg har også gjennom å gå tilbake til transkribert materiale forsøkt så godt det lar seg gjøre å fange opp nyanser i intervjuene og gi et riktig bilde av hva informantene mente om de ulike temaene.

De syv stadiene gir en oversikt over hvordan validiteten i undersøkelse kan ivaretas gjennom helse prosessen, og ikke bare som en kontroll etter gjennomføringen av undersøkelsen (Kvale og Brinkmann, 2009).

3.9 Generaliserbarhet og relevans

Hvis det vurderes at en undersøkelse er gyldig og pålitelig, gjenstår spørsmålet om undersøkelsen har overføringsverdi for andre studier eller om den kun er av lokal interesse (Kvale og Brinkmann, 2009). I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det vanlig kritikk av intervjuforskning, at det i slike studier er for få informanter til at kunnskapen er generaliserbar og relevant for annet det undersøkelsen dreier seg om. Hvis vi er interessert i generalisering av kunnskap må vi stille spørsmål om kunnskapen i en studie er overførbar til lignende situasjoner, og ikke om de har en global overførbarhet.

I min studie har jeg valgt å undersøke hva som fremmer og hva som hemmer samhandling mellom spesialisthelsetjenesten innen det psykiske helsefeltet, jeg har valgt å intervju informantene fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Jeg har under hele studien vært opptatt av å finne ny og for meg ukjente aspekter ved hva som påvirker samhandlingen, og har prøvd å være bevisst min forforståelse. Ved å finne ulike aspekter i en studie, i stedet for å finne en entydig sannhet er i det ifølge Kvale og Brinkmann (2009) større sannsynlighet for at en for at studien er valid, noe som må være tilstede for at den er generaliserbar. Ved å intervju samhandlingsaktører kan det være en mulighet for at informantene i større grad er forsiktige med kritiske blikk på intervjuerens arbeidssted og det som intervjueren representerer i det daglige.

4. Resultat

I resultatdelen vil jeg presentere funnene jeg har gjort i studien. Jeg har intervjuet til sammen åtte informanter. Fire i spesialisthelsetjenesten og fire i kommunen. Samtlige informanter har erfaring med samhandling på tvers av nivåene innenfor psykisk helsearbeid.

Informantene i kommunen består av to ledere innenfor psykisk helse, begge har hatt roller innenfor oppbyggingen av det kommunale psykisk helsearbeidet og har vært deltagere i ulike samhandlingsforum med spesialisthelsetjenesten over flere år. De to øvrige kommunale informantene består av to ansatte med høyere utdanning og lang erfaring i arbeidet innen psykisk helse. De to sistnevnte informanter har stor grad av erfaring med samhandling med spesialisthelsetjenesten omkring enkeltbrukere.

Informantene i spesialisthelsetjenesten består av tre ledere, og en psykologspesialist. En av lederne er ansatt i akuttavdeling, mens de øvrige er tilsatt på et Distriktpsikiatrisk senter(DPS). Psykologspesialisten og to av lederne på DPS har langvarig klinisk erfaring og samhandlingserfaring med kommunen på brukernivå.

Med bakgrunn i teori og tidligere forskning vil det empiriske materialet bli analysert i dette kapitlet. Formålet med dette er å gi et bilde på hvilke erfaringer informantene har med hva som påvirker samhandlingen innenfor det psykiske helsefeltet på tvers av nivåene.

Kapitlet er strukturert omkring funnene i analysen, og presenteres med hovedoverskriftene: Rutiner og struktur, relasjoner og kommunikasjon, felles forståelse, kompetanse og kunnskap, og anerkjennelse.

4.1 Rutiner og Struktur

Når det gjelder betydningen av struktur, hadde lengden på pasientforløpet mye å bety i følge informantene. Informanter i spesialisthelsetjenesten beskrev at rutiner for overføringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen var viktigst når innleggelsene var korte, hvis det ikke var etablert gode rutiner for overføring, kunne det ta unødvendig lang tid før kommunale tjenester ble etablert omkring brukerne. Informanter i spesialisthelsetjenesten belyste at rutiner for overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen var

viktig for å ivareta helheten i tjenesteytingen og unngå ventetid før kommunale tjenester ble etablert. De sa også at når det gjaldt overføring av brukere fra spesialisthelsetjenesten til kommunen som kunne nyttiggjøre seg tradisjonell oppfølging i kommunen, og ikke trengte mye ressurser, så var rutiner for overføringen viktig for at brukeren skulle oppleve en helhet i behandlingsforløpet, på grunn av at innleggelsene kunne være korte og at det ikke alltid lot seg gjøre å avholde møter under behandlingen. En av informantene i spesialisthelsetjenesten beskrev hvor stor nytte de hadde av at kommunene hadde etablert bestillerkontor med et telefonnummer de kunne ringe, slik at de alltid visste hvor de skulle henvende seg når de skulle søke om kommunale tjenester på brukerens vegne.

”vi ringer et telefonnummer som vi har fått oppgitt, det forenkler det veldig for oss.”

For en av informantene ansatt i akuttavdeling i spesialisthelsetjenesten med høyt trykk på sengene i avdelingen, var det viktigere med rutiner for å gi beskjed om utskriving, enn å komme i dialog med den personen som skulle gi kommunal oppfølging. For ansatte i akutt avdeling fungerte det bra med en enveis kommunikasjon når det gjaldt hurtig utskriving av pasientene.

«For at vi skal kunne kjøre gjennom 400 – 450 innleggelser i året så må vi ha rutiner for samhandling, vi er helt avhengige av det.»

Det ble beskrevet av en informant i spesialisthelsetjenesten at rutinene hadde mest å bety for selve etableringen av kommunale tjenester omkring brukere, og at brukerne fikk like gode tjenester i de kommunene det ikke var gode rutiner for overføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, men at det var vanskeligere og tok lengre tid før nødvendige tjenester var på plass. Rutinene skaper forutsigbarhet for spesialisthelsetjenesten når de skal bistå brukerne med å søke om kommunale tjenester. I samhandlingen med en bestemt kommune ble det beskrevet av informant i spesialisthelsetjenesten at rutiner manglet, og at det var vanskeligere å etablere gode tjenester, men når tjenestene først var etablert var samhandlingen god.

«Der får vi ikke til den tette samhandlingen altså. Vi samarbeider godt omkring enkeltbrukere, men ikke på det organisatoriske og det administrative planet.»

4.1.1 Komplekse og utfordrende brukersaker

Brukersakene der de etablerte rutinene ikke strekker til, kan i mange tilfeller kreve samhandling ut over det som er vanlig, informantene ansatt i spesialisthelsetjenesten beskrev at det var i disse sakene at utfordringene ofte oppsto.

«De gangene vi ser at det drar seg til og blir vanskelig, er de gangene det er noen som krever helt spesielle tiltak.»

I komplekse brukersaker belyste de fleste av informantene viktigheten av å kunne møtes og drøfte saken sammen ut over ordinære søknadsrutiner. Informanter i kommunen og spesialisthelsetjenesten er enige om at for å etablere et godt samarbeid, er det viktig med faste møter for samhandling på systemnivå. Informantene beskrev også viktigheten av at spesialisthelsetjenesten og kommunen hadde etablert flere felles møteforum der felles utfordringer kunne drøftes. Det ble beskrevet av en informant ansatt i kommunen at det var viktig at det var etablert samhandlingsmøter med spesialisthelsetjenesten. Da hadde man muligheten til å utvikle felles rutiner for samarbeid og etablere løsninger som ansatte i begge nivå var enige i at kunne fungere, for å gi brukerne best mulig tjenester og et helhetlig pasientforløp uten unødvendig ventetid.

«Det er jo det at man møtes, og prøver å utvikle rutiner for samarbeid og finne ut hvordan man skal gjøre dette her.»

Det ble også beskrevet erfaringer med utfordrende og komplekse brukersaker, der spesialisthelsetjenesten vurderte at brukeren hadde behov for tett oppfølging i kommunen. Spesialisthelsetjenesten planla utskrivning uten at de opplevde å komme i kontakt med den ansatte i kommunen som kunne ta ansvaret for å gi brukeren et tilbud. Utfordringer omkring utskrivning av brukere fra innleggelse i spesialisthelsetjenesten til kommunen oppstod ofte når det var brukere med atferdsproblemer som krevde mye ressurser og tett bemanning i kommunen, i følge en informant i spesialisthelsetjenesten kunne det virke som at ansatte i kommunen vegret seg for å ta ansvar når brukerne krevde mye ressurser, i dette tilfellet bolig med bemanning. I en bestemt sak måtte spesialisthelsetjenesten til slutt kontakte rådmannen i kommunen for å få plassert et ansvar for det kommunale tilbudet, dette opplevdes svært vanskelig for de ansatte som skulle sørge for utskrivning av brukeren.

”Det å treffe den fagpersonen som blir ansvarlig for oppfølgingen, det var der vi ikke nådde frem. Dermed så ble pasienten skadelidende.”

I følge flere av informantene i spesialisthelsetjenesten er det i de komplekse sakene som krever mye ressurser at samarbeidet blir satt på prøve. Eksempelvis der pasienten ikke ser sitt behov for bistand, men kommune og spesialisthelsetjeneste prøver å fordele oppgaver og ansvar. I enkelte utfordrende saker, kan kommunen og spesialisthelsetjenesten være mer opptatt av hva den andre parten skal gjøre enn sitt eget ansvar. Erfaringen informantene hadde fra arbeidet omkring brukere med store hjelpebehov var at det krevde en gjensidig tilpasning for å kunne gi et helhetlig og godt tilbud.

”Det er jo store seksjoner eller enheter som driver på med sitt, sånn at skillet mellom dem og kommunehelsetjenesten kan være langt fra hverandre av og til. Det blir jo lettere sikkert, eller mindre viktig når ting går ganske glatt, eller er enig om hvem som gjør hva. Det er jo mye det det handler om tror jeg, å være enig om hvem som gjør hva. Få til disse glatte overgangene som de kaller det.

Flere av informantene i spesialisthelsetjenesten belyste at samhandling er viktigere i utfordrende saker, enn i saker der alt kan gjøres rutinemessig. I følge informantene er ikke samhandling omkring pasienter som det er enkelt å etablere gode tjenester til som nødvendigvis er viktigst, men de pasientene som det er store utfordringer omkring og som det vanskelig å finne gode tiltak for. Da kan det i følge informantene være viktig at en har forståelse for samhandlingsaktørene, og er villig til gjensidig å tilpasse seg hverandre for å nå felles mål omkring brukeren. En informant ansatt i kommunen hadde erfaring med at kommunen og spesialisthelsetjenesten betraktet tjenesteutmålingen ulikt og hadde ulike normer for hvilket tilbud som ble gitt den enkelte bruker. Da var det viktig at en hadde respekt for den andre samhandlingsaktørens synspunkt hvis samhandlingen skulle være god, selv om en ikke var enig.

4.1.2 Utfordringer med rutiner

Informantene i denne studien hadde erfaring med at rutiner i enkelte saker ikke var tilstrekkelig eller kunne vanskeliggjøre samhandlingen omkring enkelte brukere. En standardisering av hvordan overføringen gjøres mellom spesialisthelsetjenesten kunne i følge informantene gjøre det vanskelig å ta individuelle hensyn. Det nevnes også av informantene at

ved å standardisere overføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, så kan viktige møtepunkt falle bort, og en vil kunne risikere å etablere tjenester som skal passe alle brukere.

”Jeg lurer litt på der man har mange felles pasienter, ofte har gode eller bedre rutiner, prosedyrer for å håndtere det, men det blir også kanskje litt vanskeligere å ta individuelle hensyn».

I følge en kommunalt ansatt informant og en informant ansatt i spesialisthelsetjenesten kan samhandlingen fungere bedre der det ikke er etablert en fast struktur for pasientoverføring, fordi at saken da kan bli gjennomgått grundigere enn der det er tydelige rutiner for pasientoverføring. En informant i spesialisthelsetjenesten hadde erfaring med at det kunne være enklere å etablere gode tiltak for brukerne hvis tjenesteytere i fra begge nivå møttes og ble enige om hvilke tiltak som skulle etableres, enn om søknad sendtes til kommunen og tjenester ble innvilget eller avslått uten at partene møttes.

Det ble også belyst av to informanter ansatt i spesialisthelsetjenesten at veien må gås opp på nytt i hver sak hvis det ikke er etablert klare rutiner for samhandling. Noe som kan føre til godt tilrettelagte individuelle tjenester hvis tjenesteutøverne er fleksible og løsningsorienterte. Samtidig så mente flere av informantene at løs struktur fører til store utfordringer i forhold til hvem en skal henvende seg til i det enkelte pasientforløpet, og at det ville bli personavhengig hvilke tjenester den enkelte bruker fikk, og at en kunne risikere store individuelle forskjeller i typen tilbud hvis det ikke var noen form for struktur. En informant i spesialisthelsetjenesten hadde erfaring med at for å etablere gode behandlingsforløp var en avhengig av å komme i kontakt med gode fagfolk i kommunen.

«Så tror jeg det at samhandling med kommuner det er få felles brukere kanskje av og til kan fungere bedre, men det kommer litt an på hjelperne, hvis man har tjenesteytere som er veldig aktive.»

I følge informantene i spesialisthelsetjenesten vil det være en forskjell på samhandlingen med kommunen avhengig av om det er mange brukere som det skal samhandles om. Når det

gjelder et stort antall brukere er det behov for rutiner, mens en i følge flere informanter i spesialisthelsetjenesten opplever at rutiner ikke nødvendigvis fører til bedre tjenester hvis det er få felles brukere, men at de i stedet kan være et hinder for individuelle behov.

4.1.3 Faste møter

Etablering av faste møter på systemnivå, kan i følge informanter både i kommunen og spesialisthelsetjenesten bidra til å sørge for at samhandlingen blir forankret i ledelsen, og satt på dagsorden blant ansatte i begge nivå. I følge informantene så er en forankring i ledelsen viktig når en ønsker å forbedre samhandlingen. At både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten forplikter seg gjennom samarbeidsavtaler og tilpasser seg hverandre, vil i følge informantene være viktig for å få etablert samhandling, samtidig som skriftliggjøring av nye rutiner i følge informanter i kommunen og spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for å lykkes når samhandlingspraksis skal videreføres fra ledelse til ansatte i nivåene. Med erfaring fra et felles samhandlingsprosjekt fortalte en av informantene i spesialisthelsetjenesten at nye og bedre rutiner for tjenesteetableringen omkring den enkelte bruker skulle skriftliggjøres og dette forpliktet både kommunen og spesialisthelsetjenesten å forholde seg til når det var avtalt, dette gjelder spesielt individuelle behandlingsforløp.

”Og så har vi jo et felles prosjekt der vi skal utvikle gjensidig forpliktende samhandlingsmodeller, et prosjekt som går over 4 år, der kommune og spesialisthelsetjeneste og brukerrepresentanter deltar for å få skriftliggjort samhandlingen og dette med gjensidig forpliktende er jo viktig, at begge sitt ansvar på en måte skriftliggjøres.”

At samhandlingsaktørene i spesialisthelsetjenesten nå har mulighet til å delta i kommunens samhandlingsmøter, blant annet fagteam er med på å fremme samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. En informant i spesialisthelsetjenesten sa at en på systemnivå har mulighet til å avklare hvilken tjeneste som har ansvar for hvilke tiltak, som kan bidra til mindre konflikt i samhandlingen på individnivå. Erfaringene til informantene var at en på denne måten hadde mulighet til å legge til rette for bedre samhandling mellom tjenesteyterne. Informanten i spesialisthelsetjenesten beskrev dette som et stort fremskritt i

forhold til tidligere da kommune og spesialisthelsetjenesten ikke hadde noen felles møtearenaer innenfor psykisk helsearbeid.

”For vi har jo hatt eksempler på hvor vi virkelig har kranglet og også, om at hvem sitt ansvar er dette, og noen av mine spesialister, eller noen av våre spesialister hevder at de har svaret, og så kan ikke kommunen innfri på det svaret, for de har ikke ressurser til det, og da kan man fort begynne å krangle. Men det som skjedde da var at vi satte oss i lag, også ble vi enig om at slik skal vi løse dette. For det er jeg veldig opptatt av at vi ikke skal tre sånne forventninger som ikke kan innfris ned over hodet på folk. Vi må snakke i lag.”

4.1.4 Økonomi og ressurser

Økonomiske faktorer som statlige tilskudd er med på å muliggjøre samhandling, og er i følge flere informanter en forutsetning for at det skal kunne prioriteres. Prosjekt som ”utvikling av forpliktende samhandlingsmodeller” som er tidsbegrenset prosjekt med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet, er med på å sørge for at man kan prioritere arbeidet med samhandling i en hverdag som har stort fokus på økonomi og effektivitet. Informantene beskrev at det var nødvendig at ledelsen både i spesialisthelsetjenesten og kommunen prioriterte og satte samhandling på dagsorden for at dette kunne bli en realitet i en travel hverdag. Politisk forankring og informasjon om at det bør tilrettelegges for samhandling ble også belyst som en viktig faktor for at det skulle kunne prioriteres over tid.

”Vi må ha forankring opp i ledelsen hvis dette skal fungere for de som utfører den daglige kontakten.”

Arbeidstid er en faktor som i følge informantene kan være med på å påvirke samhandlingen. Turnusarbeid blant ansatte i kommunale enheter og innen spesialisthelsetjenesten, ble beskrevet som forhold som kan være med på å sørge for at det kan ta lang tid mellom hver anledning til å gjennomføre felles møter. Informanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten beskrev at det var nødvendig at deres nærmeste overordnede var opptatt av, og prioriterte å bruke tid og ressurser på samhandling for at de selv skulle kunne ha fokus på dette.

”Det kan ha noe med organiseringa å gjøre, hvordan lederen ser på dette med samhandling.”

4.2 Relasjoner og kommunikasjon

God kontakt og en jevnlig dialog mellom tjenesteyterne i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er i følge alle informantene viktig i samhandlingen omkring brukere. I følge informantene i kommunen og spesialisthelsetjenesten så er det den direkte samhandlingen mellom tjenesteytere i kommune og spesialisthelsetjeneste som ofte har størst betydning for brukeren. I følge en kommunal informant, kunne det at noen i kommunen og spesialisthelsetjenesten fikk til god samhandling, føre til at kolleger fikk et mer positivt forhold til det øvrige nivået på grunn av positiv omtale fra egen kollega. Den kommunale informanten sa at å omtale sine samhandlingspartnere på en positiv måte ville ha god effekt når det gjaldt holdningsbygging mellom nivåene.

”Det som i min erfaring er det som gir best resultater, er de uformelle strukturene. Altså, det er relasjon, relasjon og relasjon. Det er det som går på en dyadisk relasjon mellom to personer. Og det tenker jeg har en slags smitteeffekt, dersom en person fra kommunen og en fra spesialisthelsetjenesten klarer å få til å samarbeide både uformelt og formelt og skape en god relasjon seg i mellom, så vil det ryktet spre seg også. At man klarer på en måte å opparbeide et godt rykte, et godt renommé hos hverandre. Og at man kjenner hverandre og blir kjent, det er en ting som jeg tenker at man ikke automatisk og uten videre kan implementeres ovenfra, altså, det må komme prosesser nedenfra.”

Relasjoner ser ut til å være en faktor som må være på plass eller bygges underveis for at man skal få til å etablere samhandling. I følge informantene så er ikke rutiner og struktur det viktigste for samhandling, men at hver enkelt tjenesteyter gis mulighet til å bli kjent med samarbeidspartnere og etablerer en trygg relasjon som gir mulighet for åpenhet omkring faktorer som påvirker tjenester og behandling. I følge en kommunal informant kan det være enklere å etablere samhandling med andre ansatte med noenlunde lik utdanning og perspektiv på fagutøvelsen.

”Først så tror jeg at det med relasjoner er viktig, at du treffer folk som du får god kontakt med, som du får til å samhandle med rent personlig og så synes jeg at jeg opplever at har man samme ståsted og forståelse for hverandre så går det bedre, og da eksempelvis dette med helsefag kontra helsefag, det er lettere å samarbeide med folk som en har samme profesjonsbakgrunn som og opplever at man har det samme perspektivet som synes jeg.”

I følge flere informanter i kommunen og spesialisthelsetjenesten kan det virke som at relasjonskompetanse og personlig egnethet ofte vil være like viktig i samhandling med samarbeidspartnere som det vil være i bruker – tjenesteyter samhandlingen. En av informantene ansatt i kommunen mente at det burde legges til rette for relasjonsbygging mellom fagfolk, for deretter å ha bedre utgangspunkt for å drøfte saker. Den samme informanten mente at gjennom å etablere gode relasjoner mellom fagfolk i nivåene, var det enklere å avklare de områdene som en ofte har utfordringer med, spesielt i de sakene det er uklart hvem som gjør hva og hvem som har ansvar for hvilke oppgaver. Informanten mente også at psykisk helsearbeid som fag skilte seg ut fra øvrige helsetjenester og at det ikke nødvendigvis var mulig å etablere rutiner som kan favne alle utfordringsområder, og at en er avhengig av en gjensidig samhandling på individnivå.

”Å ha arrangement sammen for å bli kjent med personene som utøver faget og så i neste runde, eller gjennom det å bli kjent med faget og kanskje få gått opp noen grenser og få avklart gråsoner. For det er jo, det er jo litt sånn, spesielt i faget her, det går ikke an å nedfelle alt i skriftlig rutiner, så en må jo liksom ta fra sak til sak noen ganger og, og da er det i alle fall viktig at man kjenner hverandre og vet hvem man har å spille på og hvilke typer tjenester og fag man har å spille på.”

Det påpekes også av informanter i kommunen og spesialisthelsetjenesten at det kan være utfordringer med å ha for tett samhandling, spesielt hvis det er tjenesteutøvere som har en konflikt eller negative erfaringer med å samhandle med hverandre. Det ble av to informanter i kommunen beskrevet at det burde være en god relasjon i mellom samhandlingsaktørene som utgangspunkt for samhandlingen, hvis relasjonen var dårlig kunne dette føre til dårligere samhandling hvis disse personene skulle møtes ofte.

”Ja, altså det kan jo hende at jo flere brukere, jo mer kontakt er man nødt til å ha. Det kan jo være så enkelt. Men det er jo også, jo mer kontakt man har, jo større potensial for konflikt også, så det kan jo på en måte virke begge veier.”

Informantene mener at det er igjennom relasjonsbygging mellom tjenesteutøvere at samhandlingen kan styrkes. Ved å etablere nære relasjoner mellom de ulike fagutøverne og øke forståelsen for hvordan samhandlingspartnere utøver faget kan grunnlaget for god samhandling etableres.

“Så jeg tenker vi må skape gode arenaer hvor man kan lære hverandre å kjenne, og lære å forstå hverandre, og det gjør man gjennom å skape slike nære uformelle relasjoner altså. En slags sånn en-til-en samhandling rett og slett, at man må prøve å invitere hverandre inn i hverandres arbeidshverdag.”

4.3 Felles forståelse

Det å ha felles behandlingsmål for arbeidet omkring felles brukere er av stor betydning for samhandlingen. De fleste informantene virket å være opptatte av at mål var beskrevet og at det ble jobbet mot felles mål. Flere mente at dersom man har en felles forståelse av brukerens utfordringer og vet hva man kan forvente av samarbeidspartneren, kan dette være med på å fremme den videre samhandlingen. Kunnskap om hverandre og hverandres tjenester er i følge informanter både i kommunen og spesialisthelsetjenesten en forutsetning i samhandlingen. Både om hva man selv kan bidra med, og kunnskap om sine samarbeidspartnere. Flere av informantene mente at konflikter kunne ha vært unngått dersom roller og arbeidsoppgaver hadde vært avklart på forhånd. Informantene i kommunen beskrev en opplevelse av frustrasjon både for hjelperen, og ikke minst for brukerne, når det stiltes urealistiske krav til kommunale tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Viktigheten av å ha felles mål, og enigheten om tiltak er også områder som informantene i både spesialisthelsetjenesten og kommunen beskrev at hadde stor påvirkning på samhandlingen. En informant i kommunen beskrev viktigheten med koordinerte tjenester og etablering av Individuell plan for brukere med flere tjenester. Han beskrev individuell plan som et viktig verktøy for å sikre koordinering og at en jobbet mot felles mål, og at en gjennom koordineringsarbeidet kan sikre en felles forståelse omkring brukeren. Individuell plan ble også beskrevet av en informant fra

spesialisthelsetjenesten, informanten påpekte av Individuell plan var et verktøy de var pålagt å bruke og at det var viktig for å få plass nødvendige tjenester omkring brukeren.

«det er kjempeviktig at tjenestene er koordinert og at du vet hva utfordringene dine er og at en jobber sammen, ikke samtidig men jobber med samme tingene».

Informantene ansatt i kommunen sier også at uklare grenser mellom hvilket behandlingstilbud som blir gitt i spesialisthelsetjenesten og hvilket behandlingstilbud som blir gitt i kommunen også gir grunnlag for at samhandlingen kan være utfordrende. Informantenes erfaring med at kommunen og spesialisthelsetjenesten gir tilnærmet like tilbud til brukerne vanskeliggjør samhandlingen og har i tilfeller ført til store diskusjoner mellom nivåene. Ved tydelig definisjon av grensen mellom tjenestenivåene ville det vært mulig å unngå en del konflikter mener informantene. Ulik forståelse av behandling og tilrettelegging for brukere i kommunen og spesialisthelsetjenesten er områder det kan være knyttet utfordringer til. To informanter i kommunen hadde erfaring med at det ikke er en felles forståelse av hva som er kommunale oppgaver og hva som er spesialisthelsetjenesteoppgaver, og at dette kunne føre til konflikt i noen tilfeller der aktørene ikke ble enige om hvem sin oppgave det var å utføre det enkelte tiltak. Informantene beskrev utfordringer med at spesialisthelsetjenesten i enkelte tilfeller gjennomførte tiltak etter innleggelse som han opplevde som kommunale oppgaver.

”Og så tror jeg at det er litt forskjellige kulturer i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og dette igjen fører til at det er litt uklare strukturer. Betydningen og definisjonen av hva som er behandling og utredning versus hva som er mer sånn kommunal omsorg og aktivitet ikke er så klart, sånn at det blir uklare roller mellom oss.”

En informant ansatt i kommunen beskriver utfordringene innen samhandling som to ulike behandlingskulturer, og at det er behov for å bli kjent med hverandres kultur for å bedre kunne forstå hvorfor samhandlingsaktørene tar de avgjørelsene de gjør. Informanten sa at det var behov for kjennskap til hverandres praksis og kunnskap om hvorfor tiltak iverksettes omkring den enkelte bruker, og at det vil kunne oppstå konflikter hvis en ikke tilegner seg kunnskap om sine samhandlingsaktører.

”Det er to ulike behandlingskulturer i kommunen og psykisk helsevern, og jeg tror egentlig begge de to har vanskelig for egentlig å skjønne og forstå hverandre.

Både informanter i spesialisthelsetjenesten og kommunen belyste at det hadde vært endringer i tjenestene i de senere år, noe som påvirker samhandlingen. Noe som kom frem var at tilbudet i kommunen hadde endret seg i så stor grad at det var utfordrende for ansatte i spesialisthelsetjenesten å kunne gi veiledning, sett fra spesialisthelsetjenesten ståsted hadde en del kommuner fått så god kompetanse på enkelte områder at de kunne regnes som spesialister på det feltet de jobber på. Det ble også sagt at enkelte pasientgrupper ikke lenger ble innlagt i spesialisthelsetjenesten fordi kommunene hadde så gode behandlingstilbud. I følge flere av informantene fra spesialisthelsetjenesten hadde kompetansenivået i kommunen økt i så stor grad, at det ikke lenger er opplagt hvor grensene i tjenesteytingen går.

”Det begynner å bli ganske bra tilbud i ulike tilnæringsmåter i kommunene og, jeg tenker med veiledningsgrupper i ulike fasonger, kognitiv terapi er jo på full fart inn på flere områder, vi har holdt på med det en stund, men jeg ser jo at kommunene også gir et tilnærmet spesialtilbud på det. Psykosebehandlingen har jo kommet veldig langt, vi har jo ikke langvarig psykotiske schizofrene innlagt lenger, de er jo i heimen. Og det blir jo en forlenget arm av spesialisthelsetjenesten i nettopp det, så det er vel mer å se på skilnadene i behandlingstilnærmingen her og hvordan skal det være skilnad i det som kan være vanskelig å se etter hvert?”

Informantene som er ansatt i kommunen hadde erfaringer med at det kunne være utfordrende å samhandle når man opplevde at spesialisthelsetjenesten ønsket å bestille tjenester på kommunens vegne. For informantene som er ansatte i kommunen beskrev de at det var ønskelig å få en behovsbeskrivelse enn en tiltaksbeskrivelse som sa i detalj hva som var forventet etter utskriving. I tillegg ble det av de kommunalt ansatte informantene sagt at spesialisthelsetjenesten ønsker å ha stor innflytelse på tjenesteutmålingen i kommunen, men at de ikke gir kommunen innpass i deres tjenesteutmåling. De kommunalt ansatte informantene hadde erfaring med at det ikke var noe gjensidig tilpasning i arbeidet omkring brukerne, men at spesialisthelsetjenesten ønsket at kommunen skulle tilpasse seg deres måte å utforme tjenester på. Både informanter i spesialisthelsetjenesten og kommunen beskrev det som utfordrende hvis det var uenighet om hvilke tiltak som burde etableres for den enkelte bruker.

”Jeg tenker, hvis du har en pasient som blir syk, også skal han ha hjelp, pasienten har jo sin sykdom eller sykdomsepisode og det er sikkert veldig vanskelig å være pasient hvis man opplever at hjelpeapparatet ikke ser på det som en sykdomsepisode, hvis det er vanskelig å komme videre. En del av helsetjenestene sier at det feiler deg sånn og sånn og du trenger det og det av hjelp, også er ikke den andre delen av helsetjenestene enig, eller man ikke forstår det likedan og sånn.”

I følge kommunale informanter vil en tidlig ansvarsavklaring være nødvendig for å få til en god samhandling innen psykisk helsearbeid. Det å ha kjennskap til ulike tiltak som den enkelte enhet kan sette i verk, gjør det også enklere å forberede bruker på hvilket tilbud som finnes og hva som kan forventes av tjenester. At samhandling etableres tidlig, slik at tilbud ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten tilpasses det kommunale tilbudet ser ut til å være en viktig faktor, spesielt for ansatte i kommunen. Hvis ansvar og oppgaver ikke fordeles vil det i følge kommunale informanter oppstå utfordringer i samhandlingen omkring den enkelte bruker. Dette gjaldt ikke bare når samhandlingsaktører ikke gjorde sin jobb, men i følge informantene i kommunen opplevdes det like utfordrende når spesialisthelsetjenesten utførte oppgaver som de kommunale informantene mente hørte hjemme i kommunen.

”At en kanskje ikke har definert rollene sine godt nok og oppgavene sine godt nok, sånn at man kanskje gjør ting som den andre mener er sin oppgave, det tror jeg kan være med på å hemme samhandlingen.”

I følge informanter i spesialisthelsetjenesten er det når man ikke greier å avklare arbeidsfordelingen at problemer ofte oppstår. Gjensidige oppfatninger om at de andre ikke gjør jobben sin og ansvarsfraskrivelse er punkter som informantene er enige om at bidrar til utfordringer i samhandlingen. Det ble av informantene i spesialisthelsetjenesten beskrevet som utfordrende når brukere ble skrevet ut fra behandling i spesialisthelsetjenesten, og ingenting skjedde når pasienten kom hjem til kommunen. En informant ansatt i spesialisthelsetjenesten beskrev pasientene som gråsonepasienter nå det ikke var opplagt hvilken tjeneste som skulle som hadde ansvaret for brukeren, og at disse brukerne kunne bli kasteballer mellom tjenestene.

”Men hvem gjør hva? For man ser det gjerne på de som man ikke når målet med og da begynner man å tenke at denne må legges inn og så skal man få det tilbudet, og så

kommer man hjem etter to dager. Ja men vi blir oppgitt over hverandre, vi sier det er en opplagt kommunal sak. Så kommer man hjem og er like dårlig og det er ikke gjort noen verdens ting, det er ikke gjort null niks, og klart det er noen som må tilbake igjen og klart det er jo dette som er vanskelig å håndtere, gråsonepasientene om det skal være et kommunalt tilbud eller spesialisthelsetjenesten.”

I følge informanter i spesialisthelsetjenesten og kommunen kan det være en utfordring at personer med psykiske lidelser fungerer på en annen måte i en avdeling på et sykehus enn hjemme i sin egen bolig i kjente omgivelser. En informant ansatt i spesialisthelsetjenesten sa at de fikk et helt annet inntrykk av brukernes funksjonsnivå, enn det kommunalt ansatte opplevde når brukeren var hjemme. De kommunalt ansatte informantene opplevde ofte at spesialisthelsetjenesten forespeilet brukerne et høyere tjenestenivå enn det som ble gjort i kommunen, samtidig som informantene fra spesialisthelsetjenesten opplevde det som utfordrende når kommunen ikke fulgte deres tilrådinger når det gjaldt behov for tjenester til brukerne.

”Hvordan er det å være kommunalt ansatt? Denne pasienten har en kommunal bolig på et sted, hvordan fungerer han der? Man ser helt forskjellige ting en kommunal miljøterapeut og en miljøterapeut i psykisk helsevern. Ta pasienten ut av sin naturlige biotop og flytt han inn på et sykehusrom så får man noe helt annet enn når han er hjemme og fungerer.”

En av informantene ansatt i kommunen hadde erfaring med hospitering i spesialisthelsetjenesten, og hadde opplevd at dette ga økt innsikt i deres arbeidshverdag. Hospiteringen hadde gitt økt forståelse i forhold til hvilke tiltak og behandling de satte i gang under innleggelsen. Dette gjaldt spesielt aktivitetstiltak som de gjennomførte under behandlingen. Tidligere hadde informanten hatt mange spørsmål om hvorfor de gjennomførte den type aktiviteter under behandlingen og hvorfor den var viktig, hospiteringen hadde gitt innsikt i hvorfor blant annet lagspill var en god metode for å komme i kontakt og etablere relasjon med brukerne på, i tillegg til fysisk aktivitet som verdifull i forhold psykisk helseproblematikk.

Informanter i kommunen og spesialisthelsetjenesten forteller om erfaringer de har i samhandlingen som omhandler å bli anerkjent for sitt arbeide. Informanter i kommunen la

vekt på at de ønsket å bli oppfattet som en likeverdig aktør av spesialisthelsetjenesten i samhandlingen. Fra spesialisthelsetjenesten ble det beskrevet at de i enkelte kommuner ble mottatt av rådmannen når de holdt undervisning for ansatte i kommunen, opplevelsen av anerkjennelse var stor når de ble mottatt på en slik måte. Informanter i spesialisthelsetjenesten beskrev at de ønsket at kommunen skulle benytte seg av deres kompetanse.

“Da møtte vi fire fulle kommunestyresaler med rådmann og ordfører, med helsepersonell og skole i alle fire kommunene. Og da ville de fortelle oss hva de ønsket å bruke oss til.”

En kommunalt ansatt beskrev det svært utfordrende når han ble møtt av bestillinger på brukerens vegne i samhandlingsmøter, i stedet for at de satte seg ned og prøvde å finne felles mål og tiltak for å bistå brukeren på best mulig måte. Den samme kommunale informanten beskrev også et samarbeid med spesialisthelsetjenesten der behandleren ringte og fortalte hvordan den polikliniske behandlingen med brukeren hadde foregått, for å gi informasjon som kanskje kunne være til hjelp. Dette hadde opplevdes svært nyttig i arbeidet, og opplevelsen av å være en jevnbyrdig samhandlingsaktør hadde vært god. Det ble også lagt vekt på at i enkelte tilfeller var opplevelsen sånn at spesialisthelsetjenesten ønsket å bestemme over kommunen, mens i andre tilfeller var det slik at spesialisthelsetjenesten ble sett på som en ressurs i et utfordrende arbeid.

”han ringte etter en samtale med en felles bruker og fortalte hvordan det var i forhold til den samtalen for at jeg kunne ta med det videre i min oppfølging av vedkommende, det er jo knallbra, det er sånn det skulle ha fungert.”

En informant i spesialisthelsetjenesten var opptatt av at man ikke måtte ha en «oss og dem tenking», og at en gjennom å forsøke å bli enige om hvordan en sammen skulle finne løsninger kunne få til et godt tilbud til den enkelte bruker. Informanten var også opptatt av at det var kommunen som visste hvordan de kunne bistå brukerne etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og at det var nødvendig med økt forståelse for dette i spesialisthelsetjenesten.

«Vi snakker mye om at vi ikke må ha sånn oss og dem tenking»

En informant i spesialisthelsetjenesten sa at det var viktig at behandlerne i spesialisthelsetjenesten bestilte tjenester på vegne av brukeren av kommunen, fordi dette i mange tilfeller kunne føre til konflikt om brukeren gjorde dette selv. Informanten mente at gjennom å snakke sammen som likeverdige aktører så kunne gode løsninger sammen etableres.

«Jeg er veldig opptatt av at vi ikke skal tre forventninger og oppgaver ned over hodet på folk.»

4.4 Kompetanse/Kunnskap

At det ikke er et definert skille i kompetansenivået mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, kan føre til forvirring og uklarhet omkring hvilken rolle det enkelte tjenestested skal ha. I følge en informant i spesialisthelsetjenesten har de tradisjonelt hatt større makt enn kommunen når det gjelder påvirkning på utforming av tjenestetilbud, og de har forventet at kommunen skal etablere de tiltak som spesialisthelsetjenesten mener er riktige.

”Jeg har jo gått rundt og sagt det noen ganger at jeg tror spesialisthelsetjenesten ofte ser på seg selv som utrolig suveren. Det er vi som vet, det er vi som skal bestemme og det er vi som vet hva god behandling er. Og jeg tror det er forferdelig viktig å jobbe med holdningsendringer her.”

Informantene i kommunen opplevde det vanskelig når spesialisthelsetjenesten i for stor grad ønsket å utforme kommunale tiltak, fordi at normen for tjenesteutmåling i kommunen er annerledes enn i spesialisthelsetjenesten. Informantene i kommunen syntes det var utfordrende når ansatte i spesialisthelsetjenesten påberopte seg større forståelse av hvordan tjenester skulle utformes i kommunen enn kommunalt ansatte. Det ble også sagt av informantene i kommunen at spesialisthelsetjenesten var eksperter innenfor sin tjeneste med behandling og utredning, og de kommunalt ansatte var de som hadde størst forståelse av hvordan brukeren fungerer i egen bolig og hvilken type tjenester det er behov for i kommunen.

”Hvem skal veilede hvem på en måte, hvem som sitter på kompetansen er litt uklart også, for eksempel når det gjelder hva er omsorg, hva er aktivitet og hva er behandling, det er slike begrep som er litt uklare og det kan være med på å føre til at det blir

vanskeligheter med samspillet.”

I følge informantene i kommunen så er tilsetting av personell med høy kompetanse i kommunen er med på å gjøre ansvarsområdene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ekstra utfordrende. Når det tradisjonelt bare er spesialisthelsetjenesten som har tilsatt psykologer, stiller det krav om holdningsendring når psykologer og annet personell med høy kompetanse tilsettes i kommunene. Når kompetansen i kommunen blir like høy som i spesialisthelsetjenesten på enkelte områder, oppleves det utfordrende for kommunalt ansatte at ansatte i spesialisthelsetjenesten inntar ekspertrollen.

I følge informantene i spesialisthelsetjenesten er anerkjennelse av den andre sektors kompetanse vesentlig i samhandlingen. At både kommunen og spesialisthelsetjenesten ser behov for, og forstår at den andre parten er viktig for å kunne gi gode og helhetlige tjenester til brukeren. To informanter i spesialisthelsetjenesten var opptatt av at kompetansen i kommunen var like viktig som deres i arbeidet omkring den enkelte bruker.

«Jeg tror at vi må forstå at vi kan lære mye av kommunene. For vi kan mye om bipolar lidelse, kognitiv terapi, motiverende intervju, vi kan om ulike utredningsverktøy og alt det der, det kan vi. Men så er det kommunene som kan noe om funksjonsnivå, hvordan skal vi få til noe i forhold til den brukeren».

5. Diskusjon

Denne studien viser at rutiner for utskrivelse av brukere mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen på det psykiske helsefeltet er en faktor som kan fremme samhandlingen, at en vet hvor en skal henvende seg. Faste møter mellom nivåene ble også beskrevet som viktig, spesielt når det gjelder komplekse brukersaker, og at en vet hvor en skal henvende seg når beslutninger skal tas. Gjennom å bli kjent med hverandres tjenestetilbud og få innsikt i hverandres muligheter og begrensninger kan dette føre til at samhandlingen bedres. For at samhandling skal kunne etableres i den daglige driften må det forankres i ledelsen og settes på dagsorden i begge nivå. Relasjoner mellom tjenesteyterne nivåene i mellom ble beskrevet som en viktig faktor, og at god relasjon kan føre til at samhandlingen fremmes og at tjenesteyterne «strekker» seg langt for å gi riktig hjelp. Tidlig etablering av tjenester i pasientforløpet når det gjelder psykisk helsetjenester ble beskrevet som viktig, at en på et tidlig tidspunkt samles og blir enige om hvem som gjør hva og mot hvilket mål det jobbes kan fremme samhandlingen.

Det ble belyst av informantene at rutiner i enkelte tilfeller kan føre til at samhandlingen hemmes, og at det er fare for at det utvikles standardtjenester i stedet for at individuelle behov vurderes. I utfordrende brukersaker kan nivåene bli mer opptatt av hva de andre skal gjøre, enn hva de selv kan gjøre for brukeren, dette vil gjøre samhandlingen utfordrende. Samtidig vil det være utfordrende hvis den ene samhandlingsparten gjør oppgaver den andre ser på som sin arbeidsoppgave. Hvis det ene nivået innenfor den psykiske helsetjenesten ønsker å bestille tjenester på vegne av det andre nivået i stedet for sammen finne løsninger vil det kunne hemme samhandlingen. Dårlige relasjoner mellom samhandlingsaktørene vil kunne føre til at samhandlingen vanskeliggjøres. Det kom også frem at det ikke nødvendigvis vil være positivt for samhandlingen å tilrettelegge for felles møter hvis tjenesteyterne ikke har en god relasjon i utgangspunktet. Uklare grenser i mellom nivåene når det gjelder hvem som gjør hva, vil kunne føre til utfordringer i samhandlingen.

Hva er det som fremmer, og hva er det som hemmer samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten innen det psykiske helsefeltet?

Hovedfunnene i studien viser at det er organisatoriske faktorer og mellommenneskelige faktorer som påvirker samhandlingen mellom nivåene. I analysen kom jeg frem til 5 hovedområder som jeg i diskusjonskapitlet vil drøfte i forhold til tidligere forskning og teori.

5.1 Rutiner og struktur

I følge Dychawy (2010) så kan tilrettelegging for at samhandlingsaktører møtes, løse felles utfordringer i en organisasjonsstruktur. Gjennom samhandlingsmøter kan en etablere felles forståelse, og gjennom å møtes kan tillitsforhold til samhandlingspartnere etableres, og dette kan føre til økt legitimitet (Dychawy, 2010). I følge Holmberg og Rudenstam (2010) så vil et godt samhandlingsforum mellom flere aktører styrke hverandres kompetanse og sørge for økt felles legitimitet gjennom å bygge tillit til hverandre som likeverdige aktører. For at felles møter skal ha en funksjon i samhandlingen er det følge Andvig m. fl. (2013) viktig at alle forplikter seg til deltakelse og prioriter møtene i sin arbeidshverdag.

Sett i forhold til Dychawy (2010) og Holmberg og Rudenstam (2010) sin forskning har det også i min studie vært entydig at tilrettelegging for felles møtearenaer for å bli kjent med hverandre kan være positivt for samhandlingen. Det kom også frem i studien at det var lurt å tilrettelegge for møter der ansatte fra hvert nivå kunne treffes for å bli kjent med hverandre, uten noen annen agenda for møtene, at relasjonsbygging i seg selv var målet. Felles møtepunkt var et tema som ble belyst av ansatte både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Min studie tyder på at gjennom felles møter er det mulighet for å bli enig om rutiner i behandlingsforløpene, som kan bli retningsgivende i arbeidet omkring den enkelte bruker. Faste møter på ledelsesnivå kan også være en arena der representanter fra begge nivå har mulighet til å bli enige om hvem som har ansvar for den enkelte oppgave, noe som kan ha betydning i brukersaker som det åpenbart er utfordringer knyttet til. Studien min tyder på, som Andvig m.fl. (2013) sin studie at det er viktig at deltakere forplikter seg til møter, det ble også antydnet at det var viktig med en forankring i ledelsen hvis samhandling skulle bli prioritert av ansatte.

Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at formell kommunikasjon er viktig for strukturer og oppgavefordeling. Etablerte strukturer og møter for samhandling er eksempler på formell kommunikasjon, og er relatert til organisasjonens oppgaver og utføringen av disse.

I forhold til Jacobsen og Thorsvik (2013) sitt perspektiv på organisasjonsteori, har det i min studie kommet frem at det er viktig med rutiner for hurtig utskrivning av brukerne, og at det i enkelte saker er viktigere med gode overføringsrutiner fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, enn å snakke med samhandlingsaktører i kommunen. Min studie antyder at organisatoriske tiltak som rutiner er viktige for å få flyt i behandlingsforløpet. I dette tilfellet at spesialisthelsetjenesten kan ringe et bestemt telefonnummer til bestillerkontoret i kommunen for å gi beskjed om utskrivningsklare brukere, eller søke om kommunale tjenester på vegne av brukeren.

I følge Elstad m.fl. (2013) sin studie, kan bestiller- utfører modellen i kommunen være til hinder for samhandling mellom nivåene, og den kan føre til at spesialisthelsetjenesten blir bestillere av kommunale tjenester, og aktørene i kommunen får lite kontroll og styring over de tiltakene og tjenestene de skal utføre. Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at standardisering av tjenester og rutiner er en god måte å styre en organisasjon på når det blant annet gjelder å sikre likhet i arbeidet, som er viktig del av jobben for et forvaltningsorgan som bestillerkontorene er. Samtidig belyser Jacobsen og Thorsvik (2013) at dette kan føre til rigiditet og lite fleksibilitet i arbeidet ved at standardisering kan føre til utfordringer med å se individuelle behov, og at en etablerer en type tjeneste som skal passe alle.

Sett i forhold til Elstad m.fl. (2013) sin studie, og Jacobsen og Thorsvik (2013) sitt teoretiske perspektiv, ble ikke bestiller- utfører modellen belyst som en utfordring i min studie, men etableringen av bestillerkontor i kommunen ble beskrevet som en fordel for spesialisthelsetjenesten når det var nødvendig med rask utskrivning av pasienten. Fra kommunen sitt ståsted, var det utfordrende når tjenester ble bestilt på deres vegne fra spesialisthelsetjenesten, og det var ønskelig at de selv fikk utforme tiltak omkring brukerne etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Dagens bestiller- utfører modell er en utfordring som kan være en utfordring, spesielt med tanke på samhandlingsreformens (st. meld 47 2008-2009) mål om at kommunen og spesialisthelsetjenesten skal være jevnbyrdige aktører. I min studie kom det frem at det var en viktig del av arbeidet for utførerne i kommunen å kunne etablere nødvendige tiltak omkring brukeren. Bestiller- utfører modellen kan legge til rette for

ansatte i spesialisthelsetjenesten, når det gjelder å søke om kommunale tjenester på brukerens vegne, men kan på samme vis være til hinder for at den faglige kompetansen hos utfører i kommunen får anledning til å vurdere hver enkelt sak, når tjenesteetableringen skal gjøres rutinemessig av bestillerkontoret. Min studie tyder på at ansatte i kommunen opplever det utfordrende at spesialisthelsetjenesten ønsker å bestille psykisk helsetjenester i kommunen, og at ansatte i kommunen ønsker å vurdere hvilke tiltak som iverksettes omkring den enkelte bruker selv, samtidig så kan det tyde på at bestiller- utfører modellen i kommunen er med på å sørge for at spesialisthelsetjenesten blir den som legger grunnlag for hvilke tjenester som etableres i kommunen, og at utførerne i kommunen i for liten grad deltar i vurdering om hvilke tjenester som er hensiktsmessige. Hvis en skal jobbe mot bedre samhandling i praksis, så kan det se ut som at bestiller- utførermodellen er en utfordring som må håndteres internt i kommunen. Samtidig som det er nødvendig å se på muligheten for at kommunale aktører kommer tidligere inn i behandlingsforløpet, slik at brudd i behandlingsforløpet unngås.

Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at sterke organisasjonskulturer som ikke nødvendigvis anerkjenner en annen forståelse av behandling vil kunne føre til konflikt i samhandlingen mellom to ulike organisasjoner, og at sterke organisasjonskulturer vil ha utfordringer med å tilpasse seg andre i en samhandlingssituasjon. Jacobsen og Thorsvik (2013) sier også at etablering av en sterk kultur og felles normer i en organisasjon vil kunne føre til at det utvikles selvgode og ensartede organisasjoner som ikke greier å se andre muligheter eller måter å løse en utfordring på. Tøndel og Ose (2014) sin forskning viser at felles møter kan være en utfordring hvis agendaen for møtene dreier seg om ressursbruk.

I min studie ble felles møtearenaer opplevd på to måter. På den ene siden var det en arena for å bli kjent med hverandre, mens på den andre siden kan den bli en konfliktarena. Sett i forhold til Jacobsen og Thorsvik (2013) sin teori, tyder min studie at felles møter kan bli brukt som et middel for å bestille tjenester på den andre aktøren sin vegne, og dette vil kunne føre til konflikt i stedet for at nivåene etablerer en felles forståelse av tjenestene. Dette kan handle om ulikt syn på behandling og tjenesteetablering, og at samhandlingsaktørene ikke vil finne løsninger som ikke passer inn i allerede etablert kultur. Min studie tyder blant annet på at enkelte ansatte i spesialisthelsetjenesten ønsker at kommunen skal innfri behov som de beskriver, mens ansatte i kommunen ønsker å finne egne løsninger omkring brukerne. Sett i forhold til Tøndel og Ose (2014) sin forskning, kan også min studie tyde på at utfordringene mellom nivåene innenfor psykisk helse oppstår når det er spørsmål om ressurser, og at møtene

mellom nivåene blir en diskusjon om forsvarlig hjelp. I noen grad antyder studien min at spesialisthelsetjenesten opplever et ansvar på brukerens vegne om å kjempe kampen om en god psykisk helsetjeneste i kommunen, mens kommunen i tillegg til å sørge for et tilbud om et godt psykisk helsetilbud, må forholde seg til de virkemidler og ressurser de har.

Norvoll (2013) beskriver utfordringer hvis kommunen og spesialisthelsetjenesten etablerer samhandlingen sin på en måte der kommunen overtar brukersaken fra spesialisthelsetjenesten uten at det er dialog mellom tjenesteyterne. Norvoll (2013) kaller det negativ samordning i behandlingsforløpet når det ikke oppleves et brudd mellom tjenestene, men det mangler sammenheng mellom det som foregår omkring brukeren i de ulike nivåene.

Min studie antyder som Norvoll (2013) sin teori, at det kan være utfordringer hvis tjenesteetableringen i kommunen gjøres for rutinemessig, og at det ikke foregår samhandling mellom nivåene når brukerne skal skrives ut fra sengepost i spesialisthelsetjenesten til åpen omsorg i kommunen. Utfordringene vil kunne variere fra sak til sak, men det kan tyde på at utfordringen er størst i de sakene som krever mye ressurser, og tiltak som krever stor bemanning. Min studie tyder på at det er behov for koordinering av tjenester omkring brukerne for at hele tjenesteapparatet skal kunne jobbe mot de målene som brukeren har satt seg, og at det er en nødvendighet med dialog mellom samhandlingsaktørene hvis dette skal la seg gjøre. Dette er i samsvar med Magnusson og Lutzen (2009) sine funn hvor både mellommenneskelige og organisatoriske faktorer påvirker samhandlingen mellom samhandlingsaktører, og at samhandling der samhandlingsaktører møtes og opplever en jevnbyrdighet vil påvirke samhandlingen positivt.

I forhold til Norvoll (2013) sin beskrivelse av negativ samordning og Magnusson og Lutzen (2009) sin studie, antyder min studie at spesialisthelsetjenesten har erfaring med at de beste tjenestene etableres i kommunen når samhandlingen mellom tjenesteyterne er god, og at rigide rutiner kan være til hinder for individuelt tilpassede tjenester, og at en risikerer å etablere en type tjeneste som skal passe alle hvis det ikke er en dialog mellom aktørene.

5.2 Relasjon og kommunikasjon

Holmberg og Rudenstam (2010) sier at gjennom at samhandlingsaktører møtes kan det sørge for økt smidighet i etableringen av tjenester omkring brukerne, enn om det ikke er møter

mellom nivåene innen psykisk helse. Lovverk og behandlingstid av søknader regulerer ofte prosessen med å etablere tjenester, ved møter mellom nivåene vil dette kunne påvirkes positivt for brukeren (Holmberg Rudenstam, 2010). Samhandling handler om å møtes, og samhandlingen dreier seg ofte om en gjensidig tilpasning mellom aktørene. Hvis det er gode relasjoner mellom samhandlingsaktører vil en kunne etablere fleksible løsninger, i stedet for rigide rutiner som kan finne sted i store organisasjoner der det ikke er etablert en god samhandlingsstruktur (Holmberg og Rudenstam, 2010).

Sett i forhold til Holmberg og Rudenstam (2010) sin forskning, kan det også i min studie tyde på at god kommunikasjon mellom aktørene i begge nivå, vil være en forutsetning for at en god relasjon kan etableres. Studien min tyder på at opplevelsen av at samhandlingsaktørene jobber mot et felles mål, og kan bistå hverandre i arbeidet omkring felles brukere er viktig. Min studie antyder også at det kan være enklere å etablere gode tjenester sammen for brukerne hvis det er en relasjon mellom samhandlingsaktørene som bærer preg av tillit og god dialog. Når engasjerte samhandlingsaktører møtes vil de kunne finne gode løsninger sammen, men dette er i en viss grad personavhengig, og hvor interesserte de enkelte er i nå felles mål.

Dette har også blitt diskutert av Kaufman og Kaufmann (1998) som sier at gjennom å møtes ansikt til ansikt eller per telefon foregår en toveis kommunikasjon, og at en gjennom å få tilbakemelding på det en formidler vil en få bekreftet om budskapet er oppfattet slik en ønsker. Enveis kommunikasjon gjennom beskjeder per brev eller e-post vil en ikke kunne få bekreftet at informasjonen er oppfattet som ønskelig. Kommunikasjon der aktører møtes kan også gi opplevelse av fellesskap, samt at det å møtes ansikt til ansikt og inngå avtaler forplikter i større grad enn om avtale gjøres uten å møtes (Kaufmann og Kaufmann, 1998).

Studien min viser at gjennom å møtes og å bli kjent med samhandlingsaktører kan felles utfordringer løses, og at en da kan finne felles gode løsninger omkring brukeren. Fra kommunens ståsted tyder det på det er ønskelig med en gjensidig kommunikasjon omkring tjenesteetableringen, og ikke bestillinger på tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Min studie tyder også på at en god relasjon mellom aktørene fører til en bedret samhandling, og at en gjennom organisatorisk tilrettelegging for relasjonsbygging kan føre til at samhandlingsaktører møter hverandre og blir kjent med ulike tiltak og tjenester. Fra kommunens ståsted oppleves det vanskelig hvis spesialisthelsetjenesten ikke anerkjenner deres ståsted for tiltaksutmåling omkring den enkelte bruker, men i stedet ønsker å instruere

ansatte i kommunen. Som Kaufmann og Kaufmann (1998) sitt perspektiv antyder studien min at en enveis kommunikasjon vil i stor grad fungere bedre for avsender av beskjed enn mottaker når det gjelder overføring av brukere fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Også i min studie var en toveis kommunikasjon bedre enn enveis kommunikasjon, når det gjelder at nivåene sammen skal finne løsninger til det beste for brukeren og samhandlingsaktørene.

Springett (2010) sier at tillitsbaserte relasjoner som er etablert mellom samhandlingsaktører er vesentlig for samhandlingen, og at dette ikke kan oppnås gjennom møter i seg selv. Det er opplevelsen til den enkelte aktør som avgjør tillitsforholdet. I følge Giddens (1997) er en som samhandlingsaktør avhengig av å få bekreftelse på at samhandlingen fungerer som den skal for at tilliten mellom de involverte skal kunne opprettholdes.

Min studie antyder også som Springett (2010) sin forskning, at opplevelsen av å bli støttet kan føre til økt tillit til samhandlingsaktører. Tillit til samhandlingsaktører vil være personavhengig og hvordan samhandlingsaktører opplever samhandling med den enkelte samhandlingsaktør vil avgjøre om det etableres et tillitsforhold. Jevnbyrdighet i arbeidet er en faktor som blir lagt vekt på i samhandlingen innen psykisk helse, og opplevelsen av å bli tatt på alvor kan være avgjørende for videre samhandling. Min studie tyder på at det er enklere å enes om hvilke tiltak som skal etableres omkring den enkelte bruker hvis det er tillit mellom aktørene. En utfordring som belyses i min studie, er at det til dels er uklart hvem som har hvilke oppgaver i kommunen og spesialisthelsetjenesten og spesielt i utfordrende brukersaker. Med bakgrunn i Giddens (1997) sin teori kan det være vanskelig å etablere tillit når systemet ikke har definert tydelige avgrensinger i den enkeltes oppgaver, noe som kan være en forutsetning for å vurdere egen tillit til samhandlingsaktører og det systemet en er del av. Tillit avhenger av god kommunikasjon, og kan motvirke rigiditet som bunner i organisatoriske rammer, og at det er enklere å være fleksibel hvis relasjonen mellom samhandlingsaktører er god.

Kaufmann og Kaufmann, (1998) sier at god kommunikasjon er preget av et gjensidig samspill og dialog mellom aktørene, og at tilbakemeldinger på ens egen rolle er viktig i arbeidet.

Funn i Magnusson og Lutzen (2009) sin studie, beskrev at for å kunne etablere helhetlige og gode tilbud til brukeren, er en avhengig at et samspill i mellom aktørene. Gjennom relasjonsbygging er det mulig å se på samhandlingsaktører som en kollega, som utgangspunkt

for å kunne få til dette er en nødt til å forstå og respektere den andres måte å arbeide på (Magnusson og Lutzen, 2009). Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver uformell kommunikasjon som en viktig faktor i samhandlingen mellom fagfolk. Uformell kommunikasjon er all kommunikasjon som ikke er planlagt og som oppstår tilfeldig (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Uformell kommunikasjon vil i mange tilfeller være en motvekt mot rigide organisasjoner og den vil ofte finne sted mellom samhandlingsaktører som har en god relasjon og tillit til hverandre (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Den uformelle kommunikasjonen vil kunne ha like stor betydning for samhandlingen som formell kommunikasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Min studie antyder at kjemien og personlige relasjoner avgjør om hvordan samhandlingen mellom samhandlingsaktører blir. God samhandling er ikke noe som kan innføres ovenfra, men det er noe som skjer mellom enkeltindivid. Dialog er viktig i samhandlingen og en god relasjon starter med god kommunikasjon. Kaufmann og Kaufmann (1998) sin studie vektla tilbakemeldinger på eget arbeid, i min studie antydes det at opplevelsen av støtte fra samhandlingspartnere er viktig i arbeidet omkring felles saker. En god dialog mellom samhandlingsaktørene er viktig for samhandlingen og god kontakt med samhandlingsaktører er viktig for at samhandlingen skal oppleves positiv. Studien min antyder at utfordringen i samhandlingen ofte har utgangspunkt i at det ikke er en forståelse for samhandlingsaktørers sin måte å jobbe på, noe som gjenspeiler funn i Magnusson og Lutzen (2009) sin studie om at en er avhengig av å forstå og respektere den andres måte å arbeide på for at en samhandling skal bli god.

Dychawy (2010) sier at for å kunne samhandle trenger en kunnskap om dialog, og en organisasjon må motivere ansatte for å finne fleksible løsninger omkring pasienten, spesielt i grenseoverskridende samarbeid. Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver en gjensidig tilpasning som en måte å styre på innenfor små rammer der en har mulighet for tett kommunikasjon mellom samhandlingsaktørene.

Studien min antyder også som i Dychawy (2010) sin forskning at det er i saker der det ikke er tydelig hvem som skal gjøre hva, at mange utfordringer oppstår og at gode løsninger oppstår når samhandlingsaktørene greier å bli enige om oppgavefordelingen. I min studie ser en som Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver, at en gjensidig tilpasning mellom samhandlingsaktørene er nødvendig i samarbeidet omkring den enkelte bruker. Samtidig som

studien min antyder at fleksibilitet og tilpasning hos samhandlingsaktører i størst grad vektlegges fra spesialisthelsetjenestens ståsted. Årsaken til at fleksibilitet verdsettes i størst grad fra spesialisthelsetjenesten, kan være at kommunen har lite påvirkning på behandlingen i spesialisthelsetjenesten og ikke opplever å være i posisjon til å stille krav. Samtidig er det spesialisthelsetjenesten som har utfordringen med utskrivning av brukere til et kommunalt psykisk helsetilbud, og i noen tilfeller må gjøre en jobb for å få etablert et godt kommunalt tilbud.

Dychawy (2010) sier at når arbeidsoppgaver som går utenom ordinære rutiner og strukturer må løses, påvirker dette dynamikken mellom samhandlingsaktørene, og hjelpeinnsatsen vil kunne bli preget av hvilken relasjon aktørene hadde i utgangspunktet.

Min studie antyder at ved å bygge relasjoner mellom de ulike nivåene i helsetjenestene, så vil en akseptere større utfordringer i samhandlingsarbeidet enn om det ikke er en god i relasjon som utgangspunkt for samhandlingen. Relasjoner som bærer preg av tidligere negative hendelser, vil som Dychawy (2010) sin studie viser, føre til samhandlingen blir påvirket i negativ retning. Dette kan få konsekvenser for hvor tilpasningsvillig en er i tjenesteetableringen omkring den enkelte bruker, som kan bli skadelidende når helsetjenesten ikke samhandler.

5.3 Felles forståelse

Magnusson og Lutzen (2009) sin forskning viser at felles planverk der mål er kommunisert til alle aktører i arbeidet på en god måte, er viktig for samhandlingen. Kaufmann og Kaufmann (1998) sier at en er avhengig av koordinering og styring for at en organisasjon skal kunne prestere på en best mulig måte. Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver horisontale ordninger for samhandling når andre styringsformer ikke fungerer, spesielt når det gjelder komplekse arbeidsoppgaver som krever et tverrfaglig samarbeid.

Felles mål for samhandlingen er viktig. Studien min tyder på at det fra kommunens ståsted er viktig å bli enig med spesialisthelsetjenesten om tiltak og hvilke oppgaver den enkelte skal gjøre for å nå målene omkring brukeren. Studien min tyder også på at det er viktig at tjenestene omkring brukerne er koordinerte, og det er utfordringer knyttet til at man ikke alltid greier å koordinere tjenestene mellom nivåene. Som i Jacobsen og Thorsvik (2013) sin teori,

tyder studien min på at en horisontal styring i en ansvarsgruppe der en av tjenesteyterne er koordinator ofte vil være nyttig for å få avklart arbeidsoppgaver og mål. Mangel på styring og uklare grenser mellom nivåene kan gjøre samhandlingen vanskelig, og utydelige grenser mellom nivåene kan føre til konflikt mellom samhandlingsaktørene. Studien min antyder at det kan være like vanskelig for samhandlingen hvis samhandlingsaktørene gjør oppgaver som samhandlingsaktørene mener er sine, som når samhandlingsaktører ikke gjør det som var avtalt at de skulle gjøre. Min studie tyder også på at det er vanskelig for samhandlingen når kommunalt ansatte ikke etterkommer de behovene som ble beskrevet fra spesialisthelsetjenesten når brukeren blir utskrevet fra behandling.

Lingås (2008) sier at forståelsen til yrkesutøvere i helse- og omsorgstjenesten er preget av ulike roller og ståsted. Ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten kan ha vidt forskjellige oppgaver og virkemidler i sitt arbeid og dette vil prege deres forståelse for hvordan samhandlingsaktører gjennomfører sine oppgaver. Den enkeltes fagfelt vil også prege forståelsen i samhandlingen med øvrige.

Studien min antyder som Lingås (2008) sin studie at den ansattes ståsted preger forståelsen av faget. Ansatte i spesialisthelsetjenesten ser utfordringen med at utgangspunktet for å forstå hvordan en bruker fungerer i kommunal omsorg, kontra i en institusjonsavdeling er ulikt, og at utgangspunktet for å vurdere tiltak er langt fra hverandre i kommunen og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsetjenester. Studien min antyder også at det kan være enklere samhandle med aktører med samme bakgrunn og ståsted som en selv, noe som kan se i sammenheng med Lingås (2008) sin studie, at fagbakgrunn preger ens forståelse.

5.4 Kompetanse og kunnskap

I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) er det utfordringer knyttet til samhandling mellom sterke kulturer som har sin måte å etablere tilbud og tjenester på. Sterke og homogene kulturer vil være i fare for å overvurdere egen kompetanse og makt, samt at de kan stå i fare for å etablere skylapper som vanskeliggjør samspill med andre og endring av praksis vil være vanskelig. I følge Supper m.fl. (2014) kan ulike posisjoner og myndighet mellom samhandlingsaktører være en utfordring for samhandlingen, og fagfolk i stillinger med høy status kan være mindre villig til å la seg påvirke i samhandlingen.

Studien min tyder på at det er noen utfordringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen når det gjelder å se den andres kompetanse og kunnskap, dette kan sees i sammenheng med Jacobsen og Thorsvik (2013) sin teori. Spesialisthelsetjenesten har tidligere opplevd større makt enn kommunen, og en opplevelse av å være suverene når det gjelder både kompetanse og myndighet omkring tjenesteetableringen for felles brukere. I forhold til funn i Supper m.fl. (2014) sin studie, antyder også min studie at det er utfordringer knyttet til ulik posisjon mellom nivåene, men at dette i større grad er maktforholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen som tjenestested enn de ulike faggruppene. Studien min tyder også på at en stor kompetanseøkning i kommunen gjennom ulike behandlingstilbud, fører til at det ikke er like tydelig hvem som er spesialist på hva. Studien min antyder også at det er uklart hvem som har størst kompetanse på hvilke områder, og at kommunalt ansatte opplever å ha størst kompetanse på oppfølging av brukere ute i kommunen. Kommunalt ansatte opplever at rollene mellom nivåene er uklare, og dette fører til spørsmål om hvordan spesialisthelsetjenesten kan ivareta en veilederfunksjon overfor kommunen, og på hvilke områder. Ved å ha etablert personell med høy kompetanse i kommunen viser det seg at grensene mellom nivåene oppleves i større grad enn tidligere uklare. Sett i forhold til Jacobsen og Thorsvik (2013) sin teori om sterke og homogene kulturer, synes det også i studien min at kommunen kan stå i fare for å utvikle en egen kultur som vet best, spesielt med tanke på kompetansehevingen i forbindelse med samhandlingsreformen. Dette kan føre til to steile kulturer og en maktkamp som kan vanskeliggjøre samhandling mellom nivåene ytterligere.

Holmberg og Rudenstam (2010) sier at ulike nivå i en organisasjon og faggrupper vil ha ulike mål og ulik forståelse av hva som er viktig i arbeidet, og at fagområdet vil prege fokuset for hva som er viktig i tjenesteetablering omkring brukeren.

Studien min tyder på i likhet med Holmberg og Rudenstam (2010) sin studie, at ulik oppfatning i kommunen og spesialisthelsetjenesten av hva som er viktig i arbeidet omkring brukerne kan være utfordrende i samhandlingen innen psykisk helse. Ulik oppfattelse av hva som er god behandling i spesialisthelsetjenesten og gode omsorgstjenester i kommunen vil vanskeliggjøre arbeidet. Studien min tyder på at disse ulikhetene kan gjøre samhandlingen mellom nivåene vanskelig.

5.5 Anerkjennelse

I følge Dychavy (2010) er relasjon mellom samhandlingsaktører en forutsetning for god samhandling, og en gjensidig forståelse av hverandres roller er nødvendig for at et godt samarbeid skal kunne vokse frem. Magnusson og Lutzen (2009) sier at gjennom å behandle hverandre med respekt kan tillit til samhandlingsaktører etableres. Funn i Holst og Severinsson (2003) sin studie viser at tillit til hverandres avgjørelser er viktig og at opplevelsen av gjensidig tillit vil påvirke samhandlingen direkte. Orvik (2004) sier at samhandling forutsetter at handlingene til de enkelte aktørene er koordinerte og at det krever en gjensidig tilpasning mellom egne og samhandlingspartneres arbeidsoppgaver. Lingås (2008) sier at erfaringsgrunnlaget til den enkelte aktør vil i stor grad påvirke hvordan en forstår samhandlingsaktører sin jobb foregår i hverdagen, samtidig som at fagfelt vil prege fokus og forståelse for hva som er viktige arbeidsområder. I følge funn i Holst og Severinsson (2003) sin studie vil det være styrkende at samhandling foregår på tvers av nivå og på tvers av faggrupper. Det er en forutsetning at møtene mellom fagfolk bærer preg av jevnbyrdighet for at samhandlingen skal kunne fungere.

Studien min tyder på at det er et ønske fra spesialisthelsetjenesten å bli anerkjent for sin kompetanse av kommunen, og at kommunen viser at de verdsetter deres kompetanse og gir signal på hvordan det er ønskelig fra kommunen sitt ståsted å benytte seg av spesialisthelsetjenesten. Studien tyder også på at det er ønskelig at spesialisthelsetjenesten kan være en ressurs som kommunen kan benytte seg av i utfordrende brukersaker, og fra kommunens ståsted er det ønskelig å bli sett på som en likeverdig aktør av spesialisthelsetjenesten i samhandlingen omkring felles bruker, i forhold til Lingås (2008) sin teori kan dette handle om erfaringsgrunnlaget til de ulike nivåene, at spesialisthelsetjenesten ofte har en ekspertrolle når det gjelder behandling og utredning, samtidig som kommunen forventer en jevnbyrdig samhandling. Studien min antyder som Dychavy (2010) sin studie at rolleavklaring mellom ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunen vil påvirke samhandlingen, og felles forventninger til hverandre er viktige å få avklart på et tidlig tidspunkt. Hvis det ikke er sammenheng mellom hvordan en selv ser sin rolle og hvordan samhandlingsaktørene ser din rolle vil det kunne by på utfordringer, og en gjensidig tilpasning for tjenestene skal kunne samordnes vil bli vanskelig.

5.6 Lovverk og samhandlingsreform

I lys av samhandlingsreformen (st. meld. 47, 2008-2009) er det kommet to nye lovverk som regulerer tjenestene i kommunen, Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven. I følge Gurholt (2011) er Folkehelseloven svaret på Opptrappingsplanens manglende forebyggende arbeid. Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer blant annet plikter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten når det gjelder etablering av samarbeidsavtaler og samhandling for øvrig. I følge st. meld. 47 (2008-2009) legger disse lovverkene grunnlag for hvilke oppgaver kommunen skal fylle og de må ses i sammenheng med oppgaver i spesialisthelsetjenesten. Pedersen (2008) sier at sykehusreformen har vært en utfordring sett i sammenheng med Opptrappingsplanen, og at en hierarkisk styring i sykehusene kan være en utfordring når det gjelder samhandling, spesielt med tanke på økonomiske mål og kort liggetid i avdeling. Det ble også beskrevet at Distriktpsykiatriske sentre(DPS) var i fare for å utvikle samme modell som spesialisthelsetjenesten for øvrig. Samhandlingsreformen (st. meld 47, 2008-2009) har også innført kommunal medfinansiering i spesialisthelsetjenesten, og at kommunene er økonomisk ansvarlig for utskrivningsklare pasienter, dette er i følge kommuneproposisjonen 2014 (Prop. 146 S. 2012-2013) foreløpig innført kun innen somatisk behandling.

Studien min antyder som Pedersen (2008) sin studie at korte innleggelser for god ressursutnyttelse er et moment som spesialisthelsetjenesten er opptatt på grunn av kapasitet, spesielt i akuttavdeling. Studien min tyder også på at effektivitet kan være viktigere enn kontakt med samhandlingsaktører, men dette er ulikt mellom avdelingene i spesialisthelsetjenesten. Samtidig antyder studien min at det er viktig med møter mellom aktører i begge nivå for å ivareta brukeren og samordne tjenestene, og at etablering av relasjoner mellom aktørene er vesentlig for å kunne etablere et godt tilbud til brukeren. Min studie antyder at det er ønskelig med tydeligere oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og at helse- og omsorgstjenesteloven forplikter kommunene og spesialisthelsetjenesten til samarbeid kan være positivt. Samtidig sier samhandlingsreformen (St. meld. 47, 2008-2009) at spesialisthelsetjenesten skal være en ressurs for kommunen, noe som er lite tydelig og ikke stor grad tydeliggjør spesialisthelsetjenesten sin rolle, noe som blir vektlagt som viktig i min studie, hvilke oppgaver hører til hvilket nivå. Ved å legge nye oppgaver til kommunen som økt forebyggende arbeid, samtidig som at kommunen får økte plikter til behandling av brukere, så vil det i en del tilfeller kanskje være vanskelig å se

grensesnittet mot spesialisthelsetjenesten, særlig hvis kommunene i større grad skal gi behandling for enkelte psykiske utfordringer, som kan føre til at tjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten i større grad blir like. Med nytt lovverk vil dette være med på å tydeliggjøre et større ansvar for kommunene, men det kan være en utfordring hvis det ikke tydeliggjør ansvarsforholdet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, når det gjelder hvem som gjør hva.

5.7 Metodediskusjon

For min studie valgte jeg å benytte en kvalitativ metode, da jeg ønsket å studere fenomenet samhandling, og hva som fremmer og hemmer samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. For at jeg kunne få en inngående forståelse for hva hver enkelt informant hadde av erfaringer og opplevelser omkring dette spørsmålet, opplevde jeg intervjuformen i kvalitativ undersøkelse som en valid metode. En kan stille spørsmål om åtte informanter er nok for å få metning i dataene, og antall informanter kan derfor være en svakhet i denne studien. Ved å ha gjennomført intervjuene i en kommune, og tre enheter i spesialisthelsetjenesten kan det være en svakhet i studien at det er lite geografisk spredning av informantene. Noen av intervjuene ble korte og kan være en svakhet for studien, jeg kunne ha gått mer inngående på enkelte tema og områder som informantene belyste i intervjusituasjonen.

Ved å intervju egne samhandlingsaktører kan dette ha ført til at jeg ikke har fått innsyn i kritiske blikk ansatte i spesialisthelsetjenesten har på kommunen, fordi det kan ha vært vanskelig å gi den informasjonen til meg som intervjuer på grunn av at jeg er en samhandlingsaktør og representerer kommunen på ulike samhandlingsarenaer. Ved å ha intervjuet kolleger kan dette ha ført til at jeg ubevisst har sortert informasjon som har bekreftet mitt ståsted og min forforståelse for hva som påvirker samhandlingen mellom nivåene og derfor gått glipp av viktig informasjon eller nyanser som har kommet frem i intervjuene. Samtidig er dette en utfordring som jeg har vært bevisst gjennom hele prosessen. Ved å ha gjennomført en studie på et felt som jeg til daglig jobber med, kan dette ha ført til at jeg ikke har gått dypt nok i intervjuene på grunn av at informasjonen i stor grad har vært gjenkjennbar og at dette har gjort analysen av data mer utfordrende. I analysen av materialet er det alltid en fare for at man leter etter det man eventuelt ønsker å finne eller tror man skal

finne. Dette kan føre til at relevant og viktig informasjon i dataene blir oversett. Det er også en mulighet for at letingen etter nye og spennende opplysninger kan overskygge det allerede antatte, slik at jakten på noe nytt vil overskygge annen informasjon i for stor grad. Dette kan medføre at ny informasjon får for stor plass i analysen i forhold til hvor mye det ble vektlagt av informantene i intervjuet. Malterud (2008) sier at hvis vi skal studere et fenomen som vi kjenner godt, er det mye vi tar for gitt. Dette gir økt risiko for feltblindhet som kan føre til at vi bare ser etter det vi er vant til å se fra tidligere og leter etter observasjoner som bekrefter vår forforståelse. Utfordringen i å forske på egen arbeidsplass er å se igjennom de skylappene som ansatte på arbeidsstedet har utviklet i forhold til egen selvforståelse. At jeg som forsker er uerfaren kan også ha påvirket studien. Hvis jeg skulle ha gjennomført studien på nytt hadde jeg valgt å gjennomføre et pilotintervju for å kunne vurdere hva som må gjøres annerledes for å sikre metning i data.

At jeg har valgt å gjennomføre en studie på egen praksisplass, har ført til at jeg har hatt muligheten til å studere fenomener innenfor en kontekst som jeg til daglig jobber innenfor og kjenner godt. En styrke ved studien er at jeg har hatt muligheten til å rekruttere informanter i både kommunen og spesialisthelsetjenesten som er opptatt av samhandling og er genuint interessert i at samhandlingen skal bli så god som mulig. Gjenkjennbare data kan også være en styrke når det gjelder å sikre en mest mulig valid analyse, at jeg som intervjuer har faglig bakgrunn og forståelse for feltet. At vi var to som gjennomførte analysen i fellesskap synes jeg var en fordel. Vi gikk begge to gjennom alt stoffet og utfylte hverandre underveis i analysen. Når det gjaldt valg av temaer drøftet vi hva som opplevdes riktig og ble enige om en felles forståelse. Videre i prosessen gjennomgikk vi på nytt teksten og drøftet hvor den enkelte tekstbit skulle plasseres. Trinn tre og fire gjennomførte vi sammen for å kunne sikre at vi begge forstod analysen likt. Videre har jeg selv analysert materialet på nytt siden jeg valgte å gjøre ett ekstra dybdeintervju. Jeg har også gått tilbake i dataene flere ganger for å se om analysen stemmer med informantenes opprinnelige mening, så analysen har i stor grad utviklet seg gjennom hele studien.

Den etablerte kunnskapen en har når en forsker på eget arbeidssted, kan i følge Malterud (2008) være med på å bidra til at forskeren forstår mange fenomener som utenforstående ikke nødvendigvis hadde forstått. Ved å være kommunalt ansatt og representere den ene av de to aktørene denne studien omhandler og samtidig arbeide med temaet samhandling i det daglige, har ført til at studien har vært svært interessant og arbeidet har opplevdes betydningsfullt. Ved

at jeg til daglig arbeider med samhandling mellom nivåene har dette ført til at mye av informasjonen som har kommet frem er gjenkjennbar, noe som kan være en fordel i analysen og kan bidra til at jeg større grad kan forstå hva den enkelte informant formidler. Min erfaring var at det var interessant å intervju ansatte som til daglig jobber med samme felt som meg selv, og at min interesse for problemstillingen i studien var med på å gjøre gjennomføringen enklere for meg. Ved å være bevisst min forforståelse, så førte dette i stor grad til at jeg prøvde å fange opp elementer som jeg ikke var forberedt på at skulle komme. Ønsket om ny forståelse ble like stor i analysen som bekreftelse av egen forforståelse.

5.8 Implikasjoner for praksisfeltet

Denne studien vil for mitt praksisfelt være med på å belyse de utfordringene som vi til daglig opplever i samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten innen feltet psykisk helse. Studien har ført til bevisstgjøring omkring momenter som kan bidra til en positiv endring i samhandlingen, i tillegg til å påpeke hva som bidrar til at samhandling er vanskelig. Et viktig funn er dagens praksis for utforming av tjenester og hvordan samhandlingen arter seg spesielt fra utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til etablering av kommunale tjenester. Studien har vist at samhandling mellom nivåene er komplekst og at det er til dels ulike utfordringer i spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen inne psykisk helse, og at det ikke finnes enkle løsninger som nødvendigvis greier å ta hensyn til begge nivå i samhandlingen. Praksisfeltet må jobbe med prioritering av samhandling mellom nivåene i alle ledd i helse- og omsorgstjenesten, både ledelse og ansatte må være opptatte og ha tid til samhandling. Faste tidspunkt for deltakelse på hverandres arenaer må prioriteres, og gjensidig deltakelse på hverandres områder når det gjelder tildeling av tjenester, for å sikre en mer lik forståelse av felles utfordringer. Hospitering mellom nivåene vil være en mulighet for å øke forståelsen for hverandres arbeidshverdag, og på den måten kan etablere en gjensidig kunnskap om hverandres daglige utfordringer. Felles faglige arrangement kan også være en mulighet for å skape relasjoner mellom nivåene.

5.9 Videre forskning

Det er behov for mer forskning på hvordan kommunen og spesialisthelsetjenesten skal kunne nærme seg hverandre, og sammen etablere sømløse pasientforløp. Slik tjenestenivåene i dag er etablert kan det virke som at det mangler en gjensidig forståelse for hverandres arbeid. Brukerperspektivet kan være interessant å forske på når det gjelder hvordan samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten oppleves, og spesielt hvordan etablering av tjenester på individnivå foregår. Brukerorganisasjoner som Mental helse oppleves å være i kontakt med både kommunen og spesialisthelsetjenesten og har kanskje verdifull informasjon om hvordan samhandlingen bør foregå mellom nivåene og hva som er viktig sett fra et brukerperspektiv. Gjennomføring av en bred kvantitativ studie på feltet ved bruk av spørreskjema, der en kan ta utgangspunkt i de funnene jeg har gjort i min studie for å se om dette er relevant for øvrige kommuner kan være interessant.

En studie som omfatter hvordan samhandlingen mellom kommunalt psykisk helsearbeid og somatiske sykehus er, vil være et interessant område å gjennomføre en studie på.

Tjenestemottagere innen kommunalt psykisk helsearbeid vil sannsynligvis være avhengig behandling i somatiske sykehus, og kan ha behov for at tjenestene samhandler seg i mellom. Samhandling mellom kommunal hjemmesykepleie og spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helse vil også på samme måte være interessant, da en kan tenke seg at en del brukere kan ha behov for behandling på grunn av psykiske lidelser spesialisthelsetjenesten og samtidig kommunale helse- og omsorgstjenester på grunn av somatiske lidelser, der det vil være nødvendig med samhandling for å kunne et godt tjenestetilbud. En studie som ser på denne samhandlingen vil også være interessant, om ulike fagfelt samhandler.

5.10 Konklusjon

Hovedfunnene i denne oppgaven viser at samhandling er noe ansatte i både kommunen og spesialisthelsetjenesten er opptatt av, og begge nivå ønsker å bedre samhandlingen. Studien antyder at samhandling er en viktig del av ansatte sin hverdag og god samhandling er en forutsetning for at både spesialisthelsetjenesten og kommunen skal kunne gi et godt tilbud til brukere med psykisk helseproblematikk. Til tross for at informantene representerer to ulike nivå innen psykisk helse, er det mange felles erfaringer om hva som hemmer og hva som fremmer samhandlingen. Studien har gitt kunnskap om hvilke erfaringer informantene har

med samhandling og fellesnevnerer er relasjoner i mellom ansatte fra begge nivå, rutiner for overføring av brukere, samtidig som at møter mellom fagfolk etableres for å ivareta individuelle behov. Opplevelsen blant spesielt kommunalt ansatte er i dag at fagfolk i nivåene seg i mellom ikke er jevnbyrdige, men at ansatte i spesialisthelsetjenesten bestiller tjenester på brukerens vegne er en utfordring som hemmer samhandlingen. Samtidig ligger det en del forventninger om at kommunen skal innfri i forhold til spesialisthelsetjenestens behovs- og tiltaksbeskrivelser, som oppleves vanskelig for spesialisthelsetjenesten når det ikke innfris og tas på alvor. At kommunalt ansatte forventer både en jevnbyrdig samhandling, samtidig som de forventer en ekspertise fra spesialisthelsetjenesten i utfordrende saker kan være utfordrende å kombinere i samhandlingen. Studien har gitt kunnskap om fenomenet samhandling og hva som påvirker den.

Litteratur

Adler, N. J. (2002) *International Dimensions of Organizational Behavior*. South Western, Thomson learning, Canada.

Andvig m.fl. (2013) *Interprofessional Collaboration in the Mental Health Services in Norway*. *Nursing Research and Practice*. Volume 2014, Article ID 849375, 8 s. Hindawi Publishing Corporation.

Bratrud, T.L. og Granerud A. (2011) *Sammen om gode overganger. Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* Vol. 8. Nr. 3. 2011. S 206-217

Christensen m.fl. (2009) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Universitetsforlaget. Oslo.

Creswell, J.W. (2007) *Qualitative inquiry and research design, Choosing Among Five Approaches*. Sage publications. California

Danbolt m.fl. (2010) *Hjelp når du trenger det – En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykiske helsetjenesten*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* Vol. 7. Nr. 3. 2010. S. 238-245.

Deloitte (2012) *KS program for storbyforskning. Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen*. Oslo, 8. august 2012.

Dychawy, I. R. (2010) *Centrala samarbetsbegrepp och utgångspunkter*. I *samarbete för helse*. Redigert av Rosner, Irena Dychawy. Studentlitteratur

Elstad m.fl. (2013) *Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* Vol. 10. Nr. 4. 2013. S. 296-305.

Giddens, A. (1997) *Modernitetens konsekvenser*. Pax forlag. Oslo

Grut, L (2007) Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid. Sintef Helse Rapport A1207

Gurholt, T. L. (2011) Nedtrapping etter opptrapping? Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol. 8. Nr. 3. 2011. S 259-262

Hagen, R. og Johnsen, E. (2013) Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus. I samhandling for helse. Redigert av Tjora Aksel, Melby Line. Gyldendal akademisk. Oslo.

Hansen, G.V. og Ramsdal, H. (2014) Kan man skape en samarbeidskultur? Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol. 11. Nr.1. 2014. S. 55-63

Holmberg, L og Rundenstam, N.G. (2010) Verksamhetslogik som bas for samarbeide och samverkan. I *samarbete för halsa*. Redigert av Rosner, Irena Dychawy. Studentlitteratur

Holst, H og Severinsson, E. (2003) A study of collaboration inpatient treatment between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway. Journal of Psychiatric and mental health nursing Vol. 10. Nr. 6. 2003. S. 650-658.

Håland, E og Toussaint, P. (2013) Kommunikasjon, samarbeid og læring: Erfaringer fra et nettbasert læringsprogram for helsepersonell på Fosen. I samhandling for helse. Redigert av Tjora, A og Melby L. Gyldendal akademisk. Oslo.

IS-1/2013 Rundskriv. Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013. Helsedirektoratet.

IS – 1554 Rundskriv. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Helsedirektoratet.

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2013) Hvordan organisasjoner fungerer. Fagbokforlaget. Bergen.

Kaufmann, G, Kaufmann, A. (1998). Psykologi i organisasjon og ledelse. Fagbokforlaget. Bergen.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal akademisk. Oslo.

Lauvås, K og Lauvås, P. (2004) Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforlaget.

Lingås, L.G. (2008) Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag. Gyldendal akademisk. Oslo

Lorem, G. (2006) Samspill i psykisk helsearbeid. Forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke. Cappelen akademisk. Oslo.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) Helse- og omsorgsdepartementet.

Magnusson, A og Lutzen, K. (2009) Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experience of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. Scandinavian journal of caring sciences. Vol. 23. Nr. 1. S. 140-145. 2009.

Malterud, K. (2008) Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget. Oslo.

Mandelid, L.F. (2010) Kan aktivt oppsøkende behandlingsteam øke bredden i lokalbasert helsearbeid? Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol.7. Nr. 4. S.338-347. 2010.

Medlex norsk helseinformasjon (2011) Folkehelseloven og Helse- og omsorgsloven med departementets merknader.

Molyneuc, J. (2001) Interprofessional teamworking. What makes teams work well? Journal of interprofessional care. Vol. 15, nr. 1. S. 29-35.

Myklebust m.fl. (2011) Impact on continuity of care of decentralized versus partly centralized mental health care in Northern Norway. International Journal of Integrated Care. Vol. 11. October- december 2011.

Mykletun, A og Knudsen A.K. (2009) Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Folkehelseinstituttet. Rapport Nr. 8. Del 1. S. 13-40. 2009.

Norvoll, R. (2013) Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelig perspektiver. Gyldendal akademisk. Oslo

NOU 2005: 03, Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste

Nylehn, B. (2008) Organisasjonsfaget i NORGE. Analyser av et segmentert fagfelt. Fagbokforlaget. Bergen.

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

Ot. Prp. Nr. 11 (1997-1998) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.(helseforetaksloven)

Paulgaard, G. (2006). I Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler. I Fossåskaret, Fuglestad og Aase: Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Universitetsforlaget. Oslo

Pedersen, A. (2008) Bergen kommune – Hva har skjedd gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse? Et forsøk på en oppsummering. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol. 5. Nr. 1. 2008. s.190-195.

Prop. 146 S (2012–2013) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) Kommuneproposisjonen 2014.

Prop. 90 L (2010-2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om folkehelsearbeid(folkehelseloven).

Psykisk helsevernloven - phlv. Helse- og omsorgsdepartementet.

Ramsdal, H. (2013) Styring og organisering av tjenestene. I Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver. Gyldendal akademisk. Oslo.

Rogan, T. (2004) Opptappingsplanen: Fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Vol. 1. Nr. 1. 2004. S. 4-12.

Rommetvedt m.fl. (2014) Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk. Fagbokforlaget. Bergen.

Sommerseth, R. og Dysvik, E. (2008) Health professionals`experiences of person-centered collaboratin in mental health care. *Patience and Adherence* 2008 vol 2. S. 259-269.

Springett, J. (2010) Samarbeta kring helsa – konsten og vetenskapen om att arbeta tilsammans. I *samarbete før helsa*. Redigert av Rosner, I. D. Studentlitteratur.

St. meld. 25 (1996 – 1997) Åpenhet og helhet.

St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

St.meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

St.prp. nr 63 (1997 – 1998) Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006

Supper m.fl. (2014) Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health Advance Access*. Publisert 18 desember 2014.

Thagaard, T. (2009) Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget. Bergen.

Tøndel, G. og Ose, S.O. (2014) Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Sintefrapport versjon 2. S.124.

Tjora, A. og Melby, L. (2013) Samhandlingens mange ansikter. I samhandling for helse. Redigert av Tjora Aksel, Melby Line. Gyldendal akademisk. Oslo.

Vanderlip m.fl. (2013) Exploring primary care activities in ACT teams. Community mental health journal. Vol. 50. Nr. 4. S 466-473. 2014.

Vedlegg 1:

Informasjonsskriv

Hei, i forbindelse med et mastergradsstudium i Sosialt arbeid ved NTNU i Trondheim, inviteres du til å være med i en kvalitativ studie. Formålet med studien er å undersøke hva som fremmer og hva som hemmer samhandling innenfor psykisk helsefeltet.

For å kunne gjennomføre studien trenger vi kontakt med ulike avdelinger innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunen. Derfor håper vi at dere kan hjelpe oss med en eller flere personer som har et faglig og/eller lederansvar, og som ønsker å la seg intervju slik at vi kan innhente det datamaterialet som vi trenger for å kunne skrive denne oppgaven. Nedenfor vil dere finne informasjon om formålet med studien og metoden som vi vil bruke.

Studiens formål

Formålet med denne oppgaven er å belyse hva som hemmer/fremmer samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste innenfor psykisk helsefeltet. Gjennom vår masteroppgave ønsker vi å se på hvordan det arbeides med samhandling i spesialisthelsetjenesten og kommunen på systemnivå, og hva ansatte mener er viktig når det gjelder samhandling.

Metode

Vi ønsker å intervju faglig ansvarlige/ledere ved fem forskjellige avdelinger innen spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Disse intervjuene skal i utgangspunktet skje på de avdelingene hvor informantene arbeider. Hvert intervju kommer til å vare ca. en time. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, slik at vi har mulighet til å gå tilbake til dataens råmateriale for å få med oss alt som blir sagt på intervjuene, og fordi intervjuene vil bli transkriberte. Dersom det er ønskelig kan informanten i ettertid få se transkripsjonen av sitt eget intervju, for å godkjenne at den er riktig. All informasjon i dette studiet vil bli behandlet konfidensielt og masteroppgaven vil være helt anonym. Deltakelsen er frivillig og dere kan når som helst trekke dere dersom dere ønsker det.

Takk for at dere tok dere tid til å lese dette skrivet. Ta gjerne kontakt med oss dersom det skulle noe være uklart i forhold til studien, eller hvordan informasjonen skal innhentes. Håper på positiv tilbakemelding.

Med vennlig hilsen:

Andreas Evenhus

97114737

andreas.evenhus@stjordal.kommune.no

Anne Stene

90478227

anne.stene@stjordal.kommune.no

Jeg er villig til å delta i studien

(signert av informant, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(signert prosjektansvarlig, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide:

- Takke for deltagelse
- Informere om hensikten med undersøkelsen
- Informere om båndopptager
- Informere om anonymitet og mulighet for å trekke seg fra intervjuet
- Sensitiv informasjon ikke ønskelig
- Informasjon om hvilke kommuner/avdelinger dere samarbeider med er ikke ønskelig

Samhandling:

1. Hva legger du i begrepet samhandling?
2. Er samhandling viktig eller ikke? Hvorfor?
3. Hva tenker du om samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten generelt?
4. Hva tenker du om samhandling med kommuner/avdelinger der det er mange felles brukere/pasienter?
5. Hva tenker du om samhandling med kommuner/avdelinger hvor det er få felles pasienter/brukere?
6. Hvordan jobber din avdeling praktisk i forhold til kommune/spesialisthelsetjeneste? Har dere fokus på samhandling?
7. Jobbes det målrettet med samhandling? Finnes det rutiner for dette arbeidet?
8. Er det kommuner/avdelinger dere har et merkbart bedre samarbeid med enn andre? Har du noen tanker om hvorfor?
9. Er det kommuner/avdelinger dere har et merkbart dårligere samarbeid med? Har du noen tanker om hvorfor?
10. Har dere fokus på samhandlingsreformen? Har dere merket noen endring i samhandlingen etter at den ble innført?
11. Har du noen tanker om hva det burde vært fokus på, når det gjelder samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten?

Vedlegg 3

Intervjuguide fokusgruppeintervju:

- Takke for deltagelse
- Informere om hensikten med undersøkelsen
- Informere om båndopptager
- Informere om anonymitet og mulighet for å trekke seg fra intervjuet
- Sensitiv informasjon ikke ønskelig
- Informasjon om hvilke kommuner/avdelinger dere samarbeider med er ikke ønskelig

Samhandling:

- Har dere noen mening om hvilke faktorer som kan hemme samhandling?
- Hva tror dere kan redusere de hemmende faktorer?
- Hvilke faktorer kan fremme samhandling?

Vedlegg 4

Intervjuguide tilleggsintervju:

- Takke for deltagelse
- Informere om hensikten med undersøkelsen
- Informere om båndopptager
- Informere om anonymitet og mulighet for å trekke seg fra intervjuet
- Sensitiv informasjon ikke ønskelig
- Informasjon om hvilke kommuner/avdelinger dere samarbeider med er ikke ønskelig

Samhandling:

12. Hva legger du i begrepet samhandling?
13. Kan du fortelle om en eller flere ganger du har deltatt i samhandling med andre enheter?
 - A. Hvordan opplevde du samhandlingen?
 - B. Hva var vanskelig
 - C. Hva var lett?
14. På hvilken måte mener du samhandling er betydningsfullt for ditt arbeid?
15. Hvordan prioriteres samhandling i din enhet?
16. Hva tenker du om samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten generelt?
17. Hvordan jobber din avdeling praktisk i forhold til kommune/spesialisthelsetjeneste? Har dere fokus på samhandling?
18. Finnes det rutiner for samhandling i din enhet?
19. Kan du beskrive hvorfor samhandlingen går bedre med enkelte avdelinger i spesialisthelsetjenesten enn andre? Har du noen tanker om hvorfor?
20. Er det kommuner/avdelinger dere har et merkbart dårligere samarbeid med? Har du noen tanker om hvorfor?
21. Er det områder i samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten det burde vært endret på?
22. Har du noen tanker om organisatoriske forhold i tjenesten påvirker samhandlingen?
23. Kan du gi eksempler på om relasjon med samhandlingsaktører er av betydning for hvordan samhandlingen går?
24. Hvilken betydning har kommunikasjonen mellom ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten for samhandlingen?