

# **Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet»)**

## **Underveisevaluering**

**Gunnar Vold Hansen  
Helge Ramsdal**

**Høgskolen i Østfold  
Oppdragsrapport 2012:2**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2012:2

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-371-7

ISSN: 1504-5331



MENTAL HELSE



LPP



Rusmisbrukernes  
Interesseorganisasjon



Akershus  
universitetssykehus



Skedsmo



Rælingen



Fet



Gjerdrum



Ullensaker



Eidsvoll



Nannestad

## **Forord**

Ved årsskiftet 2011 – 2012 fikk vi et oppdrag fra Akershus universitetssykehus HF ved prosjektleder Sigrun Heskestad om å foreta en «midtveiseevaluering» av Romeriksprosjektet – et prosjekt om samhandling mellom ulike deler av spesialisttjenestene ved A-hus og 7 kommuner på Romerike i rus/psykisk helsevern/psykisk helsearbeid. Midtveiseevalueringen er forutsatt å inngå i en løpende vurdering av hvordan prosjektet fungerer. Vi har fått anledning til å studere alle sider av prosjektet, med tilgang på relevante dokumenter og med velvilje og interesse for arbeidet med evalueringen fra alle de involverte partene i prosjektet. Vi mener selv at vi har fått et godt grunnlag for å gi en representativ analyse av de problemstillingene prosjektet har arbeidet med, og vil gjerne takke alle som har stilt opp til intervju, stilt dokumenter til disposisjon, og tilrettelagt for at evalueringen skulle bli et godt redskap for det videre arbeidet i prosjektet. En særlig takk til prosjektleder Sigrun Heskestad, leder for styringsgruppen, kommuneoverlege Unni-Berit Schjervheim, og til fou-avdelingen i Divisjon psykisk helsevern, Akershus HF, ved professor Torleif Ruud.

Romeriksprosjektet adresserer mange av de mest sentrale og vanskelige problemstillingene norsk psykisk helsearbeid og arbeidet med rus/psykiatri står overfor. Uansett hvordan en handler i dette feltet, må en forvente å stå overfor vanskelige avveiiinger mellom ulike hensyn, både politiske, faglige og menneskelige. Det er en utfordring, men også et privilegium å få anledning til å

analysere disse prosessene. Vi er ydmyke overfor de utfordringene dette arbeidet møter, og har lagt vekt på at vår tilnærming i analysen skal ta hensyn til mangfoldet, ambivalensen og kompleksiteten i arbeidet med å endre kvaliteten på tjenestene til de pasientene som prosjektet retter seg mot.

Selv om evalueringen har vært begrenset mener vi den gir et bilde av hvordan prosjektet har forløpt hittil, og vi har lagt vekt på å formidle særlig de utfordringene prosjektet står overfor frem til avslutningen. Vi håper derfor at evalueringsrapporten kan være et konstruktivt bidrag til en vellykket avslutning på prosjektet. Ansvarlige for evalueringsarbeidet har vært 1.am. Gunnar Vold Hansen og høgskoledosent Helge Ramsdal, begge fra Høgskolen i Østfold.

Kråkerøy oktober 2012

Helge Ramsdal og Gunnar Vold Hansen.

## **Innhold**

Forord .....	1
Bakgrunn .....	5
En kort beskrivelse av prosjektet. ....	5
Mål og målgruppe.....	6
Kjennetegn ved prosjektet. ....	7
Prosjektorganisering. ....	8
Forskingsbasert evaluering. ....	9
Prosjektgruppene .....	12
Problemstillinger, teoretiske perspektiver, metode og data. ....	13
Problemstillinger.....	13
Hovedproblemstilling:.....	13
Forskningsspørsmål:.....	14
Teoretiske perspektiver.....	14
Data og metode. ....	21
Prosjektanalyse. ....	23
Noen karakteristiske trekk ved prosjektet.....	23
«Prosjektanalyse». ....	24
Problemdefinisjon – mål – målgruppe.....	25
Aktiviteter og planer.....	31
Relasjoner mellom driftsorganisasjoner og prosjekt.....	35

Egenskaper ved driftsorganisasjoner og forholdet til prosjektorganisasjonen.	41
Systemiske faktorer .....	42
Organisatoriske faktorer .....	43
Relasjonelle faktorer.....	44
Erfaringer med Samhandlingsgruppene – «kjernen» i prosjektet.....	45
Erfaringene med samhandlingsgruppene.....	47
Utviklingen av en samarbeidskultur.....	57
Samfunnsnivået.....	59
Organisatorisk nivå .....	60
Samhandlingsgruppene .....	64
Konklusjoner og anbefalinger. ....	69
Hovedproblemstilling: .....	73
Samhandlingsgruppene .....	78
Anbefalinger for videre arbeid i prosjektet.....	79

## **Bakgrunn**

Bedre samhandling mellom ulike aktører i helse- og sosialsektoren er en prioritert oppgave både for politiske myndigheter, ulike helse- og sosialfaglige aktører og for kommuner og helseforetak. Det prosjektet vi rapporterer fra her dreier seg om en av de pasientgruppene som etter hvert har fått økt fokus nettopp fordi de har hatt en tendens til å «falle mellom stolene» i helsesystemet: mennesker med både alvorlige psykiske lidelser og med ruslidelser (ROP-pasienter). Kunnskapen om at dette er et av de viktigste og vanskeligste samhandlingsproblemer i sektoren er påvist i en rekke utredninger, fra St.m. nr. 25 («Åpenhet og helhet»(1976 – 1977), som lå til grunn for Opptrappingsplanen for psykisk helse, til Samhandlingsreformen (St.m. nr. 47 2009-2010). De siste årene har en bestrebet seg på å utvikle en strategi for å bedre samhandlingen, både gjennom strukturelle, lovmessige og økonomiske tiltak, samtidig som helsemyndighetene har igangsatt en rekke prøveprosjekter der en søker å vinne ny kunnskap om hvordan samhandlingen kan forbedres. Romeriksprosjektet er et av disse prosjektene, der en søker å prøve ut samhandlingsmodeller som kan legge grunnlag for mer permanente løsninger siden. Prosjektet ble startet opp høsten 2010, og skal vare i 5 år.

### ***En kort beskrivelse av prosjektet.***

I 2009 utlyste Helsedirektoratet midler til utprøving av henholdsvis ACT-team og modeller for organisatorisk forpliktende samhandling med prosjektvarighet på 3-5 år. Representanter fra Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og kommuner/ bydeler var høsten 2008 samlet til en idédugnad om mulige tiltak og samarbeidsmodeller. Til å arbeide med utformingen av prosjektet ble det etablert en arbeidsgruppe med representanter fra sju utvalgte kommuner; Skedsmo, Rælingen, Fet, Gjerdrum, Ullensaker, Eidsvoll og Nannestad, samt Lillestrøm



DPS, Jessheim DPS, FoU-avdelingen i Divisjon for psykisk helsevern, Ahus, og representanter fra Mental Helse Akershus og Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO). Det ble innledningsvis planlagt å etablere et ACT-team på Nedre Romerike og en forpliktende samhandlingsmodell på Øvre Romerike. Planene ble etter hvert endret til utprøving av en modell for organisatorisk forpliktende samhandling både på Øvre og Nedre Romerike. Prosjektet «Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike» («Romeriksprosjektet») har siden oppstarten i april 2010 arbeidet for å iverksette et systematisk og forpliktende samarbeid mellom de syv kommunene, to distriktpsikiatriske sentra (DPS-er) og to ruspoliklinikker innen Divisjon for psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF. Prosjektet omfatter to delprosjekter for henholdsvis Øvre og Nedre Romerike, men drives som et fellesprosjekt. Helsedirektoratet har gitt tilskudd hvert av årene 2009 og 2010 på 2 mill. kroner til de to delprosjektene.

Det ble gjennomført to arbeidsgruppemøter i perioden januar – april 2010. Prosjektleder Sigrun Heskestad startet i stillingen 6. april 2010. Hun er administrativt underlagt avdelingssjef Anne Lindgaard, Avdeling DPS Lillestrøm, i Divisjon for psykisk helsevern, Ahus. I den daglige ledelse av prosjektet samarbeider prosjektleder tett med leder av styringsgruppa, kommuneoverlege Unni-Berit Schjervheim. Styringsgruppa ved leder har et overordnet faglig ansvar for gjennomføringen av prosjektet.

### **Mål og målgruppe.**

Målet for prosjektet er å gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusproblemer, kognitiv svikt mv. et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud. Tilbudet skal fremme mestring i dagliglivet og bidra til sosial inkludering av mennesker med psykiske lidelser.

Prosjektet ønsker å kunne bidra til å redusere oppholdstid i døgnavdelinger og til å redusere bruk av tvang. Det er ønskelig å bedre tilgangen på hjelp til de som ønsker og som kan ha nytte av mer kontakt med hjelpeapparatet. Prosjektet skal bidra til å utvikle kunnskapsbasert praksis i kommuner og helseforetak i behandling, rehabilitering og oppfølging. Kunnskapsbasert praksis bygger på forskningsbasert kunnskap og erfaringskunnskap fra brukere og tjenesteytere (Prosjektbeskrivelse 2009).

Målgruppen er personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse, som har et eller flere av følgende kjennetegn:

- schizofreni-spektrum lidelse eller bipolar lidelse
- eller mistanke om alvorlig psykisk lidelse
- stor grad av funksjonssvikt
- tegn på langvarig og stort behov for hjelp
- kan ha samtidig ruslidelse
- Samme målgruppe som ACT for sammenlikning av effekt.

### ***Kjennetegn ved prosjektet.***

Organisering av prosjektet dreier seg dels om selve prosjektorganisasjonen, dels om utprøving av nye arbeidsformer i tjenestene. Slik prosjektet selv fremstiller seg, er de viktigste kjennetegnene ved organiseringen av prosjektet:

- Å skulle benytte eksisterende tjenester
- Innføre arena for forpliktende samarbeid – samhandlingsgrupper
- Arbeide tettare i lag, oppsøkende og lokalt
- Etablere et felles opplæringsprogram
- Kultur og holdninger – fremstå som et fagmiljø
- Tilbud om nettverksmøter

- Brukermedvirkning og pårørendeinkludering

Det heter i prosjektbeskrivelsen at modellen forutsetter at prosjektet skal styrke samhandling i de eksisterende driftsorganisasjoner, og at prosjektet derved er et virkemiddel (blant andre) for å skape varige samhandlingsformer. Et slikt utgangspunkt er imidlertid knyttet forutsetningen om til at prosjektet har en påvirkningskraft til å skape forankring for slike nye samhandlingsformer. En annen tolkning av målene med prosjektet, som er noe mindre ambisiøs men kanskje mer realistisk, er at prosjektet «skal prøve ut samhandlingsmodell(er), og på dette grunnlag – i siste fase i prosjektet – levere et forslag til hvordan modeller for økt samhandling skal utformes på en noe bredere basis enn prosjektet selv, ved å sammenlikne effektene av modellen med andre modeller som vil være evidensbasert slik forskningen frembringer» (Prosjektbeskrivelsen 2009:2.).

### ***Prosjektorganisering.***

Prosjektorganiseringen tar utgangspunkt i de ordinære ansvarslinjene som gjelder for deltakerkommunene og helseforetaket. I motsetning til ACT-team skal dette prosjektet ikke etablere en ny faglig enhet eller organisasjon, men benytte seg av det allerede eksisterende tjenestetilbudet i kommunene og helseforetaket. Det skal etableres konkrete og forpliktende samarbeidsformer som involverer fagpersoner fra begge nivåer på tvers, internt i kommunene og i helseforetaket og med brukere og pårørende. Prosjektet kan foreslå og eventuelt være pådriver til å etablere nye tjenestetilbud til brukergruppen. Alle deltakerkommunene og deltakerenhetene i helseforetaket har et selvstendig ansvar for å rapportere og informere om prosjektet gjennom sine ordinære ansvarslinjer.

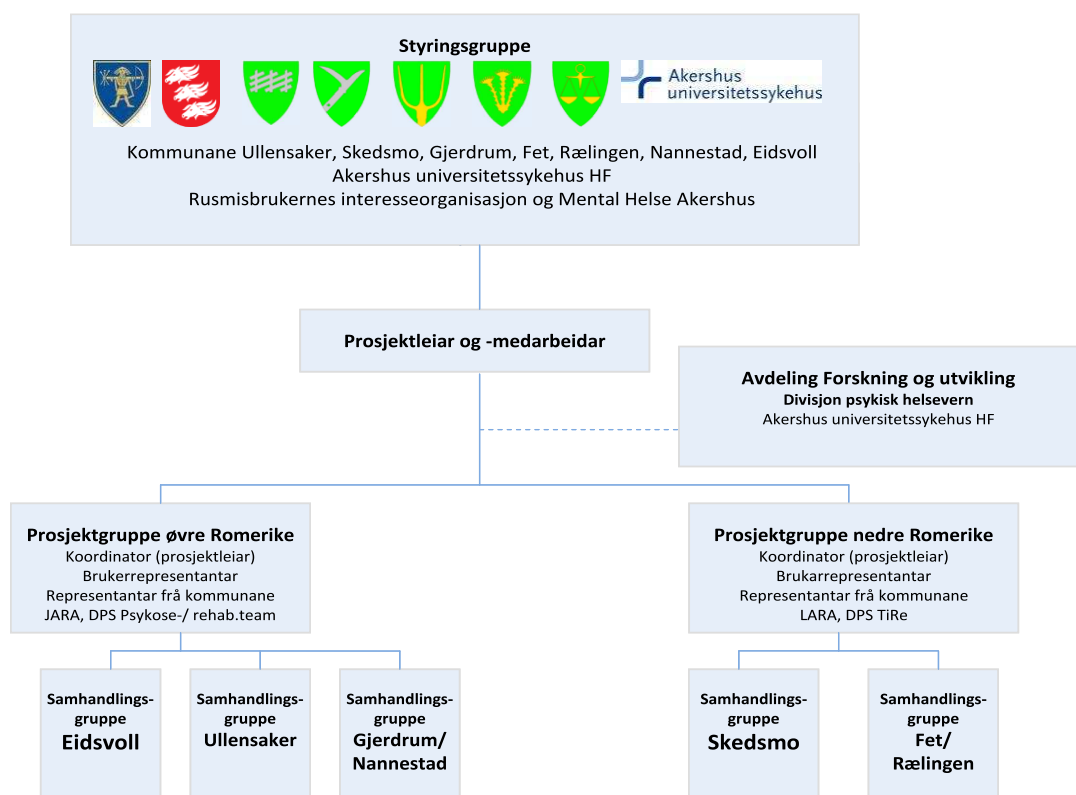
De to DPS-ene og Avdeling rus og avhengighet (ARA) ved Ahus, ved de to ruspoliklinikkene på Jessheim og Lillestrøm, og kommunene styrer selv bruken av ressurser (fagfolk, tid) som inngår fast i prosjektet. Dette angår i hovedsak fagpersoner fra DPS Øvre Romerike (tidligere DPS Jessheim) ved Psykose- og rehabiliteringsteamet, DPS Nedre Romerike (tidligere DPS Lillestrøm) ved Tidlig intervensjons- og rehabiliteringsenheten (TiRe), ruspoliklinikkene på Jessheim og Lillestrøm og fra de kommunale helseteam/-avdelinger for rus/psykisk helse. Deltakende enheter avgir ressurser ved at ansatte deltar i planlegging av prosjektet gjennom prosjektgruppene for henholdsvis øvre og nedre Romerike og gjennom deltakelse i det koordinerende arbeidet i fem samhandlingsgrupper for de syv kommunene.

### ***Forskningsbasert evaluering.***

Et viktig element i prosjektet er at en har etablert en forskningsbasert evaluering av resultatene av prosjektet for pasientene som deltar. Denne evalueringen er ledet av Avd. FOU, Divisjon psykisk helsevern, Ahus, ved avdelingssjef Torleif Ruud. Ønsket er å følge 100 -120 brukere i to år etter inklusjon. En kartlegger pasientforløp, behandlingkontinuitet, samhandlingsmønster, bruk av kunnskapsbaserte arbeidsmåter, pårørendes rolle mm. Det er også etablert et doktorgradsprosjekt om implementering av IMR (Illness management and recovery). Et poeng er at en sammenlikner effekten av den forpliktende samhandlingsmodellen med effekten av etableringen av ACT-modeller på nasjonal basis. Denne delen av Romeriksprosjektet er ledet av professor Torleif Ruud.

Prosjektmandatet ble vedtatt på styringsgruppemøtet 12.10.2010. Prosjektet var i utgangpunktet organisert med en styringsgruppe, to prosjektgrupper og fem samhandlingsgrupper (SHG) i de ulike geografiske områder som prosjektet skal

dekke. De to prosjektgruppene arbeidet frem til Samhandlingsgruppene var etablert og deretter ble aktivitetene der sterkt redusert. Til gjengjeld viste det seg at det var et behov for en felles møteplass for lederne av Samhandlingsgruppene, og disse møtes omlag hver annen måned i «Samhandlingsgruppeleder-forum».



De kommunene som deltar er ulike i størrelse og struktur, noe som har hatt betydning for den lokale organisering av prosjektet – se siden. De deltakende kommunene i to regionene – Øvre og Nedre – er imidlertid relativt like i befolkningsstørrelse (henholdsvis ca. 70.000 og 76.000 innbyggere). Det er likevel noen viktige ulikheter, knyttet særlig til at Nedre Romerike er nærmere hovedstaden, har større urbane sentre (Lillestrøm i Skedsmo kommune), og ulik

avstand og tradisjonelt også ulike bruk av tjenestene ved Ahus-sykehuset i Lørenskog.

### **Befolkningsmengde i deltakerkommunene på Romerike:**

#### **Øvre Romerike: 70 179**

*Eidsvoll* 21 621,

*Nannestad* 11 362,

*Ullensaker* 31 044

*Gjerdrum* 6 152

#### **Nedre Romerike: 76 494**

*Skedsmo* 49 698,

*Fet* 10 626 ,

*Rælingen* 16 170

### **Styringsgruppe**

Styringsgruppen er sammensatt av representanter fra Mental Helse Akershus og Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, virksomhetsledere og kommuneoverleger fra deltakerkommunene, avdelingssjefer fra fire avdelinger i Divisjon for psykisk helsevern, samt avdelingssjef for Avdeling for samhandling, Ahus HF. Avdelingssjef for Avdeling akuttpsykiatri har vært fast medlem i styringsgruppa fra 22. juni 2010, mens avdelingssjef for Avdeling spesialpsykiatri (ASP) kom inn i styringsgruppa 7. juni 2011. Representant fra LPP Romerike kom inn i styringsgruppa i 13. mars 2012. Sunniva Pallin, fylkeskoordinator for Arbeid og psykisk helse i NAV Akershus, og forskergruppa ved avdelingssjef Torleif Ruud er faste observatører i styringsgruppa.

## **Prosjektgruppene**

Første prosjektgruppesamling ble arrangert 17. juni 2010. To representanter fra hver av deltakerenhetene deltok sammen med fem representanter fra Mental Helse Akershus, RIO og Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri på Romerike (LPP), til sammen 22 deltakere.

Prosjektgruppene har ansvar for å planlegge prosjektets samhandlingsmodell, bl.a. hvordan det koordinerende arbeidet skal organiseres og gjennomføres i samhandlingsgruppene. Prosjektgruppene skal gi råd til styringsgruppen om utvikling og gjennomføring av prosjektet.

Det ble besluttet å ha to prosjektgrupper; en for Øvre og en for Nedre Romerike. Deltakerne ønsket at prosjektgruppene som hovedregel skulle ha adskilte møter. De besluttet at hver deltakerenhet kan stille med både fast medlem og varamedlem i alle møtene for å sikre kontinuitet og bedre informasjonsflyt. Prosjektleder har koordinert arbeidet i prosjektgruppene. Dette har medført en forenkling i prosjektorganiseringen, og innebærer at prosjektleder sammen med styringsgruppeleder, og i noen sammenhenger fou-leder ved Ahus, har koordinert arbeidet på et overordnet nivå.

## **Problemstillinger, teoretiske perspektiver, metode og data.**

### ***Problemstillinger.***

Vi oppfatter at det oppdraget som ble gitt oss innebærer at vi har et relativt åpent mandat til å vurdere hvordan prosjektet har fungert så langt i forhold til sine mål, og å identifisere de forhold som skaper utfordringer og muligheter i forhold til å realisere disse målene. Målene med prosjektet er, som vi har påpekt foran, både ambisiøse og mangfoldige. Samtidig viser det seg - i dette prosjektet som i de fleste andre – at det tar tid å rigge til prosjektet formelt og organisatorisk, som å få på plass prosjektledere og prosjektdeltakere, og å formidle mål og hensikter med prosjektet til relevante aktører i tjenestene og blant ledelse. Vi har derfor vært særlig vare for tidsfaktoren, og at vi søker å frembringe et bilde av «en fugl i flukt» - der det avgjørende er om en kan se en retning i de mange aktiviteter som er i samsvar med prosjektets mål. Vi oppfatter at der er noen kjernesporsmål som kan belyse denne bevegelsen – og som dels dreier seg om hvordan prosjektet som helhet fungerer, og dels om noen spesielt viktige spørsmål knyttet til delstrategier og aktiviteter innenfor prosjektets ramme. Ut fra det relativt åpne mandat som ble gitt oss av oppdragsgiverne, har vi derfor valgt å formulere en generell hovedproblemstilling, og innenfor denne tre forskningsspørsmål.

### **Hovedproblemstilling:**

*I hvilken grad er samhandlingsmodellen som er valgt hensiktsmessig i forhold til prosjektets mål, og er man på vei til å realisere de målene som samhandlingsmodellen skisserer?*



## **Forsknings spørsmål:**

- 1. Er prosjektorganisasjonen hensiktsmessig i forhold til de overordnede mål?*
- 2. Fungerer Samhandlingsgruppene etter intensjonene?*
- 3. Er man på vei mot en «forpliktende samarbeidskultur» i hele sektoren/tjenestene i forhold til arbeid med den aktuelle målgruppen?*

Rapporten her er strukturert i tråd med dette, med tre kapitler som drøfter disse spørsmålene hver for seg. Vi har samlet inn data knyttet til det overordnede bilde av prosjektets organisering i et overordnet perspektiv. Deretter tar vi for oss det vi anser som modellens kjerneaktiviteter; Samhandlingsgruppenes fungering, og til sist spørsmålet i hvilken grad og hvordan prosjektet har bidratt til å utvikle en «samarbeidskultur» som er et langsiktig mål.

### ***Teoretiske perspektiver.***

Som vi viste innledningsvis er målene for Romeriksprosjektet ambisiøse, men også mangetydige. En innfallsvinkel til måldiskusjonen er å forstå mål som «kliniske resultatmål» eller «outcomes» for pasientene. Her vil bedre pasientbehandling for å oppnå bedret livssituasjon være viktige mål. Men som vi også viste, er prosjektet primært et organisasjonsutviklingsprosjekt som både skal utprøve en bestemt samhandlingsmodell – der Samhandlingsgruppene er det sentrale virkemiddel – og dels påvirke samhandling og samarbeid i de ordinære tjenestene – det vi kaller driftsorganisasjonen(e). Mulighetene for å kunne måle den direkte påvirkning av organisatoriske tiltak på «outcomes» er imidlertid en vanskelig øvelse. Organisasjonsteoretiske tilnærminger innebærer på sin side at en anser ideen om en direkte effekt av en bestemt modell,

uavhengig av kontekst, som svært problematisk. En representativ formulering om dette kan være: *“Context is everything – particularly where mental health services are concerned.....The focus is no longer on the specialty mental health services sector but on the broad array of human services sector, where people who experience a mental health disorder find themselves as they pursue their lives in their communities”*(Goldman 2010: foreword xxiiiv).

Å evaluere hvordan organisasjonsmodeller som har til formål å bedre samhandling og samarbeid som på lengre sikt, og innenfor komplekse kontekstuelle rammer, en mer realistisk tilnærming. Her er det egenskaper ved prosjektorganisering og aktiviteter utløst av prosjektet som er i fokus. Derved åpnes det for to – delvis overlappende – tilnærminger i analysen: en som er opptatt av en «lineær» outcome-studie, og en som gir et mer komplekst og kontekstuet bilde av prosjektet. Den førstnevnte tilnærmingen vil søke å finne kontekstfrie svar om outcomes, i sin mest rendyrkede form som RCT-studier, mens den sistnevnte vil understreke kontekst, og søke å identifisere de organisatoriske mekanismer som skaper forutsetninger for bedre samhandling i en lokal sammenheng, uten ambisjoner ut over at studien kan bidra til å systematisere erfaringsbasert kunnskap - som i neste omgang kan danne grunnlag for nye og bedre samhandlingsmodeller.

Dersom vi tar utgangspunkt i de to tilnærmingene, hva vet vi om betydningen av organisering og organisasjonsmodeller for å forbedre tiltak og tjenester for mennesker med psykiske lidelser, og for den aktuelle pasientgruppen spesielt? I rapporten *«Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern»* fra Kunnskapscenteret for helsetjenesten (Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten, rapport nr. 5-2012) heter det i konklusjonene at *«..Oppsummeringen av forskningen viser at det er et mangelfullt vitenskapelig*

*grunnlag for beslutninger om den videre organiseringen av psykisk helsevern»* (op.cit. s.2). Konklusjonen trekkes ut fra gjennomgåelse av studier av organisering og arbeidsformer der en primært er opptatt av effekten på klinisk tilstand, reinnleggelser på sykehus, pasientenes tilslutning til behandling, og sosial mestring. Bakgrunnen for konklusjonen er såkalte RCT-studier. Disse studiene preges av å være «kontekstfrie», og ingen av de inkluderte studiene er norske. Samtidig som det er svakheter ved den metodiske tilnærmingen Kunnskapssenteret benytter i forhold til læring om organisering av norsk psykisk helsearbeid, er det grunn til å peke på at de erfaringene man etter hvert har med organisering av tiltak og tjenester viser at en bør være varsom med å generalisere fra enkeltstudier. Kunnskapssenteret antyder at «kontinuitet i omsorg» og «lokale tverrfaglige team» er blant de tiltakene som har størst effekt i forhold til de indikatorene som er anvendt.

Kunnskapssentrets studie representerer imidlertid et faglig perspektiv som på mange måter står i kontrast til Verdens Helseorganisasjons vektlegging av tverrfaglig samarbeid, og der det heter at «*Collaborative Practice strengthens health systems and improves health outcomes*» (WHO 2010: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, s. 7). Selv om denne rapporten er mer generell om utviklingen i helsetjenestene, er det et hovedpoeng i WHO's tilnærming til tverrfaglige samarbeidsstrategier at stikkordet er «kontekst», i tråd med sitatet foran. I det ligger at de nasjonale og lokale forutsetninger vil være avgjørende for hvordan tiltak og tjenester organiseres innenfor rammen av tverrfaglige arbeidsformer. Basert på eksistensen av noen mekanismer («contextualize, commit, champion») mener en at det er lokale aktører (politiske og faglige) som vil måtte ta ansvar for å bedre samarbeid mellom ulike deler av tjenestene. Den konkrete utformingen av tiltak og tjenester må derfor ses i sammenheng med en rekke lokale kjennetegn knyttet

til historiske utviklingstrekk, kultur, formelle rammer og lokal kompetansetilgang.

Mye tyder også på at en etter flere års forskning på ulike samhandlingsmodeller i psykisk helsearbeid – og særlig overfor pasienter med rus- og alvorlige psykiske lidelser (ROP-pasienter) - nå mener at det er en rekke ulike modeller og tiltak som kan bidra til bedre tjenester. ACT – som i noen år ble ansett som det beste evidensbaserte tiltak overfor denne pasientgruppen, er nå erstattet av en oppfatning om at det er bestemte innsatsfaktorer, eller mekanismer, som kan gi viktige bidrag. Her er blant annet ulike organisatoriske (og andre) opplegg nevnt som en strategi for å forbedre tjenestene. Kontinuerlig og tett oppfølging i tverrfaglige team er et av de tiltakene som en nå mener er avgjørende, at dette krever at en har case managers knyttet til tjenestene, med stor grad av fleksibilitet i forhold til den enkelte pasients ønsker og behov, og med muligheter for å fatte raske, faglig forankrede beslutninger som en forutsetning. Dette kan skje gjennom ACT-team eller andre organisatoriske modeller. Samtidig har en beregnet utgiftene til ACT-team som såpass store at en har stilt spørsmål ved om ikke alternative modeller vil kunne gi bedre kostnadseffektivitet, og «forpliktende samarbeidsmodeller» kan være en betegnelse på slike.

Med disse (noe ulike, men på viktige områder sammenfallende) innfallsporene til analysen, har vi vært opptatt av at kriteriene for et vellykket prosjekt ikke kan begrenses til noen klinisk forankrede «outcomes» på kort sikt. Prosjektet vil kunne evalueres ut fra ulike perspektiv, og vårt utgangspunkt er at prosjektet må anses som et organisatorisk virkemiddel som på sikt skal bedre pasientenes livssituasjon, slik dette er formulert i målene for prosjektet innledningsvis. Men prosjektet har som nevnt også andre, mer komplekse mål om å utprøve en

bestemt samhandlingsmodell for å bedre samhandling: Eksempler er at også har som viktige mål å skape endringer i samarbeidsklime og samhandlingskultur i tjenestene. I dette ligger også at prosjektet kan gi stimulans til fagpersoner som i sitt daglige virke ofte står overfor et sant sisyfosarbeid – med det som kan betegnes som et av velferdsstatens «wicked problems» (Rittel og Webber 1973, de Baillon 2011), det vil si mennesker som har komplekse og langvarige problem og der det ikke finnes standardløsninger – verken behandlingmessig eller organisatorisk. Ved siden av å styrke pasientenes rolle, er også å bidra til at fagpersoner dedikerer seg til dette arbeidet et åpenbart mål.

I sluttevalueringen av Romeriksprosjektet vil outcomes stå sentralt – det er den delen av prosjektet som omhandler fou-delen. I denne «midtveisevalueringen» er det de organisatoriske mekanismene som fremmer og hemmer samhandlingen i prosjektet som er i fokus. Med dette utgangspunktet har Arnkil (2008/2012) utarbeidet en modell for selvevaluering som slik vi ser det er nyttig: Her heter det at det er 6 krav som må oppfylles for at Samhandlingsmodellen skal lykkes fullt ut i å etablere «permanent samhandling» («koordineringer permanent»):

- Den nye måten å arbeide på er godkjent
- De nye metodene er en rutinemessig del av opplæringen
- Nye metoder er laget for å beskrive arbeidet, utvikling av metoder oppmuntres
- Ledelsen legges til permanente sektorovergripende strukturer
- Overvåking og evalueringer en del av beslutningsprosessen
- Tilbakemelding fra brukere/pasienter samles rutinemessig

Disse punktene dreier seg om det vi kan betegne som en langsiktig prosess for å institusjonalisere nye samhandlingsrelasjoner. Prosjektet er da et virkemiddel

for å få dette til. Det er utviklingen av samhandlingsrelasjoner, gjennom prosjektorganiseringen og kulturbygging som er i fokus. En slik tilnærming til prosjektet står derfor i en viss kontrast til en forventning om at en på relativt kort sikt skal kunne dokumentere spesifikke kliniske resultater, basert på «outcome»-analysen.

Vi har ut fra dette valgt to utgangspunkt for analysen av Romeriksprosjektet: for det første en «tradisjonell» prosjektanalyse, for det andre en mer konkret og bredere «kontekstuell» tilnærming. I det første ligger at vi studerer prosjektets måte å fungere på basert på de mål, målgrupper, organisering, aktiviteter og (foreløpige) resultater som preger prosjektet. Den andre tilnærmingen innebærer at vi ser prosjektet i relasjon til egenskaper ved organiseringen av tiltak og tjenester som prosjektet relateres seg til – eller om en vil: ønsker å påvirke, og samtidig blir påvirket av.

Vi konsentrerer oss særlig om det vi anser som kjernen i prosjektet: de fem samhandlingsgruppene. Forslaget om å etablere slike samhandlingsgrupper er en organisatorisk nyvinning, og prosjektet representerer en utprøving av nye måter å fremme samhandling i fagfeltet på – i skjæringspunktet mellom ACT-team på den ene siden og de ordinære driftsorganisasjoner på en annen side. Vi konstaterer at samhandlingsgruppene – selv om de ytre sett har mange likhetspunkter - fungerer relativt ulikt, og vi er opptatt av hvilke forhold som kan forklare hvorfor noen synes å fungere bedre enn andre. Vi ser deretter på den øvrige organiseringen av prosjektet, med Styringsgruppen, prosjektledelse og fou-enheten, og vi vurderer avslutningsvis i denne første delen hvordan aktivitetene i prosjektet har fungert i forhold til mål og målgrupper. I den neste delen av analysen går vi nærmere inn på prosjektets forhold til det vi kaller de ulike driftsorganisasjoner. Her identifiserer vi ulike «relevante» aktører, som

kommunale tiltak og tjenester, NAV, fastleger, DPS-ene og andre spesialisttjenester ved Ahus. Vårt utgangspunkt er her at disse aktørene påvirkes av, og påvirker, prosjektet på ulike måter. Graden av suksess for prosjektet er i stor grad avhengig av hvordan disse gjensidige relasjonene er, og vi foretar en strukturert analyse av hvordan påvirkningene kan forstås som relasjonelle, organisatoriske og systemiske samhandlingsrelasjoner.

De faglige perspektivene som ligger til grunn for analysen, er dels instrumentelle organisasjonsteorier om prosjektorganisasjon, dels institusjonelle perspektiver på organisering generelt og helse- og sosialtjenester spesielt. De instrumentelle teoriene understreker at prosjekter må anses som rasjonelle, relativt rettlinjede prosesser der mål, målgrupper, organisering, aktiviteter og resultater kan forsås i en logisk sammenheng, der en på hvert av disse aspektene ved prosjekter kan vurdere grad av måloppnåelse: er målene klare og entydige, er målgrupper klart definerte, er organiseringen hensiktsmessig, er bruken av ressurser forsvarlig, har en prioritert de riktige aktivitetene, er resultatene i samsvar med mål? (Palumbo 1987).

De institusjonelle teoriene fremhever endringsprosessenes forankring i eksisterende, historisk utviklede, normer og verdier som er nedfelt i arbeidsformer og organisasjonsstrukturer. I dette perspektivet blir prosjekt knyttet til bevisste forsøk på å bryte med innarbeidete verdier og holdninger, og en fremhever at aktørene som skal foreta endringer i adferd møter prosjektet med ulike responser og strategier der prosjektet kan inngå som del av og bekreftelse på innarbeidete arbeidsformer like gjerne som et grunnlag for å endre disse. De eksisterende makt- og innflytelsesstrukturer vil også kunne anvende prosjektet som et ledd i sin reproduksjon av eksisterende tilstander, samtidig som andre vil oppleve at prosjektet kan være et virkemiddel til å endre innarbeidete

arbeidsformer og innflytelsesrelasjoner. For å forstå prosjektet er det derfor nødvendig å ha et bredt, ”kontekstuel” perspektiv på de prosessene som finner sted i og rundt prosjektet (Cristensen & al 2004).

### ***Data og metode.***

Utgangspunktet vårt var et relativt avgrenset evalueringsprosjekt i tid og rom. Det var derfor avgjørende for oss at prosjektleder og andre involverte var svært velvillige mht. å tilrettelegge for datainnsamlingen. Vi fikk umiddelbart ved oppstart av evalueringsprosjektet tilgang på et omfattende datamateriale. Dette besto av tre deler:

#### *- Dokumenter.*

Vi fikk tilgang på alle relevante dokumenter som er produsert i prosjektet, til sammen dreiet det seg om nærmere 2000 sider. Etter en foreløpig gjennomgang sto vi tilbake med ca. 1000 sider som vi har benyttet som grunnlag for arbeidet. Vi valgte å dele dokumentene i seks deler: 1) prosjektbeskrivelser, søknader, inkl. beskrivelser av prosjektorganisasjonen, 2) årsrapporter m. risikovurderinger, 3) møtereferater, 4) aktivitetsplaner/budsjett, 5) fou-virksomheten, 6) håndbøker/guidelines. I denne rapporten har vi vært opptatt av å formidle hovedfunn fra dokumentanalysen, i forhold til de forskningsspørsmålene vi presenterte foran. Det må derfor understrekes at det skriftlige materialet vi har hatt til disposisjon er langt mer omfattende i forhold til detaljeringsgraden i denne rapporten.

#### *- Intervjuer.*

I løpet av våren 2012 gjorde vi 17 intervjuer med til sammen 19 deltakere i prosjektet, åtte menn og elleve kvinner. Ut fra de ressursene som sto til rådighet valgte vi å intervjuer lederne for de 7 Samhandlingsgruppene, alle



fra kommunene, og til sammen 8 ansatte fra spesialisttjenestene, samt tre brukerrepresentanter (Mental Helse og RIO). I tillegg intervjuet vi prosjektleder, leder for styringsgruppen og deltakerne i forskningsprosjektet ved fou-avdelingen A-hus. Intervjuene varte mellom 27 minutter og 1 time og 34 minutter, med et gjennomsnitt på 57 minutter. Intervjuene var semi-strukturerte, men med stor grad av fleksibilitet ut fra den enkelte intervjupersons funksjon i prosjektet. Intervjuene dreide seg om deres bakgrunn, hvordan de ble deltakere i prosjektet, mål og målgrupper, organisering og egenerfaringer med prosjektet. Vi har valgt ikke å transkribere intervjuene, men har gjennomgått dem hver for oss og deretter bearbeidet og syntetisert synspunkter. Dette mener vi kan forsvares ut fra evalueringens formål, der vi er opptatt av å få saklige synspunkter om prosjektet mer enn egenskaper ved den enkelte intervjuperson. Intervjuene ble med et par unntak foretatt på intervjupersonens arbeidsplass, noe som også ga anledning til uformelle samtaler noen ganger med kolleger av vedkommende. Vi har valgt å intervju først og fremst personer som er «hands-on» i forhold til prosjektets arbeid med målgruppen, samtidig som dette også er personer med omfattende erfaring med psykisk helsearbeid og rusarbeid, både i forhold til den aktuelle målgruppen, samtidig som de fleste hadde lang erfaring fra sektoren og kjente godt til de organisatoriske rammene for arbeidet.

- *Deltakende observasjon/møter.*

Vi har, hver for oss og sammen, deltatt på 4 møter i prosjektet. I et par av dem har vi selv lagt frem presentasjon av opplegget for og foreløpige funn fra evalueringen. Dette dreier seg om et møte for gruppelederne (8.mars), styringsgruppen (5.juni) og på et seminar i regi av prosjektet på Lesvos (14. juni). I tillegg har vi hatt flere uformelle samtaler med nøkkelinformanter.

## **Prosjektanalyse.**

Vi vil som nevnt foran først drøfte prosjektet med utgangspunkt i de spørsmålene som stilles ut fra det instrumentelle analyseperspektivet. Fordelen med en slik – relativt enkel – tilnærming er at en kan få et rimelig klart bilde av hvilke aspekter ved prosjektet som er velfungerende og hvilke som ikke er det.

### ***Noen karakteristiske trekk ved prosjektet.***

Vårt utgangspunkt er at prosjektet preges av å være ambisiøst, komplekst, omfangsrikt og dynamisk. Vi har derfor stilt spørsmålet: hva er Romeriksprosjektets «habitus» - hva kjennetegner prosjektet, og hva kan en definere som «kjernen» i arbeidet prosjektet omfatter? Dette spørsmålet henger sammen med at vi har observert et stort aktivitetsnivå, manifestert med omfattende møtevirksomhet, et stort omfang på skriftlige dokumenter, og et mangfold av arbeidsoppgaver som prosjektet har påtatt seg. Vi vil særlig peke på at prosjektet innbefatter – i tråd med prosjektbeskrivelsen – både utprøving av en ”forpliktende samhandlingsmodell”, opplæring i bruken av ulike instrument/verktøy for å implementere samhandlingsmodellen, og et *forskningsprosjekt* knyttet til evaluering av «outcomes» for pasienter av Samhandlingsprosjektets arbeidsformer sett i relasjon til ACT-strategien. Dette forskningsprosjektet må ses i sammenheng med fou-avdelingens ansvar for evaluering av ACT-teamene på nasjonal basis, med prosjektleder Torleif Ruud. Blant de aktivitetene som vi også har observert, er en «*kulturbyggings-strategi*» der vektlegging av forpliktende samarbeidsrelasjoner gjennom en rekke aktiviteter rettet både mot ansatte og brukere/pasienter/pårørende etc., utarbeidelsen av en *håndbok* for samhandling om tiltak for den aktuelle målgruppen, og en omfattende *dokumentasjons- og rapporteringsvirksomhet*

rettet mot Helsedirektoratet og de ulike driftsorganisasjoner (sykehus og kommuner særlig). I det vi kan kalle randsonen av prosjektet har en også gjennomført et kompetanseløp knyttet til en videreutdanning i Nettverksmøter og relasjonskompetanse, en videreutdanning på deltid som er knyttet til Høgskolen i Gjøvik. Denne utdanningen ble initiert av Avdeling DPS ved avdelingssjef Anne Lindgaard, som et ledd i arbeidet der med å utvikle «kompetanseberedskap» om tverrfaglig samarbeid. Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har også hatt studentarbeid knyttet til prosjektet.

### **«Prosjektanalyse».**

En «tradisjonell» tilnærming til evaluering av prosjekter tilsier at en er opptatt av egenskaper ved prosjektet i bred forstand, i en lineær tilnærming der problemdefinisjonen avleder mål, som skaper grunnlag for en prosjektorganisasjon som utløser et sett av aktiviteter, som skaper resultater som kan måles i forhold til mål. Da spør en om målene er klare og entydige, om målgrupper er klart definerte, er organiseringen hensiktsmessig, er bruken av ressurser forsvarlig, har en prioritert de riktige aktivitetene, er resultatene i samsvar med mål? Som vi skal komme tilbake til er en slik tilnærming nødvendig, men utilstrekkelig, særlig dersom en ønsker å forklare de mekanismer som fremmer eller hemmer måloppnåelse. Her vil prosjektet i prinsippet være perfekt designet samtidig som faktorer utenfor prosjektets rekkevidde medfører at mål ikke realiseres. Med dette utgangspunktet vil vi først diskutere disse spørsmålene som er stilt foran basert på det omfattende datamaterialet som har stått til disposisjon.

### ***Problemdefinisjon – mål – målgruppe.***

Utgangspunktet for prosjektet var etter det som er opplyst at det i lengre tid var misnøye med samarbeidet mellom kommunene og DPSene, særlig fra Skedsmo og Ullensaker. Blant annet hadde et forum for kommuneoverleger («OASEN») på Øvre Romerike skrevet brev til divisjonsledelsen ved Ahus der de rettet kritikk av DPSene og noen avdelinger for manglende samarbeid med kommunene. I intervjuene pekes det samtidig på at det var variasjoner i samhandlingsrelasjonene mellom øvre og nedre Romerike, der en mente at samarbeidet mellom DPS/ruspoliklinikken og kommunale tjenester fungerte bedre i øvre enn nedre. Det ble blant annet pekt på at en samarbeidet om kompetanseutvikling i øvre Romerike. Kritikken synes likevel å ha vært utgangspunktet for at en søkte Helsedirektoratet om midler til å etablere et prosjekt om utprøvingen av en «forpliktende samhandlingsmodell».

I utgangspunktet ønsket kommuner på Nedre Romerike (Skedsmo kommune) at en skulle etablere et ACT-team, men etter at bl.a. DPS Nedre Romerike ga uttrykk for at en ikke kunne avse ressurser til etableringen av ACT-teamet ble det utarbeidet en søknad for forpliktende samhandlingsmodell. Selve modellen ble skissert og begrunnet av fou-avdelingen ved Ahus/professor Torleif Ruud etter samtaler med ulike aktører i spesialisttjenestene og kommunene. Parallelt med arbeidet med søknaden ble Torleif Ruud ansvarlig for evalueringen av ACT-team.

Det er grunn til å merke seg at søknaden gir en generell beskrivelse av behovet for bedre samordning og samarbeid i hovedsak ut fra et pasientperspektiv, men uten en spesifikk analyse av samhandlingsutfordringene på Romerike. Definisjonen av problemet er i utgangspunktet en konstatering av en allmenn tilstand ved norsk psykisk helsearbeid og rusarbeid, særlig overfor ROP-

pasienter – at samhandling mellom ulike aktører i feltet kan bli bedre, og at dette vil øke kvaliteten på tjenestene. Samtidig konstateres det i prosjektbeskrivelsen at dette er komplekse og utfordrende problemstillinger.

I prosjektbeskrivelsen er utgangspunktet at ACT er ansett som et effektivt faglig-organisatorisk virkemiddel som er evidensbasert, og at det er nødvendig å basere arbeid med målgruppen i større grad på et vitenskapelig grunnlag, slik ACT-strategien innebærer. I søknaden pekte en også på at utprøvingen av samhandlingsmodellen ville være anledning til å utvide grunnlaget for forskning om ACT og forpliktende samarbeidsmodeller. ACT representerer derved et relativt klart referansepunkt for problemdefinisjonen i prosjektet, og ideen om å sammenlikne etablering av et ACT-team på Nedre Romerike og en alternativ samhandlingsmodell på Øvre Romerike, var dels begrunnet faglig – å gi et sammenlikningsgrunnlag for to ulike strategier for å fremme forpliktende samhandling - dels pragmatisk. Det siste gjorde at en etter en tid måtte gå bort fra ideen om sammenlikning mellom ulike samhandlingsmodeller på Romerike, ettersom det ble klart at DPS på Nedre Romerike heller ikke ønsket å etablere ACT-team av ressurshensyn. Derved ble samhandlingsmodellen på Øvre Romerike lansert som et organisatorisk grunnlag for hele Romeriksprosjektet. Selve modellen som ble lansert i prosjektsøknaden var i utgangspunktet i stor grad Ruuds verk. Mulighetene for å finne ut hvordan ulike samhandlingsmodeller (ACT og andre) fungerte var interessant også fra et forskningsmessig synspunkt, som også ga muligheter for sammenlikninger av tiltak og tjenester for målgruppen basert på evidensbasert kunnskap. Dette er nå ivaretatt ved at forskningsdelen i Romeriksprosjektet tilføres data som er sammenliknbare med ACT-evalueringer ellers i landet. Derved ble søknaden om etablering av et samhandlingsprosjekt på Romerike knyttet til utprøving av

”forpliktende samhandlingsmodeller” i Helsedirektoratets utlysning, ikke til utprøving av ACT-modellen.

Målgruppens størrelse ble beregnet i prosjektbeskrivelsen til henholdsvis 80 for nedre Romerike (det tre kommunene Skedsmo, Fet og Rælingen) og 72 for øvre Romerike (kommunene Ullensaker, Nannestad, Gjerdrum og Eidsvoll). Etter hvert ble det klart at et par andre kommuner også ønsket å delta i prosjektet, men en valgte å opprettholde avgrensningen til de 7 kommunene som opprinnelig meldte seg som interesserte. Det er også interessant å konstatere at det også var en kommune på Nedre Romerike som mente at erfaringene med samarbeidsklimaet med spesialisttjenestene ved Ahus var såpass negative at en ikke mente det var hensiktsmessig å delta i prosjektet.

Målene slik de var formulert i prosjektbeskrivelsen var – i likhet med prosjektsøknaden for øvrig – ansett som faglig sterk, svært klar og med et solid opplegg. Gjennom en rekke besøk til de aktuelle kommunene og avdelinger i helseforetaket ble oppslutningen om prosjektet – og derved Samhandlingsgruppene som grunnmodell – sikret. På et overordnet nivå var målene og definisjonen av målgruppen ansett som klar og entydig. Det viste seg imidlertid at det oppsto flere fortolkningsmuligheter når prosjektet skulle konkretiseres og settes ut i livet. Det er imidlertid et poeng at mens prosjektsøknaden refererer til omfattende internasjonal forskning om egenskaper ved målgruppen og behandlingsopplegg, er det ingen spesifikk analyse av de konkrete samhandlingsproblemene som regionen Romerike sto overfor. De «kontekstuelle» faktorene som regionen hadde, inkludert historiske, kulturelle og organisatoriske særtrekk en har der, var ikke nevnt i søknaden. Dette kan i hvert fall delvis forklare at det tok tid og mye krefter å få på plass en konkretisering av prosjektet, og særlig den konkrete organiseringen av

Samhandlingsgruppene. Det er også verdt å merke seg at verken Akuttavdelingen eller Avdeling spesialpsykiatri (ASP) ved Ahus deltok innledningsvis i prosjektet, og at f.eks. inntaksprosedyrer ikke har gitt forrang til pasienter som deltar i prosjektet.

I praksis kom mål og målgrupper for prosjektet til å bli en gjenganger i prosjektet frem til undersøkelsestidspunktet (se under). Det tok tid å få på plass en konkretisering og avklaring av Samhandlingsgruppene arbeidsoppgaver og -form. De siste avklaringene om dette skjedde samtidig med at vårt arbeid ble startet opp, noe som er viktig å ha i mente i forhold til de synspunktene vi har innhentet om hvordan Samhandlingsgruppene fungerer.

- ***Organisering.***

Med organisering tenker vi her primært på den formelle strukturen prosjektet er bygget på, med prosjektledelse, styringsgruppe, samhandlingsgrupper osv. Den prosjektorganisasjonen som er beskrevet foran var som nevnt stor og kompleks, men er svært godt beskrevet i prosjektsøknaden, med en troverdig avveining mellom ulike hensyn, og samtidig en kopling til internasjonale og nasjonale forskningsbaserte erfaringer med ulike samhandlingsformer i psykisk helsearbeid og rusarbeid. Organisasjonskartet på side 8 viser den formelle organiseringen av prosjektet, og av den fremstår denne som en «tradisjonell» organisasjonsstruktur, med styringsgruppe, prosjektleder, (referansegruppe), og prosjektgrupper etc. De to prosjektgruppene ble etter en tid slått sammen, og har i praksis vært ute av funksjon etter at strukturen for Samhandlingsgruppene kom på plass. Dette har også sammenheng med at det ble etablert en gruppe for lederne av Samhandlingsgruppene.

Med utgangspunkt i intervjuene kan en oppsummere vurderingene av prosjektorganisasjonen i tre hovedpunkter:

- 1) Prosjektledelsen anses som sterk og klar, villig til å konfrontere ulike saker som ikke alltid er enkle å håndtere. Styringsgruppen på din side preges av at den domineres av ledere for ulike deler av driftsorganisasjonen i kommuner og helseforetak. Denne sammensetningen av styringsgruppen er begrunnet i behovet for forankring for prosjektet i arbeidsfeltet og ledelsen, men innebærer samtidig at styringsgruppen funksjonsmåte reflekterer de problemene driftsorganisasjonen preges av. Oppmerksomhet og tid er et knapt gode for disse lederne, og det fremgår av dataene at styringsgruppen anses som en generelt positivt, men lite styrende beslutningsarena. Forankringen i ledelsen i driftsorganisasjonene er det stilt mange spørsmål ved. Når det gjelder kommunene, synes det imidlertid som om de som deltar i prosjektet, og prosjektet som sådan, ikke er så sårbare for manglende kunnskap om prosjektet i den øverste kommuneledelse fordi de virksomhetene det gjelder er relativt autonome, og at en har en grad av fleksibilitet i bruken av ressurser i forhold til målgruppen som kan anvendes innenfor prosjektets mål og rammer. Når det gjelder spesialisttjenestene er det imidlertid flere problemstillinger som reises: for det første er prosjektet formelt knyttet til avdelingssjef for Avdeling DPS, noe som innebærer at autoriteten til prosjektet i forhold til den øvrige ledelse i divisjonen i noen tilfeller har vist seg å være vanskelig å ivareta – se senere. Det viser seg også at den relativt sterkere grad av hierarkisering – både faglig og administrativt – som spesialisttjenestene preges av, også medfører at en ikke har støtte til å gjennomføre egne prosjektaktiviteter (fordeling av økonomiske ressurser, noen ganger vanskeligheter med



prioritering av prosjektet mht. tidsressurser, og ingen ”særfordeler” for de pasientene prosjektet omfatter).

- 2) Samhandlingsgruppene fungerer til dels svært ulikt, med en rekke problemstillinger knyttet til hvem som deltar, møtehyppighet og arbeidsformer. I praksis har samhandlingsgruppene fungert som ulike (del-)prosjekter, noe som reflekterer at situasjonen i de ulike kommunene er ulik (*se eget kapittel*).
- 3) Et hovedspørsmål – som slik de intervjuede ser det - har hatt stor betydning for prosjektets fungering, dreier seg om at det eksisterer organisatoriske og ressursmessige gråsoner mellom driftsorganisasjonen og prosjektet. I prosjektbeskrivelsen formuleres dette som at «*..både DPS og kommune styrer selv bruk av ressurser (fagfolk, tid) som inngår fast i prosjektet.*» (Prosjektbeskrivelsen s. 9). Forutsetningen var at et skulle gjøres avtaler om hvem som skulle delta i prosjektet som del av prosjektsamarbeidet, og at det ville ta noen tid før inntak av brukere ville være avsluttet og de totale ressursbehov ville bli avklart.

Underveis er det foretatt evalueringer og justeringer av hvordan prosjektorganisering har fungert. Dette har medført dels at de to delprosjektene i praksis er slått sammen til et prosjekt, manifestert ved at de to opprinnelige prosjektgruppene er slått sammen. De justeringene som er foretatt mener vi reflekterer den høye grad av refleksjon prosjektet preges av, og at en har brukt mye tid og ressurser på kritiske (og selvkritiske) vurderinger av måten prosjektorganisasjonen fungerer.

## **Aktiviteter og planer.**

Aktiviteten i prosjektet kan grovt sett deles i tre: først en fempunkts detaljert beskrivelse av de aktiviteter som inngår i selve samarbeidsmodellen («Tverrfaglig samarbeid og samhandling» som består av «tverrfaglige beslutningsprosesser», «ansvarsgruppemøter», «oppsøkende virksomhet»), brukermedvirkning, individuell tilpasning av tilbudet, kontinuitet og sikring av (pasient-)overganger, medisinsk og psykologisk behandling, og hjelp med livssituasjon. Den andre delen består av opplæring og veiledning, der evidensbasert praksis og forpliktende samhandling står i fokus, og en tredje del som beskriver evalueringssprosjektet, forskningsprosjektet der et forslag om en multisenterstudie der sammenlikning med ACT-team og andre forpliktende samhandlingsmodeller står sentralt. Dette var tuftet på internasjonalt samarbeid om disse temaene, og forutsatte et opplegg for registrering av ulike forhold ved tilbudet til og utvikling av de inkluderte pasientenes helsetilstand og livssituasjon.

I prosjektbeskrivelsen er prosjektaktivitetene delt i fire faser: planlegging og prosjektetablering, forberedelser og opplæring, gjennomføring og vurdering av videre utbredelse. De dataene vi har samlet inn er i hovedsak knyttet til fase 3, gjennomføring, som ble startet opp i januar 2011 og som skal avsluttes i desember 2014 så sant statlig prosjektfinansiering blir videreført. Selv om det har tatt noe lengre tid å avslutte de to første fasene, har prosjektet i all hovedsak fulgt de aktivitetsplaner som ble presentert i prosjektbeskrivelsen. Det er likevel ikke mulig å fastslå en lineær fremdrift i prosjektet, idet enkelte problemstillinger har vært tilbakevendende helt frem til evalueringstidsspørsmålet. Det gjelder også spørsmål som etter fremdriftsplanen skulle vært avklart i den første fasen av prosjektet. Vi kommer tilbake til disse spørsmålene senere i rapporten.

Prosjektet preges av et høyt aktivitetsnivå. Samhandlingsgruppene arbeid står sentralt, men i tillegg har prosjektet engasjert seg i en rekke «sideordnete» aktiviteter, slik vi viste foran. Blant de aktivitetene som er beskrevet i prosjektplanen står utvikling av kompetanse i samhandling, og bygging av samarbeidskultur sentralt. Virkemidlene for å få til dette er dels kompetanse- og undervisningstiltak, dels en rekke løpende eller påløpende aktiviteter knyttet til seminarvirksomhet, foredrag osv. Prosjektledelsen har også, sammen med Torleif Ruud, Avdeling FOU, ved Ahus, brukt mye tid til å utarbeide en håndbok om samhandlingsmodellen på Romerike. I tillegg må nevnes at mye tid og ressurser har vært brukt på å utarbeide dokumentasjon på prosjektet (årsmeldinger etc.) og til å arbeide med risikoanalyser etc. Dokumentasjonsmengden er stor, men synes dels å være begrunnet i at prosjektet har måttet legitimere seg ikke bare overfor oppdragsgiver (HD) men også internt i kommunene og helseforetaket. I intervjuene pekes det på at en har ansett mange av de aktivitetene som har kommet i tillegg til arbeidet med selve «samhandlingsmodellen» - Samhandlingsgruppene – har vært nødvendig og nyttig, men i intervjuene er det mange som mener at det nå er behov for å konsentrere seg om prosjektets kjerneaktiviteter, det vil si implementeringen av samhandlingsmodellen gjennom samhandlingsgruppene.

#### **- Resultater**

Som nevnt innledningsvis er evalueringsopplegget her ikke basert på å dokumentere «outcomes» i form av bedre pasientbehandling eller at individuelle pasienter opplever forbedringer i sin tilstand – dette vil bli analysert gjennom forskningsprosjektet fou-avd. ved Ahus gjennomfører. Målene som er formulert for prosjektet og som er relevante for evalueringen vi foretar dreier seg om å endre samhandlingsrutiner, innføre nye organisatoriske tiltak som bedrer

samhandling, og å utvikle og styrke en samhandlingskultur på tvers av ulike deler av tjenestefeltet. Det uttrykkes en viss skepsis til at en vil kunne forvente at en skal dokumentere outcome-resultat (på pasientnivå) av prosjektet, men at en har fått bedret forståelsen mellom aktører i tjenestefeltet, at den gjensidige forståelsen mellom spesialist- og kommunale tjenester er økt, og at en langsomt etablerer bedre relasjoner som er nyttige i den konkrete pasientbehandlingen. Det pekes også på at prosjektet har hatt en viktig effekt ved å synliggjøre samhandlingsproblemer, og ved å konkretisere hva disse problemene består i. Dette kommer vi nærmere inn på i de neste kapitlene.



## **Relasjoner mellom driftsorganisasjoner og prosjekt.**

Med driftsorganisasjoner tenker vi her på de tiltak og tjenester som tilligger Ahus, kommunene, NAV-systemet, fastleger osv. Utgangspunktet for denne delen av analysen er de utfordringene som fremkommer ved at de samhandlingsrelasjonene prosjektet sikter på å forbedre må anses som svakheter ved driftsorganisasjonenes fungering, samtidig som prosjektet er avhengig av den samme driftsorganisasjonen for å lykkes. På sett og vis er derved prosjektet i en tvetydig relasjon til driftsorganisasjonene, som bl.a. kommer til uttrykk ved at det er forutsatt at prosjektaktivitetene skal inngå i driftsorganisasjonenes ordinære driftsutgifter, både i kommuner og helseforetak. Det er heller ikke avsatt ressurser til ledelse av prosjektet ut over det en blir tildelt gjennom driftsorganisasjonene. Samhandlingsgruppene (eller prosjektet som helhet) har heller ikke administrativ beslutningsmyndighet i forhold til tiltak for de enkeltpasientene som deltar i prosjektet. I praksis er en her prisgitt at forslag og anbefalinger fra Samhandlingsgruppene følges opp i driftsorganisasjonene, selv om det i mange tilfeller er overlapping mellom deltakerne i Samhandlingsgruppene og de som har behandleransvar for pasientene – se neste kapittel. Som vi skal komme tilbake til der er Samhandlingsgruppene organisert slik at de på noen områder ligger nær opptil modellen fra ACT-team, blant annet ved at de skal kunne vurdere arbeidet i forhold til enkeltpasienter, og trekkes inn som en «monitorering» av samhandling der en observerer at Individuell Plan (IP) og ansvarsgruppene ikke fungerer optimalt. SHG har oftere møter enn IP/ansvarsgruppene, og derved «nærmere» aktivitetene/behandlingen enn driftsorganisasjonen er, men gjennom å være integrert i driftsorganisasjonen er de samtidig fjernere fra «hands-on» behandlingsopplegg enn tilfellet er for ACT-teamene.

Som vi nevnte i teoriavsnittet innebærer det at prosjektet må analyseres også ved å forklare de mekanismer i driftsorganisasjonens som skaper grunnlaget for samhandlingsproblemer, og som i neste omgang søkes påvirket av prosjektet. Prosjektet er samtidig en del av den nasjonale politikken på feltet, og de målene som er formulert for prosjektet har allmenn tilslutning, både fra statlige politiske og faglige myndigheter. Tilslutning til prosjektet er også vedtatt av kommunestyre og sykehusforetakets styre, og på et generelt nivå er derved prosjektet solid forankret. I utgangspunktet vil derved prosjektet også ha stor legitimitet når en iverksetter ulike tiltak, eller søker å påvirke faglige holdninger og arbeidsformer i tjenestene. Samtidig vet vi at dette ikke er tilstrekkelig til å skape konkrete endringer i samhandlingsrelasjoner – som nevnt innledningsvis er dette avhengig av både systemiske, organisatoriske og relasjonelle kjennetegn. Her er det ofte andre hensyn som skal ivaretas, som økonomiske, ulike lovgrunnlag, ulike faglige perspektiver osv..

Et av de viktigste kjennetegn ved det vi betegner som driftsorganisasjoner i psykisk helsearbeid og rusarbeid, er nettopp kompleksiteten, og at enkle oppskrifter eller proklamasjoner om behov for bedre samhandling ikke er tilstrekkelig til å bryte de institusjonaliserte mønstre som skaper samhandlingsproblem. Den enkelte kommune, ulike tjenester i kommuner og foretak, ulike pasientgruppers måte å nærme seg tjenestene på, skaper til sammen et komplekst bilde der ivaretagelse av ulike særhensyn på ulike tidspunkt ofte møter stor forståelse av de samme aktørene som på generelt grunnlag slutter seg til ønsket om «bedre samhandling». Med dette generelle kunnskapsgrunnlaget har vi vært opptatt av hvordan relasjonen mellom driftsorganisasjonene og prosjektet fungerer. Ut fra de dataene vi har samlet har vi identifisert noen problemer som etter vår vurdering har betydning – kanskje avgjørende innflytelse på – prosjektets grad av suksess. Vi vil særlig peke på fire

forhold: den organisatoriske grunnstrukturen tjenestene er basert på, behovet for avgrensning av oppgaver og ansvar, spørsmålet om Samhandlingsgruppene blir et unødvendig mellomledd i samhandlingen mellom driftsorganisasjonene, og ulike faglige perspektiver og arbeidsformer.

*«Grunnstruktur»:*

- Kommunene preges av at de har ulike faglige og organisatoriske tradisjoner knyttet til henholdsvis rustjenester og psykisk helsearbeid. Dette gjenspeiler seg i ulike arbeidsformer, ulike kompetanser/faglige perspektiver, og ulike koplinger til andre relevante tiltak og tjenester i kommune. Samtidig er inntrykket at de ulike tjenestene etter hvert samhandler bedre, at psykisk helsearbeid og rustjenestene har hatt en omfattende vekst både i antall ansatte og brukere, og fått en klarere faglig plattform med sterkere identitet og selvsikkerhet både i forhold til andre kommunale tjenester og i forhold til spesialisttjenestene. Særlig blir dette fremhevet av representantene for brukerne, men også ansatte i spesialisttjenestene uttrykker dette. Hovedproblemet er at hver kommune gjør det på sin måte, at det er store variasjoner mellom kommunene både mht. antall ansatte, kompetanse og organiseringen av tjenestetilbudet, noe som særlig er et problem for spesialisttjenestene.
- Spesialisttjenestene er på samme måte preget av de to faglig-administrative søylene som utgjøres av rustjenester og psykiatri. Samtidig er det et organisatorisk skille mellom DPS-ene og sykehus-tjenestene gjennom avdelingsstrukturen. Disse «søylene» er særlig relevante for prosjektet ved at de to DPS-enhetene som deltar (TiRe i Nedre Romerike og psykoseteamet i Øvre Romerike), har svært liten samhandling med de to rusteamene lokalisert samme sted. Manglende samhandling kan ikke bare skyldes at de er koplet til



ulike ledelsesstrukturer, men også ulike tradisjoner og faglige perspektiver. Men tatt i betraktning at det er overlappende pasienter, eller pasienter som potensielt «faller mellom stolene» gjennom den strikte søyleorganiseringen, er manglende kontakt og samhandling – og tilsvarende manglende kjennskap til hverandre - svært påfallende.

- Relasjonene mellom de kommunale tjenestene og helseforetaket er også preget av at en ennå (på skrivende tidspunkt) ikke har etablert samarbeidsavtaler mellom DPSene og kommunene til tross for sterke politiske føringer om dette i forbindelse med iverksettingen av Opptrappingsplanen. på i tråd med de lovbestemte kravene i Samhandlingsreformen for å regulere samhandlingen mellom DPS-ene og kommunale tjenester. Samtidig er den strategiske planen for helseforetaket under revisjon, men etter det som er oppgitt er denne revisjonen preget av en «nedenfra- og opp»-tilnærming med innspill fra de enkelte avdelingene i foretaket, og flere uttrykker bekymring for at denne tilnærmingen kan medføre at viktige overgripende strategiske forhold ikke vil avklares på en god måte. Samtidig er det i utarbeidelsen av planen ikke kommunisert med kommunene hvordan samhandlingen i et lengre tidsperspektiv skal organiseres.

- *Avgrensning av oppgaver og ansvar.*

Uenighet om avgrensning av ansvarsforhold for noen pasientgrupper har gjennomsyret prosjektet på en uheldig måte. Dette skyldes først og fremst at den sentrale ledelse ved Avdeling Rus og avhengighet (ARA) i helseforetaket har formidlet at prosjektets målgruppe – mennesker med både psykoser/alvorlige psykiske lidelser og rusproblem – ikke er deres behandlingsansvar, men at ARA i prosjektet skal bistå med råd og

veiledning til de andre fagpersonene i prosjektet hva angår denne gruppa. Dette er dels begrunnet i faglig kompetanse, dels i ROP-retningslinjene, men også i ressursituasjonen ved avdelingen. Mens prosjektets håndbok er klar på at en her må finne samhandlingsløsninger der også ARA kan ha en terapeutisk rolle i forhold til disse pasientene, selv om alle er enige om at Avdeling DPS har et hovedbehandlingsansvar, mener ARA-ledelsen at Helsedirektoratets faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser som ble publisert ved årsskiftet 2012 avgrenser rusavdelingene fra ansvar for disse pasientene. Leder i styringsgruppen stilet i den forbindelse et brev til divisjonsdirektøren ved Divisjon psykisk helsevern, Ahus, om dette, men et foreløpig svar fra direktøren var at dette måtte avklares i samråd mellom de aktuelle avdelingene/partene. Saka er ennå ikke avklart. Det som er viktig i denne saken er at den dreier seg om prosjektets mest sentrale målgruppe, og at en uavklart situasjon om dette har fått betydning for Samhandlingsgruppens funksjonsform noen steder. (Se mer om dette under analysen av Samhandlingsgruppene).

- *Samhandlingsgruppene - «smør på flesk»?*

Et spørsmål som ble trukket frem av flere i intervjuene, var forholdet mellom de etter hvert mange aktørene/instansene som arbeider i forhold til de samme pasientgruppene, både i spesialisttjenestene og i kommunene. Det ble pekt på at det de siste årene generelt er etablert mange ulike team i tillegg til at både spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene er blitt mer omfattende, med flere ansatte og bedre kompetanse, blant annet som en følge av Opptappingsplanen. Det ble også hevdet at driftsorganisasjonene var under press, og at en fryktet at det ville skje reduksjoner i budsjettene etter at Opptappingsplanen var avsluttet og Samhandlingsreformen hadde et

fokus på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Det ble fra enkelte hevdet at det først og fremst var behov for å bringe rus-/psykiatritjenestene i kommuner og helseforetak sammen, med felles kompetanseutvikling og bedre forståelse for hverandres perspektiver og arbeidsmåter, enn å etablere nye enheter. Selv om en i prosjektet forutsatte at en ikke skulle etablere «nye selvstendige enheter» ble det pekt på at Samhandlingsgruppene kanskje kunne, og etter noens mening når prosjektet var avsluttet, bli erstattet med et sterkere fokus på samhandling i driftsorganisasjonene, og at forbedringer knyttet til måten IP og ansvarsgrupper fungerer på kunne erstatte Samhandlingsgruppene. Slik sett ble det fra noen hevdet at Samhandlingsgruppene (og prosjektet som sådant) derved var et «kompensatorisk tiltak» som var etablert fordi forpliktende samarbeid var for dårlig forankret i driftsorganisasjonene.

- *Ulike faglige perspektiver og arbeidsformer.*

Det er liten tvil om at det eksisterer *ulike faglige perspektiver* om hvordan pasientgruppen skal ivaretas, særlig mellom de to «søylene» i spesialisttjenestene, men også mellom de kommunale tjenestene. Likevel gis det uttrykk for at de faglige uenighetene ikke er uoverkommelige, og at en generelt er opptatt av at ulike faglige perspektiver og arbeidsformer kan utfylle hverandre. Det gis også uttrykk for stor grad av respekt og forståelse for at ulike faglige perspektiver er en naturlig del av fagområdet, men – slik vi har funnet i en rekke andre studier – at en er tilbakeholdne med å kritisere eller konfrontere andre deler av tjenestefeltet med uenighet gjennom å initiere faglige debatter på prinsipielt grunnlag. Det uttrykkes i intervjuene en pragmatisk og konstruktiv holdning til dette, og en hevder at en etter hvert har fått en større forståelse for ulikheter i faglige perspektiver innenfor fagfeltet. Det er f.eks. påfallende at noen fagpersoner i de lokale

ruspoliklinikkene har vært mer pragmatiske og mindre «prinsipielle» i sin holdning til hvordan en skal avgrense eget ansvar for målgruppen i prosjektet enn det den overordnede uenigheten mellom ARA og andre aktører i prosjektet har vært.

På et punkt synes det som om denne tilbakeholdenheten har konsekvenser for prosjektets måte å forholde seg til driftsorganisasjonen: det kan synes som om det ikke bare er ulikheter mellom ulike tjenester og avdelinger i måten en nærmer seg prosjektets målgruppe, men at *arbeidsformen* i spesialisttjenestene preges av stor grad av autonomi for den enkelte terapeut. Det innebærer at prosjektets mål om at arbeidsformen skal preges av at en reiser ut til pasientene, og at terapeutene fra spesialisttjenestene også besøker pasienten i hjemmet (eller andre steder utenfor egne kontorer), overlates til den enkelte terapeuts egenoppfatning (f.eks. om vedkommende har ønske eller mulighet til å dra ut). En viktig barriere for å utvikle mer utadrettede arbeidsformer er at finansieringssystemet er basert på et produktivitetsmål der antall konsultasjoner telles, noe som innebærer at en må akseptere et «produktivitetstap» dersom en bruker tid til reiser til og fra pasientenes hjem, eller til samordningsmøter.

### ***Egenskaper ved driftsorganisasjoner og forholdet til prosjektorganisasjonen.***

Gjennom intervjuene dannet det seg etter hvert et klart bilde av hvordan driftsorganisasjonen preges av en rekke utfordringer med hensyn til samordning og samarbeid. Disse utfordringene kan ikke overraske, de er tvert i mot selve begrunnelsen for behovet for prosjektet. Men samtidig er det påfallende hvor klart samhandling er en mangelvare i mange deler av «systemet». Det gis en

rekke eksempler på hvilke samhandlingsproblemer som eksisterer, og som – slik vi ser det – prosjektet vil ha for liten autoritet til å kunne endre alene. Analysen viser snarere at en på flere områder er kommet kort i forhold til det arbeidet som har prioritert fra helsemyndighetene om å bedre samhandlingen i arbeidsfeltet. Vi nevnte innledningsvis at faktorer som kan fremme og hemme samhandling befinner seg på ulike nivåer: systemisk, organisatorisk og relasjonelt. På systemisk nivå er det primært de overordnede rammebetingelsene som nasjonal politikk, lover og nasjonale retningslinjer, økonomiske rammer, profesjons- og kompetansesammensetning etc. setter som er viktige. På organisatorisk nivå dreier det seg om strukturelle faktorer (kjennetegn ved det lokale «helsesystemet» pasientene skal relatere seg til, egenskaper ved de ulike tjenesteenheter hver for seg, kapasitet (til pasientbehandling særlig), osv. som er viktige. På relasjonelt nivå dreier det seg om sosiale relasjoner, samhandlingsklima, osv.

### **Systemiske faktorer**

Den nasjonale helsepolitikken har en klart samhandlingsfremmende karakter, og er på mange måter et grunnlag og utgangspunkt for driftsorganisasjonens mandat. Ved siden av at prosjektet er finansiert gjennom statlige midler, er det særlig gjennom kravene om samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner at statlige myndigheter legger føringer på aktiviteter som er relevant for lokal samhandling. Svært mange av de som uttaler seg er opptatt av at bedre samhandling er så sterkt fokusert i dagens statlige politikk at det er umulig ikke å tilrettelegge for bedre samhandling lokalt, og at statlige myndigheters rolle som pådriver for samhandlingsprosesser er helt sentral. Utarbeidelsen av nasjonal retningslinjefor arbeid med ROP-pasienter som ble offentliggjort i årsskiftet 2011-2012, har hatt direkte innflytelse på hvordan samhandlingen skal foregå lokalt, men har medført at enkelte har tolket disse retningslinjene som

motstridende til den håndboken i prosjektet har anbefalt på et (for prosjektet) viktig punkt: hvilket ansvar Avdeling rus og avhengighet ved Divisjon psykisk helsevern skal ha for pasienter med psykoser/alvorlige psykiske lidelser og samtidige ruslidelser som inkluderes i prosjektet. (se under).

### **Organisatoriske faktorer**

Det som karakteriserer den overordnede organisering av det psykiske helsesystemet er kompleksiteten som de forvaltningsmessige rammene setter, med helseforetak med flere avdelinger organisert i «søyler», kommunale tjenester organisert på ulike måter i kommunene, og med ulike tradisjoner innenfor rus- og psykisk helsearbeid, og fastleger og NAV-systemet. Selv om aktører fra alle disse delene av helsesystemet er representert i prosjektet, er en viktig hemmende faktor at de historisk nedarvede arbeidsformer har kunnet fortsette, og sementeres i en organisasjonsstruktur preget av det som i organisasjonsteorien betegnes som «negativ samordning». I dette ligger primært at de ulike tjenesteenheter selv definerer sin rolle i forhold til andre enheter, og at en av hensyn til å holde et lavt konfliktnivå unnlater å diskutere samhandling om pasienter på en helhetlig måte. Mange av de intervjuene vi foretok illustrerer dette fenomenet, som ikke minst gjør seg gjeldende innenfor Divisjon psykisk helsevern i helseforetaket. Manglende kommunikasjon mellom enheter – særlig mellom enheter innenfor de to «søylene» men også mellom enheter innenfor hver av de to søylene er påfallende – til tross for at de er lokalisert i samme bygg eller med få meters avstand.

Vi er i mange sammenhenger blitt møtt med spørsmål om «manglende overordnet strategi». En stiller spørsmål ved om det er tilstrekkelig kraft og autoritet i den overordnede strategien ved Ahus til å stille krav til de ulike delene av organisasjonen om hvordan den skal agere i forhold til samhandling – både

mht. avdelingsautonomi og autonomi for den enkelte terapeut. Dette er en vanskelig balansegang, og ut fra intervjuene kan det virke som om en har unnlatt å gripe fatt i samhandlingsutfordringene der disse har støtt mot den autonomi som enheter og terapeuter tradisjonelt har hatt i spesialisttjenestene.

### **Relasjonelle faktorer**

Generelt viser dataene, og intervjuene særlig, at det er gode, og stadig bedre, samarbeidsrelasjoner mellom aktørene i ulike deler av «systemet». Men mange hevder at det historisk har vært bedre samarbeidsrelasjoner på Øvre enn Nedre Romerike. Dette har hatt betydning for enkeltes synspunkter på behovet for prosjektet: det har vært hevdet at der prosjektet fungerer best er der hvor samarbeidsrelasjonene allerede er gode, og at det der hvor relasjonen har vært dårligere er et stort behov for prosjektet, men at en der har en tyngre vei å gå for å lykkes i forhold til pasientgruppen. Dette har hatt stor betydning for hvordan Samhandlingsgruppene har fungert, se neste kapittel.

## **Erfaringer med Samhandlingsgruppene – «kjernen» i prosjektet.**

Samhandlingsgruppene skal ha et koordinerende ansvar for det oppsøkende kliniske arbeidet i forhold til prosjektets målgruppe. De har ansvar for gjennomføringen av prosjektets samhandlingsmodell. Etablering av gruppene har vært hovedoppgaven til prosjektgruppene høsten 2010. Samhandlingsgruppa i Eidsvoll startet i desember 2010, mens de andre starter i januar 2011. Kommunene Nannestad og Gjerdrum ønsket en felles samhandlingsgruppe. Det samme besluttet kommunene Fet og Rælingen. Hensikten er å styrke det faglige miljøet innen psykisk helsearbeid og rusarbeid. Felles samhandlingsgruppe bidrar til at deltakende enheter fra spesialisthelsetjenesten, får færre faste møter i kommunene.

### ***Sammensetning***

Sammensetningen i de fem samhandlingsgruppene har vært et sentralt drøftingstema høsten 2010. Det er ønskelig at gruppa i hver kommune består av en kjerne på minst tre representanter fra kommunen, en fastlege, en fra lokalt NAV-kontor, to fra rehabiliterings-/psykoseteamet og minst en fra ruspoliklinikken. Sammensetningen skal være preget av tverrfaglighet slik at ulik kompetanse og kunnskap inngår i samarbeidet.

Først høsten 2012 har en lyktes i å rekruttere fem fastleger til å delta i prosjektet. Dette sikrer at alle fem samhandlingsgruppene nå har allmennmedisinsk kompetanse. Tilsvarende har det blitt forsøkt å rekruttere en NAV-representant fra hvert av de lokale NAV-kontorene til



samhandlingsgruppene. Foreløpig er fem av syv lokale NAV-kontor representert.

Styringsgruppa drøftet 12. oktober 2010 muligheter for å tilsette medarbeidere med brukererfaring (MB)/erfaringskonsulenter i de ulike samhandlingsgruppene i prosjektet. Det ble besluttet at prosjektet framover skal innhente erfaringer fra bruk av MB i helsetjenesten, og å holde seg orientert om etablering av et sentralt utdanningsprogram for medarbeidere med brukererfaring med tanke på eventuelt å tilby dette lokalt. Styringsgruppa vedtok året etter å tilsette MB-stilling i Eidsvoll som del av prosjektet. Erfaringskonsulenten er fast medlem i samhandlingsgruppa i Eidsvoll og kompetansen inngår i det tverrfaglige teamet.

## ***Oppgaver***

Samhandlingsgruppene skal bl.a.

- Inkludere pasienter i tråd med prosjektets utvalgskriterier
- Vurdere pasientens behov for tjenester, planlegge og koordinere tjenestetilbud fra DPS og kommune
- Ha regelmessig gjennomgang av pasientmålgruppa i sitt geografiske område
- Iverksette eventuelle justeringer i oppfølgingen av den enkelte pasient
- Avtale og gjennomføre eventuelle hjemmebesøk eller annet oppsøkende arbeid hos bruker
- Initiere ansvarsgruppe og nettverksmøte i tråd med brukers og pårørendes behov
- Vurdere opplæringsbehov blant brukere, pårørende og ansatte
- Sørge for kontinuitet i tjenestetilbudet til den enkelte bruker, bl.a. å sikre kontakt med bruker i forbindelse med institusjonsopphold, skifte av behandlere, ferier osv.

## *Erfaringene med samhandlingsgruppene*

ACT-team, KPA, IP og ansvarsgrupper er ulike måter å organisere utformingen av tjenestetilbudet på. Vi har sett at det er vanskelig å dokumentere at en måte å organisere tilbudet gir bedre behandling til pasientene enn en annen. At dette er problematisk kan skyldes at det ikke er direkte sammenheng mellom organisering av tjenestene og resultatet for pasientene. Enkelte går så langt at de sier at det er egenskaper ved den enkelte tjenesteyter og den relasjonen som etableres med pasienten som er avgjørende for om tjenestetilbudet fungerer (Horvath 2006, Redko & al 2007, Topor& al 2011). Vi trenger ikke ta stilling til denne problemstillingen her. Det forskningsprosjektet som er i gang har ambisjoner om å se på i hvilken grad Romeriksprosjektet bidrar til bedre resultater for pasientene. Vi legger derfor til grunn at så vel ACT-team, KPA, ansvarsgrupper og de aktuelle samhandlingsgruppene alle er ulike måter å organisere et helhetlig og samordnet tjenestetilbud ved å sette sammen team. Vi vil derfor først og fremst analysere i hvilken grad den aktuelle organiseringen bidrar til godt samarbeid. Det foreligger i dag en omfattende litteratur som viser hva som bidrar til at team kan være et effektivt hjelpemiddel til å yte helhetlige og samordnete tjenestetilbud. En gjennomgang av noe av den relevante litteraturen som finnes på tilgjengelig i dag (Øvretveit 1995, Knudsen 2003, Jacobsen 2003, Hansen 2007, Hansen &Fugletveit 2010 og Reeves & al 2011) gir oss noen klare anbefalinger om hvordan team bør organiseres for å få til et godt samarbeid.

Samhandlingsgruppen i Romeriksprosjektet er ny måte å organisere tjenestetilbudet på. Det daglige ansvaret for å planlegge og å yte helhetlige og samordnete tjenester, er det ansvarsgrupper med IP og koordinator som har.

Samhandlingsgruppene er dermed et team som skal ha oppsyn med og se til at ansvarsgrupper blir etablert og utfører nødvendig koordinerende arbeid rundt enkeltbrukere. Vi får altså to nivåer. Et nivå med ansvarsgrupper og et nivå over der hvor kommunen(e) og spesialisttjenesten også skal samarbeide. Ambisjonen er å sørge for at denne spesielt utfordrende og ressurskrevende målgruppen får et best mulig tjenestetilbud og at ingen faller utenfor. Samhandlingsgruppen kan også være en arena der man kan diskutere mer generelt og utveksle positive erfaringer. Hvilken rolle samhandlingsgruppene skal ha er likevel en utfordring. En av de som ble intervjuet sa det slik:

*Den største utfordringen for prosjektet er at samhandlingsgruppene er kommet i tillegg til – ikke i stedet for noe annet.*

### **Målutforming**

Et grunnleggende krav til et team er at det bygger på klare mål og har en klar og tydelig ledelse. Hva som er teamets oppgaver, hva det skal gjøre og hva det skal oppnå må være tydelig formulert. Alle deltakerne må ha forståelse og respekt for disse målene. Målene må dessuten følges opp av en leder som både er bevisst på hva teamet skal oppnå og som har evner og autoritet nok til å sørge for at teamet følger opp disse målene (Reeves & al 2011). Tilbakemeldingene fra deltakerne viser at dette nok var en klar utfordring for prosjektet:

*Det var en lang prosess for å finne fram til samhandlingsgruppas rolle.*

*Spørsmålet er hva skal vi gjøre, hva er målet og hva er nytt i forhold til de andre samarbeidsarenaene vi har?*

*Jeg ble pålagt å delta i prosjektet for ingen visste helt hva vi skulle delta der for og hva som var hensikten med å delta i samhandlingsgruppene.*

Noen av deltakerne som hadde deltatt på forhånd i utforming av prosjektet, var mer bevisste på hva de forventet av samhandlingsgruppene enn de som kom inn i prosjektet senere. Likevel er det vår klare oppfatning at målsettingen med prosjektet ikke var tydelig for de fleste deltakerne i samhandlingsgruppene før etter en tid. Til en viss grad har samhandlingsgruppene gått seg til, men det er tydelig at gruppene har utviklet seg ulikt.

### **Forholdet til ansvarsgrupper**

Det er ikke bare målsettingen som har vært uklar for deltakerne i samhandlingsgruppene. Også forholdet til andre tiltak som IP og ansvarsgrupper har flere slitt med å få klarhet i. Noen av deltakerne formulerer seg på følgende måte:

*Vi skal ikke være ansvarsgruppe – det er der vi strever litt. Vi blir et ekstra ledd, men ansvarsgruppene fungerer bra for mange pas. Hvorfor skal vi da kontrollere det som fungerer?*

*Det er mulig at det ikke hadde vært behov for samhandlingsgruppene hvis ansvarsgruppene hadde gjort jobben sin – men IP og ansvarsgrupper har ikke fungert, flere av pasientene hadde ikke IP og ansvarsgruppe da prosjektet startet opp.*

I utgangspunktet er det ansvarsgrupper og IP som skal være hjelpemidlene for å få til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Vi har foran pekt på forskning som viser at ordningen med IP og ansvarsgrupper ikke fungerer tilfredsstillende

for denne målgruppen (Hansen 2007, Holum 2012). Dette bekreftes av deltakerne som er intervjuet i dette prosjektet. Noe av svakheten ved IP og ansvarsgrupper er at de ikke har samme regelmessige møtetid som det samhandlingsgruppene har. Følgende samtale illustrerer dette:

*I møtene bruker vi den elektroniske tavlen til å gå gjennom situasjonen for hver enkelt pasient – statusoppdatering.*

*Ligner ikke dette på ansvarsgrupper?*

*Jo, men de har ansvarsgrupper også. De møter bare 2-3 ganger i året mens vi møter hver annen uke og vi har heller ikke med pasientene.*

ACT-team bruker også elektroniske tavler og hele teamet (10 – 15 personer) møtes jevnlig (1-5 ganger i uken). I disse møtene går hele teamet gjennom status for pasientene ved hjelp av den elektroniske tavlen. Det som er sentralt med denne ordningen er at de som yter tjenester også er medlemmer av teamet. I Romeriksprosjektet er det ikke nødvendigvis slik. I utgangspunktet var det ikke noen kobling mellom ansvarsgruppene og samhandlingsgruppene utover at samhandlingsgruppene hadde en form for kontrollfunksjon. Etter hvert ser vi at flere av gruppene har fått en tydeligere kobling til ansvarsgruppene. En måte å gjøre det på er å ta med koordinatører fra ansvarsgrupper på møter i samhandlingsgruppen. Dette kan gjøres både etter initiativ fra koordinatoren for eksempel for å få løst utfordringer som ikke lar seg løse i ansvarsgruppen, eller det kan gjøres på initiativ fra samhandlingsgruppen, for eksempel for å sikre seg at ansvarsgruppen følger opp slik samhandlingsgruppen ønsker. En annen måte er å sørge for at de som er tjenesteytere for de aktuelle pasientene er medlemmer i samhandlingsgruppen. En av avdelingene i spesialisttjenesten har valgt å

fordele pasientene mellom terapeutene på grunnlag av geografisk tilhørighet. Det gir en mulighet for å la medlemmer med behandlingsansvar delta i samhandlingsgruppen.

### **Ansvar**

Team kan ha ulik fokus. Noen team er oppgaveorienterte. Det vil si at teammedlemmene avgrensner sitt fokus til hva som er vedkommendes oppgaver og først og fremst er opptatt av om hvorvidt disse oppgavene blir løst tilfredsstillende. Brukerorienterte team har derimot sterkere fokus på hva som er brukerens behov og at hvert enkelt teammedlem opplever et ansvar for å imøtekomme disse behovene uavhengig av hvem som egentlig er ansvarlig for å yte det enkelte tilbudet. ACT-team er et godt eksempel på team som er brukerorienterte. Fokus i disse teamene er at teamet selv i fellesskap skal yte mest mulig av tjenestene brukerne trenger selv og at teamet også tar ansvar dersom man trenger hjelp fra andre tjenesteytere for eksempel ved aktivitet eller utdanning. Vi vet at de fleste ansvarsgruppene har en tendens til å være oppgaveorienterte (Holck 2003, Hansen 2007). Det innebærer at medlemmene i en ansvarsgruppe først og fremst er opptatt av å gjøre det de oppfatter som sine oppgaver, og føler et begrenset ansvar for de tjenestene andre i utgangspunktet skal tilby. Et unntak fra dette er koordinatorene som i en del tilfeller også har fokus på at andre yter de tjenestene de skal. Det ser ut som om samhandlingsgruppene plasserer seg noe i mellom disse ytterpunktene.

Noen av deltakerne i samhandlingsgruppene er tydelige på hva de anser som sine oppgaver og hva de ikke vil ta ansvar for. Flertallet synes likevel å ha et klart brukerfokus, men siden samhandlingsgruppen egentlig ikke har ansvar for å yte tjenester så bidrar ikke dette uten videre til at tjenestene blir gitt. Likevel ser vi at samhandlingsgruppene har utviklet ulike teknikker for å koble

samhandlingsgruppens vurderinger av hva slags tjenestebehov pasientene har med det konkrete tilbudet vedkommende får. Noen av gruppene oppnår dette ved at de som er med i samhandlingsgruppen er de samme som yter tjenester til pasientene. Andre grupper løser dette ved å ta den som skal koordinere IP'en inn i samhandlingsgruppen.

Man skulle tro at løsningen med å sette sammen samhandlingsgrupper med ledere skulle sikre at de vurderinger som gruppen gjorde ble realisert gjennom ledernes instruksjonsmyndighet i egen organisasjon. Slik er det ikke. Vi har ikke noen entydige forklaringer på dette, men i forhold til spesialisttjenesten ser det ut som om det er såpass mye formell saksbehandling og regler at lederne har begrenset mulighet til selv å pålegge systemet konkrete løsninger man er blitt enige om i samhandlingsgruppene. Tilbakemeldingene vi har fått er derfor at det ser ut som om når deltakerne fra spesialisttjenesten er de som selv yter tjenester, så har de større handlingsrom til å finne pragmatiske løsninger i tråd med det samhandlingsgruppen ønsker.

### **Arbeidsdeling og samarbeid**

Det er likevel viktig at medlemmene i teamet er bevisst hva som i utgangspunktet er deres oppgaver og ansvar. Team settes sammen nettopp fordi medlemmene forventes å ha ulik kompetanse og ansvar. Team som er bevisste på hva som er hver enkeltes kompetanse og sterke sider, har bedre muligheter til å utnytte hverandres særpreg enn andre team. Det er tydelig at samhandlingsgruppene har vært viktige arenaer for å klargjøre hverandres roller og bidrag inn i et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. En av de som ble intervjuet oppsummerte dette på følgende måte:

*I utgangspunktet hadde vi to problemstillinger før prosjektet ble satt i gang. Det ene var at vi hadde uklare forventninger til hverandre – vi visste for lite om hverandres oppgaver og arbeidsmåte. I tillegg var det for dårlig informasjonsflyt. Prosjektet har langt på vei løst disse problemene.*

Vi ser også at man etter hvert har fått en god forståelse for at samarbeid også kan gjøre den enkeltes tjenesteyting bedre en annen uttalelse illustrere dette godt:

*Vi i spesialisttjenesten er helt avhengig av de i kommunen. De ser hvordan pasienten fungerer i hverdagen - vi ser dem gjerne ¾ time hver 14. dag. For at vi skal kunne gi et fornuftig tilbud trenger vi den informasjonen som de i kommunen kan i oss om hvordan pasienten fungerer.*

Slik vi ser dette er dette uttrykk for en samarbeidsvilje og en forståelse av hvor viktig dette er som Romeriksprosjektet har vært med på å skape. Siden vi vet at mange av pasientene i den aktuelle målgruppen spiller en annen rolle i møte med spesialisttjenesten enn med hjelperne de møter i hjemmet (Almvik et al 2011), så anser vi dette som uttrykk for at den arenaen som prosjektet har skapt har bidratt til muligheter for å yte bedre helhetlige tjenester.

En annen utfordring er beslutningsmyndighet. ACT-team som selv yter de fleste tjenestene, kan på egen hånd bestemme seg for å endre tjenestetilbudet. Det kan ikke samhandlingsgruppene uten videre gjøre. For samhandlingsgruppene er dette et problem som gjør at medlemmene ikke vet om det de anbefaler faktisk blir fulgt opp. En av informantene sa det slik:



*Samhandlingsgruppen har ikke myndighet til å bestemme – vi skulle gjerne hatt det slik at om samhandlingsgruppen sier at en pas trenger innleggelse, så får vedkommende det. Slik er det ikke, men det er noen endringer på gang.... For kommunene er det noe annerledes fordi kommunene vanligvis stiller med personer som har beslutningsmyndighet og vilje til fleksibilitet.*

Kommunikasjon mellom teammedlemmene er uansett en faktor som påvirker samarbeidet sterkt. Et element som kan være viktig i en kommunikasjonsprosess er status. Lik status gir et godt grunnlag for kommunikasjon, mens ulik status på grunn av faglig lagdeling eller organisatorisk hierarki kan gjøre det vanskeligere å få til en god kommunikasjonsprosess. På samme måte er det med respekt og tillit. Har man tillit til det andre gjør og respekt både for deres handlinger og meninger, så gir det et godt grunnlag for samarbeid. En faktor som man vanligvis ikke er tilstrekkelig oppmerksom på er holdninger bygget på stereotyper. Klare forventninger om hvordan andre vil handle og uttrykke seg for eksempel på grunnlag av holdninger til yrkesgrupper eller kjønn, er et dårlig utgangspunkt for åpen kommunikasjon og samarbeid (Gloubermann & Mintzberg 2001, San- Martin Roderiguez & al 2005, Hansen 2007, Reeves & al 2010).

Samhandlingsgruppene har også hatt innflytelse på dette. To uttalelser illustrerer dette:

*Vi blir bedre kjent med kommunen, bedre kjent med de som jobber der – det blir lettere å ta kontakt og å komme i kontakt med rette personer. Jeg tror dette kan forebygge tilbakefall.*

*Det er positivt å ha et sted og diskutere og få kjennskap til hva andre gjør – internt i kommunen, internt i spesialisttjenestene og mellom nivåene.*

En utfordring når man setter sammen en gruppe som ikke kjenner hverandre godt fra før, er at deltakerne gjerne spiller en rolle i tråd med de forventninger man tror de andre har (Goffmann 1992). I praksis innebærer det at mange både oppfører seg og tolker andre i tråd med stereotypier (Reeves & al, 2010). I ansvarsgrupper har vi sett en rekke eksempler på at kommunikasjonen foregår dårlig fordi deltakerne ikke kjenner hverandre godt nok (Hansen 2007). Dette kan skyldes både at man er redd for å avsløre seg selv og fordi man ikke vet hva andre står for (Goffman, op.cit.). I samhandlingsgruppene møtes deltakerne mye oftere og man blir bedre kjent slik at mulighetene for å få til en god og konstruktiv kommunikasjon der, er mye bedre enn i en ansvarsgruppe. De dataene vi har samlet inn tyder på at deltakerne opplever samhandlingsgruppene som gode arenaer for samarbeid. Det er derfor grunn til å tro at samhandlingsgruppene er bedre arenaer for å utvikle helhetlige og samordnete tjenestetilbud enn det ansvarsgruppene ordinært er. Slike faste kommunikasjonskanaler er nettopp den oppskriften Glouberman & Mintzberg (2001) beskriver som en fornuftig strategi for å skape et godt samarbeid mellom nivåer i helsesektoren.



## Utviklingen av en samarbeidskultur

En av ambisjonene med Romeriksprosjektet var å styrke samarbeidskulturen i regionen. Hva som ligger i begrepet samarbeidskultur er ikke uten videre lett å definere. Begreper som organisasjonskultur har i årevis blitt brukt for å beskrive sentrale kjennetegn ved ulike organisasjoner. Likevel er det tilnærmet umulig å finne en presis og allmenn akseptert definisjon av begrepet (Hatch 2001). Det finnes derfor en rekke ulike definisjoner og vi skal her trekke frem en slik definisjon: *Organisasjonskultur er de sett av felles delte verdier, normer, grunnleggende antakelser og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene.* (Bang 1995). Vi legger til grunn denne definisjonen på organisasjonskultur og velger å oppfatte samarbeidskultur som en organisasjonskultur preget av positiv holdning til samarbeid. Valget av denne definisjonen er rent pragmatisk – den tar utgangspunkt i fire elementer (verdier, normer, grunnleggende antakelser og virkelighetsoppfatninger) som det er en viss praktisk mulighet for å beskrive og identifisere. Vi legger til grunn at dersom samarbeidskulturen er styrket så bør det kunne identifiseres gjennom endrede beskrivelser av for eksempel normer og virkelighetsoppfatninger. Problemet er selvfølgelig at folk flest ikke selv registrerer hvorvidt de normene de forholder seg til endres, og siden vi ikke har hatt muligheter for å sammenligne beskrivelser fra før prosjektet startet opp med beskrivelser senere så er dette en usikkerhetsfaktor i denne analysen. Dette kommer vi mer tilbake til etter hvert.

En annen utfordring knytter seg til oppfatningen av organisasjonskultur. Det er nokså stor enighet i organisasjonslitteraturen om at det er mulig å beskrive kulturen, eller flere subkulturer i en organisasjon. Kultur er derfor noe som er (Hatch 2001). Det sentrale spørsmålet er om kultur er noe man kan skape, eller

om det er noe som skapes av seg selv. Dette er et spørsmål som det ikke er enighet om blant organisasjonsteoretikere (Strand 2002). Det er likevel forholdsvis stor enighet om at dersom det er mulig å styre endringer av en organisasjonskultur, så må ledelsen være sentral i dette arbeidet (Hatch op.cit). En del av denne diskusjonen har preg av det klassiske spørsmålet om hva som kom først: Hønen eller egget? Problemstillingen knytter seg til om organisasjonsendringer fører til endringer i organisasjonskulturen eller om endringer i organisasjonskulturen fører til organisasjonsendringer (for eksempel bedre samhandling). Vi skal ikke velge side i denne diskusjonen, men velger en dialektisk forståelse av problemstillingen og legger til grunn at det er en viss gjensidighet i en slik utvikling. Vi tar derfor utgangspunkt i at organisasjonsendringer påvirker kulturen og omvendt at endringer i kulturen kan påvirke organisasjonsutformingen. Hva som styrer hva ser vi ikke behov for å ta stilling til.

Den definisjonen av organisasjonskultur vi har valgt å benytte, innebærer at dersom organisasjonskulturen skal endres, så må man få endret de felles verdier, normer, grunnleggende antakelser og virkelighetsoppfatninger som de ansatte har. Hvordan får man da endret disse elementene? Vår tilnærming til dette spørsmålet er at det er de erfaringene man gjør seg, individuelt og kollektivt, som danner grunnlag for endringer av verdier, normer, grunnleggende antakelser og virkelighetsoppfatninger. Dessverre er det ikke slik at en gitt erfaring uten videre gir en viss endring. I stedet er det den enkeltes fortolkning av erfaringen som skaper eventuelle endringer (Schein 1987). Nye erfaringer fortolkes ut fra tidligere erfaringer, slik at mennesker med en type erfaringer vil kunne tolke samme situasjon helt annerledes enn en med andre erfaringer fra tidligere. Utfordringen i denne sammenhengen blir å finne ut om de erfaringene man har

hatt med Romeriksprosjektet er blitt tolket av de ansatte på en slik måte at de er blitt mer positive til samarbeid.

San Martin-Rodriguez et al (2005) beskriver de forholdene som fremmer og hemmer samarbeidet i flerfaglige team som determinanter på tre nivåer. Et samfunnsnivå, et organisatorisk nivå og et relasjonelt nivå. Alle disse nivåene vil inneholde elementer av kultur som enten fremmer eller hemmer samhandlingen.

### ***Samfunnsnivået***

Samfunnsnivået handler om blant annet lovverk, utdanning, nasjonale kulturer og holdninger etc. I denne sammenhengen er utdanning og kulturelle trekk ved denne sentral. En del av de utviklingstrekkene vi har sett i Storbritannia er at utviklingen med reduksjon av legenes muligheter til selv å ta det de oppfatter som faglige forsvarlige avgjørelser fordi andre (bestillerkontorer, brukere og andre yrkesgrupper) også skal delta i beslutningsprosessen, har skapt negative holdninger til samarbeid hos en rekke leger (Worthington 2004). Legeutdanningen i Storbritannia, så vel som i andre land, lærer legene opp til at de må ta faglige avgjørelser på grunnlag av sin eksklusive vitenskapelige kompetanse (Freidson 1988). Legekulturen understreker derfor legenes selvstendige ansvar for å vurdere hva som er riktig behandling. For mange leger er dette grunnleggende verdier og normer som utfordres av at andre, uten slik utdanning, skal ha innflytelse på hvilken behandling som skal gis. Også utdanningene av andre yrkesgrupper i helse- og sosialsektoren fremstiller sin kompetanse som spesiell og understreker yrkesutøvernes individuelle ansvar for de faglige avgjørelsene som tas (Abbott 1988, Hansen 1993). Dette er jo også et prinsipp som ble fastsatt i den nye helsepersonelloven fra 2001.

En annen kulturell dimensjon er samfunnets holdninger og normer overfor den aktuelle brukergruppen. Vi vet at norske leger synes arbeid med psykiske lidelser og rus har lav status (Album & Westin, 2008). Det ser ikke ut som om dette er en holdning som deles av personell med bachelor-utdanning. Den finansieringsordningen man har hatt for studenter som har tatt videreutdanninger i psykisk helsearbeid kan være en forklaring på at mange bachelorutdannede har valgt å arbeide med denne målgruppen.

Disse overordnede kulturelle dimensjonene ved det norske samfunnet blir ikke påvirket av Romerriksprosjektet, men de påvirker hvordan ansatte som blir rekruttert, eller blir prøvd rekruttert inn i prosjektet oppfatter situasjonen. En forklaring på at noen kommuner har hatt vansker med å rekruttere leger inn i samhandlingsgruppene, kan ligge i de forholdene vi har pekt på foran. Vi må likevel understreke at vi ikke har samlet inn noen data om hvorfor noen vegrer seg mot å delta i disse gruppene.

### ***Organisatorisk nivå***

Vi møter samme problemstilling dersom vi ser på kulturelle trekk på det organisatoriske nivået. I samhandlingsgruppene sitter eller skulle det sitte personer som kommer fra ulike organisasjoner, med egne organisasjonskulturer. Vi vet at NAV-reformen har medført et økende fokus på arbeid og målsettingen om å få flest mulig ut i arbeid (Tangnæs 2012). Målgruppen for Romerriksprosjektet er nok en gruppe som i stor grad ikke forventes å komme i arbeid i overskuelig fremtid. En mulig forklaring på at det i enkelte kommuner har vært vanskelig å få inn deltakere fra NAV i samhandlingsgruppene kan dermed være at det har utviklet seg en kultur i NAV som innebærer at man prioriterer å arbeide med de som har best sjans for å komme i ordinært arbeid.

Vi må igjen understreke at vi ikke har noen data på hvorfor noen ikke kan eller vil delta i samhandlingsgruppene, men dette kan være en mulig forklaring.

De dataene vi har samlet inn viser tydelig at mange oppfatter det som om det er en motsetning mellom en samarbeidskultur og den kulturen som kjennetegner spesialisttjenestene. For deltakerne fra kommunene så innebærer en samarbeidskultur at man er fleksibel og tilpasser seg de behovene og de løsningene som man kommer frem til i samhandlingsgruppene. I stedet oppfattes spesialisttjenestene som byråkratiske og regelstyrte. Dette gjelder særlig to forhold. Det ene er inntak til spesialisttjenesten, der man opplever at den enighet man kommer frem til i samhandlingsgruppene ikke nødvendigvis medfører at vedkommende blir tatt inn i spesialisttjenesten. Tilbakemeldingene fra de kommunale representantene tyder også på at man opplever ledere som mindre fleksible enn terapeuter uten formell beslutningsmyndighet. ”Vanlige” terapeuter fremstilles som om de har vilje til å bruke uformelle kanaler for å få til inntak i spesialisttjenesten i tråd med vurderinger fra samhandlingsgruppen. Den samarbeidsviljen som disse terapeutene representerer, oppfattes mer som en holdning på tross av manglende samarbeidskultur i spesialisttjenesten enn som er indikasjon på generell samarbeidskultur. Den mer rigide og formelle holdningen som ledere representerer, oppleves som representativ for en kultur der spesialisttjenestene er seg selv nok og forholder seg mer til sitt eget regelverk enn til hva man i fellesskap kommer frem til er den beste løsningen.

Også en del av de organisatoriske rammene for selve Romeriksprosjektet synes å komme i konflikt med hva en del av deltakerne forventer av samarbeidskultur. Informantene peker særlig på hvordan regelverk og organisering av spesialisttjenesten, setter begrensninger på samhandlingsgruppenes muligheter for å forhandle seg frem til gode løsninger. Overraskende nok er det lite fokus



på hvordan kommunene er organisert. Om det skyldes at man der er mer fleksible og mer innstilt på å finne løsninger eller om de som jobber i kommunene har større frihet, er det vanskelig å ha noen formening om.

Et annet forhold som også trekkes frem av noen, er de rammene som forskningsprosjektet setter med sine rapporteringskrav og tydelige krav og avgrensning av målgruppe. Dette underbygger enkeltes oppfatning om at prosjektet ikke har som mål å være fleksibel for å ivareta behovene til pasienter og de som følger opp med mer eller mindre daglige tjenester.

En av informantene ga klart uttrykk for dette:

*Hvorfor skal vi sitte sammen i en samarbeidsgruppe og sjekke om hvorvidt personer som allerede har et noenlunde fast og fungerende tilbud får den hjelpen de trenger? De som allerede er diagnostisert, har i dag stort sett tjenester og en ansvarsgruppe som fungerer. Det er de som ikke er diagnostisert, de vi ikke klarer å få skikkelig kontakt med som er vår utfordring.*

En del av argumentasjonen for å opprettholde avgrensningen av målgruppen er formell, for eksempel at det er dette Helsedirektoratet har gitt penger til. For de som er kritiske til denne avgrensningen er dette bare en ny opplevelse av at prosjektet er formalistisk og lite fleksibelt og at man ikke er opptatt av å ivareta de løsningene som noen i samarbeid er kommet frem til.

En stor del av informantene er også opptatt av all dokumentasjon og papirarbeid som er en del av prosjektet. Selv om det er lite direkte kritikk mot dette så er det

tydelig at mange opplever dette som et problem. Her er noen eksempler på hvordan man formulerer seg:

*Jeg klarer dessverre ikke å få lest alt det som produseres..*

*Det er mye papirer, men det må vel være slik...*

Man aksepterer all dokumentasjonen og sitter mer igjen med dårlig samvittighet for ikke å følge opp skikkelig enn en kritikk av at det produseres for mye dokumentasjon. Selv om dokumentasjonen aksepteres oppfattes den som et klart uttrykk for at prosjektet har klare byråkratiske kjennetegn og i begrenset grad er opptatt av å samarbeide om å finne pragmatiske løsninger.

Heller ikke styringsgruppen for prosjektet fremstår som en arena for samarbeidskultur. Både gjennom observasjoner og gjennom intervjuer har vi fått inntrykk av at medlemmene i styringsgruppen synes mer å være opptatt av å forsvare seg enn å samarbeide om å finne gode løsninger som ivaretar alle parters interesser. Verken størrelse på styringsgruppen eller arbeidsformen synes å være særlig tilrettelagt for å gjøre den til en arena for fremforhandling av gode samarbeidsløsninger. I styringsgruppen sitter det en rekke ledere. Vi har foranpekt på at i den grad det kan tenkes at man kan styre utviklingen mot en bestemt kultur, så er ledernes atferd viktig (Hatchop.cit). Lederne i styringsgruppen synes i begrenset grad å klare å løse en del av de konfliktene som avdekkes i systemet og som oppfattes som uttrykk for manglende samarbeidskultur i sektoren. Hvor store problemer det egentlig skaper at ikke styringsgruppen får på plass alle løsningene er vi usikre på. Vi skal komme tilbake til at en del av samhandlingsgruppene åpenbart er i stand til å finne løsninger uavhengig av hva som skjer på overordnet nivå. Det er derfor ikke sikkert at bedre samarbeid i

styringsgruppen bidrar til bedre tjenester til målgruppen. Det som åpenbart er et problem er hvordan det som skjer i styringsgruppen oppfattes av andre. De dataene vi har samlet inn tyder på at mange i sektoren bruker de konfliktene som avdekkes og ikke finner sin løsning i styringsgruppen som eksempler på at lederne ikke er opptatt av samarbeid og representerer en samarbeidskultur.

### ***Samhandlingsgruppene***

Vi har så langt pekt på hvordan en rekke faktorer både på samfunnsnivå og på organisatorisk nivå hemmer utviklingen av en generell samarbeidskultur i sektoren. Erfaringene fra samhandlingsgruppene er helt motsatt. Det er åpenbart at samhandlingsgruppene har mange positive erfaringer med samarbeidet og at det i ulik grad er utviklet interne samarbeidskulturer innad i samhandlingsgruppene. Selv de gruppene som tilsynelatende har oppnådd minst gir klart uttrykk for at samarbeidet innad i gruppen har fungert. Det er stor enighet om at man er blitt kjent med hverandres arbeidsformer og har skapt gode relasjoner. I den grad samhandlingsgruppene ikke har klart å oppnå de resultatene de har ønsket, skylder de i stor grad på resten av systemet. Det er en forsiktig kritikk mot manglende prioritering av målgruppen innad i enkelte kommuner, men i hovedsak retter kritikken seg mot spesialisttjenesten og de faktorene vi har pekt på foran.

Kulturendring er avhengig av hvordan ansatte tolker det som skjer (Schein op.cit). Blant dem vi har intervjuet er det nokså entydig oppfatning av at samarbeidet i samhandlingsgruppene har vært positivt. Man har utviklet bedre forståelse for hverandres situasjon, man respekterer hverandre og man har fått mer positive holdninger til hverandre. Denne utviklingen synes tilnærmet ensidig å være knyttet til det individuelle planet. Det er de andre personene i samhandlingsgruppen man har fått bedre relasjoner til. I den grad man kan si at

dette er uttrykk for utvikling av samarbeidskultur, så er denne ikke generell for hele sektoren. Tvert imot – det ser ut som om manglende resultater i en del av samhandlingsgruppene faktisk har bidratt til å forsterke negative holdninger til organisasjonenes samarbeidsvilje. Når man gjennom faglige diskusjoner kommer frem til en eller annen form for enighet om hva som er en fornuftig løsning, og denne løsningen ikke kan realiseres fordi spesialisttjenesten ikke følger opp, så tolker en del av de kommunalt tilsatte dette som et uttrykk for at spesialisttjenesten ikke kan eller vil samarbeide.

Vi har ikke helt klart for oss hvor vanskelig det faktisk er å få spesialisttjenesten til å forplikte seg, men vi registrerer at dette fremheves i nesten alle intervjuene med kommunalt ansatte. I forhold til kulturendring er det ikke spørsmålet om det er et reelt problem som er interessant. Det som er interessant er at man så ensidig peker på at det er et problem å få spesialisttjenesten til å følge opp de vurderingene som gjøres i samhandlingsgruppen. Fordi kultur handler om oppfatninger og ikke realiteter, svekker dette utviklingen av en samarbeidskultur.

Det at styringsgruppen heller ikke klarer å finne frem til løsninger på dette problemet eller andre problemer som også er blitt tatt opp, forsterker en del av informantenes opplevelse av at den samarbeidskulturen de har i samhandlingsgruppen er utviklet på tross av systemet og ikke som et resultat av en generell samarbeidskultur i sektoren. Det må likevel pekes på at det ser ut som om man unngår noen konflikter i samhandlingsgruppene ved så ensidig å legge skylden på ”systemet” og overordnede.

Hva er det da som har skapt intern samarbeidskultur i samhandlingsgruppene? Svaret er nokså entydig – positive erfaringer. Disse positive erfaringene knytter

seg til flere forhold. Først og fremst er har deltakerne i samhandlingsgruppene fått bedre oversikt over de pasientene de skal bistå. Det utveksles opplysninger og erfaringer mellom de ulike tjenestene slik at man får et mye bedre bilde og forståelse av pasientene enn det man ellers ville hatt. Deltakerne får også bedre oversikt over de ulike tilbudene som hver enkelt pasient får og hvordan disse tilbudene utvikler seg, både hvordan det virker inn på pasientens situasjon og hvordan innholdet endrer seg i tråd med utviklingen. Samlet gir dette en opplevelse av at de ulike tjenestene jobber sammen om å gi et best mulig tilbud til pasientene.

Samhandlingsgruppene skaper også bedre kontakt mellom personer i ulike tjenester. Den regelmessige kontakten bidrar til at man blir bedre kjent og at negative forestillinger blir svekket. Deltakerne rapporterer at de opplever at det er mulig å diskutere åpent mellom kommunale virksomheter, mellom ulike virksomheter i spesialisttjenesten og mellom de to nivåene. De opplever heller ikke det faglige hierarkiet som et problem. Dette tolkes derfor som om man har utviklet en samarbeidskultur.

Gjennom samarbeidet i samhandlingsgruppene får deltakerne også en bedre oversikt over hva de ulike virksomhetene har ansvar og hvilke tjenester de tilbyr. Dette er kunnskap som benyttes også i andre sammenhenger. Deltakere oppfatter i stor grad at de som deltar i gruppen er en del av et fellesskap. Det innebærer at dersom en av deltakerne har behov for å samhandle med en annen tjeneste om saker som ikke er en del av ansvarsområdet til samhandlingsgruppen, så tar de likevel kontakt med sin den de kjenner fra samhandlingsgruppen.

Romeriksprosjektet er noe mer enn bare samhandlingsgrupper og en administrativ overbygging over det. Det drives blant annet en del kurstilbud til ansatte i sektoren. Data for denne undersøkelsen ble samlet inn før prosjektet arrangerte et ukes seminar på Lesvos. Det var da vi foretok vår datasamling likevel gjennomført en del kurstilbud i form av enkeltstående kursdager. Selv om de som kommenterte disse var positive, så var beskrivelsene av en slik art at vi kan si at disse har vært med å utvikle en samarbeidskultur.

I andre prosjekter har vi sett at felles kurstilbud for både kommunalt ansatte og ansatte i spesialisttjenestene har bidratt til utvikling av positive holdninger til samarbeid i den aktuelle regionen (Hansen og Fugletveit 2010.) I denne kursrekken som har gått over flere år har man lagt vekt på å presentere hvordan de ulike tjenestene jobber og hvilke faglige prinsipper de legger til grunn for det tilbudet de yter. I tillegg er det benyttet mye gruppearbeid for å legge til rette for at deltakerne skal bli kjent med hverandre. De positive erfaringene med å møtes og bli kjent med hverandres arbeidsformer, fremheves som et godt grunnlag for å kunne skape en samarbeidskultur i det prosjektet.

Et av de viktigste bidragene til å utvikle en samarbeidskultur i samhandlingsgruppene har vært kunnskap om tjenestene og kjennskap til de som jobber der. Det er derfor grunn til å tro at dersom man legger opp kurstilbudet i Romeriksprosjektet slik at man presenterer de ulike tjenestene, hva de gjør og hvilke faglige prinsipper de legger til grunn for sin virksomhet så vil det kunne bidra til å utvikle en mer generell samarbeidskultur i sektoren. Dersom man også legger opp til aktiviteter der deltakerne må jobbe sammen i grupper på tvers av virksomhetene slik at de blir kjent med andre personer, kan dette være en strategi for å oppnå målet om en bedre samarbeidskultur.



## **Konklusjoner og anbefalinger.**

I kapittel 2 presenterte vi hovedproblemstilling og noen forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene er tenkt å underbygge en mer helhetlig konklusjon om hvorvidt samhandlingsmodellen som er valgt er «hensiktsmessig» i forhold til prosjektets mål. Begrepet «hensiktsmessig» kan det være riktig å utdype noe: Når en står overfor oppgaven å behandle mennesker med komplekse, langvarige og til dels vanskelig identifiserbare behov, med usikkerhet knyttet til resultater av det mangfold av strategier som kan tenkes å lindre pasientenes problemer, og med en kompleks og fragmentert organisasjon for å levere tjenester til målgruppen, har dette konsekvenser for hva en kan forvente å oppnå. De kjennetegnene som vi har beskrevet foran innebærer at en står overfor det som i organisasjonsteorien ofte betegnes som «wicked problems». Om slike problemer heter det at en ikke kan forvente å få entydige og enkle svar – eller «resultater» – av de organisasjonsmodeller og – strategier en velger (Ritter og Webber 1973, Ritchey 2011). Og det fremheves i litteraturen at organisatoriske eksperimenter for å vinne erfaringer er den mest hensiktsmessige måte å arbeide med slike problemfelt. Slik sett er «hensiktsmessighet» en foreløpig konklusjon basert på erfaringer om hvordan det organisatoriske tiltaket virker i sin kontekst. Vi nærmer drøftingen av Romeriksprosjektet basert på dette utgangspunktet, og svarer først på de tre forskningsspørsmålene presentert foran.

### ***1. Fungerer Samhandlingsgruppene etter intensjonene?***

Slik vi viste i forrige kapittel har vi sett at samhandlingsgruppene er blitt gode arenaer for samarbeid. Deltakerne er blitt godt kjent både med personer og med tjenester, de har utviklet en viss respekt for hver andre og i alle fall noen av gruppene synes de har fått en god oversikt over de aktuelle pasientene og hvilket tjenestetilbud som er best egnet til å hjelpe dem. I utgangspunktet ligger forholdene derfor vel til rette for at



samhandlingsgruppene skal være en god arena for å utvikle helhetlige og samordnete tjenestetilbud. Det er likevel noen skjær i sjøen.

Det største problemet er forholdet til ansvarsgruppene. Vår vurdering er at dess nærmere samhandlingsgruppene og ansvarsgruppene står hverandre dess bedre fungerer det. En måte å oppnå dette på har vært å trekke koordinatorene for hver enkelt pasients IP inn i samhandlingsgruppene. Etter vår mening er dette en minimumsløsning. Våre data viser at i praksis fungerer samhandlingsgruppene best når det er de som yter tjenester til de aktuelle pasientene som er innbefattet i samhandlingsgruppen. Altså at man har en organisasjonsform som minner om den ACT-teamene har. Vi har pekt på at en av avdelingene i spesialisttjenesten har valgt å fordele pasientene på terapeuter etter geografisk forankring. Dette er en løsning som gir gode muligheter for å koble rollen som terapeut og medlem av samhandlingsgruppen og vi vil derfor anbefale andre å vurdere en tilsvarende løsning. Vi ser også at det er behov for å tilrettelegge for at terapeuter i spesialisttjenestene kan delta i større grad utenfor egne kontorer. Også i kommunene kan det være fornuftig å vurdere ordninger slik at flere av pasientene i prosjektet har samme tjenesteyter(e). På denne måten kan man få en situasjon der det nesten blir sammenfall mellom ansvarsgrupper og samhandlingsgruppen.

Et annet problem er beslutningsmyndighet. Selv om samhandlingsgruppen kommer frem til klare anbefalinger er det ikke gitt at disse anbefalingene blir fulgt opp av de som har beslutningsmyndighet. Målgruppen er liten og har særskilte behov. Vi legger derfor til grunn at det bør være grunnlag for å kunne finne frem til pragmatiske løsninger for eksempel ved å delegerer myndighet i disse sakene til de som er medlemmer i

samhandlingsgruppen. Dette er en utfordring som vi mener styringsgruppen bør søke å finne en løsning på.

Vår konklusjon er derfor at samhandlingsgruppene har utviklet seg til team som kan jobbe godt sammen. Utfordringen er å sørge for at de løsningene som samhandlingsgruppen kommer frem til kan settes ut i livet umiddelbart. Vi tror det kan oppnås ved å koble deltakelse i samhandlingsgruppen med direkte tjenesteyting for pasientene og å delegerer mest mulig beslutningsmyndighet til gruppen.

***2. Er man på vei mot en «forpliktende samarbeidskultur» i hele sektoren/tjenestene i forhold til arbeid med den aktuelle målgruppen?***

Det ser ut som om det avgjørende for å utvikle en samarbeidskultur i Romerriksprosjektet, er at deltakerne oppnår positive resultater og at de tolker dette som et resultat av arbeidet i de samarbeidsarenaene som finnes. Det ser ut som om samarbeidskultur for de fleste deltakerne er ensbetydende med fleksibilitet og vilje til å finne løsninger i fellesskap. Dette mener de at de finner i samhandlingsgruppene, men mange ser ikke denne fleksibiliteten og viljen til å finne løsninger i fellesskap i den overbyggingen som er laget.

Psykiske helsetjenester bærer ennå preg av å være fragmenterte, og kjennetegnes fremdeles av det vi har betegnet som «negativ samordning». I den grad det er et mål å utvikle en mer felles og generell samarbeidskultur i sektoren, ligger nå utfordringen i hvordan styringsgruppen og organisasjonsleddene som er representert der, finner frem til løsninger på de utfordringene man ikke klarer å løse i

samhandlingsgruppene. Slik sett er prosjektet mer å anse som «et reflekterende speil» som viser hvordan driftsorganisasjonene – ikke minst i spesialisttjenestene – har problemer med å frigjøre seg fra historisk nedarvede, tradisjonelle organisasjons- og arbeidsformer. Det er likevel grunn til å peke på at det er en forskjell på de formell overordnet styring og de samhandlingsrelasjonen som etableres lokalt – også i spesialisttjenestene. Mens mange peker på at det er fokus på formell/byråkratisk toppledelse i Ahus, er det vilje til å finne pragmatiske løsninger på lavere nivå – for eksempel knyttet til ruspoliklinikkens/DPSenes samarbeid. Derved modifiseres inntrykket av konfliktfylte relasjoner i den praktiske gjennomføring av samarbeidet, og prinsipielle og tidsødende konflikter, i forhold til ARA-problematikken.

### ***3. Er prosjektorganisasjonen hensiktsmessig i forhold til de overordnede mål?***

Prosjektet er komplekst og stort – både mht. *antallet involverte og i oppgavespenn*. Prosjektet har nærmere et hundre (på evalueringstidspunktet 97) deltakere som er formelt knyttet til prosjektet, fordelt på en rekke oppgaver, grupper og ledelsesfunksjoner. Vår vurdering er at det nå er behov for å konsolidere arbeidet i prosjektet ved å konsentrere seg om gjennomføringen av arbeidet i Samhandlingsgruppene, forskningsprosjektet og med et særlig fokus på videre-utviklingen av samarbeidskultur.

Både prosjektorganisasjonen og aktivitetene er preget av at prosjektet *ikke lar seg adskille klart fra driftsorganisasjonene*. Dette skyldes delvis at prosjektorganisasjonen som nevnt er basert på at de involverte i prosjektet

ikke er tilført (med noen unntak) ekstra ressurser for å delta i prosjektet, samtidig som aktivitetene som utføres – og som prosjektet hviler på – gjennomføres i de ordinære tjenestene. Vi har derfor lagt vekt på å vise hvilke faktorer ved driftsorganisasjonene som hemmer og fremmer bedre samhandling, m.a.o. i hvilken grad prosjektets mål lar seg realisere ved at prosjektet påvirker driftsorganisasjonene. Det faktum at iverksettelsen av prosjektet i så stor grad hviler på driftsorganisasjonene (de kommunale tjenestene og spesialisttjenestene) er et viktig argument for den kontekstuelle, helhetlige tilnærmingen vi har valgt i analysen.

Prosjektet er administrativt organisert under leder for Avdeling DPS. Vi har ikke lyktes i å få noen forklaring på hvorfor denne løsningen er valgt, men flere av intervjupersonene opplever at den ikke er optimal. Dette skyldes primært at lederstrukturen i spesialisttjenestene er hierarkisk, og at prosjektet blir ledet på samme nivå som ARA-ledelse og andre avdelingsledere ved andre avdelinger i Divisjon psykisk helsevern ved Ahus. Dette synes å svekke prosjektets autoritet, og skaper enkelte problemer som kunne vært unngått dersom prosjektet hadde en klart definert formell lederforankring i divisjonsledelsen ved Ahus.

### ***Hovedproblemstilling:***

*I hvilken grad er samhandlingsmodellen som er valgt hensiktsmessig i forhold til prosjektets mål, og er man på vei til å realisere de målene som samhandlingsmodellen skisserer?*

Sett i forhold til de punktene vi påpekte om behovet for en «bredt anlagt» strategi for at samhandlingsprosjekter skal lykkes (Reeves et al 2011), kan en

konstatere at prosjektet ivaretar dette på en god måte. Forutsetningene for å bedre samhandling mellom de ulike deler av tjenestesystemet på lengre sikt kan imidlertid ikke måles på det nåværende tidspunkt. Verken resultatene av forskningsvirksomheten, kompetanse- og kultursatsingene, eller hvordan håndboka vil anvendes, kan forventes å gi kortsiktige atferdsendringer blant tjenesteutøverne, men vil snarere tilføre små drypp som på sikt vil forventes å gi et bedre samhandlingsgrunnlag. Vi er derfor opptatt av å formidle at prosjektet ennå er i en relativt tidlig fase, og at den samhandlingsmodellen som er initiert stadig er gjenstand for mindre justeringer. Det er også grunn til å peke på at modellens viktigste virkemiddel – Samhandlingsgruppene - bare har vært i full virksomhet vel et års tid de fleste stedene.

Som vi skal komme tilbake til, er det flere utfordringer en bør gripe fatt i i de siste fasene av prosjektet. Vi vil likevel først peke på noen av de styrkene prosjektet har hatt:

- For det første er *brukerorganisasjonene* godt representert, har spilt en aktiv rolle og uttrykker selv stor grad av tilfredshet med måten de har kunnet delta på i prosjektet.
- For det andre er det en *sterk og klar prosjektledelse*, som har våget å ta noen konfrontasjoner der en har ansett det nødvendig for å sikre at mål og intensjoner med prosjektet blir ivarettatt.
- Det er også påvist et *sterkt engasjement hos mange aktører i prosjektet*, og at prosjektet har gitt mulighet til refleksjon og læring for prosjektdeltakerne og andre i det psykiske helsearbeid på Romerike.

- Særlig gjennom intervjuene får en et klart inntrykk av at prosjektet har fungert som en *arena for kollegastøtte* i forhold til vanskelige saker/pasientbehandling.

Det er likevel noen åpenbare, og til dels alvorlige, utfordringer for effektiviteten i prosjektet. Disse er nevnt både i de skriftlige dokumentene, intervjuene og som vi har hatt anledning til å observere på noen av de møtene der vi har deltatt:

- Det er stor grad av enighet om at *prosjektet har avdekket svakheter* i organiseringen av arbeidet i forhold til pasienter – og har dokumentert dette, blant annet gjennom forskningsprosjektet – slik at en har et bedre grunnlag for å heve kvaliteten på tjenestene.
- Det har vært en diskusjon om *avgrensingen av målgruppe* – eller rettere: om hvem som har ansvar for hvilke oppgaver i forhold til noen av de pasientgruppene prosjektet retter seg mot. På et overordnet plan er målgruppen relativt klart definert, og er – slik vi ser det – i tråd med de retningslinjer og satsinger som er lagt til grunn for inkludering av målgrupper som er anvendt i manual for ACT-team. Gjennom første del av prosjektet ble det så utformet konkrete skjema for inklusjonskriterier for å finne frem til de brukerne som er aktuelle for å inkluderes i prosjektet. Slik vi ser det var det derved gjort et betydelig forarbeid for å definere målgruppen, og det er grunn til å merke seg at samtlige aktører som besluttet om prosjektet sluttet seg til dette. Det synes nå som om en har avklart at prosjektet skal konsentrere seg om den målgruppen en opprinnelig fastsatte, noe som synes å være avgjørende for prosjektets videre fremdrift. Men samtidig har diskusjonen om målgruppe vist de dilemmaene en står overfor i arbeidet med mennesker med rus/alvorlige psykiske lidelser: at det er en rekke mennesker som en

kjenner til i kommunene som har (minst) like stort hjelpebehov som den utvalgte målgruppen, og at prosjektet derved er en avgrensingsform som sannsynligvis er helt nødvendig for å skape rammevilkår for å lykkes, men samtidig viser at det er behov for ytterligere innsats i forhold til en mer utvidet pasientgruppe. En videreføring av arbeidsprinsippene for Samhandlingsgruppene kunne innebære en slik utvidet innsats i neste omgang.

- En del formelle beslutningssystemer, for eksempel knyttet til inntak i spesialisttjenestene, oppleves av en del av deltakerne som unødvendig byråkratisk, og lite imøtekommende overfor det faktum at man her har en liten målgruppe med særlig omfattende tjenestebehov. De pasientene som er tatt inn i prosjektet gjennom Samhandlingsgruppene har ikke forrang til inntak i spesialisttjenestene, noen som kan begrunnes ut fra et likebehandlingsperspektiv. Det innebærer imidlertid at effekten av prosjektaktivitetene kan svekkes i noen tilfeller.
- Styringsgruppen fremstår ikke som en samarbeidsarena. Konflikter som legges frem i styringsgruppen har små sjanser til å finne en løsning der. Problemstillinger som avdekkes i styringsgruppen bør man derfor prøve å løse utenfor disse møtene. Det bør gjøres på en måte at konflikter ikke eskaleres, slik at ikke blir en vinn – tap situasjon. Det at en eller flere personer mister ansikt er som oftest ødeleggende for en samarbeidskultur. På samme måte er en formalistisk argumentasjon knyttet til målgruppeproblemstillingen også en uheldig måte å løse den utfordringen.
- Hele «behandlingskjeden» for de aktuelle pasientgruppene er ikke representert i prosjektet – i og med at Akuttavdelingen og ASP i Divisjon

psykisk helsevern ikke deltar i samhandlingsgruppene, kun i styringsgruppen. Dette er en åpenbar svakhet, både ved at det impliserer at noen viktige tiltak og tjenester for pasientene ikke er kommunisert om innenfor prosjektets rammer, og fordi det innebærer at divisjonen fremstår uten en helhetlig strategi for de aktuelle pasientgruppene. I tillegg svekker det prosjektets autoritet i beslutningsstrukturen. Dette punktet må ses i sammenheng med at det kan synes som om prosjektets forankring i ledelsen i divisjonsledelsen er relativt svak. Formelt kommer dette til uttrykk ved at prosjektet er administrativt lagt inn under en Avdeling DPS' avdelingsledelse, noe vi mener bidrar til å svekke prosjektets autoritet, særlig i forhold til andre aktører i spesialisttjenestene.

Prosjektets forankring i ledelsen i kommunene er noe vanskeligere å vite noe konkret om (uten å ha innhentet data om det spesielt). Det vi har kunnet konstatere er at flere av de intervjuede mener at de kommunale rus- og psykiatritjenestene har større økonomisk-administrativ autonomi, og i mindre grad er avhengig av engasjement fra rådmannsnivået for å kunne delta på en god måte i prosjektet. Her er også de økonomiske rammebetingelsene noe annerledes enn i spesialisttjenestene, ettersom en ikke har produktivitetsmål knyttet til pasientbehandling slik en har der en opererer med i arbeidet med den enkelte pasient.

- Aktivitetene i prosjektet er relativt inngående beskrevet i prosjektsøknaden, og det er verdt å merke seg at en har for alle praktiske formål overholdt de planene om aktiviteter som er presentert der. Gjennom omfattende dokumentasjon av arbeidet og grundige risikoanalyser har en ivaretatt krav til prosjektstyring på en god måte. Samtidig har noen aktiviteter krevd mer tid og ressurser enn en opprinnelig tenkte seg. Et eksempel kan være arbeidet



med Håndboken, der det endelige produktet var ferdig vinteren 2012. Samtidig er håndboken et eksempel på en aktivitet som blir ansett som nyttig av mange av de intervjuede, og som en mener har fått god respons i tjenestene generelt. Selv om håndboken har fått god mottakelse, er det en problemstilling knyttet til hvilken status den har i forhold til de nasjonale retningslinjene som Helsedirektoratet har utarbeidet overfor samme målgruppe, og som ble lansert omtrent samtidig som Håndboken.

Et poeng er at prosjektet har lagt vekt på «skriftlighet», bl.a. gjennom omfattende møtereferater. Selv om det reageres noe blant de intervjuede på at det blir «mye papir» å forholde seg til, er det også en erkjennelse av at det er behov for å dokumentere beslutninger og fremdrift i prosjektet, ikke minst på bakgrunn av at det tradisjonelt ikke har vært en kultur der skriftlighet i form av dokumentasjon imange henseende i denne delen av helsevesenet.

Det er også et problem for prosjektet at «administrativ beslutningsmyndighet» i forhold til pasientbehandling mangler – og at dette blir mer åpenbart etter hvert som pasientene formelt sett har styrket sin posisjon, og i sin tur krever at også behandlerne for de enkelte pasienter får beslutningsmyndighet for at effektiv pasientbehandling skal finne sted.

### ***Samhandlingsgruppene***

Som nevnt anser vi Samhandlingsgruppene som kjernen i prosjektet. Vi mener å ha påvist at Samhandlingsgruppene oppleves som et verdifullt bidrag til å bedre samhandlingen i forhold til pasientgruppen. Etter at en i den første tiden var usikre på den faktiske, konkrete funksjonen Samhandlingsgruppene skulle ha, er dette nå i all hovedsak avklart. Samhandlingsgruppene skal, og bør fortsette, å

ha følgende hovedoppgaver: «Monitorering» - det vil si «overvåke» hvordan pasientbehandlingen forløper for de pasientene som er tilknyttet den enkelte gruppe, og kollegaveiledning/-støtte i forhold til pasientbehandling og andre forhold som tas opp.

Selv om mange av Samhandlingsgruppene fungerer bra ser det ut som om det er potensial for å bedre funksjonsnivået. Dette gjelder både i forhold til medlemmene fra spesialisttjenestene og fra kommunene. Det avgjørende for at gruppen faktisk fokuserer på hvordan man kan finne konkrete løsninger på utfordringene for en forholdsvis liten målgruppe (stort sett under 10) er at de som deltar i samhandlingsgruppen har "hands on" i forhold til den aktuelle gruppen. Det innebærer at de som deltar i samhandlingsgruppen enten selv bør yte tjenester til de aktuelle pasientene, eller at de har så tett kontakt med de som yter tjenestene – for kommunens del først og fremst koordinatoren – at de er vel orientert om hvordan situasjonen for pasienten er til enhver tid.

Samhandlingsgruppene synes å være preget av en vilje til å finne pragmatiske løsninger. Det har derfor utviklet seg en samarbeidskultur innad i samhandlingsgruppene der medlemmene tar et felles ansvar for å finne løsninger som ivaretar pasientene. De som jobber i sektoren har tilsynelatende så stor profesjonell frihet at de kan velge utradisjonelle løsninger dersom det fremstår som en fornuftig tilnærming til de aktuelle utfordringene. Det kan derfor velges løsninger som er tilpasset det faktum at pasientene man forholder seg til har behov for et individuelt og spesielt tilpasset tjenestetilbud.

### ***Anbefalinger for videre arbeid i prosjektet.***

Ut fra de kunnskaper vi etter hvert har fått om organisering, aktiviteter og rammebetingelser for Romeriksprosjektet, mener vi det er grunnlag for å gi noen

anbefalinger knyttet til de siste fasene av prosjektet. Disse anbefalingene dreier seg dels om arbeidet innen for prosjektet selv, dels om å forbedre rammebetingelsene for prosjektet gjennom noen faglig-organisatoriske tiltak:

- Som vi har påpekt flere ganger i analysen, er prosjektet stort, komplekst og med et høyt aktivitetsnivå. Samtidig kan det synes som om det etter hvert har blitt flere parallelle aktiviteter, noen ganger med stort forbruk av tid og ressurser. Vi mener det er behov for å konsentrere innsatsen den siste tiden om å videreføre arbeidet med å skape godt fungerende Samhandlingsgrupper, og at en klart definerer dette som oppgave nr. 1 for hele prosjektorganisasjonen. Forskningsprosjektets studie av «outcomes» av pasientbehandlingen vil kunne bidra til at dette fokuset blir videreført. Det har den siste tiden vært tatt initiativ til å implementere et kurs i livsmestring (IMR), som også kan understøtte arbeidet i Samhandlingsgruppene og i andre deler av tjenestene ut fra de faglige mål og perspektiver Samhandlingsgruppene er basert på.

- ***«Formell avvikling av prosjektgruppene».***

Ettersom prosjektgruppenes rolle nå er erstattet av andre organer bør en formelt avvikle disse gruppene. Brukerrepresentantene som deltok i prosjektgruppene er nå fornøyde med sin representasjon i styringsgruppen.

- ***«Prosjektets administrative tilknytning til Ahus - sterkere forankring i divisjonsledelsen».***

Det bør arbeides for at prosjektets administrative status endres, slik at en ikke opplever at dets formelle autoritet blir svak i forhold til behov for beslutningsmyndighet i enkelte saker. Det er viktig å sikre sterk forankring i divisjonsledelsen ved Ahus, og dette kan skje ved at administrativt ansvar for prosjektet legges til divisjonsledelsen.

- Selv om en i de data vi har fått har vært mindre fokusert på rammebetingelsene for prosjektet i kommunene, er det også i kommunene et generelt behov for prioritering av psyk./rus-arbeidet. I intervjuene er det flere som mener at dette er særlig nødvendig nå, tatt i betraktning at Samhandlingsreformen hittil er så fokusert på pleie- og omsorgssektoren. Det er likevel grunn til å merke seg at selv om mange mener forankringen i kommuneledelsen er viktig, er dette i mindre grad avgjørende for de fagansattes arbeidsmåter og autonomi.
- Vi har pekt på at samhandlingsgruppene fungerer bra og at de pragmatiske løsningene de finner på utfordringene skaper en konstruktiv samarbeidskultur. Disse erfaringene mener vi at man må trekke med seg over i andre deler av prosjektet. En del av de utfordringene som man ellers møter i prosjektet, enten de handler om arbeidsdeling, hvem som har ansvar for hva eller hvem, målgruppe eller deltakelse fra fastleger og NAV, bør man vurdere om man kan finne løsninger på ved hjelp av å skape ad-hoc baserte samhandlingsarenaer. Konkret innebærer dette at man sørger for at de som utfordringen først og fremst angår, blir bedt om å møtes for å finne en pragmatisk løsning.
- Også på andre felt bør man arbeide for å finne samarbeidsarenaer. Samarbeid avler mer samarbeid. De møtearenaene som prosjektet skaper, må bli noe mer enn bare et sted der man er tilstede samtidig. Det betyr at dersom man samler ansatte i sektoren for å tilby dem kurs eller annen form for kompetanseheving, så bør disse organiseres på en slik måte at deltakerne gjennom samlingen får anledning til å samarbeide med andre, for eksempel

gjennom gruppe arbeid. Grupper bør i så fall settes sammen slik at personer som ikke har samarbeidet tidligere, men som bør samarbeide, møtes.

Vi har foran pekt på at organisering av tjenestetilbud til den aktuelle målgruppen kan beskrives som ”wicked problems”. Det innebærer som vi har pekt på at det ikke finnes riktige og gale løsninger, men bare løsninger som kan være bedre eller dårligere. For ”wicked problems” er det normalt vanskelig på forhånd å vite hva som fungerer eller ikke – dette er det bare erfaring som kan vise. For samhandlingsprosjektet er det derfor viktig å legge til grunn at prosjektet er noe mer enn å teste en bestemt modell – det er også en prosess. En prosess som handler om å hele tiden forsterke de positive erfaringene og redusere de negative.

## Litteratur.

Abbott, A (1988): *The System of Profession*, The University of Chicago Press, Chicago

Almvik A, Sagsveen E, Olsø T M, Westerlund H & Norvoll R (2011): “Å lage farger på livet til folk” - God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* vol. 8 nr. 2 2011

Arnkil (2008, 2012):

Bang , H (1995): *Organisasjonskultur*, Oslo, Tano

Bleiklie I m. fl. (1994) *Forvaltningen og den enkelte*, i Christensen T og Egeberg M *Forvaltningskunnskap*, Tano Oslo

Christensen Tom, Lægreid Per, Roness Paul G & Røvik Kjell Arne (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor; Universitetsforlaget 2004*. Oslo

deBaillon, Thierry (2010): Tackling Complexity and Wicked Problems with Design Thinking.

Erichsen, Vibecke (1996): *Profesjonsmakt*, Tano Aschehoug Oslo

Freidson, E. (1970/1988), *Profession of Medicine* Chicago Press

Glouberman S & Mintzberg H (2001): Managing the Care of Health and the Cure of Diseases—Part I & Part II, *Health Care Manage Rev*, 2001, 26(1), 56–92 2001 Aspen Publishers, Inc.

Glouberman S & Mintzberg H 2001: *Managing the Care of Health and the Cure of Diseases—Part I & Part II*, i *Health Care Manage Rev*, 2001, 26(1), 56–92 2001 Aspen Publishers, Inc.

Goffman E. (1992) *Vårt rollespill til daglig*, 2. utgave, Oslo, Pax Forlag

Goldman, H.: Foreword, in Levin, B.L., K.D. Hennessy, J. Petrila (red.): *Mental Health services. A Public health perspective*. Oxford University press, Oxford, New York 2010.

Hansen, G V &Fugletveit, R (2010):”..Vi driver og rydder hver uke vi...” – *evaluering av Oppsøkende rusteam i Moss/Rygge*, HiØ – oppdragsrapport 2010:2

Hansen, G V (1993): *Profesjonsstyring eller institusjonalisering*, Universitetet i Bergen

Hansen, G. V. og Ramsdal H. (2005): ”*Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utfører-organisasjonen*”, Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 1, vol 2, 2005. Oslo: Universitetsforlaget

Hansen, GV (2007): *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*, Karlstad University Studies 2007:15

Hatch M J (2001): *Organisasjonsteori – moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*, Oslo Abstrakt forlag

Helsedirektoratet: IS-1948*Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse –ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. 2012.

Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandlingsreformen (St.m. nr. 47 2009-2010)

Helse- og sosialdepartementet: St.m. nr. 25 («Åpenhet og helhet»1976 – 1977).

Holck, G. (2004): *Kommunenes styring av komplekse oppgaver*, Oslo: Ph.D. avhandling, Universitetet i Oslo

Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258-263. doi:10.1037/0033-3204.43.3.258

Knudsen, H (1993): *Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser* i Repstad, Pål (red): *Dugnadsånd og forsvarsverker*, Tano, Oslo

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten: «Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern» Rapport nr. 5-2012, Oslo.

Palumbo, D.J. (ed.) (1987): *The Politics of Program Evaluation*, Sage Publications, London.

Ramsdal, H & Hansen, G V (2005): "Om sirkelens kvadratur – Psykisk helsearbeid møter bestiller- / utførerorganisasjonen", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2/2005:134 – 148

Redko, C., Rapp, R. C., Elms, C., Snyder, M., & Carlson, R. G. (2007). Understanding the Working Alliance Between Persons with Substance Abuse Problems and Strengths-Based Case Managers. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241-250

Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M (2010): *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Oxford Blackwell Publishing Ltd.

Reeves, S., S. Lewin, S. Espin, M. Zwarenstein: *Interprofessional teamwork for Health and Social Care*. Wiley-Blackwell/CAIPE, West Sussex, UK, 2010).



Ritchey, M. (2011): *Wicked problems and Morphological Analysis*. Springer June 2011. ([www.swemorph.com/book](http://www.swemorph.com/book)).

Ritter, H. og M. Webber (1973): Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* Vol 4, pp 155 – 169. Elsevier Scientific publishing Company, Inc. Amsterdam.

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla (2005): "The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies", *Journal of Interprofessional Care* (May 2005), Supplement 1

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla (2005): "The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies", *Journal of Interprofessional Care* (May 2005), Supplement 1

Schein E H (1987): *Organisasjonskultur og ledelse – er kulturendring mulig*, Oslo Libro Forlag

Topor, A; Borg, M; Girolamo, S Di; Davidson, L (2011) Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery *Int J Soc Psychiatry* January 2011 57: 90-99,

WHO (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*.

Worthington F (2004): Management, change and culture in the NHS: Rhetoric and reality, *Clinician in Management* (2004) 12: 55–67 © 2004 Radcliffe Medical Press

Øvretveit J (1996): Five ways to describe a multidisciplinary team, *Journal Of Interprofessional Care*, Vol. 10, No. 2, 1996