

2013

# KUNNSKAPSBASERT PSYKISK HELSESAMARBEID ... og bedre skal det bli!

EVIDENCE-BASED MENTAL HEALTH  
COLLABORATION ... and it's going to get better!

*Kvalitativ masterstudie av psykisk helsesamarbeid  
mellom DPS og kommune/bydel*



Høgskolen i Østfold

Avdeling for helse- og sosialfag

HSTFS40608 Master i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren



Tor Helge Tjelta  
Høgskolen i Østfold  
21.05.2013



## Forord



Figur i

*Det er ikke brukerne som har sammensatte behov! Brukeren har et helhetlig behov, men møter fragmenterte tjenester.*

Shdir 2006a<sup>1</sup>

Allerede i planleggingsstadiet av dette masterstudiet tok jeg kontakt med Høgskolen i Østfold for å høre når det kom i gang. Ting tar som kjent tid og først senhøsten 2008 var første kull i gang, og jeg var med. Jeg er kjent for å være engasjert og utålmodig, men har gjennom årene lært meg at noen ganger er det verd å ta seg litt ekstra tid før vi kommer i gang med og fullfører forskjellige prosjekter.

Tusen takk til alle informantene som har bidratt til denne masteroppgaven, og takk til alle på høgskolen som har bidratt til at dette studiet har svart opp til mine forventninger. Det gjelder selvfølgelig også mine flotte medstudenter. Spesielt vil jeg takke noen av de som har hatt ansvaret for studiet; dosent Helge Ramsdal, professor Eva Skærbæk og en særskilt takk til mine to veiledere professor Ove Sandell og førsteamanuensis Gunnar Vold Hansen. Hjelp til transkribering fikk jeg av master i folkehelsevitenskap Josephine Nanjala Simiyu. Takk også til mine medforskere Guri & Odd Stoksbjerg for deres tålmodighet og positivitet, og Lars Poverud som hjalp til med to fokusgruppeintervjuer, gode innspill, refleksjoner og utfordringer.

Masterstudiet vil jeg tilegne mine besteforeldre, Berta og Wilfred Birkeland, som ga meg noen høye mål når det gjaldt utdanning og troen på at jeg hadde evnene til å klare det. Jeg vil også takke min arbeidsgiver som har lagt til rette for at jeg kunne fullføre studiet, spesielt mine gode leder Torstein Fjørtoft.

Den største takken skal min elskede kone, Monica Tjelta, ha for å holde ut med både barna og meg i en prosess hvor det har blitt både mye jobbing, mange prosjekter og studier. Min mor, Synnøve Tjelta, fikk småcellet lungekreft med spredning og døde, og Monica selv tok videreutdanning i kreftsykepleie.

*Tomter, mai 2013*

Tor Helge Tjelta

---

<sup>1</sup> Uttalelsen kommer fra Marit Tofastrud Vestli som var leder for det lokale Samordningsforsøket i Løten.

## Sammendrag

### Bakgrunn

Samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel har et forbedringspotensial ifølge brukere og pårørende, psykisk helsearbeidere, forskere og myndigheter. Ingen kan sies å være mot samarbeid og det satses mye på at det skal fremmes i forhold til lovverk, forskrifter, reformer, tilskudd, m.m., men flere brukere opplever fortsatt brist i ledd og lite sømløse tjenester.

### Hensikt

Hensikten er å finne ut mer hvilke mekanismer som påvirker (determinerer) det psykiske helse-samarbeidet i den ene eller andre retningen. Studien søker å gi svar på hvilke tema brukerne, pårørende og representanter for det psykiske helsearbeidet mener påvirker samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel, og dette gjøres ved å gå ut i feltet og stille spørsmålet hva som fremmer og hva som hemmer psykisk helsesamarbeid mellom DPS og kommune/bydel. Dette vil forhåpentligvis være et lite bidrag til å skape mer helhetlige tjenester til dem vi er til for; brukerne av psykiske helsetjenester.

### Metode

Det er brukt kvalitativ metode ved bruk av med- & deltakerbasert forskning, logg- & refleksjons-data, deltakende observasjon, sekundærdatastudier (gjennomgang av teori rundt tema; litteraturstudie), fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer av brukere/pasienter, pårørende og representanter for tjenesteapparatet. Kunnskapsbasert praksis er bakteppe for studien med brukerkunnskap og -medvirkning, erfaringsbasert kunnskap, forskningsbasert kunnskap og konteksten. Primærdata er hovedsakelig hentet i intervjuer og ved deltakende observasjon. Sekundærdata er hentet fra både myndigheter, forskning og rapporter/ utredninger fra feltet. De andre metodene er mer brukt i forhold til kvalitetssikring av innhenting og bearbeidelse av dataene og analysen av dem. Dataene er kategorisert ut i fra to dimensjoner; fremmer/hemmer og systemiske, organisatoriske og relasjonelle determinanter, og deretter tematisert under syv temaer.

### Resultater

Studien finner syv temaer som brukere og representanter for det psykiske helsearbeidet mener påvirker samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel. Det er 1) samarbeidskompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter), 2) ressurser til det psykiske helse(sam)arbeidet, 3) tre nivåer og organisert diskontinuitet, 4) fastlegens rolle i det psykiske helsesamarbeidet, 5) bestiller-utfører-modell, 6) samarbeidsverktøy (avtaler, behandlingslinjer, ansvarsgrupper, IP og meldings-utveksling) og 7) ledelse – god psykisk helseledelse.

### Konklusjon

Det er en rekke temaer som brukere og representanter for det psykiske helsearbeidet mener påvirker samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel. Det er grunnlag for å kunne si at det muligens er noe å hente ved å slå sammen DPS med kommunalt psykisk helsearbeid i kommunal regi. Den organisatoriske determinanten med god psykisk helseledelse er muligens også en viktig faktor for å fremme det psykiske helsesamarbeidet.

## Abstract

### Background

The collaboration between DPS (district Psychiatric Outpatient Service) and municipality/district (municipal mental health service) has, according to users, next of kin, scientists and the authorities, the potential for improvement. There seem to be no opposition to collaboration, and measures are being put into place to encourage collaboration in regards to the law, reforms, and additions among other things. However, some people still report mishaps and services being less than streamlined.

### Aim

The aim is to discover what mechanisms determine the collaboration between mental health-work, be it positive or negative. The study seeks to give an answer as to what themes users, next of kin and representatives of the mental health field believe to influence the collaboration between DPS and municipal mental health service. This will be achieved by going out into the field and asking questions about what may encourage and discourage collaboration between DPS and municipality/district. Hopefully this will contribute in creating a more streamlined and cooperative mental health field.

### Methods

Qualitative methods have been used through participant-based research, log and reflection-data, participant observation, secondary studies (walkthrough of subject's theory – literature study), interview with focus groups and individual interviews with users/patients, next of kin and representation of the field. Knowledge-based internships serve as the backdrop for the study, with user-knowledge and participation, experience-based knowledge, research-based knowledge and context. Primary data is mainly collected through interviews and participant observation. Secondary literature is collected through governments, research and rapports/field papers. Other methods are used more so to quality ensure the collection, processing and analysis of the data. The data is categorized in accordance with two dimensions: inhibitor/encourager and the systemic, the organizational and interactional determinants, and then sorted under seven themes.

### Results

The study takes seven themes that users and representatives of the mental health field believe to be influential on the collaboration between DPS and the municipality. 1) level of competence in regards to collaboration (attitudes, knowledge and skills), 2) the resources of the mental health collaboration, 3) three levels and organized discontinuity, 4) the general practitioner's role in the mental health collaboration, 5) purchaser-provider-organization 6) tools for collaboration (guidelines for treatment, IP and the exchange of messages ), 7) leadership – good mental health leadership.

### Conclusion

There are several themes that users and the representatives for the mental health field believe contribute to the collaboration between DPS and the municipality/district.

There are grounds to claim that there is possibility of improvements by combining DPS with municipal mental health as regulated by the municipality. The organizational determinant of good mental health leadership is probably a major factor to improve mental health collaboration.

## Innhold

Forord.....	ii
Sammendrag .....	iii
Abstract .....	iv
Innhold .....	v
Detaljert innhold .....	vi
DEL 1 PROBLEMSTILLING, FORSKNINGSSPØRSMÅL, BEGREPER OG MEDFORSKNING .....	1
DEL 2 BAKGRUNN FOR VALG I STUDIEN.....	4
DEL 3 TEORETISK RAMMEVERK FOR STUDIEN OG KONTEKSTEN .....	9
DEL 4 REDEGJØRELSE FOR METODER & MATERIALE SOM ER BRUKT.....	51
DEL 5 FELTET: DPS OG KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID .....	63
DEL 6 PRESENTASJON AV PRIMÆRDATA.....	68
DEL 7 ANALYSE AV PRIMÆR- OG SEKUNDÆRDATA .....	77
DEL 8 OPPSUMMERING – ALT HENGER SAMMEN .....	88
Referanser .....	89
Vedlegg.....	102

## Detaljert innhold

Forord.....	ii
Sammendrag .....	iii
Abstract .....	iv
Innhold .....	v
Detaljert innhold .....	vi
<b>DEL 1 PROBLEMSTILLING, FORSKNINGSSPØRSMÅL, BEGREPER OG MEDFORSKNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Tema, problemstilling, forskningsspørsmål og tittel.....	1
1.2 Noen sentrale begreper .....	1
1.3 Medforskning .....	2
<b>DEL 2 BAKGRUNN FOR VALG I STUDIEN.....</b>	<b>4</b>
2.1 Bakgrunn, forforståelse, tema, problemstilling og forskningsspørsmål .....	4
2.1.1 Min bakgrunn .....	4
2.1.2 Min forforståelse og mine medforskeres oppfatning av situasjonen .....	5
2.1.3 Valg av tema, problemstilling og forskningsspørsmål.....	6
2.2 Masteroppgavens betydning .....	7
2.3 Masteroppgavens avgrensning .....	7
2.4 Masteroppgavens oppbygging.....	8
<b>DEL 3 TEORETISK RAMMEVERK FOR STUDIEN OG KONTEKSTEN .....</b>	<b>9</b>
3.1 Samarbeidskompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter).....	14
3.2 Ressurser til det psykiske helse(sam)arbeidet .....	21
3.3 Tre nivåer og organisert diskontinuitet.....	24
3.4 Fastlegens rolle i det psykiske helsesamarbeidet .....	37
3.5 Bestiller-utfører-modell .....	38
3.6 Samarbeidsverktøy (avtaler, behandlingslinjer, ansvarsgrupper, IP og meldingsutveksling)	39
3.7 Ledelse – god psykisk helseledelse .....	47
<b>DEL 4 REDEGJØRELSE FOR METODER &amp; MATERIALE SOM ER BRUKT.....</b>	<b>51</b>
4.1 Hvordan samle inn data om psykisk helsesamarbeid? .....	51
4.2 Brukerens stemme og med- & deltakerbasert forskning.....	53
4.3 Logg- & refleksjonsdata og deltakende observasjon .....	55
4.4 Sekundærdatastudier (gjennomgang av teori rundt studien og konteksten – litteraturstudie)	56
4.5 Fokusgruppeintervjuer.....	58
4.6 Individuelle intervjuer av brukere/pasienter og representanter for tjenesteapparatet .....	58

4.7 Etske overveielser .....	61
DEL 5 FELTET: DPS OG KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID .....	63
5.1 Distriktpsikiatrisk senter - DPS.....	63
5.2 Kommunalt psykisk helsearbeid.....	64
5.3 Presentasjon av informanter (lokasjon og område) .....	67
DEL 6 PRESENTASJON AV PRIMÆRDATA.....	68
6.1 Samarbeidskompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter).....	69
6.2 Ressurser til det psykiske helse(sam)arbeidet .....	71
6.3 Tre nivåer og organisert diskontinuitet.....	72
6.4 Fastlegenes rolle i det psykiske helsearbeidet.....	73
6.5 Bestiller-utfører-modell .....	73
6.6 Samhandlingsverktøy (avtaler, behandlingslinjer, ansvarsgrupper, IP, modeller og meldingsutveksling) .....	74
6.7 Ledelse – gode psykiske helseledere .....	75
DEL 7 ANALYSE AV PRIMÆR- OG SEKUNDÆRDATA .....	77
7.1 Samarbeidskompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter).....	77
7.2 Ressurser til det psykiske helse(sam)arbeidet .....	80
7.3 Tre nivåer og organisert diskontinuitet.....	82
7.4 Fastlegenes rolle i det psykiske helsesamarbeidet .....	84
7.5 Bestiller-utfører-modell – Best ut for hvem?.....	84
7.6 Samhandlingsverktøy (avtaler, behandlingslinjer, ansvarsgrupper, IP og meldingsutveksling) .....	85
7.7 Ledelse – gode psykiske helseledere .....	86
DEL 8 OPPSUMMERING – ALT HENGER SAMMEN.....	88
Referanser .....	89
Vedlegg.....	102

## Figurer

Figur i Sommerfugl. Symbolet til Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008 .....	ii
Figur 3:1 Kvalitetsstjerne med hva som skal til for at vi kan si at tjenestene er av god kvalitet ....	14
Figur 3:3:1 Fordeling av ansvar før og etter samhandlingsreformen .....	27
Figur 3:3:2 DPS's vurdering av kommunens/bydelens interne organisering .....	29
Figur 3:3:3 Horisontal tjenesteyting og vertikal organisering .....	32
Figur 3:3:4 Hvilke pasienter går ressursene i psykisk helsevern til? .....	34
Figur 3:6:1 Nettverksmodell .....	44
Figur 3:6:2 Elektronisk samhandling mellom fastlege, kommune og sykehus .....	47
Figur 4:1 Kunnskapsbasert praksis .....	51
Figur 4:4 S-pyramiden .....	57
Figur 4:6 Den omvendte pyramide .....	59
Figur 5:1 Hovedløpet gjennom hjelpeapparatet .....	64
Figur 5:2 Dagens tjenestenivåer .....	66
Figur 7:1 Kompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter) .....	78
Figur 8:1 Alt henger sammen .....	88

## Vedlegg

Vedlegg I Publiseringssamtykke .....	102
Vedlegg II Forskningsprotokoll .....	103
Vedlegg III Forsepørsel/Informasjonsskriv & samtykkeerklæring .....	104
Vedlegg IV Godkjenning fra Personvernombudet .....	106
Vedlegg V Eksempel på nettverskart .....	107
Vedlegg VI Konseptuell modell for kvalitetsindikatorsystem .....	108
Vedlegg VII Noen huskereglene for deltakende observasjon .....	109

Forsidebildet er tatt fra samhandlingsreformen



## DEL 1 PROBLEMSTILLING, FORSKNINGSSPØRSMÅL, BEGREPER OG MEDFORSKNING

### 1.1 Tema, problemstilling, forskningsspørsmål og tittel

Denne masteroppgaven i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren har som tema samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel. Min problemstilling er: Hvilke tema mener brukere, pårørende og representanter for det psykiske helsearbeidet påvirker samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel? For å svare på denne problemstillingen har jeg anvendt forskningsspørsmålet: Hva fremmer og hva hemmer psykisk helsesamarbeid mellom DPS og kommune/bydel? Spørsmålet er brukt i intervjuer av brukere, pårørende og representanter for det psykiske helsearbeidet.

Tittelen ble til slutt *KUNNSKAPSBASERT PSYKISK HELSESAMARBEID ... og bedre skal det bli!* Jeg ønsker å finne ut mer om hvordan samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommune/bydel fungerer på området psykisk helsearbeid, og hvilke temaer som påvirker samarbeidet. Begrepet kunnskapsbasert betyr her at masteroppgaven bygger på konteksten, brukerkunnskap og brukermedvirkning, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap (Kunnskaps-senteret 2010). Uttrykket *... og bedre skal det bli!* er hentet fra Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) (Shdir 2005b:19), og bygger på fire avgjørende forutsetninger. Vi må hele tiden:

- Tilstrebe å utnytte den beste tilgjengelige kunnskapen
- Undersøke om det vi gjør faktisk bidrar til å nå våre mål
- Endre kurs hvis så ikke er tilfelle
- Ta hensyn til brukernes behov og ønsker når tjenester skal evalueres og forbedres.

### 1.2 Noen sentrale begreper

I masteroppgaven skiller jeg ikke i særlig grad på begrepene samarbeid, samhandling eller samordning. I vanlig praksis kan jeg ikke se at det blir differensiert i merkbar grad. Knudsen (2004) påpeker også at det er vanskelig å være helt konsistent i begrepsbruken. Begrepene samordning, koordinering og samarbeid oppfattes ofte som synonyme, men det kan være et poeng å skille dem (Jacobsen 2004). Samhandling er det nye mantra, men jeg bruker i oppgaven samarbeid som en samlet betegnelse på alle begrepene. Samarbeid er også begrepet som blir brukt i tittelen for selve masterstudiet jeg tar.

Selv om det kan sies at psykisk helsearbeid er i kommunen og psykisk helsevern er i spesialisthelsetjenesten, bruker jeg i denne masteroppgaven psykisk helsearbeid som et vidt begrep som også favner spesialisthelsetjenesten. Da blir det også naturlig å bruke psykisk

helsesamarbeid i mitt forskningsspørsmål. Psykisk helsearbeidere blir i masteroppgaven brukt vidt som en samlebetegnelse om alle som arbeider for å bedre den psykiske helsen i befolkningen.

Det er fremdeles mange i og utenfor fagfeltet som bruker betegnelsen psykiatri på mye av det som skjer av psykisk helsearbeid i Norge. Det er snakk om psykiatrien, kommunepsykiatri/ psykiatrien i kommunen og samarbeid innen psykiatrien, m.m. Psykiatri er en subspecialitet innen medisin som omhandler hvordan vi skal forstå, utrede, behandle og forebygge psykiske lidelser. Psykisk helsearbeid er langt mer enn det og psykisk helsesamarbeid skal favne langt mer enn samarbeid innenfor en subspecialitet innen medisin som hører hjemme i psykisk helsevern. Se gjerne professor og assisterende direktør i Nasjonalt folkehelseinstitutt Arne Holtes<sup>2</sup> (2011) ett minuttsspråkkurs som han ofte fremfører når han foreleser for store forsamlinger:

<http://www.youtube.com/watch?v=AHBWks3ZZhQ>.

Jeg bruker også bydel i mitt forskningsspørsmål fordi bydelene i Oslo kommune samarbeider med forskjellige helseforetak og har forskjellig organisering innen psykisk helsearbeid. Det vil si at Oslo kommune ikke uten videre kan ses under ett som en kommune med tanke på samarbeid mellom kommune og DPS. I masteroppgaven bruker jeg både begrepet pasient og bruker, og i begge tilfeller gjelder det mennesker som har rett på psykiske helsetjenester.

### 1.3 Medforskning

Jeg har det inntrykk at det blir bare mer og mer vanlig både i spesialist- og kommunehelsetjenesten å sikre seg at brukerne/pasientene psykisk helsearbeidere hjelper blir spurt om hva de mener hjelper dem, og at de får en reell innflytelse på den hjelpen som gis. Dette inntrykket ble forsterket av Schizofrenidagene<sup>3</sup> 2012 og artikkelen til Vetlesen (2011:30) skrev på oppdrag fra Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse hvor han konkluderer:

Det er i dag et misforhold mellom helse- og sosialpolitiske visjoner om utviklingen av et nytt psykisk helsevern, og det som er hegemonisk kunnskapssyn innen ledende profesjoner i feltet. Ny praksis krever ny kunnskap, og utvikling av en kunnskapsplattform for psykisk helsearbeid som i større grad legitimerer erfaringskunnskap, bør ha som ambisjon å utfordre denne dominansen. Det er langsiktig arbeid.

Det har i den senere tid også blitt mer vanlig å ta med brukere inn i forskning (Askheim & Borg 2010). Jeg ville gjerne ha med noen med brukererfaring i mitt prosjekt med å skrive master-

---

<sup>2</sup> Fikk *Den stor psykologprisen 2012* blant annet for sitt arbeid med oppbygging av Institutt for psykologi ved Universitet i Tromsø og etableringen av Divisjon for psykisk helse ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

<sup>3</sup> [www.schizofrenidagene.no](http://www.schizofrenidagene.no)

oppgave for å bedre og kvalitetssikre forskningsprosessen. Tidlig i prosessen kontaktet jeg derfor en (tidligere landsstyre-)representant for Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP), og spurte om han ville være med og hjelpe meg med masteroppgaven.

Årsaken til at jeg spurte ham var at han er selv bruker av tjenestene og er far til 3 barn med alvorlige psykiske lidelser med behov for omfattende og koordinerte tjenester (beskrevet i Shdir 2008). Jeg visste ikke på forhånd hva han mente om mitt forskningsspørsmål. Dette var han positiv til, og vi avtalte at vi kunne holde en annen LPP-representant, hans kone, orientert underveis for å sikre kontinuitet hvis noe skulle skje. Hun er sykepleier i hjemmetjenesten i Oslo. Senere i prosessen ble hun fast medforsker. I slutfasen (2012) har også en praktikant hos meg blitt med som medforsker. Han er erfaringskonsulent, sykepleier og gatepoet. I tillegg har han blant annet arbeidet på Tøyen DPS og i Rådet for psykisk helse. En erfaringskonsulent er en ansatt som har erfaring med egen eller pårørendes psykiske sykdom/rusmiddelproblemer og med tjenesteapparatet (Helsedirektoratet 2013a). Han har et avklart forhold til sin alvorlige psykisk lidelse, er kåsør i nitimen og på vei tilbake til arbeid.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret 2013) skriver at potensialet i brukerinvolvering bør utnyttes bedre og deres kompetanse bør ses som likeverdig. Brukermedvirkning i samhandlingsprosjekter bør undersøkes nærmere, både hvilken betydning det har og hvordan vi kan involvere brukere på ulike måter slik at deres perspektiver og kompetanse ivaretas. Brukere bør her delta som medforskere, og det anbefales å sette av midler til følgeforskning, slik at vi kan forske på i hvilken grad resultatene fra samhandlingsprosjektene vedvarer. De økonomiske konsekvensene av samhandlingsprosjekter bør det også forskes på.

Det synes for meg at det ikke har vært særlig utbredt å ta i bruk medforskning og/eller deltakerbasert forskning. Jeg tok med meg en medforsker til den første medforskningskonferansen i landet i november 2012: *Økt brukermedvirkning, bedre forskning!* (Kunnskapssenteret 2012b) i regi av blant annet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Mental Helse, FFO, Kreftforeningen og Forskningsrådet. Mål med medforskningskonferansen var å inspirere til bedre og mer nyttig forskning ved at brukere (pasienter/pårørende) bidrar i prioritering, planlegging og gjennomføring av forskning

## DEL 2 BAKGRUNN FOR VALG I STUDIEN

### 2.1 Bakgrunn, for forståelse, tema, problemstilling og forskningsspørsmål

#### 2.1.1 Min bakgrunn

Jeg har alltid vært interessert i å prøve å sette meg inn i hvordan ting henger sammen, eller hvorfor forskjellige prosesser eventuelt ikke gjør det. En forutsetning for å få en større forståelse av slike prosesser er tilegnelse av kunnskap. Mine besteforeldre ville at jeg skulle bli sivilingeniør, og jeg fikk min artium i naturfaglig linje (matematikk & fysikk). Mine evner fant seg imidlertid bedre til rette i omsorg for mennesker. Jeg ”omskolerte” meg først ved å ta hjelpepleie i vernepleie, deretter vernepleie, så flere etter- og videreutdanninger og nå master. Til sammen har det nå blitt nærmere åtte år med høyere utdanning.

Vi mennesker gjør ofte ting mot bedre vitende. Dette er noe som alltid har fasinert meg. Da jeg som hjelpepleier arbeidet i hjemmesykepleien, fikk jeg lov til å velge å være primærkontakt for flere pasienter med psykiske lidelser. Jeg har også fått anledning til å prøve meg ut i de fleste omsorgsrollene i helse- og sosialsektoren i flere kommuner i Østfold og fant da ut at psykisk helsearbeid (og senere også rusomsorg) vekket ekstra interesse og passet meg bra. I flere år har jeg vært leder og ansvarlig for Opptappingsplanen for psykisk helse både for barn, unge, voksne og eldre i Hobøl kommune. Nå er jeg leder/prosjektleder i Bydel Gamle Oslo i Oslo kommune.

Min masteroppgave har som tema samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel, og selv om jeg ikke har arbeidet i spesialisthelsetjenesten, så har jeg flere ganger vært der i praksisperioder. I over to år var jeg også ved det lokale Edwin Ruud DPS i forbindelse med at jeg tok *Tverrfaglig videreutdanning i behandling, rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser* i regi av SEPREP<sup>4</sup> (Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser). Jeg var i flere år med i det lokale Operativt Forum for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og bruker-/pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse/rus. Der var jeg fast medlem, sekretær og senere leder.

Jeg er også opptatt av kvalitet og engasjerer meg ofte i det som opptar meg. Det har medført at jeg har fått en rekke verv; (hoved)tillitsvalgt i utdannings- og yrkessammenheng, verneombud, leder for en rekke utvalg og prosjekter. For tiden er jeg blant annet prosjektleder for et forprosjekt som utreder forskjellige forpliktende samhandlingsmodeller mellom DPS og Bydel Gamle Oslo. Jeg er også prosjektkoordinator for flere prosjekter sammen med høyskoler og andre

---

<sup>4</sup> SEPREP fikk hederspris på Schizofrenidagene i 2009. [www.seprep.no](http://www.seprep.no)

samarbeidspartnere i og utenfor bydelen. Vi ser også på muligheten til å inngå et tettere samarbeid med Universitetet i Oslo ved Institutt for helse og samfunn (HELSAM) som Oslo kommune har en samarbeidsavtale med knyttet til forskning, utdanning, formidling, personell- og tjenesteutvikling. Visjonen er å skape Oslo universitetskommune (UiO 2013).

### 2.1.2 Min forforståelse og mine medforskeres oppfatning av situasjonen

Jeg ønsker og søker å ha en eklektisk og pragmatisk tilnærming til min yrkesutøvelse og mener kunnskap er en prosess som er i stadig utvikling (livslang læring). Som nevnt valgte jeg naturfaglig linje. Deretter ble det en del læring i og om behavioristisk tilnærming i vernepleien. Jeg kan si at jeg i starten av min profesjonelle omsorgskarriere helte mest til det som kalles den medisinsk-biologiske tilnærmingen, eller positivisme.

Det tok ikke lang tid før jeg åpnet opp for et mer differensiert syn, og er nå mer komfortabel med samfunnsvitenskapelig tilnærming; sosialkonstruksjonisme. Denne tilnærmingen kan videreføres til en tro på det Brottveit (2006) kaller en *sosialpsykiatrisk modell*, som en formålstjenlig måte å drive psykisk helsearbeid på, men da for meg i form av psykososialt arbeid. Det var også min fordypning da jeg tok videreutdanning i psykisk helsearbeid. Vitenskapelige spørsmål er viktige fordi vitenskapelige forhold preger kunnskapsgrunnlaget til og utformingen av de psykiske helse-tjenestene og derigjennom innretningen på behandlingen (Norvoll 2013; Ramsdal 2013). Før jeg begynte å forske på hva som fremmer og hva som hemmer psykisk helsesamarbeid, så hadde jeg noen formening/hypoteser om hva dette kunne være:

FREMMER	HEMMER
Den enkeltes interesse for samarbeid	Organisering av tjenestene (2-3 nivåer)
Krav fra myndighetene.	Kravene fra myndighetene kan også ses på som hemmende (for mange krav som gjør at psykisk helsearbeidere ikke prioriterer samarbeid)
Lovverket	Lovverket
Samarbeid lønner seg – belønnes	Samarbeid lønner seg ikke – straffes
Gode økonomiske rammer	Stramme økonomiske rammer (midlene er ikke lenger øremerket)
Vilje til samarbeid (personavhengig?)	Manglende vilje til samarbeid

Jeg antok at det var en god del som ble kalt samarbeid mellom DPS og kommune/bydel, men hadde en formening om at det ikke var så mye samarbeid i praksis eller (samtidig) samhandling som det ofte blir kalt nå. Det vil si at DPS og bydel/kommune ikke i stor grad handlet sammen om oppgaver. Dette inntrykket kommer fra egenerfaring som psykisk helsearbeider i Østfold og i Oslo

i hele perioden DPS-ene har eksistert. Jeg synes det noen ganger kunne se ut som om det var en del parallelle prosesser med dobbeltarbeid og lite sømløse tjenester, det vil si fragmenterte og segregerte tjenester.

Min medforsker har ikke så høye tanker om DPS og en viser heller til godt samarbeid mellom fastlege og psykisk helsearbeidere i kommunen. Blant medforskerne er det litt uenighet hvorvidt fastlegen kan og skal være koordinator for (sam)arbeidet; være navet i oppfølgingen av brukeren. Det viktige for medforskerne er at det er fagfolk som bryr seg, er engasjerte og har gode holdninger. Hva om noen kunne si: «Du har kommet til rett sted! Her vil du få hjelp til det du trenger.»? En holistisk tilnærming/helhetlig perspektiv ble trukket frem som fremmede faktor.

### 2.1.3 Valg av tema, problemstilling og forskningsspørsmål

Valg av temaet samarbeid mellom DPS og kommune/bydel stammer fra min tid som leder for psykisk helse i en liten kommune, Hobøl (under 5 000 innbyggere), i Indre Østfold. Østfold var et av de første fylkene hvor Kommunenes Sentralforbund (KS) og sykehuset lagde et forpliktende samarbeid. Sykehuset Østfold HF (helseforetak) og KS undertegnet en forpliktende avtale i 2005. Avtalen varte i fire år og ble prolongert i ett år mens den ble evaluert. Evalueringens konklusjon var at avtalen og samarbeidet hadde vært bra (Ramsdal & Hansen 2009). En ny avtale ble utarbeidet og undertegnet av samtlige kommuner og helseforetaket i 2010.

Den overordnede samarbeidsavtalen i Østfold blir ivaretatt av et Administrativt Samarbeidsutvalg (ADMS). Under ADMS er det flere kliniske utvalg, blant annet ble det etablert et Operativt Forum ved det enkelte DPS:

- Sarpsborg/Halden DPS
- Moss DPS
- Fredrikstad DPS
- Edwin Ruud DPS (Indre Østfold)

De operative foraene består av<sup>5</sup>:

- Pårørende- og brukerorganisasjoner
- Leder for kommunal psykisk helsetjeneste
- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUPP)
- Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP)
- Representanter fra divisjonsledelsen psykiatri (S Ø HF)
- Representanter fra ledelsen ved det lokale DPS

Jeg fikk være med før forumet startet opp og kom med innspill og forslag på hvordan arbeidet i Operativt Forum burde foregå. Min interesse av hvor viktig samarbeidet mellom DPS og

---

<sup>5</sup> Noen har også valgt å ta med praksiskonsulent hvis det er det i området.

kommunene er for kvaliteten på tilbudet til de som sliter med psykisk lidelse ble forsterket i denne perioden. Interessen har ikke blitt mindre i tiden som har gått, men mine forhåpninger om hvor langt vi som psykisk helsearbeidere kan komme med en psykisk helsetjeneste med tre nivåer har kanskje blitt mer realistisk. Det vil si dempet i forhold til hvor langt vi kan komme i arbeidet med sømløse tjenester som oppleves som gode av mennesker som opplever psykisk lidelse.

Slik er det også nå når jeg er prosjektleder i Bydel Gamle Oslo i Oslo kommune. Jeg leder som nevnt et forprosjekt som ser på forskjellige forpliktende samhandlingsmodeller mellom bydelen og DPS. Vi har nå valgt en modell, Flexible Assertive Community Treatment (FACT)<sup>6</sup>, vi vil arbeide videre med. Her har vi også en samarbeidsavtale og en fastsatt samhandlingsstruktur. Jeg finner det litt merkelig at selv om vi alle er for samarbeid kan det sies at vi har et godt stykke igjen før samarbeidet er så bra at brukerne er fornøyde og oppfatter det som sømløse tjenester. Dette er årsaken til at jeg valgte min problemstilling om hvilke tema mener brukere og representanter for det psykiske helsearbeidet påvirker samarbeidet og mitt forskningsspørsmål om hva som fremmer og hva som hemmer psykisk helsesamarbeid mellom DPS og kommune/bydel. Jeg vil gjerne få frem mer kunnskap om de mekanismer som kan påvirke (determinere) samarbeidet.

## 2.2 Masteroppgavens betydning

Jeg håper at masteroppgaven kan være et bidrag i det pågående samarbeidet, slik at samarbeidet kan bli bedre til det beste for brukere/pasienter som mottar hjelpen/behandlingen. Dette som en del av oppfølgingen og videreføringen av samhandlingsreformen. Jeg mener at uten et godt samarbeid mellom DPS og kommune/bydel, vil mange få et dårligere tilbud om hjelp. Noen vil heller ikke være motivert for å ta imot hjelp fra et system som ikke er helhetlig og samordnet.

## 2.3 Masteroppgavens avgrensning

Når det gjelder psykisk helsearbeid, kan det sies å ha tre nivåer. Det er det kommunale, DPS og sykehusets akutt- og spesialavdelinger. Masteroppgaven tar for seg samarbeidet mellom DPS og bydel/kommune og ikke det tredje nivået. Jeg tar heller ikke for meg enkelte yrkes-/pasient-grupper eller profesjoner utenom funn i studien om fastlegens rolle. I oppgaven har jeg valgt alle som likeverdige utenom brukerne som det psykiske helsesamarbeidet er til for. Sammen med behovet for anonymisering har det da vært naturlig for meg å ikke vise til hvem som har uttalt hva i stor grad. Det er for meg for det meste ikke vesentlig hvor i systemet en person arbeider med tanke på hvilke data jeg får i forhold til min problemstilling og mitt forskningsspørsmål.

---

<sup>6</sup> FACT kan oversettes til fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam.

Min erfaring med DPS og psykisk helsearbeid i kommunen er særlig fra Østfold og sentrumsbydelene i Oslo. DPS-ene jeg har mest erfaring med er Lovisenberg DPS<sup>7</sup> og Edwin Ruud DPS. Jeg har vært leder i Hobøl kommune og er nå prosjektleder for utvikling av forpliktende samhandlingsmodeller; *Lokalt kunnskapsbasert psykisk helse-samhandling ... og bedre skal det bli!*, mellom Lovisenberg DPS og bydelen i Bydel Gamle Oslo. Jeg er også på ledernetverksmøter i regi av Helseetaten i Oslo kommune, slik at jeg har litt mer kjennskap til andre bydeler og tilknyttede DPS-er der. Mindre erfaring har jeg med andre DPS-er og psykisk helsearbeid i andre deler av landet, men jeg er også medlem av Storkommunenettverket innen psykisk helse (STORK) hvor 15 av landets største kommuner er med sammen med to representanter fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). STORK har 15 års jubileum i år. Min avgrensede erfaring blir brukt i masteroppgaven.

## 2.4 Masteroppgavens oppbygging

I neste del, DEL 3, tar jeg med relevant teori (sekundærdata) om min studie og konteksten, inndelt etter de syv temaene som studien fant: Samarbeidskompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter), ressurser til det psykiske helsesamarbeidet, tre nivåer og organisert diskontinuitet, fastlegens rolle i det psykiske helsesamarbeidet, bestiller-utfører-modell, samarbeidsverktøy (avtaler, behandlingslinjer, IP og meldingsutveksling) og ledelse – god psykisk helseledelse.

I DEL 4 redegjør jeg for metoder og materiale som er brukt. Først noe om forskningsdesignet før jeg tar for meg noe om brukerens stemme og med- deltakerbasert forskning. Noe kort om logg & refleksjonsdata og deltakende observasjon, sekundærdatastudier (gjennomgang av teori – litteraturstudier) og intervjuer (fokusgrupper og individuelle; brukere/pasienter og representanter for tjenesteapparatet). Til slutt kommer noen etiske overveielser.

Deretter kommer DEL 5 hvor jeg presenterer selve feltet jeg forsker på/i: DPS og kommunalt psykisk helsearbeid. I DEL 6 presenterer jeg en tabell hvor primærdataene er kategorisert og kodifisert etter dimensjonen fremmer/hemmer og dimensjonen systemiske, organisatoriske, og relasjonelle determinanter. Primærdataene blir videre presentert i de syv temaene i underkapitlene 6.1-6.7. Dette som et svar på min problemstilling. Analyse av primær- og sekundærdata blir det i DEL 7. Der brukes også den samme inndelingen etter tema. Til slutt i DEL 8 kommer en kort oppsummering som svar på min problemstilling.

---

<sup>7</sup> Fra 2013 er Tøyen DPS slått sammen med Lovisenberg DPS.



## DEL 3 TEORETISK RAMMEVERK FOR STUDIEN OG KONTEKSTEN

*I dette kapittelet presenterer jeg en del av det jeg har funnet av relevant litteratur for studien og konteksten rundt samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel. Først presenterer jeg min andre dimensjon for studien; systemiske, organisatoriske og relasjonelle determinanter.*

Hansen & Fugletveit (2010) viser til at San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla (2005) deler i review-artikkelen *The determinants of successful collaboration: A review of the theoretical and empirical studies* de ulike forholdene (determinantene) som påvirker samarbeid inn under tre hovedbolker:

- Systemiske determinanter
- Organisatoriske determinanter
- Samhandlingsdeterminanter

Dette er oversatt fra begrepene the systemic determinants, the organizational determinants og the interactional determinants (San Martín-Rodríguez et al. 2005:145). I denne oppgaven blir begrepet relasjonelle determinanter brukt istedenfor samhandlingsdeterminanter. San Martín-Rodríguez (ibid.) fant lite empiri som tar for seg rammene/determinantene for samarbeid. Særlig gjelder dette de systemiske og organisatoriske determinantene;

... collaboration is essentially an interpersonal process that requires the presence of a series of elements in the relations between the professionals in a team. These include a willingness to collaborate, trust in each other, mutual respect and communication. Yet, even though the above conditions may be necessary, they are not sufficient, because in complex health care systems professionals cannot, on their own, create all the necessary conditions for success. Organizational determinants, play a crucial role, especially in terms of human resource management capabilities and strong leadership.

We do not currently possess much evidence of the influence of these determinants on collaboration. Only a few studies have examined their relationship with collaboration; it is the interactional determinants that have received more attention. We need a better understanding of the relationship between the interactional, organizational and systemic determinants affecting collaboration, and, particularly at the organizational level, managers and decision-makers need to understand the key characteristics of organizations that foster collaboration.

Systemiske determinanter henviser til forhold utenfor organisasjonen, som for eksempel sosiale og kulturelle faktorer, utdanning og fagsystemer (ibid.). Organisatoriske determinanter er egenskaper i organisasjonen som definerer arbeidsmiljøet, knyttet til organisasjonens struktur, filosofi, ressurser, administrativ støtte, og kommunikasjons- og koordineringsmekanismer. Relasjonelle determinanter viser til prosesser knyttet til mellommenneskelige relasjoner i samarbeidet. Sentralt står viljen til samarbeid, gjensidig tillitt/mistillit, respekt, kommunikasjon og kunnskap om hverandres kompetanse.

Regjeringen (HOD 2012a) påpeker at psykisk helse har høy prioritet og de overordnede mål og verdigrunnlaget for opptrappingsplanen for psykisk helse fortsatt ligger til grunn for regjeringens politikk. Forebyggende arbeid, tilrettelegging for selvstendighet, mestring av eget liv, tydelig brukerperspektiv, desentralisering, nærhet til tjenestene, kvalitet, og arbeidsrettede tiltak vil stå som sentrale elementer i videre utvikling av tilbudet.

Følgende anser regjeringen (ibid.:189) å være de største utfordringene i årene som kommer:

- Forebygging og økt bevissthet om den psykiske helsens betydning på alle arenaer og sektorer.
- Styrke tilbudet til mennesker som lider av angst og depresjoner.
- En sterkere kommunal tjeneste, et tydelig kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.
- Kvalitet i tjenestene med vekt på bruker- og pårørendeperspektiv, trygget for brukerne, tilgjengelighet og kompetanseheving.
- Sikre at verdigrunnlaget for psykisk helsefeltet fra opptrappingsplanen preger kultur og holdninger i tjenestene.
- Styrke samhandlingen både innen helse- og omsorgstjenesten og overfor andre sektorer.
- Fullføre omstillingen av psykisk helsevern med styrking av og overføring av allmennfunksjoner til distriktpsikiatriske senter, spissing av sykehusfunksjoner, redusert bruk av tvang og økt vekt på utadrettet arbeid, samarbeid og støtte til kommunale tjenester.
- Legge til rette for og utvikle gode og tilstrekkelige tjenester til personer med langvarige og sammensatte lidelser.
- En tydeligere innsats inn mot andre sektorer med stor betydning for målgruppen, herunder bolig, arbeid og skole.

Helsedirektoratet skal følge og måle tjenesteutviklingen inn psykisk helse (ibid.). Videreutviklingen av kommunenes rapportering er en prioritert oppgave. Det pågår løpende arbeid med å utvikle bedre statistikk over psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene. For bedre tilgang og kvalitet i datamaterialet på området er det behov for å arbeide videre med Kostra, BrukerPlan, Helse- direktoratets særreporteringer, Iplos, indikatorarbeidet og brukererfaringsundersøkelser. Meads & Ashcroft (2005:3) skriver på sin side at: «Converting policies into action should begin, for each professional, by re-examining personal principles and self interest. It has to be the right thing to do and it has to be done correctly. This is still the essence of what it means to be a professional: being both ethical and expert.”. Ørstavik (2008) hevder at Opptrappingsplanen gikk utenom noen av grunnlagsproblemene for psykisk helsearbeid; en paternalistisk kultur, et ensidig kunnskapssyn, og tilslørende bruk av makt. Isteden ble disse forholdene på sett og vis kamuflert ved å fremheve forhold det var konsensus om; brukermedvirkning, samarbeid og for lite penger.

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i sin proposisjon til Stortinget (HOD 2012a:187) for budsjettåret 2013 at om lag en sjettedel av befolkningen har til enhver tid en psykisk lidelse og eller et rusproblem. Angst og depresjon er vanligst. Økt dødelighet, sykemeldinger og uførepensjon er blant de viktigste følgene av psykisk sykdom.

Ny forskning viser at psykisk syke menn har 20 år kortere levetid enn den generelle befolkningen og at psykisk syke kvinner i gjennomsnitt dør 15 år tidligere. Psykiske problemer er en vesentlig årsak til at en stor andel av nærmere 700 000 personer i yrkesaktiv alder står utenfor arbeidslivet.

Psykiske lidelser er anslått å koste det norske samfunn omkring 70 mrd. kroner per år i trygde-, behandlings- og sosialutgifter. Flere undersøkelser tyder på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår.

Depresjon, angst og rusmiddelproblemer antas å bli de store fremtidige samfunnsmessige utfordringene (ibid.). Verdens helseorganisasjon antar at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020. En hovedoppgave i de kommende årene, vil ifølge HOD (ibid.), være å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusmiddelproblemer for å sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet. Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* påpekte at det var brister i alle ledd i psykisk helsearbeid. I Opptappingsplanen for psykisk helse (St. prp. 63 (1997-98):6) slås det fast at det legges opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus. Deretter kom Helseforetaksloven (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001):3). Denne ble gjort gjeldende fra årsskiftet 2002 og begrunnes i et behov for organisatoriske endringer i hele spesialist-helsetjenesten. Samtidig understrekes det at de helsepolitiske målsettingene ikke skal endres. I helseforetaksloven benyttes begreper som krav til produksjon av helsetjenester, effektiv pasient-gjennomstrømming og rasjonell ressursforvaltning om spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern.

Når det nærmer seg slutten av Opptappingsplanen, stiller Karlsson (2005) i leder i Tidsskrift for psykisk helsearbeid spørsmål om fortsatt svikt i alle ledd først og fremst er politisk skapt. Dette begrunner han i at Stortinget sender svært motsetningsfylte budskap om hvordan og i hvilken retning det psykiske helsevernet skal utvikle seg. Karlsson (ibid.; Ramsdal 2004) mener at det er et direkte motsetningsfylt forhold mellom intensjonene i Opptappingsplanen og målsettingen med Helseforetaksloven. Kravet om desentralisering og lokal forankring av tjenester står, ifølge Karlsson (2005), i motsetning til omfattende sentralisering i store helseforetak og kommunale etater. Kravet om økt brukermedvirkning står ikke i forhold til vektlegging av økt spesialisering hos profesjonene og den ensidige premieringen av evidensbasert kunnskap. I tillegg kommer tidsfaktoren, skriver han.

Karlsson (ibid.) viser til at god behandling har blitt ensbetydende med mange pasienter; det stilles ikke krav til hva som er behandlingens innhold eller om oppfølgingen bedres. Slik opplever mange brukere og fagfolk situasjonen. Karlsson (ibid.) er ikke motstander av endring og utvikling i

spesialisthelsetjenesten, men er motstander av den markedsorienterte styringsformen som legges til grunn, og som er i ferd med å gi et ensidig innhold til det faglige (sam)arbeidet. Det tar tid å samarbeide med og utvikle hjelp til mennesker som erfarer psykisk lidelse. Det tar og skal ta tid for fagfolk å forstå hva og hvem de møter og hvordan tilbudet om hjelp best skal kunne utformes. Stubberud (2002) hevder at *Økologisk behandling/tilrettelegginger bør alltid være den første behandlingsformen som iverksettes*<sup>8</sup>. Økologisk behandling innebærer en nitidig gjennomgang av forbedring av forhold som 1) brukerens muligheter til aktiv påvirkning av egen livsførsel, 2) grad av stabilitet i sosiale relasjoner (inkludert psykisk helsearbeidere) rundt den enkelte, 3) det finmaskede mønsteret av kommunikasjons- og samværsformer mellom bruker og psykisk helsearbeider, og 4) grad av individualisering av tjenestetilbudet.

Opptrappingsplanen vektlegger samarbeidet omkring psykiske lidelser i et familie- og nettverks-perspektiv (Karlsson 2005). Dette står i et direkte motsetningsforhold til kravene om produksjon de ansatte ved Distriktpsikiatrisk senter (DPS) får fra sine overordnede. Produksjonskravene gjør at de ansatte ikke kan ta seg den tid det krever å samle hele familien eller nettverket til en samtale. En slik arbeidsform gir ingen uttelling på den ansattes oversikt over oppfylt produksjon. På samme måte får bare *en* ansatt oppfylt sitt produksjonskrav når to fagpersoner deltar i en familie- eller nettverkssamtale. Slikt arbeid er rett og slett ikke økonomisk lønnsomt for DPS'et, ifølge Karlsson (ibid.).

Karlsson (ibid.) skriver videre at svikten i det politiske leddet handler om å utforme en helhetlig helse- og sosialpolitikk for tjenestetilbudet til mennesker som erfarer psykiske lidelser. Det innebærer å rydde opp i de klare motsetninger som finnes mellom de helsepolitiske intensjoner og målsettinger som Stortinget har gitt, og de konkrete utslag dette gir i arbeidet med psykisk helse. Denne oppryddingen vil ifølge Karlsson (ibid.) kreve andre begreper og forståelser av psykisk helse enn de som lar seg operasjonalisere i produksjonskrav, effektiv pasientgjennomstrømning eller rasjonell ressursforvaltning. Hvem vil få dette oppdraget lurer han på.

Myndighetene påpeker på sin side at vi i liten grad har systemer som understøtter pasientens behov for helhet i pasientforløpet (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot deltjenestene. Ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivå, kommune forvalter primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene, og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det mange organisatoriske oppsplittinger både innad i

---

<sup>8</sup> Dette gjelder psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning, men jeg mener den bør gjelde også for alle som sliter med psykiske lidelser, jf. det nye kravet om valgfrie medikamentfrie behandlingsformer.

kommunen og innad i helseforetakene. Glouberman & Mintzberg (2001) hevder at en standardisering av tjenestene ikke fungerer i helse- og sosialtjenestene.

Forskningsrådet (2009) skriver at det er betydelig forbedringspotensiale i samarbeidet mellom DPS og kommune, og det er variabelt. Forskningsrådet (ibid.; Hatling 2011; Helsedirektoratet 2011a) påpeker videre at det er et sentralt problem at vi vet lite om innholdet i de tjenestetilbudene som gis, og følgelig lite om kvaliteten (ibid.; Aarre 2010) i disse tilbudene. Det samme gjelder utdanning og kompetanse: Selv om vi har lyktes i kvantitativ utbygging av relevante utdanningsløp, vet vi lite om i hvilken grad de ulike utdanningsprogrammene virkelig sikrer nødvendig faglig kompetanse (ibid.; NIFU 2013). Helsedirektoratet (2011b) foreslår at det bør etableres felles fora for prosesser for samarbeid mellom helsetjenestene i kommuner og helseforetak, relevante utdanningssteder og brukerorganisasjoner om justering av fagutdanninger for å dekke de kompetansebehov helsetjenesten har.

Opptappingsplanen er i hovedsak en struktur-reform med svakt fokus på innhold og kvalitet. Det bør derfor satses på videreutvikling av meningsfulle kvalitetsindikatorer og bruk av rutinedata for kvalitetssikring av klinisk virksomhet. Oppsummert mener Forskningsrådet (2009) at:

- virkemiddelbruken i arbeidet med psykisk helsearbeid i kommunene må revurderes
- det må bli et sterkere fokus på kvalitet
- og at brukermedvirkning må styrkes videre

Brukermedvirkning har vært en viktig del av Opptappingsplanens fundament. Opptappingsplanen oppfordrer til et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med brukerperspektivet i fokus. Evalueringsrapportene viser at kommunene har et godt stykke vei igjen for å nå opptappingsplanens intensjoner om å styrke brukeren og brukerens stilling. Regjeringen (Meld. St. 29 (2012-2013)) mener at morgendagens omsorgstjenestebrukere vil kreve en omstilling av den faglige virksomheten med større vekt på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering.

Selv om studiene (Forskningsrådet 2009) har registrert en økende brukermedvirkning på det individuelle plan, vet vi relativt lite om innholdet av brukermedvirkningen og effekten av denne på kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt nivå. Det er på disse nivåene, hvor behandlingstilbudene utformes, at brukernes organisasjoner vil kunne spille en viktig rolle. Ifølge Forskningsrådet (ibid.) er det derfor beklagelig at kunnskapsgrunnlaget er relativt spinkelt med hensyn til å si noe om effekten av brukerdeltakelse på utformingen av behandlingsnettverket og det tilbudet som gis.

### 3.1 Samarbeidskompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter)

God kvalitet forutsetter fagutvikling på alle aktuelle fagområder (Helsedirektoratet 2011a). Kontinuerlig kvalitetsforbedring må derfor være en integrert aktivitet i tjenestene. Kvalitetsforbedring krever en bred tilnærming, tydelig ledelse og en organisasjon preget av kontinuerlig læring. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) ”... og bedre skal det bli!” (Shdir 2005b) er fortsatt et sentralt dokument i kvalitetsarbeidet. Standarder i den nasjonale strategien er de samme som i modellen under fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret 2008:3):



Figur 3:1

Helsedirektoratet (2010b:9) kom i 2010 med en rapport om *Rammeverk for et kvalitetsindikator-system i helsetjenesten. Primær- og spesialisthelsetjenesten*. Der presenterer de en konseptuell modell for aspekter som skal måles. Det nasjonale indikatorsystemet skal ta utgangspunkt i OECDs modell for deres kvalitetsindikatorprosjekt (Health Care Quality Indicator Project). Modellen tar sikte på å finne indikatorer for helsetjenestens kvalitet, befolkningens helse og determinanter som påvirker folkehelsen. De seks kvalitetskjenneegnene i fra kvalitetsstrategien tas inn i modellen (vedlegg VI). Det arbeides med egen kvalitetsindikatorer for psykisk helse og rus<sup>9</sup>.

Med kompetanse/samarbeidskompetanse menes summen av kunnskaper, ferdigheter og holdninger som hver enkelt psykisk helsearbeider må inneha, det vil si individbasert kompetanse (NAV interim 2006). Kompetansen kan også ligge på organisasjonsnivå:

<sup>9</sup> I arbeidsgruppen er det ikke med noen brukerrepresentanter, men det er funnet plass til to kommunepsykologer.

- Kunnskaper: Teoretiske eller oppgaverelaterte kunnskaper som medarbeiderne har tilegnet seg herunder evne til å finne relevant informasjon.
- Ferdigheter: Evne til å gjennomføre nødvendige handlinger (tjenester mot brukerne), d.v.s. mestre de oppgaver som den nye forvaltningen har.
- Holdninger: Er den indre motivasjon en medarbeider har for å gjøre en god jobb for brukerne av velferdsforvaltningen (stikkord: trygghet, ansvarsfølelse, vilje)

All samhandling er sosial (Jacobsen 2004). Vi må samhandle med mennesker vi kanskje ikke liker, vi må gå lange avstander for å treffe folk, osv. Det viktigste er kanskje å være klar over at all samhandling foregår mellom mennesker. Det blir da viktig å skape en felles kultur som fremmer psykisk helsesamarbeid. En kultur består av et sett av normer, verdier og grunnleggende antakelser som deles av en gruppe (ibid.). Denne felles kulturen gir seg ofte utslag i felles språk, felles symbolbruk og felles ritualer og prosedyrer.

Psykisk helsesamarbeid baserer seg på at det fins psykisk helsearbeidere som ønsker å koordinere sine aktiviteter, og at vi dermed ser nytten av dette (ibid.). Den enkelte psykiske helsearbeider må altså ønske at det beste gjøres for fellesskapet, og dette ønsket må være sterkere enn eventuelle personlige interesser som kanskje ikke blir tilfredsstilt i et samarbeid. Psykisk helsearbeidere må øke følelsen av avhengighet mellom partene. Det kan være et problem at psykisk helsearbeidere ikke er helt klar over hvor avhengige de egentlig er av hverandre i arbeidssituasjonen. Hvis ikke konsekvensene av manglende koordinering er klare, kan psykisk helsearbeidere heller ikke forlange at andre skal inngå i et samarbeid. Manglende koordinering i dette tilfellet skyldes ikke vond vilje, men at selve arbeidsoppgaven (forholdet mellom det psykisk helsearbeidere gjør og resultatet av det vi gjør) er uklar.

Mens samordning og samarbeid for å utvikle helhetlige tjenestetilbud er høyt verdsette verdier, viser det seg, ifølge Ramsdal (2004), at det som oftest er langt mellom politiske idealer og realiteter. Samarbeid er ifølge Repstad (2004) et positivt ladet ord og påpeker at det er vanskelig å stå opp i en tverretattlig forsamling og si at vi er mot samarbeid. Han også minner oss på at det heller ikke er vanskelig å finne eksempler på at fagre ord ikke følges opp i hverdagslig praksis. Både internasjonalt og i Norge er det krav om koordinering av tjenester og at profesjonelle i helse- og sosialsektoren skal samarbeide (Willumsen 2009). Verdens helseorganisasjon (WHO) har vært en internasjonal pådriver både i forhold til tverrprofesjonell praksis og utdanning.

I Norge har kravet om samarbeid i praksis og utdanning vært nedfelt i offentlige meldinger og lovreguleringer i over 20 år (ibid.). Men Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU 2013) opplever at på de store sykehusene med høyt tempo og spesialiserte

avdelinger er mulighetene til tverrfaglig samarbeid om undervisning som dårligere enn på mindre steder der vi i større grad arbeider tverrfaglig som en naturlig del av det daglige arbeidet med pasientene. NIFU (ibid.) fant også til tider en uttalt motvilje mot ideen om tverrprofesjonell samarbeidslæring, for eksempel relatert til at studentene hadde et stort behov for å lære seg det fagspesifikke, og at de ikke kunne bruke opp tiden på å sette seg inn i hva andre gjør.

Ramsdal (2004) skriver at det er grunn til å nevne at allerede på 1970-tallet var det sterkt fokus på behovet for bedre samordning og samarbeid mellom faggruppene i helse- og sosialtjenesten; NOU 1976: 24 og St. meld. nr. 9 (1975-76). Willumsen (2009) viser til at i 1986 kom NOU'en *Samordning i helse- og sosialtjenesten* (NOU 1986: 4), og tverrfaglig samarbeid ble omtalt i for eksempel stortingsmeldingen *Barne- og ungdomsvernet* (St.meld. nr. 72 (1984-85)).

En rekke lover har bestemmelser om samarbeid, som, lov om spesialisthelsetjenesten (1999), lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern og lov om helsepersonell (1999). På lik linje som de utgåtte lov om helsetjenester i kommunene (1982) og lov om sosiale tjenester (1991) har den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) klare bestemmelser om dette; §

#### 3-4. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Tilsvarende bestemmelse er det i spesialisthelsetjenestelovens § 2-1e. *Samhandling og samarbeid*

Det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.

Lovene regulerer krav om samarbeid generelt med andre tjenester, spesielt plikter til å utarbeide individuell plan. Dessuten inneholder også lov om barneverntjenester (1992) bestemmelser om samarbeid. Til tross for fokus på tverrprofesjonell praksis i helse- og sosialpolitiske dokumenter i en årrekke, og dessuten pålegg i sentrale lover, mener Willumsen (2009) at vi har kommet forholdsvis kort med utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid i teori og praksis. Det er også begrenset kunnskap om de komplekse samarbeidsrelasjonene mellom profesjoner og tjenester, skriver hun.

Helhetlig tjenesteyting kan forstås som bestrebelser på samordning i organisasjonsteoretisk forstand. Christensen et al. (2009:152) definerer samordning knyttet til reformer og endringer i en



organisasjon slik: «Samordning vil si at organisasjonsreformer innenfor en organisasjon blir sett i sammenheng med andre typer oppgaver og beslutninger i organisasjonen, eller med organisasjonsformer i andre organisasjoner.».

En grunnleggende forutsetning for samarbeid er at de som skal samarbeide virkelig vil samarbeide (Hansen & Fugletveit 2010). Dersom psykisk helsearbeidere for eksempel ikke ser behovet for å etablere et samarbeid, så er dette et dårlig utgangspunkt. Kaufmann & Kaufmann (1998) peker på at positivt humør og positiv emosjonell tilstand kan virke inn på samarbeidet. Jacobsen (2004) skriver at ved å øke bevisstheten om hvordan deloppgaver henger sammen, dannes kunnskap om den enkelte psykiske helsearbeiders plass i helheten. Samtidig kan vi forsøke å klargjøre hvilke konsekvenser manglende koordinering får for dem som mottar tjenestene. Kunnskap må gjelde både hvordan psykisk helsearbeiders egen oppgave henger sammen med andre oppgaver, og hvilke konsekvenser det får hvis deloppgavene ikke koordineres. Denne strategien baserer seg på at når psykisk helsearbeidere bare ser hvor avhengige vi er av hverandre, så vil vi samarbeide frivillig. Denne strategien ser, ifølge Jacobsen (ibid.), ut til å være en svak koordineringsmekanisme. Vi må fremdeles basere oss på frivillighet og på at samarbeid er noe som ønskes.

Dessverre ser det ut som om psykisk helsesamarbeid i forholdsvis liten grad kan basere seg på totalt frivillig samarbeid (ibid.). I de aller fleste organisasjoner er det slik at belønning og straff; incentiver, er knyttet til om vi gjør visse ting. Som regel er slike incentiver ifølge Jacobsen (ibid.) knyttet opp mot den direkte tjenesteytingen; både mengde og kvalitet. Koordinering er derimot en oppgave som ikke er direkte knyttet til tjenesteytingen, og som er mye vanskeligere å måle. Dermed er det svært sjelden psykisk helsearbeidere ser at organisasjoner innfører incentiver som har til hensikt å oppmuntre til mer koordinering:

Gitt at de fleste individer i en organisasjon har et gitt tidsbudsjett, at de fleste incentiver er knyttet til direkte tjenesteyting, og at det i de fleste tilfellene er større etterspørsel enn man kan dekke (Lipsky 1980), er det stor sannsynlighet for at den enkelte vil prioritere det man belønnes for. Og det belønnes ofte mot direkte tjenesteyting og ikke mot koordineringsoppgaver. Dette kan løses ved også å rette enkelte incentiver mot koordineringsoppgaver.

(Jacobsen 2004:86).

Hansen & Fugletveit (2010) skriver at også tillit er en sentral faktor i godt samarbeid. Skal psykisk helsearbeidere få til et samarbeid må vi ha tillit til at de andre klarer å gjøre jobben sin. Psykisk helsearbeidere må dessuten ha tillit til at samarbeidspartnerne har samme gode intensjoner med samarbeidet som det man har selv. En annen viktig holdning er gjensidig respekt (ibid.) og likeverdige samhandling (NOU 2005; Agenda 2007; Brattrud 2009). I dette innebærer det at psykisk helsearbeidere har kunnskap og anerkjennelse for det arbeidet de andre medlemmene gjør.

Gråwe, Hatling & Ruud (2008:79) skriver at DPS-ene har et forbedringspotensiale knyttet til; «... å yte respekt for kommunehelsepersonellens (andre enn fastlegene) kompetanse og arbeid.». Det er ingen yrkesgruppe som har spesialkompetanse på helheten (NOU 2005). Forutsetningen for god samhandling er at de ulike psykiske helsearbeidere har en faglig kompetanse å bringe inn i samhandlingen og at denne kompetansen blir anerkjent. Likeverdighetsstenkningen må være utgangspunktet for samarbeid på alle nivå i helsetjenesten.

Kommunikasjonskunnskap er også en faktor som påvirker samarbeidet innad i et team (Hansen & Fugletveit 2010). God kommunikasjon som også innebærer mulighetene for å synliggjøre faglig uenighet uten at psykisk helsearbeidere skaper personlige motsetninger, er avgjørende for at samarbeidet innad i et team kan fungere. Det er også viktig å kjenne til hverandres roller og funksjoner, dele faglig kompetanse og avklare forventninger, foruten å starte samarbeidet tidlig (Bratrud 2009).

I en vurdering av 16 ulike samarbeidsmodeller mellom kommuner og sykehus/helseforetak, foretatt av Agenda Utredning & Utvikling på oppdrag fra KS (Agenda 2007), fremheves det noen forutsetninger for vellykket samarbeid. For det første må samarbeidet tuftes på likeverd og gjensidig respekt mellom partene. I dette ligger det at partene må respektere og verdsette hverandres roller, verdier og kompetanse, både der det er likheter og der det er ulikheter. Dette innebærer tett kommunikasjon mellom partene, snarere enn formaliserte prosedyrer for samarbeidet, og en kontinuerlig drøfting og videreutvikling av samarbeidet.

For det andre fremheves betydningen av god forankring og lederstøtte (ibid.). Samarbeidet må verdsettes på alle nivå i organisasjonen og bør involvere ledere på flere nivåer. Betydningen av å ha et strategisk og analytisk perspektiv på samarbeidet vektlegges. Vurderingen viser videre at brukerperspektivet bør stå i fokus for å sikre godt samarbeid mellom de ulike linjenivåene. Snarere enn at de organisatoriske rammene legger absolutte føringer for behandlingen og oppfølgingen av brukerne, bør psykisk helsearbeidere ha fokus på helheten i oppfølgingen av den enkelte bruker. Erfaringen fra samarbeidsmodellene er at dette også gir størst motivasjon for deltakerne. Som et siste punkt fremheves det at samarbeid ikke trenger å medføre merkostnader for organisasjonene, men at en tilpasning av finansieringssystemene slik at det støtter opp under samhandling er gunstig for alle parter.

Brukermedvirkning er en forutsetning og et bærende prinsipp i utviklingen av tjenestene. Et viktig mål i en helhetlig behandling, er at brukernes og pårørendes erfaringskunnskap er likeverdig med

den helsefaglige kunnskapen. For å få til nødvendig omstilling i spesialisthelsetjenesten, mener Nasjonal Strategigruppe II (2010:7) at følgende tiltak må gjennomføres:

1. DPS skal ha hovedansvaret for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne, og veien inn og ut av psykisk helsevern skal gå via DPS. Omstillingsutfordringene skal være fra døgnbehandling til dagbehandling, poliklinikk og ambulante tjenester med hjemmebehandling; og fra sykehusbehandling til behandling i DPS.
2. Sykehusene skal bli mer spesialiserte med mer spissede behandlingstilbud.
3. Alle pasienthenvisninger om ø-hjelp bør gå til DPS innen utgangen av 2013.
4. RHF-ene må sørge for en planmessig omstilling og ressursfordeling mellom DPS og sykehusavdelinger. En fordeling på omkring 50/50 % bør implementeres innen utgangen av 2013 og videreutvikles til fordeling på omkring 60/40 % i DPS-enes favør innen utgangen av 2015. 20 % av de økonomiske ressursene skal gå til psykisk helsevern for barn og unge.
5. Alle DPS skal ha akutt- og krisetjenester. Fra 2013 bør disse tjenestene ha utvidet åpningstid til 24/7. DPS bør etablere egne ambulante akutteam eller samarbeide med andre DPS eller sykehus der lokale tilpasninger tilsier dette.

Duncan & Sparks (2010:179) viser på sin side til at de som arbeider for brukernes rettigheter, krever at samarbeid skal bygge på noen bestemte prinsipper:

- Vi må tale vår egen sak og selv definere våre erfaringer.
- Vi er enkeltindivider, ikke grupper, merkelapper eller diagnoser.
- Reelle valg, ikke tvang, er avgjørende for vår personlige vekst og utvikling.
- Genuin toveiskommunikasjon mellom likeverdige parter er nødvendig.
- Respekt for den ekspertisen vi har opparbeidet gjennom personlige erfaringer, er nødvendig.

For at brukere og tidligere brukere skal bli integrert i, og være med på å utvikle, et tilbud som virkelig er til hjelp, kan vi ikke ignorere mistillit og sinne, påpeker Duncan & Sparks (ibid.). De fleste mennesker som har blitt diagnostisert og behandlet for alvorlige psykiske lidelser, har blitt sviktet, ydmyket og utsatt for mangel på respekt eller en eller form for overgrep. Som pasienter har de måttet lære seg å være passive og å benekte eller undertrykke aggresjon. Brukere og tidligere brukere har, ifølge Duncan & Sparks (ibid.), behov for å få lov til å fortelle sine historier og gi uttrykk for sin frustrasjon. Det at deres personlige fortellinger blir verdsatt, er begynnelsen på den prosessen det er å bygge opp tillit. Selv om det er vanskelig å møte et annet menneskes intense sinne, kan vi ikke forvente at det skal forsvinne etter ett eller to utbrudd. Men det å gi uttrykk for sterke følelser og fortelle sine personlige historier kan legge et grunnlag for et aktivt samarbeid.

Et effektivt samarbeid mellom brukerorganisasjoner og psykisk helsetjeneste krever at brukerne engasjerer seg sterkt i hvordan tjenestene blir styrt, utformet, gjennomført, administrert, finansiert og evaluert. Vi som arbeider innenfor psykisk helsearbeid, må lære oss hva brukerne er aller mest opptatt av, og hvilket språk de foretrekker å bruke, og ut fra det begynne på den meningsfulle dialogen som er nødvendig for å bygge en sterk relasjon. Det å gå inn for en

frigjøring krever også at vi deler makt, og at det kommer til uttrykk i praksis (ibid.; Andersen & Karlsson 2011).

Det var i 2007 bred enighet om at samhandlingen i det psykiske helsearbeidet ikke fungerte godt nok (Grut 2007). Derfor ønsket myndighetene mer kunnskap om faktorer som kan påvirke og bedre samhandlingsprosessene i dette arbeidet. Grut (ibid.:43f) skriver i sin rapport om *Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid* at tverrfaglig samarbeid kan styrkes på mange måter:

- For å utvikle psykisk helsearbeid som en virksomhet der tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er en nødvendig arbeidsform, må flere personer være pådrivere for å utvikle virksomheten. Utviklingsarbeidet må være forankret på flere nivå i kommunen – både politisk, administrativt og faglig utøvende nivå. Det er nødvendig med klare og entydige signaler fra ledelsen om at psykisk helsearbeid skal prioriteres, og hvilke prioriteringer som skal gjøres. Brukerorganisasjonene er en viktig aktør i utviklingsarbeidet.
- Gjensidig forståelse for og anerkjennelse av de ulike aktørenes ansvar, roller og oppgaver er viktig. Dette gjelder både innad i kommunen, og mellom kommunen og spesialisthelse-tjenestene.
- Både fagpersoners og ledelsens innsikt i at tverrfaglig samarbeid er en grunnleggende betingelse for det psykiske helsearbeidet, og derfor en nødvendig del av tjenesteytingen (det resultatet tjenesten skal levere), er viktig.
- Kunnskap om psykisk helsearbeid er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig faktor for å utvikle samarbeid i psykisk helsearbeid. Kunnskap om psykisk helsearbeid dreier seg om både spesialisert kunnskap og om generell kunnskap om psykisk helse. Minst like viktig som kunnskap er den enkeltes evne og vilje til samarbeid og kunnskap og kompetanse i hva et tverrfaglig samarbeid krever. *'Relasjonskompetanse'* er grunnleggende både når det gjelder samarbeid med brukeren og samarbeid mellom fagpersoner i og utenfor kommunen. Gjensidighet og oppmerksomhet i kommunikasjonen, tålmodighet og utholdenhet fremheves som viktige kvalifikasjoner i tillegg til den formelle fagkompetansen. Egenskaper som åpenhet, nysgjerrighet og læringsvillighet er sentrale.
- Dette er nødvendige kvalifikasjoner både i det brukernære arbeidet og i det tverrfaglige samarbeidet. I tillegg er tilstrekkelig tid og den enkeltes ønske om å delta viktige faktorer.
- Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personale er viktig. Kunnskap og kompetanse om psykisk helsearbeid kan ivaretas gjennom intern opplæring, videreutdanning og veiledning i det brukernære arbeidet.
- Samarbeid med brukeren (Brukermedvirkning) er en grunnleggende forutsetning for et kvalitativt godt arbeid. Både individuell plan og ansvarsgruppe er arbeidsmetoder som kan legge til rette for og stimulere brukermedvirkning. Begge kan fungere som arbeidsformer som rydder og strukturerer tjenestens arbeid, og kan gjøre det enklere for brukeren å forholde seg til tjenesten. Individuell plan må være konkret og med tilstrekkelige små/kortsiktige målsetninger. Brukeren må medvirke i utforming av innhold, form og progresjon. Innsatsen knyttet til å motivere brukeren må ikke undervurderes.
- Aktørenes vilje til å utforme individuelt tilpassede tjenester påvirker samarbeidet.
- For å stimulere tverrfaglig samarbeid, er det nødvendig å legge organisatorisk til rette for at deltagerne treffes og blir kjent med hverandre. Sosial samhandling er viktig for å stimulere økt forståelse.
- Tverrfaglig samarbeid i psykisk helsearbeid foregår på mange måter samtidig, både ved ad hoc-preget en-til-en samarbeid og regelmessige, formaliserte møter der mange deltar. En pragmatisk tilnærming i det utøvende arbeidet er nødvendig for at samarbeidet skal fungere i det daglige. Deltagere i samarbeid i psykisk helsearbeid må ha anledning til å ta direkte og spontan kontakt med hverandre, samtidig som det legges til rette for et strukturert samarbeid gjennom regelmessige møter.
- Sammen med tilgang til faglig veiledning, er deltagerens evne til og mulighet for å forholde seg til mangfoldighet og uforutsigbarhet viktig.

- Det er viktig å ha tilgang til veiledning og bistand fra spesialisthelsetjenestene i det brukernære arbeidet.

### 3.2 Ressurser til det psykiske helse(sam)arbeidet

Regjeringen bruker økonomiske øremerkede midler i form av tilskudd det kan søkes om. Formålet er blant annet å styrke tilbudet til brukere med store tjenestebehov, med vekt på mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer (HOD 2012a). Bedre samarbeid med rusfeltet og Nav er viktige fokusområder. Det er siden 2005 årlig bevilget over 50 mill. kroner til en storbysatsing i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. I tillegg er det bevilget 50 mill. kroner årlig til etablering av ACT-team og andre forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rusfeltet. Formål og målgruppe for tilskuddene er i stor grad overlappende og skal ses i sammenheng. Bevilgningen til formålet foreslås videreført i 2013 med til sammen 115 mill. kroner.

Det ytes tilskudd til etablering og implementering av oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen (Assertive Community Treatment team), samt til utvikling av organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommune og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsefeltet (ibid.). Det ble i 2011 gitt tilskudd til 14 ACT-team. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til rette for metodeopplæring, nettverkssamlinger og evaluering av satsingen. For å sikre en enhetlig, faglig forståelse ved gjennomføring av modellen er det også utarbeidet en ACT-håndbok som er gjort tilgjengelig for teamene og andre. Det er gjennomført felles opplæringsprogram for ansatte i teamene i regi av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

En nasjonal forskningsbasert evaluering av satsingen ble satt i gang i 2012. Helse- og omsorgsdepartementet (ibid.) skriver at foreløpige resultater viser at satsingen så langt treffer målgruppen, og at en enhetlig organisering av tilbudet til de mest sårbare pasientgruppene er hensiktsmessig. Datainnsamlingen skal ferdigstilles i 2014. Videreføring av faglige nettverk, oppfølging av evalueringen samt formidling av resultater fra teamenes arbeid, vil være viktige satsingsområder i det videre arbeidet med å utvikle oppsøkende og ambulante behandlingsmodeller innen rus- og psykisk helsefeltet.

Den andre tilskuddsordning er organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og helseforetak innen psykisk helsefeltet (ibid.). I 2012 mottar til sammen 58 samhandlings-prosjekter støtte gjennom tilskuddsordningen. 11 prosjekter er nye i 2012, og ordningen omfatter til sammen 185 kommuner. Det ble i 2012 utarbeidet et erfaringshefte (NAPHA 2012) hvor gode modeller for samhandling presenteres. Modellene som ble valgt ut til

publikasjonen har ulikt fokus tilpasset lokale behov rundt om i landet. Temaer som vektlegges i heftet er; tidlig intervensjon og tilgjengelighet til tjenestene, helhetlige og sammenhengende tjenester, oppfølging på brukerens arena, samt kunnskapsdeling, kultur- og kompetanseutvikling mellom aktørene.

Arbeidet med helhetlige tjenester til mennesker med sammensatte behov skal videreutvikles i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen (HOD 2012a). Helsedirektoratet vil fortsatt ha fokus på boligtiltak og oppfølging i bolig, oppsøkende behandling, gode samhandlingsmodeller mv. Flere uttaler at samhandlingsreformen ikke gjelder for psykisk helsearbeid enda. Dette er ikke korrekt (Aam 2012; Øie 2013). Samhandlingsreformen gjelder også for psykisk helse- og rusarbeid, men den finansielle biten gjelder foreløpig kun innen somatikken.

Mange koordineringsproblemer bunner ifølge Jacobsen (2004) i at offentlige tjenester er basert på rasjonering og ikke på etterspørsel. Det er offentlige organer som bestemmer hvem som skal motta et gode, hva og hvor mye den enkelte skal motta. I mange offentlige tjenester er dermed tilbudet bestemt av det offentlige, produksjonen av godet foregår i offentlige organisasjoner, og finansieringen skjer over offentlige budsjetter. Dette betyr at et offentlig organ må koordinere ulike delprodukter for å skape det helhetlige tjenestetilbudet som de tror brukeren trenger. Det er en offentlig instans som altså må sette sammen tjenestepakken.

Jacobsen (ibid.) foreslår blant annet å avsette eksplisitt tid til koordinering, slik at psykisk helsearbeidere får et pusterom som muliggjør koordinering. Ved å belønne koordinering, for eksempel deltakelse i tverretatlige møter, rent materielt, kan vi oppnå at oppmerksomheten rettes mot koordinering. Mer ikke-materielle incentiver kan også benyttes. For eksempel ved at psykisk helsearbeidere knytter prestisje til koordinering på spesielle områder, eller at ledelsen fokuserer spesielt på en koordineringsoppgave.

Psykisk helsesamarbeid er vanskelig fordi det ofte er uklart hvor stort behovet for samordning er, og fordi særinteresser ofte er sterkere enn fellesinteresser (ibid.). Ofte er det også svært vanskelig å måle hva vi skal belønne og hva vi skal straffe. Incentivsystemer har ofte en tendens til å bli endeløse debatter om vi har utført det vi skulle. Objektive standarder finnes sjelden, og hvis samarbeidet ikke fungerer, kan psykisk helsearbeidere velge en strategi som forsøker å minske behovet for koordinering. Det vil si å avskaffe noe av den avhengigheten det er mellom de enkelte deloppgaver.

Psykisk helsearbeidere kan avklare grenser mellom organisasjoner og enheter. Dette er ifølge Jacobsen (ibid.) en typisk økonomisk vinkling på koordineringsproblemet. Hvis avhengigheten mellom deler er et problem, er løsningen å minimere denne avhengigheten. Dette kan gjøres ved å avklare enkeltorganisasjoners domener eller virkeområder. Her går organisasjoner inn i dialog med hverandre og avklarer seg imellom hva som er den enkelte organisasjons ansvar. Dette er en ganske vanlig organisasjonsutviklingsteknikk for å avklare ansvarslinjer mellom ulike avdelinger, og også mellom ulike organisatoriske nivåer.

Denne fremgangsmåten krever at hver organisasjon forholdsvis detaljert setter opp en oversikt over sine oppgaver og hva slags ansvar de har med hensyn til oppgaven (beslutningsansvar, utredningsekspertise, osv.)(ibid.). Dernest møtes partene og blir enige, ofte i form av en formell kontrakt, om hvilket domene hver part skal bevege seg innenfor. Om dette er mulig, er en annen sak. Mye av tjenesteytingen i det offentlige har det vi kan kalle en uklar teknologi. Det vil si at det er usikkert hvilke virkninger et tiltak har og hvordan deloppgaver henger sammen. Når teknologien blir uklar, blir det vanskelig å avklare helt sikkert hva psykisk helsearbeidere egentlig driver med, og dermed umulig å avklare sitt domene.

Aarre (2010) lurer på om vi kan tenke at vi har nok ressurser, og at det nå bare er et spørsmål om hvordan vi driver god husholdning for å sikre oss at de strekker til. Aarre (ibid.) har kommet frem til at det går an å tenke slik og påstår at ventelistene til psykiatriske poliklinikker er et uttrykk for profesjonssentrerte holdninger og uvaner og manglende refleksjon over hvilke signaler vi sender til dem som trenger hjelp av oss: «Det er gode holdninger det skorter på, ikke kapasitet.» (ibid.:201).

Videre skriver Aarre (ibid.:202) at ressursmangel ofte er et argument som blir benyttet i utide:

Istedenfor for å ønske oss flere stillinger, kan vi konsentrere oss om hvordan vi disponerer den tiden og kompetansen vi tross alt rår over. Ansvaret for å drive god husholdning ligger ikke hos andre enn oss selv. Nike, produsenten av sportsutstyr, har et slagord det er lett å slutte seg til; *Just do it*. Det er ikke alt vi trenger å fundere så mye over. Handlingen kan i blant være like bra som refleksjon. Eliminer ventelistene! Just do it.

En nyere SINTEF-rapport (Slettebakk, Kaspersen, Jensberg & Ose 2013) viser til at mens HF legger ned rundt hundre sengeplasser i året, bruker kommunene færre ressurser på psykisk helse i dag enn for fem år siden. Kommunene har ikke bygget opp tilsvarende som spesialisthelsetjenesten har bygget ned påpekes det. Kommunen/Bydelen får i samsvar med samhandlingsreformen stadig sykere pasienter som blir utskrevet fra sykehusene, og må da bruke mye midler til å bygge opp boliger der brukeren har tilsyn og hjelp hele døgnet. Dette går igjen ut over andre tilbud og

Rapporten bekrefter også det Mental Helse fryktet med at de økonomiske insentivene i samhandlingsreformen kun gjelder somatikken; flere kommuner prioriterer fysisk syke fremfor psykisk syke.

### 3.3 Tre nivåer og organisert diskontinuitet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret 2012a) har nylig oppsummert kunnskapen om effektene av tiltak for å organisere tjenester for mennesker med psykiske lidelser i rapporten: *Effekter av ulike organiseringstiltak for mennesker innen psykisk helsevern*. De inkluderte 17 systematiske oversikter om effektene av tiltak for å organisere tjenester for mennesker med psykiske lidelser. De forskjellige organisatoriske tiltakene hadde ulike formål og omhandlet temaer som behandling ved bruk tverrfaglige team, setting for behandlingen, integrering av omsorgstjenester og kontinuitet i omsorgen. Oppsummert fant de at:

- Intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling gir muligens noe færre antall dager i sykehus, noe mindre frafall fra behandlingsopplegg, noe høyere funksjonsskåre, noen flere som kan bo uavhengig og muligens litt høyere brukertilfredshet. Effekten på mental helsetilstand, dødelighet, antall innleggelse, sosial funksjon og livskvalitet er usikker.
- Bruk av lokale tverrfaglige team versus sykehusbaserte tjenester kan muligens føre til noe færre sykehusinnleggelse. Effekten på annen bruk av helsetjenester, sosial funksjon, brukertilfredshet, dødelighet og tilslutning til behandling er usikker.
- Dagsykehus versus innleggelse i sykehus fører trolig til lengre innleggelse første gang men trolig også en noe bedre skåre for sosial funksjon. Effekten på andre helsetjenester, mental helse, død, brukertilfredshet, frafall fra behandlingsopplegg og livskvalitet er usikker.
- For de andre tiltakene som også hadde mer avgrensede formål var det vanskelig å trekke meningsfulle konklusjoner om effekt. Kvaliteten av dokumentasjonen var enten for lav eller resultatene hadde brede konfidensintervall eller viste inkonsistente effekter på tvers av studier.

Samlet sett var dokumentasjonen for effekten av organisatoriske tiltak, ifølge Kunnskapssenteret (ibid.), gjennomgående av lav og svært lav kvalitet. En hovedpart av studiene var av eldre dato. Oppsummeringen av denne forskningen viser at det er et mangelfullt vitenskapelig grunnlag for beslutninger om den videre organiseringen av psykisk helsevern. Kunnskapssenteret avsluttet litteratursøket juli 2011.

UpToDate (2012) har en kunnskapsbasert retningslinje om emnet *Psychosocial interventions for severe mental illness* som var sist oppdatert 2. april i 2012. Der anbefales ACT og supported employment:

- Assertive community treatment (ACT) and supported employment are psychosocial interventions for individuals with severe mental illness, ie, mental disorders characterized by severe symptoms and behavioral impairment, pronounced disability in basic skills, and a prolonged course of illness.
- ACT is a high intensity, integrated, community-based model for delivering clinical and other social services to individuals with severe mental illness. Its goals are to enable patients to maintain a community based residence, adhere to prescribed medications, and have minimal utilization of emergency or inpatient services. Features of ACT include:



- A multidisciplinary team-based approach
- Assertive outreach to patients in their communities
- Direct provision of clinical and other social services
- Case managers with limited caseloads, ie, a ratio of case managers to patients 1:12
- For individuals with severe mental illness who have a recent history of repeated hospitalization or homelessness, we recommend ACT over non-intensive case management or no case management. ACT should also be considered for individuals with severe mental illness who are at high risk for hospitalization or homelessness, such as patients with cognitive impairment, poor medication adherence or comorbid substance abuse.
- Supported employment programs provide support to individuals with severe mental illness to find and maintain a job in the competitive job market. Characteristics of these programs include:
  - Job placement based on patient preference, strengths, and work experiences
  - Rapid job search rather than prolonged assessment, preparation, and training
  - Availability of ongoing staff support (eg, a “work coach”)
  - Integration of vocational and mental health services
- We recommend that patients with severe mental illness who are not employed but wish to work be provided with supported employment services rather than traditional vocational rehabilitation.

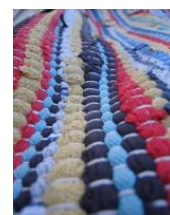
The Cochrane Collaboration (Cochrane 2012a) har på sin side satt i gang med en kunnskapsoppsummering om *Collaboration care approaches for people with severe mental illness*, og formålet er: “To assess the effect of collaborative care for people with severe mental illness in comparison with standard care and other non collaborative care interventions delivered in a community setting.”

I en annen kunnskapsoppsummering konkluderer Cochrane (Hayes, Mann, Morgan, Kelly & Weightmann 2012) med at stor variasjon i måten å samhandle på og svært sammensatte målgrupper gjør det vanskelig å dokumentere effekt av samhandling mellom lokal helsetjeneste og andre lokale myndigheter, og videre (side 36): «It is possible that local collaborative partnerships making environmental changes may succeed in improving health but the evidence base is still too weak to be confident that this is the case. Multi-agency collaborative initiatives are hard to implement, usually more expensive than standard service, and may be subject to external changes outside the control of the partnership.”

Rådet for psykisk helse (2009) mener at vi trenger tjenestenettverk, ikke tjenestekjeder. Brukere har ofte behov for ulike tjenester og tiltak. Hvis det skal fungere godt, må tjenestene knyttes sammen i et logisk nettverk, ikke følge etter hverandre i en mer eller mindre tilfeldig rekkefølge. Her siterer Rådet for psykisk helse (ibid.) en bruker:

#### **Ett sammenhengende tjenestetilbud er nok for meg**

Det finnes mange ansatte i helsevesenet, og noen ganger føles det som om jeg har truffet de aller fleste av dem. Jeg går fra kontor til kontor og forteller og forteller. Om igjen og om igjen. Hva som er galt, hvordan det begynte, hvordan det har utviklet seg, hvordan jeg har det akkurat nå, hva slags hjelp jeg har fått. Det er jeg som sliter, og jeg er bare én. Jeg trenger ikke alle disse tilløpene, omveiene og runddansene. Jeg trenger ett sammenhengende og konsistent



tiltaksløp. Som virker.

Schönfelder (2007) fant i et tilfelle at en bruker i løpet av et år måtte forholde seg til 26 personer i hjelpeapparatet<sup>10</sup>. Rådet for psykisk helse (2009) er sikre på at hvis de ulike tjenestene til en og samme person ikke henger godt nok sammen, så svekkes effekten av tilbudet. De påpeker videre at vi må spesialisere oss på sammenheng. Veien til bedring for dem som har fått en psykisk lidelse, kan være lang og kronglete. Veldig ofte byr den på mange omveier og på veldig mange mennesker. Hver for seg kan både kommune, fastlege, DPS og spesialisthelsetjenesten for øvrig gjøre en god og viktig jobb, men i overgangene mellom de ulike nivåene svekkes styrken i mye godt helsearbeid.

Tjenester for mennesker med psykiske lidelser er, ifølge Rådet for psykisk helse (ibid.) langt på vei organisert etter symptomer. Det betyr at det er hvilke symptomer et menneske har, som bestemmer hvilke tiltak som skal settes inn, og på hvilket nivå tiltaket skal gjennomføres. Tjenestene er med andre ord organisert ut fra sykdomsfase og symptomintensitet (Bratrud 2009). Ved sterkere symptomer og lidelse, vil innleggelse i sykehus aktualiseres. Når symptomene igjen dempes blir pasientene henvist til de kommunale tjenestene. Dette kaller Nytingnes & Skjerve (2005) for organisert diskontinuitet. I hvert ledd møter den lidende nye tjenester og nye fagpersoner. Dette innebærer stadige brutte relasjoner i vanskelige faser og overganger i livet (ibid.; Bøe & Thomassen 2007).

Denne tankegangen har røtter helt tilbake til 1800-tallet, da grunnleggeren av Gaustad Asyl, Herman Major, plasserte pasientene på ulike avdelinger basert på hvor utagerende eller innadvendte de var. I dag merkes denne tankegangen spesielt godt for mennesker som har behov for mange ulike tiltak over lang tid. De blir flyttet mellom institusjoner og tjenester fordi symptomene deres endrer seg. På hvert enkelt sted blir oppmerksomheten rettet mot hvordan situasjonen arter seg akkurat nå. Helhetsperspektivet forsvinner. Hvis det er noe oppstykkede tjenester kan gi grobunn for, så er det ansvarsfraskrivelse skriver Rådet for psykisk helse (2009):

Er det noen mening i at brukeren skal gå glipp av gode samarbeidsløsninger fordi tjenestene ikke blir enige om hvilket budsjett pengene skal tas fra? Og hvorfor skal mennesker i svært vanskelige situasjoner utstyres med en rekvisisjon og beskjed om å finne den beste behandleren selv? Ansvaret for å finne de beste løsningene bør ligge hos hjelpeapparatet, ikke hos den som trenger hjelp. Mennesker fratas både mot og motivasjon når ingen har overblikket over situasjonen de er i. Det er ikke bra nok.

Rådet for psykisk helse (2009) mener at det vi trenger nå, er i spesialister på sammenheng. Vi trenger mennesker med spisskompetanse på å arbeide sammen med brukeren, på å spille på lag

---

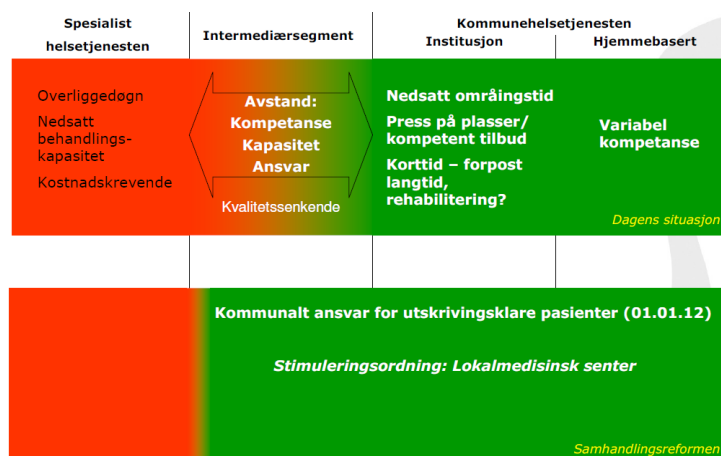
<sup>10</sup> Se også vedlegg V for å se omfanget av tjenestesteder til en bruker.

med andre og mobilisere nærmiljøet, og på å koordinere ut fra individuelle behov og ressurser. Disse spesialistene vil vi få når vi prøver ut nye samarbeidsløsninger og tenker nytt om gamle arbeidsmåter. Heldigvis finnes det mennesker og institusjoner som går foran, påpeker Rådet for psykisk helse (ibid.), og skriver til slutt:

For å oppnå bedre sammenheng må vi gjøre noen tjenestenivåer bredere, og noen spissere. Først og fremst må vi samle mest mulig kompetanse lokalt. Kanskje kan det være en ide å slå sammen DPS og det psykiske helsearbeidet i kommunene. Samtidig må de virkelig spesialiserte tjenestene få være nettopp det – spesielle. Det finnes tilstander som er så sjeldne og situasjoner som er så tilspissede, at det er riktig å ta mennesker ut av sitt nærmiljø og inn i et fagmiljø som ikke finnes noen andre steder.

Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet (HOD 2012a). Opptrappingsplanen innebar at psykisk syke så langt det er mulig skal bo i sin hjemkommune, og motta tjenester fra kommunen (Myrvold & Helgesen 2009). Samtidig skal 2.-linjen yte spesialisthelsetjenester når det er nødvendig. Organiseringen betyr at kommunene og 2.-linjen må samarbeide for at brukerne skal få et helhetlig tjenestetilbud. Samarbeidsproblemer med 2.-linjen har imidlertid vært sett som en av de største hindringene for kommunene i deres implementering av Opptrappingsplanen. Over tid er samarbeidet, ifølge Myrvold & Helgesen (2009), noe bedret.

Mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser er grupper som kan ha behov for flere tjenester fra ulike tjenesteytere på tvers av nivåer og sektorer og gjerne samtidig (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Regjeringen mener at forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud fortsatt er viktige forbedringsområder. Under er en modell for hvordan tidligere og dagens (fra 1.1.2012) fordeling av ansvar for helsetjenester ser ut. Fordelingen gjelder i første omgang bare for somatiske pasientgrupper (Helsedirektoratet 2010), men legger noen føringer for hva som kan komme også på området rus og psykisk helsearbeid:



Figur 3:3:1

Helse- og omsorgsdepartementet utreder modeller for kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (Meld. St. 16 (2010-2011)). En gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter innen rusbehandling og psykisk helsevern vil bli iverksatt så snart det lar seg gjøre (HOD 2012a). Myndighetene mener at en av dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer er at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom (St.meld. nr. 47 (2008-2009:13)).

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud innrettet på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Når man kommer til de praktiske prioriteringssituasjonene viser det seg gjerne at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene. Vi har i dag ikke gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering.

I 2008 Kom Riksrevisjonen (2008) med kraftig kritikk av spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problem. Samlet vurdering ble slik:

- Behandlingstilbudet i psykisk helsevern for voksne er verken likeverdig eller tilstrekkelig.
- Prioriteringen av pasientene fungerer ikke etter forutsetningene.
- Mangelfull styring og oppfølging fra både RHF-ene<sup>11</sup> og sentrale helsemyndigheter.
- Kvaliteten på styringsdata er for dårlig.

Nasjonal Strategigruppe II (2010) mener at det er fremdeles et godt stykke igjen før hele befolkningen har et fullverdig DPS-tilbud. Det er store variasjoner i tjenestetilbudet på DPS både når det gjelder kapasitet, tilgjengelighet og faglig innhold. Et stort antall stillinger for psykiatere og psykologspesialister er ikke besatt, og det er store variasjoner i spesialistbemanningen. Dette representerer store utfordringer. Fremdeles er det mange DPS som ikke har tilgjengelige akutt- og krisetjenester. Særlig på ettermiddag, kveld og i helgene er tilbudet mangelfullt. DPS blir heller ikke benyttet som hovedveien inn i spesialisthelsetjenesten.

Alternativ til behandling i spesialisert sykehusavdeling, inkludert alternativ til bruk av tvang, blir derfor ikke prøvd ut og behandlingskontinuitet hindres (ibid.). Det er en stor utfordring for pasienter at tjenestene ikke er nok samordnet. Det er vesentlig med forutsigbarhet i oppgavefordeling og en klarhet i hvor en henvender seg ved behov for hjelp. Mange DPS er ikke tilgjengelige nok verken i forhold til befolkningens behov for tjenester eller i forhold til å bistå og understøtte kommunehelsetjenesten i deres arbeid. Dette synes både å handle om holdning og kultur, men først og fremst at DPS må tilføres ressurser som setter dem i stand til å ivareta oppgavene sine.

---

<sup>11</sup> De regionale helseforetakene.

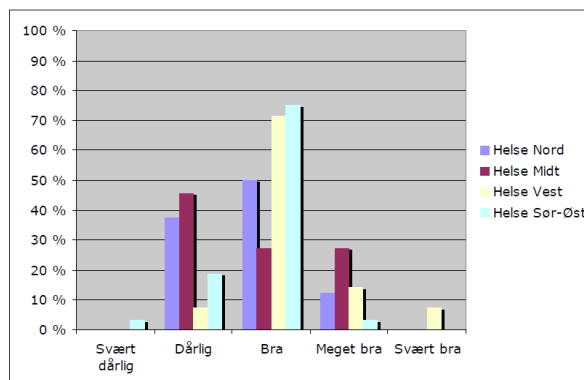
I siste år av Opptrappingsplanen fikk Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre en kartlegging av ressursbruk, faglig innhold, tjenestetilbud og organisering ved de distriktpsikiatriske sentrene 75. Oppdraget ble gitt videre til konsulentfirmaene Muusmann & AGENDA 2008). 75 DPS deltok i undersøkelsen, og når det gjelder samarbeid med kommunen skriver de (ibid:33):

Det synes å foregå et utstrakt samarbeid mellom DPS og kommunene på *brukernivå*. Både DPSene selv og kommunene oppgir at dette i stor grad er på plass og fungerer tilfredsstillende. Den største utfordringen for samarbeidet ligger i forhold til gruppen med problematikk knyttet til rus og psykiske lidelser, og hvor det også er farlighetsvurderinger inne i bildet. Denne gruppen antas å øke både i omfang av kompleksitet i tiden framover.

Utfordringene er større når samarbeidet også skal omfatte sentralsykehusfunksjonen. Kommunene gir uttrykk for at tankegangen og filosofien i forhold til pasientbehandling er vesentlig annerledes på dette nivået enn både i førstelinjetjenesten og ved DPS. Dette bidrar til å vanskeliggjøre samarbeidet om enkeltpasienter der hvor sykehusavdelingene er involvert. Vi tror dette skyldes at sentralsykehusfunksjonen står fjernere i forhold til problemstillinger og tiltak knyttet til utvikling og gjennomføring av kulturtiltak, sosiale tiltak, botrening mv. Her samarbeider DPSene og kommunene tettere, og utvikler derfor også lettere en felles forståelse av hverandres situasjon og utfordringer. De har på mange måter en bredere felles referanseramme.

Samarbeidet på *systemnivå* mellom DPS og kommunene varierer mer. De aller fleste DPS har på plass en samarbeidsavtale med kommunene i sitt opptaksområde. Selv om samarbeidsavtaler ofte er på plass, er kommunenes erfaringer likevel at disse ikke alltid blir fulgt. Ikke minst gir kommunene uttrykk for at helseforetakene ofte endrer organisering og tjenestetilbud uten å involvere dem i tilstrekkelig grad. Dette kan få konsekvenser for kommunene på en måte som de ikke alltid er like godt forberedt på.

Under er en oversikt over hvordan 65 av DPSene vurderer den interne organiseringen i kommunen/bydelen (ibid:36):



Figur 3:3:2

Muusmann & AGENDA (ibid.)<sup>12</sup> konkluderer med at det er mange DPS som har svart enten «bra» eller «meget bra». Det vil si at kommuner evner å koordinere seg internt på en brukbar måte. Rapporten (ibid.) trekker frem at mange kommuner sliter med å få til en god intern koordinering mellom de ulike tjenestene som arbeider med psykisk helse. Særlig trekkes forholdene mellom

<sup>12</sup> Denne svarfordelingen utdypes videre med innspill fra fokusgruppene og intervjuer med representanter fra kommunene.

fastlegene, NAV og psykisk helsetjeneste i kommunen frem som en utfordring. Her synes, ifølge Huusmann & AGENDA (ibid.), kommunene å ha en utfordring som det bør gripes fatt i. Dette støttes også av deres erfaringer fra andre tilsvarende prosjekter. Videre skriver de (ibid.:97) at både DPS og kommunene gir uttrykk for at det er vanskelig å få fastlegene med i et forpliktende samarbeid, og:

Siden organisering av kommunenes helse-, omsorgs- og sosialtjenester ofte varierer relativt betydelig – og DPSene derfor må forholde seg til mange ulike organisasjonsmodeller, er det særlig viktig at den interne organiseringen og koordineringen i kommunene fungerer så godt som overhode mulig, og at ansvarsforholdene og kommunikasjonslinjene formidles godt til DPSene og helseforetakene.

I sin rapport *Distriktpsikiatriske tjenester 2011. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre*, skriver Helsedirektoratet (2012b) at det er avdekket betydelige forskjeller både i totalvolum og i fordeling av tjenestetilbudet mellom ulike institusjonstyper både mellom helseforetaksområde og DPS-områder. Noen områder er langt på vei selvforsynte med tjenester levert fra det lokale DPS-et, i andre områder har utbyggingen av DPS knapt kommet i gang. Noen av forskjellene gjenspeiler geografiske forhold og reiseavstander. I områder med lange avstander til sykehus er det naturlig, ifølge Helsedirektoratet (ibid.), at DPS-ene står for en større andel av tjenestene enn i mer sentrale områder. I enkelte områder er imidlertid ressursinnsats og ressursandel knyttet opp mot DPS såpass lav at disse neppe kan dekke de funksjoner de er forutsatt å dekke.

For brukerne/pasientene er det nødvendig at kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste fungerer som et helhetlig tilbud, hvor aktørene samarbeider tett (HOD 2012a). I en undersøkelse av 100 poliklinikker på DPS-ene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskaps-senteret 2008b) svarer imidlertid 30 % av brukerne at poliklinikken samarbeider svært eller ganske dårlig med andre offentlige etater for å løse deres praktiske problemer. 23 % opplevde at de ikke i det hele tatt eller kun i liten grad hadde innflytelse på sin medisinerings, mens 25 % oppga at informasjonen om behandlingsmuligheter var svært eller ganske dårlig.

En moderne tjeneste forventes i vesentlig større grad enn tidligere å etablere utadrettete og åpne tilbud, slik at kompetansen blir lett tilgjengelig for det kommunale tjenesteapparatet. Den pågående omstruktureringen av tjenesten innebærer at ressurser overføres fra sykehus til DPS og fra døgnavdelinger til poliklinikk og ambulante tjenester. Ifølge Helse - omsorgsdepartementet (HOD 2012a) er også psykisk helsevern for barn og ungdom også i utvikling og endring i retning av mer utadrettede tjenester, men de har ikke samme omstrukturingsbehov som tjenestene for voksne.

Utbyggingen av det kommunale psykiske helsearbeidet har skjedd samtidig med at kommunene har gjennomgått endringsprosesser også på andre områder. Myrvold & Helgesen (2009) mener at størst relevans her er utviklingen i retning av flat (eller flatere) struktur. Mange kommuner har valgt å organisere sin tjenesteytende virksomhet i avgrensede enheter, med budsjett- og personellansvar. Samtidig fjernes ledernivåene mellom enhetene og rådmannsnivået slik at enhetslederne rapporterer direkte til rådmannsnivået. Rådmannsnivået skal da i prinsippet stå for prioriteringer og avveininger mellom enhetene.

Når mellomlederne forsvinner, så forsvinner gjerne fagsjefene (ibid.). I en kommune med flat struktur kan for eksempel stillingen som skolesjef bli borte, og rektorene forholder seg direkte til rådmannsnivået. En slik organisering blir gjerne innført for at kommunens ledelse skal få større økonomisk kontroll, samtidig som den enkelte enhetsleder blir ansvarliggjort og får større frihet i forhold til enhetens interne prosesser. Et problem med flat struktur er, ifølge Myrvold & Helgesen (ibid.), at rådmannsnivået i praksis har vist seg ikke å fungere godt som et organ som skal ivareta samordning og faglige avveininger og prioriteringer. Kombinert med faren for at enhetene fungerer som enhetsegoister, er resultatet at samarbeid og samordning mellom enhetene ofte blir vanskelig innenfor enhetsmodellen. Vanskeligheten har direkte betydning for organisering og samarbeid i kommunalt psykisk helsearbeid.

Ramsdal (2004) tar opp et annet problem når det grenseløse arbeidsfeltet (psykisk helsearbeid) møter moderne organisasjonsformer. Han viser til at opptrappingsplanen sammenfaller i tid med en forvaltningspolitisk utvikling der en søker å modernisere offentlig virksomhet. Han peker på at de moderne organisasjonsformene i form av bestiller-utfører-prinsipper, flat struktur, outsourcing eller liknende kan forsterke, heller enn redusere, samordnings- og samarbeidsproblemer både horisontalt og vertikalt. Det er to tendenser Ramsdal (ibid.) mener vil kunne få avgjørende innflytelse på lokalt psykisk helsearbeid:

- Prosessbaserte virksomhetsmodeller
- Nettverksorganisering

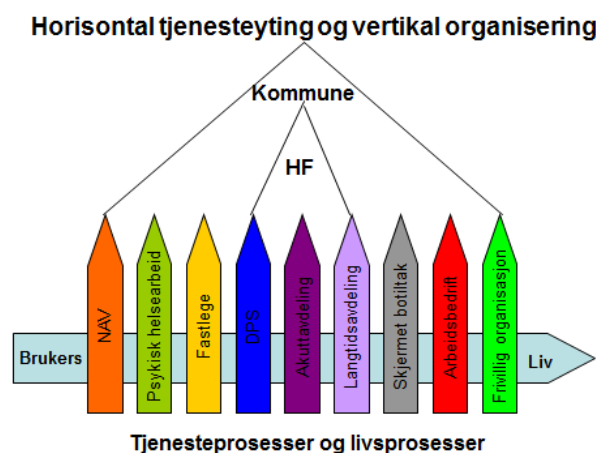
Prosessbaserte virksomhetsmodeller tar utgangspunkt i en individualisering av brukeren. Nettverksorganisering dreier seg primært om hvordan vi skal arbeide på lokalsamfunnsnivå og er koplet til målene om økt satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid. Ramsdal (ibid.) påpeker at kjennetegn med psykisk helsearbeid ikke er kompatibelt med de prinsippene modernisering av offentlig virksomhet innebærer.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret 2008a) oppsummerer gjeldende kunnskap med at vi ikke kan si hvilke sammensatte modeller som er bedre enn andre, eller hvilke komponenter av sammensatte tiltak som er mest virksomme når det gjelder samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer. Det er lite forskning om samhandling i behandling av pasienter med schizofreni, andre psykoser, angstlidelser, og alvorlige personlighets- og atferdsforstyrrelser (Kunnskapssenteret 2012). Rådet for psykisk helse (2010) mener som nevnt at vi må spesialisere oss på sammenheng:

Det vi trenger nå, er spesialister på sammenheng. Vi trenger mennesker med spisskompetanse på å arbeide sammen med brukeren, på å spille på lag med andre og mobilisere nærmiljøet, og på å koordinere ut fra individuelle behov og ressurser. Disse spesialistene vil vi få når vi prøver ut nye samhandlingsløsninger og tenker nytt om gamle arbeidsmåter.

Den organisatoriske sammenhengen samarbeidet skal foregå innenfor har betydning for hvordan et team fungerer. En del forskning som er gjort de siste årene (Egeberg 2003; Holck 2005; Møller 2006; Hansen 2007) viser at organisasjonsstruktur er en særlig betydningsfull ramme faktor. Offentlig forvaltning i Norge er stort sett bygd opp som hierarkiske linjeorganisasjoner. Hierarkiske linjeorganisasjoner er først og fremst bygd for å ivareta arbeidsdeling og kommunikasjon mellom over- og underordnede. For en slik organisasjon er det derfor svært utfordrende å få til et godt samarbeid på tvers både innen organisasjonen selv og mellom ulike organisasjoner. Etableringen av NAV var blant annet begrunnet med behovet for å finne frem til bedre organisatoriske løsninger for å få til samarbeid.

Et eksempel på hvordan en modell på tjenesteyting kan se ut (de Vibe 2004)<sup>13</sup>:



Figur 3:3:3

<sup>13</sup> Jeg har byttet ut Sosialtjenesten med NAV i modellen, slik at den er oppdatert.



Et annet kjennetegn ved slike hierarkiske linjeorganisasjoner er at arbeidsdeling gjerne defineres i forhold til gitte arbeidsoppgaver. Det betyr at de ulike enhetene i en slik organisasjonsstruktur har ansvar for å utføre gitte oppgaver. De ulike tjenesteyterne vil i slike organisasjoner først og fremst være opptatt av om den enkelte bruker har behov for de oppgavene vedkommende tjenesteyter har ansvar for å tilby. Dersom det blir vurdert slik at en bruker ikke har behov for den eller de tjenestene som virksomheten skal bidra med, så vil virksomheten anse at den ikke lenger har ansvar for at brukeren får et tjenestetilbud (Holck 1997). En annen utfordring i forhold til samarbeid i tverrorganisatoriske team er i hvilken grad deltakerne har myndighet til selv å foreta beslutninger (Holck 2005; Hansen 2007). Team som ikke har tilstrekkelig organisatorisk støtte vil dermed komme i en situasjon der teammedlemmene ikke kan forplikte seg til å følge opp de avtalene som gjøres i teamet.

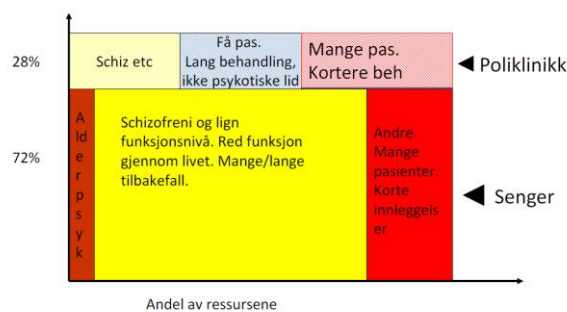
Walter Schönfelder (2007) skriver i sin doktorgradsavhandling om samarbeid i psykisk helse. Han påpeker at selv om samarbeid er et honnørord og mange påpeker viktigheten av dette, så er det relativt sparsomt med konkrete føringer for hva samarbeid mellom yrkesgrupper og organisatoriske enheter innebærer. Ei heller innenfor hvilke faglige eller organisatoriske rammer dette samarbeidet skal ha sitt utgangspunkt. Han finner det også er påfallende at det er relativt få undersøkelser som analyserer hvordan denne organisatoriske verdien om samarbeid er satt ut i livet i den organisatoriske hverdagen, og hvordan samarbeidet har blitt gjennomført.

Schönfelder (2007:3f) mener at manglende konkrete føringer, rammer og undersøkelser om samarbeid i psykisk helse særlig skyldes to faktorer:

1. Vanskelig å operasjonalisere undersøkelser om samarbeid i en håndterbar forsknings-design.
2. Analyse er problematisk fordi psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har utviklet seg til et felt der flere og til dels forskjellige faglige og organisatoriske perspektiver konkurrerer med hverandre.

Innimellom virker det som om samarbeidet i psykisk helsevern er en prosess som utspiller seg på to parallelle nivå. På den ene siden foregår det et utstrakt samarbeid mellom personellgruppen med et formelt behandlingsansvar. Dette betyr i praksis hovedsakelig samarbeid mellom fastleger i kommunene og legene og psykologene i spesialisthelsetjenesten. I den grad samarbeid er omtalt i det hele tatt i det offisielle rammedokumenter og i medien, er det denne delen av samarbeidet som får størst oppmerksomhet. Men på den andre siden utspiller det seg også et intensivt samarbeid mellom pleie- og omsorgspersonale på de forskjellige tjenestenivåene. I denne undersøkelsen kommer jeg til å argumentere for at disse to prosessene har forholdsvis få berøringspunkter med hverandre.

Morken (2012); Aam (2012) viser til hva den største andelen av ressursene i psykisk helsevern går til pasienter med schizofreni eller liknende funksjonsnivå:



Figur 3:3:4

Morken (ibid.) presenterer at det er for lite fokus på de få pasientene som bruker det store flertallet av sengeplassene i psykiisk helsevern. Dette gjelder pasienter med schizofreni og tilstander med beslektet funksjon. De tar 2/3 til 3/4 av sengene, og er mellom 20-40 år gamle. Han påpeker at det er mer sykkelighet av alvorlige tilstander og større behov i byene.

En del innbyggere med alvorlige psykiske problemer og tilleggsproblemer har vansker med å dra nytte av kommunens helse- og sosialtjenester. ACT-team har ifølge Regjeringen vist seg å være en god modell for å hjelpe brukere/pasienter med denne problematikken (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I 2007 ble det satt i gang et treårig prosjekt med ACT-team i Mosseregionen for å se om metoden egnert seg i Norge. Prosjektet var et samarbeid mellom Moss DPS og Råde, Våler, Rygge og Moss kommune. Et ACT-team (Assertive Community Treatment) er et aktivt oppsøkende behandlingsteam som jobber på tvers av nivåer og sektorer. De oppsøker brukerne der de lever; hjemme, i parker, på skole, jobb eller andre steder. Brukerne får hjelp til å ta ansvar for bolig, medisiner, økonomi, kontakt med myndigheter, fastlege og andre enheter i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Regjeringen vil i det videre arbeidet vurdere om ACT-team skal bli en lovpålagt kommunal oppgave (ibid.; Pöyry 2011).

Rådet for psykisk helse (Johnsen & Skjerve 2009) argumenterer i artikkelen; *Spesialisthelsetjenester på brukernes arenaer – går det?*, for endringer i måten vi organiserer hjelpen til mennesker med psykiske helseproblemer på. Rådet for psykisk helse (ibid.) mener at de psykiske helsetjenestene vil bli bedre hvis vi flytter en del oppgaver fra statlig psykiisk helsevern til kommunene. Penger, kompetanse og makt må finnes der brukerne er; i lokalmiljøet. En alt for stor andel av penger, kompetanse og makt er ifølge Rådet for psykisk helse (ibid.) lagt til spesialisthelsetjenesten, en tjeneste som tradisjonelt er for langt unna brukernes eget liv.

Hjelpen må komme nærmere brukeren, være lettere tilgjengelig, være sammenhengende og det må være tydelig hvem som har ansvaret for brukernes helhetlige tilbud. Det er i kommunen folk lever og skal mestre sine liv. Derfor er det grunnleggende viktig at befolkningen sikres nødvendig psykisk helsehjelp på kommunalt nivå (NOU 2000). Rådet for psykisk helse (Johnsen & Skjerve

2009) mener at for å få til dette, må vi gjøre en ny vurdering av hvilke oppgaver og tjenester på psykisk helseområdet som kan og hvilke som bør sentraliseres.

I rapporten *Øyeblikksomsorg – et verktøy for bedring. Evaluering av 24SJU – et lavterskeltilbud til personer med dårlig psykisk helse og rusmiddelproblemer*, legger Skatvedt & Edland-Gryt (2012) tillit til som en fjerde terskel eller hindring som brukere i det offentlige hjelpeapparatet møter. Dette gjelder i stor grad personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddel-relaterte problemer (ROP-lidelser). De andre tersklene er registrering (bruker må selv ta kontakt), kompetanse (kunnskap og evne til å legge frem sitt problem slik at hun/han får riktig behandling) og effektivitet (brukere får ikke hjelp, eller får mindre hjelp enn de trenger fordi de ikke nyttiggjør seg hjelpen tilstrekkelig i henhold til normer om effektivitet).

Rådet for psykisk helse (Johnsen & Skjerve 2009) viser til at tjenesteoverganger, både mellom 1.- og 2.-linjetjenester og mellom sektorer på samme tjenestenivå, bidrar til å bryte opp brukerens opplevelse av sammenheng i tjenestetilbudet. En tjeneste som bygger på individtilpasning, nærhet og brukermedvirkning må derfor organiseres på en måte som legger til rette for disse kvalitetene uten at det samtidig skapes for mange brudd i hjelpetilbudet for den enkelte.

For å skape sammenheng, foreslår Rådet for psykisk helse (ibid.) derfor at tjenestenivåskillet mellom DPS og kommunalt psykisk helsearbeid fjernes, og det kommunale psykiske helsearbeidet og DPS-enes tjenester slås sammen i en bredere psykisk helsetjeneste som fortrinnsvis er forankret på kommunalt nivå i for eksempel psykisk helsesenter. Sammenhengen i tjenestetilbudet vil styrkes for mange hvis hverdagsliv, omsorg og behandling ses i en tettere sammenheng.

En bredere kommunal helsetjeneste må, ifølge Rådet for psykisk helse (ibid.), ha de samme kvaliteter som skal kjennetegne dagens førstelinjetjenester. Brukerne bør blant annet kunne oppsøke tjenestene uten henvisning. Åpne tjenester som væresteder og brukerundervisning bør være tett knyttet til behandlingsaktiviteter. Følgende oppgaver som DPS i dag utfører, bør samorganiseres med kommunalt psykisk helsearbeid (ibid.:217):

- Medikamentell, psykoterapeutisk og annen behandling for mange vanlige psykiske lidelser.
- Frivillig døgnopphold uten spesialisert utredning.
- Dagavdelingsvirksomhet, sosial trening og brukerkurs.
- Ambulante tjenester og team knyttet til rehabiliteringsformål eller til sykdomsutvikling og akutte situasjoner.

Verken langvarig rehabilitering eller forekomst av psykotiske symptomer der vi ønsker kompetanse fra dagens spesialisthelsetjeneste, kan ifølge Rådet for psykisk helse (ibid.) betegnes som spesielt sjeldent og det er allerede flere eksempler på kommuner og DPS-er som samarbeider om slike tiltak slik at tjenestene utføres utenfor 2.-linjetjenesten. Med disse endringene oppnår vi tjenester som organisatorisk legger bedre til rette for (ibid.:218):

- tjenester med større nærhet til brukernes hverdagsliv
- et enklere og mer sammenhengende tjenestenettverk
- et tydeligere plassert ansvar for brukernes helhetlige tilbud

Når de fleste av de tjenestene som i dag ytes i DPS, ytes som kommunalt psykisk helsearbeid, vil mange brukere kunne oppleve et mer sammenhengende tjenestesystem, påpeker Rådet for psykisk helse (ibid.). Vi vil i langt flere situasjoner enn i dag slippe en byråkratisk organisatorisk overgang mellom de to tjenestenivåene, kommune og DPS. Samtidig er ansvaret for tjenestene tydeligere plassert i kommunen. Endring vil medføre at en del av spesialistene og kompetansen flyttes ut av institusjonene og kontorene og ut til tjenester som leveres der folk lever og bor. Det gir en mulighet til å komme langt tidligere til når vanskeligheter bygger seg opp, og det gir psykisk helsearbeidere bedre mulighet til å forstå problemene ut fra den sammenheng de oppstår i. Dermed blir det enklere å tilpasse hjelpen til den enkelte bruker.

Et kommunalt psykisk helsesenter som har overtatt de fleste DPS-funksjonene kan ifølge Rådet for psykisk helse (ibid.:220) bidra til å bøte på mange av de problemene og utfordringene vi møter i dag ved å:

- redusere terskelen for å oppsøke og få tidlig hjelp ved psykiske plager og bekymringer
- styrke samhandling, tverrfaglig samarbeid og samordning av tjenester
- fjerne u hensiktsmessige skiller mellom forebygging, hjelp, behandling og rehabilitering
- yte hjelp nær der livet leves
- skape et felleskap/ møteplass ved å skape en ny møtearena
- fremme åpenhet og avstigmatisering og en forståelse av at vi alle har en psykisk helse

Rådet for psykisk helse (ibid.) viser til at Opptappingsplanen startet flyttingen av allmenn-psykiatriske tjenester fra sykehusavdelingene i retning av de lokale miljøene der problemene utspiller seg og menneskene skal leve sitt liv. Samordning av DPS og kommunalt psykisk helsearbeid er neste skritt. I SINTEF-rapporten *Bidrar utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?* skriver Gråwe et al. (2008) at det heller ikke er mulig å svare et sikkert ja eller nei til spørsmålet om DPS-ene bidrar til bedre samarbeid i behandlingsnettverket.

### 3.4 Fastlegens rolle i det psykiske helsesamarbeidet

Fastlegereformen ble innført 1. juli 2001, og evaluert som i hovedsak en vellykket reform (Helse- direktoratet 2009). Fastlegeordningen sikrer befolkningen en fast lege, sikrer kontinuitet og tilgjengelighet via individuelle avtaler mellom fastlege og kommune og gir fastlegene en ramme for egen fagutøvelse og næringsvirksomhet gjennom sentralt avtaleverk. Wisløff-utvalget (NOU 2005) påpeker at allmennlegetjenesten er en viktig og sentral del av primærhelsetjenesten. Det er påpekt nødvendigheten av en klargjøring og utdyping av fastlegenes rolle i forhold til mennesker med psykiske lidelser.

Fastlegene har en viktig og sentral rolle i helsetjenesten. Dette gjelder både i forhold til behandling av pasienter med psykiske problemer, og i forhold til samhandling med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet (2009) vurderer at det er behov for å utvikle og styrke allmennlegetjenestens arbeid med tanke på samarbeid og integrering med det øvrige kommunale tjenesteapparatet og en hensiktsmessig kontakt med spesialisthelsetjenesten. Direktoratet viser til flere rapporter hvor det går frem at fastlegene bør få bedre tilgjengelighet, kompetanse og i større grad involveres når det gjelder pasienter med psykiske problemer/lidelser. Fastlegene har en relativt perifer rolle i forhold til det øvrige kommunale tjenesteapparatet, og de er i variabel grad trukket inn i eller deltar i oppfølgingen av personer med psykiske problemer/ lidelser.

Fastlegene får ikke god nok informasjon når pasienter skrives ut av institusjon eller er ikke kjent med tilbudene i kommunal regi (ibid.). En mangelfull samhandling kan både gi et dårligere tjenestetilbud til befolkningen og gir dårligere vilkår for helhetlig planlegging av tjenestetilbudet. Fastlegenes henvisninger er ufullstendige og vanskeliggjør spesialisthelsetjenestens vurdering og prioriteringer med hensyn til nødvendig helsehjelp. Vider viser Helsedirektoratet (ibid.) til at fastlegene er forholdsvis lite aktiv i behandlings- og tiltakskjeden. Det er noe mer samarbeid med spesialisthelsetjenesten enn med kommunale deltjenester, og er bedre i små kommuner (under 5 – 10 000 innbyggere).

Samarbeidet rapporteres som mangelfullt når det gjelder nasjonale målsetninger, blant annet i forhold til forventninger som lå til grunn for innføring av fastlegeordningen og til deltakelse i Individuell Plan (IP) (ibid.). Fastlegenes deltakelse i samarbeid etterspørres, både fra kommunale deltjenester og fra spesialisthelsetjenesten. Det øvrige tjenesteapparatet i kommunen opplever at fastlegens rolle er uklar og at legetjenesten er lite involvert i tiltak for personer med psykiske problemer. Tydeliggjøring av roller og ansvar hos de kommunale instansene, herunder fastlegens

ansvarsområde, er sentrale faktorer som kan bidra til et bedre kommunalt tjenestetilbud for målgruppen. En nyere rapport fra SINTEF (Slettebakk et al. 2013) indikerer at det er en bedring når det gjelder fastlegens rolle i det psykiske helsesamarbeidet.

### 3.5 Bestiller-utfører-modell

Bestiller-utfører-modellen ble introdusert med New Public Management-bølgen på midten av 1990-tallet (Deloitte 2012). I storbyene i USA ble modellens aktualitet forsterket gjennom introduksjon av kommersielle private tjenesteleverandører innenfor helse- og omsorgstjenestene. Modellen innebærer at det innføres et formelt og organisatorisk skille mellom kommunens forvaltnings-oppgaver på den ene siden og kommunens tjenesteproduksjon på den andre. De fleste norske kommuner (med mer enn 10 000 innbyggere) har nå valgt å skille mellom tildeling av tjenester (bestilleroppgaver) og tjenesteutøvelsen (utføreroppgaver). Praktiseringen av skille varierer fra kommune til kommune. Deloitte (2012) har sett på bestiller-utfører-modellen i de største byene i Norge (seks kommuner og fem bydeler i Oslo) og kommer frem til at det er ingen klare sammenhenger mellom type bestiller-utfører-modell og utvikling i utgiftsnivå. Det er heller ingen klare sammenhenger mellom type bestiller-utfører-modell og utvikling i kostnad per tjenestemottaker/kostnad per plass.

Deloitte (ibid.) fant ikke at en type modell er mer effektivitetsfremmende enn andre, men det betyr ikke at det er uvesentlig hvilken bestiller-utfører-modell vi velger. Det er måten modellen praktiseres på og etterlevelsen av prinsippene i modellen som betyr mer for om modellen virker effektivitetsfremmende, enn modellen i seg selv. Det er både effektivitetsfremmende og kostnadsdrivende elementer ved praktiseringen av bestiller-utfører-modellen, og Deloitte (ibid.) finner at det er de effektivitetsfremmende elementene som får størst gjennomslag av praktiseringen av modellen i undersøkelsen.

Det er viktig at det er samsvar mellom formell organisatorisk struktur, finansieringsmodell og ansvarsdelingen mellom bestiller og utfører i den daglige virksomheten (ibid.). Undersøkelsen tar ikke for seg psykisk helsearbeid spesielt, men som en del av hjemmetjenesten. Psykisk helsearbeid er ikke nevnt i rapporten, mens det påpekes at et grep som kan bidra til effektiv ressursutnyttelse er at vi tilpasser utformingen av modellen tilpasset kompleksiteten i den enkelte deltjeneste. Der det er vanskelig å måle produksjonen bør en større del av behovsvurderingen overlates til utfører. Et annet grep er at det er arenaer som legger til rette for god dialog mellom bestiller og utfører.

Ramsdal (2004) hevder som nevnt at moderne organisasjonsformer i form av bestiller-utfører-modell, flat struktur, outsourcing eller liknende kan forsterke, heller enn redusere, samordnings- og samarbeidsproblemer både horisontalt og vertikalt. Ramsdal & Hansen (2005) skiver i sin artikkel *Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utførerorganisasjon* at bestiller-utfører-modellen bygger på en logikk som vanskelig lar seg tilpasse i psykisk helsearbeid. Modellen fører ikke til økonomiske innsparinger, de grunnleggende forutsetningene i modellen er den rasjonelle bruker med stabile behov og den styrker ikke brukermedvirkningen. I en undersøkelse om *Tverrfaglig samarbeid i psykisk helsearbeid* fant Grut (2007) tre kommuner som hadde bestiller-utfører-modell. En kommune gikk bort fra modellen på grunn av modellen ikke fungerte etter forventningene. De to andre praktiserer en utvidet/myk form av bestill-utfører-modell hvor utfører er med før saken er utredet og vedtatt.

### 3.6 Samarbeidsverktøy (avtaler, behandlingslinjer, ansvarsgrupper, IP og meldingsutveksling)

Som en forlengelse av Wisløffsutvalgets NOU 2005: 3 og samhandlingsreformen St.meld. nr. 47 (2008-2009) er det nå en lovpålagt plikt å samarbeide og samhandle og det skal inngås samarbeidsavtaler. I lovverket før 2012 finnes en del enkeltstående bestemmelser om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene (HOD 2011a). Det er, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (ibid.), alminnelig erkjent at den faglige definisjonen av henholdsvis primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste vil endre seg over tid, og at også den juridiske definisjonen bør være dynamisk; dvs. avtaler fremfor konkret lovverk.

Den tekniske og medisinske utviklingen og utviklingen innenfor profesjonene medfører at en del tjenester som tidligere måtte utføres, eller som nå må utføres, av spesialisthelsetjenesten i fremtiden kan utføres av primærhelsetjenesten (ibid.). Denne utviklingen vil lettere kunne fanges opp i avtaler om det daglige samarbeidet og de konkrete rutinene i tjenestene enn gjennom lovverket. Dersom utviklingen fanges opp gjennom avtaler, vil man ha mulighet for å vurdere konkret og fortløpende om det er forsvarlig at tjenesten utføres i den aktuelle kommunen. Nivået både med hensyn til ressurser og faglig kompetanse vil variere sterkt fra kommune til kommune, hvilket er vanskelig å ta hensyn til gjennom lovverket.

Både i samhandlingsmeldingen og i høringsnotatet har Helse- og omsorgsdepartementet (ibid.) påpekt at prinsippet om at tjenesten skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå (riktig nivå), det såkalte LEON-prinsippet, ikke er tilstrekkelig godt fulgt opp i praksis og at det er til ulempe for pasientene. Av ulike årsaker har utførelsen av tjenesten en tendens til å bli skjøvet oppover til

spesialisthelsetjenesten i stedet for å bli utført lokalt, uten at det er begrunnet i pasientens behov eller kravet om forsvarlig tjeneste. Avtaler kan være et hensiktsmessig middel til å motvirke denne tendensen gjennom å skape en felles forståelse mellom tjenestene i det daglige arbeidet for hva de ulike tjenestene kan og skal utføre.

Ifølge rundskrivet *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2012, IS-1/2012* (Helsedirektoratet 2012a), vil samhandlingstiltak/samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak være viktig for at blant annet pasienter og brukere med kroniske tilstander eller nedsatt funksjonsevne, og pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal få helhetlige tjenester og at innsatsen bør settes inn tidligere for å fremme helse og forebygge sykdom og redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Avtalene skal som et minimum omfatte punktene som er nevnt i § 6-2 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

#### **§ 6-2. Krav til avtalens innhold**

Avtalen skal som et minimum omfatte:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om jordmortjenester,
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
10. samarbeid om forebygging og
11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres. Det er utarbeidet en nasjonal veileder i forbindelse med samhandlingsreformen: *Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak* (HOD 2011b). Samarbeidsavtalene skal sikre pasienter helhetlige tjenester innenfor alle fagområder; både somatikk, psykisk helse og rus og habilitering og rehabilitering. Avtalene skal sikre ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene, beskrivelse av samarbeidsformer, omforente bered-



skapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede. Innen 1. juli 2012 skulle samarbeidsavtalene som helhet vært inngått (Helsedirektoratet 2012a).

#### Helsedirektoratet ba om at kommunene i 2012:

- Sørger for at det blir inngått avtaler innen fristenes utløp. Samarbeidsavtalene skal utarbeides i tråd med kravene beskrevet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Samarbeidsavtalene skal danne grunnlaget for helsetilbudet til befolkningen og til utviklingen av forsvarlige tjenester, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Implementerer, informerer og sørger for opplæring om retningslinjene i samarbeidsavtalen og sørger for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Starter planleggingen for etablering av øyeblikkelig hjelp; døgnopphold. Det blir innført ny tilskuddsordning, samt en gradvis overføring av midler fra regionale helseforetak fra 2012. Dette må skje i samarbeid med helseforetakene.
- Utvikler gode og riktige tjenestetilbud slik at brukerne sikres forsvarlige helsetjenester før, i stedet for og etter sykehusbehandling.
- Legger til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner og andre aktører.

#### Helsedirektoratet ba om at regionale helseforetak/helseforetak i 2012:

- Sørger for at det blir inngått avtaler innen fristenes utløp. Samarbeidsavtalene skal utarbeides i tråd med kravene beskrevet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Samarbeidsavtalene skal danne grunnlaget for helsetilbudet til befolkningen og til utviklingen av forsvarlige tjenester, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Implementerer, informerer og sørger for opplæring om retningslinjene i samarbeidsavtalen og sørger for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Inngår forpliktende samarbeid om partnerskap for folkehelse.
- Inngår samarbeidsavtaler med helsetjenesten i kommuner med fengsel.
- Sammen med kommunene starter planleggingen for etablering av øyeblikkelig hjelp; døgnopphold i kommunene. Det blir innført ny tilskuddsordning, samt en gradvis overføring av midler fra regionale helseforetak fra 2012.
- I samarbeid med kommunene utvikler gode og riktige tjenestetilbud slik at brukerne sikres forsvarlige helsetjenester før, i stedet for og etter sykehusbehandling.

Helse- og omsorgsdepartementet påpeker i samhandlingsreformen at det ikke er mulig å utforme en endelig grensedragnings i ansvarsforholdet mellom nivåene i helsetjenesten (HOD 2011a).

Dessuten vil den faglige utviklingen fortsette også etter denne reformen, påpekes det.

Forpliktende samarbeidsavtaler mellom nivåene i helsetjenesten fremheves som et sentralt verktøy for å sikre helhetlige og sammenhengene pasientforløp og tjenestetilbud. Avtalene skal ha fokus på forhold som påvirker kvaliteten på tjenestene. Departementet fremhever i meldingen at avtalene må utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunene med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunene selv settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Helsedirektoratet (2013b) ber om at kommunene i 2013 sørger for at de inngåtte avtalene følges opp, evalueres og revideres, og at kommunene opprettholder, videreutvikler og styrker kapasitet og kompetanse innen psykisk helse- og rusarbeid ut fra lokale forhold.

Helse- og omsorgskomiteen skriver i Innst. 212 S (2009-2010) ... om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform at samhandlingsutfordringene er betydelige mellom kommuner og foretak, og peker på forpliktende avtaler som et nytt virkemiddel i denne sammenheng (ibid.). Komiteen påpeker at innføring av en ordning med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter forutsetter at det foreligger konkrete avtaler som regulerer forholdet mellom kommuner og helseforetak. Avtalene må sikre gode prosesser knyttet til felles forståelse av kriterier for når pasienter er klare for utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Videre skriver komiteen at slike avtaler på tilsvarende måte må omhandle prosesser og kriterier knyttet til innleggelse i spesialisthelsetjenesten og alternative tiltak i kommunehelsetjenesten.

En av hovedkonklusjonene som er trukket i forbindelse med samhandlingsreformen, er at pasienters behov for koordinerte tjenester ikke ivaretas godt nok (HOD 2011a.). Ett av bote-midlene vil være å etablere helhetlige pasientforløp gjennom samarbeid innenfor og på tvers av tjenestenivåene. Paulsen & Grimsmo (2008:91) beskriver *pasientforløp* som en prosess, som går over en viss tid, og har et visst mål. Prosessen drives fram av et sett av ulike aktører som hver er ansvarlig for bestemte tiltak (har et mandat), og som deretter overfører ansvaret til neste aktør i rekken. Begrepene prosess, tid, aktører og mandatfordeling gir oss et tankemessig skjema for å forstå viktige sider ved samhandlingen rundt utskrivning og overføring til kommunal omsorg. Prosessbaserte virksamhetsmodeller er som nevnt en av tendensene Ramsdal (2004) hevder vil kunne få avgjørende innflytelse på lokalt psykisk helsearbeid. Den andre er nettverksorganisering.

Fineide (2012:183ff) konkluderer i sin doktorgradsavhandling *Controlled by knowledge. A study of two clinical Pathways in Mental Health Care (ADHD)* at: «... clinical pathways help to justify bureaucratic medicine in mental health care, implying a new form of governance of professions in mental care.», og at psykisk helsearbeidere dermed blir: “*controlled by knowledge* – from “the inside”.” Fineide (ibid.) advarer at den kontekstuelle kunnskapen kan på lang sikt tape terreng i forhold til den evidensbaserte kunnskapen, og konstaterer at bruk av behandlingslinjer rettferdiggjør det medisinsk-byråkratiske kunnskapssynet i psykisk helsearbeid. Noe som impliserer et nytt styresett av profesjonelle i psykiske helsearbeid. Noe av det samme finner Ramsdal & Ramsdal (2007:144), og «Fordi grunnforutsetningene for diagnostisering er mer usikre om omstridte i psykiatri og psykisk helsearbeid, kan en forvente at en her vil ha flere barrierer å overstige for å få etablert behandlingslinjer basert på diagnoser eller symptomer, ...».

I dag fungerer det ofte slik at kommunen har ansvar for tiltak når symptomene er mindre alvorlige, mens spesialisthelsetjenesten overtar når symptomene forsterker seg (Rådet for psykisk

helse 2011). Mangelen på sammenheng går begge veier. Kommunene opererer i menneskers hverdag uten å sørge for nødvendige spesialiserte tjenester, mens spesialisthelsetjenesten stiller diagnoser og gir medisiner uten å ta nok hensyn til hvordan pasienten har det hjemme. I mange tilfeller lider brukerne også under at de forskjellige nivåene vurderer situasjonen helt forskjellig. Opdal (2009) anbefaler at 1.- og 2.-linjetjenesten må i fellesskap ha fokus på å bli bedre i forhold til informasjonsutveksling, forberede pasienter, samt fordele ansvar og oppgaver. Dette kan gjøres ved å etablere samarbeidsfora som med utgangspunkt i LEAN<sup>14</sup> (kontinuerlig forbedringsmetodikk) og pasientforløpstenkning kan utarbeide løsninger og samarbeidsmodeller som sikrer en god verdiflyt for pasientene. Et godt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten vil, ifølge NIBR (Myrvold & Helgesen 2009), være viktig for å få til en smidig tilbakeføring av pasienten til sitt hjemmemiljø, og for at kommunen skal kunne være forberedt på tjenesteyting til den utskrevne pasienten. Det kan også være vanskelig å klart definere hva en utskrivingsklar pasient er i psykisk helsearbeid (Roos 2010).

Det er mer utbredt å bruke standardiserte behandlingslinjer innen somatikken. Biringer, Klausen, Lærum, Hartveit & Vanhaect (2013:64) skriver at vi får bedre kvalitet med bruk av behandlingslinjer, og mange internasjonale studier gjennomført de siste 20 årene har vist at standardiserte behandlingslinjer har effekt. Men vi trenger mer evidens når det gjelder spørsmålene:

- kva verkar standardiserte behandlingslinjer på (kva pasientgrupper, kva prosess- og utkommemål)?
- korleis verkar standardiserte behandlingslinjer (verksame ingrediensar=?)?
- effekten av tverrsektorielle behandlingslinjer

I *Avtale om inn-/utskrivning, samarbeid og ansvarsdeling innen psykisk helsearbeid/psykisk helsevern mellom Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon og kommunene* (Sandnes kommune 2012)<sup>15</sup> har de et eget punkt om Koordinerte og samtidige tjenester:

Når behandlere og tjenesteytere i kommune og ved psykiatrisk divisjon gir oppfølging samtidig, er det viktig at bruker/pasient og pårørende opplever et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud uten brudd.

For å sikre best mulig kvalitet gjelder følgende for samarbeidet:

- Prinsippet om **behandlingsnettverk** [min utheving] skal gjelde framfor prinsippet om behandlingsskjede. Det betyr blant annet:
  - alle parter må være fleksible i forhold til å delta på hverandres arenaer (individnivå).
  - noen ganger vil behandling/tjenesteyting skje på «samarbeidspartnerens arena» (behandler/tjenesteyter følger pasient/bruker)
  - tjenester og behandling skal være koordinerte
- Kommunens og klinikkens behandlere/tjenesteytere skal fortløpende informere om endringer i tilstand

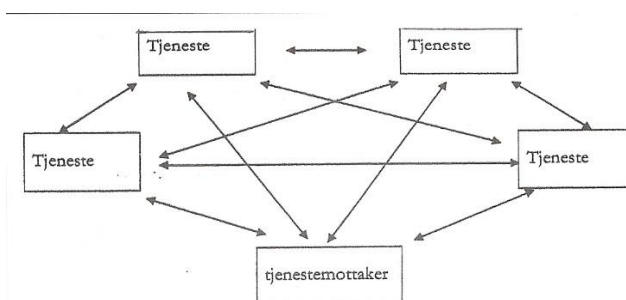
<sup>14</sup> Se mer på <http://leanforumnorge.no/>

<sup>15</sup> Begrepet om behandlingsnettverk er ikke med i den reviderte delavtalen *Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser* (SUS 2012).

- Kommunens og klinikkens behandlere/tjenesteytere skal primært samarbeide om, og i alle fall informere hverandre om behandling eller tjenestetilbud som er viktige.
- Kommunens og klinikkens behandlere/tjenesteytere skal minimum halvårig informere hverandre skriftlig om behandling/tjenesteyting når dette er relevant.
- All informasjonsutveksling skal skje etter den enkelte pasient/brukers ønske og samtykke. Unntak fra samtykke kan skje når behandling gis etter vedtak om tvang.
- Opprettelse av ansvarsgruppe og ansvarsgruppemøter, utarbeiding og revidering av individuell plan, definering, koordineringsansvar, skal skje i fellesskap mellom bruker/pasient, eventuelle pårørende, og aktuelle behandlere og tjenesteytere både fra kommune og Psykiatrisk divisjon.
- Partene har som mål å benytte felles verktøy (mal) i utarbeidelse av individuell plan. Dette gjelder både papirversjon og elektronisk versjon.
- Partene kan samarbeide om lokal kartlegging av målgrupper og deres tilbud, planlegging og evaluering av tjenester, oppsøkende tjenester og inngå partnerskap for å dekke definerte brukere/pasienter sine behov (spesielle prosjekt)

Hansen (2007) viser også om tjenestenettverk i sin doktorgradsavhandling om *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Han leder en gruppe på Høgskolen i Østfold som har etablert *Nasjonalt temanettverk for mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester*. Dette på oppdrag av *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid* (NAPHA – [www.napha.no](http://www.napha.no)). NAPHA mener at alt for mange innen denne gruppen ikke blir fanget opp av hjelpeapparatet slik det fungerer i dag (NAPHA 2009). I *Brobyggerprosjektet* tas det i bruk snarveier i systemet ved at de går utenom formelle regler for å gi rask hjelp. Resultatet er at brukerne kan komme raskere i kontakt med andre hjelpeinstanser (Rørvik 2011).

Nettverksmodell fra Hansen (2007:205)<sup>16</sup>:



Figur 3:6:1

Det kan, ifølge Knudsen (2004), være vanskelig å gi en eksakt definisjon av begrepet nettverk og av nettverksperspektivet i forskning og praktisk ledelse. Nettverksperspektivet innebærer at psykisk helsearbeidere fokuserer mer på forbindelseslinjer og samspill mellom organisasjoner og organisatoriske enheter mellom den enkelte organisasjon og dens omgivelser. Dette er et perspektiv som har fått økende betydning, med stor spennvidde i anvendelsesområder; fra strategisk ledelse i næringslivet til en forklaring av urban modernisering og økonomisk vekst, og med potensial for å gi organisasjonsforskningen en mer reflektert politisk-økonomisk og

<sup>16</sup> Et bilde av hvordan tjenestenettverket for en bruker kan ses ut ligger i Vedlegg V

vitenskapsteoretisk basis. Dette fordi makroperspektivet tvinger forskeren til å se organisasjonene i forhold til verdier og maktstrukturer i samfunnet, herunder de verdier og den makt som er konsentrert innenfor de offentlige byråkratier.

Hansen (2007) skriver at Individuelle Planer (IP) kan oppfattes som en organisasjonsoppskrift med utgangspunkt i det som kalles New Public Management. IP fremstår dermed som hjelpemidler bygget på en rasjonell-instrumentell logikk. Psykisk helsearbeid er derimot en sektor preget av ulike faglige tilnærminger, uklare sammenhenger mellom årsak og virkning, og tjenestemottakere med diffuse og komplekse behov. Forutsetningene bak IP om at klare mål, og behov skal kunne konkretiseres i bestemte tiltak møter særlige utfordringer i psykisk helsearbeid, ifølge Hansen (ibid.). Han fant at begrensninger i brukermedvirkning i stor grad er et resultat av manglende ressurser og begrenset tiltaksrepertoar i kommunene, og at en viktig forutsetning ikke er oppfylt for at brukere skal kunne utnytte arbeidet med IP-er til økt brukermedvirkning; at brukere har klare mål og de forstår hensikten med å utforme en plan.

De forhold som synes å sette rammene for samarbeidet er, ifølge Hansen (ibid.), forståelse av rehabiliteringsideologien, kommunens organisering, profesjonelle grenser, holdninger og samarbeidskompetanse. Ansvarsgrupper kan være arena der det er muligheter for å samarbeide og for å komme frem til pragmatiske løsninger. Det viktigste er likevel at dette er en arena der brukerne kan utøve innflytelse. Hansen (ibid.) konkluderer med at det er behov for å styrke måloppnåelsen med IP-er, og at dette kan muligens løses blant annet gjennom et mer aktivt samarbeid mellom overordnede myndigheter, tjenesteytere, tjenestemottakere og forskere. Det anbefales at aktuelle strategier legger vekt på styrking av brukerne og på bevisstgjøring og endring av arbeidsformer blant psykisk helsearbeidere. Hansen (ibid.) hevder at IP har bidratt til en positiv utvikling i kommunens psykiske helsearbeid, men stiller spørsmål ved om det er en hensiktsmessig ressursutnyttelse og minner på at vi må bli bevisst på hvordan vi kan benytte IP og ansvarsgrupper til å bedre tjenestetilbudet.

I sin masteroppgave om *Prioriteringsveileder i psykisk helsevern for voksne – et samhandlingsverktøy?* skriver Rosenlund (2010) om hvorvidt og hvordan prioriteringsveileder innen psykisk helsevern for voksne kan brukes i samhandling og fordeling av behandlingsoppgaver mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Hovedfunnene er at veilederen er godt kjent i spesialisthelsetjenesten og av brukerorganisasjonen. Alvorlighetskriteriet er det som vektlegges i størst grad ved henvisning til og ved inntak i spesialisthelsetjenesten. Kriteriene om nytte og kostnads-effektivitet legges det mindre vekt på. Det er vanskelig å se at prioriteringsveilederen kan brukes

som et samhandlingsverktøy; til det er den for lite kjent og brukt i kommunehelsetjenesten. Utdanningsstedenes funksjon er viktige steder å begynne for at samhandling rundt et slikt dokument kan påbegynnes. Helseforetakenes omorganiseringer faller uheldig ut for samhandling med kommunene.

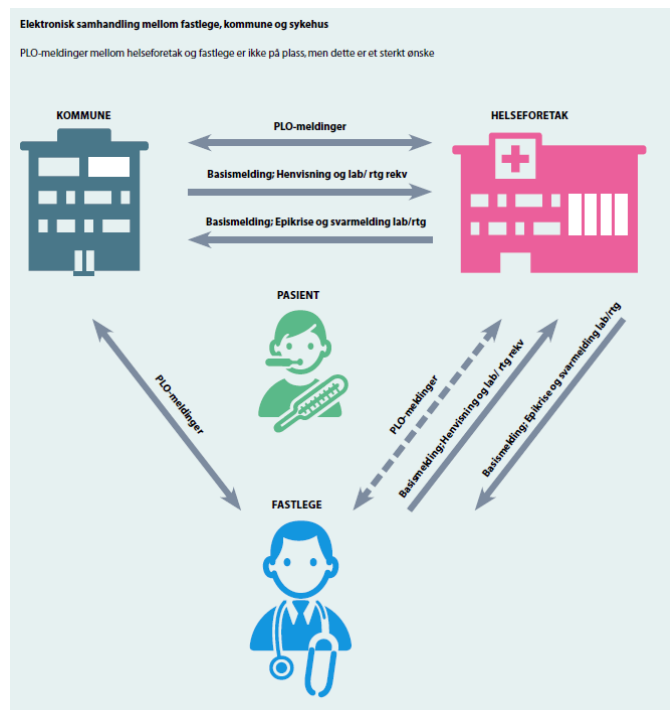
Videre skriver Rosenlund (ibid.:13): "Samhandling inneholder begreper som kommunikasjon, gjensidig forståelse og respekt. Siden en så langt ikke har oppnådd god nok samhandling rundt prioriteringer kan en spørre om disse elementene er for lite vektlagt.". Videre viser Rosenlund (ibid.) til at Legeforeningen uttrykker at prioriteringsarbeidet må rettes mot hele behandlingskjeden og hele styringskjeden. Det er ifølge Legeforeningen (ibid.) ikke tilstrekkelig at spesialisthelsetjenesten utvikler bedre retningslinjer dersom de ikke er basert på samhandling med kommunale tiltak for de samme pasientgrupper. Å samhandle antyder at noe aktivt skal skje, det skal handles sammen. Begrepet samhandling er i samhandlingsreformen gitt et relativt teknisk preg, skriver Fodstad & Biong (2012); det dreier seg om systemenes evne til å identifisere oppgaver, fordele ansvar og nå mål. At det også skal og må samarbeides relasjonelt på tvers av nivåer og profesjoner, og sammen med brukere og pårørende for å få dette til, løftes ikke så tydelig frem. At de relasjonelle forholdene er belyst og ivaretatt, tror Fodstad & Biong (ibid.) er en forutsetning for godt samarbeid og påfølgende samhandling.

Hartveit, Biringer, Aarre, Vanhaecht & Aslaksen (2012) har sett på mangler i henvisninger og epikriser i psykisk helsevern. De gikk igjennom 50 henvisninger og epikriser og fant en rekke mangler innen flere typer informasjon. Hovedbudskapet er (ibid.:218):

- Endringer i helsetjenesten stiller nye krav til koordinering av behandlings- og omsorgstiltak.
- De undersøkte henvisningene og epikrisene fra psykisk helsevern mangler informasjon som er nødvendig for prioritering, planlegging og koordinering av behandlingen.
- Det er behov for forskning på ideelt innhold, konsekvenser av mangler, og hvordan vi effektivt forbedrer disse dokumentene.

Hartveit et al. (ibid.) konkluderer blant annet med at studien avdekker manglende informasjon i henvisninger og epikriser på tilnærmet alle områder for å sikre prioritering og helhetlig planlegging. I Dagens Medisin 2/12 skriver psykiater Eiring (2012) at leger opplever at sykepleie-dokumentasjon er lite nyttig. Han påpeker at dette også er legenes ansvar og at legene må se på muligheten for at sykepleiedokumentasjonen kan bli en av legenes viktigste ressurser. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD 2012b) lanserte nylig en ny stortingsmelding om journal: *Én innbygger - én journal* (Meld. St. 9 (2012-2013)). Arbeidet med å velge en teknisk løsning forberedes og igangsettes tidlig i 2013. I sin doktorgradsavhandling *Co-constructing standards in nursing. A socio-technical approach to standardization in practice* konkluderer imidlertid Meum

(2013) med: “The interrelation aspects of information infrastructures illustrated how standards emerged as boundary objects within and across care settings.”. Det satses på elektronisk samhandling. Under er en modell på dette fra en veileder for utbredelse av elektroniske meldinger mellom kommune, fastlege og helseforetak på Vestlandet (Støfringsdal, Rasmussen, Nordstokke, Bang, Simonsen, Almenning & Tveit 2013):



Figur 3:6:2

For å lykkes mener Støfringsdal et al. (2013) at det må være:

- God forankring i øverste ledelse.
- Rett kompetanse: Helsefaglig, prosjektledelse og IKT/System-kompetanse.
- Bruke hele fagsystemet og har gode rutiner på journalføring og oppdateringer.
- Gode rutiner som er tilpasset organisasjonen og som de ansatte er godt kjent med.
- Gode rutiner for oppfølging og kontroll av meldingstrafikken.
- Dette vil vi!

Helsedirektoratet (2013b) ber om at kommunene i 2013 sørger for at ansvar og krav til elektronisk meldingsutveksling innarbeides i samarbeidsavtalen med aktuelt helseforetak, og at feller rutiner og håndtering av meldinger utarbeides.

### 3.7 Ledelse – god psykisk helseledelse

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skriver i sitt notat *Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter – nøkler for å lykkes* (Kunnskapssenteret 2013) at de prosjektene som hadde lyktes best, hadde også målt mest. Det er derfor god grunn til å tro at det er lettere å få gjennomslagskraft i overgangen fra prosjekt til drift når ledere får frem vellykkede resultater fra arbeidet ved å dokumentere med troverdige og forståelige metoder, og Kunnskapssenteret (ibid.:5) konkluderer:

To tredjedeler av de 80 prosjektene har lyktes med å skape viktige forbedringer for både pasienter og tjenestene. I evalueringen går det fram at de som har lyktes i størst grad har

arbeidet systematisk og grundig med forankring, og derved har mobilisert viktige krefter til en felles innsats for bedre samhandling. De har i større grad hatt med brukerne og involvert dem gjennom alt arbeidet. Det er stor mangel på kunnskap om forbedringsmetoder og verktøy, noe som reduserer kvaliteten på arbeidet og gjør at resultatene ofte ikke dokumenteres. Eksterne økonomiske midler og prioriteringer av ressurser fra toppledelsen er viktig for oppnådde resultater.

Kunnskapssenteret (2013) tok i studien blant annet i bruk metoden Appreciative Inquiry (AI) (Hauger, Højøang & Kongsbak (2009), selv om de tidligere har oppsummert gjeldende kunnskap (Kunnskapssenteret 2010) med at metoden ikke ga noen bedre resultater enn når vi bruker andre verktøy. AI blir blant annet oversatt til anerkjennende prosjektledelse og har røtter i positiv psykologi (Foster & Loyd 2007).

I *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli!* (2005-2015) (Shdir 2005b) er et av innsatsområdene å forbedre ledelse og organisasjon. Her skriver de at god ledelse er en forutsetning for å oppnå tjenester av god kvalitet. Strategien ble fulgt opp med en anbefaling med fokus på å forbedre ledelse og organisasjon i sosial- og helsetjenesten (Shdir 2006e:4). Fem delmål og 24 tiltak er utarbeidet for å forbedre dette arbeidet.

Delmål 1: Erkjenne og ta hensyn til den kompleksitet vår organisasjon er en del av

- Etablere en virkelig forståelse for nødvendigheten av endring og kvalitetsforbedring
- Utvikle en felles forståelse, verdier, språk og verktøy

Delmål 2: Etablere forståelse for hvorfor vi trenger å forbedre tjenestene

- Avdekke forbedringsområder i egen virksomhet
- Gjennomføre systematiske brukerundersøkelser

Delmål 3: Bestemme hva vi må endre

- Vurdere om visjon, verdier, mål, strategier og handlingsplaner bidrar til ønsket kvalitet på tjenestene
- Vurdere om endring av organisasjonskulturen er nødvendig
- Vurdere om styringssystemene bør forbedres
- Vurdere om sentrale arbeidsprosesser bør gjennomgås og forbedres
- Vurdere om organisasjonen har rett kompetanse og et godt system for kompetanseutvikling

Delmål 4: Beslutte hvordan vi skal gjennomføre endringene

- Skape enighet i organisasjonen om bruk av metoder som fører til forbedring
- Satse på endring basert på fakta og ikke antakelser
- Jobbe med å utvikle åpenhetskultur i organisasjonen
- Sette av tid til refleksjon
- Bygge opp endrings- og forbedringskompetanse
- Bruke lederutvikling som virkemiddel for å sikre endring og forbedring
- Lære av andre og løfte fram de gode eksemplene
- Stimulere til forskning for å forbedre kvalitetsfaglige metoder
- Utvikle god samhandling mellom faggrupper, enheter og nivåer
- Involvere brukere i endringsarbeid

Delmål 5: Sikre varige forbedringer

- Være bevisst på å forsterke og belønne kvalitetsarbeid
- Ta i bruk målinger som dokumenterer egne resultater



- Kontrollere arbeidsprosessene med indikatorer / målepunkter
- Lære av avvik, uhell, klager og bekymringsmeldinger
- Ta i bruk internrevisjon eller andre metoder for systematisk gjennomgang av virksomheten

Når vi skal forsøke å skape et samarbeid på tvers av etats- og organisasjonsgrenser, må ledere ha fokus på og forsøke å påvirke både den frivillige og den tvungne koordineringen (Jacobsen 2004). I 2007 var det landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser (Helsetilsynet 2008). Oppsummert finner de at i rundt halvparten av de 68 kommunene manglet det ordninger for å sikre forsvarlig samordning av tjenestetilbudet. Det er eksempler på at ulike deltjenester ikke hadde nok kunnskap om hverandres tilbud og tiltak, og på forskjellige syn på hvordan fordelingen av oppgaver mellom ulike enheter skulle være.

Dermed hevder Helsetilsynet (ibid:20) at det mangler viktige forutsetninger for å etablere felles forståelse på tvers av enhetene både om hvilke behov brukeren har, hvem som gjør hva, og om målsettingen for arbeidet: En grunn til at ikke alle med alvorlige psykiske lidelser får tilstrekkelig og forsvarlige tjenester, kan være at regelverket på området gir for lite anvisninger, og at det derfor blir vanskelig for kommunene å forvalte. Helsetilsynet (ibid.) etterlyser mer konkret veiledning til kommunene om hvilke tjenester de skal yte, til denne gruppen.

Regjeringen (Meld. St. 16 (2010-2011) skriver i *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* at det stilles store krav til ledelse og organisering for å sikre kvalitet i tjenestene og effektiv bruk av personellressursene. Ledelse av helsevirksomheter er i økende grad profesjonalisert. Lederne har i de senere år fått større bredde i kompetanse og erfaringsbakgrunn. Langt flere helsepersonell har formell lederutdanning, og en økende andel har en annen utdanning enn helsefaglig. Å være leder i helse- og omsorgstjenestene oppleves av mange som svært krevende. Det er viktig med lederutdanning og lederutvikling og det er behov for mer kunnskap om hva som faktisk virker innen helseledelse, lederutvikling og lederutdanning. Ledere i omsorgsfeltet rekrutteres gjerne fra fagfeltet, og mangler ofte formell lederkompetanse. Det er et pågående prosjekt; *Flink med folk i første rekke*, som KS og Helsedirektoratet samarbeider om hvor et av målene er økt tverrfaglig samarbeid og samhandling.

Når det gjelder tverrfaglige team, skriver Øvretveit (2000) at teamlederen er den mest avgjørende faktoren med tanke på form og innhold i teamet. Teamlederens personlighet og ferdigheter er viktige, og det er også den ofte glemte formelle rollen lederen har. Teamledelse er aldri lett, og alle ledere tar i bruk alle ferdigheter de innehar for å få oppgaver utført. Men det er, ifølge Øvretveit (ibid.), ikke nok for å lede de fleste tverrfaglige team. I andre team enn nettverksteam

er ledelse umulig uten å ha definert(e) autoritet og retningslinjer. I en underveisevaluering av *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romerikeprosjektet»)* skiver Hansen & Ramsdal (2012) at en av styrkene prosjektet har hatt er en sterk og klar prosjektledelse som har våget å ta noen konfrontasjoner der det er ansett nødvendig for å sikre at mål og intensjoner med prosjektet blir ivaretatt.

Agenda (2007) påpeker som nevnt betydningen av god forankring og lederstøtte. Samarbeidet må verdsettes på alle nivå i organisasjonen og bør involvere ledere på flere nivåer. Betydningen av å ha et strategisk og analytisk perspektiv på samarbeidet vektlegges og brukerperspektivet bør stå i fokus for å sikre godt samarbeid mellom de ulike linjenivåene. Snarere enn at de organisatoriske rammene legger absolutte føringer for behandlingen og oppfølgingen av brukerne, bør ledere, ifølge Agenda (ibid.), ha fokus på helheten i oppfølgingen av den enkelte bruker. Noe av det samme påpekes flere ganger av Hansen (2007).

Holm & Severinson (2010) har i en litteratur-review sett på ledelse i psykisk helsevern med tanke på hva ledere trenger for å utvikle sin lederrolle, og de fant tre tema som var viktige: 1) Klargjør rolle-forventninger og utviklingsområder. 2) Anvende evidensbasert forskning i praksis for å imple-mentere forbedringer og organisatoriske endringer innen psykisk helsevern. 3) Er en god kommunikator som kan støtte, og myndiggjøre andre. Leder av Norsk Psykologforening, Tor Levin Hoffgaard (2010) hevder på sin side at det er grunn til å spørre om helseforetakene forstår betydningen av ledelse inne psykisk helse når Statens helsetilsyn år etter år har påpekt de samme feilene på DPS-ene. Han hevder videre at ansvaret først og fremst ligger hos helsemyndighetene og helseforetak som åpenbart ikke prioriterer organisasjonsutvikling og kompetansebygging hos leder i institusjonene godt nok.

## DEL 4 REDEGJØRELSE FOR METODER & MATERIALE SOM ER BRUKT

I dette kapittelet redegjør jeg for hvilke metoder jeg har lagt til grunn og brukt i min masteroppgave og begrunner dette. Først kommer en oversikt over hele forskningsdesignet med styrker og svakheter, utvalg & fravalg og geografi. Deretter litt om brukerens stemme, brukervedvirkning og med- & deltakerbasert forskning. Videre tar jeg for meg litt om logg- & refleksjonsdata og deltakende observasjon. Så kommer noe om sekundærdata-studiene som er valgt brukt i oppgaven. Intervjuene kommer deretter før jeg avslutter med noen etiske overveielser.

### 4.1 Hvordan samle inn data om psykisk helsesamarbeid?

Jeg kunne utført dette forskningsprosjektet på mange forskjellige måter, men jeg har valgt å bruke følgende metoder (uthevet er metodene som i hovedsak er brukt til innhenting av data):

- Kvalitativ metode ved bruk av
  - med- & deltakerbasert forskning,
  - **sekundærdatastudier (gjennomgang av teori rundt tema - litteraturstudie),**
  - **fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer av brukere/pasienter og representanter for tjenesteapparatet,**
  - **deltakende observasjon og**
  - logg & refleksjon.

Undersøkellesdesignet vil etter min vurdering være godt egnet til å finne mer ut om min problemstilling og mitt forskningsspørsmål. Valg av undersøkelsesdesign har store konsekvenser for undersøkelsens *gyldighet* (Jacobsen 2010). Eksisterende kunnskap kan gi et godt beslutningsgrunnlag og gode råd i hvordan vi kan forbedre praksis (Kunnskapsenteret 2008a). Vi må i utgangspunktet definere hvilke kunnskaper vi skal hente inn og kunnskapsbasert praksis kan hvile på ulike typer kunnskap (ibid.:7):



Figur 4:1

Mitt forskningsdesign dekker i det store alle typer kunnskap; konteksten, brukerkunnskap & brukervedvirkning, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap. Svakheterne kan sies å være det samme som den generelle kritikken overfor en eklektisk tilnærming: Litt av hvert, med fare for at enkeltdelene ikke er gode nok, målrettet nok, brukt på en formålstjenlig og korrekt

måte eller vurdert godt nok. Faren er også tilstede for at dataene ikke transparente og etterprøvbare. Dette vil igjen føre til at konklusjonene er mindre gyldige. Valget av å kombinere mange metoder ligger i at jeg anser mitt tema, min problemstilling og mitt forskningsspørsmål som innfløkt med mange forskjellige determinanter som er sammenvevd og det kan være vanskelig å peke på bestemte årsaker som i stor grad påvirker samarbeidet i den ene eller andre retningen.

Mange metoder utfordrer mer meg som forsker med tanke på faren for mer uoversiktlig struktur, innhold og oppsett i oppgaven. Det hadde sannsynligvis vært lettere for meg å velge et mindre tema og derved sannsynligvis færre metoder og men det valget gjorde jeg ikke. Schönfelder (2007) skriver også at det er vanskelig å operasjonalisere undersøkelser om samarbeid i et håndterbart forskningsdesign. Formålet med å velge flere metoder er valgt med tanke på å få frem mange poenger rundt psykisk helsesamarbeid mellom DPS og kommune/bydel med håp om at poengrikdommen belyser klarere determinantene for samarbeid. Alvesson & Skölberg (2008:540) skriver at god forskning med vekt på mange poenger muliggjør en kvalitativ ny forståelse av aktuelle utsnitt av den sosiale virkeligheten: «Det bryter mot tidligere tänkande, åtminstone på någon punkt. Läsaren uppmuntras tänka till och om. Poängrik forskning problematiserar. Åtminstone en antydan till aha-upplevelser bör således prägla normalläsarens reaktion.».

Jacobsen (2010:79) viser til at idealet er en kombinasjon av metoder og tilnærminger: «Vi kan nærme oss idealet gjennom å kombinere ulike metodiske tilnærminger og ulike typer data.» Jeg har kombinert flere metoder, men kunne konsentrert meg om færre. Eller jeg kunne hatt et forskningsdesign hvor jeg for eksempel kombinerte kvalitative og kvantitative data (data-triangulering) eller en kombinasjon av intensivt og ekstensivt design (designtriangulering). En annen mulighet var som nevnt å snevre inn forskningsspørsmålet mitt og velge langt færre metoder, men hva som påvirker samarbeidet har jeg undret med over lenge.

Jeg kunne også kun fokusert på hvordan brukere og pårørende forholder seg til mitt forskningsspørsmål. Det er brukerne samarbeidet er til for. Årsaken til at jeg ikke har gjort det er den samme argumentasjonen brukt for tverrfaglighet; brukere er spesialister fra sitt ståsted, fagfolk og spesialister fra sitt og myndighetene fra sitt. Sammen med forskning danner dette et bredere perspektiv på samarbeidet og hva som kan påvirke det i den ene eller andre retningen. Et forskningsdesign ved bruk av kun sekundærdatastudier kan i mine øyne også lett bli for snevert med tanke kompleksiteten i tema og hvor mye forskning det er utført fra før.

Denne studien er deduktiv i den forstand at jeg går fra teori til empiri. I motsetning til induktiv hvor jeg hadde startet uten noe teori, antakelser og hypoteser. Jeg har før jeg går ut og innhenter empiriske data noen hypoteser om hva påvirker samarbeidet og har valgt ut to dimensjoner som jeg velger å bruke for å svare på min problemstilling og mitt forskningsspørsmål:

- hemmer/fremmer (som ligger i selve forskningsspørsmålet)
- systemiske, organisatoriske og relasjonelle determinanter

Dette har innvirkning på mitt ståsted som forsker og hvordan intervjuene er utført (se videre under 4.6). Jeg har også flere hypoteser på hva som hemmer og fremmer det psykiske helsesamarbeidet som jeg har gjort rede for i 2.1.2. Gjennom kontroll mot medforskere, andre fagfolk (deltakerbasert forskning), annen teori og empiri er dataene, funnene, temaene og analysene gjort mer gyldige (Jacobsen 2010).

Alvesson & Sköldbberg (2008:554) skriver at det ikke er avgjørende for kvalitativ forskning hvordan vi teknisk håndterer ulike element i arbeidet. Det som bestemmer verdien av forskning er i stedet fremst bevisstheten om og ferdigheten til å håndtere forskningens tolkningsdimensjoner på flere ulike nivåer. God kvalitativ forskning er ikke et teknisk prosjekt, men et intellektuelt sådan. Refleksjon, ikke slavisk følge prosedyrer, utmerker vitenskapelighet i samfunnsvitenskapen. Forskjellen fra annen gjennomtenkt aktivitet, for eksempel utredningsarbeid og undersøkende journalistikk, blir derigjennom påtakelig. Å hankses med (konstruere og ytterligere tolke) empiri på en reflektert måte og da erkjenne flertydighet gir samfunnsvitenskapen ett distinkt adelsmerke:

Forskning följer enligt det här perspektivet (eller snarare metaperspektivet) ingen linjär process eller monolitisk logik. Det kan vara frestande att argumentera mot eller starkt nedtona möjligheten av rationalitet i (samhällsvetenskaplig) forskning, hvilket postmodernister, radikalkonstruktivister m.fl. gjort i stor skala under senare år. Vi följer dessa så långt som at instämna i att försök att definiera empirisk forskning som ett överlägset rationellt projekt inte är särskilt lyckat. Vi ser dock inga *konstruktiva* skäl till att inta de den motsatta ståndpunkten. Vi fastnar därför för en syn på forskning som ett provisorisk rationellt projekt, där kärnan i rationaliteten handlar mer om reflektion än om procedur.

## 4.2 Brukerens stemme og med- & deltakerbasert forskning

I de senere år har det blitt mer og mer vanlig å se på hva som virker innen psykisk helsearbeid med tanke på behandling, effekt av forskjellige tiltak og organiseringer. Da har psykisk helsearbeidere i større grad begynt å spørre brukerne selv om hva de synes har betydning for kvaliteten på den hjelpen de har fått og får. Tradisjonelt har det vært spesialister; psykiater, lege, psykolog som har vært dem som har styrt hva som har vært god behandling.

Denne tradisjonen stemmer ikke alltid så godt overens med det brukeren/pasienten selv mener har hjulpet dem mest i tilhelingsprosessen, og hva som bør vektlegges i fremtidens psykiske helsearbeid (Kunnskapsenteret 2008a; Mandelid 2009; Knutsen 2010; Aarre 2010; Andersen & Karlsson 2011; Larsen & Agdal et al. 2013). Brukerne er mer opptatt av å finne måter å skape et meningsfullt liv i sitt lokalmiljø enn å bli kvitt alle symptomer (Andersen & Karlsson 2011).

Askheim & Borg (2010) viser til begrepet *deltakerbasert forskning* og skiller mellom pragmatisk, nytteorientert gren og en politisk-ideologisk gren. Kort fortalt går pragmatisk nytteorientert gren ut på å få til forandring, og politisk-ideologisk gren ut på å få til empowerment; personer eller grupper som er i en avmaktssituasjon skal opparbeide styrke og kraft for å komme ut av avmakten. Jeg er tilhenger av begge, og mener psykisk helsearbeid i lang større grad bør høre på hva brukerne har å si og vektlegge dette i langt større grad enn i dag, også når det gjelder samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel. For å kvalitetssikre forskning har jeg involvert flere medforskere med bruker- og/eller pårørendeerfaring og invitert andre til å delta i mine undringer, valg, utfordringer og tanker rundt det psykiske helsesamarbeidet mellom DPS og kommune/bydel. På den måten har min forforståelse, mine fordommer og hypoteser blitt drøftet, utfordret og nyansert under hele prosjektet med å skrive masteroppgave.

Mine medforskere fikk ikke anledning til å påvirke mitt valg av tema. Det var valgt før jeg tok kontakt med dem. Blogger på NAPHA, Odd Volden (2012), skriver i sin artikkel *Hva kan masterstudenter i psykisk helsearbeid forske på?*, på nettstedet [www.psykiskhelsearbeid.no](http://www.psykiskhelsearbeid.no), at det er et systemproblem at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter antakelig i liten grad influerer på studentenes valg av tema for masteroppgaver. Det må vi gjøre noe med skriver Volden (ibid.), og jeg er enig i det: «Det er systemproblem, og det er et systemproblem utdannerne må løse.», påpeker han.

For at medforskning skal kunne brukes som en bedre metode bør flere brukere og brukerrepresentanter få opplæring i forskning, noe blant annet Høgskolen i Buskerud har tatt tak i. I Sverige og i England er det også langt mer utbredt å kreve at det skal være medforskning for å få forskningsmidler. Jeg brukte ikke metoden primært til å hente ut data, men mer til å vurdere funn, stille spørsmål, undre meg og reflektere over et stort og innfløkt tema og et i mine øyne krevende forskningsspørsmål. Sammen med deltakerbasert forskning har dette i mine øyne medvirket til at svarene på min problemstilling og mitt forskningsspørsmål er mer troverdige og gyldige.

### 4.3 Logg- & refleksjonsdata og deltakende observasjon

Årsaken til at jeg også har valgt å bruke logg- & refleksjonsdata i tillegg til de andre metodene er flere. Ingen er egentlig imot samarbeid, men hva egentlig samarbeidet er i praksis og hva som ligger bak av determinanter med tanke på hva som fremmer og hva som hemmer psykisk helse-samarbeid kan det være vanskeligere å få tak på. I valg av forskningsdesign hadde jeg en hypotese om at det også kunne være data om mitt forskningsspørsmål som jeg ikke ville kunne fange opp med de andre metodene. Jeg hadde også tanker om at samarbeidet er dårligere enn det ofte blir beskrevet i praksis, og at faktorene som egentlig hemmer eller fremmer samarbeidet kan være noe annet enn det som ville komme frem i for eksempel intervjuer og sekundærdata-studier.

Håpet var at jeg ved å bruke også denne metoden ville fange opp determinanter som jeg ikke ville få ved bruk av andre metoder i mitt forskningsdesign. Jeg hadde også tro på å få mer troverdige data i det jeg antar det er ingen informanter som sier at de er mot samarbeid, men anklager andre for ikke å gjøre det de skal. Jeg ønsket også å øke min refleksivitet (krav jf. Jacobsen 2010) både rundt min rolle i forskningssituasjonen hvor jeg også er en part i samarbeidet, og i hva ligger egentlig bak de dataene jeg får tak i. Jeg antok at det kunne ligge mer bak enn det som kommer frem som rådata og da er logg- og refleksjon en god metode i tillegg til de andre metodene.

Deltakende observasjon ble helt naturlig i det jeg arbeider midt i feltet og for tiden har samarbeid som arbeidsfelt i form av blant annet prosjekt. Det er noen begrensinger med å studere egen organisasjon. Nielsen & Repstad (2004:241ff) mener at som direkte involvert i det jeg forsker på kan det; "... være vanskelig å se skogen for bare trær.", som innebærer at jeg må ta hensyn til flere faktorer/huskeregler (noe omskrevet er de i Vedlegg VI). Med dette i bakhodet har jeg ført logg- & refleksjonsdata og notater fra deltakende observasjon i over to og et halvt år fra november 2010. Så godt det har latt seg gjøre har jeg fulgt de praktiske råd som Nielsen & Repstad (ibid.) beskriver for hvordan jeg skal få distanse både til det jeg studerer og min egen rolle.

Jeg har notert ned fra blant annet møter med spesialisthelsetjenesten, møter med brukere, medforskere, ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter, konferanser, seminarer, kongresser, kurs, dialogmøter, PRIO-møter<sup>17</sup>, utvalgsarbeid, m.m. Jeg har ikke skjult at jeg forsker, hva jeg forsker på og mitt tema og forskningsspørsmål er kjent av flere; det Jacobsen (2010) kaller åpen observasjon. Jeg har også involvert brukere, praktikanter, erfaringskonsulenter, kollegaer, studenter, ledere og andre fagfolk i forskningen slik at det kan kalles deltakerbasert forskning.

---

<sup>17</sup> Ukentlige møter mellom alle tre nivåene, hvor oppgaver og pasienter/brukere bli drøftet og fordelt.

Starrin (2007) skriver at deltakerbasert forskning forsøker å leve opp til mottoet forskning *med* folket, i stedet for forskning *om* folket.

Bruken av logg- & refleksjon som metode ser jeg enda mer nytten av nå i ettertid. Tiden for gjennomføringen av prosjektet ble lengre enn planlagt, og det er for meg merkbart at jeg har forandret både synspunkter og innstilling når det gjelder temaet mitt psykisk helsesamarbeid. Selv om jeg har brukt logg- og refleksjonsdata en god del, kunne jeg kanskje ha brukt det mer. Jeg ser nå mer nytten av denne metoden og forstår muligens bedre hva årsakene til at mange veiledere i helse- og sosialutdanningene bruker dette bevisst som krav overfor studentene i praksis.

Til dette formålet hadde jeg en liten bok fra *Verdensdagen for psykisk helse* som jeg alltid hadde med meg. Det var viktig for meg å føre logg med en gang og reflektere så snart som mulig for blant annet å ikke miste det autentiske. Det har blitt mange refleksjoner i etterkant også. Jeg har nå en mobiltelefon<sup>18</sup> hvor jeg noterer med penn ned tanker og inntrykk som jeg får i den deltakende observasjonen. I ettertid ser jeg at jeg ikke nødvendigvis fikk særlig flere data om determinantene, men som nevnt mer troverdige data som også hjelper meg til å analysere dataene. Det har hjulpet meg å se bak rådataene og se klarere hva som ligger bak dataene og kontekstens betydning i samarbeidet. Logg & refleksjon (og notater) har også vært et verktøy til å reflektere over hvor jeg står som forsker i prosjektet.

Dette mener jeg har vært viktig på grunn av at jeg forsker på et tema som jeg arbeider innenfor og jeg representerer en av partene i samarbeidet. På den måten har jeg hatt muligheten til å reflektere over de inntrykk jeg har fått, og jeg har kunnet vurdere min tolkning på en bedre måte. Jeg ser også eksempler på at det har hjulpet meg å innta en mer nøytral og nyansert holdning til negative omtaler om DPS og ansatte der. Etter jeg har reflektert har jeg også ved flere anledninger gått tilbake og stilt avklarende/oppfølgingsspørsmål.

#### **4.4 Sekundærdatastudier (gjennomgang av teori rundt studien og konteksten – litteraturstudie)**

Teoretisk rammeverk for undersøkelsen og mitt forskningsspørsmål er lagt under kapittel 3. Jeg har der tatt utgangspunkt i statlige føringer og dokumenter, relevant stoff fra bøker og fagtidsskrifter og noe fra nettsider som jeg og andre betegner som reliable. Utenom tok jeg sammen med bibliotekar på Høgskolen i Østfold et litteratursøk i begynnelsen av desember 2012 for å se om det var noe nytt som var særlig relevant i forhold til mitt forskningsspørsmål.

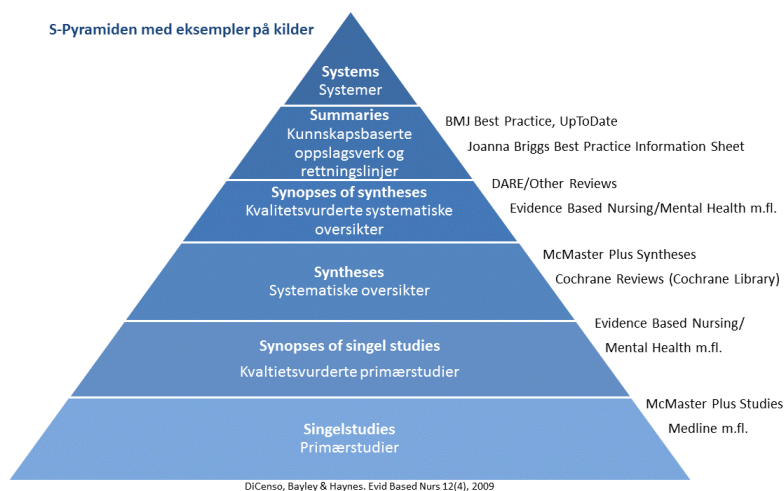
---

<sup>18</sup> Samsung Galaxy Note



Jeg satt også opp flere automatisk varslinger på søkebegreper på *Google Scholar* og fikk tak i noen artikler, master-/doktorgradsarbeider, forskningsarbeid, m.m. der. Jeg abonnerer på en god del nyhetsbrev, er på Twitter og tok også et kurs i *Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis* på Medisinsk bibliotek ved Oslo universitetssykehus i november 2012 for å friske opp litteratursøkekunnskapene mine. I år er jeg med på et skriveverksted i regi av Norsk forening for psykisk helsearbeid (NFPH 2013) og Høgskolen i Buskerud som blir ledet av professorene Marit Borg og Bengt Karlsson.

I forskning er det ofte anbefalt å starte høyest opp i den såkalte S-pyramiden (Helsebiblioteket 2012; Kunnskapsbasert praksis 2012). S-pyramiden er en modell som fremstiller hvordan helsefaglig forskning kan plasseres på ulike nivåer avhengig av graden av oppsummering og kvalitetsvurdering. Det anbefales at alle søk går til og med nivået for systematiske oversikter. Ved funn av en oppdatert kunnskapsbasert prosedyre eller retningslinje eller en systematisk oversikt som besvarer spørsmålet kan vi slutte her. Denne masteroppgaven har med studier fra det høyeste nivå og nedover i S-pyramiden.



Figur 4:4

Det kan være fare for at jeg som forsker er for ensidig når jeg velger ut teori som blir tatt med i masteroppgaven. Med det i bakhodet har det vært viktig å ta med studier høyt oppe i S-pyramiden, statlige føringer og flere anerkjente forskere/forfattere i teoridelen. Jeg har også utfordret med- & deltakerbaserte forskere til å komme med innspill på valg av teori og kilder. Masteroppgaven er som nevnt ikke en ren sekundærdatastudie, slik at sekundærdataene mer understøtter primærdataene. Jeg er nok også påvirket av den (høy)skolen hvor jeg tar min utdanning (grunn-, videre- og masterutdanning), i det jeg bruker en del teori fra ansatte der.

## 4.5 Fokusgruppeintervjuer

Sammen med en medforsker utførte jeg en pilotstudie i form av fokusgruppeintervju på Operativt Forum ved Edwin Ruud DPS. Pilotstudien gikk bra og alle bidro med sitt og var engasjerte. Mye kom frem og jeg tok dette som et tegn på at forskningsdesignet med det åpne spørsmålet kunne egne seg også til grupper der jeg ikke kjente medlemmene på forhånd, og til individuelle intervjuer. Fokusgruppeintervjuer egner seg gjerne blant annet som et supplement i en forskningsprosess for å avklare forskningsspørsmål og utvikle hypoteser (Johannesen, Tuft og Kristoffersen 2009).

Neste fokusgruppeintervju ble en annen medforsker med. Intervjuet gikk bra også på Operativt Forum ved Moss DPS. Temperaturen var høy og engasjementet stort. Jeg ledet intervjuet og gruppen, og valgte å begynne med hva som hemmer. Etter en stund ble stemningen litt tung og en av deltakerne foreslo at vi gikk over på hva som fremmer psykisk helsesamarbeid mellom DPS og kommune/ bydel. Mye data kom frem i dette intervjuet og deltakerne var inne på en rekke tema som kan fremme og hemme det psykiske helsesamarbeidet. En annen fokusgruppe ville ikke delta i studien på grunn av at den sittende lederen mente at Operativt Forum ikke var riktige fora å stille dette spørsmålet.

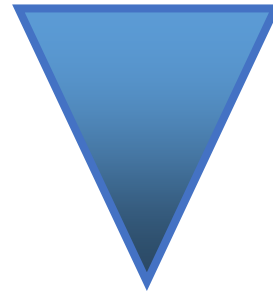
Det siste fokusgruppeintervjuet tok jeg sammen med to medforskere på Pårørende-senteret i Oslo (PiO-senteret). Det er også base for LPP (Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse) Oslo. Personlig ombud der ble også med. Ordningen personlig ombud er hentet fra Sverige. De arbeider uavhengig av myndigheter, og på den enkeltes persons oppdrag basert på deres ressurser, behov og oppsatte mål. Det er en ordning som ifølge PiO-senteret (2013) har bidratt til bedre tilpassede tjenester for den enkelte, til færre innleggelses og til at flere har fått muligheten til et uavhengig liv på egne premisser. Ordningen med personlig ombud er evaluert av Rambøll (2011).

## 4.6 Individuelle intervjuer av brukere/pasienter og representanter for tjenesteapparatet

I starten av masteroppgaven var det ikke helt klart for meg hvem jeg skulle intervjuer, men noen brukere ble valgt ut på grunn av at de er talføre, har erfaring med både DPS og kommune/bydel og ikke er redd for å si hva de mener. Det var viktig for meg at det var tidligere brukere eller brukere fra andre bydeler/kommuner hvor jeg ikke arbeider og at jeg ikke hadde noen påvirkning på tjenestene de får i dag (og eventuelt vil få fremover).

Ut i prosessen kom jeg frem til at det var tjenlig å velge informanter fra forskjellige nivåer i systemet og da ble det etterhvert:

- Brukere og erfaringskonsulent
- Regionssekretær for Mental Helse
- PiO-senteret (LPP) med personlig ombud
- Bydelsoverlege
- Representant fra Helseetaten
- Rådgiver på DPS
- Representant fra Fylkesmannen
- Representant fra Helsedirektoratet



Figur 4:6

Utvalg av informanter har vært hvem jeg eller andre kjenner til som jeg/vi antok kunne uttale seg om temaet. Dette uten at jeg visste klart hva de mente om det (flere visste jeg overhodet ikke hva de kunne mene om temaet). Noen ganger var det også snøballmetoden (Jacobsen 2010; Johannesen, Tufte & Tufte 2009) som førte til at noen ble spurt. Jacobsen (2010) skriver at valg av informanter bør være formålsoverorientert, og formålet mitt er å finne hva som fremmer/hemmer og hvilke tema brukere, pårørende og representanter for det psykiske helsearbeidet mener påvirker samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel.

Det innebærer at utvalget bør være styrt av hva slags informasjon vi ønsker å få; det typiske. For å svare på min problemstilling og mitt forskningsspørsmål ble det etter hvert viktig for meg å velge informanter fra stort sett alle nivåene innen psykisk helsearbeid for å gi et bredt og godt bilde som kan danne grunnlag for en analyse og gi svar på det jeg forsker på. I det jeg kan si at jeg bestemte meg for hvilken målgruppe intervjuene skulle rette seg mot for å samle nødvendige primærdata, kalles det et *strategisk* utvalg (Johannesen, Tufte & Kristoffersen (2009)). Utvalget kan også sies å være den omvendte pyramide<sup>19</sup>, med brukeren og pårørende øverst og representanter for tjenesteapparatet og myndigheter nedover i pyramiden. «Du begynner med det viktigste og avslutter med detaljene.», står det i Det Store Norske Leksikon (SNL 2013).

I intervjuene fulgte jeg rådene som Jacobsen (2010) og Johannesen, Tufte & Kristoffersen (2009) beskriver for hvordan jeg skal opptre. Jeg valgte bare å gå ut med mitt åpne forskningsspørsmål, og brukte ikke en skriftlig intervjuguide. I mitt forskningsspørsmål er det en dimensjon (hemmer/fremmer) som jeg gikk åpent ut med i det den ligger i selve forskningsspørsmålet. Den andre dimensjonen (systemiske, organisatoriske og relasjonelle) brukte jeg ikke åpent i intervjuene. Dette kalles *semi-strukturert intervju* eller *delvis strukturert intervju* (ibid.). Det vil si at jeg har en

<sup>19</sup> Uttrykket den omvendte pyramide lærte jeg først av nåværende avdelingsdirektør i Helsedirektoratet Anette Mjelde når jeg var ute og intervjuet henne om min oppgave *Oligofrenipsykiatri – et kommunalt rehabiliteringsansvar!* på slutten av nittitallet.

overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølgen kan varieres; jeg beveger meg frem og tilbake. Jeg ønsket å gå mest mulig åpent ut for å samle flest mulige poenger uten å lede informantene i den ene eller andre retningen. Samtidig har jeg hypoteser om hva som påvirker samarbeidet generelt og i den ene eller andre retningen. Alle informantene var mer eller mindre innom både systemiske, organisatoriske og relasjonelle determinanter.

Selv om jeg ikke kan si at jeg er erfaren i å intervju folk, har jeg lang erfaring som psykisk helsearbeider og er vant med å snakke med folk og lytte til det de har å si. Det er i mitt yrke viktig å få frem det brukeren tenker, føler og mener, uten for stor påvirkning av meg. Jeg er godt trent i å bruke åpne spørsmål og lytte. Nysgjerrig på andres meninger har jeg alltid vært og kan grave som Jacobsen (2010) minner på er viktig. Noen ganger kan jeg også utfordre for å få frem tydeligere hva informantene mener. Jeg har også en etterutdanning i veiledning som kom til god nytte også i dette prosjektet.

I analysen av de individuelle- og fokusgruppeintervjuene er det primære for meg som forsker å forstå hvordan informantene gir handlinger og utsagn mening gjennom å beskrive sammenhengende meningssystemer gjennom såkalte tykke beskrivelser (Lundby 1998). «Det primære for forskeren er altså ikke teksten som analyseres, men forståelsen som ligger bak.» (Holter & Kalleberg 2002). I det teoretiske og empiriske materialet tar jeg sikte på å identifisere meninger og nøkkelbegreper som er hyppig representert med tanke på mitt forskningsspørsmål. Dette gjør jeg ved bruk av koding og kategorisering (Johannesen, Tuft & Kristoffersen 2009), som hjelp til å tydeliggjøre ulike tendenser og temaer i dataene mine.

Koding brukes for å avdekke og organisere de meningsfulle utsnittene og bidrar til å redusere og ordne datamaterialet slik at det blir lettere å analysere (ibid.). Koding er et utsnitt av en tekst og klassifiserer informasjonen, og er et verktøy for å påvise og organisere meningsbærende informasjon. Dette hjelper meg til å slå sammen alle tekstdeler som knytter seg til min problemstilling og mitt forskningsspørsmål. Koding er kun et ledd i fortolkningsprosessen. Det er en forutsetning for å få tak i meningsinnholdet og fortolke det, men kodingen kan ikke erstatte tolkningsarbeidet.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er tolkning og analyse prosesser som pågår fra det øyeblikket jeg som forsker begynner med datainnsamlingen, til jeg er ferdig med å analysere og tolke funnene i etterkant av innsamlingen. Dette erfarer jeg også er tilfelle i dette prosjektet. Jeg som forsker er

også farget av mitt teoretiske ståsted og mine erfaringer. Tolkning og analyse av datamaterialet vil bli påvirket av mine tidligere erfaringer, opplevelser og teorier som jeg bærer med meg. Jeg prøvde så langt det lar seg gjøre å være objektiv og stille meg litt utenfor. Men det er ikke dette fullt mulig, særlig når jeg selv arbeider med og engasjert i det, og er en part i samarbeidet. Se også etiske overveielser under. Som nevnt brukte jeg båndopptaker, eller retttere sagt mobiltelefonen til å ta opp intervjuene. Jeg testet det ut først og det virket greit. Mobiltelefonen er med sikkerhetslås jf. Oslo kommunes regler. Dataene ble overført til PC og bearbeidet der. Intervjuene er transkribert, kodet, kategorisert og tematisert.

#### 4.7 Etiske overveielser

Jacobsen (2010) hevder at det er viktig å utforske datamaterialet med et åpent sinn og prøve å se bort fra sine tidligere erfaringer. Det fenomenologiske og hermeneutiske perspektivet taler på sin side mer for at det ikke er mulig å tre ut av eget subjekt, ut av egne erfaringer og forståelse. I det individet er et subjekt, må også fortolkningen og forståelsen av datagrunnlaget bli subjektiv. Det er imidlertid viktig å ikke underslå eller fordekke det subjektive aspektet i analysearbeidet, men snarere fremheve og tydeliggjøre det i tråd med god forskningsetikk, noe jeg har søkt å gjøre.

Forskning må underordne seg etiske og juridiske retningslinjer (Johannesen, Tufte & Kristoffersen 2009). Etiske problemstillinger oppstår når forskningen direkte berører mennesker, spesielt i forbindelse med datainnsamlingen, enten den foregår gjennom deltakende observasjon, intervjuer eller eksperimenter. Jeg må passe på at jeg som forsker kan påvirke mine informanter gjennom de virkelighetsoppfatninger og kunnskaper jeg formidler. Slik påvirkning kan skje enten gjennom påvirkning av folks forståelse av seg selv, eller gjennom påvirkning av andre menneskers forståelse av en. Dersom forskningsresultatene brukes på en slik måte at folks oppfatning av seg selv endres drastisk, kan det også få alvorlige konsekvenser for dem som rammes (ibid.).

Vaner eller etablerte handlingsmønstre kan endres som følge av at de fortolkes på en ny måte. Dette trenger, ifølge Johannesen et al. (ibid.), ikke nødvendigvis å være problematisk, noen ganger er det ønsket av både forskeren og dem som er gjenstand for forskning. Andre ganger kan påvirkningen være mer dramatisk og uønsket. Andre og jeg selv omtaler meg som engasjert og tydelig. Jeg liker også godt at folk rundt meg ikke alltid er enig med meg. Da kan jeg reflektere med dem og kanskje komme frem til et annet syn på saken; lære. Skærbæk (2007:73) minner oss på i sin artikkel *Ethical Dilemmas in Quality Research* at: "The engagement of different positions and disciplines will necessarily bring up sharp discussions reminding us that development most often happens through conflict."

I to av intervjuene hadde jeg tanker om at jeg kanskje ledet noen i en eller annen retning. Da spurte jeg informanten i slutten av intervjuet om hun/han synes jeg hadde gjort det, og fikk i begge tilfellene svaret at så ikke var tilfelle. I etterkant har jeg reflektert litt over dette.

Informantene her var erfarne fag-/myndighetspersoner som arbeider tett opp mot tema og i mine øyne klarer å stå for det de mener også i en heftig diskusjon. Med det i tankene er det sannsynlig at dataene er både gyldige og pålitelige også i disse intervjuene.

Jeg intervjuet ikke brukere/pasienter som får tjenester fra meg og mitt arbeidssted, og anonymiserte mine data og oppbevarte dem på forsvarlig måte ifølge fastsatte kriterier. Jeg vurderte om jeg skulle bruke noen av informantene og navngi dem, men kom frem til at jeg ville anonymisere alle informanter i den grad det var nødvendig. Dette for å være sikker på at jeg ikke utleverer noen og står fritt til å bruke uttalelsene i min analyse, fortolkning og konklusjoner. Flere av informantene skrev under på at jeg kunne bruke dataene uten å anonymisere, noen svarte ja med forbehold og noen ville være anonyme.

Det er utarbeidet masterplan (plan for gjennomføring av prosjektet med å skrive masteroppgaven), forskningsprotokoll, informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, prosjektnr. 25178, ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD). Alle informantene ble minnet på at de når som helst, uten grunn, kunne trekke seg fra prosjektet og spurt om ønske om anonymisering muntlig og skriftlig.

## DEL 5 FELTET: DPS OG KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

*Her beskriver jeg feltet som jeg forsker på ved å få frem noe om hva et DPS og kommunalt psykisk helsearbeid er tenkt å bestå av, omfatte og inneholde. Kildene er for det meste fra statlige myndigheter. Til slutt presenterer jeg kort hvilke DPS denne studien har fokusert mest på og hvor informantene, jeg og mine med- & deltakende forskere har sin erfaring fra.*

### 5.1 Distriktpsikiatrisk senter - DPS

Sosial- og helsedepartementet har i Rundskriv I-24/99 (1999) gitt en beskrivelse av hva et DPS skal bestå av, og det er denne omtalen som det også henvises til i den veilederen *Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder* (2001) som Statens helsetilsyn senere har gitt ut.

Rundskrivet gir denne beskrivelsen (Ruud 2006:11):

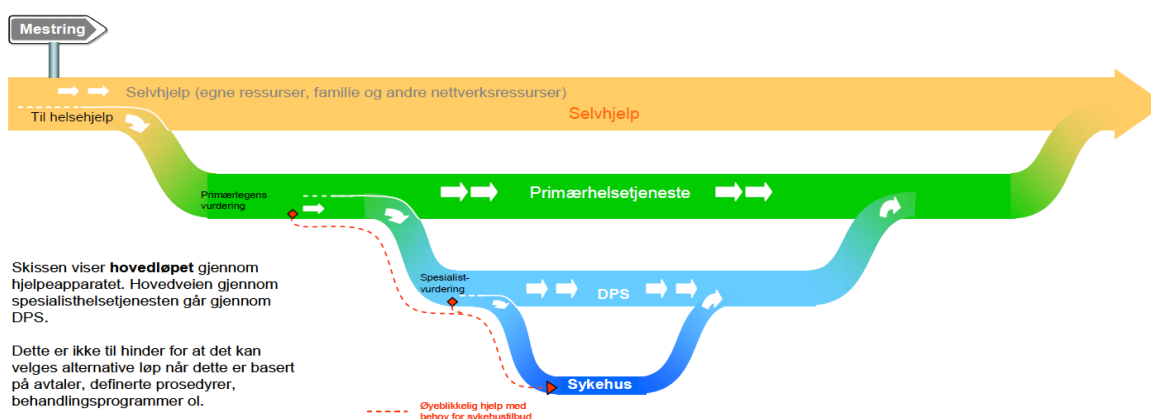
Et DPS er en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk område. Senteret bør bestå av poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling under en felles faglig ledelse. Det skal samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet, gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere i kommunene, og yte polikliniske og ambulante tjenester til pasienter i kommunene. Døgnavdelingen bør kunne tilby korttids krise- og avlastningsopphold for hjemmeboende psykiatriske pasienter, og lengre tids opphold for befolkningen i området.

DPS-et skal gi egne tjenester ved et bredt tilbud med god tilgjengelighet og god nok kvalitet (ibid.). Med sin posisjon mellom 1.-linjetjenesten og de mer spesialiserte sentralsykehusstilbudene har DPS-et også en oppgave i å bidra til koordinering av det samlede tilbudet for den enkelte bruker og til det samlede tilbudet for befolkningen i opptaksområdet. Ruud (2006) mener at behovet og potensialet for forbedring i tilbudet fra DPS-ene må anses størst i de områder der tilbudene vurderes å være mindre gode enn i andre områder. Ut fra kommunenes vurdering er kvaliteten på selve tilbudene bedre enn samarbeid og tilgjengelighet er. Vi burde derfor, ifølge Ruud (ibid.), arbeide med å øke tilgjengelighet og bedre samarbeid.

Når det gjelder psykisk helsearbeid, kan det sies å ha tre nivåer. Det er det kommunale, DPS og sykehusets akutt- og spesialavdelinger. Det kan oppleves at det er langt fra tredje til første nivå. Utbyggingen av DPS var et av de sentrale organisatoriske virkemidlene i Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (St.prp. nr. 63 (1997-98)). De kommunale helse- og sosialtjenestene i kommunene omfatter forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og behandling (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Psykisk helsevern består av sykehus-funksjoner, distriktpsikiatriske senter (DPS), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og privatpraktiserende spesialister. DPS har ansvaret for behandlingstilbudet på lokalsykehusnivå med spesialisert utredning og behandling. DPS skal tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. DPS skal bistå

kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten; det vil si være veien inn og ut av psykisk helsevern. Hovedløpet gjennom hjelpeapparatet kan illustreres slik (Nasjonal Strategigruppe II 2010:14; Shdir 2006c:11):



Figur 5:1

Det pekes på av forskere og forfattere at tjenestene i møte med mennesker med psykiske lidelser er organisert ut fra sykdomsfase og symptomintensitet (Brattrud 2009). Ved sterkere symptomer og lidelse, vil innleggelse i sykehus aktualiseres. Når symptomene igjen dempes blir pasientene henvist til de kommunale tjenestene. Dette kaller Nytingnes & Skjerve (2005) for organisert diskontinuitet. I hvert ledd møter den lidende nye tjenester og nye fagpersoner. Dette innebærer stadige brutte relasjoner i vanskelige faser og overganger i livet (ibid.; Bøe & Thomassen 2007).

## 5.2 Kommunalt psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid i kommunen er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk (Shdir 2005a). Det er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det innebærer også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter (HOD 2012a):

- forebygging,
- diagnostikk og funksjonsvurdering,
- tidlig hjelp og behandling,
- rehabilitering,
- oppfølging i bolig,
- psykososial støtte og veiledning,
- samt henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsearbeid utføres i helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer i kommunen.

Kommunene skal i samsvar med den nye folkehelse-loven ha oversikt over den psykiske helse-tilstanden til befolkningen, faktorer som påvirker den og over behovet for tiltak og tjenester



(ibid.). Målsettingen er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser (Shdir 2005a). Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for tjenester fra ulike instanser (Shdir 2006b). Det er derfor viktig at det er etablerte og gode samarbeidsrelasjoner. Etableringen av gode samarbeidsrelasjoner er en krevende og viktig oppgave hvor kommunen har et stort ansvar.

Det tar tid å etablere god samhandling. Samarbeid skal skje på tvers av organisatoriske enheter, profesjoner og mellom brukere og ansatte. Det er viktig at ledelsen har tydelige mål og samtidig er åpen for ulike måter å gjennomføre samarbeidet på. God samhandling er basert på gjensidig respekt for samarbeidspartenes roller og kompetanse. Psykisk helsearbeidere bør lære av andre og dyrke de gode eksemplene på samarbeid og samhandling (ibid.). Kommunene er sentrale for å lykkes med helhetlig behandling og oppfølging av mennesker med psykiske problemer (HOD 2012a).

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (HOD 2012a) bygger et godt kommunalt psykisk helsearbeid på bred tverrfaglig og tverrsektoriell tenkning. Kommunale tjenester til personer med psykiske problemer utføres i flere sektorer og av ulike faggrupper i kommunen. Arbeidet på feltet krever et sterkt fokus på samarbeid mellom fastlegen og det øvrige psykiske helsearbeidet i kommunen. Fastlegen har en sentral rolle i arbeidet med å forebygge, avdekke og følge opp personer med psykiske problemer. Det er derfor viktig, påpeker Helse- og omsorgsdepartementet (ibid.), at fastlegen har kunnskap om slike problemer og behandlingstiltak, herunder forsvarlig forskrivning av vanedannende medikamenter.

Wackerhausen (1994) argumenterer for at de omfattende utfordringene psykisk helsearbeid står overfor ikke kan løses av et enkelt fag eller faggruppe. Utfordringene må løses i et kollektivt samarbeid av psykisk helsearbeidere. Han (ibid.) understreker at diagnostikk og behandling er vesentlige spesialiteter, men å være psykisk helsearbeider krever en annen innstilling; vi må være både kulturarbeidere og humanister. I dette dannelsesperspektivet er det en vesentlig oppgave for fagfolk å etablere et samarbeid med brukerne/pasientene og deres pårørende, slik at de blir reelle deltakere i egne liv (Bakken et al. 2002; Martinsen 2005; Rolland 2006; Schwandt 2004; Skjervheim 2002).

Andersen & Karlsson (2011:16) skriver at; «... bedringsprosesser må ses som en integrert del av dagliglivet, der det er avgjørende å ikke overse det opplagte. Trivialiteter i slike sammenhenger er alt annet enn trivialiteter. Dette er kunnskap som må ut i fag- og utdanningsmiljøer, og

representerer en motvekt mot mye av den biomedisinske viten som fremdeles preger psykisk helsefeltet». Trivialitetene kan også sies å være en viktig del av det som kalles øyeblikksomsorg (Skatvedt & Edland-Gryt 2012).

Under er en modell for hvordan dagens helsetjenestetilbud ser ut (Mikkelsen 2010):



Figur 5:2

Ifølge regjeringen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) har Norge en relativt døgntung struktur innenfor psykisk helsevern sammenliknet med andre land. Det er en stor utfordring at døgnplassene både i DPS og i sykehusavdelingene i stor grad brukes til personer som egentlig burde ha forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunene. Manglende desentralisering av behandlingsoppgaver og ressurser får konsekvenser for samspillet rundt pasienten og dermed tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen i hele det psykiske helsevernet.

Psykisk helsetilbud i kommunene er ifølge regjeringen (ibid.) ujevnt og til dels utilstrekkelig utbygd mange steder. Rundt 70 % av ressursene i sektoren går til spesialisthelsetjenesten og bare omlag 30 % til kommunale tjenester. Den til dels dårlige tilgjengeligheten på psykisk helsehjelp kan være et ressursproblemmå, men skyldes sannsynligvis også organisering, arbeidsmetoder og samarbeid. Fastlegene mottar et stort antall personer med psykiske lidelser, men samhandler i liten eller variabel grad med andre aktører. Det har vært en stor økning av unge under 40 år som uføretrygdes grunnet psykiske lidelser. 1/3 av de under 40 år som er uføretrygdet og har en psykisk lidelse, oppgir at de ikke har oppsøkt hjelp for sin psykiske lidelse. Mange opplever derfor at de blir uføretrygdet uten å ha blitt behandlet for sitt psykiske problem.

Regjeringen viser til en rapport fra SINTEF (1/09)(ibid.) der de mener at nærmere en tredjedel av pasientene innlagt på døgn i psykisk helsevern ville vært bedre tjent med et kommunalt tilbud, ofte i kombinasjon med et poliklinisk eller ambulant tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Feil bruk av døgnplasser gjelder særlig i sykehussektoren, men også i noen grad i DPS-sektoren. For å få til en omstilling som sikrer brukerne et mer hensiktsmessig tilbud, så må blant annet spesialisthelse-

tjenesten kunne gi råd, veiledning og gjøre vurderinger med tanke på overføring til spesialistbehandling. Omstillingen kan gjøres ved å etablere ambulant team/gjøre vaktjeneste ved DPS mer tilgjengelig for 1.-linjen.

Ifølge rundskrivet *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2012, IS-1/2012* (Helsedirektoratet 2011b), vil samhandlingstiltak/samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak være viktig for at blant annet pasienter og brukere med kroniske tilstander eller nedsatt funksjonsevne, og pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal få helhetlige tjenester og at innsatsen bør settes inn tidligere for å fremme helse og forebygge sykdom og redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.

### 5.3 Presentasjon av informanter (lokasjon og område)

DPS-ene jeg primært har innhentet primærdata fra er Lovisenberg DPS, Edwin Ruud DPS og Moss DPS. Lovisenberg DPS er en del av Lovisenberg Diakonale Sykehus som er Norges største private sykehus og drives på ideell basis med diakonalt verdigrunnlag. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg og har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Lovisenberg DPS har ansvaret for det allmennpsykiatriske tilbudet til innbyggerne i bydelene St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo med til sammen ca. 130 000 mennesker. Edwin Ruud DPS har ansvaret for de omkringliggende 7 kommunene i Indre Østfold (Askim, Eidsberg, Trøgstad, Skiptvet, Spydeberg, Hobøl og Marker) med om lag 50 000 mennesker, like mange som i Mosseregionen (Moss, Råde, Rygge og Våler). Alle DPS-ene har fullverdig tilbud med tanke innhold av både døgn-, polikliniske og ambulante tjenester.

Brukere, med- & deltakerbaserte forskere, og andre informanter har alle erfaring og/eller ansvar for psykisk helsearbeid i dette området. Helseetaten har ansvaret for hele Oslo kommune. Fylkesmannen skal bidra til Stortingets og regjeringens mål og retningslinjer blir fulgt opp i sitt fylke og Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ligger under og blir etatsstyrt av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har også oppgaver fra Kommunal- og regionaldepartementet. Hobøl kommune har under 5 000 innbyggere og Bydel Gamle Oslo 50 000 innbyggere (øker til 60 000 innbyggere innen 2015).

## DEL 6 PRESENTASJON AV PRIMÆRDATA

Her presenterer jeg primærdataene fra med- & deltakerbasert forskning, individuelle & fokusgruppeintervjuer og deltakende observasjon. De har først blitt kategorisert etter dimensjon fremmer/hemmer. Deretter er de igjen kategorisert og kodifisert i dimensjonen systemiske, organisatoriske determinanter. I underkapitlene 6.1-6.7 presenterer jeg dataene samlet etter temaene samarbeidskompetanse, ressurser til det psykiske helsesamarbeidet, tre nivåer og organisert diskontinuitet, fastlegens rolle i det psykiske helsearbeidet, bestiller-utfører-modell, samarbeidsverktøy (avtaler, behandlingslinjer, ansvarsgrupper, IP og meldingsutveksling) og ledelse – gode psykiske helseledere.

Under har jeg kategorisert dataene samlet etter kategoriseringen fremmer/hemmer og etter min andre dimensjon systemiske, organisatoriske og relasjonelle determinanter. Dataene er kodifisert sammen fra både med- & deltakerbasert forskning, individuelle & fokusgruppeintervjuer og deltakende observasjon.

	Fremmer	Hemmer
<b>Systemiske determinanter</b>	<p>Profesjonsuavhengighet og likeverd (ikke hierarki). Mer uklar ansvarsdeling (jf. Italia) og samarbeidsavtaler; da må vi jobbe sammen.</p> <p>Integrere behandling i de daglige tjenestene. Legge DPS (større deler) over til kommunene og få en mer spesialisert spesialisthelse-tjeneste.</p> <p>Tilskuddsmidler (og medfinansiering).</p> <p>God utdanning til psykisk helsearbeidere med tanke på samarbeid. Få det inn i utdanningene.</p> <p>Samarbeidsavtaler.</p>	<p>Organisert diskontinuitet. Systemet kompliserer samarbeid (forskjellige ramme-betingelser; lovverket, mål, budsjetter). Hierarki (3.-, 2.- ned til 1.-linjetjenesten)</p> <p>For dårlig planlagte reformer (eks. OUS).</p> <p>Fylkeslegers/-mannens manglende håndheving av lovverket.</p> <p>Forskjellig kultur og statusforskjeller. Behandling versus psykisk helsearbeid. Feil tilnærming; ikke somatikk (og behandling gir ikke særlig effekt).</p> <p>Kultur i Norge for å være seg selv nærmest, og kanskje ikke forandre (vegring).</p> <p>Bestiller-utfører-modellen.</p>
<b>Organisatoriske determinanter</b>	<p>Det er en organisasjonskultur for å ha brukeren i sentrum, ta utgangspunkt i brukerens behov og ønsker, med et holistisk perspektiv og pragmatisk tilnærming som involverer hele nettverket.</p> <p>Gode systemer og strukturer (felles verktøy; IP, kartlegging, PRIO-møter, koordinerende enhet for re-/habilitering, faste ledere og fast møte-struktur med beslutningsmyndighet) og bruke ressursene riktig. Kommunen inn tidlig og sp.h.tj. med videre, jf. samhandlings-reformen. Lokale samarbeidsavtaler</p> <p>Færre omorganiseringer. Mer tid og ressurser. Tettere og mer samarbeid. Samarbeid avler samarbeid!</p>	<p>Manglende helhetlig perspektiv, og harde grenser for hvem som gjør hva. Ansvars-fraskrivelse. Forskjellige vurderinger på hva bruker trenger i og på de forskjellige områdene.</p> <p>Dårlig ledelse som ikke fremmer samarbeid. Stadige omorganiseringer. Lite og manglende informasjon.</p> <p>Fragmenterte og segregerte tjenester. Brutte tjenesteløp. Ikke oversikt over hva andre gjør, eller samarbeidsavtalen(e)/-strukturen</p> <p>Lite fokus på IP, manglende kriseplaner.</p> <p>For lite ressurser (økonomi &amp; tid) til å prioritere samarbeid.</p>
<b>Relasjonelle determinanter</b>	<p>God samarbeidskompetanse</p>	<p>Mangelfull samarbeidskompetanse</p>

Gjennomgående var det lite spesifikke data om hvordan samarbeidet helt konkret fungerte i praksis og hvordan bør fungere i fremtiden.

## 6.1 Samarbeidskompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter)

Det som går igjen en rekke ganger i mange av intervjuene er å sette brukeren i fokus/sentrum og ta utgangspunkt i det. «Det er behovene som brukeren har som må styre hvilke tjenester, innholdet i tjenestene, omfanget av tjenestene.» uttaler en informant. «Følg pasienten! Alt vi gjør må kobles til pasienten. Pasientløpet. Dette kan vi lære av legene, akuttlegene. Akuttmedisin, krigsmedisin.» uttaler en informant. Flere kan sies å støtte dette utsagnet: «Ha med brukeren; brukeren vet mye om sin situasjon!» Helhetsperspektivet eller holisme er også gjentatt flere ganger blant informantene. Brukeren settes i sentrum og tjenestene organiseres og tilpasses brukerens behov.

Mange er inne på den enkelte psykiske helsearbeiders engasjement, interesse og vilje til samarbeid. «Personfaktoren. Er man positiv til samarbeid hjelper det mye.», kom det fra en informant. Ildsjeler var begrepet en annen informant brukte, og et ønske i den enkelte psykiske helsearbeideren om at det skal fungere. Det må være en god kultur for og gode holdninger til samarbeid for at det skal fremmes til det bedre. Det er viktig med alminnelig anstendighet og høflighet, en anerkjennelse på at andre vet noe vi ikke vet og «Spille hverandre gode.».

Det er flere av informantene som fremhever gode egenskaper i den enkelte som må være tilstede for at samarbeidet kan fremmes. Videre påpekes det viktigheten av felles forståelse av mål, roller, oppgaver og ansvar av noen av informantene, mens profesjonsuavhengighet blir trukket frem av andre, blant annet av en som vil ha en eklektisk og pragmatisk tilnærming for å fremme samarbeidet. Andre mener det er viktig å få tak i hverandres kompetanse, finne plassen sin og jobbe i team. I min deltakende observasjon finner jeg at en nabobydel har et godt og bedre fungerende samarbeid med DPS enn den bydelen jeg arbeider i, ifølge DPS og andre informanter. Der har de laget et stort team (flere tjenester sammen) som ikke er så opptatt av diagnoser, tar utgangspunkt i den enkelte brukers behov og søker kontinuitet i tjenesteutøvelsen. Visjoner, verdier og mål virker godt forankret i ledelse og i tjenesten. En leder er headhuntet til nabobydelen for å prøve å lage noe tilsvarende der.

«Samarbeid avler samarbeid!». En informant uttaler: «Sette seg sammen, snakke sammen og finne ut av det sammen.». «Hva med et 24/7-tilbud sammen?» foreslår noen andre. En pragmatisk tilnærming til samarbeid, ansvar, tilnærming og tjenesteutøvelse fremheves. Et annet forslag for å fremme samarbeidet er å «Ta med brukerne og lage brukerråd sammen.». Vi bør ha felles fagutvikling, og «Vi kjenner hverandre. Det er lettere å ta kontakt når vi har et ansikt» er det flere av informantene som påpeker viktigheten av. «Opptre på de sammen arenaene; kjenner

hverandre, møter hverandre, spiser lunsj med hverandre, er på de samme konferansene. Hospitering; gå hverandres sko.» uttaler en informant. Andre er opptatt av felles seminar, og felles veiledning hvor spesialisthelsetjenesten, 1.-linjetjenesten og brukere er sammen.

En trakk frem behandlere på poliklinikken som verre enn andre på dette feltet i forhold til anerkjennelse for 1.-linjens kompetanse og bidragsevne i samarbeidet. «Det er et A- og B-lag i forhold til å jobbe med folk; spesialist versus høyskoleutdannet.», og det vernes om behandlingen. Den personlige faktoren kommer igjen inn i utsagnet: «Det er ikke systemene det nødvendigvis kommer an på. Det er menneskene!». Videre at vi «Ikke har respekt for hverandres faglighet.». Vi «Ser på hverandre som dumme» og «Det er en manglende felles forståelse.». Det er forskjellige måter å bruke kompetanse og profesjoner på som kan virke hemmende på samarbeidet.

Brukere mener at «På DPS har de helhetsperspektivene på lat.» det vil si på liksom. Videre kan det ifølge noen få informanter være at lite fokus på IP gjør at samarbeidet hemmes. Når det tilbys, legges det ikke mye arbeid i å få brukeren med på det. Det blir vist til at psykisk helsearbeider fra en bydel sier rett ut det krever for mye ressurser; det har blitt en administrativ byrde. Alt for mye tid er bundet opp i vedtakstid sa en informant. En annen informant viser til at det ikke er noe kveldstilbud i kommunen som blant annet DPS kan benytte seg av for å hjelpe brukerne. En tredje viser til manglende tilgjengelighet, og viser til at det er bare en linje inn til akutteamets telefon.

En annet poeng som kom frem fra en bruker med tanke på hva som hemmer er at «I Norge er det litt kultur å sitte og drive for seg selv. Dette har vi funnet ut, og vil ikke dele på dette.». «Være seg selv nok. Ikke del kruttet med andre.». Andre er inne på at tradisjonen/kulturen fra før henger igjen fra gammel tid. «... terapeuten eier sin pasient...». «Den går også igjen i bydelen.» uttaler en informant. Det blir påpekt at siden samarbeidet er for personavhengig viser det at dette henger sammen med kultur, og «Vi er ikke så glade i forandring. Skal vi samhandle tettere enn før er det en forandring.». En annen viser til at «Hvis vi er uenige om retningen, hjelper det ikke å møtes oftere. Bortkastet tid!». Andre påpeker vårt felles ansvar og uttaler: «Vi har ansvaret sammen. Få dette ned i organisasjonen vår.».

Den helhetlige kompetansen finner jeg i min deltakende observasjon i Bydel Gamle Oslos Psykisk helse- og rusteam (PHRT)<sup>20</sup>. Både brukere, pårørende og samarbeidspartnere i og utenfor bydelen (med ROP på LDPS som den nærmeste offentlige samarbeidspartneren) mener de gjør en god jobb og samarbeidet fungerer meget bra, og har gjort det gjennom flere år etter starten for over ti år siden. De har som motto å strekke seg litt lenger for det får de igjen for er deres erfaring. Ledestjerner er tilgjengelighet, tillit og fleksibilitet, og i likhet med en annen informant fremmes alminnelig anstendighet og høflighet, og opptre dannet selv om samarbeidspartnere nedverdiger seg til å gjøre noe annet. Begrepet tillit kom forøvrig lite frem i intervjuene det var andre begreper som ble brukt.

## 6.2 Ressurser til det psykiske helse(sam)arbeidet

Vi «Tenker ut i fra ulike rammer» og de økonomiske rammebetingelsene hemmer samarbeidet sa noen informanter. Det er økonomikutt i HF; HF tar samhandlingsreformens økonomiske insentiv på forskudd uten at kommunene har bygget opp kompenserende tiltak. En annen informant er igjen opptatt av: «Her er det for fragmentert, og stadige omorganiseringer.», og det blir «Tidsklemmer» av det også som virker hemmende. Det er dårlige økonomiske rammebetingelser og ikke tid til å prioritere samhandling og prosjekter. En informant sa at selv med tilskudd fra Helse- direktoratet er det ikke tid til å gå inn i samhandlingsprosjekter, blant annet på grunn av interne omorganiseringer og nødvendig prioritering av egne brukere.

I deltakende observasjon finner jeg også at noen mener at færre og større kommuner, eventuelt interkommunalt samarbeid kan fremme samarbeid. Det påpekes av andre informanter at det bør være færre omorganiseringer, både på DPS men mest i kommune/bydel. «La folk få jobbe i fred og få gjort det de skal, uten for mye å gjøre.» og flere informanter kommer inn på mangel av ressurser og tid slik at samarbeid ikke blir prioritert. En informant minner på at vi finner ikke en kommune som sier at den har god råd.

Noen informanter er særlig opptatt av nettverket: «Nettverket er viktig for å fremme samarbeidet!» og «Samarbeid med pårørende fremmer samarbeid!». Det er viktig å legge rammebetingelsen til rette for nettverket (selv ikke på nye DPS har de planlagt dette, var en påstand). Nettverksmøte som metode fremheves. Andre igjen er opptatt av at tettere og bedre samarbeid mellom behandlere på DPS og psykisk helsearbeidere i kommunen/bydel vil fremme det psykisk

---

<sup>20</sup> Dette teamet er foregangsmodell for teamet i Alna bydel beskrevet av Fugletveit (2013) som en del av 11 rapporter Høgskolen i Østfold har utarbeidet i forbindelse med at de driver Nasjonalt temanettverk for mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester for NAPHA (NAPHA 2009).

helsesamarbeidet. Noen vil også gjeninnføre ordningen med øremerkede midler og enkelte tror det vil komme.

### 6.3 Tre nivåer og organisert diskontinuitet

Det er «Uenighet om hvem gjør hva.» sier en informant og det blir vist til at det er ulikt syn i DPS og kommune på hvordan oppfølgingen skal foregå. «Kommunene har ikke fokus på langtidsoppfølgingen når det gjelder brukere med psykoseproblematikk. Brukere blir skrevet ut fra kommunen selv om de trenger et sikkerhetsnettverk.». Flere har tatt livet av seg etter utskrivelse fra akuttpostene uten at de hadde oppfølging og nettverket hadde fått informasjon om utskrivelse. Systemene kompliserer samarbeidet i form av nivåskillet mellom 1.- og 2.-linjetjenestene. Nå med hver sin koordinator; hva skal egentlig de ha ansvar for blir det spurt. En annen sier: «Systemnivå forskjellig på grunn av det ikke er lik finansiering, kompetanse eller lovverk for DPS versus kommune/bydel.». Det er «Uklare ansvarsforhold!» uttalte en informant, og det er manglende faste samhandlingsfora for psykiske helsearbeidere i 1.- og 2.-linjetjenesten kom det fra en annen informant.

En medforsker sier at DPS er ikke mye å rope hurra for; «... ikke mye hjelp å få der!». En annen sier at han fikk brev fra DPS med teksten: «Det er ikke kostnadseffektivt med videre behandling. ... behandlingen avsluttes.». Det er viktig med folks holdninger til rammene rundt i form av lover og forskrifter med tanke på hva som påvirker det psykiske helsesamarbeidet i den ene eller andre retningen. «Vi er nødt til å bli drevne på lovverket ... i forhold til å vite hvilket ansvar vi faktisk har.». Ansvarsfraskrivelse hemmer samarbeidet. Det er ikke sømløse tjenester og uklart hva samarbeidet skal gå ut på. Vi «Sitte på hver tue og verne om sitt; sine ansatte, sitt ansvarsområde, sitt budsjett, m.m.».

Det er forskjellige eiere, forskjellige budsjetter, journalsystemer, med mer, og de styrer etter forskjellig mål, noe som hemmer det psykiske helsesamarbeidet. «Systemnivå. Oslo kommune er et virvar! Mammut som ikke vet hvor den skal gå. Oslo er en stat i staten!» var en uttalelse som kom frem. Bydelen er som DPS-ene også ulike og dette gjør det vanskelig å samarbeide. Det er fragmenterte tjenester: «Det som er litt paradoksalt: avhengig av symptomintensitet er du på forskjellige steder i helsevesenet. Og er det god behandling? Skifter behandler, miljø, må fortelle historien sin flere ganger.» undrer brukerrepresentanten seg over.

En informant kom med utsagnet: «Det er blåpsykiatrien som styrer. Det er 3.-linjetjenesten som legger føringer på hva som skjer. Dette tar fra brukerne valgfrihet og samarbeidspartnerne



myndighet til å styre sin virksomhet.» Det er harde grenser for hvem som gjør hva, og noen påpeker at det tar for lang tid før tjenester blir iverksatt i bydelen. Flere vil ha spesialistene ut av kontorene (i front), og noen uttaler at de vil ha mer ambulante tjenester for å fremme samarbeidet. Flere er også inne på temaet om å integrere behandlingen i de ordinære tjenestene der brukeren er og lever. «ACT-team fremmer samhandling; putter virkelig pasienten i sentrum.» uttaler en informant, mens flere brukere, brukerrepresentanter og ledere i kommuner vil legge DPS over til kommunene og andre sier at mye taler for det. «Få en lapskaus.», ble brukt som analog av en bruker. Flere av informantene uttaler at kanskje ikke alt skal være med hvis det skjer.

#### 6.4 Fastlegenes rolle i det psykiske helsearbeidet

Flinke fastleger blir fremhevet av en informant som en fremmede faktor. Det er viktig med et godt samarbeid mellom fastlegene og DPS. «Bruke praksiskonsulentene og ordne samlinger og treff.» sier en annen. Mens en informant undret seg om: «Kanskje psykisk helsearbeidere må dokumentere mer likt legene, og dokumentere mer evidensbasert for å argumentere mot legene/andre som har makt?». Medforskerne er opptatt av manglende interesse for samarbeid, og det er for dårlig kontakt mellom fastleger og spesialister i spesialisthelsetjenesten: «Det er ikke telefonisk kontakt engang. Hva da med kommunikasjonen mellom sykehus og kommune?».

En kommuneoverlege mener at fastlegene ikke kan være koordinator for samarbeidet, og en overlege for et ambulant akutteam tror heller ikke at fastlegen kan være den koordinerende faktoren: «Flere mangler interesse, tid og kunnskap.». En fastlege mener at fastleger kan av og til være koordinator i arbeidet, men ikke navet i samhandlingen som vi kan få inntrykk av at myndighetene tidvis mener. Det kom også frem tanker om at kommunene kan kreve med av fastlegene i driftsavtalene de har med dem.

#### 6.5 Bestiller-utfører-modell

En rekke informanter uttaler at bestiller-utfører-modellen hemmer eller kan være begrensende for det psykiske helsesamarbeidet. Særlig en hard/rigid tolkning av modellen blir fremhevet som en hemmende faktor. I min deltakende observasjon har jeg fått erfare både praktisering av psykisk helsearbeid uten bestiller-utfører-modell, en mer hard/rigid tolkning av modellen og en mellomløsning. Mer om dette i min analyse. En informant sier at det er noe fremmedgjørende med det instrumentelle grepet nå du kommer inn i psykisk helse, og vi må ikke lage detaljregler for ting som forandrer seg stadig vekk. En annen sier at på det administrative planet glemmer vi brukeren, og planer (tiltaksplaner, IP-planer, kriseplaner, behandlingsplaner) blir laget uten brukeren får medvirke i særlig stor grad.

I min deltakende observasjon fant jeg at ambulansetjeneste på Lovisenberg DPS ikke så på bydelens psykiske helseteam som en relevant samarbeidspartner fordi det tok for lang tid for brukerne å få tjenester. Ved bruk av bestiller-utfører-modellen kunne det ta opptil tre måneder å få et vedtak, det vil si en bestilling på psykisk helsetjeneste. Deretter kunne det ta opptil en måned før denne tjenesten/bestillingen ble tildelt bruker. I nabobydelen går det vesentlig raskere og der praktiserer de en mykere modell hvor utfører er med i prosessen før det fattes vedtak. Der sier bydelen at det er utfører som bestemmer; det praktiseres en myk form av modellen. I Bydel Gamle Oslo praktiseres det en hard form av bestiller-utfører-modellen og der uttales det at det er bestiller som bestemmer. Målet er også at vedtakstid skal ned. I Hobøl kommune kunne en bruker få psykisk helsetjenester på timen og vedtaket kunne fattes senere på lik linje hjemmesykepleie. Der var det ikke bestiller-utfører-modell for psykiske helsetjenester, men for andre hjemmetjenester.

## 6.6 Samhandlingsverktøy (avtaler, behandlingslinjer, ansvarsgrupper, IP, modeller og meldingsutveksling)

En faktor som ofte kom frem som fremmer psykisk helsesamarbeid er gode systemer og strukturer. Vi må bruke de samme verktøyene, for eksempler IP, kartleggingsverktøy, m.m. «Felles kartleggingsverktøy, felles beskrivelser for å få til gode overganger ... det er samhandlingsreformen. Også beskrivelser som fungerer i bydelen der brukeren skal bo, som for eksempel det med ADL, hvor er nærmeste butikk, hvor er bussholdeplassen.» «Det er viktig å ha kunnskap om hva samhandlingsreformen dreier seg om. Alle må lese den.» sier en informant.

Flere informanter var også innom temaet samarbeidsavtaler og/eller samarbeidsstruktur. Det er litt uenighet blant informantene om innholdet og hvor spesifikke/tydelige de skal være med tanke på å fremme det psykisk helsesamarbeidet. En brukerrepresentant konkluderer at «Bra kvalitet på tjenestene skjer på tross av systemene og ikke på grunn av systemene!», og vi vil ha «Alt på en gang, samtidig, når jeg trenger det!». En annen informant oppsummerer med at målet må jo være at vi ikke må ha avtaler.

PRIO-møtene på Lovisenberg Diakonale sykehus fremheves av en informant som en ekstremt viktig faktor for å fremme samarbeidet. Her sitter alle tre nivåene sammen hver uke og fordeler brukere og oppgaver. Det er også viktig: «At den ene vet hva den andre gjør» mener en annen. To forskjellige informanter kommer også inn på at det er viktig å «Få koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering til å fungere.». I en brukerundersøkelse i Bydel Gamle Oslo i 2012 fant vi at flere hadde ønske om IP, hadde gitt beskjed om det, men hadde ikke fått tilbud om det. I Hobøl kommune var det et godt system rundt Koordinerende enhet for habilitering og

rehabilitering, men i Bydel Gamle Oslo er dette ikke godt nok utført, særlig med tanke på økt fokus på dette arbeidet i forskrift og lovverk.

Noen viser til avbrutte behandlingsforløp: «Ferdigbehandlet.», overlatt til bydelen/kommunen selv om du er avhengig av oppfølging av medisiner. «Systemet er lite pasientvennlig.». Du må være frisk for å kunne skaffe deg hjelp. Offentlige ansatte og systemene legger lite til rette for psykisk syke folk. «De trenger personlig ombud for å få de tjenestene de har rett på.» ifølge noen informanter. Vi arbeider ikke samtidig og det blir brutte tjenesteløp; DPS er ikke med videre. «Selv i ambulante akutteam er det bare ut og sette sprøyter. Er det helhetlig behandling?» spørres det, «Og hvordan samarbeider de da med kommunen?». Flere ser også på bestiller-utfører-modellen som begrensende for det psykiske helsesamarbeidet mellom DPS og kommune/ bydel.

Andre igjen er opptatt av det er manglende interesse for å bruke og eventuelt evaluere gjeldende samarbeidsavtale. Det antas også, av informantene, at psykisk helsearbeidere (og ledere) ikke har innsikt i gjeldende samarbeidsavtaler/-strukturer. I deltakende observasjon i Bydel Gamle Oslo måtte jeg i 2010 lete og grave etter en avtale fra 2004 som meget få var kjent med og ingen forholdt seg til. Det er heller ingen i bydelens enhet for psykisk helsearbeid som er kjent med den nye avtalen som er inngått på overordnet nivå. Noen informanter gir også uttrykk for at ansatte ikke har oversikt over hva andre gjør, selv i samme organisasjon. En annen informant uttaler at hos dem er det mange og detaljerte avtaler og for mye fokus på avtaler i praksis. Samarbeidsavtalene kan bli et byråkratiserende moment mente en informant og mente på at vi: «Kan ha de detaljerte avtalene, men må speile virkeligheten slik den er. Ikke la avtalen bli noe nytt som stopper».

## 6.7 Ledelse – gode psykiske helseledere

Flere informanter er også opptatt av ledelse, og samarbeidet må være ledelsesforankret. Ledere som vil noe, og en informant luftet ideen om at kommunen kunne være med i styringsgruppen for DPS. Andre viste til at ledere må fremme en kultur som fremmer samhandling. Dette tar lang tid, sier informanten. Det er da viktig å vise til synergi-effektene: «Få frem de krevende brukerne og de gode eksemplene.» og «Men jeg tror at man ved tydelige rammer og struktur så skaper man trygghet og forutsigbarhet i samarbeidet og at det skaper handlingsrom for å kunne diskutere og samarbeide om ting. Og da tenker jeg at da er ledelsesforankring kjempeviktig.». Det er ikke så viktig hvor ofte DPS og kommune/bydel møtes, men hvem som møtes. Det vil si at det er ledelsesforankret, med gode rammer, struktur og system.

Noen er opptatt av faste ledere og fast møtestruktur, og andre påpeker viktigheten av ledere og ansatte bruker ressursene riktig. Andre viser til at det må være en tydelig ledelse som har felles definerte verdier, visjoner og atferd som fremmer samarbeid, og at det er faste møter mellom ledere med beslutningsmyndighet i bydelen og DPS. I løpet av min deltakende observasjon ble det sendt en henvendelse til Fylkesmann i Oslo & Akershus hvor det ble vist til gjeldende lovverk, rundskriv, veiledere, m.m. i 2010.

I veilederen (Shdir 2005a:31) står det at kommunens oppgaver omfatter forebygging, utredning og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning. Fylkesmannen i Oslo & Akershus ble utfordret til å gi oss råd og veiledning på innhold og ansvar i forhold til disse oppgavene. Vi fikk ikke svar og måtte purre flere ganger før vi fikk svar med at vi ble anbefalt å rette henvendelsen til Helsedirektoratet. Der hadde vi også flere runder med forskjellige rådgivere før vi to år senere kommer frem til at dette ikke er særlig klart selv i den nye Helse- og omsorgstjenesteloven. I min deltakende observasjon finner jeg også oppfatninger om at det ikke er forhåpninger om mer klarhet i den nye veilederen for psykisk helse- og rusarbeid som snart skal være ferdigstilt.

Det er ingen som nevner tilsyn som en fremmede faktor med tanke på psykisk helsesamarbeid. Ei heller kontroll kommer frem i noen sammenheng utenom en informant som er inne på det ved å påpeke at det er noen fylkesleger som ikke håndhever lovverket. En annen informant mener at Helsedirektoratet må bli mer tydelig på hva de vil og ordne regelverket slik det fungerer bedre, og sier samtidig at «Vi roter det litt til ... Vi hadde kommet langt hvis vi rent faglig ble enige om hvordan for eksempel de med alvorlige mentale sykdommer; hvem skal ta vare på dem? Der roter vi veldig!».

Hemmende er også dårlig ledelse ifølge informantene: «Verdier, relasjoner og kultur handler også om å lage gode tjenester. Dette er et ledelsesansvar!». Andre viser til at ledelsen gir manglende og dårlig informasjon, og «Kommunen slipper ikke til når psykisk helsevern omorganiseres, og psykisk helsevern er ikke med når kommunen omorganiserer». Det er videre ifølge en informant for dårlig planlagte reformer (det vises til eksempelet med OUS). Det er også «Alt for mange møtepunkter innen psykisk helsearbeid. Ikke koordinert.» som virker hemmende for samarbeidet. En annen informant viser til forskjellig praksis i embetene: «En fylkeslege sa klart fra hvordan det skal være, en annen vil ikke svare og legger ansvaret på andre.».

## DEL 7 ANALYSE AV PRIMÆR- OG SEKUNDÆRDATA

*Her har jeg analysert primær- og sekundærdata jeg fant i studien ved bruk av hermeneutisk analyse; det vil si veksle mellom å analysere deler og se delene i en større helhet (Jacobsen 2010); fra det spesielle til det generelle, og tilbake igjen. Jeg søker å få frem de tykke beskrivelsene (Lundby 1998) og forståelsen som ligger bak (Holter & Kalleberg 2002) ved bruk av blant annet både meningskategorisering, meningstolkning (Johannesen, Tufte og Kristoffersen 2009) og tematisering. Igjen er det delt inn i de samme syv temaene som i resten av masteroppgaven.*

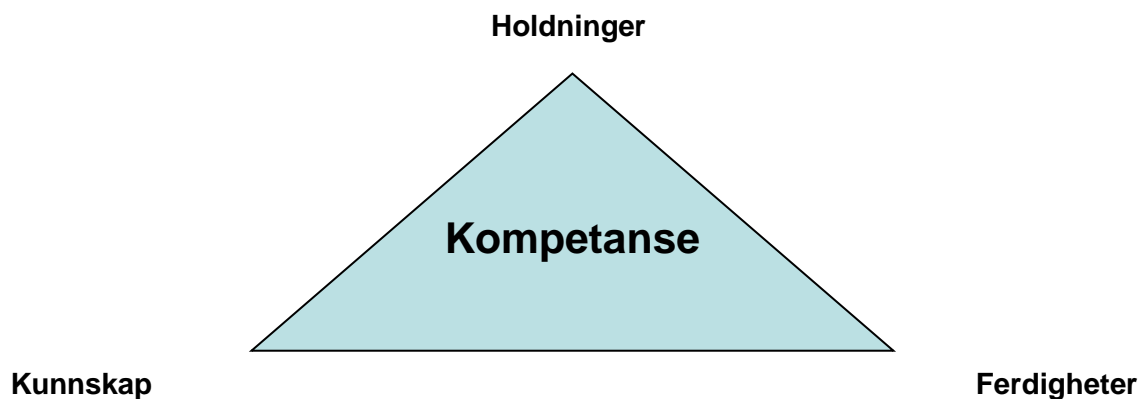
### 7.1 Samarbeidskompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter)

Jeg hadde en hypotese om at den enkelte psykiske helsearbeiders interesse og vilje for samarbeid er viktig (personfaktoren). Dette ble bekreftet i primær- og sekundærdataene. Interessen og viljen til samarbeid var den faktoren som kom mest frem med tanke på å påvirke det psykiske helse-samarbeidet. Flere kom inn på faktorer som kan påvirke den enkeltes interesse og vilje til samarbeid, men det er min oppfatning at informantene mener at det er mest å hente i den enkelte psykiske helsearbeiders grunnholdning i forhold til samarbeid enn i de systemiske og organisatoriske determinantene. Ved direkte spørsmål bekreftes også oppfatningen. Mange av informantene hevder den relasjonelle determinanten er den mest avgjørende, men her må det forskes mer for finne ut om det er korrekt og mer hva som påvirker samarbeidskompetansen.

Oppfatningen av at den relasjonelle determinanten er den viktigste påvirkningsfaktoren blir delt av mine medforskere og noe i min deltakerbaserte forskning, hvor de også er opptatt av den enkelte psykiske helsearbeiders eventuelle manglende interesse av samarbeid. En av mine medforskere sier klart at den enkelte psykiske helsearbeiders interesse av samarbeid er mer viktig enn de andre determinantene, og han mener at vi må starte med utdanningen. NIFU (2013) finner som nevnt imidlertid at når grunnutdanningsstudentene er i praksis prioriterer ikke praksisstedene og veilederne der utvikling av samhandlingskompetanse. Det fokuseres på basale yrkes-spesifikke oppgaver.

San-Martin Rodriguez et al. (2005) finner også færre studier om systemiske og organisatoriske enn om relasjonelle determinanter. De påpeker imidlertid at selv om relasjonelle determinanter er nødvendige, er de ikke tilstrekkelige for å oppnå godt samarbeid i komplekse helsesystemer. Vi må se mer på de systemiske og organisatoriske determinantene. Særlig den siste hvor god og sterk ledelse av de menneskelige ressursene (HR) innen psykisk helsearbeid er viktig, påpeker de.

Under er en modell for kompetanse som også kan brukes for psykisk helsesamarbeid (NAV interim 2006):



Figur 7:1

Meads & Ashcroft (2005) minner oss på at det å være profesjonell (både etisk og ekspert) innebærer at vi som psykisk helsearbeidere må gå i oss selv og etterprøve våre egeninteresser og personlige prinsipper. Vi må gjøre de riktige tingene, og det må gjøres riktig. Ørstavik (2008) kan tolkes som om at myndighetene ikke har gjort jobben sin i Opptappingsplanen når de gikk utenom noen av grunnlagsproblemene for psykisk helsearbeid; en paternalistisk kultur, et ensidig kunnskapssyn, og tilslørende makt. Dette hemmer det psykiske helsesamarbeidet og det holder ikke med å fokusere på forhold vi sannsynligvis er enige om; brukermedvirkning, samarbeid og for lite penger.

Uansett hvor mye den enkelt kompetente fagpersonen prøver å kompensere for brist i ledd i det psykiske helsesamarbeidet er det begrensninger på hvor langt vi kan komme i det arbeidet. Selv om vi blir mer kjent og gjør ting sammen. Karlsson (2005) spør om svikt i alle ledd først og fremst er politisk skapt. Det kan være at han har et poeng der, selv om noen mener at det ikke er systemene det er noe galt med; det er menneskene. Her er det vel forskjellig forståelse hvorvidt om endring bør skje ovenfra eller nedenfra, innenfra eller utenfra, eller begge deler på en gang.

Noen av mine medforskere og informanter ga uttrykk for at psykisk helsesamarbeid er et vanskelig tema og mitt forskningsspørsmål kan være vanskelig å svare på. Schönfelder (2007) skriver også at det er vanskelig å operasjonalisere undersøkelser om samarbeid i en håndterbar forskningsdesign og at analyse er problematisk fordi DPS og kommunalt psykisk helsearbeid har utviklet seg til et felt hvor flere og til dels forskjellige faglige og organisatoriske perspektiver konkurrerer med hverandre. Dette støttes også av flere funn i min studie, mens Schönfelders (ibid.) påpekning av to parallelle nivå ikke kom frem i mine intervjuer. Schönfelders (ibid.) funn

har noe støtte i min egenerfaring og deltakerbaserte forskning. Men hva kan vi få gjort med det, bør vi se nærmere på; forske mer på.

Flere av informantene fremmer brukermedvirkning og uttaler at det er stort forbedringspotensial på det området og med tanke på nettverksarbeid. Forskningsrådet (2009) viser også til beklagelig spinkelt forskningsgrunnlag for å si noe om effekten av brukerdeltakelse på utformingen av behandlingsnettverket og det tilbudet som gis. Jeg finner det samme i min med- & deltakerbaserte forskning og i deltakende observasjon. I Oslo kommune er det i mine og Mental Helses øyne et stort forbedringspotensial med tanke på brukermedvirkning på systemnivå. At Oslo kommune er en mammut, og det er et virvar, hvor kommunen ikke vet hvor den skal gå, kan også undersøkes nærmere med tanke på psykisk helsearbeid. Kommunen har ingen gjeldende planer for psykisk helsearbeid, og bydelenes tilbud er forskjellig med tanke på organisering og innhold.

Det er ikke nok med (formell) kunnskap om psykisk helsearbeid alene. I eksemplet jeg viser til fra min deltakende observasjon når det gjelder Bydel Gamle Oslos Psykisk helse- og rusteam (PHRT) er de ikke høyt utdannet innen psykisk helsearbeid. De har imidlertid utpreget gode holdninger og ferdigheter når det gjelder samarbeid, det vil si høy samarbeidskompetanse. De inngår også i et system sammen med Lovisenberg DPS ved ROP hvor de har faste rammer og forventinger på hva den enkelte ansatte skal gjøre og bidra med. Det er også en fagkonsulent som leder an med godt eksempel ved å ta utgangspunkt i den enkelte brukers individuelle helhetlige ønsker og behov.

I andre sammenhenger kan det se ut som det grenseløse psykiske helsearbeidet medfører en for stor profesjonell frihet som legger hindringer for samarbeidet. Det blir for mye opp til den enkelte om den psykiske helsearbeideren skal prioritere samarbeid eller ikke. Her må det rammer til for å bedre samarbeidet. Selv om Karlsson (ibid.) og Ramsdal (2004) har rett i at det er et direkte motsetningsfylt forhold mellom intensjonene i Opptrappingsplanen og målsettingen i Helseforetaksloven viser praksis at det er mulig å få godt samarbeid til det beste for brukerne, hvis de relasjonelle og organisatoriske determinantene er til stede i form av god lokal samarbeidskompetanse, ledelse, struktur og rammer. Når det er vage og sprikende signaler fra myndighetene, kan lokale initiativ med bruk av felles mål, prioriteringer, rammer og suksesskriterier være til god hjelp for å bedre det psykiske helsesamarbeidet til det beste for brukerne.

Det er dermed ikke uviktig at det i HF kan sies at god spesialisert behandling er ensbetydende med mange pasienter og det stilles ikke krav til hva som er behandlingens innhold eller om oppfølgingen bedres. Den markedsorienterte styringsformen (NPM) kan sies å passe dårlig i

psykisk helsearbeid. Denne tankegangen ligger også til grunn for bestiller-utfører-modell og IP. Alternativer er blant annet psykososialt arbeid, økologisk behandling og nettverksorganisering (behandlingsnettverk istedenfor behandlingsskjeder); samtidig samhandling. I motsetning til nevnte prosessorganisering. Psykisk helsearbeid er ikke prosesser hvor vi kan sette opp konkrete behandlingsforløp for å kurere pasienter (medisinsk-byråkratisk tankegang). Få et psykisk helsearbeid som bruker selv ønsker; mestring av dagliglivet og dets utfordringer.

Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern forutsettes jo å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. For å få til dette mener jeg det ikke er tilstrekkelig med den enkelte psykiske helsearbeiders frie vilje. De organisatoriske faktorene har i mine øyne større innvirkning på hvor langt vi kommer i forhold til dette arbeidet tolker jeg fra mine primær- og sekundærdata. Fagligheten er ikke entydig og vi må sette oss ned og finne ut lokalt hvordan vi bør gjøre det sammen, da kan vi også finne mer ut hvor avhengige vi er av hverandre og nytten av samarbeidet (Jacobsen 2004).

På den måten kan vi også demme opp for en annen hemmende faktor i samarbeidet; horisontal tjenesteyting og vertikal organisering (de Vibe 2004), og at vi i liten grad har systemer som understøtter pasientens behov for helhet i pasientforløpet (vi har mange systemer som er rettet inn mot deltjenestene) (St.meld. nr 47 (2008-2009)). Vi bør ta utgangspunkt i den enkelte brukeren og nettverksorganisere tilbudet vårt. Agenda (2007) finner også at det som gir størst motivasjon er at psykisk helsearbeidere har fokus på helheten i oppfølgingen av den enkelte bruker. Opptrappingsplanen oppfordrer også til et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med brukerperspektiv i fokus. Dette finner jeg ikke prøvd ut i særlig stor grad. Regjeringen gir også noen signaler ved å skrive at morgendagens omsorgstjenestebrukere vil kreve en omstilling av den faglige virksomheten med større vekt på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering (Meld. St. 29 (2012-2013)). Jacobsen (2004) hevder at det dessverre ikke holder med totalt frivillig samarbeid; belønning og straff må til, og da også med tanke på samarbeid. Ikke bare i forhold til den direkte tjenesteytingen.

## **7.2 Ressurser til det psykiske helse(sam)arbeidet**

Noen informanter mener det ikke er nok ressurser, og det hemmer samarbeidet. Aarre (2010) utfordrer oss til å se om det ikke er mer å hente i andre faktorer som relasjonelle og organisatoriske determinanter. Det er grunnlag for å hevde det mener jeg. Samarbeidet er ikke primært avhengig av hvor mye ressurser det er stilt til rådighet i form av verken penger eller formell utdanning, men det kan i noen tilfeller virke hemmende. Hansen (2007) finner imidlertid at



begrensinger i brukermedvirkning i stor grad er et resultat av manglende ressurser og begrenset tiltaksrepertoar i kommunene.

Det kan være at de stadige omorganiseringene hemmer en god del, men det er en faktor som vi må forholde oss til og isteden rette fokus på hva som kan fremme det psykisk helsesamarbeidet. Vi kan finne ubrukte ressurser ved å sette oss felles mål, DPS og kommunalt psykisk helsearbeid. Helsedirektoratet deler også årlig ut tilskuddsmidler til en rekke samarbeidsprosjekter hvor DPS og kommuner går sammen og lager felles mål, planer, tiltak og samhandlingsteam. Det er viktig, som flere informanter er inne på, å stimulere til samarbeid (Grut 2007). Det er nødvendig å legge organisatorisk til rette for at deltakerne treffes og blir kjent med hverandre. Sosial samhandling er viktig for å stimulere økt forståelse, og det må legges til rette for dette.

Jeg finner også at det er ubrukte ressurser i nettverket i intervjuene, deltakende observasjon medforskning og sekundærdata. Funn tyder også på at vi kan arbeide mer med tillitt (Hansen & Fugletveit 2010; Duncan & Sparks 2010; Skatvedt og Edland-Gryt 2012) som en ubrukt ressurs i det fremtidige helsesamarbeidet. Agenda (2007) hevder at samarbeid ikke trenger å medføre mer-kostnader for organisasjonene, men at en tilpasning av finansieringssystemene slik at det støtter opp under samhandling er gunstig for alle parter. Kunnskapscenteret finner at helseøkonomiske analyser tyder på at samhandlingstiltak krever flere ressurser og øker kostnadene for helse-tjenesten. Flere funn peker på at det bør ses på takstsystemene i HF med tanke på koordinering og samarbeid. Mer ressurser skal over fra 3.-linjen til 2.-linjen (DPS) (Nasjonal Strategigruppe II 2010) slik at det blir 50/50 % i år, og 40/60 % innen utgangen av 2015. Det er også et mål at mer av ressursene skal over til der brukerne bor; i kommunen. Nå er det er 70/30 % forhold i fordelingen mellom HF og kommune på psykisk helseområdet. Dette med bakgrunn i blant annet LEON-prinsippet.

Noen informanter er som nevnt inne på tanken om å øremerke midler igjen til psykisk helsearbeid. Jeg vet ikke om det er riktig satsing. Det kan være at vi heller skal belønne koordinering og samarbeid hvis det er mulig. Jacobsen (2004) foreslår at det settes av eksplisitt tid til koordinering. Jeg tolker det også at det er mer å hente i å styrke brukeren slik at den enkelte brukeren selv kan fremme sine behov (Shdir 2005b). «Brukeren har ikke sammensatte behov. Brukeren har et helhetlig behov, men møter fragmenterte tjenester.» (Shdir 2006a).

Slettebakk et al. (2013) sine funn om at HF skriver ut pasientene raskere enn før bekreftes av mine funn, og det kan være grunn til å se nærmere på hva som skjer med tanke på en eventuell

dreining i kommunenes fokus bort fra tidlig intervensjon, forebygging og godt psykisk helsearbeid. Det kan være fare for at det blir mer kortsiktig planlegging med brannslukking og at ressursene går mer til somatikken hvor de økonomiske insentivene er i kraft.

### 7.3 Tre nivåer og organisert diskontinuitet

Kunnskapsoppsummeringer gir oss ingen særlig klare føringer på hvordan vi skal utføre det psykiske helsearbeidet eller samarbeidet, utenom muligens intensiv koordinering av psykososialt arbeid. Vi kan også med hell lage lokale samhandlingsteam i form av ACT/FACT eller liknende (Kunnskapscenteret 2012; UpToDate 2012; Cochrane 2012). Det er også vanskelig å måle og dokumentere effekt (Hayes et al. 2012). Rådet for psykisk helse (2009) har imidlertid et forslag som ikke er utprøvd; føre over DPS-ene til kommunene. På den måten kan mange av de faktorene i mine funn som virker hemmende løses, i hvert fall er det muligheter for det på sikt. Ting tar som kjent tid.

Det er flere ting som taler for at det kan være en gunstig vei å gå. Det er jo det som gjøres i somatikken. Der bygges det lokale helsehus som følger opp samhandlingsreformen og dens økonomiske insentiver. En psykisk helsetjeneste med tre nivåer hvor det kommunale nivået har mer enn nok med sine egne til tider segregerte og fragmenterte tjenester kan ha godt av å prøve noe nytt. Systemet kompliserer samarbeidet og det er også en fastlege inne i bildet og sammen med NAV kan samarbeidet fungere langt bedre (Muusmann & AGENDA 2008). Andre funn som kan tyde på at systemet med tre nivåer ikke fungerer som det skal er blant annet behovene for opprettelsen av 1 ½-linjetjenester, personlige ombud og det er til tider stor kulturforskjell mellom DPS og kommunalt psykisk helsearbeid. Det vil si forskjellige sett av normer, verdier og grunnleggende antakelser (Jacobsen 2004).

Hvis det er slik at vi skal følge opp myndighetenes målsetting for morgendagens omsorgstjeneste, bør de samme myndighetene slippe til modellforsøk som for eksempel Sandes kommune har bedt om. I lovverket skrives det at vi skal virke som en enhet, mine funn taler for at vi er langt fra å være der i psykisk helsearbeid. I samhandlingsreformen går det også klart frem at vi må satse mer på tilbud innrettet på å mestre kronisk sykdomsutvikling, på bekostning av behandling av sykdommer og senkomplikasjoner. Dette er ansvaret til kommunen, ikke HF. DPS har ikke det helhetlig ansvaret for psykisk helsearbeid, kun for allmenpsykiatriske spesialisthelsetjenester. Det hjelper ikke, som en informant uttaler; å møtes oftere hvis vi er uenige om retningen.

Hvis samhandlingstiltak krever flere ressurser og øker kostnadene for helsetjenesten, kan også dette sies å være et argument for å prøve ut nye modeller innen psykisk helsearbeid med kanskje

kun to nivåer. Egeberg 2003; Holck 2005; Møller 2006; Hansen 2007 viser at organisasjonsstruktur er en særlig betydningsfulle rammefaktor, og hierarkiske linjeorganisasjoner kan sies å være hemmende nok i seg selv. Det er nok problemer med intern organisering (Myrvold & Helgesen 2009)

Viktig her er, som mange informanter og blant annet Duncan & Sparks 2010; Andersen & Karlsson 2011 er inne på; ta utgangspunkt i brukeren i hvordan tjenestene blir styrt, utformet, gjennomført, administrert, finansiert og evaluert. Hvis DPS og kommunalt psykisk helsearbeid gjør det, kan vi oppfylle mange krav og yte en bedre kvalitativ helhetlig tjeneste. Vi trenger nok også flere spesialister på sammenheng. Nasjonal Strategigruppe II (2010) viser til at det mangler psykiatere og psykologspesialister på flere DPS, men de kan kanskje være lettere å rekruttere hvis vi går over til en to-nivåmodell hvor det bli mer spesialisert behandling i den gamle 3.-linjen. DPS blir i dag ikke benyttet som hovedveien inn spesialisthelsetjenesten, og mange DPS er ikke tilgjengelige nok verken i forhold til befolkningens behov for tjenester eller i forhold til å bistå og understøtte kommunehelsetjenesten i deres arbeid.

Myrvold & Helgesen (2009) skriver at samhandlingsproblemene med 2.-linjetjenesten har vært sett som en av de største hindringene for kommunene i deres implementering av Opptappingsplanen. Riksrevisjonen (2008) er heller ikke nådig i sin kritikk av DPS-ene. Da er løsningen Rådet for psykisk helse (2010) at vi får spesialister på sammenheng når vi prøver nye samhandlingsløsninger og tenker nytt om gamle arbeidsmåter. Fra flere informanter og Johnsen & Skjerve (2009) kommer det forslag om å legge DPS over på kommune. En slik løsning vil forhåpentligvis bedre den organiserte diskontinuiteten som også en brukerrepresentant er inne på. Johnsen & Skjerve (ibid.) har også forslag på hva som skal over til kommunen og hva som skal bli igjen i HF. Noen funn i primærdataene viser at det kanskje er en annen forståelse for hva som skal gjøres i kommunen når det gjelder psykisk helse enn somatisk helse. Funnene tyder på at det er mer vanlig å tenke at for eksempel behandling i kommunen som en naturlig del av tjenesteutøvelsen når det gjelder for eksempel hjemmesykepleie, ergoterapi og fysikalsk behandling.

Funn indikerer at det kan tenkes at det bør bli kommunesammenslåing før en eventuell overtakelse av DPS, og noen mener at innen ti år er DPS-ene overtatt av kommunene. Men det trenger ikke stoppe oss nå fra å prøve det ut, hvis ikke kan det skje at psykisk helsearbeidere fortsetter å gjøre som Jacobsen (2004) påpeker; velge en strategi som forsøker å minske behovet for koordinering. Det vil si prøve å avskaffe noe av den avhengigheten det er mellom enkelte

deloppgaver. Det kan fortsatt bli et svarteperspill med ansvarsfraskrivelse på grunn av uklare ansvarsforhold, forskjellig kultur, lover, forskrifter, budsjetter, fokus, m.m.

#### 7.4 Fastlegenes rolle i det psykiske helsesamarbeidet

Mine funn taler for at fastlegen ikke kan være det navet i samarbeidet som myndighetene kanskje hadde håpet. Selv om en informant mener det er behov for flinke fastleger, og en annen er opptatt av at praksiskonsulenter har en viktig funksjon, er det gjennomgående lite positive tendenser i data-materialet på at fastlegene er en fremmede faktor i det psykiske helsearbeidet. Forhåpningene til fastlegereformen kan ikke sies å være innfridd på det psykiske helseområdet, men det er tendenser som indikerer at dette er i ferd med å bedre seg. Fastlegen er en viktig del av det psykiske helsearbeidet i Norge. Alle skal ha en fastlege og det satses på at fastlegene skal ta få en tydeligere rolle og ansvar. Kommunene kan også kreve mer av fastlegen i sine driftsavtaler med dem.

#### 7.5 Bestiller-utfører-modell – Best ut for hvem?

Som nevnt er dette en modell som stammer fra en logikk som kommer fra New Public Management. Mine funn viser klart at dette er en modell som bør praktiseres mykt. Den passer egentlig ikke i psykisk helsearbeid, men de fleste større kommuner praktiserer den for mange av sine helse- og omsorgstjenester. I rapporten til Deloitte (2012) fokuseres det på blant annet utgiftsnivå og kostnad per tjenestemottaker/kostnad per plass. Rapporten tar ikke for seg psykisk helsearbeid eller kvalitet spesielt, og det er ikke nevnt i rapporten, men påpeker at vi bør tilpasse utformingen av modellen tilpasset kompleksiteten i den enkelte deltjeneste. Der det er vanskelig å måle produksjonen bør en større del av behovsvurderingen overlates til utfører. Ergo bør utfører styre dette arbeidet i større grad når det gjelder psykisk helsearbeid. Et annet grep er at det er arenaer som legger til rette for god dialog mellom bestiller og utfører. Min erfaring, sammen med de funn jeg har gjort, er at der det praktiseres en hard form for bestiller-utfører-modell kan dialogen også lett bli dårlig.

Ramsdal (2004) er ganske klar når han skriver at moderne organisasjonsformer som bestiller-utfører-modell, flat struktur, outsourcing eller liknende kan forsterke heller enn redusere, samordnings- og samarbeidsproblemer, både horisontalt og vertikalt. Denne logikken lar seg vanskelig tilpasse psykisk helsearbeid (Ramsdal & Hansen 2005). Modellen fører ikke til økonomiske innsparinger, de grunnleggende forutsetningene i modellen er den rasjonelle bruker med stabile behov og den styrker ikke brukermedvirkning. Best-ut for hvem er da et betimelig spørsmål å stille. Grut (2007) finner som nevnt også en kommune som ikke fant modellen formålstjenlig og to andre kommuner hvor utfører er med før saken er utredet og vedtatt. Det gjør også nabobydelen jeg arbeider i.

## 7.6 Samhandlingsverktøy (avtaler, behandlingslinjer, ansvarsgrupper, IP og meldingsutveksling)

Gode systemer og strukturer er bra i mange sammenheng, og det samme med gode verktøy skulle vi tro. Som nevnt er det viktig å møtes og et forslag er å bruke de samme verktøyene. Mine funn viser at det er flere som har tro på at vi kan bruke de samme verktøyene i psykisk helsearbeid som vi bruker i somatikken. Det satses på prosessbaserte virksomhetsmodeller (Ramsdal 2004), pasientforløp, behandlingslinjer, m.m. Denne tankegangen stammer også fra NPM og igjen kommer argumenter inn om at dette ikke passer i det grenseløse psykiske helsearbeidet. Fineide (2012) advarer også mot dette og Ramsdal & Ramsdal(2007) forventer å finne barrierer å overstige for å få etablert behandlingslinjer basert på diagnoser eller symptomer innen psykisk helsearbeid hvor diagnostisering er mer omstridt og usikkert. Her finner jeg det igjen er mer å hente i en nettverksorganisering med behandlingsnettverk, hvor vi er opptatt av det brukeren ønsker seg og mener han har godt av (ibid; Knudsen 2004).

Skal fokuset være på helbreding og kurering eller mestring og rehabilitering? Vi må finne ut hva brukeren ønsker, og ta utgangspunkt i det. Funn og min erfaring tilsier at de fleste brukerne kan tenke seg det siste. Hvis vi tar en liten avsporing til forskning om livskvalitet sier den at vi kan ha en god livskvalitet selv om vi er syke og dårlig selv om vi er friske. Det er en grunnleggende forskjellig forståelse her. Et medisinsk-byråkratisk syn versus psykososialt arbeid. I følge myndighetene virker det som om vi skal ha mer fokus på psykososialt arbeid, men samtidig fremmes kulturen i Helseforetakene hvor det skal måles på annet enn det som kanskje kan gi mer verdi for brukerne i psykisk helsearbeid (Karlsson 2005).

Når det gjelder IP hadde jeg en hypotese om at dette klart kan fremme det psykiske helsesamarbeidet. Der tar jeg antakelig noe feil. Informantene er delte i dette synet, men funn støtter opp om det Hansen (2007) finner; IP er et hjelpemiddel bygget på en rasjonell-instrumentell logikk. Psykisk helsearbeid er ikke det. Det er en sektor preget av ulike faglige tilnærminger, uklare sammenhenger mellom årsak og virkning, og tjenestemottakere med diffuse og komplekse behov. Det er vanskelig å lage klare mål og gode behovskartlegginger som forventes på lik linje med problemene nevnt blant annet med bestiller-utfører-modell i psykisk helsearbeid. Brukerne sliter med å finne gode målformuleringer og forstå hensikten med IP. Hansen (2007) finner at begrensninger i brukermedvirkning i stor grad er et resultat av manglende ressurser og begrenset tiltaksrepertoar i kommunene. Enda et argument som kan støtte opp om å overføre noe av ressursene fra 2.-linjetjenesten til kommunen, eller kanskje hele eller deler av DPS-ene.

Det satses på elektronisk meldingsutveksling og webbaserte IP, men det er høyst usikkert om dette vil hjelpe på det psykiske helsesamarbeidet. Mine funn indikerer mer at vi kan hente noe i de lovpålagte avtalene vi alle skal ha nå. Her kan vi gå sammen og lage lokale samarbeidsavtaler som kan virke forpliktende og fremmende i det psykiske helsearbeidet. Ramsdal & Hansen (2009) fant at avtalen har fungert bra i Østfold. I dataene mine finner jeg som nevnt delte oppfatninger om hvor konkrete avtalene skal være, og en påpeker at målet må være at vi ikke må ha avtaler (at vi gjør oss uavhengig av dem). Jeg finner også at flere ikke er opptatt av avtaler. Dette kan komme av at det er manglende samarbeidskompetanse eller at det ikke er lagt til rette for å se på samarbeid og koordinering. Funn viser at avtalene ikke blir prioritert i stor grad.

Avtalene kan være med og sette gode organisatoriske determinanter som legger til rette for godt psykisk helsearbeid. Her har vi en mulighet for å bli enige lokalt hvordan vi skal gjøre det sammen med brukerne for å skape et nytt psykisk helsearbeid som fremmer samarbeid til det beste for brukerne. Her retter myndighetene insentiver mot koordinering som Jacobsen (2004) etterspør (ikke bare direkte tjenesteyting). Avtalene bør som en informant uttaler, ta utgangspunkt i hvordan virkeligheten er, ikke i hvordan den burde være. Vi må ta utgangspunkt i det vi har og skape morgendagens omsorgstjeneste. Vi roter det litt til, som en informant uttaler. Vi må finne ut av det sammen. Det er gode argumenter for at vi kan få mer til med en nedefra-og-opp tilnærming innen psykisk helsearbeid enn en ovenfra-og-ned-satsing. Regjeringen ser også at de ikke kan lovregulere alt, og avtaler er en god løsning som skal prøves ut.

### 7.7 Ledelse – gode psykiske helseledere

Etter som dette prosjektet har gått sin gang har jeg blitt mer og mer oppmerksom på denne faktoren; god psykisk helseledelse, med tanke på samarbeidet mellom DPS og kommune. Jeg hadde det ikke med som en hypotese når jeg startet, men finner etter hvert mer og mer som bygger opp om at dette er en viktig determinant. San Martin-Rodriguez et al. (2005) påpeker også dette, på lik linje med flere informanter. God ledelse ser også ut til å være en undervurdert faktor i mange sammenheng, men det er funn som tilsier at dette er i ferd med å bli bedre. Det satses på egne programmer, opplæring og etikk. En bruker minner oss på at verdier, relasjoner og kultur handler også om å lage gode tjenester, og at dette er et ledelsesansvar.

Jeg har antatt at det er mer å hente i å få en klarhet i rammene for det såkalte grenseløse psykiske helsearbeidet, men foreløpig har det ikke lyktes i særlig grad. Mine funn finner også at her kan det sies at fylkesmannsembetene praktiserer lovverket forskjellig. I Østfold er det en klarere praktisering på hva psykisk helsearbeid skal være og dette kan være med på å fremme samarbeid. Det gjør det lettere å lede et grenseløst praksisfelt og få ansatte til å dra i en retning. Jeg finner

mindre grunnlag for påstanden om at hvis vi lager uklare rammer vil vi få ansatte som vil ta et helhetlig ansvar i de gråsonene som tross alt er her. Samsoner kan med fordel avtalesfestes.

Nøkler for å lykkes: Kunnskapscenteret (2013) finner som nevnt at de prosjektene som hadde lyktes, hadde også målt mest og skapt gjennomslagskraft for å få en forankring med tanke på overføring fra drift til prosjekt. Her igjen viser det seg at et suksesskriterium er å ta med brukerne og involvere dem gjennom alt arbeidet. I mine funn er det flere data som indikerer at vi kan bli langt flinkere i forbedringsmetodikk og verktøy og dokumentere det vi får til (for eksempel LEAN som Opdal (2009) nevner). Dette er også i tråd med Appreciative Inquiry (AI) (Hauger, Højland & Kongsbak 2009), som Kunnskapscenteret (2013) også brukte, for å skape et psykisk helsesamarbeid som begeistrer, ved å fokusere mer på det som fungerer og få frem mer av det. Det samme gjorde NAPHA (2012) i fjor med sitt hefte med ni suksesshistorier.

God ledelse er en forutsetning for å oppnå tjenester av god kvalitet (Shdir 2005b) og direktoratets anbefalinger (Shdir 2006e) kan med fordel leses av flere ledere. En bruker lurte på hvor mye slike offentlige veiledninger og anbefalinger egentlig ble lest av psykiske helsearbeidere og ledere. Informanten hadde antakelser om at de ikke ble det på grunn av at informanten ikke kunne se det i praksis. Helsetilsynet (2008) og Riksrevisjonen (2008) bekrefter kanskje langt på vei det. Samtidig ber tilsynet om at myndighetene må gjøre regelverket tydeligere, og at kommunene får mer veiledning om hvilke tjenester vi skal yte. Noe jeg også ba Fylkesmann i Oslo & Akershus om i min deltakende observasjon uten å få det. En annen informant ber Helsedirektoratet bli mer tydelig på hva de vil og ordne regelverket slik det fungerer bedre.

Øvretveit (2000) hevder at teamlederen er den mest avgjørende faktoren med tanke på form og innhold i teamet. Sammen med gode organisatoriske rammebetingelser (determinanter) er det i mine data en god del å hente for å fremme et godt psykisk helsesamarbeid og drive god husholdning (Aarre 2010). Det er viktig med god ledelsesforankring når vi skal få utført noe, for eksempel komme fra prosjekt til drift. Agenda (2007) påpeker igjen viktigheten av fokus på helheten i oppfølgingen av den enkelte bruker. Vi må ta utgangspunkt i den enkelte brukers helhetlige behov og ledere må legge til rette for gode behandlingsnettverk som fungerer til det beste for brukeren.

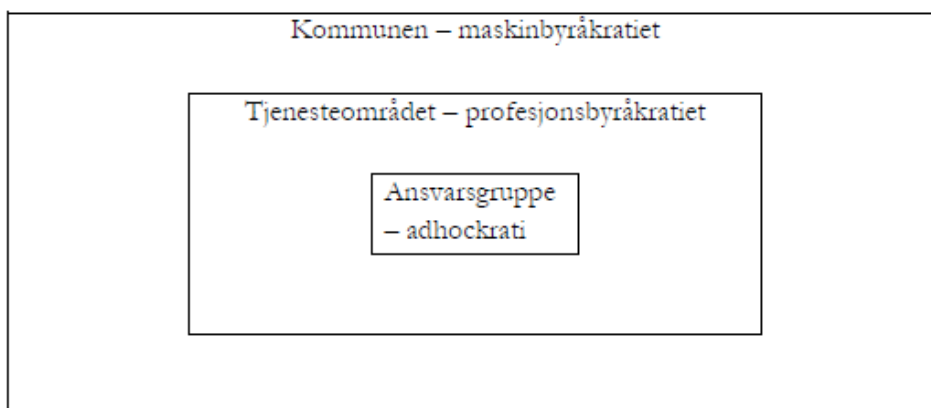
## DEL 8 OPPSUMMERING – ALT HENGER SAMMEN

Denne masteroppgaven har svart på problemstillingen: Hvilke tema er det brukere, pårørende og representanter for det psykiske helsearbeidet påvirker samarbeidet mellom DPS og kommune/bydel? Ved bruk av det åpne forskningsspørsmålet: Hva fremmer og hva hemmer psykisk helsesamarbeid mellom DPS og kommune/bydel og en rekke metoder med kunnskapsbasert praksis som bakteppe (konteksten, brukerkunnskap og brukermedvirkning, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap) har studien funnet syv temaer som påvirker samarbeidet:

1. Samarbeidskompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter)
2. Ressurser til det psykiske helse(sam)arbeidet
3. Tre nivåer og organisert diskontinuitet
4. Fastlegens rolle i det psykiske helsesamarbeidet
5. Bestiller-utfører-modell
6. Samarbeidsverktøy (avtaler, ansvarsgrupper, IP og meldingsutveksling)
7. Ledelse – god psykisk helseledelse

Psykisk helsesamarbeid er komplekst og innfløkt, men studien finner at det kan være gunstig å se mer på om DPS-ene kan overføres til kommunene og organisatoriske determinanten med god psykisk helseledelse er muligens også en viktig faktor for å fremme det psykiske helsesamarbeidet.

Alt henger sammen og videre kan vi bruke Hansens (2007) modell for å komme videre i arbeidet. Ta utgangspunkt i adhocratiet (Jacobsen 2012) og arbeide nedenfra-og-opp. Mer forskning må til.



Figur 8:1

*Vanskeligheten ligger ikke i å få nye ideer, men i å unnslipe de gamle, som forgrener seg til hver krok av sinnet.*

John Maynard Keynes<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Sitert i Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg



## Referanser

- Aam, Tor** (2012). *Samhandlingsreformen & psykisk helse*. Presentasjon på samling i Storkommunenettverket (STORK) i psykisk helse. Sola, 18.9.2012.
- Aarre, Trond F.** (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Agenda** (2007). *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten*. FOU-prosjekt på oppdrag av KS. Sandvika: AGENDA Utredning & Utvikling AS.
- Alvesson, Mats & Kaj Skjölberg** (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. 2. oppl. Lund: Studentlitteratur & Författarna.
- Andersen, Johan W. & Bengt Eirik Karlsson** (2011). Introduksjon: Psykisk helsearbeid – et felt og et fag skapes. I: **Andersen, Johan W. & Bengt Eirik Karlsson** (red.) (2011). *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Askheim, Ole Petter & Marit Borg** (2010). Deltakerbasert forskning i psykisk helsearbeid – et bidrag til mer ”brukbar” kunnskap? I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 7. Nr. 2. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakken, Runar, Arne Brinchmann, Heidi Haukelien, Randi Kroken & Halvard Vike** (2002). *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Biringer, Eva, Olav G. Klausen, Birger Norderud Lærum, Miriam Hartveit & Kris Vanhaecht** (2013). Betre kvalitet med behandlinglinjer. I: *Sykepleien*. Nr. 4. 62-64. Fag. Organisering. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Bolman, Lee G & Terrence E. Deal** (2008). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. 3. utgave, 4. opplag. Oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bratrud, Tone Lise** (2009). *Sammen om gode overganger. Samarbeidsmodeller mellom psykisk helsevern i kommunen og i spesialisthelsetjenesten*. Masteroppgave. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Brottveit, Ånund** (2006). *Holdninger, erfaringer og strukturer – fagpersoner i psykisk helsearbeid*. Rapport 2006/3. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole. Avdeling for forskning og utvikling (Diaforsk).
- Bøe, Tore Dag & Arne Thomassen** (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul G. Roness & Kjell Arne Røvik** (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cochrane** (2012). *Collaborative care for people with severe mental illness (Protocol)*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009531/pdf> (25.11.2012, kl. 19:05). Nottingham: Cochrane Schizophrenia Group. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.

- Dagens Medisin** (2011). Forskningsløft. I: *Dagens Medisin*. Leder.  
<http://www.dagensmedisin.no/leder/forskningsloft/> (31.10.2012, kl. 19:40).
- Deloitte** (2012). *Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen*. Oppdragsrapport for KS ved Program for storbyrettet forskning. Oslo: Deloitte.
- de Vibe, Michael** (2004). *Psykososial rehabilitering og individuelle planer. Nøkkelfaktorer for å lykkes*. Presentasjon hos Fylkesmannen i Telemark 23.9.2004.  
[http://www.fylkesmannen.no/Individuell\\_plan\\_wJ8qdF28122an.ppt.file](http://www.fylkesmannen.no/Individuell_plan_wJ8qdF28122an.ppt.file) (27.11.2012, kl. 19:45).
- Duncan, Barry & Jacqueline Sparks** (2010). *I fellesskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oversatt til norsk av Oddny Ystanes med Tor Fjeldstad og Anne-Grethe Tuseth som fagkonsulenter. 1. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Egeberg, M.** (2003). How bureaucratic structure matters: An organizational perspective. I: Peters, B. G. & Pierre, J. (red.). *Handbook of Public Administration*, London: Sage.
- Eiring, Øystein** (2012). Sykepleiere foran pc-en – helsetjenestens tidstyver? I: *Dagens Medisin*. 20/12. Kronikk og debatt. <http://www.dagensmedisin.no/debatt/sykepleiere-foran-pc-en---helsetjenestens-tidstyver/> (29.11.12, kl. 16:45).
- Fineide, Mona Jerndahl** (2012). *Controlled by Knowledge. A study of two Clinical Pathways in Mental Health Care*. Doktorgradsavhandling. Karlstad: Karlstad University Studies 2012:19
- Fodstad, Hjørdis & Stian Biong** (2012). Samarbeid og samhandling – med hvem, om kva og hvordan? Leder. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 9. Nr. 4. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskningsrådet** (2009). *Evaluering av Opptreppingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd.
- Foster, Sandra L. og Paul J. Lloyd** (2007). Positive Psychology Principles Applied to Consulting Psychology at the Individual and Group Level. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, Vol. 59, No. 1, 30-40.
- Fugletveit, Ragnhild** (2013). ... «Vi er ambulante og sitter ikke på kontoret» ... *Oppfølgingstjenesten, bydel Alna, Oslo kommune*. Oppdragsrapport 2013:1. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Glouberman, S. & Henry Mintzberg** (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Diseases – Part I & II. I *Health Care Management rev.* 26(1). 56-92. New York: Aspen Publishers Inc.
- Grut, Lisbet** (2007). *Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid*. SINTEF Helse. Mars 2007. A1207.
- Gråwe Rolf W., Trond Hatling & Torleif Ruud** (2008). *Bidrar utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007*. Rapport A6169. Trondheim: SINTEF Helse.

- Hansen, Gunnar Vold & Helge Ramsdal** (2012). *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romerikeprosjektet»)*. Underveisevaluering. Oppdragsrapport 2012:2. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Hansen, Gunnar Vold** (2007). *Samarbeid uten fellesskap – Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktorgradsavhandling. Karlstad: Karlstad University Studies 2007:15
- Hansen, Gunnar Vold & Ragnhild Fugletveit** (2010). ” ... Vi driver og rydder hver uke vi ...” Evaluering av Oppsøkende rusteam i Moss/Rygge. Oppdragsrapport 2010:2. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Hartveit, Miriam, Eva Biringer, Trond Aarre, Kris Vanhaecht & Aslak Aslaksen** (2012). Mangler i epikriser og henvisninger i psykisk helsevern. I *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 9. Nr. 3. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hatling, Trond** (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 8. Nr. 2. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hauger, Bjørn, Thomas Gedde Højland og Henrik Kongsbak** (2009). *Organisasjoner som begeistrer – Appreciative Inquiry*. 2. opplag. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hayes, Sara L., Mala K. Mann, Fiona M. Morgan, Mark J. Kelly & Alison L. Weightmann** (2012). *Collaboration between local health and local government agencies for health improvement*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 6. Art.No.: CD007825. Victoria: Cochrane Public Health Group. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.
- Helsebiblioteket** (2012). *Metodebeskrivelse for litteratursøk ved utarbeidelse av kliniske prosedyrer*. Fagprosedyrer.no. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer.  
<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/metode-for-%C3%A5-lage-prosedyrer/litteratur%C3%B8k> (27.11.2012, kl. 21:15).
- Helsedirektoratet** (2013a). *Kultur og holdningsendringer innen tjenestene på psykisk helsefeltet*.  
<http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/kultur-og-holdningsendringer-innen-tjenestene-pa-psykisk-helsefeltet-2013.aspx> (3.5.13, kl. 19:20).
- Helsedirektoratet** (2013b). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013*. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet. IS-1/2013. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet** (2012a). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2012*. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet. IS-1/2012. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet** (2012b). *Distriktpsikiatriske tjenester 2011. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre*. Rapport. IS-2027. Oslo: Helsedirektoratet

- Helsedirektoratet** (2012c). *Etablering av Rask psykisk helsehjelp*. Informasjon om tilskuddsordning <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/etablering-av-rask-psykisk-helsehjelp.aspx> (13.5.2013, kl. 11:45). Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet** (2011a). *Kvalitet og kompetanse ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. Rapport. IS-1914. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet** (2011b). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2012*. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet** (2010a). *Samhandlingsreformen - en gylden anledning?* Presentasjon laget av Torill Lahnstein. [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00315/Toril\\_Lahnstein\\_Sa\\_315739a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00315/Toril_Lahnstein_Sa_315739a.pdf) (7.3.2011, kl. 13:30).
- Helsedirektoratet** (2010b). *Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten. Primær- og spesialisthelsetjenesten*. Rapport. IS-1878. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet** (2008). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser*. Rapport 3/2008. Oslo: Statens helsetilsyn.
- HOD** (2012a). *Prop. 1 S (2012-2013) Proposisjon til Stortinget (forslag til Stortingsvedtak)*. For budsjettåret 2013. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 14. september 2012, godkjent i statsråd samme dag. Regjeringen Stoltenberg II). Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- HOD** (2012b). *Én innbygger – én journal*. Pressemelding. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2012/en-innbygger---en-journal.html?id=708834> (2.12.12., 18:30). Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- HOD** (2011a). *Prop. 91 L. (2010-2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)*. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. april 2011, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II). Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- HOD** (2011b). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Nasjonal veileder. Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Hoffgaard, Tor Levin** (2010). *Alvorlig ledelsessvikt i psykisk helsevern*. Pressemelding. <http://www.psykologforeningen.no/Foreningen/Nyheter-og-aktuelt/Aktuelt/Alvorlig-ledelsessvikt-i-psykisk-helsevern> (17.5.2013, kl. 13:40). Oslo: Norsk Psykologforening.

- Holck, G.** (2004). *Kommunenes styring av komplekse oppgaver*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Holm, Anne Lise & Elisabeth Severinsson** (2010). The role of mentale health nursing leadership. I: *Journal of Nurisng Mangament*. Vol. 18. Nr. 4. 463-471. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Holte, Arne** (2011). *Hvorfor bryr ingen seg om kva psykiske lidelser koster?* Foredrag på Psykisk helse: "Nye tider – nye forventninger" i Trondheim 18. januar. Oslo: Faglig forum for helse- og sosialtjenesten (FFHS).
- Holter, Harriet & Ragnvald Kalleberg** (red.)(2002). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Innst. 212 S (2009-2010)** (2010). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om ny velferdsreform*. Oslo: Stortinget.
- Jacobsen, Ingvar** (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar** (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar** (2009). *Perspektiver på kommune-Norge; en innføring i kommunalkunnskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar** (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I: **Repstad, Pål** (red.)(2004) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannesen, Asbjørn, Per Arne Tufte & Line Kristoffersen, L.** (2009). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. 5. opplag. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnsen, Hege Helene & Anne-Grethe Skjerve** (2009). Spesialisthelsetjenester på brukernes arenaer – går det? I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. (215-223). Nr. 3. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlsson, Bengt** (2005). Brist i alle ledd – også de politiske? Leder i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol 2, nr. 2. Side 106-108. Oslo: Universitetsforlaget
- Kaufmann, Geir & Astrid Kaufmann** (1998). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Knudsen, Harald** (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: **Repstad, Pål** (red.)(2004) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Knutsen, Arild** (2010). På samme plan eller hver vår planet? Fagartikkel. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 7. Nr. 1. Oslo: Universitetsforlaget

- Kvale, Steinar & Svend Brinkmann** (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsbasert praksis** (2012). *Litteratursøk. Kildevalg*.  
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/kildevalg/> (27.11.2012, kl. 21:15).
- Kunnskapscenteret** (2013). *Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter - nøkler for å lykkes*. Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Kunnskapscenteret** (2012a). *Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern*. Rapport nr. 5-2012. Systematisk oversikt. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Kunnskapscenteret** (2012b). *Økt brukermedvirkning, bedre forskning!* Konferanse. Foredrag.  
<http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/16899.cms> (1.5.2013, kl. 21:25). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Kunnskapscenteret** (2010). *Effekt av organisasjonsverktøyet Appreciative Inquiry*. Rapport nr. 6-2010. Systematisk kunnskapsoppsummering. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Kunnskapscenteret** (2008a). ... og bedre skal det bli ved å involvere brukere og gi dem innflytelse... Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Kunnskapscenteret** (2008b). *Brukererfaringer med poliklinikker for voksne i psykisk helsevern. Nasjonale resultater i 2007 og utvikling fra 2004*. PasOpp-rapport nr. 5 (brukererfaringsundersøkelse). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Larsen, Inger Beate & Rita Agdal et al.** (2013). *Nytter forskning i psykiatrien?* Kronikk på *forskning.no* 9.4.2013. Signert av medlemmer av forskernettverket for sosiokulturelle perspektiver på psykisk helse. <http://www.forskning.no/artikler/2013/mars/352696> (10.4.2013, kl. 18:30).
- Lov om barnevern**, 1992.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern**, 1999.
- Lov om helsepersonell**, 1999.
- Lov om helsetjenester i kommunene**, 1982.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**, 2011.
- Lov om pasientrettigheter**, 1999
- Lov om sosiale tjenester**, 1991.
- Lov om spesialisthelsetjenesten**, 1999.
- Lundby, Geir** (1998). *Historier og terapi, om narrative, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.

- Mandelid**, Leif Jonny (2009). Mulighetene i et bedringsorientert psykisk helsevern. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 6., nr. 3. Side 234-240. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen**, Kari (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Meads**, Geoffrey & John **Ashcroft** with Hugh **Barr**, Rosalind **Scott** & Andrea **Wild** (2005). *The Case for Interprofessional Collaboration In Health and Social Care*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Meld. St. 29 (2012-2013)**. *Morgendagens omsorg*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 19. april 2013, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II). Melding til Stortinget. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Meld. St. 9 (2012-2013)**. *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 30. november 2012, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II). Melding til Stortinget. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Meld. St. 16 (2010-2011)**. *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Melding til Stortinget. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Meum**, Torbjørg Træland (2013). *Co-constructing standards in nursing. A socio-technical approach to standardization in practice*. Doktorgradsavhandling. Det medisinske fakultet. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Mikkelsen**, Bente (2010). *Er vår sykehus ustyrlige? Fokus på økonomisk styring av helse-Norge*. Foredrag gitt på møte i Polyteknisk forening 14. april 2010. Administrerende direktør, Helse Sør-Øst RHF.  
<http://polyteknisk.no/content/download/19248/84484/version/1/file/Bente+Mikkelsen140410.pdf> (7.11.2010, kl. 14:10).
- Morken**, Gunnar (2012). *Hvem er de alvorligste syke og hvor mange er de?* Presentasjon på Nasjonal konferanse om psykisk helse i regi av Norsk sykehus- og helsetjenesteforskning (NSH). 29.-30. oktober 2012. <http://nsh.no/db/doc/0000003609.pdf> (1.11.2012, kl. 20:45).
- Muusmann & AGENDA** (2008). *Kartlegging av de Distriktpsykiatriske sentrene i Norge 2008*. Rapport. Høvik: Muusmann Research & Consulting og AGENDA Utredning & Utvikling AS.
- Møller**, G. (2006). *Evaluering av samordningsforsøkene mellom aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten. Sluttrapport*, Rapport 231-2006, Bø: Telemarksforskning-Bø.
- Myrvold**, Trine Monica & Marit K. **Helgesen** (2009). *Kommunenes organisering av psykisk helsearbeid*. NIBR-rapport 2009:4. Oslo: Norsk institutt for by- og regionalforskning.
- NAPHA** (2012). *Ni suksesshistorier – Samhandling om psykisk helse*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse.

- NAPHA** (2009). *Nasjonalt temanettverk. Mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester*. Anbudsgrunnlag. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Nasjonal Strategigruppe II** (2010). *Utvikling og oppgradering av Distriktpsikiatriske sentre – Arbeids- og ressursfordeling mellom DPS og sykehus*. Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB. Arbeidsgruppe 2.
- NAV interim** (2006). *Ny arbeids- og velferdskontor. Kompetanse og kultur. Forslag til kompetansekrav for Nye arbeids- og velferdskontorer*. Prosjekt kompetanse og kultur. MP29. Oslo: NAV
- NIFU** (2013). *Kvalitet i praksis. Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere*. Rapport 14/2013. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Norvoll, Reidunn** (2013). Samfunnsfagenes bidrag til kunnskap om psykisk helse og psykiske helsetjenester. I: **Norvoll, Reidunn** (red.)(2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- NFPH (2013)**. *Skriveverksted! Invitasjon til skriveverksted*. Norsk forening for psykisk helsearbeid i samarbeid med Høgskolen i Buskerud, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR). <http://nfph.blogspot.no/2013/01/skriveverksted.html> (9.5.2013, kl. 10:45).
- NOU 2009: 22** (2009). *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet. Avgitt 3. desember 2009. Oslo: Departementets servicesenter. Informasjonsforvaltning.
- NOU 2005: 3** (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Norges offentlige utredninger. Innstilling fra utvalg oppnevnt ved den kongelige resolusjon 17. oktober 2003. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- NOU 2000:22** (2000). *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*. Utredning fra Oppgave fordelingsutvalget oppnevnt ved kongelig resolusjon 5. juni 1998. Avgitt til Kommunal- og regionaldepartementet 3. juli 2000. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1986: 4** (1986). *Samordning i helse- og sosialtjenesten*.
- NOU 1976: 24** (1976). *Undervisning ved sosiale og medisinske institusjoner*.
- Opdal, Bernt Harald** (2009). *SØMLØST PSYKISK HELSEARBEID MED FOKUS PÅ SAMHANDLING. Et innblikk sett med pasienters øyne*. Masteroppgave. København: Handelshøjskolen i København
- Ot.prp. nr. 66** (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*.
- Paulsen, Bård & Anders Grimsmo** (2008). *God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*. Rapportnr.: A7877. Trondheim: Sintef Helse



- PiO-senteret** (2013). *Prosjekt personlig ombud*. <http://www.piosenteret.no/index.php/personlig-ombud/prosjekt-personlig-ombud/> (3.5.2013, kl. 17:10). Oslo LPP's ressurscenter for psykisk helse. Pårørendesenteret i Oslo.
- Pöyry** (2011). *Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evaluering av forsøk med ACT (Assertive Community Treatment) i Mossregionen*. Utarbeidet for Moss, Våler, Råde og Rygge kommuner og Sykehuset Østfold HF. Econ R-2011-013. Oslo: Pöyry Management Consulting (Norway) AS
- Rambøll** (2011). *PIO-SENTERET. FØLGEEVALUERING AV FORSØK MED PERSONLIG OMBUD*. Sluttrapport. [http://www.piosenteret.no/images/nyhetsbrev-pdf/Revidert\\_sluttrapport\\_Rambøll.pdf](http://www.piosenteret.no/images/nyhetsbrev-pdf/Revidert_sluttrapport_Rambøll.pdf) Oslo: Rambøll.
- Ramsdal, Helge** (2004). Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Noen organisasjonsteoretiske synspunkter. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol 1, nr. 2. Side 5-17. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ramsdal, Helge** (2013). Styring og organisering av tjenestene. I **Norvoll, Reidun** (red.)(2013) *SAMFUNN OG PSYKISK HELSE. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ramsdal, Helge & Gunnar Vold Hansen** (2009). *Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold: erfaringer med organisering og arbeidsformer*. Oppdragsrapport 2009:1. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Ramsdal, Helge & Gunnar Vold Hansen** (2005). Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utførerorganisasjonen. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Fagartikkel. Vol. 2. Nr. 2. 134-149. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ramsdal, Helge & Kjetil Ramsdal** (2007). *Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren: prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer*. Oppdragsrapport 2007:3. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Repstad, Pål** (red.)(2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Riksrevisjonen** (2008). *Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem*. Dokument nr. 3:5 (2008-2009).
- Rolland, A.** (2006). Brukertilfredshet som mål for offentlig velferd. I: *Nordisk Administrativt Tidsskrift*. Nr. 2. Vol. 87. (107-120). Oslo: [www.nafnet.no](http://www.nafnet.no)
- Roos, Eirik** (2010). *Hva er årsaken til at utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern må vente utskrivning og hva kan gjøres?* Masteroppgave. København: Handelshøjskolen i København.
- Rosenlund, Anne Marit** (2010). *Prioriteringsveileder i psykisk helsevern for voksne – et samhandlingsverktøy?* En kvalitativ Studie. MBA i helseledelse.

- Ruud, Torleif** (2006). *Kommunenes vurdering av distriktpsikiatriske tilbud*. Rapportnummer A259. Trondheim: Sintef Helse.
- Rørvik, Tonje Slaaen** (2011). *Bærekraftige relasjoner. En kvalitativ studie av tverretattlig samarbeid innen psykisk helse og rus*. Masteroppgave. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Rådet for psykisk helse** (2009). *Vi trenger tjenestenettverk, ikke tjenestekjeder*. <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=28264>; (31.10.2012, kl. 20:40); *Vi må spesialisere oss – på sammenheng*. <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=28270> (31.10.2012, kl. 20:40). Teksten er en del av sluttrapport for prosjektet *Kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid (KUP)*, som Rådet for psykisk helse gjennomførte i perioden 2005-2008.
- Sandnes kommune** (2012). *Avtale om inn-/utskrivning, samarbeid og ansvarsdeling innen psykisk helsearbeid/psykisk helsevern mellom Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon og kommunene*. Datert 3.2.2012. <https://www.sandnes.kommune.no/Fillager/Internett/sammenom/Underskrevet%20avtale%20nov2008.pdf> (11.11.2012, kl. 11:35).
- San Martin-Rodriguez, Leticia, Marie\_Dominique Bealuieu, Danielle D'Amour & Marcela Ferrada-Videla** (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. I: *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 19. No. s1. 132-147. London: Informa Helathcare.
- Schönfelder, Walter** (2007). *Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner*. Doktorgradsavhandling. Tromsø: Universitet i Tromsø. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Institutt for sosiologi.
- Schwandt, Thomas A.** (2004). *Evaluating holistic rehabilitation praxis*. Oslo: Kommuneforlaget
- Shdir** (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlige tilrettelagte tilbud. Vurdering av omfang, og behov samt forslag til tiltak*. Rapport. IS-1554. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet.
- Shdir** (2006a). *Gylne øyeblikk. Arbeid, deltakelse og inkludering i Samordningsforsøket. Samhandling, dialog og brukermedvirkning*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Shdir** (2006b). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Veileder, kortversjon. IS-1351. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Shdir** (2006c). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Veileder. IS-1388. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Shdir** (2006d). *DU HAR KOMMET TIL RETT STED .....Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre*. Rapport 06/2006. IS-1358. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Shdir** (2006e). *... og bedre skal det bli! Bli med å forme morgendagens sosial- og helsetjenester. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, innsatsområdet FORBEDRE*

- LEDELSE OG ORGANISASJON*. Arbeidsgruppens anbefalinger til delmål og tiltak, oktober 2006. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Shdir** (2005a). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Veileder. IS-1332. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Shdir** (2005b). ... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. Veileder. IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Skatvedt**, Astrid & Marit **Edland-Gryt** (2012). *Øyeblikksomsorg – et verktøy for bedring. Evaluering av 24SJU – et lavterskeltilbud til personer med dårlig psykisk helse og rusmiddelproblemer*. [http://sirus.no/filestore/Import\\_vedlegg/Vedlegg\\_publicasjon/sirusrap.4.12.pdf](http://sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/sirusrap.4.12.pdf) (4.5.2013, kl. 8:15). SIRUS-rapport nr. 4/2012. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Skjervheim**, Hans (2002). *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skærbæk**, Eva (2007). Ethical Dilemmas in Qualitative Research. I: *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*. Vol. 15, No. 1, 64-74. London: Taylor & Francis Group.
- Slettebakk**, Rune T., Silje L. **Kaspersen**, Heidi **Jensberg** & Solveig Osborg **Ose** (2013). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. Oppdragsrapport SINTEF A23879. Trondheim: SINTEF.
- SNL** (2013). *Omvendt pyramide*. [http://snl.no/Omvendt\\_pyramide](http://snl.no/Omvendt_pyramide) (1.5.2013, kl. 14:05). Store norske leksikon.
- Starrin**, Bengt (2007). Empowerment som forskingsstrategi - Eksempelet deltakerbasert forskning. I: **Askheim**, Ole Petter & Bengt Starrin (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- St. meld. nr. 47** (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- St. meld. nr. 25** (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- St.meld. nr. 72** (1984-85). *Barne- og ungdomsvernet*.
- St.meld. nr. 9** (1975-76) *Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparatet*.
- St.prp. 63** (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.
- Stubrud**, Leif Hugo (2002). Psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning. I: *SOR Rapport nr. 3*. 20-21. [http://www.samordningsradet.no/sitefiles/4055/Arkiv\\_Rapport/Artikler/2002/Stubrud\\_Psykiske\\_lidelser\\_hos\\_personer\\_med\\_utviklingshemning\\_3\\_02.pdf](http://www.samordningsradet.no/sitefiles/4055/Arkiv_Rapport/Artikler/2002/Stubrud_Psykiske_lidelser_hos_personer_med_utviklingshemning_3_02.pdf) (21.4.2013, kl. 10.05). Oslo: Stiftelsen Samordningsrådet for arbeid med mennesker med utviklingshemning (SOR).
- Støfringsdal**, Kari, Egil **Rasmussen**, Ove **Nordstokke**, Arve **Bang**, Astrid **Simonsen**, Grethe **Almenning** & Sidsel Sunde **Tveit** (2013). *Veileder for utbredelse av elektroniske meldinger mellom kommune, fastlege og helseforetak på Vestlandet. Vestlandsheftet. Vestlandsløftet*.

<http://www.nhn.no/meldingsutbredelse-i-helsesektoren/nyheter/Vestlandshefte.pdf>

(6.4.2013, kl. 14:15). Trondheim: Norsk Helsenett.

**SUS** (2012). *Delavtale nr. 2a. Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.* <http://www.helse->

[stavanger.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtaler/Sandnes/C%20-](http://www.helse-stavanger.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtaler/Sandnes/C%20-%20Sandnes%20LSA%20-%20Delavtale%202a.pdf)

[%20Sandnes%20LSA%20-%20Delavtale%202a.pdf](http://www.helse-stavanger.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtaler/Sandnes/C%20-%20Sandnes%20LSA%20-%20Delavtale%202a.pdf) (11.11.2012, kl. 11:40). Stavanger: Stavanger Universitetssykehus.

**UiO** (2013). *Samarbeid med Oslo kommune.* Forskning. Institutt for helse og samfunn (HELSAM)

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/oslo-kommune/index.html> (28.4.2013, kl. 16:00).

Oslo: Universitetet i Oslo.

**UpToDate** (2012) *Psychosocial interventions for severe mental illness.*

<http://www.uptodate.com/contents/psychosocial-interventions-for-severe-mental->

[illness?source=search\\_result&search=psychosocial+interventions+for+severe+mental+illness&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/psychosocial-interventions-for-severe-mental-illness?source=search_result&search=psychosocial+interventions+for+severe+mental+illness&selectedTitle=1~150) (25.11.2012, kl 18:20). Amsterdam: Wolters Kluwer Health.

**Vetlesen, Tor-Johan** (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern.* (2011:1). Skien:

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

**Volden, Odd** (2012). *Hva kan masterstudenter i psykisk helsearbeid forske på?* Artikkel under

temaene God hjelp i et brukerperspektiv og Psykisk helsearbeid som fag og praksisfelt på nettstedet [www.psykiskhelsearbeid.no](http://www.psykiskhelsearbeid.no) som NAPHA drifter.

<http://psykiskhelsearbeid.no/content.ap?thisId=4293> (13.4.2013, kl. 13:30). Trondheim:

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

**Wackerhausen, Steen** (1994). Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og

relativisme. I: **Jensen, Uffe Juul & Peter Furr Andersen** (red.)(1995) *Sundhedsbegreber filosofi og praksis.* Århus: Philosophia.

**Wadel, Cato** (1990). Feltarbeid i egen kultur. Referert til av Nielsen & Repstad (2004) i: **Repstad,**

**Pål** (red.)(2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis.* 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

**Willumsen, Elisabeth** (red.)(2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning.* Oslo:

Universitetsforlaget.

**Øie, Kjell Erik** (2013). Innlegg på avslutningskonferanse 6. februar 2013 for Nasjonalt

temanettverk for mennesker med psykisk lidelse som har behov for omfattende tjenester.

Fredrikstad: Høgskolen i Østfold.

**Ørstavik**, Sunniva (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol 5. Nr. 2. 111-119. Oslo: Universitetsforlaget.

**Øvretveit**, John (2000). *Coordinating Community Care - Multidisciplinary teams and Care Management*. Buckingham (UK) & Philadelphia (USA): Open United Press.

## Vedlegg

### Vedlegg I Publiseringssamtykke



Publisering av oppgaver

Godkjenning av bruk/publisering av masteravhandling  Ja  Nei

Godkjenning av bruk/publisering av bacheloroppgave

Etternavn	Tjelta	Fornavn	Tor Helge
Fødselsnr. (11 siffer)	260766 37139	Studentnummer	967477
Adresse	Øyenveien 13	Postnr. / Poststed	1825 Tomter
Telefon	481 69 849	Studium / Avdeling	Master, avd. Helse- og sosialfag

Studium:	HSTFS40608 Master i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren
Tittel på avhandling/oppgave:	<p><b>KUNNSKAPSBASERT PSYKISK HELSESAMARBEID ... og bedre skal det bli!</b></p> <p>EVIDENCE-BASED MENTAL HEALTH COLLABORATION ... and better it shall be!</p>

- Undertegnede samtykker i at ovennevnte avhandling/oppgave stilles til rådighet som eksempel for andre studenter ved Høgskolen i Østfold.
- Undertegnede er kjent med at oppgaven arkiveres i høgskolens biblioteks magasin etter fagområde.
- Undertegnede samtykker i at masteravhandlingen, dersom den får karakter C eller bedre, tilgjengeliggjøres elektronisk i Brage (HiØs åpne institusjonelle arkiv)

Dato:	Sted	Studentens underskrift
21. mai 2013	Tomter	

## Vedlegg II Forskningsprotokoll



MASTER I TVERRFAGLIG SAMARBEID  
I HELSE- OG SOSIALSEKTOREN

**Tor Helge Tjelta**

Øyenvelen 13

1825 TOMTER

481 00 840

torht@hiol.no

### FORSKNINGSPROTOKOLL

#### Kvalitativ masterstudie av psykisk helsesamarbeid

##### Metode del

- Deltakerforskning
- Fokusgruppeintervju
- Telefonintervju
- Intervju av pasienter/brukere
- Intervju av bydelsoverlege, representanter for tjenestene i psykisk helsesamarbeid
- Deltakende observasjon med bruk av logg- og refleksjonsdata
- Gjennomgang av relevant litteratur

##### Tidsplan

- Prosjektperiode: Januar 2010 – september 2013
- Innhenting av data: Vinteren 2012-2013
- Levering av masteroppgave: Mai 2013

##### Budsjett

- Permisjon med lønn til studiedager på høgskolen

##### Organisering/Samarbeide

Intervju med fokusgrupper ved de lokale DPS i Østfold og Oslo. Jevnlige møter med medforsker/referansegruppe (representanter fra LPP).

##### Ettikk

Deltakere får god og riktig informasjon om prosjektet. Opplysninger som kommer frem i løpet av forskningsprosjektet blir behandlet på en korrekt måte. Pasienter/brukere får en ekstra oppfølging ift frivilligheten til å delta i prosjektet, og forsikring om at deres avgjørelse ikke vil ha noen innvirkning på den hjelpen de får/drøsker å få.

##### Godkjenninger

- Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS. Prosjektnummer 25178.

##### Vitenskapelig betydning

Økt kompetanse på tverrfaglig psykisk helsesamarbeid.

##### Plan for publisering

Publisering på nett etter sensur sommeren 2013.

## Vedlegg III Forespørsel/Informasjonsskriv & samtykkeerklæring



MASTER I TVERRFAGLIG SAMARBEID  
I HELSE- OG SOSIALSEKTOREN

**Tor Helge Tjelta**

Øyerveien 13

1825 TOMTER

481 69 849

torht@hiof.no

dato måned år

XXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXX

### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Jeg ber med dette om at du/dere vil delta i forskningsprosjektet mitt i forbindelse med min masteravhandling i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren.

**TEMA:**

*Tverrfaglig samarbeid*

**TITTEL:**

*Psykisk helsesamarbeid ... og bedre skal det bli!*

**FORSKNINGSSPØRSMÅL:**

*Hva fremmer og hva hemmer psykisk helsesamarbeid mellom DPS og bydel/kommune?*

Dette er en *kvalitativ* studie med et *åpent spørsmål* som jeg vil stille til flere instanser - blant annet deg/dere:

- Operativt Forum ved det enkelte DPS i Østfold (utenom Indre Østfold som ble brukt som pilotfokusgruppeintervju).
- Rådgiver hos Fylkesmannen i Østfold og Oslo/Akershus.
- Et samarbeidsorgan (DPS - bydel/kommune) i Oslo.
- En bydelsoverlege og representanter for tjenesteapparatet.
- Noen få utvalgte brukere med lengre erfaring av samarbeidet mellom DPS - bydel/kommune.

Medforsker/referansegruppe som vil følge forskningen er to representanter fra LPP (en fast; Odd Stoksbjerg og en vara).

Veileder er professor Ove Sandell ved Høgskolen i Østfold.

Prosjektet er meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Tor Helge Tjelta



## Samtykkeerklæring (intervjuer)

MASTER I TVERRFAGLIG SAMARBEID  
I HELSE- OG SOSIALSEKTOREN

## SAMTYKKEERKLÆRING

Det er helt frivillig å delta i prosjektet. Du/Dere kan også trekke deg/dere underveis uten å oppgi årsak til dette.

Du/Dere vil bli kontaktet for avtale om intervju, enten i form av:

- fokusgruppeintervju med Operativt Forum i Østfold/samarbeidsorgan i Oslo
- telefonintervju
- personlig intervju

Alle intervjuene vil bli tatt opp elektronisk/på lydbånd. Eventuelle sensitive personopplysninger vil bli anonymisert eller slettet umiddelbart (taushetsplikten gjelder). Lydbåndopptakene vil bli slettet og alt data materiale anonymisert etter at sensur på avhandlingen er falt. Senest februar 2013.

Forskningen har ikke som fokus å innhente personopplysninger, men har som formål å være et lite bidrag til å bedre samarbeidet mellom DPS og bydel/kommune. Det er samarbeidet som er fokus (og tema). Data behandles konfidensielt, og opplysningene vil kun bli gjengitt uanonymisert dersom du/dere samtykker til dette.

Informantene skal ikke uttale seg om identifiserbare tredjepersoner med mindre det gjelder offentlig opplysninger.

Jeg/Vi ..... (navn med blokkbokstaver) bekrefter at jeg har fått skriftlig informasjon om studien og samtykker til at Tor Helge Tjelta kan foreta intervju av meg/oss.

Intervjuet skal

ikke anonymiseres

anonymiseres

Sted .....

Dato ..... Signatur .....

## Vedlegg IV Godkjenning fra Personvernombudet

### Godkjenning i forhold til personopplysninger

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Ove Sandell  
Avdeling for helse- og sosialfag  
Høgskolen i Østfold  
1757 HALDEN

Vår dato: 16.03.2011

Vår ref: 25178 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

#### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.10.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25178	<i>Psykisk helsesamarbeid - fungerer det?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ove Sandell</i>
Student	<i>Tor Helge Tjelta</i>

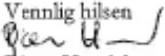
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 29.02.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Bjørn Henriksen

  
Linn-Merethe Rød

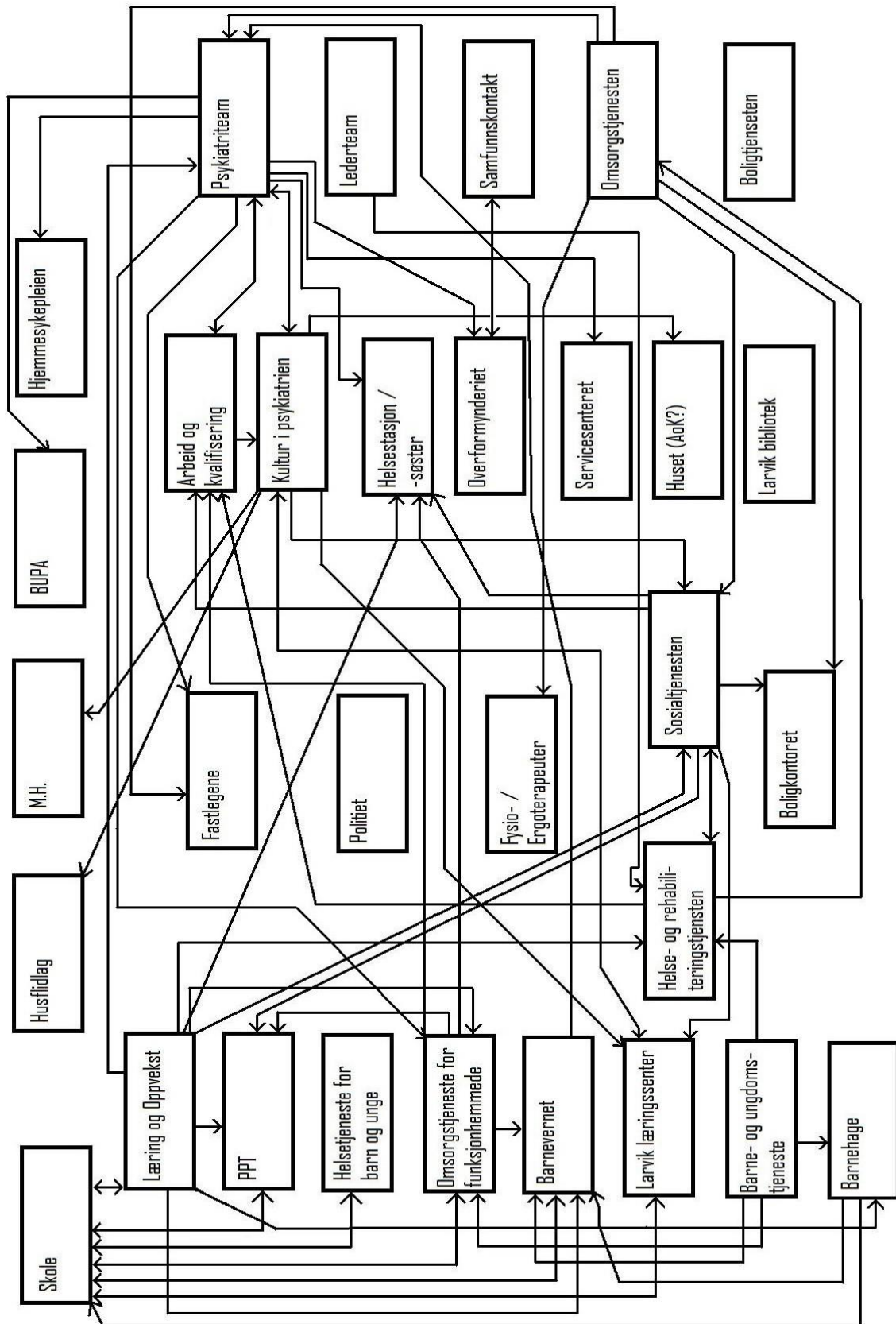
Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Tor Helge Tjelta, Øyenveien 13, 1825 TOMTER

Avdelingskontorer / District Offices:

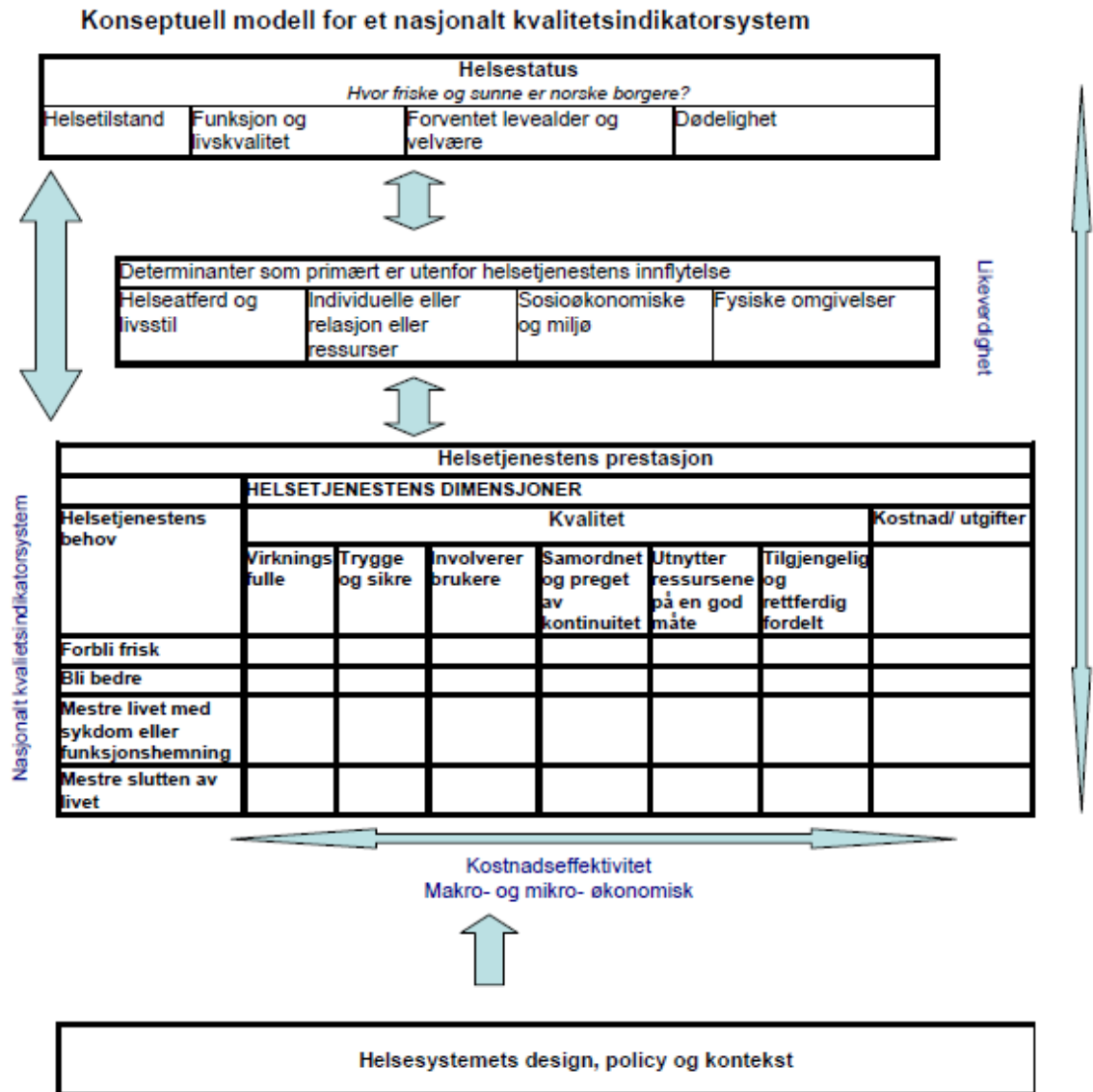
OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47-22 85 52 11, [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim, Tel: +47-73 59 19 07, [kjre.sarav@svt.ntnu.no](mailto:kjre.sarav@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, Tel: +47-77 64 43 36, [martin-arne.andersen@uit.no](mailto:martin-arne.andersen@uit.no)

## Vedlegg V Eksempel på nettverkskart

Nettverkskart for en bruker med offentlige instanser som er inne i bildet



## Vedlegg VI Konseptuell modell for kvalitetsindikatorsystem



## Vedlegg VII Noen huskereglar for deltakende observasjon

- a) Det kan være et problem at jeg bare er i stand til å anlegge et froskeperspektiv på psykisk helsesamarbeid, nedenfra og nærsynt fra der jeg står. Jeg er for tett innpå begivenhetene slik at jeg lett kommer til å overta de gjengse, lokalt herskende forklaringer på bestemte organisasjonsproblemer.
- b) Det kan være vanskelig å få relevante data om psykisk helsesamarbeid, spesielt hvis jeg som underordnet er nødt til å krysse avdelingsgrenser og hierarkiske nivåer. I en slik sammenheng vil mange heller uttale seg til en utenforstående, uavhengig forsker enn til en medarbeider/kollega/underordnet. Særlig i sterkt hierarkiske og/eller konfliktfylte organisasjoner kan det bli vanskelig å få gode, valide data når jeg selv oppfattes som aktør i organisasjonen. Er jeg som intervjuer i en maktposisjon, blir resultatene farget av lipservice; informanter svarer det de tror jeg vil høre. Er jeg som intervjuer uten makt, kan jeg bli avvist som potensielt brysom. For øvrig er det vel slik at dersom situasjonen i organisasjonen er utrygg og preget av konflikter, vil det være vanskelig å få gode, ikke-strategiske svar uansett om jeg kommer innenfra eller utenfra som forsker.
- c) I intervjusituasjonen kan jeg lett komme til å stole på at jeg selv er godt orientert eller til å akseptere de intervjuedes tro på at "jamen det vet du jo!". Det gjør jeg kanskje ikke. Samme problem kan huskonsulenten/rådgiveren komme ut for. I organisasjonen tror psykisk helsearbeidere ofte at konsulenten/rådgiveren vet mer enn han/hun faktisk gjør. For ikke å virke uvitende, så lar konsulenten/rådgiveren dem bli i troen. Cato Wadel (1990:i Nielsen & Repstad (2004)) legger vekt på at den beste rolle jeg kan havne i som forsker, slett ikke er den litt lammende opphøyde og mystiske rollen som forsker (= ekspert), men den mer kommunikasjonsåpnende rollen som lærling. En lærling eller lærergutt har en legitim uvitenhet, og får i kraft av rollen mye verdifull informasjon i et forståelig språk. Problemet med å være erfaren kollega er selvsagt at jeg vanskelig samtidig kan påberope meg en legitim uvitenhet. Der hvor tradisjonelt kjønnsrollemønster hersker, er denne kombinasjonen (erfaren, men uvitende) kanskje enda vanskeligere for menn enn for kvinner.
- d) Når jeg skal tolke data, er det vanskelig å unngå å la meg påvirke av mine forutfattede meninger og fordommer, bevisst eller ubevisst.
- e) Det kan være vanskelig å skrive min oppriktige mening. Tør jeg, vil jeg eller burde jeg la være? Dette er nok de mest kritiske spørsmål for meg som forsker i egen organisasjon, noe som både rommer etiske problemer og noe om personlig mot eller uavhengighet. Naturligvis gjelder dette hvis jeg kommer til å trå på ømme tær (les makthavernes) i organisasjonen. Hvis fy fenomener trekkes frem i lyset, kan det også være ubehagelig å skulle møte kolleger etterpå, for ikke å snakke om overordnede. Jeg kan som forsker ha andre roller i organisasjonen, noe som frister meg til å ta strategiske hensyn i fortolkninger og presentasjon av materialet. Det er altså en fare for de rike, nyanserte og avdekkende data jeg har samlet inn som forsker i egen organisasjon gjennomgår en filtreringsprosess når jeg skal ha det hele ned på papiret. Dette kan også skje ut fra mer edle motiver enn de tilfeller der jeg har en bevisst egeninteresse av å styre og vri på resultatene. Det kan hende at jeg kvier meg for å tillegge folk mer egoistiske motiver enn de selv har gitt uttrykk for offentlig, når jeg skal leve videre sammen med dem i hverdagen, ved deres side eller under dem, også etter publiseringen. Føler jeg at rapporten er blitt så snill at den tilslører virkeligheten, bør jeg kanskje overveie nøye om den ikke heller bør legges i skrivebordsskuffen, og ringe til en forsker eller konsulent utenfra. Mitt mot til å skrive hva jeg oppriktig mener vil generelt avhenge av min styrke til å forholde meg til kritikk fra andre i organisasjonen. Denne styrken vil være avhengig av min stilling i organisasjonen og en del personlighetsfaktorer. Styrken på kritikken vil i sin tur avhenge av hvordan organisasjonskulturen er. Er organisasjonen en gutteklubb uten toleranse for kritikk og med velutviklede tradisjoner for hevn, har den interne forsker trange arbeidsvilkår.
- f) Jeg kan bli anklaget av kolleger for å ha utnyttet min posisjon til spionasje og angiveri utad, med andre ord ha brukt min kunnskap om organisasjonen, den jeg har i kraft av å være ansatt, på en indiskret og troløs måte. En slik kritikk vil lettest komme dersom min rapport publiseres utad og inneholder beskrivelser og fortolkninger som er ubehagelige for noen i organisasjonen. For å unngå slike beskyldninger fra kolleger kan det hende at jeg blir for forsiktig med å utnytte det jeg faktisk vet om organisasjonens indre liv. Dermed forsvinner verdien av en viktig fordel ved å studere egen organisasjon: Lokalkunnskapen.