

# MASTEROPPGAVE

Tittel: «Samarbeid mellom to poliklinikker»

Ditt navn: Pia Klevaas

Dato. 13.12.16

Studienavn: Masterstudium i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren

Avdelingsnavn: Avdeling for helsefag



## **Forord**

Så kom dagen hvor det bare var forordet igjen som skulle skrives. 3,5 års studier er tilbakelagt. I løpet av disse årene har jeg sett for meg den dagen når oppgaven ligger ferdig innbundet i to eksemplarer – klare til levering - og nå er jeg der!

Det har vært spennende år hvor jeg har lært mye både om ting jeg ikke visste, aldri hadde tenkt på og om meg selv. Det har vært gøy å være med på forandringen fra å se ting fra praksisfeltet til å få en brede faglig forståelse på et overordnet nivå.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Catharina Björkquist for uvurderlig hjelp underveis. Din måte å veilede på har gjort meg bevisst på faglig innhold, formuleringer og detaljer. Jeg har lært mye av deg.

Takk til mine medstudenter Lise og Heidi for støtte, oppmuntring og god hjelp – det var vi tre som stod løpet ut! Jeg tror turen til Kroatia gjorde susen☺

Takk til informantene mine for at dere bidro med kunnskap og refleksjoner i intervjuene. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Takk til mamma som leste korrektur, til Rino for god teknisk hjelp, til min leder og mine kollegaer for tålmodighet gjennom disse årene. Håper jeg bringer ny kunnskap tilbake til dere.

Desember 2016

Pia Klevaas

## Sammendrag

Denne studien har sett nærmere på samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten for å få en dypere forståelse av hva som hemmer og fremmer et samarbeid. Gjennom samhandlingsreformen og flere veiledere er det en forventning om at personer med samtidig rus – og psykisk lidelse skal motta koordinerte og sammenhengende tjenester.

Problemstillingen er *Hva hemmer og fremmer samarbeid mellom to enheter i spesialisthelsetjenesten?* San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, og Ferrada-videla (2005) presenterer en ramme for å strukturere hvordan de ulike faktorene hemmer og fremmer samarbeid på systemisk, organisatorisk og relasjonelt nivå. Fokuset i forskningsarbeidet mitt har i hovedsak vært på profesjon og de organisatoriske faktorene for samarbeid, men jeg har også trukket inn de relasjonelle faktorene.

Utvalget har bestått av seks informanter, tre fra voksenpsykiatrisk poliklinikk, psykiater, psykologspesialist og sosionom med videreutdanning. Tre fra sosialmedisinsk poliklinikk, psykiatrisk sykepleier, vernepleier med videreutdanning og psykologspesialist. Metoden som ble benyttet er kvalitativt forskningsintervju.

Funnene viser at samarbeidet mellom poliklinikkene i hovedsak fungerer bra. Det er fokus på samarbeid og de ansatte er tydelig på hva de skal samarbeide om. Ledelsen er opptatt av og oppfordrer til samarbeid. Tillit og respekt for hverandres faglighet er viktige faktorer for å lykkes med samarbeidet, noe informantene var opptatt av. Profesjoner og personlige egenskaper har betydning for utvikling av et tverrfaglig samarbeid.

## **Abstract**

This study looked into the collaboration within the specialist health services to gain a deeper understanding of what inhibits and promotes collaboration

The focus of my research has mainly been on professional and organizational factors of cooperation, but I have also divided into the relational factors. “Samhandlingsreformen” and several supervisors expect that people with concurrent substance abuse - and mental illness should receive coordinated and coherent services.

The issue is what inhibits and promotes collaboration between two units in the specialist? San Martin Rodriguez, Beaulieu, D'Amour and Ferrada-Videla (2005) presents a framework for structuring how the various determinants prevent and promote collaboration on systemic, organizational and interactional level.

The committee consisted of six informants from adult psychiatric outpatient clinic, psychiatrist, psychologist specialist and social worker with further education. Three from social medical outpatient, psychiatric nurse, social educator with postgraduate and psychologist specialist. The method used is qualitative research interview.

The findings show that cooperation between the two polyclinics in most cases works well. The focus is on collaboration and staff are clear on what to cooperate on. Management is concerned and encourages collaboration. Trust and respect for each other's professionalism are important factors for the success of a collaboration, which the informants were concerned. Professions and personal qualities are important in a development of interprofessional collaboration.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning og bakgrunn for valg av tema.....	6
1.1 Problemstilling .....	9
1.2 Kunnskapsstatus .....	11
1.3 Avklaring av begreper .....	13
1.4 Disposisjon av oppgaven.....	14
2.0 Teori .....	15
2.1 Tverrprofesjonelt samarbeid .....	15
2.2 Systemiske faktorer .....	16
2.2.1 Profesjoner .....	16
2.2.2 Status .....	18
2.3 Organisatoriske faktorer .....	19
2.3.1 Ledelse .....	20
2.3.2 Kultur .....	21
2.3.3 Makt .....	22
2.4 Relasjonelle faktorer. ....	23
2.4.1 Tillit.....	23
2.4.2 Kommunikasjon og revirtenkning .....	24
3.0 Metode .....	26
3.1 Forskningsdesign.....	26
3.2 Kvalitativ metode .....	27
3.3 Forforståelse .....	28
3.4 Utvalgsriterier .....	28
3.4.1 Fremgangsmåte for å innhente informanter .....	30
3.5 Gjennomføring .....	30
3.5.1 Intervjuguide og intervjuer .....	30
3.5.2 Transkribering .....	31
3.5.3 Etske refleksjoner .....	31
3.6 Analysestrategi .....	32
3.7 Metoderefleksjon.....	34
3.7.1 Reliabilitet .....	35

3.7.2 Validitet.....	35
4.0 Presentasjon av funn.....	37
4.1 Hvilke organisatoriske faktorer hemmer og fremmer samarbeidet mellom SMP og VOPP?.....	38
4.1.1 Ledelse .....	38
4.1.2 Kultur .....	41
4.2 Hvilke relasjonelle faktorer hemmer og fremmer samarbeid mellom SMP og VOPP?.....	45
4.2.1 Tillit.....	45
4.3 Hvilken betydning har profesjon og makt i det tverrfaglige samarbeidet? .....	48
5.0 Drøfting .....	53
5.1 Hvilke organisatoriske faktorer hemmer og fremmer samarbeid mellom SMP og VOPP?.....	53
5.1.1 Ledelse .....	53
5.1.2 Kultur .....	56
5.2 Hvilke relasjonelle faktorer hemmer og fremmer samarbeid mellom SMP og VOPP?.....	58
5.2.1 Tillit.....	58
5.3 Hvilken betydning har profesjon og makt i det tverrfaglige samarbeidet? .....	60
5.3.1 Profesjon og makt.....	60
6.0 Avslutning .....	65
6.1 Svar på problemstilling og oppsummering av drøfting.....	65
Litteraturliste .....	68
Vedleggsoversikt .....	71
Vedlegg 1: Organisasjonskart for Sykehuset Østfold .....	72
Vedlegg 2: Intervjueguide .....	73
Vedlegg 3: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt.....	74
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD.....	75

## 1.0 Innledning og bakgrunn for valg av tema

I over 20 år har krav om samarbeid i praksis og utdanning vært nedfelt i lovreguleringer og offentlige meldinger, men allikevel har utviklingen av tverrprofesjonelt samarbeid kommet forholdsvis kort. Det kan se ut som at vi trenger utvikling av teori og praksis for å forstå og benytte kunnskap om samarbeid som skal gi bedre tjenester til pasientene, og at det ikke er nok med helse- og sosialpolitiske intensjoner (Willumsen, 2012). Denne oppgaven handler om samarbeid i spesialisthelsetjenesten om pasienter som både har rusavhengighet og psykisk lidelse (ROP). Det som gjør dette tema interessant å forske på, er at helsevesenet ikke har lykkes godt nok i å hjelpe ROP pasientene. Årsakene til det kan være mangel på kunnskap om rus- og psykiske lidelser og eller at kompleksiteten i behovene disse pasientene har, gjør at helsepersonell gir opp (Evjen, Øiern, & Kielland, 2012).

Nedenfor vises noen av milepælene jeg har valgt ut, for å illustrere ROP pasientenes «reise» mot et helsevesen som skal samarbeide om å gi gode og sammenhengende tjenester.

Det startet med at Rusreformen trådte i kraft 1.januar 2004 og den førte til at rusavhengige, på lik linje med andre pasientgrupper, fikk rettigheter etter Pasientrettighetsloven (2000).

Bakgrunnen for reformen var blant annet at Stortinget vedtok å overføre Fylkeskommunenes ansvar for behandlingstiltak for rusavhengige til staten ved de regionale helseforetakene (Rusreformen, 2004). Tidligere var dette regulert gjennom Sosialtjenesteloven (2005).

Helseforetakenes ansvar etter reformen ble definert som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB). Tjenestene gikk fra å være sosiale tjenester til å bli helsetjenester, og de med rusavhengighet gikk fra å være klienter til å bli pasienter (Moen, 2008).

Rusreformen banet på en måte vei for et større fokus på de med rusavhengighet og i 2008 kom opptrappingsplan for rusfeltet hvor et mål var bedre samhandlingen både på system - og individ nivå. På systemnivå var et av tiltakene å bedre de Regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til Regionale helseforetak. På individnivå var et tiltak å øke bruken av individuell plan (Statusrapport, 2010). Dette følges også opp i Samhandlingsreformen fra 2009, hvor det står at behovene for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok og oppleves som fragmenterte tjenester (St.meld.nr.47, 2008-2009, s. 21). I 2016 ble Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) iverksatt. Den peker på utfordringer som at det fortsatt er et stort gap mellom anbefalt behandling og praksis når det

gjelder personer med samtidig psykiske lidelser og rus lidelser, både i spesialist - og kommunehelsetjenesten. Videre er det et viktig arbeid fremover å sikre at rus- og psykisk helse blir implementert på en god måte i arbeidet med Samhandlingsreformen.

Helt siden rusavhengige fikk pasientrettigheter har det blitt utgitt mange veiledere og retningslinjer for å avklare, tydeliggjøre og trekke opp grenser for hvordan fagfeltet skal forholde seg til behandling og oppfølging av pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse. Veileder i psykisk helsearbeid for voksne (2006) anbefaler at det etableres ruspoliklinikker i alle DPS (distriktpsykiatrisk senter) områder og disse bør samlokaliseres med DPS. En slik samlokalisering kan være nyttig for å fremme samarbeid om denne pasientgruppen. Videre formidler veilederen at spesialisthelsetjenesten må fremstå helhetlig og sammenhengende. Revidert Prioriteringveileder (2015) beskriver at behandlingen av rusmiddelavhengige forutsettes å være tverrfaglig sammensatt. Det betyr en inkludering av både psykologfaglig, medisinskfaglig og sosialfaglig kompetanse. Dette kravet om tverrfaglighet gjelder ikke i samme grad for psykisk helsevern.

Helsedirektoratet gav i 2012 ut en Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP lidelser. Bakgrunnen for det var at det de siste 25 årene har vært en økende oppfatning av at rus- og psykiske lidelser henger sammen. Samme år utgir Regjeringen Oppdragsdokument (2012) til Helse sør-øst hvor det beskrives at tjenestene innen TSB er samordnet med tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte lidelser. Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal undersøkes, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud for sin rusmiddelavhengighet. Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Forskning og kompetanse på rusfeltet skal styrkes. Arbeidet med å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB skal fortsette.

ROP pasientene er en gruppe det er vanskelig å gi tjenester til fordi det er stor grad av kompleksitet som omfatter et vidt spekter av personligheter, psykiske lidelser og i tillegg rusavhengighet (Evjen et al., 2012). De har ofte både behandler i spesialisthelsetjenesten og oppfølging i kommunen både fra kommunal rus og psykiatritjeneste, fastlege og Nav (ROP retningslinjen, 2012). Pasientgruppens utfordringer kan forstås som at de har uregjerlige problemer og at de står i kontrast til tamme problemer. Uregjerlige problemer betyr at flere



ting i pasientens liv må i varetas samtidig, for eksempel arbeid, økonomi, rus og helsepørsmål. Uregjerlige problemer kan ha elementer av tamme problemer i seg slik at deler av problemet kan løses på en enkel måte. Kanskje kan begreper som å *håndtere* problemer være bedre enn å si at vi *løser* dem (Vabo og Vabø, 2014). Uregjerlige problemer krever tverrfaglig samarbeid fordi det er uklare mål og årsakssammenhenger som gjør at man drøfter og forhandler om hva som er relevant løsning. Det bør planlegges en progresjon og hver enkelt tjenesteyter må påse at man tilpasser seg og utfyller de andre. Tjenestene bør ytes samtidig og tilpasse seg hverandre (Hansen & Ramsdal, 2015).

Figuren under viser hva som kjennetegner tamme og uregjerlige problemer

<b>«Tamme» problemer</b>	<b>«Uregjerlige» problemer</b>
Lar seg avgrense/definere (selv om de er kompliserte)	Vanskelige å avgrense fra andre problemer
Har entydige årsaker	Har flertydige årsaker
Det finnes klare kriterier for beste løsning	Ingen objektive kriterier for beste løsning
Det er åpenbart når problemet er løst	Vanskelig å si når problemet er løst
Løsningen kan overføres til andre tilsvarende problem	Hvert problem er i prinsippet unikt
Løsninger er tekniske	Løsninger er normative/politiske

Figur 2. Vabø og Vabo, 2014. Tekstboks 1.2: «Tamme» og «uregjerlige» problemer s.17.

## **1.1 Problemstilling**

Fokus på samarbeid om ROP- pasienten har de siste årene fått økt oppmerksomhet gjennom Samhandlingsreformen og ulike veiledere. Fagfolk som jobber i forskjellige systemer klarer ikke å samhandle om ROP pasientene på en måte som fører til endringer og som gjør en forskjell i livssituasjonen til pasienten. Pasienten forstås utfra hvilken faglig søyle, psykiatri- eller rus søylen, de profesjonelle jobber i. Herfra kan man se over til andre, men samtidig beholde sin egen faglige oppfatning (Evjen et al., 2012). Det er en pasientgruppe som i liten grad møter til fastsatte avtaler hos rustjenesten i kommunen, men også i poliklinisk behandling. De kan ha hyppige innleggelse i psykiatriske akutt avdelinger både fordi de er til fare for seg selv eller andre, også fordi det ikke finnes akutte rusplasser i Østfold. Disse pasientene klarer ofte ikke å stå i sine valg om en rusfri tilværelse. Helsepersonell opplever stadig at de samme pasientene ruser seg, blir innlagt, setter økonomien over styr og mister boligen sin (ROP retningslinjen, 2012).

På bakgrunn av denne beskrivelsen er disse pasientene en gruppe som i stor grad er avhengig av at samarbeidet mellom ulike profesjoner fungerer godt, både innad og mellom forvaltningsnivåene. Denne kunnskapen kombinert med tidligere forskning, opptrappingsplanene, retningslinjene og stortingsmeldingene har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

### ***Hva hemmer og fremmer samarbeid mellom to virksomheter i spesialisthelsetjenesten?***

Gjennom studien ønsker jeg å undersøke samarbeidet mellom to poliklinikker i spesialisthelsetjenesten, hvor den ene har hovedansvar for psykiatriske pasienter og den andre for ruspasienter. I dette landskapet finnes ROP pasienten som har begge lidelsene. Jeg har ikke intervjuet noen pasienter og oppgaven begrenser seg til å se på samarbeid om ROP pasienter. Hensikten er å få en større forståelse av hva som fører til om et samarbeid lykkes eller ikke. Samarbeider de om disse pasientene? Og i så fall har de behov for å samarbeide om noe mer utover det de gjør? Hva hemmer og fremmer dette samarbeidet?

For å svare på min problemstilling har jeg valgt følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke organisatoriske faktorer hemmer og fremmer samarbeidet mellom sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) og voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOPP)?
- Hvilke relasjonelle faktorer hemmer og fremmer samarbeidet mellom SMP og VOPP?
- Hvilken betydning har profesjon og makt i det tverrfaglige samarbeidet?

Spørsmålene er utarbeidet på bakgrunn av tidligere forskning og teori som fremhever at samarbeid foregår på ulike nivåer. Hvert av nivåene inneholder faktorer som er spesielt betydningsfulle for utviklingen av et tverrfaglig samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Når Helsedirektoratet i ROP retningslinjen har valgt å eksplisitt skrive i anbefaling 75 s.89 at *helseforetaket bør samordne vurderinger og inntak for at pasienter med en ROP – lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud*, betyr det at dette skal det fokuseres på, og at det til nå ikke har blitt besvart godt nok. Videre i kapitel 8 beskriver retningslinjen roller og ansvar mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og figuren viser hvordan fordelingen er tenkt å være.

<b>Ansvar</b>	<b>Psykisk helsevern</b>	<b>Psykisk helsevern/Tverrfaglig Spesialisert behandling</b>	<b>Tverrfaglig Spesialisert Behandling</b>
Psykisk lidelse	Alvorlig psykisk Lidelse	Mindre alvorlig psykisk Lidelse	Mindre alvorlig Psykisk lidelse
Ruslidelse	Alvorlig ruslidelse og Mindre alvorlig ruslidelse	Mindre alvorlig ruslidelse	Alvorlig ruslidelse

Figur1, fig.4 (ROP retningslinjen, 2012, s. 74).

Det pågår en diskusjon innad mellom poliklinikkene om definisjon av disse kategoriene. Jeg vil anta at denne diskusjonen har betydning for samarbeidet mellom poliklinikkene. Det ROP retningslinjen konkret sier er at den som først kommer i kontakt med pasienten har et ansvar

for å sikre at personen følges opp. Det vil være nærliggende å tenke at samarbeidsutfordringer om ansvarsforhold lettere oppstår rundt pasientsaker som befinner seg i den midterste kolonnen fordi her har begge seksjonene et ansvar.

## **1.2 Kunnskapsstatus**

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en rasjonell og koordinert måte (St.meld.nr.47, 2008-2009).

I mine søk etter forskning på samarbeidet mellom enheter i spesialisthelsetjenesten fant jeg lite forskning på forhold innad i spesialisthelsetjenesten, men mye materialet hvor samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er undersøkt. Denne studien kan være et bidrag til å belyse samarbeid mellom enheter i spesialisthelsetjenesten og bidra til ytterligere forskning på feltet.

Målet for behandlingen er at brukere skal oppleve tjenestene som koordinerte og sammenhengende, men i mange tilfeller opplever pasientene å falle utenfor behandlingstilbudet i både spesialisthelsetjenesten og i det kommunale tjenesteapparatet (Evjen et al., 2012). ROP ble tidligere omtalt som dobbeltdiagnose pasienter og debatten om hva som skal behandles først- rusen eller den psykiske lidelsen har pågått gjennom mange år. Vi vet i dag at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser. Personer med stoff lidelse har høyere forekomst av psykisk lidelse enn de med alkoholavhengighet. Personer med schizofreni og bipolar lidelse har en spesielt høy forekomst av ruslidelse (ROP retningslinjen, 2012, s. 26). I tillegg inkluderes lettere psykisk lidelse og ruslidelse dersom disse er forbundet med betydelig funksjonssvikt. Dette viser alvorlighetsgraden i det å ha en ROP lidelse og når vi vet at disse pasientene ofte også har somatiske lidelser – trippeldiagnoser, sier det noe om kompleksiteten. ROP lidelser har i hovedsak et langt behandlingsløp og pasientene har gjerne behandler i spesialisthelsetjenesten og oppfølging i kommunen (ROP retningslinjen, 2012).

Avdeling for rusbehandling i Sykehuset Østfold startet i 2007 opp prosjektet «Sammen og koordinert». En av målsettingene var å øke samhandlingsnivået mellom ulike tjenesteytere til barn og unge voksne både innad i avdeling for rusbehandling og i sykehusets oppdragsområde. Intensjonen var å styrke samhandlingen innad og mellom nivåene og øke kunnskapen til samarbeidene parter. Prosjektet viste at forankring er viktig, det må avsettes ressurser til å samarbeide og det må være tydelig kommunisert hva hver enkelt fagperson skal bidra med inn i et samarbeid (Hansen & Fineide, 2010). Moen (2008) beskriver at det i dag er et behandlingsskille mellom rus og psykiatri og det viser seg at ulik plassering i helsevesenet er et problem. Det er enighet om at rus- og psykiatri må ses sammen, men samtidig mener man at de må behandles hver for seg, at de må bli rusfrie før de får behandlingen for den psykiske helsen. Det kan se ut som det kreves en mer radikal endring i behandlingssystemet enn det som kom ut av rusreformen, og at man muligens ikke har lyktes i å organisere de ulike tiltakene i rusbehandlingen på en slik måte at det blir til det beste for pasienten.

Slik det er i dag kan det virke som om de ulike instanser og nivåer av rusbehandlingen spiller svarteper med hverandre, og at pasienten stadig blir sittende igjen med det dårligste kortet på hånden (Moen, 2008).

Høgskolen i Østfold sammen med Sykehuset Østfold, Fredrikstad kommune og brukerorganisasjoner på rus- og psykiatrifeltet har et prosjekt – Sårbar overganger. Det kom frem her at samarbeidet mellom DPS og SMP ikke besvares godt nok. Det ble avdekket at en sårbar overgang er mellom rus- og psykiatritjenester og at det her er rom for forbedringsområder når det gjelder samordning og tilnærming til ROP pasienter. Rapporten peker også på diskusjonen om hva som skal behandles først, rus- eller den psykiske lidelsen? Det er ofte et krav at pasienten må være rusfri for å få psykiatrisk behandling. Det sies videre at kunnskap om rusavhengighet og hva som er viktig for å få til et godt behandlingsopplegg i døgnavdeling, kan være manglende i noen deler av spesialisthelsetjenesten (Hansen, Bjørkquist, Huby, & Johnsen, 2016).

Pasienter som har komplekse problemer kan stå overfor noen av de samme utfordringene som ROP pasientene, ved at de har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og at flere må samarbeide om å gi disse tjenestene. Gulaker (2016) viser i sin studie av «Samarbeid i

helsehus» at forståelse av de ulike avdelingenes målsetting og det å kjenne hverandre sine tjenester fremmer et samarbeid. Dersom det ikke ble hensyntatt ville det skape en organisatorisk revirtenkning. Faktorer som kommunikasjon, tillit, respekt, forståelse og ønske om å delta i et samarbeid fremmer et tverrfaglig samarbeid. Tillit til hverandre og til profesjon samt å treffes ansikt til ansikt har avgjørende betydning for utviklingen av et samarbeid.

### **1.3 Avklaring av begreper**

Gjennom oppgaven vil det flere ganger refereres til forkortelser og disse ønsker jeg å gjøre rede for. I Østfold har man valgt å dele organisering mellom rus behandling og psykisk helsevern. Rus er organisert i avdeling for rusbehandling som består av en avrusingsavdeling og en avdeling for utredning og behandling, samt sosialmedisinske poliklinikker i Halden, Moss, Fredrikstad, Sarpsborg og Indre Østfold. Psykisk helsevern er delt mellom sykehusavdelingene på Kalnes, de lokale DPS 'ene, Halden - Sarpsborg, Fredrikstad og DPS Nordre. Rus- og psykiatri seksjonene har felles leder på direktørnivå. Utover det er det egne klinikksjefer og seksjonsledere (se vedlegg NR 1).

*DPS* står for distriktpsykiatrisk senter og oppbyggingen av disse startet på 1990 tallet i forbindelse med at de store psykiatriske institusjonene ble bygget ned og pasientene i større grad skulle bo i egen bolig og benytte seg av lokale behandlingssteder (Evjen et al., 2012). *VOPP* er forkortelse for voksenpsykiatrisk poliklinikk og er en del av DPS systemet. De gir i hovedsak tilbud til voksne pasienter med psykiske lidelser.

*SMP* er forkortelse for sosialmedisinsk poliklinikk og gir tilbud til personer med i hovedsak rusavhengighet.

*BUPP* er forkortelse for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

*TSB* står for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og omfatter i Østfold fem sosialmedisinske poliklinikker, en avrusingsavdeling og en avdeling for utredning og behandling.

*ROP* viser til pasienter med en alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg omfattes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to lidelsene er forbundet med betydelig funksjonssvikt (*ROP retningslinjen*, 2012, s. 16).

#### **1.4 Disposisjon av oppgaven**

Denne oppgaven består av 6 kapitler hvor innledningen er kapittel 1. I kapittel 2 presenteres relevant teori. I kapittel 3 redegjør jeg for valg av metode og gjennomføring av undersøkelsen. Kapittel 4 inneholder presentasjon av funn og videre i kapittel 5 drøftes funn opp mot teori og empiri, før oppgaven avsluttes i kapittel 6 med svar på problemstillingen og oppsummering. Til slutt vises litteraturliste og aktuelle vedlegg som jeg har henvist til gjennom oppgaven.

## **2.0 Teori**

I dette kapittelet presenterer ulike teoretiske rammer som er relevante for å belyse problemstillingen, hva hemmer og fremmer samarbeid mellom to enheter i spesialisthelsetjenesten?

Jeg har valgt studien San Martín-Rodríguez et al. (2005) som presenterer en ramme for å strukturere hvordan de ulike faktorene hemmer og fremmer samarbeid på systemisk, organisatorisk og relasjonelt nivå. Denne fremstillingen gir et oversiktlig bilde av hvilke faktorer som har betydning for samarbeidet på ulike analyse nivåer. Hovedvekten av teori omfatter det organisatoriske nivået fordi jeg ønsker å forske på overordnede elementer innenfor organisasjonen og hvilken betydning disse har for samarbeidet. Samtidig må teori om relasjonelle faktorer tas med fordi de har stor betydning for utviklingen av et samarbeid. Teori om profesjoner vil bidra til å besvare problemstillingen fordi jeg har en antagelse om at profesjon har betydning for samarbeidet.

Jeg starter teori kapittelet med å gjøre rede for tverrprofesjonelt samarbeid og deretter de systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorene.

### **2.1 Tverrprofesjonelt samarbeid**

Tverrprofesjonelt samarbeid kjennetegnes av at flere profesjoner jobber tett sammen (Willumsen, 2012, s. 21). Det må eksistere et behov for samarbeid og det må oppleves som nyttig (Knudsen, 2004, s. 51). Jacobsen (2004) skriver at samarbeid er basert på at partene ønsker å koordinere sine oppgaver og dermed ser nytten av det. Ønsket om det beste for fellesskapet må være sterkere enn eventuelle personlige interesser. Det er behov for samarbeid mellom sosialmedisinsk poliklinikk og voksenpsykiatrisk poliklinikk for at ROP-pasienten skal få et helhetlig og koordinert tilbud (Helsedirektoratet, 2012). Årsaken til det er at ROP-pasienten vil ha både en psykisk lidelse og en ruslidelse. For at behandlingen skal henge sammen og ikke oppleves som fragmentert, vil det i mange tilfeller være behov for en koordinert innsats. Ansatte på de ulike poliklinikkene bidrar hver for seg med ulike kunnskaper, både formell kunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Sammen skal disse bidra med sin kompetanse i et samarbeid til det beste for ROP-pasienten. Når flere tenker og jobber sammen får man oversikt over helheten. Det er viktig å være tydelig på egen kompetanse i forhold til



egen profesjon og hva egen tjeneste kan bidra med for den aktuelle ROP pasienten (Willumsen, 2012). Det er viktig å ha respekt for hva de ulike tjenestene kan bidra med i arbeidet rundt den enkelte pasient. Like viktig vil tillit være. Både tillit til faglig kompetanse, erfaring og evner hos de profesjonelle (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

## **2.2 Systemiske faktorer**

Systemiske faktorer er forhold på utsiden av organisasjonen, slik som sosiale, kulturelle og profesjons- og utdanningssystemer (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Spesialisthelsetjenesten er styrt av lovverk og økonomiske rammer. I St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, er en av utfordringene at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. En annen utfordring når det gjelder samhandling innad i spesialisthelsetjenesten er at de i dag er organisert i «søyler», for eksempel er rus og psykiatri i hver sine avdelinger i Sykehuset Østfold, og det er lite som støtter oppunder det helhetlige behandlingsforløpet for pasienter med sammensatte lidelser. Det at tilbudet organiseres i egne enheter som har begrenset ansvarsområde gir et bilde av spesialisthelsetjenesten som en komplisert organisasjon. Videre beskrives en kultur hvor behandling foregår i spesialisthelsetjenesten og omsorg i kommunehelsetjenesten. De konkluderer med at slik som organiseringen er i dag, hvor spesialist- og kommunehelsetjenesten er i hver sin avgrensede linjeorganisasjon uten myndighet til å styre tilbudet de andre yter, ikke fungerer (Glouberman & Mintzberg, 2001a).

### **2.2.1 Profesjoner**

Det er mange måter å definere profesjon på, Molander og Terum (2008) beskriver at profesjoner er yrker med bestemt tilknytninger til høyere utdanning, forskning og som har oppnådd en profesjonell status. Abbott (1988) beskriver at profesjoner er eksklusive yrkesgrupper som bruker teoretisk kunnskap for å løse bestemte problemer. Profesjon er å betrakte som en systemisk faktor og mye av grunnlaget for hvordan ulike profesjoner lærer å samarbeide legges i utdanningsløpet. Det bidrar i stor grad til hvordan holdninger utvikles

både med tanke på samarbeid, holdninger til andre yrkesgrupper og til hva som er gode og dårlige løsninger. Ulik faglig bakgrunn kan være et element som medfører at de som skal samarbeide har ulik forståelse av både hva som er utfordringen og hvordan disse skal løses (Hansen & Fineide, 2010). Jacobsen & Thorsvik (2013) viser hvordan spesielt profesjonsutdanningene bringer med seg kunnskap, holdninger, verdier og sosiale identifikasjoner inn i en organisasjon. Videre sier de at ansatte med lik utdanningsbakgrunn vil ha en tilbøyelighet til søke sammen på en arbeidsplass og oftere opprettholde kontakt med kollegaer med samme profesjon på andre arbeidsplasser. Spesialisert utdanning og formalisering kan føre til koordineringsproblemer fordi spesialisert utdanning har som mål at man blir god på et fagområde, mens andre fagfelt overlates til andre med det resultatet at man ikke ser helheten. Formalisering hvor deloppgaver samles i formelle enheter med egne personer, eget budsjett, egne regler og rutiner fører ofte til at man prioriterer koordinering intern i enheten på bekostning av koordinering mellom enheter (Jacobsen, 2004).

Abbott (1998) beskriver hvordan profesjoner skapes og utvikles gjennom en prosess hvor utgangspunktet er et yrkessystem og profesjonen knyttes til bestemte arbeidsoppgaver. Det at en profesjon både har kontroll over adgangen til arbeidsoppgaver og dermed kontrollerer tilbudet av tjenester kalles jurisdiksjon (Abbott, 1988; Molander & Terum, 2008).

Videre forklarer han at aksept av jurisdiksjon skjer på to ulike måter, innenfor arbeidsplassen og overfor statlige myndigheter. Det betyr at arbeidsplassen kan ansette en medarbeider som har den profesjonen som er fornuftig, mens staten gir reguleringer på at noen arbeidsoppgaver for eksempel er forbeholdt leger. Myndigheten delegeres på grunnlag av en tillit til yrkesgruppens kompetanse og «gode vilje». Samfunnet i dag har blitt avhengig av spesialisert teoretisk kunnskap og profesjonene er satt til å løse praktiske problemer ved hjelp av denne kunnskapen. En profesjon skiller seg fra andre yrker ved at medlemmene i profesjonen bestemmer hva som er korrekt utøvelse av yrket. I tillegg har de et faglig monopol, enten et lovbestemt monopol eller fortrinnsrett til å inneha bestemte stillinger. Yrkesgrupper som blir omtalt som profesjoner viser et selvbilde som andre oppfatter som betydningsfullt. Den måten yrkesgruppene forvalter profesjonskriteriene på kan også bidra til og ikke anerkjenne andre gruppers krav om profesjonsstatus. Muligens kan selve profesjonsbegrepet gjøre et tverrfaglig samarbeid vanskelig når faglige grenser skal krysses og hvis samarbeidet truer eget fagfelt

(Molander & Terum, 2008; Tellefsen, 2004). Spesialiseringen som har skjedd innenfor helsevesenet de siste tiårene har ført til etablering av flere nye profesjoner. utfordringer i samarbeidet kan da oppstå fordi systemet ikke har tatt høyde for hvordan de nye profesjonene skal tilpasse seg de allerede eksisterende fagområdene. Dette kan medføre at både pasientene og samarbeidet blir skadelidende fordi profesjonskampene er det som tar fokus (Willumsen, 2012).

1.1.2002 ble det innført helhetlig ledelse i helseforetakene, fra tidligere todelt ledelse til såkalt linjeledelse. Bakgrunnen for det var å se på hvordan ledelse og organisering kunne bedre driften av norske sykehus – til det beste for pasienten (Pasienten først!, 1997). Nå fikk sykepleiere og leger lik mulighet til å inneha lederjobber i sykehusene. Dette førte til en ytterligere spenning mellom profesjonene og førte til en juridisk konflikt. Legene er mest opptatt av faglig ledelse mens sykepleieren er mer opptatt av profesjonell ledelse. Legene er mest lojale overfor kollegaer innen for samme fagfelt, mens sykepleierne er mer lojale overfor arbeidsplassen (Johansen, 2005).

### **2.2.2 Status**

Spesialisert kunnskap kan oppfattes som et gode det gjelder å verne om. Det å dele kompetansen med andre profesjoner kan oppleves som en trussel mot kunnskapen og den makt som virksomheten er bygget på. Kunnskapsoverføring kan handle om å beskytte egne profesjonelle revirer. Økt grad av spesialisering synes å ha bidratt til større utfordringer knyttet til samhandling – særlig mellom sykehus og legekontor (Myrvang, 2004). Profesjoner har ulik status og pasienter har ulik status. Arbeidet med blant annet narkomane og alkoholikere stikker seg ikke ut som områder de profesjonelle sloss om å arbeide med. Lauvås og Lauvås (2004) bruker begreper som høy – og lavstatusprofesjoner hvor høystatusprofesjoner har ønsker om å beholde den makt og innflytelse man allerede har og for dem kan reelt tverrfaglig samarbeid sees på som et tapsprosjekt. For lavstatusprofesjonene kan tverrfaglig samarbeid innebære en økning av status, makt og innflytelse. Klassisk profesjonsteori deler opp i profesjoner og semi profesjoner. Hvor profesjon betegner de med langvarig universitetsutdannelse og semi profesjon viser til de med høgskoleutdanning. Abbott (1988)

beskriver et noe løsere profesjonsbegrep og skiller ikke mellom profesjon og semi profesjon, men definerer profesjoner ved at bestemte oppgaver krever bestemt kunnskap og den må være teoretisk. På grunnlag av dette kan det utvikles ulik status mellom profesjonene. I denne oppgaven vil begrepene høy - og lav profesjon benyttes og det viser til de med universitetsutdanning (leger/psykologer) og de med høgskoleutdanning (sykepleiere/sosionom/vernepleier).

### **2.3 Organisatoriske faktorer**

Organisatoriske faktorer er forhold innad i organisasjonen slik som organisering av tjenester, ressurser, beslutningsmyndighet, rapport, journalsystemer og ledelse (San Martin-Rodriguez et al. 2005). En organisasjon kjennetegnes ved at den omfatter et antall mennesker, det utføres oppgaver og de ansatte må fordele oppgaver seg i mellom, tre personer som sitter i samme rom og arbeider selvstendig med ulike arbeidsoppgaver, er ikke en organisasjon.

Spesialisthelsetjenesten er et eksempel på en organisasjon der personene er knyttet til hverandre gjennom de oppgavene de utfører og de ansatte er i ulik grad gjensidig avhengig av hverandre. Aktiviteten som foregår innad i ulike avdelinger er målrettet og arbeidet har til hensikt å realisere et eller flere mål. Ledelse er et viktig trekk ved organisasjonen fordi ledelse binder de ulike oppgavene sammen, påser at noen løsninger velges fremfor andre, er informert om hva som foregår, vet noe om sammenhenger, hva som er viktig og som har makt til å handle (Nylehn, 1997). En organisasjon som for eksempel to avdelinger i spesialisthelsetjenesten vil ha behov for å samarbeide i ulik grad. Andersson, Ahgren, Axelsson, Eriksson, og Axelsson (2011) beskriver syv nivåer av samarbeid. Nivåene har i seg ulik grad av kompleksitet og formalisering av et samarbeid fra nivå 1 som er utveksling av informasjon til nivå 7 som er felles budsjett:

1. Utveksling av informasjon
2. Koordinator funksjon
3. Felles møtearenaer
4. Tverrfaglige team
5. Partnerskap

## 6. Samlokalisering

## 7. Felles budsjett

Det som fremmer og hemmer det tverrfaglige samarbeidet kan ofte sies å være to sider av samme sak. Hierarkiske tradisjonelle linjeorganisasjoner legger ikke til rette for utvikling av viktige faktorer som delegert beslutningsmyndighet og åpen kommunikasjon (Rodrigues et.al.2005). Makt er noe som utøves når det foreligger uenighet mellom aktører som er avhengig av hverandre. Hvis aktørene er enige – har samme mål og verdier, vil samarbeid være mer sannsynlig enn maktbruk (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 167).

Mellom profesjoner kan det oppstå hierarki og det samme er tilfelle mellom forvaltningsnivåer. Det kan være en oppfatning om at spesialisthelsetjenesten har definisjonsmakt når det kommer til hva slags behandling og oppfølging som er riktig for en pasient med rus- og psykisk lidelse (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

### **2.3.1 Ledelse**

«Ledelse er å få til resultater gjennom andre. Det å få til resultater har både en faglig del, å forstå virksomheten, og en relasjonell del, å være god med folk»(Ørjasæter, Larsen, & Stang, 2013, s. 9). En relasjonell leder stil legger hovedvekt på gode relasjoner mellom medarbeidere, mens en oppgaveorientert leder er opptatt av å få jobben gjort (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Relasjonsledelse er å gjøre andre gode og det er alltid et forhold mellom to eller flere mennesker (Spurkeland, 2013). Ledelse og styring er to ulike former for påvirkning i den forstand at ledelse er når lederen bruker seg selv i relasjon til medarbeiderne for å påvirke deres innsatsvilje eller omstillingsvilje. Styring handler om å fatte beslutninger og påvirke adferd gjennom systemer og styringsverktøy (Rasmussen og Vabø, 2014). Glouberman og Mintzberg (2001b) beskriver at makt og ansvar ikke bare er delegert nedover i linjeorganisasjonen, men også ut til de profesjonelle fagpersonene. Videre beskriver de at gjensidig tilpasning betyr fleksibel kommunikasjon blant likesinnede slik at det uventede kan behandles med tilpasset samarbeid. Dette handler om uformelle møter, nettverksbygging, og ulike organiseringer som team og arbeidsgrupper. I kunnskapsorganisasjoner, som helsevesenet, er selvledelse en mulighet til å utnytte det intellektuelle potensialet som ligger i

organisasjonen. I en slik teoretisk forståelse vil lederens viktigste oppgave være å hjelpe medarbeiderne til å bli dyktige og medarbeiderne må lære andre igjen å bli dyktige for å realisere felles mål. Medarbeiderne må også ta ansvar for egen jobb og utvikle den. Et annet essensielt element i denne strategien for å fremme selvledelse er å skape teamarbeid for å styrke lagfølelsen og bruke teamarbeidet som en arena for læring av selvledelse ved å gi gruppen større selvstendighet, innflytelse og kontroll over arbeidsoppgavene. At fagfolk leder seg selv kan bety at den formelle lederrollen blir tilbaketrasket. Selvledelse må kombineres med annen type ledelse for å fungere godt (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Tillit er uttrykk for en vilje til å ta sjansen på at andre vil en vel (Orvik, 2004, s. 326). Arbeidsgiver kan bruke mindre ressurser på administrativ styring og sammen med tillit styrkes troen på å kunne mestre oppgaver sammen. Dette kan bidra til å dempe motsetninger mellom ledelsen og de profesjonelle. Det at administrativ ledelse stoler på at de profesjonelle kan og gjør jobben sin og at de profesjonelle på sin side stoler på at ledelsen legger til rette for at de skal få utført jobben sin vil styrke grunnlaget for selvledelse. Selvledelse bygger på «tillitens logikk». Den som gir tillit får tillit. Spesielt i virksomheter hvor det handler om andre menneskers liv og helse vil ledelse spesielt handle om å mobilisere til felles forpliktelser gjennom mellommenneskelig samhandling. Selvledelse kan være et ledd i en slik mobilisering (Orvik, 2004)

### **2.3.2 Kultur**

Noen hevder at det eneste virkelig viktige en leder gjør er å skape og administrere kultur (Schein, 1987, s. 2). Hva slags samarbeidskultur som skal finnes mellom enheter i spesialisthelsetjenesten kan være et resultat av hvordan lederne ser og forstår organisasjonskultur, hvordan denne bygges og hvor sterkt den står. Når en kultur dannes skjer det på bakgrunn av felles tanker, tro, følelser og verdier som kommer fra felles erfaringer i en gruppe (Schein, 1987). Kulturer har mange ganger en tendens til å skape samhold innad i kulturen og skape avstand til andre kulturer (Jacobsen & Repstad, 2004). Kultur er det limet som holder en organisasjon sammen og samler mennesker rundt felles verdier og

overbevisninger (Bolman & Deal, 2014). Hansen og Ramsdal (2014) skriver at det kommer frem artikkelen: *Kan man skape en samarbeidskultur?* at lederne i spesialisthelsetjenesten representerer en kultur der spesialisthelsetjenesten er seg selv nok og forholder seg mer til eget regelverk enn hva gruppene har kommet frem til i fellesskap. Videre avdekkes det at de kommunalt ansatte opplever lederne som mindre fleksible enn terapeutene som jobber direkte med pasienten.

Tverrfaglig samarbeid har en større sannsynlighet for å realiseres i organisasjoner med en sterk kultur som er positive til samarbeid og hvordan de ansatte blir en del av kulturen har betydning for i hvilken grad man samarbeider på tvers av profesjoner (Tellefsen, 2004).

De fleste mennesker får sin teoretiske plattform gjennom utdanning og dermed før de ansettes i organisasjoner. For å skape en felles kultur kan det være en løsning å opprette en egen intern utdanning som går på tvers av de spesialiserte utdanningene. Fordelene vil være at de ansatte tilegner seg et felles språk, teknologi og kanskje verdier og holdninger (Jacobsen, 2004).

### **2.3.3 Makt**

Evnen til å få gjennomslag for sine interesser i et samarbeid er en funksjon av enhetens makt og deres strategiske posisjon i samarbeidet. Det at noen har kontroll med funksjoner som er mer sentrale i samarbeidet enn andre er en viktig maktfaktor, eksempler på det kan være fordeling av klienter, arbeidsoppgaver eller disponering av fellestjenester. Profesjon kan oppfattes som noe yrkesgruppen bruker for skape en barriere rundt seg selv og dermed vinne makt og privilegier (Knudsen, 2004; Molander & Terum, 2008).

Makt brukes i relasjoner mellom ulike aktører, en situasjon der en person eller en gruppe påvirker en annen person eller gruppe, noen utøver makt og andre blir utsatt for maktbruk.

Makt blir først et begrep når det avhenger av andre for å få gjennomført en oppgave og når det er uenighet. I tillegg vil bruk av makt øke i de situasjoner hvor det er konkurranse om knappe ressurser. Hvor viktig saken oppleves av de som samarbeider vil avgjøre graden av maktbruk. Det er unødvendig å bruke mye makt dersom saken er lite viktig (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Overtaleelsesmakt blir i en del sammenhenger knyttet til spesialisert kunnskap og følger ofte det profesjonelle statushierarkiet, profesjonell makt eller sagt på en annen måte –« kunnskap er makt». De som innehar kunnskap, evnen til å argumentere godt og møte motstandernes argumenter og også svekkes dennes troverdighet, vil være i besittelse av betydelig makt. Profesjoners makt kommer til syne ved at den ene parten er i besittelse av noe den andre ønsker eller trenger. De har mulighet til å få sin vilje igjennom – også på bekostning av den andres vilje (Jacobsen & Thorsvik, 2013; Molander & Terum, 2008). Sosial makt beskriver grupper som i kraft av sin rolle, profesjon eller posisjon påvirker og styrer andres arbeid utover det som hører innunder den formelle makt som tilligger stillingen. Sagt på en annen måte, makt som deltagere på samme nivå i hierarkiet utøver. De som er godt forankret i egen profesjon eller rolle vil i mindre grad enn andre bli påvirket av sosial makt (Lauvås & Lauvås, 2004).

## **2.4 Relasjonelle faktorer.**

Relasjonelle faktorer er det som skjer i relasjonen mellom mennesker som jobber sammen i et team eller liknende, slik som viljen til samarbeid, gjensidig tillit, respekt og kommunikasjon (SanMartin-Rodriguez et al. 2005). Det må eksistere et behov for samarbeid og det må oppleves som nyttig (Knudsen, 2004). Videre er hva man skal samarbeide om og hvordan dette samarbeide skal skje viktige spørsmål. En grunnleggende forutsetning for samarbeid er at de som skal samarbeide virkelig vil samarbeide. Her er det snakk om direkte samarbeid mellom ansatte på begge enhetene (Hansen & Fugletveit, 2010).

### **2.4.1 Tillit**

Tillit blir av forskere sett på som hovedelementet når det gjelder utviklingen av samarbeid. Profesjonelle utøvere vurderer tillit som uunnværlig i etablering av samarbeid. Å skape tillit krever tid, tålmodighet, respekt for hverandres arbeidssituasjon og at man har tidligere positive erfaringer med samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Hudson, Hardy, Henwood, og Wistow (1999) beskriver et minimum som må være tilstede for å bygge tillit, og det innebærer



å tåle risiko, stole nok på hverandre til å starte et samarbeid, en pålitelig adferd og en investering i personlige relasjoner. Grimen (2009) sier at de som stoler på hverandre samarbeider mer, er mer risikovillige, tolerante, kreative og fornøyde enn andre. Tillit mellom organisasjoner og de profesjonelle er en viktig faktor for samarbeidet, tillit kan være et resultat av kommunikasjon mellom de som samarbeider, men også et resultat av langvarig forpliktelse til et samarbeid. Å bygge tillit tar tid, men den kan raskt ødelegges. Det er derfor viktig at organisasjonene ser viktigheten av å bruke tid og ha fokus på betydning av tillit i et tverrfaglig samarbeid (Andersson et al., 2011).

Tillit er en forutsetning for et vellykket samarbeid, men kommer ikke av seg selv (Vangen & Huxham, 2009). Det er flere teorier som sier noe om hvordan tillit skapes og som refererer til tillitssløyfe og tillitskjede. Vangen og Huxham (2009, s. 73) presenterer en tillitssløyfe som fremhever to viktige elementer for å etablere tillit mellom samarbeidspartnere. Det ene er å avklare forventninger til et fremtidig samarbeid og det andre er at samarbeidspartene stoler nok på hverandre til å starte et samarbeid. Grimen (2009) skisserer fire punkter for å skape tillit: de små skritts metode, tit for tat, dramatiske første skritt og mellomperson. De små skritts metode består i at den ene av partene tar et lite første skritt for å bryte den fastlåste samarbeidssituasjonen som har oppstått og dersom den andre reagerer positiv kan det tas et større skritt neste gang og på den måten opparbeide nok tillit til at samarbeidet kan utvides. Tit for tat likner de små skritts metode, men er ikke bundet til at det må tas små skritt. Videre er det dramatiske første skritt kjennetegnet ved at den ene parten investerer så mye at det er ikke er noen tvil om oppriktigheten for å skape tillit for å få til et godt samarbeid. Til sist mellomperson, en nøytral person som kan overbevise partene om fordeler ved samarbeid. Samarbeid på denne måten kan være starten på en tillitskjede.

#### **2.4.2 Kommunikasjon og revirtenkning**

Kommunikasjon og tillit henger sammen ved at kommunikasjon legger grunnlaget for å lykkes med faktorene som gjensidig respekt og gjensidig tillit (San Martin-Rodriguez et. al. 2005). Kommunikasjon er ikke bare overføring av informasjon, men den formidler også holdninger, ideer og følelser fra en person til en annen (Thorsvik & Jacobsen, 2013).

Kommunikasjon skal både gi informasjon som er relevant for å ta hensiktsmessige beslutninger og bidra til sosialisering mellom deltagerne i det tverrfaglige samarbeidet (Lauvås & Lauvås, 2004).

Det finnes både profesjonelle og organisatoriske revirer. De profesjonelle er knyttet til ulike yrkesgrupper og deres virksomheter mens organisatoriske revirer knytter seg til oppdelingen i nivåer og enheter som kjennetegner en byråkratisk organisasjonsstruktur. Kommunikasjon, respekt og tillit er som nevnt over viktig for å lykkes med tverrfaglig samarbeid, men revirtenking kan være en hindring for et vellykket samarbeid. Det kan være situasjoner hvor både de ansatte og lederne må se utover sin profesjon og sin enhet for å ivareta pasientens beste. Denne viljen til ikke og sloss for sine interesser, men å se pasientens behov kalles altruisme og er motsatsen til revirtenkning. Det å kunne se sin egen profesjonelle begrensning og behovet for andres bidrag inn i samarbeidet om og rundt pasienten vil være med å bygge opp tillit, respekt og fremme tverrfaglig samarbeid (Axelsson & Axelsson, 2009).

### **3.0 Metode**

I dette kapitlet utdyper jeg valg av metode, diskutere hvilke avgjørelser som er tatt og fremgangsmåten jeg har brukt. Jeg starter med å gjøre rede for forskningsdesign og valg av metode. Deretter presenteres forforståelse, utvalgsriterier og gjennomføring av intervju. Tilslutt vises analysestrategi og metoderefleksjon.

#### **3.1 Forskningsdesign**

Det eksisterer mange ulike kvalitative forskningsdesign og kvalitative undersøkelser kan gjennomføres på flere forskjellige måter. I mitt arbeid har jeg valgt casestudie for å se på samarbeidet mellom to enheter i spesialisthelsetjenesten som har ulike oppgaver og kompetansekrav, men som har sammenfallende eller overlappende pasienter.

En casestudie utgjør en empirisk undersøkelse som studerer et aktuelt fenomen i sin virkelige kontekst og der grensene mellom fenomenet og konteksten er uklare (Yin, 2007). Case betyr tilfelle og hentyder på at det er et eller få tilfeller som undersøkes grundig (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2010). For å kunne gå i dyden må antall respondenter være relativt få. Det vil være urealistisk å få en dybde forståelse av mange mennesker eller situasjoner (Jacobsen, 2010). I tillegg kjennetegnes en casestudie av at forskeren innhenter mye informasjon fra en eller flere enheter over kortere eller lenger tid gjennom detaljert og omfattende datainnsamling (Johannessen et al., 2010). Caset mitt er å se på samarbeidet mellom SMP og VOPP og casestudie vil egne seg til mitt forskningsprosjekt fordi jeg ønsker å få en dypere forståelse av samarbeidet mellom to enheter i spesialisthelsetjenesten (Jacobsen, 2010). Jeg ønsker et avgrenset fokus på det spesielle caset, og en mest mulig inngående beskrivelse av samarbeidet (Johannessen et al. 2010). Jeg er opptatt av spørsmål som underbygger casestudie og det kvalitative aspektet og stiller meg derfor spørsmål som berører prosessen, hva er utfordringene i samarbeidet mellom to poliklinikker som har mye av den samme pasientgruppen. Videre ønsker jeg å få en større og bredere forståelse for hva de samarbeider om.

### **3.2 Kvalitativ metode**

Kvalitativ metode er hensiktsmessig hvis vi undersøker fenomener vi ikke kjenner spesielt godt, som det er lite forsket på, og når vi undersøker fenomener vi ønsker å forstå mer inngående (Johannessen et al., 2010). Det er ulike tilnærminger i kvalitativ forskning som intervju, observasjon, dokumentanalyse eller visuelle medier (Jacobsen, 2010).

Problemstillingen jeg skal undersøke er:

#### *Hva hemmer og fremmer samarbeid mellom to enheter i spesialisthelsetjenesten?*

Ut fra denne problemstillingen mener jeg at et kvalitativt forskningsintervju vil være en hensiktsmessig metode å benytte i mitt forskningsarbeid. Formålet med intervjuet er å fremskaffe fyldig og beskrivende informasjon om hvordan ansatte i ulike deler av spesialisthelsetjenesten beskriver samarbeidet de har om ROP pasientene, ikke å frembringe statistisk generaliserbare data slik som i kvantitative analyser (Ryen, 2002). Når intervju benyttes som metode er det også fordi forskeren ønsker å få frem ting han eller hun ikke visste de ville få frem. Det vi kan få svar på i intervju er virkelighetsoppfatningene til folk.

Kvalitative intervju gjør det mulig å få frem nyanser og kompleksiteten som et samarbeid inneholder, et spørreskjema vil på sin side begrense disse nyansene og man vil kun få svar på akkurat det man spør om. Det vil være viktig at begge grupper får de samme spørsmålene og at de stilles på lik måte. Den måten å gjennomføre det på vil lette systematiseringen i etterkant når materialet skal analyseres (Johannessen et al., 2010).

Jeg velger å ta utgangspunkt i eksisterende teori – deduktiv metode hvor generelle antagelser drøftes ved hjelp av empiriske data. I motsatt fall en induktiv metode som tar utgangspunkt i en datainnsamling og utleder deretter teorier. Jeg har valgt en deduktiv tilnærming fordi det vil være den beste måten å gjennomføre undersøkelse på og besvare problemstillingen (Johannessen et al., 2010). Intervju er metoden jeg har valgt og jeg vil gjøre individuelle intervjuer med ansatte og muligens ledere både på SMP og VOPP. Jeg kunne også valgt å gjøre gruppeintervju hvor gruppene var sammensatt av ansatte fra SMP og VOPP, men uten ledere. Bakgrunnen for at jeg vurderte å blande gruppene var for å få til en mer konstruktiv dialog noe jeg tror er lettere så lenge det sitter representanter fra begge poliklinikkene sammen. Individuelle intervju kan muligens gjøre at de ansatte kan snakke friere. Det er viktig

å ta hensyn til at informantene skal samarbeide videre etter undersøkelsen er ferdig. Jeg velger et semistrukturert intervju hvor spørsmålene har en *hva* eller *hvordan* formulering og hvor intervjuet starter bredt og styres innover etter hvert. Det at metoden er deduktiv vil antagelig bidra til at spørsmålene som stilles er gode og relevante, i og med at det ligger en teoretisk kunnskap om tema til grunn for intervjuet (Tanggaard & Brinkmann, 2012). Det kan være en mulighet å sette informantene sammen i gruppe etter at jeg har hatt individuelle intervju og fått jobbet med materialet. På den måten vil jeg kunne undersøke funn som kan være uklare.

### **3.3 Forforståelse**

Forforståelse er den erfaringen, teorien, hypotesene og faglig perspektiv forskeren har ved inngangen til prosjektet (Malterud, 2011). Før jeg for alvor startet mitt forskningsprosjekt var jeg bevisst på hva jeg hadde i bagasjen når det kom til forforståelse og har underveis vært opptatt av å ha et åpent blikk på det informantene fortalte i intervjuene. Min forforståelse bygger på erfaring jeg selv har fra samarbeid mellom ulike enheter i spesialisthelsetjenesten og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Min arbeidserfaring har jeg hovedsakelig fra psykiatri og rusfeltet. I 18 år har jeg jobbet med denne pasientgruppen og i disse årene har begreper som samarbeid på tvers, tverrfaglig samarbeid, samhandling og linjeproblematikk vært sentrale. Erfaringen min er både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Jeg hadde noen antagelser om hva jeg ville finne i materialet jeg samlet inn, men ble overrasket da jeg i hovedsak fikk andre svar enn forventet. Malterud (2011) skriver at jo flere overraskelser det empiriske materialet viser, desto bedre har man lyktes å ta imot ny kunnskap fra data, som følge av prosjektets åpne og systematiske tilnærming. Min fortolkning er ikke sannheten, men en måte å besvare problemstillingen gitt noen teoretiske perspektiver presentert i kapittel 2.

### **3.4 Utvalgskriterier**

I kvalitativ forskning kan vi ikke undersøke mange enheter fordi metodene for innsamling av data tar lang tid og inneholder så mange detaljer og opplysninger at vi ikke klarer å analysere

så store mengder på en god og fornuftig måte. Det vil derfor være behov for å avgrense utvalget (Jacobsen, 2010). I kvalitative undersøkelser er ikke antall enheter det sentrale, men om de gir oss gode nok data til å besvare problemstillingen (Ryen, 2002). Det er knyttet ulike kriterier til utvalget av respondenter og det er viktig at vi til enhver tid velger de enhetene vi tror vil gi den beste informasjonen for å belyse problemstillingen. I min undersøkelse ønsket jeg å velge respondenter med ulik faglig bakgrunn fordi jeg ønsket å få innblikk i om og i hvilken grad profesjon har betydning i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Jacobsen, 2010). Jeg velger i mitt arbeid å innhente data fra ansatte ved SMP og VOPP et annet sted i Østfold enn der jeg selv jobber på grunn av nærhet til eksisterende relasjoner. Valget ble en seksjon som tidligere har hatt et prosjekt med høgskolen slik at muligheten kanskje var større for at de ønsket å delta i min studie. Seksjonsleder på VOPP kjenner jeg til og brukte det som inngangsport for å skaffe informanter. Videre mente jeg det var hensiktsmessig å intervju ansatte fra VOPP som naturlig samarbeider med SMP for å se på samarbeidet mellom dem. I tillegg er poliklinikkene i samme opptaksområde for pasienter. Dette er seksjoner jeg selv har lite kjennskap til, noe som gjør at jeg har en åpen og mindre fordomsfull holdning og at respondentene kan snakke friere (Ryen, 2002).

Jeg vurderte om jeg burde studert en voksenpsykiatrisk – og sosialmedisinsk poliklinikk til for å undersøke om det er forskjeller og/eller likheter mellom dem, men da flyttes fokus fra forståelse av den enkelte case over til forståelse og forklaring av et fenomen (Jacobsen, 2010). Jeg tror heller ikke jeg oppnår noe mer fordi oppgavefordelingen er ganske lik og de står antagelig i de samme utfordringene.

For å få et bredt og godt datagrunnlag for å besvare problemstillingen ønsket jeg å intervju ansatte med ulik ansiennitet, ulik profesjon, erfaring og kompetanse, som for eksempel psykologer og treårig høgskoleutdannede. Ulik erfaring blant de ansatte vil også gi en informasjonsrikdom til materialet fordi de har vært med en stund. Jeg antar at de som til daglig jobber nær pasienten også sitter inne med mest relevant informasjon om samarbeidet, det vil derfor være tidsbesparende å starte med disse og ikke «begynne et eller annet sted» for så å nøste seg frem gjennom «snøballmetoden» (Ryen, 2002). Det å velge ulike profesjoner vil muligens gi svar på om, eventuelt i hvilken grad og hvordan profesjonen har betydning for samarbeidet.

### **3.4.1 Fremgangsmåte for å innhente informanter**

Det første jeg gjorde var å kontakte seksjonsleder for voksenpsykiatrisk poliklinikk og la frem prosjektet og ønsket mitt om å få intervju tre ansatte, gjerne med ulik profesjonsbakgrunn. Det fikk jeg positivt svar på. Videre ringte jeg til seksjonsleder for sosialmedisinsk poliklinikk og spurte om det samme, jeg la til at jeg hadde fått ja fra VOPP. Også her var svaret ja, og før dagen var over hadde han mailt e-post adressene til tre informanter slik at jeg selv kunne ta kontakt og avtale tid. Siden jeg ikke kunne starte intervjuprosessen før godkjenning fra NSD forelå, kontaktet jeg alle med foreløpige datoer 2 måneder frem i tid. Bakgrunnen for det var at jeg vet at folk er opptatt og kalenderen blir raskt fylt opp, så for at mitt tidsskjema skulle holde var det viktig at tidsperspektivet ble spikret.

## **3.5 Gjennomføring**

Dette kapitlet viser hvordan arbeidet med intervjuguide, intervjuer og transkribering har foregått og hvilke etiske refleksjoner som er gjort.

### **3.5.1 Intervjuguide og intervjuer**

Intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt i teorikapitlet (Se vedlegg NR 2). Det var 11 spørsmål og noen formuleringer utenom som var til hjelp for meg underveis. Jeg testet spørsmålene på en kollega og gjorde det første intervjuet tre uker før de andre. Dette gav meg tid til å justere guiden og tenke igjennom om jeg burde gjøre ting på en annen måte.

I ettertid ser jeg at noen av spørsmålene gikk litt i hverandre og at noen falt bort fordi jeg fikk andre svar enn forventet. Flere av informantene sa underveis at det var vanskelige, men interessante spørsmål. De hadde ikke tenkt på tema samarbeid på den måten. Mulig at det bidro til noen korte svar nettopp fordi samarbeid som tema ikke kommuniseres på et dypere nivå i det daglige. Det bygget opp under min antagelse om at spørsmålene var relevante og nyttige for å belyse problemstillingen.

På den ene poliklinikken fikk jeg en umiddelbar følelse av trivsel, åpenhet, arbeidslyst og åpne dører noe som gjenspeilet seg i svarene de bidro med i undersøkelsen. Den andre poliklinikken

bar mer preg av en dempet stemning, roligere, lukkede dører kanskje mer tynget av ansvar og arbeidspress? Noe som jeg også syntes kom frem i svarene de gav.

Muligheten til å sette informantene sammen i gruppe etter de individuelle intervjuene var gjennomført ble det ikke noen av, fordi det ikke var behov for det. Jeg fikk de dataene jeg trengte gjennom de individuelle intervjuene.

### **3.5.2 Transkribering**

Det første intervjuet transkriberte jeg raskt etter det ble gjennomført. Det var overraskende å se hvor mye informasjon jeg ikke husket å ha fått, jeg mente selv å huske svært godt hva som ble sagt. I tillegg oppdaget jeg at det var viktig å gi informantene tid til å svare slik at vi ikke snakket i munnen på hverandre eller at jeg ble fristet til å stille hjelpespørsmål for å få de til å svare raskere eller styre de i en bestemt retning. Det var lettere å transkribere de intervjuene hvor jeg selv ikke snakket så mye. Resten av intervjuene ble fortløpende transkribert og jeg ønsket å vise noe av prosessen som skjedde under intervjuene og har derfor skrevet ned alt av pauser, ord og uttrykk som eh, mmm, ja og nei. I tillegg har jeg skrevet i parentes latter, usikkerhet eller undring som skjedde under opptaket.

Ved selv å transkribere materialet mitt ble jeg godt kjent med stoffet og begynte allerede i denne fasen å tenke analyse, i tillegg ble jeg også mer bevisst på min stil som intervjuer (Tanggaard & Brinkmann, 2012).

### **3.5.3 Ethiske refleksjoner**

Søknad om formell godkjenning av mitt forskningsprosjekt ble sendt NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) i januar 2016. Godkjenningen kom i februar 2016 og første intervju ble gjennomført 18. mars 2016. I henvendelsen til NSD var intervjuguide og forespørsel om å delta i intervju vedlagt (Vedlegg NR 3 og NR 4).

Kvalitative studier brukes ofte for og utforske temaer og relasjoner som er viktige for folk (Malterud, 2011). I min forespørsel til å delta i forskningsprosjektet måtte de skrive under på om de ønsket å delta og at de når som helst kunne trekke seg. Før jeg startet å intervjuer



opplyste jeg om at de kunne unnlate å svare på spørsmål som ble stilt og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. Deltagere i et forskningsprosjekt skal være sikre på at informasjon de utgir ikke kan spores tilbake til dem, at materialet anonymiseres (Johannessen et al., 2010). Noen av mine etiske refleksjoner har dreid seg om anonymitet. Siden utvalget er begrenset til seks informanter og de har ulike profesjon vil gjenkjennelsen i materialet være stor. Jeg har derfor valgt å slå sammen profesjonene i to hovedgrupper, de med treårig høgskoleutdanning og de med lengre profesjonsutdanning, der det er viktig for materialet å markere dette, men det vil kunne være vanskelig å skjule hvem som har sagt hva. Jeg må da vurdere om det er mulig å anonymisere data som presenteres. Derfor har jeg også valgt og ikke navngi hvilke poliklinikker som har deltatt i prosjektet.

Det talte og det skrevne ord er to ulike språklige medier og når man skriver ned det som er levende språk skjer det en oversettelse (Tanggaard & Brinkmann, 2012). Så langt som mulig har jeg gjengitt sitater på den måten det sagt i intervjuet, men for å ikke sette noen av informantene i forlegenhet ble en del venteord og dobbelt ord fjernet uten at meningen endres. Jeg hadde ingen kjennskap til informantene før forskningsprosjektet startet. Det var også en overveid etisk avgjørelse å velge ukjente informanter for å sikre at ikke personlige relasjoner og erfaringer førte til en forutinntatt holdning til det som skulle studeres (Jacobsen, 2015).

### **3.6 Analysestrategi**

Gjennom analyseprosessen har jeg vært opptatt av å komme frem til temaer som kan gi meg svar på problemstillingen og jeg har hatt en teoristyrte lesing av materialet. Det resulterte i fem temaer ledelse, kultur, profesjon, makt og tillit som vil bidra til å belyse og besvare problemstillingen:

*Hva hemmer og fremmer samarbeid mellom to enheter i spesialisthelsetjenesten?*

I kvalitative undersøkelser sitter man igjen med en stor mengde datamateriale. Analysen av disse dataene er tidkrevende og tar lang tid. Datareduksjon - analyse og fortolkning er de

viktigste prosessene i kvalitative studier (Malterud, 2012). Jeg tar utgangspunkt i Malterud (2012) sin beskrivelse om at analyse følger fire hovedsteg, systematisk tekstkondensering. For å komme i gang med analysen og skaffe meg et overblikk startet jeg med å notere hvilke momenter som var mest overraskende i intervjuene (Tanggaard & Brinkmann, 2012). Intervjuene transkriberte jeg relativt rask etter at de var gjennomført. Deretter leste jeg igjennom materialet flere ganger for å få et generelt inntrykk og jeg så spesielt etter tema som kunne knyttes til problemstillingen. I denne fasen ble hvilken teori jeg har benyttet og spørsmålene i intervjuguiden medvirkende til hvilke temaer som ble gjenstand for videre analyse. Malterud (2012) er opptatt av at forskeren skal løsrive seg fra intervjuguiden, men jeg opplevde det som viktig å kunne støtte meg til teorigrunnet for og lettere kunne vurdere hvilke tolkninger som gav mest relevante funn. Underveis har jeg også vært åpen for ting jeg ikke har tenkt på.

Etter at temaene var sortert gikk jeg gjennom alle intervjuene på nytt og markerte sitater med ulike farger. Jeg laget et dokument for hvert tema og hva informantene sa om de ulike temaene. Videre delte jeg inn slik at jeg fikk skilt enhetene fra hverandre fordi det var viktig å se hva informantene svarte på de to stedene for deretter å se hvilke forskjeller og likheter som utspant seg. Dette arbeidet med å vaske materialet tok lang tid og det var vanskelig å skille noen temaer som uløselig hang sammen slik som ledelse og kultur, makt og profesjon. Ledelse og kultur jobbet jeg mye med og fikk skilt de ut som to temaer. Underveis i analysen ble det tidlig klart at profesjon og makt var uløselig knyttet til hverandre og makt vil derfor ikke være en organisatorisk determinant i denne sammenhengen, men sortere inn under forskningsspørsmål 3. Jeg har gjennom analysen tolket materialet også ut fra mitt faglige perspektiv og ståsted. En annen forsker med en annen bakgrunn ville muligens lest andre ting ut av materialet (Malterud, 2011).

Figuren viser et eksempel på hvordan analyseprosessen har artet seg.

Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold	Koder, kategorier og begreper	Kondensering	Sammenfatning
«Tror det er kjempeviktig at det er uttalte profesjoner. Være bevisst på egen profesjon. Det er ekte tverrfaglighet – at ikke vi skal ha det samme fokuset eller må ha det samme fokuset, men sette sammen sine bidrag i puslespillet».	Jobbe sammen  Faglig ståsted  Respekt for hverandre  Faglig tillit	Kommunikasjon Ansvar Rammebetingelser  Respekt Kunnskap  Tillit	Nødvendig å kjenne hverandres rammebetingelser.  Behov for åpenhet  Viktig med ledelse som kommuniserer tillit, respekt, faglighet og ønske om samarbeid.

Figur 3. Eksempel på analyseprosessen.

### 3.7 Metoderefleksjon

I kvalitative undersøkelser møtes informantene og forskeren ansikt til ansikt. Forskeren har rom for å gå i dybden, stille oppfølgingsspørsmål og rydde opp i misforståelser (Larsen, 2007).

Gjennomføringen av intervjuene gikk i hovedsak veldig bra. Det var spennende å stille de samme spørsmålene til seks informanter og få ulike vinklinger og svar. I ettertid ser jeg at det muligens ville vært mer hensiktsmessig med færre spørsmål fordi det ble en del gjentakelser og informantene syntes de allerede hadde svart på spørsmålet.

Jeg oppdaget tidlig at det ble vanskelig å ta notater underveis samtidig som jeg skulle følge med og stille oppfølgings spørsmål. Det ble derfor ikke tatt notater underveis i intervjuet, men raskt etter hvert intervju skrevet jeg ned noen hovedelementer som kom frem.

### **3.7.1 Reliabilitet**

Reliabilitet eller pålitelighet handler om at datamaterialet forskeren sitter med behandles på en nøyaktig måte. Høy grad av nøyaktighet kan bidra til at reliabiliteten blir så høy som mulig. Det er ellers vanskeligere å sikre høy reliabilitet i kvalitative undersøkelser fordi materialet er lite generaliserbart (Larsen, 2007). Reliabilitet knytter seg til hvilke data undersøkelsen bruker, hvordan de samles inn og bearbeides. Det vil ikke være mulig å teste kvalitative data på samme måte som kvantitative data fordi det er samtalen som styrer datainnsamlingen, observasjoner som blir gjort i undersøkelsen blir preget av forskerens verdier og kontekst og forskeren bruker seg selv som instrument (Johannessen et al., 2010). Underveis i prosessen har jeg hele tiden vært oppmerksom på min erfaringsbakgrunn fra liknende samarbeidskonstellasjoner, slik at den ikke skal farge forskningsprosjektet og at så langt det er mulig bærer datamaterialet preg av en objektiv analyse og presentasjon.

### **3.7.2 Validitet**

Det er enklere å sikre god validitet, troverdighet i kvalitative undersøkelser for forskeren har mulighet til å stille flere og utdypende spørsmål. I tillegg kan informantene snakke mer fritt, be om oppklaring og forhindre at det oppstår misforståelser. En fleksibel prosess hvor spørsmålsformulering kan forandres underveis bidrar til mer valid informasjon (Larsen, 2007). I kvalitative undersøkelser er validitet et uttrykk for i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på riktig måte viser formålet med undersøkelsen og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2010).

I mitt prosjekt hadde jeg seks informanter noe som er et lite utvalg. Jeg mener allikevel at utvalget var stort nok til å sikre troverdigheten og at jeg ikke nødvendigvis ville fått andre svar dersom utvalget var større. Dette fordi jeg fikk mye lik informasjon og at tematikken derfor var uttømt. I tillegg fikk jeg sikret informasjon fra ulike profesjonsgrupper. Jeg går utfra at informantene har vært moderate i sine uttalelser spesielt rundt spørsmålene som gjelder ledelse. Dette kan være fordi de vet at leder muligens skal lese det som har blitt sagt. Alle informantene er godt skolerte, kan formulere seg og antagelig kan de ta opp ting med leder på en god og konstruktiv måte. Utfra studien vil jeg mene at prosjektet har bidratt til å belyse og

gi noen antagelser om hva som hemmer og fremmer samarbeidet mellom to enheter i spesialisthelsetjenesten.

## 4.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenteres funn fra de seks intervjuene jeg gjennomførte med tre respondenter fra hver poliklinikk. Respondentene er nummerert fra 1-6 og det vil i slutten av hvert sitat vises hvem som har uttalt seg. Det har vært viktig å bruke alle informantene for å vise et bredt bilde av svarene. Gjennom analysen kom jeg frem til disse fem faktorene som jeg finner bidrar til å besvare problemstillingen:

### *Hva hemmer og fremmer samarbeid mellom to enheter i spesialisthelsetjenesten?*

- |              |   |                           |
|--------------|---|---------------------------|
| 1. Ledelse   | } | Organisatoriske faktorer. |
| 2. Kultur    |   |                           |
| 3. Makt      |   |                           |
| 4. Tillit    |   | Relasjonell faktor.       |
| 5. Profesjon |   | Overordnet struktur.      |

Et av de første spørsmålene til informantene var *Hvem samarbeider dere med?* Dette valgte jeg å spørre om for å få en oversikt over hvem de samarbeider med og for å sette de inn i tankegangen om samarbeid. SMP samarbeider mest med rustjenesten i kommunen og Nav. De har noe samarbeid med DPS både døgnsesksjon og poliklinikken og noe samarbeid med Sykehuset Østfold Kalnes. VOPP samarbeider mest med egne døgnavdelinger, ambulant team, fastleger, kommunehelsetjenesten og SMP. Noe samarbeid med barnevern og sykehus avdelingene på Kalnes. Det formaliserte samarbeidet disse poliklinikkene har er et fordelingsmøte en gang i uka, hvor de i hovedsak tar med saker som de tenker kan være aktuelle å oversende og drøfter disse. De har ikke felles inntaksmøter.

For å dele opp og gjøre forskningsmaterialet oversiktlig, har jeg valgt og disponere presentasjon av resultatene slik at jeg svarer på hvert av de 3 forskningsspørsmålene mine.

1. Hvilke organisatoriske faktorer hemmer og fremmer samarbeid mellom SMP og VOPP?
2. Hvilke relasjonelle faktorer hemmer og fremmer samarbeid mellom SMP og VOPP?
3. Hvilken betydning har profesjon og makt i det tverrfaglige samarbeidet?

## **4.1 Hvilke organisatoriske faktorer hemmer og fremmer samarbeidet mellom SMP og VOPP?**

Dette avsnittet inneholder de organisatoriske faktorene ledelse og kultur og hvilke funn som er knyttet opp mot disse.

### **4.1.1 Ledelse**

Ansatte på begge poliklinikkene mener i hovedsak at ledelsen prioriterer samarbeid. Det at lederen er opptatt av og fokuserer på samarbeid med andre instanser gjør at de ansatte også blir opptatt av samarbeid som en positiv ting. Når det er ledelsesforankret og det blir gitt rom for å samarbeide, blir det legitimt å bruke deler av arbeidstiden på både uformelt og formelt samarbeid. Begge poliklinikkene er enig om at lederne prioriterer samarbeid med andre instanser og begge lederne er med på fordelingsmøte på mandager. En informant nevnte at et tettere samarbeid om inntak av pasienter kanskje vil være hensiktsmessig.

Ja, jeg synes lederne fokuserer på samarbeid. Leder er veldig opptatt av at vi skal samarbeide, gjerne enda mer enn vi gjør nå (Inf 4).

Jeg tror kanskje at etter hvert blir et enda tettere samarbeid om inntak av pasienter. Vet ikke om det blir sånn, men jeg ser for meg at det blir det (Inf 3).

På SMP er leder en pådriver for at hele poliklinikken skal samarbeide både med DPS'et, men også med kommune og Nav. Ansatte er unisont enige om at leder prioriterer og legger til rette for samarbeid. En informant var opptatt av at dersom det ikke legges til rette for regelmessig samarbeid vil det være med på å hemme utviklingen av tverrfaglig samarbeid. Det er uttalt at poliklinikken skal samarbeide og at samarbeid er viktig og nødvendig. Ansatte jobber utadrettet og leder har fokus på hvem andre som kan bidra inn i et tverrfaglig samarbeid. Når pasientsaker blir lagt frem på møter i poliklinikken, er det et stort fokus på om noen andre

aktører bør inn i saken. Leder anmoder de ansatte til tidlig å kontakte kommunen for å få til et samarbeid og det oppfordres til at de også blir med på møter ut til kommunen.

Leder oppfordrer hele tiden til at vi kan bli med på møtene til kommunen, hvis det er saker vi ønsker å drøfte med rustjenesten for eksempel eller Nav, så er det hele tiden blitt oppfordret til at vi bare kan være med. Hvis vi legger frem saker så er det veldig fokus på det om andre bør inn liksom (Inf 1).

SMP har en del formalisert samarbeid med ulike instanser. Lederen har en nærhet til den hverdagen de ansatte opplever, fordi han utfører selv veiledning med rustjenesten i kommunen og deltar i samarbeidsmøter med kommunen. Videre har de ukentlig fordelingsmøte med VOPP. Leder formidler en holdning om at poliklinikken skal jobbet utadrettet og samarbeide med andre. Det skal synes at de er en poliklinikk hvor det ikke bare jobbes inne på kontorene med pasienter, men at de ansatte deltar på møter ute blant samarbeidspartnere og er pådrivere for tverrfaglig samarbeid.

Vi har en leder som er veldig opptatt av samarbeid, både i forhold til kommunen og DPS. Han er kanskje den som er mest opptatt av det. Han har regelmessig veiledning med rustjenesten i kommunen og regelmessige samarbeidsmøter (Inf 1).

Jeg må si at det formaliserte samarbeidet med DPS synes... i hvert fall fungerer ganske bra. Vi er relativt utadrettet da. At vi er åpne for samarbeid med andre. At vi ikke er en poliklinikk hvor vi primært er interessert i å sitte og jobbe alene på kontoret (Inf 3).

På VOPP er leder mer opptatt av samarbeid internt i DPS 'et enn med eksterne samarbeidspartnere også SMP. De ansatte er i hovedsak enige om at leder legger til rette for samarbeid, men de jobber mer innadrettet både i poliklinikken og opp mot resten av DPS 'et. Det kan se ut som det er mer opp til den enkelte behandler på poliklinikken å vurdere behovet



for samarbeid og at lederen ikke kollektivt og i like stor grad er opptatt av og oppfordrer til samarbeid med eksterne aktører.

Seksjonsvis samarbeid er det lite av, det er ikke noe sånt ledelsesstyrt bevisst samarbeid mellom seksjonene... I hvert fall ikke mellom 2. og 3. linjen.... ( Inf 6).

Det kom tydelig frem at VOPP i hovedsak samarbeider internt i DPS 'et og noe med sykehusets avdelinger. Det er faste møtepunkter hvor lederne innad i DPS snakker om rutiner, utveksler pasientsaker, men muligens ikke så mye pasientsamarbeid siden avdelingene ikke nødvendigvis har de samme pasientene samtidig.

Vi har veldig mye samarbeid med døgnavdelingene i hvert fall så det er jo... Vi er med på felles inntaksmøter med dem og ambulant team har vi også tett samarbeid med. Og så er det opp til hver enkelt behandler da å ta kontakt med andre seksjoner hvis det er behov for bistand, ikke sant hvis det trengs døgninnleggelse så ordner hver enkelt behandler opp i det gjerne (Inf 5).

Seksjonslederne har egne møter hvor de snakker sammen. Litt usikker på om SMP er med på disse. Jeg tror vel først og fremst det er oss altså (Inf 5).

Materialet viser at samarbeidet med kommunen ikke foregår like hyppig og systematisk som på SMP, men det ble nevnt at leder er opptatt av at de skal samarbeide mer med spesielt Nav og BUPP. Det blir opplyst at det er samarbeid om enkelt pasienter med kommunal psykiatritjeneste. Det blir beskrevet at poliklinisk jobbing er ganske ensomt og at behandlerne sitter på sine kontorer med pasientene, men de har fagteam hvor de kan drøfte saker. Materialet viser at den enkelte behandler på poliklinikken har en ganske stor råderett over arbeidstiden sin. De har stor frihet i sin profesjonelle hverdag.

Jeg tror den enkelte behandler, i hvert fall her på poliklinikken får ganske stor råderett over sin egen arbeidshverdag og sin egen pasientliste. Det er lite makt som tres nedover

ørene på folk, men det er jo selvfølgelig- det er jo den her pasientmengden da som må unna- altså det er jo noe man må forholde seg til (Inf 5).

Det kommer frem at det har vært et initiativ fra leder for å løse opp i en etablert revirtankegang mellom de ulike avdelingene og SMP. ROP retningslinjen kan ha vært en medvirkende årsak til dette siden den er relativt tydelig på hvem som har behandlingsansvaret for ROP pasienten.

Dette møtet tror jeg er et... ambisjonene er å få poliklinikkene til å samarbeide bedre... det tror jeg, jeg har ikke blitt fortalt det, men jeg tror det er sånn det er (Inf 6).

Informantene på begge poliklinikkene mener at lederne deres er opptatt av og oppfordrer til tverrfaglig samarbeid.

#### **4.1.2 Kultur**

Ansatte på SMP forteller om en utadrettet kultur. De er opplært på poliklinikken til at de skal samarbeide med andre og de skal ta kontakt med spesielt kommunen som har en sentral posisjon i arbeidet med ROP- pasientene. SMP har organisert poliklinikken i ulike team – Oppsøkende rusteam, LAR team og behandlingsteam. De er vant til å jobbe sammen og samarbeide om pasientene, men også på tvers av teamene. SMP er en poliklinikk hvor flere har jobbet lenge og i mange år. Leder har også jobbet der lenge, noe som gir en mulighet for å jobbe med kulturen over tid, og at det vil være mulig å si at det er etablert en organisasjonskultur på SMP som er positiv til samarbeid. De ansatte gir uttrykk for trivsel og verdier som åpenhet, respekt og tillit har formet kulturen, som kom til syne blant annet ved at atmosfæren på SMP bar preg av et åpent og inkluderende miljø hvor de ansatte skrøt av hverandre. Lokalene var lyse og alle dører sto åpne. I tillegg mente de som jobber der at nyansatte rask vil merke at poliklinikken har en samarbeidskultur som «sitter i veggene».

LAR team – disse som jobber her er veldig dyktige folk., som er veldig oppsøkende. De drar ut, ambulerer mye, er mye ute hos pasientene, liksom tar i et tak der det trengs.

Jobber masse med kommuner, fastlege, rustjeneste, hjemmesykepleie – veldig sånn utadrettet. Må skryte litt av de altså... de er knalldyktige (Inf 1).

Informantene formidlet samarbeidskultur som fremhevet en positiv holdning til samarbeid, blant annet fordi SMP har vært med å starte opp et prosjekt sammen med kommunen for å bedre kunne bistå ROP- pasientene, og at de på nytt er involvert i ytterligere et samarbeidsprosjekt med kommune og DPS. SMP er tverrfaglig sammensatt og har flere ansatte med treårig høgskole enn VOPP. Det samarbeidet SMP har med kommunene handler mye om å jobbe sammen i pasientsaker mens det med VOPP i større grad handler om å overføre saker.

Jeg velger å tro at vi har en kultur for samarbeid. Jeg tenker at vi er en ganske relativt sett en utadrettet tjeneste som er interessert i samarbeid med andre instanser.

Et prosjekt som vi prøver å dra i gang sammen med kommunen og DPS... Der har i hvert fall vi vært en drivkraft for å få til et formalisert samarbeid (Inf 3).

... med DPS handler det kanskje mer om at man overfører saker til hverandre, mens med kommunen er det mer at man jobber sammen i saker (Inf 3).

Vi har en kultur for samarbeid. Kanskje mer enn andre steder og kanskje spesielt i forhold til kommunene (Inf 2).

Selv om informantene mener at de har en god samarbeidskultur kommer det frem at samarbeid om ROP- pasientene fortsatt er utfordrende, selv om det har bedret seg. Det at ROP- pasientene har mange behov både med tanke på psykisk helse og rusavhengighet kan føre til en «skyving» mellom enhetene om hvem som bør gi et behandlingstilbud til pasienten.

Holdninger i forhold til pasientgruppen kan være vanskelig noen ganger, også i systemet. Holdninger i forhold til rus har endret seg noe (Inf 1).

... men vi opplever ofte at... eh... psykisk helsevern ønsker...ønsker nok at pasienter med samtidig rusproblematikk får hjelp her først (Inf 3).

På spørsmålet om hvorfor en pasient kommer til SMP og ikke til VOPP og motsatt, var det ingen av informantene som helt kunne peke på hva slags verktøy de brukte for å fordele pasienten til riktig instans. Noen mente det var ROP retningslinjene, mens andre snakket om fordelingsveiledere, men alle var enige om at dette var et vanskelig landskap.

Det er jo et godt spørsmål tenker jeg som ikke alltid er like opplagt fordi det handler... for det er mye av det samme.. eh... samme behandlingsmetodene. Det kommer litt an på hva man trenger behandling til først. Ofte er det jo sånn at du må kvitte deg med rusen før vi kan se på dette med angst... eller ikke sant? (Inf 2).

Vi har... ansvar overfor psykisk lidelse og de har ansvar for rusavhengighet og så er det noen pasienter som har begge deler da og der hvor det er hovedvekt av rusavhengighet skal SMP ta det og der hvor det er hovedvekt av psykiatri skal vi ta det, men er det dobbelt opp av alt... så er det vel meningen at vi skal ta det- sånn som jeg har forstått ROP retningslinjen (Inf 5).

Nå spør du litt sånn vanskelig igjen altså, dette her burde jeg sikkert hatt et mye klarere svar på. Det med å organisere ting slik som her i Østfold, er ikke sånn de har gjort det alle andre steder. Andre steder har man et DPS hvor du har rusbehandling inne i DPS'et også. Da blir det kanskje enda kortere vei (Inf 3).

VOPP viser frem en mer innadrettet kultur hvor lokalene er mørkere og alle dørene i gangen er lukket. På spørsmål om hvor mange som jobber der og hvilken profesjon de innehar var det ingen som hadde det helt klart for seg, men måtte telle kontorer eller bruke telefonliste. De jobber individuelt, har selv det faglige ansvaret for pasienten og informantene sier de har ikke noen utbredt kultur for samarbeid, men at de kan snakke sammen å få hjelp av hverandre.

Det er en liten sånn kultur på at dørene står åpne og det går an å ta uformelle henvendelser til kollegaer rundt omkring. Mye av arbeidets natur gjør at man sitter litt mye for seg selv (Inf 4).

...behov av åpenhet når man sitter med kompliserte saker og kjenner at en kanskje er litt utenfor sitt eget kompetanseområde... og vise versa at man møter når man får sånne henvendelser om hjelp, med at her er det vanskelige saker og at det ikke handler om inkompetanse og slike ting (Inf 4).

De sier at selv om de ikke har en utbredt kultur for samarbeid så er den kanskje i støpeskjea, muligens fordi denne poliklinikken i hovedsak består av psykologer og leger som har en myndighet til å jobbe selvstendig med behandling og utredning av pasienter, og i mindre grad av ansatte med treårig høgskole. VOPP har ikke samme krav som SMP til tverrfaglighet. Kun en informant mente det var behov for å samarbeide mer med SMP enn de gjør i dag.

Revirtenkning mellom poliklinikkene... ja uuttalt så er det nok det eller har vært det tenker jeg, at det har ligget i kulturene. Mitt inntrykk er at det er i ferd med å løse seg litt opp, men det har nok vært kultur for det ja (Inf 6).

De beskriver å ha et godt samarbeidsklima, spesielt innad i DPS 'et, noe samarbeid med 1.linjen og i noen grad med SMP. Det er mye enkeltvis samarbeid om pasienter, men lite seksjonsvis samarbeid. Det kan se ut som om DPS' et har et større fokus på internt samarbeid enn på hvilke eksterne instanser de kan samarbeide med.

Ja, jeg vil si vi har en kultur for samarbeid, Det er mulig å snakke sammen når man trenger hjelp. Hvis jeg trenger hjelp til å få satt en sprøyte på en pasient får jeg hjelp til det av en sykepleier på døgnavdelingen. Hvis en pasient på døgnavdelingen trenger poliklinisk oppfølging etter oppholdet får han det. Jeg vil si vi har et godt samarbeidsklima her (Inf 5).

VOPP opplever at de lettere tar saker fra SMP enn motsatt og at mye av samarbeidskulturen handler om å fordele saker, men at behandlerne på poliklinikkene av og til kan jobbe sammen i pasientsaker. Det ser allikevel ikke ut til å være en utbredt kultur for den type samarbeid, fordi pasientene i hovedsak blir overført til den andre poliklinikken på fordelingsmøte de har hver mandag, eller at poliklinikkene sender hverandre henvisninger dersom de mener at pasienten var adressert til feil poliklinikk.

Jeg har vel en mistanke om at vi tar den (saken) lettere. Uten at jeg vet det sikkert. Veldig grovt sett vanskeligere for oss å få SMP til å ta en sak for oss enn for oss å ta en sak fra SMP (Inf 6).

... også tenker jeg vel at det kanskje kunne vært litt lavere terskel for å samarbeide om pasientene, blir litt mye sånn formelt med henvisninger og sånne ting (Inf 2).

Materialet viser at samarbeidskulturen står sterkere på SMP enn den gjør på VOPP, men de mener kulturen er i støpeskjea og at samarbeid har sin berettigede plass i arbeidet med ROP pasienten.

## **4.2 Hvilke relasjonelle faktorer hemmer og fremmer samarbeid mellom SMP og VOPP?**

I dette kapitlet presenteres funn rundt tema tillit, hva de ulike informantene la i begrepet og på hvilken måte tillit er en viktig faktor for utvikling av et tverrfaglig samarbeid.

### **4.2.1 Tillit**

Gode intensjoner, felles arenaer som fordelingsmøte de har en gang i uken med VOPP samt det formaliserte samarbeidet med kommunen og Nav. Videre er det å kjenne hverandre og vite

hva den andre står for temaer som alle informantene på SMP mente var viktig for og lykkes med samarbeidet. I tillegg til det formaliserte samarbeidet fremholdt flere av informantene at samarbeidet som hele tiden foregår i pasientsaker som ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter og uformelle henvendelser til andre instanser er viktig. For å få til et godt samarbeid rundt pasientene var det å stole på at de andre (ansatte på VOPP) hadde de samme gode hensiktene om å hjelpe pasienten noe som fremmet samarbeid. Det var viktig å stole på de andres gode intensjoner. På den andre siden opplevde de mistillit når samarbeidet ble preget av mistenksomhet og mistro til de andres intensjoner. Det å ha tillit til at alle vil det beste for pasienten og at de andre ikke har skjulte agendaer er viktig for å få til et godt samarbeid mellom seksjonene. Ingen av informantene på noen av poliklinikkene var innom tillit til systemet eller organisasjonen, men kun tillit i relasjon til samarbeidsparter.

Jeg tenker vel at man må ha litt tro på at andre også er interessert i å løse problemene man står ovenfor. Det tror jeg liksom er et sånt fundament. Tillit til at andre har gode intensjoner og at man jobber mot det samme målet (Inf 3).

Respekt for hverandres rammebetingelser var det to informanter som oppgav som viktig. Det er lett å ønske at andre skal bidra med mange ting i et pasientsamarbeid, men det å respektere hva den andre sier er mulig og ha tillit til det, er nødvendig. Dersom man blir skeptisk til den andres intensjoner, dersom man tror at den andre ønsker å skyve pasienten fra seg vil det svekke tilliten.

... litt det der med respekten for rammebetingelsene – man kan ønske seg mange ting, men må ha forståelse for at alle jobber på en måte ut fra sitt ståsted og rammer (Inf 2).

Tillit var noe som kom frem flere ganger i intervjuet, både på direkte spørsmål og i sammenheng med andre temaer. På spørsmål om hva som hemmer og fremmer samarbeidet mellom poliklinikkene var de opptatt av tillit og undergravelse av tillit. Det å kjenne hverandre gir en trygghet til å drøfte pasient saker som er vanskelige, og hvor det kan være uklart hvem

som skal ha behandlingsansvar for pasienten. Det å bli hørt og vurdert på en god måte og at det er de faglige argumentene som teller, opplevdes viktig for et godt samarbeid. Tillit til at de som har ansvaret for pasienten jobber mot samme mål og være trygge på at andre også gjør det og at pasienten er fokuset. En informant nevnte at det og ikke bli hørt av systemet var problematisk med tanke på samarbeid, det at samarbeidspartnere ikke har faglig tillit til hverandre vil kunne hemme samarbeidet.

At man har en trygghet til å drøfte sakene og oppleve at man blir hørt og det blir vurdert på en god måte der man får gode diskusjoner rundt de pasientene det gjelder (Inf 1).

... vi er jo ansatt her for å jobbe med pasienten og vi må tenke at alle som er her er interessert i å finne løsninger som er til det beste for pasienten. Ikke bare vi, men også de andre (Inf 3).

På VOPP ble ikke ordet tillit så hyppig nevnt som på SMP. Alle informantene fremholdt at det og treffes, sitte og snakke sammen, kjenne hverandre og ha en dialog var viktige faktorer for å lykkes med samarbeidet. Kommunikasjon og tillit var viktig fordi hvis man ikke snakket med hverandre vil det kunne føre til en skyveproblematikk. Hvis tillit ikke er til stede er det fare for at det kan utvikle seg en fryktkultur fordi behandleren er redd for å gjøre feil og dermed dytter pasienten over til neste mann. En informant nevnte viktigheten av tillit og åpenhet i kompliserte saker, som er utenfor behandlerens kompetanse område, at man kan bistå hverandre og at det ikke handler om inkompetanse.

Så tenker jeg litt på sånn fryktkultur, at man er redd for å gjøre feil kan bidra til at man dytter litt over på nestemann fordi man redd for at det skje noe feil med pasienten (Inf 5).

En informant var opptatt av å ha dialog rundt hva man skal samarbeide om og deretter bli enig om hva som er formålet med samarbeidet. Det kom frem at det er et behov for mer samarbeid



med SMP i saker hvor pasientene er henvist til VOPP og de har et rusmisbruk. Gjensidig tillit og respekt for hverandres faglighet, og som SMP også var opptatt av, at man tillegger hverandre gode intensjoner i samarbeidet.

Pasienter som er henvist til oss, men som også bruker rusmidler. Altså at vi kan bli styrka diagnostisk – diagnostikk på det og hvor alvorlig misbruket er og om det er noe vi kan håndtere eller om vi må henvise videre (Inf 6).

Det kan være behov for å samarbeide tettere om pasienter hvor det råder usikkerhet rundt hvor alvorlig rusavhengigheten er.

### **4.3 Hvilken betydning har profesjon og makt i det tverrfaglige samarbeidet?**

Under dette punktet belyses informantenes meninger om hva profesjon og makt betyr i et samarbeid.

Tverrfaglighet er stikkord når det gjelder SMP. Poliklinikken består av tverrfaglige team som er sammensatt av psykologspesialister, psykologer, vernepleier, sosionom, lege og psykiatrisk sykepleier. Flest psykologer og treårige høgskoleutdannede med ulike videreutdanninger. Leder er psykologspesialist. Flere av informantene fremholdt tverrfaglighet og at saker skal drøftes tverrfaglig som viktig. Mange av de ansatte har jobbet lenge ved poliklinikken. Flere har jobbet der i mer enn 19 år og det sier noe om kontinuitet og det fremheves at god trivsel er en viktig årsak.

Mange har jobbet her lenge, det har vært en poliklinikk hvor mange har trivdes og de har vært her lenge. Det sier noe om kontinuitet og så har vi fått inn noen yngre de siste årene og det er også veldig bra tenker jeg, at vi er forskjellige aldersgrupper og utdanning (Inf 1).

De ukentlige fellesmøtene mellom SMP og VOPP lokaliseres en uke hos SMP og neste uke hos DPS. Dette bidrar til at begge stedene får et likt eierforhold til møtet. SMP opplever at de i hovedsak samarbeider med de samme profesjonene på VOPP som de selv innehar og at de derfor stort sett snakker samme språk. Forskjellen er at SMP har flere med treårig høgskoleutdanning. Det å holde fokus på at de har en felles interesse i pasienten og ikke knive om hvilken profesjon som har høyest rang oppleves som en profesjonell måte å jobbe sammen på. Det handler mer om hvilket faglig fokus man har, en ansatt med sosialfaglig bakgrunn vil ha sitt faglige ståsted og en psykolog vil ha et annet faglig ståsted. Det vises at en informant har erfaring med at samarbeid handler lite om profesjon, men mye om person. Det kommer frem at profesjon i hovedsak ikke står i veien for samarbeid fordi man har ulike oppgaver som skal løses rundt pasienten.

Jeg tenker det er ganske sånn personavhengig. Jeg har ikke noen tanker om at en sykepleier er lettere å samarbeide med enn en psykolog. Ingen erfaringer med det heller, har erfaring med personer (Inf 2).

Føler ikke at fokus er så veldig forskjellig, psykologer kanskje litt mer opptatt av diagnostisering, sykepleier litt mer opptatt av funksjon (Inf 1).

ROP pasientene har behov for mange ulike tjenester og det settes store krav til helsepersonell som skal samarbeide for å gi disse pasientene et godt tilbud. Noen profesjoner kan bli veldig opptatt av å bli hørt fordi de er lege eller psykolog og at det blir hovedfokus mer enn selve pasienten. Profesjonene har ulik makt og ulik tyngde inn i det tverrfaglige samarbeidet og de med høyest profesjon besitter mer makt enn det de med treårig høgskole gjør.

... men det er klart at en lege eller psykolog sitter med mer makt sånn sett, sånn skal det være liksom, og som sykepleier, jeg har på en måte seksjonsleder i ryggen, men man kan jo sånn sett føle seg litt liten noen ganger i forhold til, ja som sykepleier... (Inf 1).

Materialet avdekker at de ansatte på SMP mener at profesjonene skal ha ulike ansvarsområder fordi de har ulik profesjon og har derfor kunnskap om ulike områder. Det å respektere og anerkjenne hverandres ansvarsområder til det beste for pasienten, respektere faglig makt, men samtidig være likeverdige parter i samarbeidet.

En del ting blir veldig profesjonsavhengig og skal være det. Jeg skal ikke stille diagnoser på folk eller gjøre en somatisk undersøkelse. Samarbeid er at man bidrar med ulike ting i en likeverdig setting (Inf 2).

VOPP består av 2 psykiatere, tre leger i spesialisering (LIS), 3 psykologspesialister, 7 psykologer, en fysioterapeut i en liten stillingsandel, en psykiatrisk sykepleier og en klinisk sosionom. Leder har grunnutdanning som vernepleier. Psykologene i utdanning og legene som jobber der er ganske nytilsatte. Det er noen få ansatte som har vært der lenge. Denne poliklinikken har overvekt av profesjoner med høyere utdanning og relativt få høgskoleutdannede.

Psykologene og legene i spesialisering er relativt ferske. Det er noen få faste som har vært her en stund, jeg synes for så vidt vi har hatt ganske høy turnover... så lenge jeg har jobbet her (Inf 5).

Det anskueliggjøres at pasient kasus teller mer enn profesjon, at det er de faglige argumentene som har betydning og ikke hvilken profesjon som fremfører disse og at evne og vilje til samarbeid er viktigere enn profesjon. Samarbeidet handler mer om personlige egenskaper hos de profesjonelle enn om profesjon. Noen er mer ekstrovert enn andre, noen mener noe sterkere enn andre uten at det handler om makt eller profesjon- kanskje mer om engasjement. Hvilken bakgrunn man har og hvilke oppgaver som skal løses kan ha betydning for hvordan samarbeidet profesjonene i mellom arter seg. Noen har et veldig tett forhold til sine pasienter og slipper dermed ikke andre samarbeidspartner inn, mens andre igjen er raskere til å tenke hvem som kan bidra inn. Mulig at det i en slik situasjon kan oppleves som maktbruk at noen er villig til å dele informasjon, men andre holder kortene tettere til brystet.

De som har erfaring fra fastlege biten er kjappere til å tenke andre, altså hvem man kan hente inn, mens de som er mer opptatt av utredningsbiten har et veldig fokus på det tette forholdet til pasienten... kan nok kanskje det være profesjonsforskjeller (Inf 4).

En informant mener at det var lite konflikter i poliklinikken mellom lege/psykolog, kognitiv terapeut opp mot psykodynamisk terapeut enn andre steder.

På samme måte som SMP, svarer informantene på VOPP at profesjonene har ulike forutsetninger for å svare på ulike spørsmål. Materialet viser også at det er mer fellesskap mellom profesjonene på de to poliklinikkene enn ulikheter og at man snakker lettere med en av samme profesjon. Samtidig kom det frem at samarbeidet kan gå like bra med andre profesjoner fordi det handler mer om vilje og evne til samarbeid.

Jeg tror det er kjempeviktig at det er uttalte profesjoner. Være bevisst på sin egen profesjon. Det er ekte tverrfaglighet – at vi ikke skal ha samme fokuset eller må ha det samme fokuset, men sette sammen sine bidrag i puslespillet (Inf 6).

...møtes nok lettere med en psykologspesialist på SMP enn med en treårig høgskoleutdannet, men slett ikke sikkert at samarbeidet går lettere. Det går minst like mye på evne og vilje til samarbeid (Inf 6).

To av informantene antydte allikevel at det å samarbeide med høgskoleutdannede profesjoner bød på utfordringer i form av at de ikke innehar nok kunnskap til å hjelpe pasienten fullt ut og derfor blir det en økende pasientmengde som poliklinikken må ta seg av. I slike situasjoner får heller ikke pasienten den hjelpen som er nødvendig. Informanten mente også at hvis de treårige fikk videreutdanning, kurs og veiledning så kan de fungere på lik linje med en lege eller psykolog.

I ambulant team jobber det mye treårig høgskoleutdannede. Det kan være en utfordring hvis man har pasienter som lider åpenbart, men som det ikke er så lett å få gjort noe med dersom man bare ser lidelsen, men ikke hva som kan få til en endring. Faren er da at treårige særlig dytter pasienten videre til nestemann... (Inf 5).

På spørsmål om hvilken betydning makt har i det tverrfaglige samarbeidet, svarte informantene kort og flere mente det ikke var uttalt i poliklinikken. De var opptatt av å bli enige i samarbeidsmøter. En informant var inne på om muligens kommunen og fastlegene kunne oppleve det som maktbruk at spesialisthelsetjenesten overfører mange pasienter til 1.linjen? Det kan bety at samarbeid handler mer om faglighet og kunnskap enn makt og profesjon.

Et annet element som kom frem og som var overraskende for meg, var at høgskoleutdannede profesjoner ikke hevdet fagligheten sin når det var psykologer til stede i samarbeidsmøter. Det kom også frem at det ikke alltid er de faglige argumentene som rår, men hvilken profesjon som hevder det og at makten kan brukes bevisst for å oppnå det man ønsker for pasienten. Hvis det ligger gode faglige vurderinger til grunn er det positivt, men hvis ikke så handler samarbeidet om å vise hvilken profesjon som rår og hvilken makt som ligger til profesjonen og ikke om å finne de beste løsningene for pasienten.

Det er mye status i det jeg sier fordi jeg er psykologspesialist på den ene siden. På den andre siden er det som om den psykiatriske sykepleieren abdiserer fra sin faglighet dersom det er en forventning om at vi må lytte til psykologspesialisten. Og så er de som fra mitt perspektiv da, enkelte psykiatere som er vant til å ha høy status og uten at de sier så mye fornuftig forventer en lydhørhet automatisk, uansett hvor mye bullshit de kommer med (Inf 6).

Noen profesjoner har en forventning om å bli hørt uavhengig av hva de har å si.

## **5.0 Drøfting**

I dette kapitlet vil jeg drøfte funnene ved hjelp av det teoretiske rammeverket jeg har benyttet for å svare på problemstillingen.

Som nevnt tidligere i oppgaven, vil drøfting følge samme struktur ved at funn blir drøftet ut fra disse forskningsspørsmålene:

1. Hvilke organisatoriske faktorer hemmer og fremmer samarbeid mellom SMP og VOPP?
2. Hvilke relasjonelle faktorer hemmer og fremmer samarbeid mellom SMP og VOPP?
3. Hvilken betydning har profesjon og makt i det tverrfaglige samarbeidet?

### **5.1 Hvilke organisatoriske faktorer hemmer og fremmer samarbeid mellom SMP og VOPP?**

Av de organisatoriske faktorene er det kultur og ledelse som drøftes under dette punktet. Makt blir i denne sammenhengen ikke behandlet sammen med de organisatoriske faktorene, men sammen med profesjon.

#### **5.1.1 Ledelse**

Å lede andre er å vise vei og i kunnskapsorganisasjoner, som helsevesenet, er selvledelse en mulighet til å utnytte det potensialet som ligger i organisasjonen. Da vil lederens viktigste oppgave være å hjelpe de ansatte til å bli dyktige – i denne sammenheng på samarbeid- og de ansatte må igjen lære andre medarbeidere å bli gode for å realisere felles mål (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Min tolkning er at begge lederne viser en relasjonell lederstil hvor hovedvekten handler om gode relasjoner mellom medarbeiderne (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Informantene ved sosialmedisinsk poliklinikk var alle enige om at ledelsen prioriterer og oppfordrer til mer samarbeid både med VOPP og resten av DPS, men også med kommunale instanser og andre. I tillegg hevdet de å samarbeide mye med andre. Med VOPP har de et felles fordelingsmøte hver mandag hvor lederne er med. Ledelse kan beskrives som

en form for påvirkning når lederen bruker seg selv i relasjon til medarbeiderne for å påvirke deres innsatsvilje eller omstillingsvilje (Rasmussen & Vabø, 2014). På SMP er lederen selv deltagende i veiledning av kommunalt ansatte og det betyr at han kjenner til og vet hvilke utfordringer de ansatte møter i sitt arbeid. Nærheten til faget og den kliniske hverdagen vil være med på å fremme et samarbeid. Lederen oppfordrer også til at andre instanser blir invitert inn på møter i poliklinikken og at kommunen raskt blir koblet på i saker hvor også de har et ansvar for behandling og oppfølging. Lederen anmoder i tillegg de ansatte på poliklinikken til å være med på ulike arenaer hvis de har saker de ønsker å drøfte. På den måten gir han oppgaven til de ansatte om å ta ansvar for egne saker og at det ikke bør gå gjennom leder. Samtidig går han foran som et eksempel på hva han i praksis mener et samarbeid bør inneholde og de ansatte oppdras i denne samarbeidskulturen.

Ørjasæter et al. (2013) beskriver at ledelse er å få til resultater gjennom andre og holdningen til leder på SMP om at poliklinikken skal jobbe utadrettet og samarbeide med andre, gjør at de ansatte jobber nettopp på den måten. De har en opplevelse av at de arbeider på en poliklinikk som er utadrettet, hvor de er åpne for og interessert i samarbeid med andre instanser til det beste for pasienten. At samarbeid er ledelsesforankret og at ledelsen stoler på at de profesjonelle kan og gjør jobben sin, og de ansatte på den andre siden vet at ledelsen legger til rette for at de skal samarbeide vil styrke grunnlaget for selvledelse (Orvik, 2004).

Problemene som ROP pasientene trenger hjelp med kan forstås som uregjerlige problemer. Det kan være nødvendig for lederen å styre på en annen måte, enn om pasientens problem ble sett på som tamme. Medarbeiderne kan trenge rom til å vurdere å veie ting på en annen måte og uregjerlige problemer kan kreve utradisjonell tilnærming og kreve mer ressurser. Her vil lederen kunne være en viktig medspiller for å hjelpe de ansatte til å sortere og finne de beste løsningene for pasienten. Det vil antagelig være behov for å løfte pasientsaker opp i fellesmøte på poliklinikken fordi sakene er kompliserte. Kanskje er dette et større behov på SMP hvor det jobber flere med lavere profesjon enn på VOPP?

Leder på VOPP er opptatt av samarbeid, men mer internt i DPS `et enn med eksterne aktører også SMP. Ledelse og styring er to former for påvirkning og hvor styring handler om å fatte beslutninger og påvirke adferd gjennom systemer og styringsverktøy (Rasmussen & Vabø, 2014). Det er faste møtepunkter innad i DPS hvor lederne møtes, der er ikke SMP representert.

På disse møtene er det rutiner og utveksling av pasientsaker som er tema, ikke så mye pasientsamarbeid fordi avdelingene ikke nødvendigvis har de samme pasientene samtidig. På bakgrunn av dette er min tolkning at denne lederen er mer opptatt av styring enn ledelse når det gjelder samarbeid.

På VOPP sier informantene at det er mer opp til hver enkelt behandler på poliklinikken å vurdere behovet for samarbeid og at leder ikke kollektivt og i like stor grad er opptatt av at hele poliklinikken skal samarbeide. Det at fagfolk leder seg selv kan bety at den formelle lederrollen blir mer tilbaketrasket selv om selvledelse bør kombineres med annen type ledelse for å fungere godt. Et annet essensielt element for å fremme selvledelse er å skape teamarbeid samtidig som ansvar delegeres ut til fagpersoner og som igjen kan brukes til å gi gruppen større selvstendighet, innflytelse og kontroll over arbeidsoppgaver (Glouberman & Mintzberg, 2001b; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Materialet viser at de ansatte på denne poliklinikken i stor grad arbeider selvstendig og har innflytelse og kontroll over sine arbeidsoppgaver. I en teoretisk forståelse av selvledelse vil lederens viktigste oppgave være å hjelpe medarbeiderne til å bli dyktige (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I 2002 ble det innført helhetlig ledelse i helseforetakene hvilket medførte at det var profesjonsuavhengig hvem som kunne inneha lederjobbene i sykehusene. Johansen (2005) fant jr. kap.1 at de med lengre profesjonsutdanninger (f.eks. leger) er mest lojale overfor kollegaer innen for samme fagfelt, mens de med lavere profesjon (f.eks. sykepleiere) er mer lojale overfor arbeidsplassen. På bakgrunn av dette er det en mulighet for, at så lenge leder innehar en lavere profesjon enn de som i hovedsak ledes, kan det være utfordrende å dyktiggjøre de med høyere profesjon. De vil muligens i større grad utøve selvledelse sammen med andre av samme profesjon og i mindre grad ta hensyn til hva leder bestemmer at alle i fellesskap skal bidra med inn i et samarbeid.

Lederne på begge poliklinikkene er fornøyd med det faste møtepunktet de har hver uke og at ambisjonene med det møte er å redusere revirtankegangen å få poliklinikkene til å samarbeide bedre. Dette møte er ikke et inntaksmøte og i ROP retningslinjen skrives det at dersom pasienter med en ROP lidelse skal få et integrert og helhetlig behandlingsforløp, må det skje en samordning av vurderinger og inntak mellom enheter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (s.89). Her vil det for lederne være et potensiale til å jobbe mot et tettere samarbeid og kanskje felles inntaksmøter.



Ved hjelp av ledelsesteori og funn gjort i undersøkelsen vil ledernes påvirkning ha stor betydning for hva slags samarbeid som finner sted og i hvor stor grad det skal samarbeides. Det at samarbeid forankres på et organisatorisk nivå vil bidra til at samarbeid sees på som en viktig arbeidsoppgave det skal avsettes tid til. Dersom lederne på SMP og VOPP ønsker å utvikle samarbeidet videre vil det å få til et felles inntaksmøte være en god mulighet, noe ROP retningslinje 75 også peker på. Det er videre gjennom retningslinjen beskrevet hvilke pasienter de ulike instansene har ansvar for å gi et tilbud til, men det er mange grenseoppganger og vanskelige faglige avgrensninger – desto viktigere er det at lederne sammen finner arenaer for å løse pålagte oppgaver på en god måte for både de ansatte og pasienten.

### **5.1.2 Kultur**

Noen hevder at det eneste virkelig viktige en leder gjør er å skape og administrere kultur (Schein, 1987, s. 2). SMP viste frem en utadrettet kultur. De er opplært på poliklinikken til å samarbeide og ta kontakt med andre instanser. Informantene mener selv de har en kultur for samarbeid som kommer til uttrykk ved at de ønsker å jobbe utadrettet og sammen med andre. De opplyser at med kommunen handler samarbeidet om at de jobber sammen i saker, mens med DPS er det mer overføring av saker. Dette viser at samarbeidskulturen mellom poliklinikkene er ikke sterkt forankret. Andersson et.al beskriver syv nivåer av samarbeid og nivåene har i seg ulik grad av kompleksitet og formalisering fra nivå 1 som er utveksling av informasjon til nivå 7 som er felles budsjett. Samarbeidet mellom SMP og VOPP befinner seg i de øverste nivåene, de har utveksling av informasjon og felles møtearena. Kultur har mange ganger en tendens til å skape samhold innad i kulturen og avstand til andre kulturer (Jacobsen, 2004). Innad på SMP viste informantene en kultur som er åpen, tillitsfull og de kan se hverandres styrker. Hvordan den kulturen oppfattes av andre samarbeidspartnere utenfor, har jeg ikke undersøkt. SMP som er en del av TSB, har krav om tverrfaglighet i sin poliklinikk og de har en leder som på en måte sosialiserer sine ansatte inn i en samarbeidskultur.

Tradisjonelt har ikke arbeid med rusavhengige hatt høy status, det er ikke disse pasientene de profesjonelle sloss om å jobbe med (Lauvås & Lauvås, 2004). Moen (2008) jf.kap 1, viste at

det var et behandlingsskille mellom rus og psykiatri og at ulik plassering i helsevesenet er et problem. Rus og psykiatri bør sees i sammenheng samtidig som man sier de må bli rusfrie før de kan få psykiatrisk behandling. Sårbare overganger (2016:1) viser at det fortsatt pågår en diskusjonen om hva som skal behandles først rus- eller den psykiske lidelsen. Også i mitt materiale finner jeg at informantene på SMP mener de samarbeider godt, men det kommer frem at det fortsatt er utfordringer knyttet til ROP-pasientene og at det kan forekomme «skyving» innad i spesialisthelsetjenesten om hvem som skal gi et behandlingstilbud til denne pasientgruppen. SMP opplever at VOPP ønsker de skal få hjelp med rusavhengigheten før de kan få hjelp med sin psykiske helse. Dette kan sees på som en kultur fordi det på nasjonalt nivå er utarbeidet fordelingsveiledere og ROP retningslinjen (jmf. tabell 1. s.2), som gir føringer for hva de ulike instansene skal yte av hjelp.

VOPP viste frem en mer innadrettet kultur hvor de jobber individuelt med pasientene og informantene forteller at de ikke har noen utbredt kultur for samarbeid, men at de selvfølgelig kan snakke samme å få hjelp av hverandre i vanskelige saker. Der hvor SMP viste en kultur bestående av tillit og åpenhet viste VOPP verdier som faglighet, dyktighet og individuelt ansvar. Når en kultur dannes skjer det på bakgrunn av felles tanker, tro, følelser og verdier som kommer fra felles erfaringer i en gruppe (Schein, 1987). Det kom frem i materialet at poliklinikken kanskje ikke har en så sterk felles kultur vedrørende samarbeid, men at den er i støpeskjeen. Tverrfaglig samarbeid har en større sannsynlighet for å realiseres i organisasjoner som er positive til samarbeid (Tellefsen, 2004). Funnene viste at VOPP samarbeider en del internt med døgnavdelingene og ambulant team, men lite med eksterne aktører. De opplever selv å ha et godt samarbeidsklima. Hoveddelen av samarbeidet med SMP handler om å overføre pasienter til hverandre. Datamaterialet viser at det kunne vært en lavere terskel for å samarbeide om pasientene, at det ble altfor formelt når det må sendes henvisning. VOPP har ikke samme krav til tverrfaglighet som SMP og poliklinikken består hovedsakelig av leger/psykiatere og psykologer/psykologspesialister som har mer fokus på utredning og kan jobbe selvstendig. På VOPP uttrykte en informant at revirtenkning har ligget som en del av kulturen mellom poliklinikkene, men at det er i fred med å løse seg litt. De opplevde det motsatte av SMP, nemlig at de (VOPP) lettere tok saker fra SMP enn at de tok saker fra dem.

## **5.2 Hvilke relasjonelle faktorer hemmer og fremmer samarbeid mellom SMP og VOPP?**

I dette kapittelet drøftes den relasjonelle faktoren tillit. Tillit har i seg elementer som respekt og kommunikasjon og jeg velger derfor å drøfte disse under dette punktet.

### **5.2.1 Tillit**

Tillit mellom organisasjoner og de profesjonelle er en viktig faktor for samarbeid og tillit kan betraktes som et hovedelement når det handler om utvikling av samarbeid (Andersson et al., 2011; San Martin-Rodriguez et al., 2005). Informantene på SMP fremholdt gode intensjoner, felles arenaer og å kjenne hverandre og vite hva den andre står for som viktig for å lykkes med samarbeidet. Flere fremholdt betydningen av å ha interesse for å løse problemene man står ovenfor og at man jobber mot det samme målet. Grimen (2009) sier at de som stoler på hverandre samarbeider mer. Det å tåle risiko, stole nok på hverandre til å starte et samarbeid og investere i personlige relasjoner vil skape tillit (Hudson et al., 1999). Informantene oppgav at det å ha kjente ansikter bidro til trygghet for å drøfte pasientsaker fordi man ble hørt og vurdert på en god måte og det opplevdes som viktig for samarbeidet. På den annen side var de bevisst på at undergravelse av tillit kunne hemme et samarbeid, hvis deres synspunkter ikke ble hørt og hvis de opplevde at deres faglighet ble trukket i tvil. Tillit er en forutsetning for et vellykket samarbeid, men kommer ikke av seg selv (Vangen & Huxham, 2009). Det er ulike måter å bygge tillit på. Vangen & Huxham (2009) beskriver en tillitssløyfe som fremhever to viktige faktorer for å etablere tillit mellom samarbeidspartene. Den ene er å avklare forventningene til et fremtidig samarbeid og det andre er om partene stoler nok på hverandre til å starte et samarbeid. Ansatte ved SMP fremholder at med kommunen så jobber de sammen i saker, mens med VOPP er det mer fordeling av saker. Det er et lavt nivå av samarbeid de utøver med VOPP så når det i hovedsak er på dette nivået samarbeidet foregår, er det usikkert hvor høy grad av tillit de må ha til hverandre for å fordele sakene. På fordelingsmøte de har en gang i uken vil jeg mene at det er viktig at de har så stor grad av tillit til hverandre at når SMP ønsker å overføre en pasientsak til VOPP har de tillit til at den saken er faglig godt vurdert på SMP, og at det ikke ligger andre intensjoner bak ønske om å få pasienten til psykiatrisk poliklinikk. Utfra min vurdering viser funnene at SMP har et ønske om ikke å skyve pasienter

over på den andre poliklinikken, men de ønsker å finne frem til hva som er best for pasienten. Det vil være viktig å ha respekt for hverandres rammebetingelser selv om det er lett å ønske at andre skal bidra med mange ting i et samarbeid, men å respektere hva den andre sider og ha tillit til det vil være med på å fremme samarbeidet.

På VOPP mente informantene at å kjenne hverandre, snakke sammen og treffes var viktige elementer for et godt samarbeid. Når man ikke snakker sammen kan det oppstå en skyveproblematikk og samarbeidspartene blir usikre på de andres intensjoner. Kommunikasjon og tillit henger sammen ved at kommunikasjon legger grunnlaget for å lykkes med faktorer som gjensidig respekt og gjensidig tillit (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Det ble nevnt at dersom tillit ikke er til stede kan det utvikle seg en fryktkultur fordi behandleren er redd for å gjøre feil og dermed dytter pasienten over til neste behandler. Å skape tillit krever tid, tålmodighet, respekt for hverandres arbeidssituasjon og at man tidligere har positive erfaringer med samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Det ble poengtert at det å avklare hva man skal samarbeide om og så bli enig om formålet med samarbeidet er viktig. Knutsen (2004) sier at det må eksistere et behov for samarbeid og det må oppleves som nyttig. Informantene på VOPP beskriver at det ikke er veldig mye samarbeid i saker med SMP, men i hovedsak overføring av pasienter. Materialet viser at det er nødvendig og viktig med mer samarbeid mellom poliklinikkene, for å finne ut hvor enhetene overlapper hverandre og få en forståelse av hvordan poliklinikkene tenker rundt rusavhengighet og psykisk lidelse. Når poliklinikkene kommuniserer og overfører informasjon til hverandre, formidler de også holdninger, ideer og følelser seg i mellom. I tillegg skal kommunikasjonen bidra til å gi informasjon som er relevant for å ta hensiktsmessige beslutninger og bidra til sosialisering mellom deltagerne i det tverrfaglige samarbeidet (Jacobsen & Thorsvik, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004). Det at VOPP ønsker å få mer kompetanse på hvor alvorlig rusmisbruk de kan behandle før de eventuelt bør henvise videre til SMP vil fordre at de ansatte utvider kommunikasjonen med hverandre, et slikt samarbeid vil kreve mer av de ansatte enn fordeling av saker gjør.

### **5.3 Hvilken betydning har profesjon og makt i det tverrfaglige samarbeidet?**

Under dette punktet drøftes profesjon og makt og hvordan de påvirker et samarbeid. Disse to faktorene er i teorien knyttet til hverandre og jeg har valgt å se de i sammenheng.

#### **5.3.1 Profesjon og makt**

Profesjon blir betegnet som en systemisk faktor - et element på utsiden av organisasjonen (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver hvordan spesielt profesjonsutdanningene bringer med seg kunnskap, holdninger, verdier og sosiale identifikasjoner inn i en organisasjon. Det at profesjonene bringer med seg disse verdiene inn i organisasjonen vil påvirke enhetens makt gjennom evnen til å få gjennomslag for sine interesser og deres strategiske posisjon i et samarbeid. Det at noen har kontroll med funksjoner som er mer sentrale i et samarbeid enn andre er en viktig maktfaktor for eksempel fordeling av klienter (Knudsen, 2004). På SMP arbeider det psykologspesialister, psykologer, vernepleier, sosionom, lege og psykiatrisk sykepleier. Flest psykologer og treårige med diverse videreutdanninger. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har krav til tverrfaglighet og derfor har poliklinikken flere med treårig høgskoleutdanning enn VOPP. Ingen av informantene på SMP fremholdt at profesjon var avgjørende i et samarbeid. En informant mente at person var viktigere enn profesjon, at hvordan samarbeidet utviklet seg var personavhengig og ingen erfaring tilsa at det var lettere å samarbeide med en sykepleier enn med en psykolog. En annen informant mente at faglig fokus hadde større betydning for samarbeidet enn profesjonen, at en med sosialfaglig bakgrunn vil ha sitt faglige ståsted, mens en psykolog vil ha et annet faglig ståsted. Spesialisert utdanning og formalisering kan føre til koordineringsproblemer fordi spesialisert utdanning har som mål at man blir god på et fagområde, mens andre fagfelt overlates til andre med det resultatet at man ikke ser helheten. Felles interesse for og fokus på pasienten opplevdes som en profesjonell måte å jobbe på (Jacobsen, 2004). Informantene beskrev at fokus muligens ikke var så forskjellig selv med ulike profesjoner, men at man hadde sine fagområder. Sykepleieren var kanskje litt mer opptatt av funksjon, mens psykologen var litt mer opptatt av diagnostisering. Min tolkning er at de selv opplevde at helheten ble bevart og det var bra med ulike perspektiver inn i samarbeidet til det beste for pasienten (Vabo & Vabø, 2014). Nettopp den erkjennelsen er viktig fordi problemene ROP

pasientene har kan forstås som uregjerlige problemer. Den type problemer krever tverrfaglig samarbeid for det er uklare mål og årsakssammenhenger og derfor vil det også være behov for ulike profesjoner i et samarbeid (Hansen & Ramsdal, 2015; Vabo & Vabø, 2014). «Kunnskap er makt» springer ut fra det profesjonelle statushierarkiet som handler om profesjonell makt. De som har kunnskap, evnen til å argumentere godt og møte motstanderens argumenter, og også svekke dennes troverdighet, vil være i besittelse av betydelig makt (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det kommer frem i materialet at noen profesjoner kan bli så opptatt av å bli hørt fordi de har en høy profesjon, og at det dermed blir hovedfokuset og ikke pasienten. Profesjon og makt henger tett sammen i blant annet begrep som profesjonsarroganse. Makt kan komme til uttrykk når noen har en posisjon i systemet og hvor det tas avgjørelser over hodet på samarbeidspartnere, når det skjer ting som den som kjenner pasienten best ikke får beskjed om. Det kan også skje utøvelse av sosial makt hvor grupper av profesjonelle styrer andres arbeid utover det som ligger til stillingen eller ansvarsområdet, men fordi de innehar en høy profesjon vil de ofte møte lite motstand. Videre viser materialet at det er betydningsfullt at ulike profesjoner har ulike ansvarsområder fordi de har ulik kunnskap og at det er viktig å respektere faglig makt, men samtidig være likeverdige parter i et samarbeid.

På VOPP jobber det to psykiatere, tre psykologspesialister, syv psykologer, tre leger i spesialisering og to med høgskoleutdanning. Denne sammensetningen viser at det er betydelig flere med profesjonsutdanning utover høgskole nivå ansatt på denne poliklinikken. Noen få ansatte har vært der lenge ellers blir det beskrevet at det er ganske høy turnover blant personalet. Også på denne poliklinikken viser materialet at pasientkasus er viktigere enn hvilken profesjon som deltar i samarbeidet og at vilje og evne til samarbeid er det som har størst betydning. Det er viktig å være klar over at ikke alt nødvendigvis handler om profesjonsforskjeller, men hvilke personlige egenskaper de profesjonelle innehar. Noen er mer ekstroverte eller introverte enn andre og noen mener noe sterkere enn andre. Dette bør imidlertid ikke henge sammen med hverken profesjon eller makt. Det kan også handle om engasjement og hvilke tidligere erfaringen man har med samarbeid. I tillegg kan det handle om hva slags tradisjon de profesjonelle er oppdratt i. Noen er vant til å samarbeide med mange mens andre har erfaring med å jobbe alene med sine pasienter. Abbott (1998) beskriver et begrep innenfor profesjonsteori som han betegner som jurisdiksjon, hvor profesjoner skapes

og utvikles gjennom en prosess hvor utgangspunktet er et yrkessystem og profesjon knyttes til bestemte arbeidsoppgaver. Det forutsettes at profesjonen innehar en teoretisk kunnskap som kan legitimere at de har monopol på arbeidsområdet. ROP pasienter har behov for ulike tjenester og som materialet viser har de profesjonelle forskjellige fokus, sykepleieren er mer opptatt av funksjon, mens psykologspesialisten er mer opptatt av diagnostisering. Det er ikke nødvendigvis sånn at disse kan settes opp mot hverandre og at det ene er mer viktig enn det andre. For å lykkes med et samarbeid vil det være viktig at det utvises respekt for hverandres profesjon og faglige ståsted. En psykiatrisk sykepleier og en psykolog vil ha ulik kompetanse og faglighet, men det vil hemme samarbeidet dersom psykologen påberoper seg å bli hørt på bakgrunn av profesjon og jurisdiksjon.

Høystatusprofesjoner kan ha ønsker om å beholde den makt og innflytelse man allerede har og for dem kan et reelt tverrfaglig samarbeid ses på som et tapsprosjekt, mens for lavstatus profesjoner kan tverrfaglig samarbeid innebære en økning av status, makt og innflytelse (Lauvås & Lauvås, 2004). I deler av materialet blir det beskrevet at det kan være profesjonsforskjeller når det gjelder ønske om å invitere andre inn i et samarbeid. Muligens kan det se ut som at de som er opptatt av utredning har et tettere forhold til pasienten og dermed ikke ønsker andre inn. Det vil være psykologer, psykologspesialister og psykiatere som har denne funksjonen. Kanskje kan det oppleves som maktbruk at noen profesjoner velger å holde på grensene rundt seg selv for å opprettholde makt og privilegier (Molander & Terum, 2008). På den annen side er det en realitet at ulike profesjoner er tillagt ulike oppgaver derfor handler ikke alt om profesjonsmakt.

På samme måte som informantene på SMP uttalte at det er positivt med ulike profesjoner som har kompetanse på ulike områder inn i et samarbeid, blir dette også holdt frem som positivt på VOPP. Willumsen (2012) skriver om spesialiseringen som har skjedd innenfor helsevesenet de siste tiårene og at det har ført til etablering av flere nye profesjoner. Det kan oppstå utfordringer i samarbeidet fordi systemet ikke har tatt høyde for hvordan de nye profesjonene skal tilpasse seg de allerede eksisterende fagområdene. Det har de siste årene kommet inn for eksempel sosionomer som jobber klinisk på poliklinikker. Det blir sagt i undersøkelsen at det er viktig med uttalte profesjoner, det gjelder å være seg bevisst sin egen profesjon og bidra med sin faglighet inn i et samarbeid. Først da vil et tverrprofesjonelt samarbeid, som

kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen, finne sted (Willumsen, 2012). Det er nyttig og nødvendig at representanter i et samarbeid har ulikt fokus, noe som ofte vil føre til konstruktiv dialog og gode løsninger for pasienten. ROP pasientens problemer kan forstås som uregjerlige problemer. Disse problemene krever tverrfaglig samarbeid for det er uklare mål og årsakssammenhenger som gjør at man må drøfte og forhandle om hva som er relevant løsning. Dette kan være spesielt utfordrende for de profesjoner som ønsker å jobbe individuelt med pasienten eller som i stor grad hevder sin profesjon i samarbeidet og vil bli lyttet til av den grunn. Det vil i slike sammenhenger være viktig at de med lav profesjon er lojale mot sin faglighet og kompetanse for å bidra med de beste løsningene for pasienten. Alles bidrag bør være likestilte, man bidrar med ulik faglighet og ingen profesjon er viktigere enn andre. Det må planlegges en progresjon og hver enkelt tjenesteyter må påse at man tilpasser seg og utfyller de andre. Tjenestene må ytes samtidig og tilpasse seg hverandre (Hansen & Ramsdal, 2015). På den annen side fant jeg at de med høyere profesjon (lege/psykolog) mente det bød på utfordringer å samarbeide med lavere profesjoner. Dette fordi de med lavere profesjon ikke innehar nok kunnskap til å hjelpe pasienten og derfor henviser videre, noe som fører til økt arbeidsbelastning. Jacobsen og Thorsvik (2013) skriver at ansatte med lik utdanningsbakgrunn vil ha en tilbøyelighet til søke sammen på en arbeidsplass og oftere opprettholde kontakt med kollegaer med samme profesjon på andre arbeidsplasser. Materialet viser at poliklinikkene i hovedsak ikke opplevde utfordringer i kommunikasjonen med hverandre, fordi de hadde så pass like profesjoner ansatt. Det kan være grunn til tro at det er lettere for de med høy profesjon og snakke med likesinnede noe som også ble nevnt i studien. Det kom frem at dersom høgskoleutdannede får videreutdanning og veiledning kan de fungere like godt som en lege eller psykolog. Det viste seg faktisk at en psykolog ikke nødvendigvis opplevde samarbeidet lettere med en annen psykolog enn med en høgskoleutdanning. Et problem var at høgskoleutdannende av og til kunne abdisere fra sin faglighet fordi det var en forventning om at det psykologspesialisten uttalte var det som skulle lyttes til. Dette kan antyde at status og makt har en rolle inn i et tverrfaglig samarbeid. De som besitter status og makt får dermed oftere får sine synspunkter igjennom selv om de ikke er faglig godt forankret. Og de med lavere profesjoner som velger og ikke hevde sin faglighet bidrar de til å gi høyere profesjoner mer makt inn i et tverrfaglig samarbeid. Her vises det hvordan den profesjonelle revirtenkningen hemmer et tverrfaglig samarbeid. Dette er eksempel på en situasjon hvor de



ansatte må se utover sin profesjon for å ivareta pasientens interesser. Denne viljen til ikke og sloss for sine interesser, men å se pasientens behov kalles altruisme og er motsatsen til revirtenkning. Det å kunne se sin egen profesjonelle begrensning og behovet for andres bidrag inn i samarbeidet om og rundt pasienten vil være med å bygge opp tillit, respekt og fremme tverrfaglig samarbeid (Axelsson & Axelsson, 2009).

## 6.0 Avslutning

Hensikten med mitt forskningsprosjekt var å se på hva som må til for at to enheter i spesialisthelsetjenesten skal samarbeide godt om ROP pasienten. Gjennom prosjektet har det vist seg at det er de samme faktorene som fremmer et samarbeid som også hemmer det. Det vil være ulikt fra sted til sted hvem som jobber med hva, men samarbeid er en gjensidig avhengighet, en kan ikke jobbe med tillit hvis den andre ikke gjør det. Dersom tverrfaglig samarbeid ikke prioriteres så fremmes det heller ikke.

### 6.1 Svar på problemstilling og oppsummering av drøfting

Avslutningsvis skal jeg svare på problemstillingen, gjøre en oppsummering og fremme noen ideer til videre forskning. Problemstillingen er Hva hemmer og fremmer et samarbeid mellom to enheter i spesialisthelsetjenesten?

Det er sterke oppfatninger om at samarbeid er utfordrende mellom enheter i spesialisthelsetjenesten. Materialet mitt viser at samarbeid ikke må være motsetningsfylt og konfliktfylt. De to enhetene jeg har undersøkt, samarbeider godt om ROP pasienten. Hvorfor får de det til og hva kan andre lære av det? En grunnleggende forutsetning for å lykkes med samarbeid er at det er behov for det. Det må være noe å samarbeide om. Disse poliklinikkene har avklart dette. De møtes fast en gang i uken og fordeler saker. Møtene har en agenda, alle vet hvorfor de er der og møter forberedt. Er det ytterligere behov for samarbeid tar de ansatte kontakt med hverandre og i hovedsak trenger de ikke å samarbeide om noe mer enn de gjør i dag. De har jobbet bevisst med samarbeid over flere år, har hatt og har prosjekter sammen. De kjenner hverandre og de har tillit til den andres gode intensjoner i samarbeidet. Det å stole på hverandre, bli sett og anerkjent for sin faglighet og at alle har noe å bidra med vil fremme et tverrfaglig samarbeid. Motsatt vil de samme faktorene bli en hemmer.

Prosjektet viser at ledelse har stor betydning for hva slags samarbeidskultur som utvikles på arbeidsstedet og hvordan lederen får de ansatte til å tenke samarbeid. Ledelse som prioriterer samarbeid med andre og som gir medarbeiderne rom for å bruke tid på samarbeid vil fremme tverrfaglig samarbeid. Det at samarbeid ikke er avhengig av at enkeltpersoner er på jobb eller hvem som kjenner hvem, gjør at det tverrfaglige samarbeidet formes og vedlikeholdes. Tilslutt

utvikler det seg en samarbeidskultur som «sitter i veggene». Dersom det ikke er ledelsesforankret at ansatte skal prioritere samarbeid, vil det hemme og det vil heller ikke utvikles en samarbeidskultur, men være opp til hver enkelt ansatt hvordan samarbeidet forvaltes. Det mest overraskende i undersøkelsen, var å oppdage at profesjon har mindre betydning for hva som fremmer og hemmer samarbeidet enn først antatt. Egenskapene hos personer som skal samarbeide er viktigere. Samtidig er det nødvendig at profesjonene er tro mot faget sitt fordi pasienter med uregjerlige problemer har behov for flere tilnærminger. Imidlertid vil det være viktig at man kan stole på andres faglighet for å skape forutsigbarhet og trygget i samarbeidet. Vilje og evne til samarbeid er det som i størst grad fremmer. Har man ikke det kan det heller ikke bli et godt samarbeid, hvis det i det hele tatt kan bli et samarbeid. Det er avgjørende med ulike profesjoner og ulik kunnskap inn i et samarbeid fordi det er ulike oppgaver som skal løses. Ulike profesjoner har ulik kompetanse, men er likeverdige parter. Alle må bidra med sitt fagfelt inn i et samarbeid, og vise respekt for hverandres kunnskap til det beste for pasienten og samarbeidet. Det at forskjellige profesjoner samarbeider er en unik mulighet til å hjelpe pasienten med flere problemer samtidig. I de tilfellene hvor profesjon ble hevdet bidro det til å hemme samarbeidet. Dersom de med høy profesjon anser å ha mer makt inn i et samarbeid og påberoper seg en viktigere rolle enn de andre blir samarbeidet utfordrende. Det kan være fornuftig å tenke igjennom hvem som tar makt og gir makt i et samarbeid. Dersom de med lavere profesjon ikke hevder fagligheten sin fordi de har en forventning om at de med høyere profesjon vet best, hemmer det utviklingen av et godt samarbeid.

Spørsmålet om de har behov for å samarbeide om noe mer utover det de gjør i dag ble besvart med at et tettere arbeid om inntak av pasienter vil være fornuftig. I tillegg var det ønske om mer samarbeid i saker hvor pasienten er henvist til VOPP, men har et rusmisbruk og det kan være nyttig med felles fagdager.

For videre forskning kan det være interessant å se på oppdelingen av rus- og psykiatri feltet. Kan behandling og oppfølging av disse pasientene organiseres i en felles poliklinikk? Det kan være utfordrende å vite hvor pasientene skal og av og til tilfeldig hvor de havner. I Østfold er det inndelt i voksenpsykiatrisk- og sosialmedisinsk poliklinikk og avdeling for rusbehandling er ikke en del av DPS. Et forslag til fremtidig forskning kan være å se på hvordan de

samarbeider i et DPS der rusbehandling er inkludert og hvor det kun er en poliklinikk pasientene går i behandling på. Videre om det gir pasientene mer koordinerte og sammenhengende tjenester.

## Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11.
- Axelsson, & Axelsson. (2009). Altruisme i et tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse : struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2012). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1), 58-71.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration. *Health care management review*, 26(1), 72-86.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulaker, C. M. I. (2016). *Samarbeid i helsehus*. Masteravhandling, Høgskolen i Østfold.
- Hansen, G. V., Bjørkquist, C., Huby, G. Ø., & Johnsen, L. (2016). *Sårbare overganger : "Tricky Transitions"* (Vol. 2016:1). Halden: Høgskolen i Østfold.
- Hansen, G. V., & Fineide, M. J. (2010). *Sammen og koordinert*. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Hansen, G. V., & Fugletveit, R. (2010). *"-Vi driver og rydder hver uke vi-": evaluering av Oppsøkende rusteam i Moss/Rygge* (Vol. 2010:2). Halden: Høgskolen i Østfold.
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2014). Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (01)54-63.
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2015). Brukermedvirkning og samarbeid - vanskelige mål å kombinere? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(03), 196-205.
- Hudson, B., Hardy, B., Henwood, M., & Wistow, G. (1999). In Pursuit of Inter-Agency Collaboration In The Public Sector: What is the contribution of theory and research? *Public Management: An International Journal of Research and Theory*, 1(2), 235-260. doi: 10.1080/14719039900000005
- Jacobsen, D. I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretatelig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johansen, M. S. (2005). Penga eller livet? : lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet. *16-2005*.

- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Knudsen, H. (2004). Tverretatelig samarbeid i teori og praksis. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo: Tano.
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode : veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Moen, S. H. (2008). *Behandling av rusmiddelavhengighet sett i lys av rusreformen 2004- en gjøkunge i helsevesenet?* Masteravhandling, Universitetet i Bergen.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier : en introduksjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Myrvang, R. (2004). *Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger - muligheter og barrierer : medisinsk dokumentasjon, kollegiale betingelser og diskurser om medisin*. Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Nylehn, B. (1997). *Organisasjonsteori : kritisk analyse av utvalgte emner*. Oslo: Kolle forlag.
- Oppdragsdokument. (2012). *Oppdragsdokument helse Sør-Øst RHF*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Opptappingsplanen for rusfeltet. (2016-2020). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse : i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Pasienten først! (1997). *Pasienten først! : ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning.
- Pasientrettighetsloven. (2000). *Lov om pasientrettigheter*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Prioriteringveileder. (2015). *Nasjonal faglig retningslinje- psykisk helsevern for voksne-prioriteringsveileder*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Rasmussen, & Vabø. (2014). I Vabø & Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- ROP retningslinjen. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. (9788280812469). Oslo: Helsedirektoratet.
- Rusreformen. (2004). *Rusreformen : pasientrettigheter og endringer i spesialhelsetjenesteloven*. Oslo: Helsedepartementet.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet : fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.-d., D'Amour, D., & Ferrada-videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, Vol.19(S1), p.132-147, 19(S1), 132-147. doi: 10.1080/13561820500082677.

- Schein, E. H. (1987). *Organisasjonskultur og ledelse : er kulturendring mulig?* Oslo: Mercuri media forlaget.
- Sosialtjenesteloven. (2005). *Lov om sosiale tjenester*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Spurkeland, J. (2013). *Relasjonsledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- St.meld.nr.47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted-til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Statusrapport. (2010). *Opptappingsplanen for rusfeltet: statusrapport 2009*. (9788280812025). Oslo: Helsedirektoratet.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2012). *Kvalitative metoder : empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tellefsen, T. (2004). Hva har ideologien å si for hverdagspraksisen? I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretatelig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabo, S. I., & Vabø, M. (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vangen, & Huxham. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeids synergi. I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Veileder i psykisk helsearbeid for voksne. (2006). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo: sosial- og helsedirektoratet.
- Willumsen, E. (2012). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Yin, R. K. (2007). *Fallstudier : design och genomförande*. Malmö: Liber.
- Ørjasæter, E., Larsen, B. S., & Stang, T. (2013). *Bedre ledelse : kommunikasjon, styring, arbeidsrett*. Oslo: Cappelen Damm.

## **Vedleggsoversikt**

Vedlegg 1: Organisasjonskart over Sykehuset Østfold

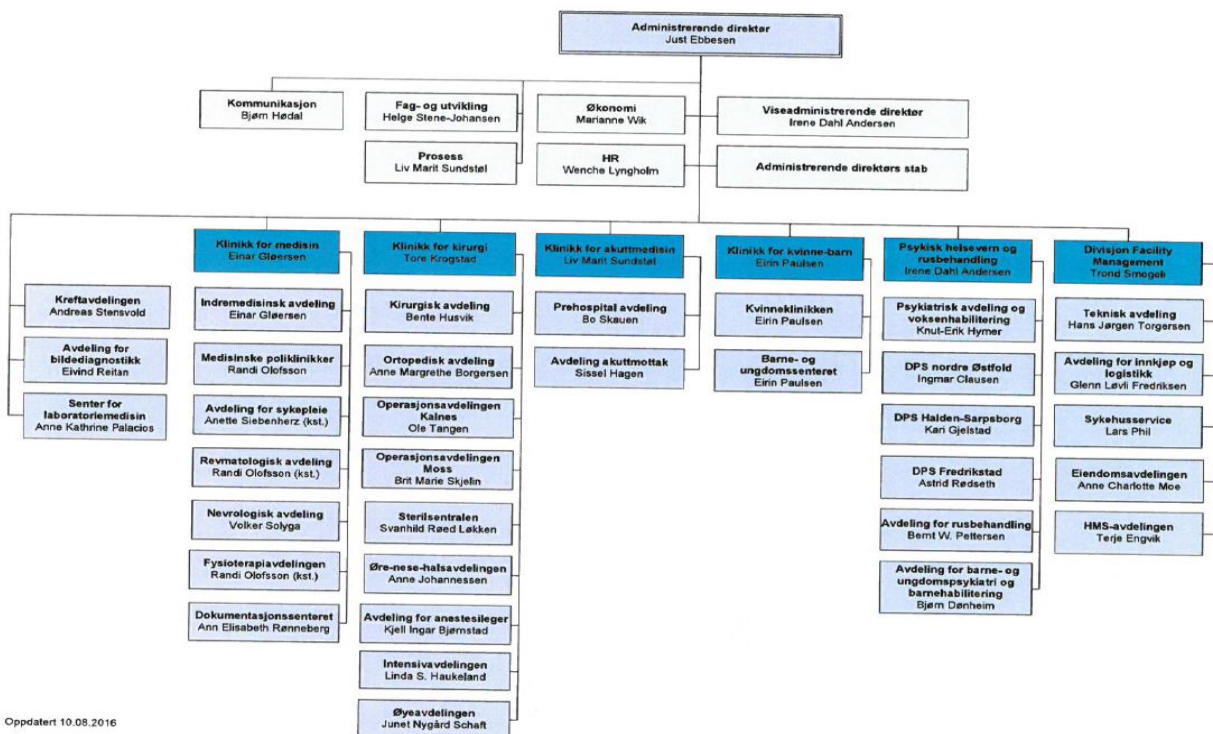
Vedlegg 2: Intervjue guide

Vedlegg 3: Forespørsel om å delta i undersøkelsen

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD



# Vedlegg 1: Organisasjonskart for Sykehuset Østfold



Oppdatert 10.08.2016

## Vedlegg 2: Intervjueguide

### Intervjuguide

Bakgrunnsinformasjon: navn, utdanning og arbeidssted.

1. Hva slags bakgrunn og profesjon har de ansatte på poliklinikken
2. Hvem samarbeider dere med?
3. Hva legger du i begrepet samarbeid?
4. Hvilke formelle rutiner for samarbeid har dere i dag?
  - Felles inntaksmøter? Hvem deltar på disse?
  - Møtestruktur?
5. Fokuserer lederne på samarbeid? Kultur for samarbeid?
  - Hva gjør ledelsen for at dere skal samarbeide?
6. Har dere behov for å samarbeide om noe mer enn dere gjør i dag?  
(evt. Hvorfor tenker du at dere ikke har det behovet?)
7. Hvorfor tenker du det?
  - På hvilke områder?
  - Om hvilke brukere?
  - Om hva?
  - Hvorfor kommer en pasient til SMP og ikke VOPP? (og motsatt)
8. Hvilke tre faktorer mener du fremmer samarbeidet og hvilke tre tenker du hemmer samarbeidet?
9. Hvorfor tenker du det?
10. Hva tenker du er det viktigste for at samarbeidet skal fungere?
11. Har ulik profesjon betydning i det tverrfaglige samarbeidet? Hvorfor tenker du det?

Legge merke til hvem de samarbeider godt med og begrunnelsen for det? Kjenner de hverandre?

Status?

Samlokalisering er ikke gitt at fører til et godt samarbeid.

Hvilken betydning har makt og tillit i det tverrfaglige samarbeidet? Jobber de ulik på de ulike poliklinikkene?

## Vedlegg 3: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

### Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

#### *Hva hemmer og fremmer samarbeid mellom to enheter i spesialisthelsetjenesten?*

##### **Bakgrunn og formål**

Formålet med min masteroppgave ved Høgskolen i Østfold, er å se på om det er samarbeid mellom sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) og voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOPP). Hva samarbeider de i så fall om og hvorfor? Noe av bakgrunnen for problemstillingen kom i kjølevannet av at Høgskolen i Østfold driver et prosjekt som heter *Sårbare overganger*, og i gruppeintervjuene som ble gjort høsten 2015 ble det avdekket at det var utfordringer i samarbeidet mellom disse poliklinikkene. I tillegg har flere veiledere de siste årene pekt på ROP pasienters rett på helhetlige og samordnede tjenester. Rusavhengige fikk pasientrettigheter i 2004, men selv etter 12 år er skillelinjene mellom behandling for rus- og /eller psykiske lidelser ikke visket ut.

Jeg har rettet en forespørsel til leder for SMP og VOPP og bedt om tre informanter fra hver poliklinikk. Det er ønskelig med ulik profesjonsbakgrunn for eventuelt å se om det er ulik praksis for samarbeid avhengig av hvilken profesjon man innehar. Lederne har sendt meg navn på og epost til informantene slik at jeg tar kontakt med dem og informerer ytterligere om studien.

##### **Hva innebærer deltagelse i studien?**

Deltakelse i studien innebærer at det skal gjøre et personlig intervju på som varer i 1 time. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet samt notater underveis. Spørsmålene vil i hovedtrekk ha formuleringer som: Er det samarbeid mellom SMP og VOPP? Hva samarbeides det om og hvorfor? Er det noe annet det er behov for å samarbeide om? Det skal ikke innhentes pasientopplysninger.

##### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil være meg og min veileder som har tilgang til datamaterialet. Det skiftelige materialet oppbevarer på passord beskyttet pc som ingen andre har tilgang til. Lydopptakene holdes innelåst i perioden prosjektet varer. Informantene vil ikke refereres til ved navn i studien, men vil kanskje kunne gjenkjennes i materialet som for eksempel høgskoleutdannet på SMP eller psykolog på VOPP.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2016. Alle lydopptak slettes ved prosjektets slutt.

##### **Frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Pia Klevaas på 93243172 / 90034538. Kontaktopplysninger til veileder/daglig ansvarlig er Catharina Bjørkquist, 92048520.

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

### **Samtykke til deltagelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårløges 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

Catharina Bjørkquist  
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold  
Remmen  
1757 HALDEN

Vår dato: 05.02.2016

Vår ref: 46938 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

46938	<i>Hva hemmer og fremmer samarbeid mellom to virksomheter i spesialisthelsetjenesten? I dette tilfellet mellom sosialmedisinsk - og voksenpsykiatrisk poliklinikk i et DPS.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Catharina Bjørkquist</i>
<i>Student</i>	<i>Pia Klevaas</i>

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Siri Tenden Myklebust

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontor / District Office

OSLO: NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uo.no](mailto:nsd@uo.no)

TRONDHEIM: NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kjate.swano@ntnu.no](mailto:kjate.swano@ntnu.no)

TRONDHØJ: NSD SUI Universitetet i Tromsø, 9017 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 76. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 46938

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at ledelsen i institusjonene godkjenner prosjektet, i tråd med opplysningene som gis i informasjonsskrivet.

Det oppgis at personopplysninger skal publiseres, noe det vedlagte informasjonsskrivet åpner for. Gjennom informasjonsskrivet avtaler du med informaten at du skal hente inn eksplisitt samtykke til identifisering av informaten i publikasjonen. Personvernombudet anbefaler videre at deltakerne gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

I informasjonsskrivet understrekes det at det ikke skal innhentes pasientopplysninger. Vi anbefaler at du i tillegg rutinemessig minner informantene på deres taushetsplikt.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Østfold sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. stilling, underavdeling/enhet, utdanning, alder og kjønn)
- slette/anonymisere digitale lydopptak