

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

**Gunnar Vold Hansen  
Helge Ramsdal**

**Høgskolen i Østfold  
Oppdragsrapport 2015:2**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

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

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

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2015:2

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-438-7

ISSN: 1504-5331

## **Forord.**

Dette er den andre evalueringen som vi foretar av Romeriksprosjektet. Ved årsskiftet 2011 – 2012 fikk vi et oppdrag fra Akershus universitetssykehus HF (Ahus) om å foreta en «midtveiseevaluering» av Romeriksprosjektet – et prosjekt om samhandling mellom ulike deler av spesialisttjenestene ved Ahus og 7 kommuner på Romerike i rus/psykisk helsevern/psykisk helsearbeid. Midtveiseevalueringen var forutsatt å inngå i en løpende vurdering av hvordan prosjektet fungerer.

Våren 2014 ble vi igjen bedt om å evaluere prosjektet – nå i form av en sluttevaluering. Vi har fått anledning til å studere alle sider av prosjektet, med tilgang på relevante dokumenter og med velvilje og interesse for arbeidet med evalueringen fra alle de involverte partene i prosjektet. Vi mener selv at vi har fått et godt grunnlag for å gi en representativ analyse av de problemstillingene prosjektet har arbeidet med. Vi vil gjerne takke alle som har stilt opp til intervju, stilt dokumenter til disposisjon, og tilrettelagt for at evalueringen skulle bli et godt redskap for det videre arbeidet i prosjektet. En særlig takk til prosjektlederne Sigrun Heskestad og – i den siste fasen av prosjektet – Harald Støvind, leder for styringsgruppen, kommuneoverlege Unni-Berit Schjervheim, og til FoU-avdelingen i Divisjon psykisk helsevern, Akershus HF, ved professor Torleif Ruud.

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

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

Verken denne evalueringen eller Romeriksprosjektet har foregått i et vakuum. Det er nok å minne om at fra 1. januar 2012 ble første del av samhandlingsreformen satt ut i live. Med utgangspunkt i denne reformen og erfaringene fra Romeriksprosjektet ble det i desember 2014 godkjent retningslinjer for samarbeid mellom kommuner og Ahus (rus/psykiatritjenestene). Denne evalueringen bygger på erfaringene med Romeriksprosjektet. Vi har ikke data verken om hvordan disse retningslinjene eller andre samarbeidsarenaer som har blitt opprettet, har påvirket samarbeidet. Dette er derfor ikke en del av denne rapporten. Selv om evalueringen har vært begrenset mener vi den gir et bilde av hvordan prosjektet har forløpt hittil, og vi har lagt vekt på å formidle særlig de utfordringene prosjektet står ved avslutningen. Vi håper derfor at evalueringsrapporten kan være et konstruktivt bidrag til diskusjonen om fremtidige organisasjonsløsninger for å skape mer helhetlige tjenester på feltet. Ansvarlige for evalueringsarbeidet har vært dosent Gunnar Vold Hansen og professor Helge Ramsdal, begge fra Høgskolen i Østfold. Denne rapporten er skrevet i fellesskap og begge har like stort ansvar for det ferdige produktet.

Kråkerøy januar 2015

Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal.

## **Innhold**

Forord.....	1
Sammendrag .....	7
Bakgrunn.....	7
Kjennetegn ved Romeriksmodellen.....	8
Metode og data.....	9
Teoretiske perspektiver og problemstillinger i sluttevalueringen. ....	10
Funn. ....	11
En sammenstilling av erfaringene med Romeriksmodellen med andre forpliktende samhandlingsmodeller.....	16
Konklusjoner:.....	16
Innledning – Romeriksprosjektet 2010 – 2015. ....	19
Kjennetegn ved prosjektet. ....	21
Prosjektorganisering. ....	22
Problemstillinger i evalueringen.....	29
Kunnskapsstatus: Ulike modeller for organisering av tjenester til ROP-brukere .....	33
Utfordringer knyttet til målgruppen.....	37
Utfordringer knyttet til evaluering av organisasjonsmodeller .....	39
Teoretiske perspektiver, data og metode.....	43
Hvilke faktorer hemmer og fremmer samarbeid – en analysemodell. ....	43
Systemiske determinanter.....	44
Organisatoriske determinanter .....	46

Relasjonelle determinanter .....	50
En organisasjonskultur som er positiv til samarbeid? .....	51
Brukermedvirkning .....	54
Metode .....	59
Datasamling. ....	60
Datapresentasjon.....	63
Utfordringer med horisontal og vertikal samhandling – kompleksitet og søyleorganisering. ....	63
Brukermedvirkning .....	70
Forskningsprosjektet.....	74
Samhandlingsgruppene – som arena for samhandling. ....	78
Samarbeidskultur .....	85
Analyse .....	91
Samhandlingsgruppene som arena for samhandling og samarbeidskultur.....	92
Samarbeidskultur .....	97
Brukermedvirkning .....	103
Forskningsprosjektet .....	107
Om driftsorganisering – fragmenteringen og søyleorganisering opprettholdes og vedlikeholdes .....	110
Egenskaper ved pasientgruppen .....	111
Forvaltningssystemet:.....	112
Styring og ledelse. ....	113
Hva hemmer og fremmer samhandling?.....	114

Forholdet mellom Romeriksmodellen og andre organisasjonsmodeller .....	123
Andre aktuelle modeller.....	124
Koordinering av psykososialt arbeid – KPA.....	125
Assertive Community Treatment (Outreach) – ACT.....	125
Flexible ACT (FACT).....	127
Organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet.....	129
Relevante forskjeller mellom modellene .....	130
Inklusjonskriteriene .....	130
Ansvar og tjenesteyting .....	131
Medlemskap .....	132
Brukerdeltakelse .....	133
Romeriksmodellen i perspektiv – er den liv laga? .....	133
Litteratur .....	135





# Sammendrag

## *Bakgrunn.*

Denne rapporten tar for seg erfaringene med «Romeriksmodellen» - en modell for forpliktende samhandling mellom spesialisttjenestene ved Ahus og 7 kommuner på Nedre og Øvre Romerike. Rapporten er en sluttevaluering av Romeriksprosjektet, og fokuserer på hvordan denne samhandlingsmodellen har fungert i forhold til de mål som var satt. Evalueringen er en systematisering av funn basert dels på midtveisevalueringen som ble foretatt i 2012, og status for prosjektet ved avslutningen i 2015.

«Romeriksmodellen» dreier seg om utprøving av en modell for organisatorisk forpliktende samhandling både på Øvre og Nedre Romerike. Prosjektet «Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike» («Romeriksprosjektet») har siden oppstarten i april 2010 arbeidet for å iverksette et systematisk og forpliktende samarbeid mellom de syv kommunene, to distriktpsikiatriske sentra (DPS-er) og to ruspoliklinikker innen Divisjon for psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus. Prosjektet omfattet to delprosjekter for henholdsvis Øvre og Nedre Romerike, men ble drevet som et fellesprosjekt. Helsedirektoratet har gitt tilskudd hvert av årene på ca. 2 mill. kroner.

Målet for prosjektet var å gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusproblemer, kognitiv svikt mv. et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud. Tilbudet skal fremme mestring i dagliglivet og bidra til sosial inkludering av mennesker med psykiske lidelser. Prosjektet ønsker å kunne bidra til å redusere oppholdstid i døgnavdelinger og til å redusere bruk av tvang. Det er ønskelig å bedre tilgangen på hjelp til de som

ønsker og som kan ha nytte av mer kontakt med hjelpeapparatet. Prosjektet skal bidra til å utvikle kunnskapsbasert praksis i kommuner og helseforetak i behandling, rehabilitering og oppfølging.

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

- schizofreni-spektrum lidelse eller bipolar lidelse
- eller mistanke om alvorlig psykisk lidelse
- stor grad av funksjonssvikt
- tegn på langvarig og stort behov for hjelp
- kan ha samtidig ruslidelse

Dette er samme målgruppe som ACT, noe som var begrunnet i ønsket om å sammenlikne effektene av Romeriksmodellen med ACT-teamene. Denne sammenlikningen er gjennomført som et eget forskningsprosjekt knyttet til Ahus' FoU-avdeling ved professor Torleif Ruud.

### ***Kjennetegn ved Romeriksmodellen.***

Romeriksmodellen kjennetegnes av å skulle være en alternativ modell til bl.a. ACT-team. Dette innebar at modellen skulle

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

- Brukermedvirkning og pårørendeinkludering

*Mål for Romeriksprosjektet var å styrke samhandling i de eksisterende driftsorganisasjoner, og at prosjektet derved skulle være et virkemiddel (blant andre) for å skape varige samhandlingsformer.*

### ***Metode og data.***

Sluttevalueringen er en videreføring av den midtveisevalueringen vi foretok i 2012. Midtveisevalueringen var basert på et omfattende datamateriale: saksdokumenter, intervjuer og observasjoner på møter i prosjektet. Dokumentene vi analyserte dreier seg om et par tusen sider, vi gjennomførte 19 semi-strukturerte intervjuer med deltakere i prosjektet, og vi fikk anledning til å delta som observatører på prosjektmøter der vi har ønsket det. En foreløpig rapport ble presentert for styringsgruppen og andre aktører i prosjektet ved flere anledninger, der vi blant annet har testet ut noen av de synspunkter og vurderinger vi kom frem til (Ramsdal og Hansen 2012).

Sluttevalueringen er basert på de funn vi gjorde i midtveisevalueringen. Vi har i sluttevalueringen derfor vært mer finsiktet i innhenting av data knyttet til noen av de sentrale egenskapene ved modellen, og søkt å finne svar på spørsmål om hvordan denne modellen har fungert – nettopp med sikte på å gi et grunnlag for en drøfting av videreføring av arbeidet med Romeriksmodellen, og å bidra til en noe bredere diskusjon om hvilke organisatoriske kjennetegn som bør bringes videre inn i arbeidet med helhetlige tjenester for målgruppen mer generelt. De nye data i sluttevalueringen på er: dokumenter fra prosjektet, observasjon av møter i samhandlingsgruppene, gruppeintervjuer og individuelle intervjuer. Vi foretok observasjoner av et av møtene i samtlige samhandlingsgrupper, og gjennomførte et gruppeintervju i etterkant av denne observasjonen. Til sammen

var 31 deltakere i gruppene med i denne intervjurunden. I tillegg ble representantene fra brukerorganisasjonene og leder i styringsgruppen, leder for DPS i divisjon Psykisk helsevern ved Ahus, tidligere og nåværende prosjektleder intervjuet hver for seg. Til sammen har 36 personer blitt intervjuet i forbindelse med sluttevalueringen.

### ***Teoretiske perspektiver og problemstillinger i sluttevalueringen.***

Evalueringen tar utgangspunkt i en modell som systematiserer de faktorene som hemmer og fremmer samhandling på tre nivå: systemisk, organisatorisk og relasjonelt nivå. I analysen har vi videre fokusert særlig på teamorganisering, ettersom Romeriksmodellen dreier seg om utprøving av samhandlingsgrupper der representanter fra kommuner, NAV, fastleger, og spesialisttjenestene skulle bidra til bedre samhandling om pasientgruppen. Hovedspørsmålet i evalueringen var *i hvilken grad bidrar samhandlingsmodellen som er valgt til at tjenestene samarbeider bedre om å yte helhetlige og samordnete tjenester til den aktuelle målgruppen?* Denne problemstillingen er konkretisert til noen *forskningsspørsmål* relatert til den påvirkning modellen har hatt på samarbeid mellom eksisterende tjenester, om samhandlingskulturen mellom tjenestene er bedret, om erfaringene med samhandlingsgruppene som arena for samhandling, og om ivaretagelse av brukermedvirkning. Avslutningsvis drøfter vi spørsmålet om hvorvidt erfaringene fra Romeriksmodellen kan videreføring i utviklingen av bedre samhandling for den aktuelle pasientgruppen mer generelt, sett i forhold til andre samhandlingsmodeller.

## ***Funn.***

*I hvilken grad har Romeriksprosjektet påvirket – og blitt påvirket av - samarbeidet mellom eksisterende tjenester og samhandlingsgruppene?*

Vi finner at de samhandlingsproblemene som lå til grunn for Romeriksprosjektet i stor grad fremdeles gjør seg gjeldende. Fragmenteringen og søyleorganisering i driftsorganisasjonene i kommunene og spesialisttjenestene opprettholdes og vedlikeholdes – uten nevneverdig påvirkning av Romeriksprosjektet. Romeriksprosjektet – og særlig erfaringene fra arbeid i Samhandlingsgruppene – representerer på mange måter et brennpunkt for mange av de utfordringene driftsorganisasjonene (de kommunale tjenestene og spesialisttjenestene) kjennetegnes ved når det gjelder samhandling. Det synes som at det er en rekke mekanismer som trekker i motsatt retning enn samhandling, og som til sammen både kan begrunne hvorfor prosjektet var ansett som en mulighet, og som samtidig har skapt problemer i gjennomføringen av noen av prosjektets overordnede mål om også å bedre samhandling i tjenestene mer generelt.

Vi finner tre forhold som i særlig grad bidrar til å svekke effekten av prosjektet i relasjon til dette, og som virker sammen til å vedlikeholde samhandlingsproblemene: *særtrekk ved pasientenes lidelser og livssituasjon, forvaltningsmessige forhold, og utfordringer med samordnet styring og ledelse på organisatorisk nivå. I rapporten beskriver vi disse faktorene i detalj, og peker på følgende:*

For det første har vi vektlagt at utfordringene er knyttet til kompleksiteten i pasientenes livssituasjon og lidelser. Som nevnt foran er brukergruppen prosjektet skal arbeide for preget av komplekse lidelser og problemer som krever samhandling mellom en rekke tjenestetilbud. Det er typisk for arbeidet i Samhandlingsgruppene at en sjelden kan konkludere med at pasienter er

ferdigbehandlet – det snarere registrering av at noen pasienter har fått en bedre livssituasjon og/eller har sett effekt av behandlingen som er vanlig. Slik vi ser det er det derfor en særlig utfordring å sikre at de hjelpetiltakene som settes i verk ses i sammenheng, noe som deltakerne i Samhandlingsgruppene ser ved at hjelpetiltak ett sted i tjenestetilbudet har synergi-effekter andre steder.

For det andre er forvaltningssystemet preget av at en må forholde seg til et hjelpesystem der de ulike delene har utviklet seg relativt uavhengig av hverandre, og at de hver for seg er basert på en egen logikk. De forvaltningsmessige skillene mellom kommunale tjenester og spesialisttjenester er en velkjent barriere for effektiv samhandling, ikke minst fordi aktører i tjenestene har en tendens til å anse skillet som hierarkisk fundert: spesialisttjenestene forutsettes å ha høyere (formell) kompetanse, mer ressurser og klarere handlingsprogram enn tilfellet er for de kommunale tjenestene. Mange er opptatt av at kommunene har et «totalansvar» for pasientene – «der pasientene lever sitt liv» – mens spesialisttjenestene har en mer avgrenset tilnærming primært knyttet til behandlingsbegrepet.

For det tredje: Når det gjelder utfordringer med hensyn til styring og ledelse av selve prosjektet, peker dataene på at det var en svakhet at prosjekteier var DPS-leder, men at hun ikke hadde instruksjonsmyndighet overfor andre avdelingsledere i divisjonen. Det ville utvilsomt gitt mer autoritet til beslutninger om prosjektet dersom ledelsen var blitt plassert hos divisjonsdirektøren.

*Hvordan har samhandlingsgruppene fungert som arena for samhandling?*

Sett i sammenheng ser en at Samhandlingsgruppene fungerer i stor grad etter de prinsipper for teamarbeid som innebærer *et formelt sett relativt svakt*

*samhandlingspotensiale.* Dette skyldes primært de formelle rammene for prosjektet, der en utviklet ideen om å utprøve en modell som var mindre forpliktende enn ACT-team. Teammedlemmer uttrykker likevel oftest at de er positive til modellen, noe som primært skyldes deres erfaringer med de relasjoner som er utviklet mellom teammedlemmene har medført bedre kjennskap til hverandres arbeid, de tilbud ulike tjenester har, og den kompetanse som finnes der. Dette synes å legge grunnlag for at en også skaper synergier på to ulike måter: fra å tilrettelegge tiltak overfor pasientene som er inkludert i Samhandlingsgruppens arbeid, og ved at en også noen ganger kan ta opp til drøfting – uformelt – pasienter som en ellers opplever å ha utfordringer med der en tror andre i teamet kan bidra til å gi råd. Det synes også som at den generelle kunnskapsutviklingen om tjenestene legger til rette for bedre tillit mellom de linjeorganisasjonene som medlemmene utgår fra. Det er likevel ikke å komme bort fra at Romeriksmodellen lider av noen grunnleggende svakheter knyttet til manglende organisatorisk kraft til å påvirke linjeorganisasjonens samhandlingspraksis mer generelt.

*I hvilken grad har Romeriksprosjektet bidratt til å endre på samhandlingskulturen i eksisterende tjenester/driftsorganisasjonene?*

Tilbakemeldingene tyder også på at erfaringene fra samhandlingsgruppene har bidratt til en positiv utvikling av samarbeidsrelasjonene innad i kommunene. Dette synes å være særlig tydelig der man også har hatt aktiv representasjon fra NAV og fastlege. Det kan ha en sammenheng med at det aktuelle tjenesteområdet er forholdsvis lite og avgrenset innen kommunene. De erfaringene som gjøres i samhandlingsgruppene kan da lettere formidles videre innad i kommunen. Det er også tegn på at samhandlingsgruppene har bidratt til et bedre samarbeid mellom en del kommunale representanter og representanter for spesialisttjenestene. Vi mener likevel at dette samarbeidet ikke er så

omfattende og så institusjonalisert at det kan betegnes som eksempler på en samarbeidskultur.

Vi ser i enda mindre grad at det er utviklet en samarbeidskultur innad i spesialisttjenesten. En del av de som representerte spesialisttjenestene i samhandlingsgruppene, har blitt en integrert del av samarbeidskulturen. Grunnen til dette er at medlemmene i samhandlingsgruppene har erfart at samarbeid lønner seg, og at de har lært av disse erfaringene (Schein 1996). Vi registrerer likevel at en del av representantene fra spesialisttjenestene ikke er like positive som de kommunale representantene. Dette synes imidlertid ikke å ha fått betydning for andre deler av organisasjonskulturen i spesialisttjenestene. Selv om ledere i sektoren har fått tilbakemeldinger om at samarbeidet i samhandlingsgruppene er oppfattet som positivt, ser det ikke ut til at lederne har lært så mye av de erfaringene som er formidlet til dem. Styringskulturen er derfor ikke blitt endret.

*I hvilken grad har Romeriksprosjektet ivaretatt mål om brukermedvirkning?*

De tilbakemeldingene vi har fått viser at mange av både tjenesteyterne og brukerrepresentantene er opptatt av brukermedvirkning. Begrunnelsen for hele prosjektet er et ønske om å gi et bedre tilbud til den aktuelle målgruppen. Hvorvidt prosjektet faktisk innebærer et bedre tilbud til pasientene er det andre som skal evaluere. Vi registrerer likevel at som en følge av prosjektet ytes det mer tjenester og brukes mer ressurser på den aktuelle målgruppen. Brukerperspektivet er derfor vel forankret i prosjektet og det er all grunn til å tro at den enkelte pasient får et bedre tjenestetilbud nå enn tidligere.

Vi legger likevel til grunn at brukermedvirkning først og fremst handler om at brukerne får delta i de beslutningsprosessene som handler om dem. Vi vurderer



samhandlingsgruppene som de sentrale samhandlingsarenaene i Romeriksprosjektet. I disse gruppene deltar ikke brukerne. Vi er derfor noe kritisk til hvorvidt prosjektet har bidratt til at brukerne øker deltakelsen i beslutningsprosessene og på den måten bidratt til økt brukermedvirkning.

*Har prosjektgjennomføringen av Romeriksprosjektet fungert slik at man har kunnet nyttiggjøre seg de erfaringene man har gjort til å utvikle en hensiktsmessig modell?*

Sett i sammenheng ser en at Samhandlingsgruppene fungerer i stor grad etter de prinsipper for samarbeid som innebærer *et formelt sett relativt svakt samhandlingspotensiale*. Dette skyldes primært de formelle rammene for prosjektet, der en utviklet ideen om å utprøve en modell som var mindre forpliktende enn ACT-team. Når teammedlemmer likevel oftest uttrykker at de er positive til modellen, skyldes det deres erfaringer med de relasjoner som er utviklet mellom teammedlemmene har medført bedre kjennskap til hverandres arbeid, de tilbud ulike tjenester har, og den kompetanse som finnes der. Dette synes å legge grunnlag for at en også skaper synergier på to ulike måter: fra å tilrettelegge tiltak overfor pasientene som er inkludert i Samhandlingsgruppens arbeid, og ved at en også noen ganger kan ta opp til drøfting – uformelt – pasienter som en ellers opplever å ha utfordringer med der en tror andre i teamet kan bidra til å gi råd. Det synes også som at den generelle kunnskapsutviklingen om tjenestene legger til rette for bedre tillit mellom de linjeorganisasjonene som medlemmene utgår fra.

## ***En sammenstilling av erfaringene med Romeriksmodellen med andre forpliktende samhandlingsmodeller.***

Vi har avslutningsvis foretatt en sammenstilling av erfaringene med Romeriksmodellen – samhandlingsgruppene – med de organisasjonsmodellene som har vært lansert de siste årene: KPA, ACT, FACT og S-Flex-modellen. Det er rekke kjennetegn ved organiseringen og tjenesteytingen disse modellene representerer som er viktige for å kunne forstå hvordan modellene virker og hvorfor. Vi vil særlig peke på inklusjonskriterier for pasientgruppene, ansvar og tjenesteyting, hvem som deltar i gruppene, og graden av brukerdeltakelse. Vår konklusjon er at alle disse modellene har styrker og svakheter. Romeriksmodellens største styrke er at den bidrar til bedre informasjon på tvers av tjeneste- og forvaltningsnivåer om de pasientene som er inkludert, utvikler samarbeidskultur for de involverte deltakerne i gruppene, og at en i tillegg får en synergi ved at gruppedeltakere også tar opp ikke-inkluderte pasienter «off-record». Romeriksmodellen er også billig i drift, og praksisen som er utviklet er fleksibel mht. å finne løsninger for de aktuelle pasientene. Likevel vil vi konkludere med at de formelle rammene for samhandlingsgruppens arbeid ikke gir tilstrekkelig autoritet til beslutninger i gruppene, i tillegg til at de inkluderte pasientene ikke er deltakernes ansvar («hands-on») - noe som er i kontrast med noen av de andre modellene.

### ***Konklusjoner:***

1. Romeriksmodellen avdekker behov for samarbeid – og har derfor potensiale til å legge til rette for prosesser/drøftinger der en kan ta opp samhandlingsutfordringer i regionen.

2. Romeriksmodellen viser at etablering av nye samhandlingsarenaer skaper mer helhetlige tjenestetilbud.
3. Romeriksmodellen viste også at det eksisterer for få samhandlingsarenaer, noe som særlig innebærer at en bør etablere tilsvarende arenaer for andre pasientgrupper, som ikke var inkludert i prosjektet.
4. Romeriksmodellens samhandlingsgrupper hadde et formelt «svakt samhandlingspotensiale» - noe som innebærer at rammene for modellen bør endres dersom en skal oppnå de mål som var stilt for prosjektet.



## **Innledning – Romeriksprosjektet 2010 – 2015.**

I 2009 utlyste Helsedirektoratet midler til utprøving av henholdsvis ACT-team og modeller for organisatorisk forpliktende samhandling med prosjektvarighet på 3-5 år. Representanter fra Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og kommuner/ bydeler var høsten 2008 samlet til en idédugnad om mulige tiltak og samarbeidsmodeller. Til å arbeide med utformingen av prosjektet ble det etablert en arbeidsgruppe med representanter fra sju utvalgte kommuner; Skedsmo, Rælingen, Fet, Gjerdrum, Ullensaker, Eidsvoll og Nannestad, samt Lillestrøm DPS, Jessheim DPS, FoU-avdelingen i Divisjon for psykisk helsevern, Ahus, og representanter fra Mental Helse Akershus og Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO). Det ble innledningsvis planlagt å etablere et ACT-team på Nedre Romerike og en «forpliktende samhandlingsmodell» på Øvre Romerike. Planene ble etter hvert endret til utprøving av en modell for organisatorisk forpliktende samhandling både på Øvre og Nedre Romerike. Prosjektet «Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike» («Romeriksprosjektet») har siden oppstarten i april 2010 arbeidet for å iverksette et systematisk og forpliktende samarbeid mellom de syv kommunene, to distriktpsikiatriske sentra (DPS-er) og to ruspoliklinikker innen Divisjon for psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus. Prosjektet omfattet to delprosjekter for henholdsvis Øvre og Nedre Romerike, men ble drevet som et fellesprosjekt. Helsedirektoratet har gitt tilskudd hvert av årene på ca. 2 mill. kroner.

Oppstarten på prosjektet var arbeidsgruppemøter i perioden januar – april 2010. Prosjektleder Sigrun Heskestad startet i stillingen 6. april 2010. Hun var administrativt underlagt avdelingssjef Anne Lindgaard, Avdeling DPS Lillestrøm, i Divisjon for psykisk helsevern, Ahus. I den daglige ledelse av prosjektet samarbeidet prosjektleder tett med leder av styringsgruppa,

kommuneoverlege Unni-Berit Schjervheim. Styringsgruppa ved leder har hatt et overordnet faglig ansvar for gjennomføringen av prosjektet.

«Romeriksmodellen» som står i sentrum for prosjektet, dreier seg om utprøving av fem «samhandlingsgrupper» - der representanter fra spesialisttjenestene og de sju kommunene deltar. Det er særlig erfaringene med disse samhandlingsgruppene som er fokusert i sluttevalueringen – noe vi kommer tilbake til senere i rapporten.

### ***Mål og målgruppe.***

Målet for prosjektet er å gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusproblemer, kognitiv svikt mv. et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud. Tilbudet skal fremme mestring i dagliglivet og bidra til sosial inkludering av mennesker med psykiske lidelser. Prosjektet ønsker å kunne bidra til å redusere oppholdstid i døgnavdelinger og til å redusere bruk av tvang. Det er ønskelig å bedre tilgangen på hjelp til de som ønsker og som kan ha nytte av mer kontakt med hjelpeapparatet. Prosjektet skal bidra til å utvikle kunnskapsbasert praksis i kommuner og helseforetak i behandling, rehabilitering og oppfølging. Kunnskapsbasert praksis bygger på forskningsbasert kunnskap og erfaringskunnskap fra brukere og tjenesteytere (Prosjektbeskrivelse 2009).

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

- schizofreni-spektrum lidelse eller bipolar lidelse
- eller mistanke om alvorlig psykisk lidelse

- stor grad av funksjonssvikt
- tegn på langvarig og stort behov for hjelp
- kan ha samtidig ruslidelse

Dette er samme målgruppe som ACT, noe som var begrunnet i ønsket om å sammenlikne effektene av Romeriksmodellen med ACT-teamene.

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

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

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

Det heter i prosjektbeskrivelsen at modellen forutsetter at prosjektet skal styrke samhandling i de eksisterende driftsorganisasjoner, og at prosjektet derved er et virkemiddel (blant andre) for å skape varige samhandlingsformer. Et slikt utgangspunkt er imidlertid knyttet forutsetningen om at prosjektet har en påvirkningskraft til å skape forankring for slike nye samhandlingsformer. En annen tolkning av målene med prosjektet var et ledd i den overordnede diskusjonen om å skape et kunnskapsgrunnlag for bedre samhandlingsformer for pasientgruppen. Dette er beskrevet som at prosjektet:

*skal prøve ut samhandlingsmodell(er), og på dette grunnlag – i siste fase i prosjektet – levere et forslag til hvordan modeller for økt samhandling skal utformes på en noe bredere basis enn prosjektet selv, ved å sammenlikne effektene av modellen med andre modeller som vil være evidensbasert slik forskningen frembringer (Prosjektbeskrivelsen 2009:2.).*

### ***Prosjektorganisering.***

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

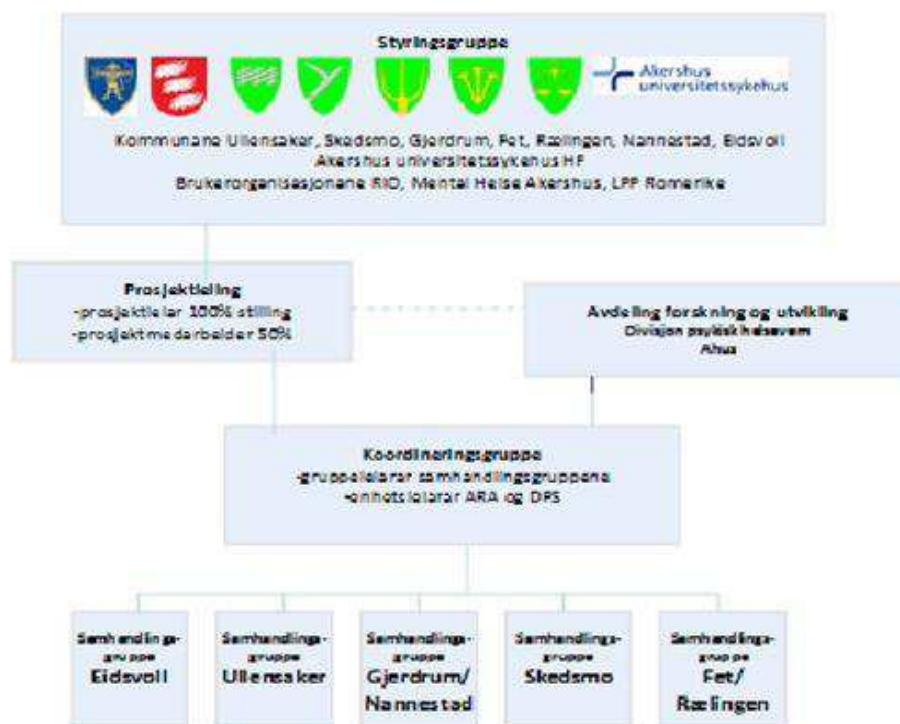
De to DPS-ene og Avdeling rus og avhengighet (ARA) ved Ahus, ved de to ruspoliklinikkene på Jessheim og Lillestrøm, og kommunene styrer selv bruken av ressurser (fagfolk, tid) som inngår fast i prosjektet. Dette angår i hovedsak fagpersoner fra DPS Øvre Romerike (tidligere DPS Jessheim) ved Psykose- og rehabiliteringsteamet, DPS Nedre Romerike (tidligere DPS Lillestrøm) ved Tidlig intervensjons- og rehabiliteringsenheten (TiRe), ruspoliklinikkene på Jessheim og Lillestrøm og fra de kommunale helseteam/-avdelinger for



rus/psykisk helse. Deltakende enheter avgir ressurser ved at ansatte deltar i planlegging av prosjektet gjennom prosjektgruppene for henholdsvis øvre og nedre Romerike og gjennom deltakelse i det koordinerende arbeidet i fem samhandlingsgrupper for de syv kommunene.

## Prosjektstyring og ledelse

Prosjektmandatet ble vedtatt på styringsgruppemøtet 12.10.2010. Prosjektet var i utgangspunktet organisert med en styringsgruppe, to prosjektgrupper og fem samhandlingsgrupper (SHG) i de ulike geografiske områder som prosjektet skal dekke. De to prosjektgruppene arbeidet frem til Samhandlingsgruppene var etablert og deretter ble aktivitetene der sterkt redusert. Til gjengjeld viste det seg at det var et behov for en felles møteplass for lederne av Samhandlingsgruppene, og disse møtes omlag hver annen måned i «Samhandlingsgruppeleder-forum».



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

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

#### **Øvre Romerike: 70 179**

*Eidsvoll* 21 621

*Nannestad* 11 362

*Ullensaker* 31 044

*Gjerdrum* 6 152

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

*Skedsmo* 49 698

*Fet* 10 626

*Rælingen* 16 170

### **Styringsgruppe**

Styringsgruppen er sammensatt av representanter fra Mental Helse Akershus og Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, virksomhetsledere og kommuneoverleger fra deltakerkommunene, avdelingssjefer fra fire avdelinger i Divisjon for psykisk helsevern, samt avdelingssjef for Avdeling for

samhandling, Ahus HF. Avdelingssjef for Avdeling akuttpsykiatri har vært fast medlem i styringsgruppa fra 22. juni 2010, mens avdelingssjef for Avdeling spesialpsykiatri (ASP) kom inn i styringsgruppa 7. juni 2011. Representant fra LPP Romerike kom inn i styringsgruppa i 13. mars 2012. Sunniva Pallin, fylkeskoordinator for Arbeid og psykisk helse i NAV Akershus, og forskergruppa ved avdelingssjef, professor Torleif Ruud er faste observatører i styringsgruppa.

### **Prosjektgrupper**

I de første par årene hadde en – slik prosjektbeskrivelsen la opp til – prosjektgrupper. Første prosjektgruppesamling ble arrangert 17. juni 2010. To representanter fra hver av deltakerenhetene deltok sammen med fem representanter fra Mental Helse Akershus, RIO og Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri på Romerike (LPP), til sammen 22 deltakere. Prosjektgruppene har ansvar for å planlegge prosjektets samhandlingsmodell, bl.a. hvordan det koordinerende arbeidet skal organiseres og gjennomføres i samhandlingsgruppene. Prosjektgruppene skal gi råd til styringsgruppen om utvikling og gjennomføring av prosjektet.

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

I løpet av 2012 ble det vedtatt i styringsgruppen å avvikle prosjektgruppene – bla. med den begrunnelsen at etter at prosjektet nå var veletablert var det ikke lenger behov for dette mellomleddet mellom prosjektleder/styringsgruppen og samhandlingsgruppene. Etter dette var prosjektorganiseringen relativt enkel: prosjektleder på heltid, styringsgruppen som overordnet struktur, og samhandlingsgruppene som utøvende, tverrfaglig sammensatte team. Det er som sagt samhandlingsgruppene som utgjør kjernen i «Romeriksmodellen», og som, slik vi ser det, har størst prinsipiell interesse – sett i relasjon til andre alternative organisasjonsmodeller for tverrfaglig samarbeid for den aktuelle pasientgruppen.

### **Noen særtrekk ved Romeriksmodellen.**

Romeriksmodellen er en av flere modeller som er utprøvd de siste årene for å ivareta behandling for mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser. I løpet av de siste 15 årene har statlige myndigheter støttet arbeidet med «Koordinering av psykososialt arbeid» (Helsetilsynet 2000), ACT (Aakerholt 2010 /2013), FACT (Van Veldhuizen 2007), og andre lokalt utviklete tiltak. I 2009 bevilget Stortinget midler til etablering av 14 ACT-team og til utprøving av «forpliktende samhandlingsmodeller». Det var imidlertid noen viktige forskjeller på organiseringen av ACT og de «forpliktende samhandlingsmodellene». Vår evaluering dreier seg altså om en slik modell; betegnet som «Romeriksmodellen».

Mens ACT-strategien var knyttet til et stramt regime basert på de internasjonale kravene om trofasthet til den globale standarden (selv om disse kravene ble noe modifisert i norsk sammenheng etter hvert), var de «forpliktende samhandlingsmodellene» preget av mangfold, med til dels små prosjekter til utprøving av lokale tiltak som ikke omfattet utprøving av spesifikke modeller. Noen prosjekter skilte seg imidlertid ut ved å innebære omfattende utprøving av

nye, mer helhetlige modeller, blant dem var «Romeriksmodellen». Også et par andre steder etablerte man prosjekter der en prøvde ut alternativer til ACT, bl.a. den såkalte S-Flex-modellen i Bærum (Andersen 2013). Romeriksprosjektet var imidlertid det største prosjektet blant de «forpliktende samhandlingsmodellene som fikk støtte fra Helsedirektoratet.

Her er det særlig erfaringene med å etablere «Samhandlingsgrupper» som vi konsentrerer oss om – ettersom det er disse som utprøver det som blir betegnet som «Romeriksmodellen».

Både ACT (og senere FACT), og de nevnte modellene for forpliktende samhandling preges av at en har arbeidet med å finne balanse mellom eksisterende tiltak og tjenester og de nye modellene. En har derfor sett at relasjonene mellom disse tjenestene og de nye modellene har vært organisert dels med felles, dels med ulike, pasienter/målgrupper, har vært organisert som ledd i spesialisttjenestene, som kommunal virksomhet, eller som blandingsformer. Gjennom å være organisert som et eget prosjekt, har Romeriksmodellen kunnet trekke på kompetanse og ressurser fra både de deltakende kommunene og spesialisttjenestene, samtidig som deltakerne i samhandlingsgruppene har vært rekruttert fra, og til daglig arbeider i, de ordinære tjenestene i helseforetaket eller kommunene. Det har vært understreket at Romeriksmodellen ikke skulle etablere samhandlingsgruppene som en «egen tjeneste», men fungere som bindeledd og kommunikasjonskanal for å sikre bedre tjenester til de pasientene som ble inkludert i prosjektet. Både pasientene og deltakerne i samhandlingsgruppene hadde med andre ord forankring som tjenestemottakere eller –yttere i disse ordinære tjenestene. Samhandlingsgruppenes deltakere er imidlertid bare delvis tjenesteytere til de pasientene som er inkludert i prosjektet, noe som innebærer at det kun er et

mindre antall pasienter som deltakerne har «hands-on»-kunnskap om. For øvrig må en innhente opplysninger om pasientenes status fra de som arbeider i de aktuelle tjenestene.

Romeriksmodellen skiller seg derved fra andre modeller som utprøves på flere dimensjoner:

- Organisatorisk forankring: Prosjektet/prosjektorganisering er samarbeid mellom helseforetaket og de sju kommunene)
- Samhandlingsgruppene: «hybrid» med deltakere fra (deler av) spesialisttjenestene og kommunene (i kontrast til ACT/FACT, S-Flex).
- Målgruppe: felles inklusjonskriterier med ACT (men ikke med FACT/S-Flex, KPA)
- Arbeidsorganisering: deltidsdeltakere (som i KPA, men i kontrast til ACT/FACT, S-Flex)

## **Problemstillinger i evalueringen.**

Romeriksprosjektet har lagt opp til at det skal være to typer av evaluering av prosjektet. Vår sluttevaluering vil, på samme måte som underveisevalueringen, først og fremst undersøke om *organisering* av prosjektet er hensiktsmessig i forhold til målene om bedre samhandling. Hovedproblemstillingen i underveisevalueringen ble ønsket videreført til denne sluttevalueringen:

***I hvilken grad er samhandlingsmodellen i Romeriksprosjektet hensiktsmessig i forhold til prosjektets mål, og i hvilken grad er målene for samhandlingsmodellen oppnådd?***

Evalueringen skulle vektlegge Romeriksprosjektets kontekst, og bl.a. analysere hva som fremmer og hva som hemmer samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten som deltar i prosjektet. Evalueringsrapporten bør også inneholde anbefalinger om samhandlingen videre mellom eierorganisasjonene i prosjektet. Vår hovedproblemstilling er knyttet til at det både er et ønske å evaluere hvordan selve Romeriksmodellen har fungert ut fra lokale forutsetninger, men også å løfte frem de prinsipielle sidene ved modellen som kan danne grunnlag for en bredere drøfting av hvordan denne modellen fungerer i relasjon til andre modeller som blir prøvd ut. Med dette utgangspunktet har vi også sett det som hensiktsmessig å bidra til den generelle kunnskapsutvikling om hvilke forhold som hemmer og fremmer bedre samarbeid og samhandling i tjenestene, noe som er formulert slik:

***I hvilken grad bidrar den samhandlingsmodellen som er valgt til at tjenestene samarbeider bedre om å yte helhetlige og samordnete tjenester til den aktuelle målgruppen?***

Denne problemstillingen har vi videre konkretisert til noen forskningsspørsmål:

- *I hvilken grad har Romeriksprosjektet påvirket – og blitt påvirket av - samarbeidet mellom eksisterende tjenester og samhandlingsgruppene?*
- *Hvordan har samhandlingsgruppene fungert som arena for samhandling?*
- *I hvilken grad har Romeriksprosjektet bidratt til å endre på samhandlingskulturen i eksisterende tjenester/driftsorganisasjonene?*
- *I hvilken grad har Romeriksprosjektet ivaretatt mål om brukermedvirkning?*
- *Har prosjektgjennomføringen av Romeriksprosjektet fungert slik at man har kunnet nyttiggjøre seg de erfaringene man har gjort til å utvikle en hensiktsmessig modell?*

Disse spørsmålene er dels basert på teoretiske perspektiver på samhandling og samarbeid, dels på erfaringene fra underveisevalueringen. Vi vil komme nærmere tilbake til begrunnelsene for disse spørsmålene i neste kapittel. Vi vil også peke på at det også gjennomføres en forskningsbasert analyse av erfaringene fra prosjektet. Denne analysen gjennomføres som følgeevaluering av prosjektet der man har fokusert på de kliniske virkningene av prosjektet for pasientene som deltar. Denne evalueringen er ledet av Avd. FoU, Divisjon psykisk helsevern, Ahus, ved avdelingssjef Torleif Ruud. Ønsket er å følge 100-120 brukere i to år etter inklusjon. En kartlegger pasientforløp, behandlingskontinuitet, samhandlingsmønster, bruk av kunnskapsbaserte arbeidsmåter, pårørendes rolle mm. Det er også etablert et doktorgradsprosjekt



om implementering av IMR (Illness Management and Recovery). Et poeng er at en sammenlikner effekten av den forpliktende samhandlingsmodellen med effekten av etableringen av ACT-modeller på nasjonal basis.



## **Kunnskapsstatus: Ulike modeller for organisering av tjenester til ROP-brukere**

En av de største utfordringer for samhandling i helse- og velferdssektoren er tjenester til personer med såkalte ROP-lidelser - det vil si både alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusproblem (ROP = rus og psykiatri) (Helsedirektoratet 2012; WHO 2010). Tjenester til brukergruppen tilbys både av spesialisttjenestene i rus og psykiatri, og en rekke kommunale tjenester i tillegg til NAV og fastlegene. Målgruppen har lenge vært regnet som en av de mest utfordrende (Evjen, Øiern & Kielland 2012). Dette skyldes blant annet at kunnskapsgrunnlaget om årsaker til og effektive behandlingsformer for de lidelsene vi her taler om har vært ansett som usikkert og kontroversielt (Hannigan & Coffey, 2011). Det har også vært en generell uenighet om hvorvidt ROP-brukere «hører hjemme» i rus- og/eller psykisk helsearbeid (Almvik, Sagsveen, Olsø, Westerlund & Norvoll 2011).

Selv om det i årevis har vært enighet om at det er et behov for samarbeid rundt denne målgruppen, har det i liten grad vært enighet om hvordan man skal organisere dette samarbeidet. De siste årene har en derfor bestrebet seg på å utvikle en strategi for å bedre samhandlingen, både gjennom strukturelle, lovmessige og økonomiske tiltak, samtidig som helsemyndighetene har igangsatt en rekke prøveprosjekter der en søker å vinne ny kunnskap om hvordan samhandlingen kan forbedres. Romeriksprosjektet er et av disse prosjektene, der en søker å prøve ut samhandlingsmodeller som kan legge grunnlag for mer permanente løsninger siden.

Allerede på 1960-tallet startet man i flere land arbeidet med deinstitusjonalisering innen psykiatrien (Nelson 2010). Det innebar at man også måtte utvikle former for ambulante og hjemmebaserte tjenester. Historisk har det vi i dag betegner som ROP-pasienter blitt behandlet både av spesialisttjenesten og i kommunale helse- og sosialtjenester. I spesialisttjenestene var det inntil sykehusreformen i 2002 et klart skille mellom rus- og psykiatritjenester. I kommunene var det et tilsvarende skille mellom sosialtjenester og rustjenester. Dette innebar at pasientgruppen ofte falt mellom stolene, eller ble kasteballer mellom rus og psykiatri. For ROP-pasienter var det tydelig at vanlige hjemmebaserte tjenester som man kjente fra eldreomsorgen ikke var tilfredsstillende. Etter hvert ble en opptatt av å etablere ulike tiltak og tjenester som også innbefattet denne pasientgruppen, bl.a. krav om individuelle planer (IP) og etablering av ansvarsgrupper (ansvarsgrupper er en felles møteplass for de tjenesteyterne som samarbeider om å yte de tjenestene som er beskrevet i IP'en, de møtes vanligvis 2 - 4 ganger i året (Hansen 2007)). Brukerne hadde behov for helhetlige tjenester som var satt sammen av flere ulike tilbud. Slike tjenester ble etter hvert organisert etter to hovedmodeller. Den ene modellen, som gjerne ble betegnet som "case-management", gikk ut på å lage arenaer der personer fra ulike tjenester (psykisk helsearbeid, sosialtjeneste, rustjeneste, a-etat etc) kunne samarbeide om å gi et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (Onyett 1997). Hvem som skulle delta i samarbeidet ble tilpasset behovene til hver enkelt bruker. Case-management kan derfor beskrives som en form for matriseorganisasjoner der man henter deltakere fra ulike driftsorganisasjoner både på kommune- og spesialistnivå og at disse samarbeider om et tjenestetilbud rundt pasienten, slik vi blant annet finner i ansvarsgruppe og i Romeriksprosjektets samhandlingsgrupper.

En alternativ modell var ACT-team (Stein & Santos 1998). Dette er faste team som settes sammen av personer med ulik kompetanse – i prinsippet den samme kompetansen som case-management. Disse personene hentes ikke fra ulike faste driftsorganisasjoner, men er rekruttert inn i teamet på heltid. En viktig egenskap ved ACT-teamene er det interne samarbeidet. Utfordringer som oppstår, forventes å bli løst ved at team-medlemmene i fellesskap finner frem til en løsning. Samarbeid skal på denne måten bidra til å utvikle kompetansen både hos hvert enkelt team-medlem og for teamet som helhet. ACT - teamet skal dessuten ha faste samarbeidsmøter vesentlig oftere enn andre team, gjerne hver dag (Aakerholt 2013).

Utviklingen med ulike modeller bygget på forskjellige prinsipper har etter hvert reist spørsmålet om hvilken modell som er best. Cochrane gjennomgikk allerede i 1998 (Marshall & Lokwood 1998, Marshall & al 1998) tilgjengelig forskning knyttet til ACT og sammenlignet denne modellen med andre tilbud, blant annet case-management. Disse oppsummeringene konkluderte med at ACT bidro til reduserte ”drop-outs” fra behandlingen, og en fant en reduksjon i antall sykehusinnleggelser og liggedøgn pr. innleggelse. Man fant også at boligsituasjonen, andel i arbeid og pasienttilfredshet var bedre hos ACT-pasientene enn blant dem som mottok ordinære lokalt baserte tjenester. Cochrane fant ikke noen klar dokumentasjon på at livskvaliteten med ACT var bedre enn for andre tjenestetilbud. Dette kan skyldes at det er vanskelig å finne gode måleinstrumenter i en randomisert undersøkelse for slike kvalitative egenskaper. Andre og mer kvalitative undersøkelser finner at det er en klar sammenheng mellom det tjenestetilbudet som ACT-teamene yter og pasientenes livskvalitet (Leiphart & Barnes 2005, Krupa & al 2005, Killaspy & al 2006). Krupa & al (2005) viser at pasientene selv vurderer ACT modellen svært positivt. Det sentrale elementet i ACT er åpenbart relasjonene – pasientene opplever at de blir

tatt vare på. ACT er en modell som ut fra pasientens syn hjelper dem til selv å møte en del av dagliglivets problemer og til å bli inkludert og akseptert i lokalsamfunnet. Lang & al (1999) konkluderer med at ACT ga best uttelling i forhold til bedret livskvalitet etter 3 år. Leiphart & Barnes (2005) trekker frem at pasientene opplever at de i større grad selv styrer tjenestetilbudet og at dette prioriteres mer i tråd med pasientenes ønsker enn andre tjenestetilbud de har mottatt. Bildet er riktignok ikke helt rosenrødt. Chinnan (1999) registrerer at den tette oppfølgingen fra ACT-teamene medfører at en del pasienter klager over at de opplever dette som en form for paternalisme.

Etter hvert har dette grunnlaget for å anbefale ACT-modellen blitt møtt med flere motforestillinger. Noen år etter publiseringen ble Cochranes materiale reanalysert, samt at en inkluderte en del nye studier (Burns, Catty & Wright 2006). Her pekes det på flere problemstillinger knyttet til Cochranes studie. Det største problemet som det pekes på er det skarpe skillet mellom ACT og case-management. Som de sier: "Defining treatment teams is not an exact science" (s 34). Dette blir ikke enklere av at Olliver & al (2005) viser at det en del tilfeller er sprik mellom den ACT-modellen de ulike teamene sier de følger og måten arbeidet faktisk utføres på. Burns & al (2002) viser også at det åpenbart er forskjeller mellom amerikansk og europeisk praksis. Forskjellene mellom effektivitet (definert som redusert liggetid) mellom amerikanske ACT-team og europeiske case-management-modeller kan derfor også forklares med generelle forskjeller mellom amerikansk og europeisk helsevesen. Data tyder etter hvert på at forskjellene mellom ACT-team og case-management-team er blitt mindre. Killaspy & al (2006) fant i sin randomiserte undersøkelse fra London ikke forskjell mellom ACT-team og ordinære lokalbaserte team på indikatorer som reinnleggelse på sykehus. Derimot fant de større grad av pasienttilfredshet og engasjement blant de som mottar tjenester fra ACT-teamene. Burns (2010)

konkluderer sin gjennomgang av en rekke undersøkelser med at det ikke lengre er en dokumentasjon på at ACT-team er mer effektive enn andre team.

De opprinnelige planene for Romeriksprosjektet var at man skulle organisere deler av tjenestetilbudet i ACT-team, og deler i samhandlingsgrupper slik at man kunne sammenligne og vurdere om samhandlingsgrupper var et hensiktsmessig alternativ til ACT-team. Av ulike grunner ble denne løsningen forlatt. En ambisjon med Romeriksprosjektet er likevel å se om samhandlingsgruppene kan oppnå samme positive resultater som ACT-team. Hvilke kliniske resultater man har oppnådd i Romeriksprosjektet blir som pekt på foran, analysert av en annen forskergruppe. Vi skal i denne evalueringen konsentrere oss om hvorvidt organiseringen er hensiktsmessig. Burns (2010) mener at suksessfaktorene til ACT-team er knyttet blant annet til at teamene møtes ofte, de gir ambulante tjenester, de yter helhetlige tjenester, de er tverrfaglige og de har færre brukere å forholde seg til enn andre team. For denne evalueringen vil det derfor være et sentralt utgangspunkt å se nærmere på hvordan disse faktorene er tilstede i Romeriksprosjektet.

### ***Utfordringer knyttet til målgruppen.***

Senest 2014 har det vært foretatt en analyse av hvordan tjenestene for målgruppen samhandler. Dette var et prosjekt på oppdrag fra Kommunenes Sentralforbund, gjennomført av AFI (Pettersen og Rudningen 2014). Prosjektets kartla gråsoner og klargjorde ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisttjenesten for mennesker med samtidig psykiske lidelser og ruslidelser med voldsproblematikk. Rapporten hadde som mål å systematisere kunnskap om hva som hemmer og fremmer gode pasientforløp, presenterte eksempler og modeller for «likeverdig samhandling», og vurderte ansvars- og rollefordeling. Prosjektet har tatt for seg en rekke satsinger, forsøk og prosjekter som har hatt

som formål å styrke samhandling og utvikle et mer helhetlig tjenestetilbud for målgruppen. Når det gjelder eksempler på samhandlingsmodeller som fungerer over tid heter det bl.a. at det er særlig er i overganger mellom spesialisttjenester og kommunale tjenester at samhandling er kritisk, der det er behov for at en håndterer slike overganger som «*samsoner med tydelig ansvarsfordeling og et intensivt samarbeid på tvers av tjenestenivå*» (ibid: viii). Rapporten går imidlertid ikke inn på hvordan ulike modeller og prøveprosjekter kan sammenliknes mht. hvilke som er mest hensiktsmessige i forhold til effektiv samhandling.

Utformingen av en samhandlingsmodell for å yte tjenester til ROP-brukere, må ta hensyn til at en grunnleggende utfordring i tjenesteyting overfor ROP-pasienter er *kompleksiteten* i de lidelser og utfordringer pasientene møter i dagliglivet. De utfordringene en står overfor betegnes ofte som «wicked problems» (Rittel & Webber 1973). Dette er problemer der kunnskapsgrunnlaget er ufullstendig eller motstridende og der de ulike delproblemene er sammenvevd med andre delproblemer. Også mål og suksesskriterier er vanskelige å definere. Det er en rekke kjennetegn på ”wicked problems”. Her skal vi fokusere på at løsninger på ”wicked problems” ikke er «riktige» eller «uriktige» i betydningen at man har løst problemet eller ikke. Snarere vil en kunne beskrive løsninger som bedre eller dårligere ved at problemet fremstår som økt eller redusert. Einstein (2007) kobler dette nettopp til ROP-lidelser. Han peker på at man her har et ufullstendig og diskutabelt kunnskapsgrunnlag, og at brukerne har en rekke delproblemer som griper inn i hverandre. Tiltakene som ytes fjerner sjelden utfordringene helt, men gjør situasjonen bedre eller dårligere for brukerne. Tjenestetilbudet må derfor tilpasses svingninger i brukerens situasjon (Norcross & Wampold 2011).



Hver enkelt bruker i denne målgruppen vil ha en unik kombinasjon av ulike lidelser, mål, utfordringer og ressurser. Med utgangspunkt i Rittel og Webber betyr det at beslutninger om hvilket tjenestetilbud som passer best til pasientens utfordringer bør være en unik og individuell prosess i hvert eneste tilfelle. Slike beslutningsprosesser vil i praksis være skrittvis eller sirkulære – såkalte inkrementelle beslutningsprosesser. Det innebærer at man velger ulike tiltak som man prøver ut og at man på bakgrunn av erfaringene med disse tiltakene lærer noe om hva fungerer og hva som ikke fungerer (March 1994). Erfaringene danner så grunnlag for nye tiltak som igjen skaper nye erfaringer som man på nytt kan lære av. En av utfordringene med den aktuelle brukergruppen er at både målsettinger, motivasjon, sykdomsforløp og behov endrer seg fort (IS-1948). Et av hovedmålene med Romeriksprosjektet var derfor at man skulle utvikle en ny samarbeidsmodell tilpasset denne målgruppen.

Vi vil i vår analyse ta utgangspunkt i at en slik prosess må være inkrementell, og bygge på at man her har å gjøre med "wicked problems". (For ordens skyld understreker vi at "wicked problems" beskriver utgangspunktet for en beslutningsprosess, ikke noe mer. Man må derfor ikke oppfatte dette som en betegnelse på brukergruppen). Vi legger derfor til grunn at en sentral problemstilling i denne evalueringen er å se hvorvidt de beslutningsprosesser knyttet til tjenestetilbudet til brukerne er tilpasset "wicked problems" gjennom arbeidet i Romeriksprosjektet.

### ***Utfordringer knyttet til evaluering av organisasjonsmodeller***

En av utfordringene for denne gruppen å tilby helhetlige og samordnete tjenestetilbud. At samarbeid er en utfordring, ikke bare i norsk sammenheng, viser den omfattende forskningen som er knyttet til utformingen av ulike samarbeidsmodeller. Kunnskapssenteret har foretatt en gjennomgang av aktuell

forskningslitteratur om dette på global basis. I utgangspunktet fant de frem til 4258 referanser, men satt igjen bare med 17 oversikter som oppfylte deres inklusjonskriterier (Forsetlund, Lidal, & Austvoll-Dahlgren 2012). På samme måte som Burns, Catty & Wright (2006) finner Kunnskapssenteret at det er svært vanskelig å sammenligne de ulike organisasjonsmodellene fordi både beskrivelse og begrepsbruk er upresise (Forsetlund & al 2012). Kunnskapssenteret savner særlig en mer presis beskrivelse av innholdet i de tjenestene som ytes (Ibid). En utfordring knyttet både til de vurderinger Kunnskapssentret og tilsvarende internasjonale organisasjoner som Cochrane gjør, er at de vurderer organisasjonsmodeller i forhold til avgrensede suksesskriterier på den behandlingen som er gitt. Rent organisasjonsteoretisk er dette problematisk. Det er først og fremst struktur og prosesser som skiller de ulike organisatoriske løsningene fra hverandre, ikke nødvendigvis innholdet i de tjenestene som ytes (Nylehn 1999). Organisasjonsteorien legger også til grunn at organisasjonsmodeller ikke kan vurderes uavhengig av kontekst (Goldman 2010). En årsak til at det blir så vanskelig å finne ut hvilke organisasjonsmodeller som er mest hensiktsmessige, kan derfor være at det ikke er en direkte årsakssammenheng mellom organisasjonsmodell og de suksesskriterier som de vurderes mot. Det er tydelig en økende bevissthet om at andre faktorer enn organisasjon påvirker hvorvidt psykisk helsearbeid kan anses som vellykket. Blant annet kvaliteten på relasjon mellom tjenesteyter og bruker, kan være en viktig suksessfaktor (Horvath 2006, Redko, Rapp, Elms, Snyder, & Carlson, 2007, Topor, Borg, Girolamo, & Davidson 2011). Det stilles også spørsmål ved om det for eksempel er riktig å evaluere organiseringen av ACT-team, eller om positive resultater også kan knyttes til om hvorvidt teamet yter tjenester på grunnlag av en recovery-tilnærming, eller ikke (se for eksempel Salyers, McGuire, Rollins, Bond, Mueser, & Macy 2010).

Vår organisasjonsteoretiske bakgrunn gjør at vi er mer opptatt av å se på hvilke konsekvenser de ulike måtene å organisere samarbeidet i psykisk helsearbeid har for beslutningsprosessene om innholdet i tjenestene, enn for å fokusere ensidig på behandlingsresultater. I denne sammenhengen vil fokuset først og fremst være hvorvidt tjenestene klarer å samarbeide om å planlegge tjenestetilbudet slik at man får et samordnet og helhetlig tjenestetilbud. Spørsmålet i denne forbindelse vil være hvordan de som skal samarbeide planlegger i fellesskap og hvordan denne planleggingen er tilpasset de utfordringene man skal løse.



## **Teoretiske perspektiver, data og metode.**

### ***Hvilke faktorer hemmer og fremmer samarbeid – en analysemodell.***

Gitt de ulike tilnærmingene til organisering av tiltak og tjenester for den aktuelle pasientgruppen, er det nødvendig å ha en systematisk tilnærming til hvordan samarbeid organiseres. Tjenesteytingen påvirkes av en rekke forhold. Noen av disse forholdene kan bidra til å fremme samarbeid, mens andre bidrar til å svekke det. Vi legger til grunn at vi kan dele de ulike forholdene (determinantene) som påvirker tjenesteytingen inn i tre nivåer (San Martin-Rodriguez & al 2005):

- Systemiske determinanter
- Organisatoriske determinanter
- Relasjonelle determinanter

Det høyeste nivået, systemiske determinanter, setter rammer for determinantene på de andre nivåene, mens det neste nivået – organisatoriske determinanter - setter rammer for de relasjonelle determinantene på det nederste nivået.

Disse determinantene kan både fremme og hemme samarbeidet slik vi kan illustrere i følgende modell:

	<b>Fremmer</b>	<b>Hemmer</b>
<b>Systemiske determinanter</b>		
<b>Organisatoriske determinanter</b>		
<b>Relasjonelle determinanter</b>		

Dette skal vi utdype noe nærmere og eksemplifisere med konkrete utfordringer og erfaringer som vi gjorde i underveisevalueringen av prosjektet.

### **Systemiske determinanter**

En slik systemisk determinant er politiske føringer. Opptrappingsplanen er en slik politisk føring som fremmer og gjør mulighetene for å gi et godt tilbud til mennesker med psykiske lidelser bedre. Vi ser også at den relativt tydelige ideologien og den sterke politiske enigheten om prinsippene bak Opptrappingsplanen har legitimert en sterk satsing på psykisk helsearbeid og slik sett fremmet mulighetene for å yte gode tjenester (NFR 2009).

Dessverre er det ikke alltid at alle politiske føringer trekker i samme retning og vi ser derfor at andre føringer, for eksempel helseforetaksreformen, og de styringssystemene som den innebar, kan bidra til å hemme utviklingen av gode tilbud i psykisk helsearbeid (Karlsson 2005). Vi registrerer at samfunnsutviklingen de siste årene har vært preget at offentlig forvaltning i stadig større grad styres etter prinsipper fra privat næringsliv (New Public Management – NPM). Disse prinsippene synes å gjøre det vanskeligere å fremme godt psykisk helsearbeid (Hammerstad 2006, Skorstad & Ramsdal

2004). Underveis evalueringen av Romeriksprosjektet ga klare indikasjoner på at finansieringssystemet for spesialisttjenesten gjorde det uhensiktsmessig for ansatte på poliklinikkene å møte brukerne andre steder enn på eget kontor (Hansen & Ramsdal 2012)

En annen systemisk determinant er det sosiale systemet, for eksempel status. Vi ser at kunnskap som dokumenteres gjennom randomiserte statistiske undersøkelser har en høyere status enn erfaringer bygget på lokal utvikling av tjenestetilbud. Det innebærer flere ting. Først og fremst at den biomedisinske forståelsen av psykiske lidelser får en høyere status enn den mer sosiologiske forståelsen. Siden den biomedisinske kunnskapen har sin sterkeste forankring i spesialisttjenestene og den sosiologiske er sterkest forankret i lokalbasert psykisk helsearbeid, gir dette også den virkningen at spesialisttjenesten får en høyere status enn de lokalbaserte tjenestene (noe også betegnelsen spesialisttjenesten er med på å underbygge). Denne statusforskjellen kan gjøre det vanskeligere å få gjennomslag for argumenter om at et tjenestetilbud må bygges på lokale erfaringer og en individuell vurdering av hver enkelt tjenestemottaker.

Dagens lovverk kjennetegnes av at de helhetlige tjenestene til den aktuelle gruppen reguleres av en rekke ulike lover med ulikt fokus og ulike målsettinger. Dette innebærer at det blir en utfordring å utforme et tjenestetilbud med felles målsetting og basis (Hansen 2007). Underveisevalueringen pekte på at dette synes å bidra til at det var vanskelig å forankre prosjektet hos alle aktørene og at det gjorde at deltakelsen fra NAV ikke var like aktiv som det man ønsket (Hansen & Ramsdal 2012)

## **Organisatoriske determinanter**

Også den organisatoriske sammenhengen tjenestene skal foregå innenfor har betydning. En del av den forskningen som er gjort de siste årene (Egeberg 2001, Holck 2005, Møller 2006 og Hansen 2007) viser at organisasjonsstruktur er en særlig betydningsfull rammefaktor. Offentlig forvaltning i Norge er stort sett bygd opp som hierarkiske linjeorganisasjoner. Hierarkiske linjeorganisasjoner er først og fremst organisert for å ivareta arbeidsdeling og kommunikasjon mellom over- og underordnede. For en slik organisasjon er det derfor svært utfordrende å få til et godt samarbeid på tvers både innen organisasjonen selv og mellom ulike organisasjoner. Underveisevalueringen av prosjektet viste at det var en rekke utfordringer knyttet til samarbeid mellom de ulike linjene i spesialisttjenestens driftorganisasjon (Hansen & Ramsdal 2012). I dette tilfellet kompliseres bildet av at det også etableres samarbeidsrelasjoner på tre nivåer; helseforetakenes sykehusvirksomhet, DPS'er og ruspoliklinikker og kommunene. For det første er det et ønske om at det er etablert en IP og en ansvarsgruppe rundt hver enkelt bruker. Disse ansvarsgruppene kan ha deltakere fra kommune, spesialisttjenesten og fra NAV (både stat og kommune), fortrinnsvis er dette de tjenesteyterne som yter tjenester akkurat til den konkrete brukeren (Hansen 2007). Neste nivå er samhandlingsgruppene som består stort sett av representanter for de samme virksomhetene, men hvor det ikke nødvendigvis er slik at de som deltar også er de samme som yter tjenester til de brukerne som samhandlingsgruppen skal følge opp. Underveisevalueringen viste at forholdet mellom ansvarsgruppene og samhandlingsgruppene var noe uavklart (Hansen & Ramsdal 2012). I tillegg er det en styringsgruppe som skal sørge for samhandling mellom de ulike kommunene og spesialisttjenestene. Det er ikke nødvendigvis slik at de samme erfaringene gjøres på alle nivåer, og at de erfaringene som gjøres på ett nivå overføres til andre – dette er noe som vi derfor vil komme nærmere tilbake til.



Vi fant i underveisevalueringen ikke tilsvarende utfordringer innen de kommunale driftsorganisasjonene. Det kan skyldes at vi ikke i tilstrekkelig grad samlet inn data om organisatoriske rammebetingelser i kommunene. En del kommuner har tatt i bruk bestiller-/utfører-modellen som innebærer blant annet at vedtak om innhold i tjenestene skal avgjøres av andre enn de som yter tjenestene. Vi har i andre sammenhenger sett at dersom disse prinsippene følges slavisk blir tjenestene dårligere tilpasset de som har behov for sammensatte tjenester i psykisk helsearbeid. Dersom det er et mer pragmatisk samarbeid mellom bestiller og utfører er mulighetene for å få til bedre tilpasset tjenester større (Ramsdal & Hansen 2005, Hansen, Kirchhoff & Ramsdal 2009). I hvilken grad dette er relevant for kommunene som deltar i Romeriksprosjektet vil vi derfor komme tilbake til.

Vi har også sett at ulike former for journalsystemer og begrenset adgang til opplysninger på grunn av taushetspliktsbestemmelser har gjort samarbeid om helhetlige tjenestetilbud mellom kommuner og foretak vanskelig (Hansen & Fugletveit 2009, Hansen & Finneide 2009). Samtidig ser vi at dersom man kan få på plass bruk av felles IT- og dokumentasjonssystemer så fremmer dette mulighetene for å tilby et samordnet tjenestetilbud. I Romeriksprosjektet har samhandlingsgruppene tatt i bruk såkalte tavler der gruppemedlemmene utvekslet erfaringer og hadde en samlet oversikt over brukernes situasjon. Tilbakemeldingene fra underveisevalueringen var at dette var et hjelpemiddel som i stor grad løste utfordringene med utveksling av relevante opplysninger (Hansen & Ramsdal 2012)

Det sentrale organisatoriske grepet i Romeriksprosjektet er etter vår mening etablering av samhandlingsgruppene. Disse gruppene, eller team som man

gjærne omtaler dem som i dag, er ikke faste team, men team som møtes jevnlig. Slike team er en vanlig samhandlingsarena, men hvordan team settes sammen og organiserer arbeidet sitt, kan også fremme og hemme samarbeid. Vi skal her trekke frem 5 slike faktorer (vretveit 1996). De fem faktorene er: Integrasjon, kollektivt ansvar, medlemskap, behandlingslinje og ledelse. Disse kan vi sette opp i følgende tabell der vi viser hva som fremmer og hemmer helhetlige tjenestetilbud:

	<b>Fremmer helhet</b>	<b>Hemmer helhet</b>
Integrasjon	Team som oppfatter seg som et fellesskap der man utformer beslutninger og behandlingsstrategi i fellesskap og der teammedlemmene føler seg forpliktet av de felles beslutningene og den felles strategien	Uforpliktende nettverksmøter der medlemmene mter når de kan og hvor de mer informerer hverandre enn avklarer en felles strategi. Noen ansvarsgruppemøter synes å fremstå på denne måten
Kollektivt ansvar	Alle teammedlemmene føler seg ansvarlig for at brukerne fr de tjenestene som teamet i fellesskap skal yte.	Hvert teammedlem føler seg bare ansvarlig for de oppgavene som vedkommende har blitt tildelt
Medlemskap	Medlemmene i teamet er heltidsmedlemmer i teamet. Det er den strategi og de	Medlemskapet i teamet er et deltidsmedlemskap der medlemmene først og fremst er medlemmer

	beslutninger som utformes i teamet som er avgjørende for hva hver enkelt skal gjøre.	i en linjeorganisasjon og har både lojalitet og sine forpliktelser i linjen.
Behandlingsforløp	Behandlingsforløpet skjer slik at flere teammedlemmer må yte et tilbud samtidig i form av et koordinert og helhetlig tilbud.	Behandlingsforløp kan avgrenses slik at det enkelte teammedlem har ansvar enten for hver sitt samtidige tilbud, eller at de gir tilbud suksessivt.
Ledelse	Teamleder har full instruksjonsmyndighet overfor de andre teammedlemmene i forhold til de tjenestene som teamet skal yte. Dette gjelder uavhengig av om medlemmene er heltids- eller deltidsmedlemmer i teamet.	Teamleder har liten eller ingen myndighet overfor de andre medlemmene. Medlemmene står fritt til å gjøre som de vil eller som de blir instruert til av andre, for eksempel linjeledere

Vi så i underveisevalueringen at det for enkelte av deltakerne i samhandlingsgruppene, var en utfordring å ha en rolle både i den ordinære driftsorganisasjonen – særlig spesialisttjenesten – og som medlem i samhandlingsgruppen. Dette skapte en del utfordringer som det ikke alltid var like lett å løse, for eksempel der samhandlingsgruppen så behov for innleggelse,

mens spesialisttjenesten var forpliktet å følge egne rutiner og prioriteringer i slike avgjørelser (Hansen & Ramsdal 2012).

I underveisevalueringen vurderte vi likevel at samhandlingsgruppene i stor grad ble en hensiktsmessig arena for samhandling mellom aktører som hadde et stort behov for å utveksle informasjon. En del av dette handlet mer om vilje til samarbeid og gode erfaringer med å finne pragmatiske løsninger – dette handler ikke om organisatoriske determinanter, men derimot om relasjonelle. Vi skal derfor se nærmere på disse.

## **Relasjonelle determinanter**

Vi har to former for relasjoner som er viktig i vår sammenheng. Først og fremst er relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, dernest er det relasjonene tjenesteyterne seg imellom. Vi legger til grunn at det er en omfattende dokumentasjon på at den terapeutiske relasjonen er avgjørende for i hvilken grad tjenestene fungerer (Hubble & al 1999, Redko & al 2007, Topor & al 2011)

Relasjonelle determinanter handler om hvordan individene i samhandlingssystemet fungerer i forhold til hverandre. En grunnleggende forutsetning for utvikling av gode helhetlige tjenestetilbud, er at de som skal samarbeide virkelig vil samarbeide. Dersom man for eksempel ikke ser behovet for å etablere et samarbeid, er dette et dårlig utgangspunkt. En sentral faktor er vilje til samarbeid. Vi har sett (Ramsdal & Hansen 2009), at det ikke er gitt at gode samarbeidsrutiner blir fulgt. Hvis det ikke er vilje til samarbeid og til å følge opp fastsatte rutiner, vil dette selvfølgelig svekke mulighetene for å få til et konstruktivt samarbeid. Vi ser også at det her kan utvikle seg en ond sirkel der enkelte velger å sabotere samarbeid fordi de opplever at andre ikke følger opp

som forventet. Vår vurdering i underveidevalueringen er at det her gikk motsatt vei og at de positive erfaringene man opplevde i samhandlingsgruppene bidro til å fremme deltakernes motivasjon (Hansen & Ramsdal 2012)

Tillit er også en sentral faktor i godt samarbeid. Skal man få til et samarbeid må man ha tillit til at de andre klarer å gjøre jobben sin. Man må dessuten ha tillit til at de andre har samme gode intensjoner med samarbeidet som det man har selv. Underveisevalueringen viste at de profesjonelle tjenesteyterne hadde en viss frihet til selv å prioritere og å finne pragmatiske løsninger på de utfordringene som ble tatt opp i samhandlingsgruppene. Det var etter vår mening klare indikasjoner på at etter hvert som det ble bygget opp tillit innad i samhandlingsgruppene, så økte viljen til å finne pragmatiske løsninger (Hansen & Ramsdal 2012).

### ***En organisasjonskultur som er positiv til samarbeid?***

En av målsettingene med Romeriksprosjektet er at det skal bidra til at det utvikles en samarbeidskultur i hele sektoren.

Begreper som organisasjonskultur har i årevis blitt brukt for å beskrive sentrale kjennetegn ved ulike organisasjoner. En fellesnevner er at en oppfatter organisasjonskultur som de sett av felles delte verdier, normer, grunnleggende antakelser og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene (Hatch 2001; Bang 1995). Vi legger til grunn denne definisjonen på organisasjonskultur og velger å oppfatte samarbeidskultur som en organisasjonskultur preget av positiv holdning til samarbeid. Valget av denne definisjonen er rent pragmatisk. Den tar utgangspunkt i fire elementer (verdier, normer, grunnleggende antakelser og virkelighetsoppfatninger) som det er en viss praktisk mulighet for å beskrive og

identifisere. Vi tenker at dersom samarbeidskulturen er styrket så bør det kunne identifiseres gjennom endrede beskrivelser av for eksempel normer og virkelighetsoppfattelser. Problemet er selvfølgelig at folk flest ikke selv registrerer hvorvidt de normene de forholder seg til endres. Siden vi ikke har hatt muligheter for å sammenligne beskrivelser fra før prosjektet startet opp med beskrivelser senere så er dette en usikkerhetsfaktor i denne analysen. Dette kommer vi tilbake til.

Schein (1996) deler organisasjonskulturen inn i tre sub-kulturer: profesjonskultur, styringskultur og utøverkultur. I hans beskrivelse setter profesjons- og styringskulturen rammer for utøverkulturen. I helse- og velferdssektoren rekrutteres de ansatte i stor grad på grunnlag av formell utdanning og kompetanse. Det er derfor vanlig å forutsette at den utdanningen de ansatte har bak seg kjennetegnes av en profesjonskultur som er med på å styre hvordan disse gruppene utfører arbeidet sitt (Abbott, 1988). I mange sammenhenger fremstår ulik profesjonsbakgrunn som et grunnleggende problem for å oppnå samarbeid i tverrfaglig sammensatte grupper (Schein, 1996; Hall, 2005). En dimensjon ved profesjonskulturen er holdninger og normer overfor brukergruppen. Det er klart at for eksempel for leger har ulike brukergrupper ulik status. Vi vet at norske leger ofte mener at arbeid med psykiske lidelser og rus har lav status (Album & Westin 2008). Det er samtidig stor enighet om at dersom det er mulig å styre endringer av en organisasjonskultur, må ledelsen være sentral i dette arbeidet (Schein 1987; Hatch 2001).

En grunnleggende utfordring i samarbeidsprosjekter mellom kommuner og spesialisttjenester er at disse tjenestene er forankret i ulike behandlingskulturer (Gloubermann & Mintzberg 2001). De beskriver disse to kulturene som «behandling» og «pleie og omsorg». Dette er kulturer som preges av ulike mål

og ulike virkemidler, men som begge er nødvendige for å skape et godt helhetlig tjenestetilbud til brukerne. Profesjonskultur er kjennetegn ved at helse- og sosialsektoren på mange måter setter rammer for en del av det arbeidet som gjøres. Disse rammene har elementer i seg som både kan bidra til å fremme og til å hemme samarbeid. I underveisevalueringen fant vi ikke noen konflikter mellom disse tilnærmingene. Vi registrerte likevel at det var en tydelig konflikt mellom en av kommunene og prosjektet om hvordan målgruppen skulle oppfattes – dette kan ha vært uttrykk for en slik konflikt og vil om mulig bli gjort gjenstand for nærmere undersøkelser i denne omgang.

En annen rammefaktor er det som kalles styringskultur (Schein 1996). I dette tenker en på de rammene som ledelsen setter for hvordan ansatte skal utøve jobben sin. ROP-lidelser preges av at kunnskapsgrunnlaget er uklart, brukerne har flere sammensatte problemer som påvirker hverandre og brukernes sykdomsforløp og prioriteringer varierer (Einstein 2007). Dersom man skal klare å forholde seg til den variasjonen og usikkerheten som en slik situasjon skaper, er det viktig å være fleksible og tilpasse tjenestene underveis (Fugletveit & Hansen 2013). En styringskultur som er preget av formelle prosesser og regler for hva som skal gjøres vil hemme de ansattes muligheter til å tilpasse seg brukernes behov.

Erfaringene fra underveisevalueringen var at det utviklet seg en samarbeidskultur innad i samhandlingsgruppene. Denne samarbeidskulturen opplevde man som positiv og den bidro også til at deltakerne i samhandlingsgruppene også fikk til bedre samarbeid utenfor disse gruppene. Disse erfaringene hadde tilsynelatende liten innflytelse på samarbeidet på andre arenaer (Hansen & Ramsdal 2012). Vi vet likevel at endringer i organisasjonskultur er en prosess som tar tid (Strand 2004). Det vil derfor være

interessant å se om den positive samarbeidskulturen i samhandlingsgruppene etter hvert har påvirket andre deler av sektoren.

## ***Brukermedvirkning***

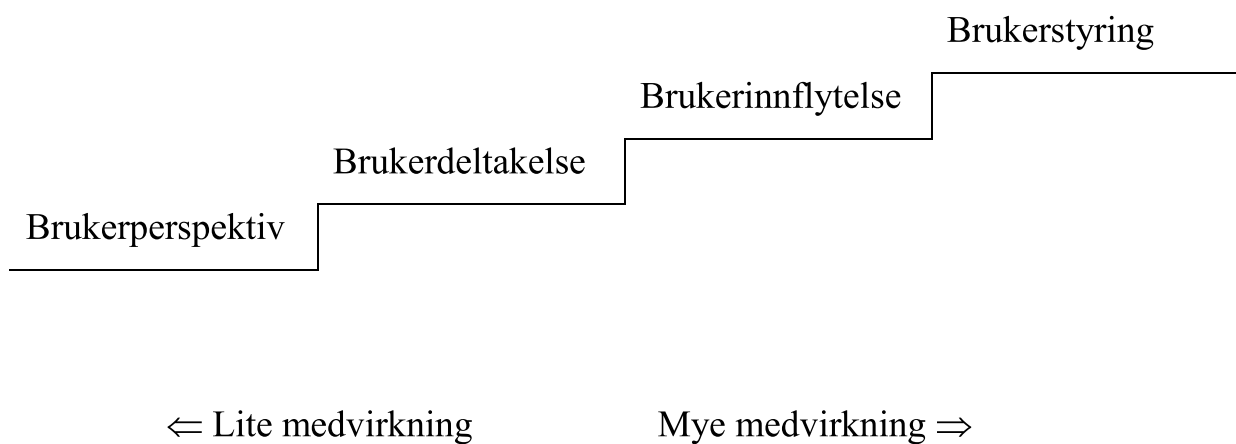
Brukermedvirkning er også en av målsetningene med Romeriksprosjektet. Brukerne er nå representert med individuell deltakelse i ansvarsgruppene og med deltakelse på gruppenivå i styringsgruppen. Brukere eller brukerrepresentanter er ikke representert i samhandlingsgruppene, med ett unntak. I en av samhandlingsgruppene deltok en erfaringskonsulent (en person som var rekruttert blant annet fordi vedkommende selv hadde brukererfaring).

Ambisjonene om brukermedvirkning er forankret i Opptappingsplanen (St. prp. nr. 11, 1998-99), der det blant annet heter:

*Brukerperspektivet står sentralt i Regjeringens politikk. Brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske og er i vårt samfunn et gode i seg selv. En åpen forvaltning og deltakelse i offentlig planlegging er eksempler i denne sammenhengen. Videre har tjenestemottakerne erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer. Dette vil i mange tilfelle være en viktig supplering for fagfolk, politikere og administrasjon, og kan bidra i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud. Dette gjelder også deltakelse i kontrollkommisjoner og kvalitetsutvalg. For tjenestemottakere som engasjeres i medvirkning representerer dette en aktivisering som kan styrke mulighetene for å kunne mestre eget liv. Brukermedvirkning kan bidra til økt åpenhet omkring psykiske lidelser, og «gi disse et ansikt» og bidra til en holdning at «også vi kan».*



Brukermedvirkning er et uttalt mål, men mangler ofte en klar definisjon. Allerede Arnstein (1969) beskrev brukermedvirkning som et begrep med et glidende innhold delt inn i åtte stigetrinn. Her skal vi på tilnærmet samme måte beskrive brukermedvirkningsbegrepet ved hjelp av en skala. Denne skalaen går fra liten grad av brukermedvirkning til stor grad av brukermedvirkning, men vi begrenser oss til fire trinn på denne skalaen (Hansen 2007).



De ulike trinnene i denne skalaen kan kort beskrives slik:

- Brukerperspektiv – tjenestemottakernes interesser blir ivaretatt av hjelpeapparatet
- Brukerdeltakelse – tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene, men har ikke nødvendigvis innflytelse over tiltakene som iverksettes
- Brukerinnflytelse – tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene og har innflytelse over tiltakene som iverksettes
- Brukerstyring – tjenestemottakerne styrer tiltakene selv

I vår tilnærming legger vi til grunn at brukermedvirkning handler beslutningsprosesser og mulighetene til å påvirke disse. På denne skalaen

innebærer reell brukermedvirkning for oss at man oppnår en form for brukerinnflytelse.

På samme måte som vi har ulike former for brukermedvirkning har vi også ulike nivåer for brukermedvirkning (Hansen 2001). Disse er:

- Individ – den enkelte medvirker i forhold til sitt eget tilbud
- Gruppe – tjenestemottakergruppene medvirker i forhold til utformingen av tilbudet overfor gruppen
- Samfunn – tjenestemottakerorganisasjonene medvirker til at samfunnet tilrettelegges for tjenestemottakergruppen.

I Romeriksprosjektet kan i alle fall de to første nivåene være representert. Individnivået er representert ved at det i ansvarsgrupper og samhandlingsgruppene er snakk om å utforme og tilrettelegge et tjenestetilbud for bestemte personer. Også gruppenivået er representert ved at man ser for seg at erfaringene som kan gjøres kan få konsekvenser for målgruppen generelt. Brukerne er på individnivå representert ved seg selv og i noen tilfeller ved verge/pårørende i ansvarsgrupper, men ikke i samhandlingsgruppene. På gruppenivå er brukerorganisasjonene representert i styringsgruppen.

Prosjektet synes derfor å ha lagt til grunn at brukermedvirkningen på individuelt nivå kan ivaretas fullt ut gjennom deltakelse i ansvarsgruppene og at brukermedvirkningen på gruppenivå ivaretas av brukerorganisasjonene i styringsgruppen. Vi har i denne evalueringen ikke sett på aktivitetene i ansvarsgruppen og skal derfor ikke si noe om i hvilken grad brukermedvirkning ivaretas der. Problemstillingen i denne omgangen blir derfor knyttet til om det i samhandlingsgruppen blir tatt avgjørelser som brukerne burde medvirket på, og

om det i styringsgruppen blir tatt avgjørelser som brukerorganisasjonene har innflytelse over. I denne sammenhengen synes det å være i disse situasjonene og arenaene vi kan forvente å finne former for brukermedvirkning.



## Metode

Ved valg av metode er det en rekke forhold som må vurderes. I helsesektoren er det etter hvert blitt et økende press på at gyldig forskning skal dokumenteres gjennom randomiserte kliniske studier (Ramsdal 2009). Forutsetningen for at slike metoder skal kunne benyttes er at det er mulig å isolere ulike prosesser fra hverandre slik at man kan identifisere en klar sammenheng mellom årsak og virkning. Dette er en utfordring som den følgeevalueringen med fokus på de kliniske resultatene må forholde seg til. Vi har avgrenset vårt fokus til å se på hvilke konsekvenser de ulike måtene å organisere samarbeidet i psykisk helsearbeid har for beslutningsprosessene om innholdet i tjenestene.

Gitt de problemer som eksisterer mht. til å studere sammenhengene mellom organisatoriske løsninger og (entydige) kliniske resultater, slik bl.a. Kunnskapssenterets review fra 2012 viste, er det behov for å etablere et (supplerende) perspektiv på hvordan evalueringen av organisasjonsmodeller skal gjennomføres. Vårt mål med evalueringen er som nevnt foran knyttet til i hvilken grad Romeriksmodellen kan bidra til bedre samhandling mellom tjenestene, ikke kliniske resultater for pasientgruppen – dette er det et annet forskningsprosjekt som har ansvaret for. Vårt evalueringsdesign har i sluttevalueringen tatt utgangspunkt i «Contribution Analysis (Mayne 2012). «Contribution Analysis» er en evalueringsform som legger til grunn at samfunnet er i stadig endring, og at det derfor ved implementering av nye tiltak i offentlig forvaltning ikke er mulig å isolere virkningene av det nye tiltaket fullt ut fra andre endringer og utviklingstrekk som berører det aktuelle forskningsfeltet. Målet er derfor å finne ut om det aktuelle tiltaket har bidratt til økt måloppnåelse, gjerne i samspill med (eller på tross av) andre relevante utviklingstrekk. Dette begrunner de formuleringene som er valgt for

hovedmålet med denne sluttevalueringen – å studere samhandlingsmodellens *bidrag* til at tjenestene samarbeider bedre om å yte helhetlige og samordnete tjenester til den aktuelle målgruppen. Et poeng er at mens prosjektorganisasjon, prosjektstyring og –ledelse kan fungere utmerket isolert sett, kan de systemiske, organisatoriske og relasjonelle determinantene som er presentert foran, både fungere til å hemme eller fremme Romeriksmodellens bidrag til å bedre disse tjenestens samhandlingspotensiale. Dette tilsier en bredt anlagt forskningsdesign, basert på de teoretiske utgangspunkt vi har presentert foran.

### ***Datasamling.***

Sluttevalueringen er som nevnt en videreføring av den midtveisevalueringen vi foretok i 2012. Midtveisdevalueringen var basert på et omfattende datamateriale: saksdokumenter, intervjuer og observasjoner på møter i prosjektet. Dokumentene vi analyserte dreier seg om et par tusen sider, vi gjennomførte 19 semi-strukturerte intervjuer med deltakere i prosjektet, og vi fikk anledning til å delta som observatører på prosjektmøter der vi har ønsket det. En foreløpig rapport ble presentert for styringsgruppen og andre aktører i prosjektet ved flere anledninger, der vi blant annet har testet ut noen av de synspunkter og vurderinger vi kom frem til (Ramsdal og Hansen 2012).

Midtveisevalueringen ga oss god innsikt i trekk ved prosjektet som vi mente var sentrale for å forstå de problemstillingen en hadde møtt, og de valg en hadde foretatt, i prosjektets innledende faser. Midtveisevalueringen ble presentert i ulike fora for oppdragsgivere, og også i andre faglige fora. Tilbakemeldingene fra deltakerne i prosjektet var at evalueringen så langt var representative for de synspunkter de hadde, og hadde gitt innsikt i utfordringer for prosjektet og kunnskaper om sammenhenger som en ønsket å gripe fatt i. De forslagene vi

hadde til forbedringer i styringsopplegget for prosjektet ble tatt til følge i løpet av 2012. Samtidig var selve Romeriksmodellen fastlagt gjennom prosjektbeskrivelsen, og prosjektet har vært trofast til denne modellen gjennom hele prosjektperioden.

I sluttevalueringen har vi derfor vært mer finsiktet i innhenting av data knyttet til noen av de sentrale egenskapene ved modellen, og søkt primært å finne svar på spørsmål om hvordan denne modellen har fungert – nettopp med sikte på å gi et grunnlag for en drøfting av videreføring av arbeidet med Romeriksmodellen, og å bidra til en noe bredere diskusjon om hvilke organisatoriske kjennetegn som bør bringes videre inn i arbeidet med helhetlige tjenester for målgruppen mer generelt. Dette har bl.a. medført at vi i sluttevalueringen har lagt inn en avsluttende drøfting av erfaringene med Romeriksmodellen i forhold til det en vet om alternative modeller (ACT, FACT, KPA osv.). De nye data vi baserer sluttevalueringen på er: dokumenter fra prosjektet, observasjon av møter i samhandlingsgruppene, gruppeintervjuer og individuelle intervjuer. Vi valgte i denne omgangen å foreta observasjoner av et møte i samtlige Samhandlingsgrupper, og gjennomførte et gruppeintervju i etterkant av denne observasjonen. Hensikten var her dels å få et nærmere innblikk i selve arbeidsformen gruppene benyttet, i hvilken grad og hvordan «tavlen» - som er det viktigste arbeidsredskapet for gruppens pasientrelaterte arbeid - ble benyttet, og deretter spørsmål om organisering av gruppene, deltakelse, samhandlingen innad i gruppene, relasjoner til driftsorganisasjonene, og generelle vurderinger av hvordan Romeriksprosjektet har fungert. Til sammen var 31 deltakere i gruppene med i denne intervjurunden. I tillegg ble representantene fra brukerorganisasjonene og leder i styringsgruppen, leder for DPS i Div. Rus/psykisk helse ved Ahus, tidligere og nåværende prosjektleder intervjuet hver for seg. Til sammen har 36 personer blitt intervjuet.

I likhet med midtveiseevalueringen, har også denne gang alle intervjuene blitt tatt opp med en digital opptaker og overført til en PC med programmet Olympus DSS Player. Det programmet gir oss en rekke muligheter for å navigere oss frem og tilbake i lydfile. Mens vi i midtveiseevalueringen analyserte intervjuene direkte fra lydfile, har vi denne gang transkribert intervjuene. Ved gjennomlesing av intervjuene bearbeidet vi dem med meningsfortetning, koding og kategorisering i et tilrettelagt skjema (Miles & Hubermann 1994). Denne analysemetoden bygger på at man identifiserer mekanismer, alternative forklaringer og påvirkningsfaktorer. På denne måten finner man frem til hvorvidt de aktuelle resultatene kan forklares med de teoriene man bygget antagelsen på, og om antakelsen om at tiltaket bidro til de konkrete endringene, kan sannsynliggjøres. På bakgrunn av vår problemstilling har vi i analysen vært opptatt av å identifisere inkrementelle beslutningsprosesser og sett hvordan disse har ivaretatt utfordringene knyttet til komplekse og til dels uklare årsakssammenhenger – slik analysen av "wicked problems" fordrer (Nutley & al 2007, Forss & al 2011, Rieper & al 2012), og slik «Contribution Analysis»-tilnærmingen er ment å fungere.

Vi skal her presentere data fra observasjoner og intervjuene, med et hovedfokus på de sistnevnte. Med grunnlag i de kategoriseringene vi foretok, har vi identifisert følgende tema: Utfordringer med horisontal og vertikal samhandling, brukermedvirkning, forskningsprosjektet, samhandlingsgruppene som arena for samhandling og samarbeidskultur. I fremstillingene som følger har vi syntetisert de viktigste synspunktene og vurderingene som har fremkommet, og valgt ut noen sitater som vi anser å være symptomatiske for de erfaringene deltakerne har hatt.



## **Datapresentasjon.**

Vi skal her presentere data fra undersøkelsen, med hovedvekt på de resultatene som intervjuene ga. Vi har presentert noen representative synspunkter fra intervjuene, som samtidig er understøttet dels av resultatene fra midtveiseevalueringen, dels av dokumentene vi har gjennomgått. Presentasjonen er disponert etter de forskningsspørsmålene vi har stilt; knyttet til spørsmål om Romeriksprosjektets relasjoner til eksisterende tjenester i driftsorganisasjonene i kommuner og helseforetak, brukerperspektiver, forskningsprosjektet, erfaringer med forskningsprosjektet, samhandlingsgruppene og om mulige endringer i samhandlingskultur som en effekt av Romeriksprosjektets aktiviteter.

### ***Utfordringer med horisontal og vertikal samhandling – kompleksitet og søyleorganisering.***

I evalueringen har det vært et gjennomgående tema at Romeriksprosjektet har måtte relatere seg til den komplekse organiseringen av eksisterende tjenester - både innenfor spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene. På begge nivåene benytter en begrepet «søyleorganisering» for å illustrere dette. I kommunene er søylene knyttet til den historiske delingen mellom rustjenester og psykiske helsetjenester, og tilsvarende er det en grunnstruktur for organisering av spesialisttjenestene mellom rus- og psykiatri-tjenestene. På hvert forvaltningsnivå opererer en samtidig med ulike nivåer idet spesialisttjenestene er delt mellom sykehustjenester og desentraliserte tjenester – henholdsvis ruspoliklinikker og DPS-er. I midtveiseevalueringen ble det bl.a. påpekt at et var svært lite samhandling mellom de to DPS-enhetene (TiRe i Nedre Romerike og

psykoseteamet i Øvre Romerike) og de to rusteamene/poliklinikkene lokalisert samme sted. Dette forsterket samhandlingsutfordringene knyttet til at disse desentraliserte enhetene er koplet til ulike «søyler» som også omfatter sykehustjenestene. Det fremstår derved et bilde av samhandlingsutfordringene på en horisontal akse – mellom de to søylene på hvert nivå – og en vertikal akse – mellom spesialisttjenester og kommunale tjenester.

Utfordringene med søyleorganiseringen og oppsplittingen av tjenestene – horisontalt og vertikalt – oppleves imidlertid noe ulike fra de vi har intervjuet. Når vi studerer den vertikale aksen – samarbeidsrelasjonene mellom spesialisttjenestene og kommunale tjenester, finner vi at de problemstillingene Romeriksprosjektet måtte forholde seg til, dreide seg om de grunnleggende egenskapene ved forvaltningsorganiseringen. Sett fra spesialisttjenestenes side er en av de største utfordringene at kommunene er ulikt organisert, har ulike ressurser, og har kommunespesifikke forventninger til hva spesialisttjenestene skal tilby, mens spesialisttjenestene skal forholde seg til likeverdighet og en «rettferdig» fordeling av innsats i forhold til ulike kommuner. Dette preget også forventningene til spesialisttjenestenes rolle i Romeriksprosjektet. Dette ble bl.a. formulert slik av en representant fra spesialisttjenestene:

*«Det som ble klart veldig raskt var at kommunene hadde noen forestillinger og forventninger som spesialisttjenestene ikke hadde. Vi delte ikke helt samme forventning til hva som var mulig og hva som kunne gjøres i prosjektet. Vi opplevde underveis at det ble veldig kommunefokusert og at spesialisttjenestene skulle stille opp på alle ønsker og krav i fra kommunene uten at det ble noe gjensidighet i det».*

En utfordring er nettopp at kommunene har ulike ønsker og behov, og at det er utfordrende å samordne de kommunale ønskene i forhold til de ressursene spesialisttjenestene kan tilby:

*«Øvre (Romerike) har seks kommuner som skal serves. Hvis ikke kommunene samhandler seg i mellom så er det nesten som å forskreve seg. Det er ikke mulig å oppfylle alle ønskene. For eksempel så ønsker de seg at noen av de DPS-ansatte kunne hatt kontor ute i kommunen. Det er egentlig en god løsning, men det lot seg jo ikke gjennomføre for hvor skulle man sitte og hvilke kommuner skulle plukkes ut til å få den ressursen. Samtidig har vi allerede alt for liten kapasitet på DPS'en på øvre – poliklinikkjenestene – spesielt gjelder det psykoseteamet. I stedet for å diskutere muligheter og begrensninger, så gikk man i en diskusjon som ikke var spesielt positiv. Det var noe med å avklare forventninger som vi ikke var gode nok på i begynnelsen».*

Sett fra kommunenes side er det ulike erfaringer med relasjonene til spesialisttjenestene. Det gjennomgående synet er at relasjonene er gode i mange sammenhenger – selv om det påpekes at det er ulikheter mellom ulike enheter. Et vanlig argument er at noen enheter – særlig de desentraliserte tjenestene som ruspoliklinikkene og psykoseteamet i DPS – tradisjonelt har bygget opp gode relasjoner til kommunale tjenester, mens andre har vært mindre tilgjengelige for samarbeid. En gjennomgående oppfatning er at spesialisttjenestene har en «privilegert» situasjon, i og med at de kan velge å overlate ansvaret for noen brukere til kommunen, eventuelt etter at de har avsluttet behandlingen – uten av pasienten nødvendigvis er fått en bedre livssituasjon. Et representativt uttrykk for dette er formulert slik:

*Poliklinikken skriver for raskt ut, de opererer med kø, men disse må likevel få et kommunalt tilbud....kommunen må ta seg av folk uansett. Hva skjer med de andre – ikke så nær samhandling, personavhengig, noen ganger får vi bare henvisning om at de avsluttes der, eller fått avslag, ikke fellesmøte, men det varierer veldig. Akutt-teamet også svært varierende mht samhandling. Etter kl 14 er det umulig å få tak i dem, de slutter 15, må da benytte legevakta. Får ikke hjelp samme dag, må ofte vente til neste dag, også da er det legevakta vi må stole på.*

På den horisontale aksene – forholdet mellom de to søylene knyttet til organiseringen av rustjenester på den ene side og psykiatritjenestene på den annen – blir dette i stor grad – særlig fra kommunale informanternes side – opplevd som et problem knyttet til spesialisttjenestene. Brukerne er svært opptatt av svakhetene ved søyleorganiseringen:

*Vi sitter jo her og ser at disse søylene ikke er der for pasientene. Det har vi jo erfart gang på gang og det er blitt så synlig her fordi vi har hatt kjempestore utfordringer fordi organiseringen er sånn som den er i Ahus systemet.*

Også sett fra kommunenes side er fokuset primært på utfordringene søyleorganiseringen innenfor spesialisttjenestene representerer. Det heter at søylene er «vanntette», men at det er særlig i forbindelse med de pasientgruppene som har både alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser at problemene kommer til uttrykk. Det er et generelt inntrykk at i arbeidet med de pasientene/brukerne som er entydig knyttet til en rus- eller psykiatridiagnose er ikke søyleorganiseringen et problem:

*Det er viktig å si at i de fleste sakene så har vi et godt og velfungerende samarbeid, men det er i de utfordrende sakene søyleorganiseringen er en hindring. Dette er personer som i perioder har størst problemer med rus, mens de i andre har større problemer med psykisk helse – da har det ikke vært lett å få dem inn på døgn fordi der vil de ikke ha noen med rus – det har liksom ikke vært lett å få dem innenfor dørene når det har vært behov for det.*

En annen formulerer det slik:

*Det må være lov å si at søylene i Ahus skaper problemer for oss. Ofte er sorteringen av pasientene kunstig. Mange ganger ser vi underveis at det for eksempel er ønskelig å sortere pasienter fra ARA til DPS. Det er vanskelig. Det er så stor grad av overlapp mellom rus og psykiatri i denne gruppen at delingen mellom DPS og ARA ikke er relevant.*

Også ansatte i spesialisttjenestene slutter seg til dette synet:

*ARA skal ikke ha tunge psykiatridiagnoser. Vi skal ikke ha dem med hoveddiagnose rus. ....Det vi har kjent litt på er at man ikke stoler på hverandres vurderinger. ROP-pasientene har vi en stor utfordring i forhold til – søylene er i alle fall ikke svaret for ROP- pasientene.*

En av de ansatte ved ARA sier:

*Vi som jobber på ARA og DPS blir jo kjent med hverandre her og vi samarbeider derfor om konkrete spørsmål. Jeg synes at klimaet her har vært godt og vi ønsker å samarbeide, men vi ser at det er noen stengsler mellom DPS og ARA som har gjort det litt utfordrende noen ganger .... Problemet er systemet – ikke menneskene.*

I kommunene er «søyleorganisering» (mellom rus og psykisk helsearbeid) et for enkelt begrep om organiseringen av relevante tiltak og tjenester for den aktuelle målgruppen. Her taler vi om et «konglomerat» av enheter der en riktignok har en tradisjonell søyleorganisering gjennom splitten mellom rustjenester og psykiske helsetjenester, men der en i tillegg har en rekke helse- og velferdstjenester som tilbyr hjelp til befolkningen mer allment, men som også har et ansvar for tiltak og tjenester til målgruppen. Dette dreier seg om fastlegene, NAV, pleie- og omsorgstjenester, boligkontor osv. Når vi stiller spørsmål om de «interne» samhandlingsproblemene i kommunene, er det ingen tvil om at dette komplekse tjenestetilbudet også representerer utfordringer for samhandlingen:

*Også kommunene har søyler – det er et problem både i forhold til bolig og forvaltning på NAV og noen steder også tildelingskontoret. Noen steder er tildelingskontoret en fordel fordi de bestiller et helhetlig tilbud, men her er for eksempel ikke bolig noe tildelingskontoret har ansvar for.*

På den annen side er det også gitt uttrykk for at Romeriksprosjektet har bidratt – sammen med andre parallelle prosesser som Samhandlingsreformen – til at det har skjedd en markant forbedring i samhandling mellom de kommunale tjenestene:

*Romeriksprosjektet har betydning for samarbeidet mellom de to enhetene i kommunen. Har hatt kjempepositiv innvirkning på det samarbeidet.*

Vi stilte også flere spørsmål om hvorvidt Romeriksprosjektet har bidratt til å bedre samhandlingen mellom «søylene» og mellom nivåene. Generelt gis det uttrykk for at prosjektet har bidratt til dette mellom de som har vært deltakere i

samhandlingsgruppene. Her blir det pekt på at en gjennom arbeidet i gruppene har fått bedre kunnskap om hverandre, og at en har hatt lettere for å ta kontakt i saker som ikke har berørt arbeidet med de pasientene som er inkludert i prosjektet. Det er derimot delte meninger om dette har hatt betydning for bedre samarbeid for de aktuelle tjenestene mer generelt. En sier for eksempel at:

*...Dette prosjektet har bidratt til mer felles jobbing mot brukerne, innbiller meg at det smitter litt ut over prosjektet – vi har fått samhandlingsmøter, kontakter på tvers i systemet.*

For flere andre er dette imidlertid ikke tilfellet. Også fra respondenter i spesialisttjenestene sies det at å bedre samhandlingen mellom de to søylene på dette nivået er en utfordring – å arbeide for at disse tjenestene fremstår som «en divisjon».

Fra deltakere i prosjektet fra kommunene er det et relativt entydig bilde som tegnes av at spesialisttjenestene generelt i svært liten grad har blitt endret som følge av prosjektet – de fremstår fremdeles som vanskelige å samarbeide med for disse, selv om det pekes på viktige nyanser særlig i forhold til ruspoliklinikkene og DPSene på den ene siden og sykehustjenestene på den annen side:

*DPSene er en ting, Ahusavdelingene er noe helt annet. På sykehuset syns vi ikke – de vet vel ikke om Romeriksprosjektet i det hele tatt, og det vi jobber med her har ikke bidratt mye til bedre samhandling med Ahus. I forhold til Ahus har ikke Romeriksprosjektet hatt betydning for samhandlingen, men i forhold til DPSen er det blitt bedre – der kjenner veldig mange prosjektet.*

Fordi Romeriksprosjektet skal bidra til bedre samhandling mellom eksisterende tjenester - det vi har kalt «driftsorganisasjonen» - er det interessant å konstatere at de vi intervjuet skilte så pass klart mellom de positive effektene på samhandling som en opplevde mellom dem som deltok i Samhandlingsgruppene og de synspunkter som fremkommer om forbedringer i driftsorganisasjonen. Dette er et sentralt poeng for den analysen vi skal foreta senere i rapporten. Det er samtidig flere som peker på at det nå har skjedd en endring i tenkningen om samhandling og samarbeid i hele sektoren, ved at en opplever at mange parallelle løp peker i samme retning; dette gjelder særlig ved at flere enheter blir involvert i iverksettingen av Samhandlingsreformen, og at det kommer nye retningslinjer for samarbeid knyttet til samarbeidsavtalene mellom helseforetaket og kommunene.

### ***Brukermedvirkning***

Brukermedvirkning på individplan er i utgangspunktet ivaretatt i ansvarsgruppene. Vi har i denne evalueringen ikke sett på det som foregår i ansvarsgruppene og har derfor ikke data på hvordan brukermedvirkning ivaretas i disse. Det er likevel ikke alle som har en ansvarsgruppe rundt seg. I noen tilfeller er det brukeren selv som motsetter seg at det etableres en ansvarsgruppe. Noen av brukerne ønsker av ulike grunner ikke å samarbeide med tjenesteyterne, for eksempel fordi de er under tvangsbehandling. Ansvarsgruppene møter mye sjeldnere enn samhandlingsgruppene. Behovet for å diskutere forhold som egentlig burde vært diskutert i ansvarsgruppen kan derfor oppstå underveis. Følgende uttalelser illustrerer hvordan det skaper utfordringer for deltakerne i samhandlingsgruppene:



*Er vi plutselig en ansvarsgruppe heller enn en samhandlingsgruppe? Det er noe vi har tatt opp mange ganger i løpet av de årene her, men jeg tenker at vi ikke er en ansvarsgruppe, har måttet prøve å løfte det, noen ganger havner vi i den dumpa at vi tror vi er en ansvarsgruppe, blitt for likt en ansvarsgruppe likevel.*

For de som ikke har ansvarsgrupper er utfordringen enda større. De har likevel en kontaktperson som også forholder seg til samhandlingsgruppene. Det sies klart på følgende måte:

*Ikke alle har individuell plan og ansvarsgruppe. Noen har kontaktpersoner som blir invitert inn til samhandlingsgruppene.*

For de kontaktpersonene som ikke har en ansvarsgruppe å samarbeide med, kan samhandlingsgruppene være en viktig arena. En av informantene forklarte det på denne måten:

*Når du er alene om en person – og opplever at verken spes.tjenestene, fastlege eller NAV tar noe ansvar, da er en sånn gruppe som dette (samhandlingsgruppen) veldig viktig, men dersom det er en fullt ut fungerende ansvarsgruppe i bønn, så er ikke dette samarbeidet så viktig.*

Noen av deltakerne mente også at det var behov for å ha arenaer der brukerne ikke deltok. Følgende uttalelse illustrerer hvordan noen opplevde å kunne luften andre problemstillinger i samhandlingsgruppen enn i fora der brukerne deltok:

*Det som er en stor forskjell er at her kan man stille spørsmål ved diagnoser etc – det kan vi ikke gjøre i et ansvarsgruppemøte.*

En av våre informanter var opptatt av dette med brukermedvirkning og tok seg tid til å reflektere litt både om brukerdeltakelsen i styringsgruppen og i ansvarsgrupper:

*Det er en interessant problemstilling – hva betyr brukermedvirkning – hva betyr det at det er en eller to representanter for brukerne med i et stort prosjekt. Vi har brukermedvirkning, men er det en reell brukermedvirkning – har de reell innflytelse – det er jeg ikke sikker på at de har. Det er jo en generell diskusjon.*

*Da er det ansvarsgruppene som blir den sentrale arenaen for brukermedvirkning?*

*Ja, derfor har jeg tro på å koble ansvarsgrupper med metoder som nettverksgruppemøter og den type metoder for å møte brukeren. Det blir på en helt annen måte å ta brukeren på alvor.*

På det individuelle planet var det derfor stor enighet om at brukermedvirkningen burde ivaretas i ansvarsgruppene. Enkelte mente også tydeligvis at det var muligheter for å styrke brukermedvirkningen ved å ta i bruk spesielle metoder som nettverksmøter der brukerne har en mer sentral plass enn i ordinære ansvarsgrupper.

På det organisatoriske planet var brukerorganisasjonene representert i styringsgruppen. Da vi spurte om deltakerne fra disse organisasjonene følte at de ble hørt i prosjektet var tilbakemeldingen ikke helt entydig:

*Hørt og hørt – det skal mye til for å gjøre oss fornøyde – men det er også forskjeller. I noen sammenhenger opplever vi å bli tatt i mot med åpne armer, men i andre sammenhenger opplever vi at noen ansatte bare himler med øynene når vi sier noe.*

Utfordringene med at det ikke var brukerrepresentanter i samhandlingsgruppene klarte de å forholde seg til slik at de til en viss grad fikk formidlet sine synspunkter:

*Vi er blitt kjent med de som jobber og vi har kunnet fortelle dem hva vi mener her i styringsgruppen – og vi er blitt kjent med noen av dem og kan kontakte dem direkte. I tillegg har vi hatt god kontakt med prosjektleder som har formidlet våre synspunkter inn både i styringsgruppen og i samhandlingsgruppene.*

Likevel har ikke brukerrepresentantene fått gjennomslag for alt de har ønsket. En av dem fortalte:

*Vi har vært opptatt av å finne ut om prosjektet har bidratt til positiv utvikling for den enkelte bruker, og har ønsket en form for brukerundersøkelse, men det er hele tiden blitt avvist – med begrunnelsen: ”av hensyn til taushetsplikten”.*

Her er det åpenbart at brukerorganisasjonene ikke har fått gjennomslag for en sak som har vært viktig for dem.

Brukermedvirkning er alltid en utfordring i forhold til denne brukergruppen. I dette prosjektet har utfordringene delvis vært knyttet til å sørge for at avgjørelser

av betydning for brukerne blir tatt i fora der de deltar og delvis til at de har fått en reell innflytelse på de vedtakene som er gjort. En nærmere diskusjon av disse forholdene kommer vi tilbake til siden.

## **Forskningsprosjektet**

I utgangspunktet var en av intensjonene med Romeriksprosjektet å sammenligne ACT-team med samhandlingsgrupper. Tanken var at man skulle etablere et ACT-team enten på øvre eller nedre Romerike og samhandlingsgrupper motsatt. Konklusjonen ble likevel at man valgte samhandlingsgrupper både på Øvre og Nedre Romerike. I stedet tenkte man seg at det var mulig å sammenligne resultatene fra samhandlingsgruppene men resultatene fra den nasjonale evalueringen av ACT-team. For at dette skulle være mulig, så måtte inklusjonskriteriene i samhandlingsgruppene være de samme som for ACT-team. Dette var en rammebetingelse som har lagt en del føringer for samhandlingsgruppene. Disse rammebetingelsene har vært noe overraskende for mange av de som har deltatt i prosjektet. For det første var det noen som hadde tenkt seg at det var innholdet i prosjektet som skulle sette føringer for forskningen og ikke omvendt. Følgende uttalelse illustrerer denne holdningen:

*Vi hadde trodd at forskningsprosjektet skulle være følgeforskning, men vi ser at FoU-avdelingen har bidratt til å drive frem deler av prosjektet.*

ACT-team har skissert en del klart avgrensede kriterier for hvilke personer som skal kunne inkluderes i de tjenestene som disse teamene yter. Disse kriteriene er blant annet knyttet til bestemte psykiatriske diagnoser. En del av de pasientene kommunene så behov for å samhandle om, har ikke diagnoser. En del av

medlemmene i samhandlingsgruppene hadde derfor vanskelig for å forholde seg til disse kriteriene. Her er et par representative uttalelser om dette:

*Da vi startet opp hadde vi en kjempelang liste over personer vi tenkte kunne være aktuelle. Her var NAV inne med mange de mente det var behov for å få oppfølging av, men så viste det seg at de ikke var i diagnosespekteret. ....Det låste oss litt i forhold til hvem vi inkluderte.*

*Mye diskusjoner i starten om målgruppa, gikk på at alle kom inn i prosjektet med annen forventning enn det ble – vi trodde vi skulle få hjelp med de vi sliter med å få kontakt med – mye personlighetsproblematikk og med rus, men så at kriteriene var på psykosefeltet – vi slet med det, mye diskusjon fordi vi ikke kunne ta inn de vi ønsket. Etter hvert har noen kommet inn av dem – men vi har forsonet oss med kriteriene.*

For flere av medlemmene i samhandlingsgruppene innebar disse inklusjonskriteriene også at man ikke fikk det utbyttet av samhandlingsgruppene som man hadde forventet. Følgende uttalelse viser hvordan inklusjonskriteriene for noen også fremsto som ulogiske:

*Den gruppen som er inkludert er en gruppe som har mange stående rundt seg, mens de jeg hadde ønsket at vi kunne inkludere er de som ikke har noen stående rundt seg. Noen av disse får ikke hjelp fordi de ikke vil ta kontakt med spesialisttjenestene eller fordi de er for ruset til å kunne gjøre det.*

Denne avgrensingen har også medført at det har oppstått enkelte konflikter i prosjektet og en av våre informanter var ganske oppgitt over de rammene som forskningsprosjektet hadde lagt:

*Tenker på det med forskningen – vi bala jo veldig lenge med både i prosjektmøtene, og i samhandlingsgruppen – hva er det egentlig en ønsket svar på? ..... Det var hele tiden uklart hva hensikten med dette prosjektet egentlig er – i kommunen satt vi med noen veldig vanskelige brukere, og vi trodde at nå skulle vi endelig få hjelp til de - å bedre deres situasjon, mens andre mente at hensikten var å se på hvordan en samhandlet om disse.*

En annen kom med følgende hjertesukk:

*Vi har ofte mer behov for å diskutere de som ikke er inkluderte. ... Vi bruker derfor mye tid på personer som ikke det er så viktig å følge opp, men får for liten tid til å diskutere andre der behovet er større*

Etter hvert tilpasset samhandlingsgruppene seg for en stor del de rammebetingelsene som var satt, men det utviklet seg også en form for systematisk "ulydighet" i de ulike samhandlingsgruppene. Følgende beskrivelse fra en av gruppene er nok representativ for de fleste:

*Dette var et typisk møte - nå – men hvis du hadde vært her for to år siden så hadde det vært et helt annet møte du hadde fått se. Disse pasientene har vært inkludert lenge og mange av dem er utrolig mye mer velfungerende nå. Det var en sluttdato for når vi kunne fortsette å rekruttere inn i programmet så vi har en del personer vi gjerne skulle ha*

*hatt med i prosjektet, men som vi ikke har fått lov til å ta inn. Det løser vi ved at vi har et ordinært møte først der vi går gjennom de som er i prosjektet, og så følger vi opp med et uformelt møte etterpå der vi diskuterer andre pasienter vi har behov for å samarbeide om. Da utnytter vi litt at vi er samlet her.*

Forskningsprosjektet har også innebåret at det skal gjøres en del registreringer knyttet til hver enkelt pasient. Også det er det en del av medlemmene i samhandlingsgruppene som har merknader til:

*Forskningsprosjektet har lagt noen rammer som har vært krevende å forholde seg til. Vi har måttet holde på med alle disse utredningspakkene, vi snakker ikke om tre sider – vi snakker om mer enn 50 sider – dette skal gjøres tre ganger. For meg hadde det vært bedre å ikke ha dette forskningsprosjektet å forholde meg til.*

*Den voldsomme kartleggingen og arbeidet med det har gjort at vi er litt prosjekttrøtte – hvis noen hadde bedt meg om å delta i et slikt prosjekt på nytt, så vet jeg ikke om jeg hadde sagt ja.*

Det er mulig at en del av de innvendingene mot forskningsprosjektet hadde vært mindre dersom man hadde vært mer klare på hvilke rammer som forelå før prosjektet ble startet opp. En av våre informanter var nokså tydelig på at det kunne være en forklaring

*Vi hadde nok en del elementer i prosjektet knyttet både til diagnosegruppe og hvordan de ulike virksomhetene definerte sitt ansvarsområde som ikke*

*var godt nok forankret verken i divisjonen, de enkelte avdelingene eller i kommunene.*

Det er likevel klart at for en del av medlemmene i samhandlingsgruppene har forskningsprosjektet vært et forstyrrende element.

### ***Samhandlingsgruppene – som arena for samhandling.***

Som nevnt innledningsvis anser vi etableringen av Samhandlingsgrupper som «kjernen» i Romeriksprosjektet. De fem Samhandlingsgruppene er i all hovedsak organisert etter samme modell. Det sentrale organisatoriske grepet i Romeriksprosjektet er etablering av samhandlingsgruppene. Som nevnt er disse gruppene er ikke faste team, men team som møtes jevnlig. Slike team er en vanlig samhandlingsarena, men hvordan team settes sammen og organiserer arbeidet sitt, kan også fremme og hemme samarbeid. Vi viste i teorikapittelet til 5 slike faktorer, basert på Øvretveit 1996. De fem faktorene er: Integrasjon, kollektivt ansvar, medlemskap, behandlinglinje og ledelse.

I intervjuene og observasjonene vi foretok i gruppene var vårt hovedfokus på erfaringene med arbeid i gruppene i forhold til disse fem faktorene. I praksis gikk synspunktene på disse faktorene over i hverandre, og noen er også avklart gjennom prosjektets formelle beslutning om struktur og arbeidsform for Samhandlingsgruppene. Etter å ha gjengitt vurderinger om sentrale spørsmål som kom frem i intervjuene, skal vi i analysen komme tilbake til hvordan disse synspunktene kan plasseres i relasjon til de fem faktorene som er gjengitt foran.

Vi velger å presentere de dataene som dreier seg om graden av «integrasjon» fra observasjonene og intervjuene knyttet til to forhold: på hvilken måte



medlemmene i Samhandlingsgruppene opplever seg som et integrert faglig fellesskap (jf. punktene foran om hvilke faktorer som fremmer samarbeid), og om integrasjon forstått som i hvilken grad de deltakerne en mente skulle være med i Samhandlingsgruppene faktisk har deltatt. Det første forholdet – dreier seg om hvorvidt deltakerne i Samhandlingsgruppene mener at teamet oppfatter seg som et faglig fellesskap som foretar felles beslutninger som er bindende for medlemmene i teamet, eller om medlemmene anser arbeidet som «uforpliktende nettverksmøter» hvor utveksling av informasjon (om pasienter og tiltak/tjenester) er det sentrale. Vi vet at disse spørsmålene har vært gjenstand for diskusjoner gjennom hele prosjektperioden. Det er likevel et faktum at det ikke kan fattes beslutninger i Samhandlingsgruppene som binder de respektive tjenester som har ansvaret for pasientbehandlingen. Spørsmålet er her snarere i hvilken grad det etableres en samforstand om hvilke tiltak som bør settes i verk for pasientene, og i hvilken grad en opplever at denne samforstanden er basert på faglige avklaringer som en blir enige om gjennom diskusjoner i gruppen. Som vist til foran er en indikator på at en har opplevd et faglig fellesskap som peker ut over det mandatet Samhandlingsgruppene formelt har, er at det flere steder blir nevnt at møtene dreier seg om de inkluderte pasientene, men at en i tillegg til det – gjerne som en uformell avslutning på møtene – informerer, og diskuterer tiltak for, pasienter som ikke er inkludert i prosjektet. Slik sett fungerer Samhandlingsgruppene som en arena for (potensiell) samhandling på en noe bredere basis enn de formelle rammene for hva som skal diskuteres på møtene. Likevel er følgende utsagn svært representativt – også i forhold til våre observasjoner:

*De som er inkludert er veldig styrende for diskusjonen i gruppa.*

En annen sier om dette:

*Vi har ofte mer behov for å diskutere de som ikke er inkluderte. Noen av de som er inkluderte er også skrevet ut fra DPS og får bare tilbud fra kommunen. Vi bruker derfor mye tid på personer som ikke det er så viktig å følge opp, men får for liten tid til å diskutere andre der behovet er større.*

I intervjuene pekes det på at det var en sluttdato for når en kunne fortsette å rekruttere inn pasienter i programmet, og at noen grupper derved hadde noen pasienter de gjerne skulle ha hatt med i prosjektet, men som ikke fikk lov til å ta inn. Om dette fant en imidlertid en løsning:

*Det løser vi ved at vi har et ordinært møte først der vi går gjennom de som er i prosjektet, og så følger vi opp med et uformelt møte etterpå der vi diskuterer andre pasienter vi har behov for å samarbeide om. Da utnytter vi litt at vi er samlet her.*

Om Samhandlingsgruppens muligheter for formelt å beslutte om forpliktende tiltak er begrenset, har en likevel hatt mange diskusjoner for å avklare hvorvidt gruppene i praksis fungerer som beslutningsfora eller som «uforpliktende nettverksmøter». Denne diskusjonen er særlig knyttet til at deltakerne også tar opp til drøfting pasienter som de selv ikke har ansvar for. Mange uttrykker frustrasjon og usikkerhet i forhold til dette, og kopler dette til erfaringene med henholdsvis ansvarsgrupper og ACT-team, som begge er konsentrert om tiltak for pasienter deltakerne har ansvar for.

Om kontrasten til ansvarsgrupper og ACT sies det bl.a. i intervjuene:

*De (ansvarsgrupper) fungerer ikke på samme måte – der gjør man avtaler helt ned på detaljnivå – datoer og tider og sånn – og så er brukerne med.*

*(Samhandlingsgruppen)..fikk en veldig utydelig rolle – vi sitter jo mye og prater, slik en gjør i en ansvarsgruppe, der et det jo også veldig utydelig, men her snakker jeg jo om pasienter til en av mine kolleger, ansvarsgrupper er vel så gode eller bedre når det gjelder å være konkrete i forhold til pasientene.*

*ACT-team ville vært fornuftig fordi vi kunne jobbet direkte med de som vi er mest frustrerte med – da ville ACT-form vært bedre – vi kunne reist sammen. I Romeriksprosjektet har vi ikke mulighet til å reise ut, vi opplever i (Romeriksprosjektet) at vi ikke kan gjøre noe - sitter og informerer hverandre, men har ikke mulighet til å gjøre noe (sammen).*

*I et ACT-team kunne vi gjort noe nyttig, her sitter vi og informerer hverandre. Har ikke mulighet til å gjøre noe.*

Det er likevel ikke slik at denne oppfatningen er entydig. Mange opplever at Samhandlingsgruppene ikke «kun informerer hverandre»; når det gjelder de inkluderte pasientene mener en at en har en rolle ut over det. Det innebærer at en fungerer også «litt kommunikativt» - opplyser hverandre om hvor en kan henvende seg, om faglige opplegg som kan hjelpe pasientene osv.:

*Men vi vet at det er noen vi ikke kjenner, men det har verdi fordi vi kan komme med faglige – tverrfaglige – innspill. Selv om de vi ikke kjenner kan vi komme med spørsmål....*

På spørsmål om det er faglige konflikter og uenighet i gruppen, gis det uttrykk for at det primært dreier seg om konstruktive og nyttige diskusjoner om pasienter der en ofte er usikre, har for lite informasjon eller har ulike oppfatninger av hvordan pasientens livssituasjon og diagnose egentlig skal tolkes:

*Det har skjedd – men det er mer konstruktive diskusjoner knyttet til hvordan utviklingen går – for eksempel uenighet om hvorvidt det er grunn til å bekymre seg for utviklingen for en bestemt person.*

*Vi er ikke alltid enige, men jeg synes at vi har hatt stort sett gode og saklige diskusjoner. Og vi har klart å bringe tilbake det vi ønsker til for eksempel ansvarsgrupper.....Jeg synes at diskusjonene gjerne går frem og tilbake, men så er det noen som må ta ansvar og for eksempel bringe saken inn for en ansvarsgruppe.*

Noen få ganger har en også opplevd at det helhetsbildet som avtegner seg av pasienten gjennom diskusjoner i gruppen har medført at diagnosen har blitt endret (f.eks. schizofreni-diagnose).

Et annet spørsmål, som mer dreier seg om forutsetningene for at gruppene skal fungere effektivt som team, er deltakelsen fra de ulike aktørene som er (eller som i prosjektbeskrivelsen skal) delta. To grupper synes spesielt vanskelige å få til å delta på en systematisk måte: fastleger og NAV-representanter. I de fleste gruppene har fastlegene enten deltatt i den første fasen, for så å trekke seg ut, eller de har vært «til og fra» gjennom prosjektperioden. Fastlegenes fravær er særlig savnet ettersom disse noen ganger kjenner pasientene, og har medisinsk-faglige forutsetningene for å kunne gi råd. NAV er også savnet, og det har vist

seg vanskelig å få permanent deltakelse fra NAV-representanter i gruppene. NAV spiller åpenbart en sentral rolle, ikke minst fordi mange pasienter kan ønske å unndra seg kontakt med rus- og psykiatritjenestene, men vil ha behov for økonomisk hjelp via NAV-systemet. I mange sammenhenger vil NAV derfor kunne være en brekkstang i forhold til å få pasientene i tale, og å formidle kontakt til det øvrige hjelpesystemet.

Når det gjelder ARA's deltakelse (rustjenestene) er dette delvis et spørsmål som vi tar opp under den generelle drøftingen av prosjektorganisering, men også i samhandlingsgruppene har (den reduserte) deltakelsen fra ARA vært problematisert. Det skyldes at noen av ARA's ansatte i ruspoliklinikkene har ønsket eller følt seg forpliktet til å delta i Samhandlingsgruppene til tross for at det i den første fasen av prosjektet ble sagt fra ledelsen av ARA at prosjektet ikke skulle innbefatte deltakelse fra ARA fordi det var et «psykiatriprosjekt» - knyttet til målgruppens diagnosekrav. Etter hvert har ruspoliklinikkene hatt representanter i noen av gruppene, men har da funnet et kompromiss ved å delta på den delen av møtene der pasienter de selv hadde ansvar for ble gjennomgått.

Samhandlingsgruppenes funksjon og formelle rolle innebærer at det har vært mange utfordringer som ikke primært har dreiet seg om relasjoner mellom deltakerne. Det uttrykkes ofte i intervjuene at gruppene har fungert godt og at det interne samarbeidet har vært fruktbart, samtidig som de formelle rammene knyttet til at gruppene (eller gruppelederen) ikke har hatt beslutningsmyndighet i forhold til det øvrige tjenesteapparatet. Det siste innebærer også at pasientens helhetlige forløp ikke har fungert slik en trodde prosjektet skulle bidra til da det ble startet. Et viktig poeng er her at det i flere sammenhenger fremgikk at de kommunale medlemmene av samhandlingsgruppene var skuffet og frustrerte

over at Romeriksprosjektet ikke førte til at en lettere fikk innlagt pasienter på sykehuset. Et representativt uttrykk for det er formulert slik:

*Vi har hatt gode diskusjoner her og har fått god innsikt i hverandres arbeid, men vi har ikke klart å kommunisere det ut godt nok til andre i kommunen. Vi her har også kunnet ta opp saker der vi har vært frustrert over manglende samarbeid, men vi har ikke hatt myndigheten til å kunne gjøre noe. Det er vanskelig å se på når du har en person som er veldig syk, og så får man ikke på plass et skikkelig tilbud fordi formelle forhold som en diagnose ikke er på plass – det er noe av det som har vært en frustrasjon her.*

Deltakerne fra spesialisttjenestene var på sin side mer forstående til at de pasientene som var inkludert i Romeriksprosjektet ikke kunne ha en kanal for bypass til tjenestene der – men måtte få tilbud ut fra ordinære innleggelsesprosedyrer.

Om hvordan en skulle konkludere om måten Samhandlingsgruppene fungerte på var det generelt mange positive utsagn. Det het bl.a. at en etter hvert hadde fått bedre forståelse for hverandres arbeid og kompetanse:

*Dette var et typisk møte nå – men hvis du hadde vært her for to år siden så hadde det vært et helt annet møte du hadde fått se. Disse pasientene har vært inkludert lenge og mange av dem er utrolig mye mer velfungerende nå. Jeg tror det var veldig viktig at vi møttes en gang i uken i begynnelsen slik at vi fikk satt gruppen og ble kjent med hverandre, men så, så vi vel etter hvert som vi ble samkjørte at det ikke var behov lenger.*

*Det som er skjedd er at vi har fått større forståelse for hverandre – hvordan vi jobber og hvordan vi tenker. Det kommer oss til gode – men også brukerne. Nå vet vi hvem vi kan kontakte dersom vi har behov for hjelp. Noen ganger har vi også felles problemer, for eksempel med å opprettholde en kontakt med bruker – da kan vi finne frem til felles løsninger.*

*Vi som møtes her jevnlig vi blir mye bedre kjent enn om vi bare hadde møtes til korte og mye sjeldnere ansvarsgruppemøter. Det er også viktig at vi er blitt mer jevnbyrdige – før så jeg bare andre linje, nå ser jeg at (NN) er sykepleier – akkurat som meg.*

## ***Samarbeidskultur***

Vi har deltatt på møter i alle samhandlingsgruppene og på den måten registrert kommunikasjonen innad i disse gruppene. Selv om møtene hadde en viss formell ramme ved for eksempel at man ved hjelp av "tavlen" gikk gjennom status for en del av pasientene, så var det stort sett god stemning og åpent for å komme med kommentarer og diskusjoner. Det var likevel tydelig at en så åpen kommunikasjonsform ikke var kommet av seg selv. Flere av deltakerne var klare på at dette var en konsekvens av medlemmene etter hvert kjente hverandre godt:

*Det er viktig å kjenne hverandre for å kunne få til et godt samarbeid – det gir innsikt både i hva folk gjør og hva de ikke kan/vil gjøre. Vi får realistiske forventninger til hverandre – vi må ha fora hvor vi blir kjent – da kan vi også samarbeide utenfor samhandlingsgruppen.*

*At vi har klart å få til et godt samarbeid tror jeg kommer av at vi er trygge på hverandre og at vi ikke er bekymret for å si det vi mener.*

Likevel er det enighet om at denne åpenheten ikke har kommet av seg selv. Følgende uttalelse illustrerer hvordan flere har tenkt:

*Jeg tror det var veldig viktig at vi møttes en gang i uken i begynnelsen slik at vi fikk satt gruppen og ble kjent med hverandre, men så, så vi vel etter hvert som vi ble samkjørte at det ikke var behov lenger.*

De fleste medlemmene i samhandlingsgruppene er enige om at samarbeidet har vært viktige, men det er likevel noen få som ikke helt ser at de har fått noe igjen for sin deltakelse i gruppen. Begrunnelsen for dette er nokså entydig knyttet til at gruppen har diskutert personer og tiltak som vedkommende ikke har noen kobling til. Her er et eksempel på hvordan noen av disse har opplevd deltakelsen i samhandlingsgruppen:

*Jeg sitter jo egentlig her og bruker opp tida mi - bortkastet. Kjenner ikke noen av disse pasientene.*

Det store flertallet av medlemmene føler likevel at de har hatt stort utbytte av samarbeidet. Det er flere grunner til dette. For det første er det viktig å kunne utveksle erfaringer om pasientene. Her kommer noen synspunkter på det:

*En av utfordringene med disse brukerne er at de har sin egen agenda når de møter oss og at de kan tilpasse oppførselen til det de ønsker å oppnå. Dess flere virksomheter som er samlet her, jo mer komplett bilde får vi av brukeren. Skal vi ha skikkelig forståelse av den enkelte bruker er det helt uvurderlig å ha et sånt forum.*



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

*Det som jeg ser er at det er en kjempefordel at vi har et sted der vi kan snakke sammen.*

Erfaringene fra samhandlingsgruppene er altså at man har utbytte av å samarbeide. I tillegg er det åpenbart at det ikke bare er pasientene som synes det er vanskelig å få oversikt og forholde seg til de ulike leddene i det kompliserte systemet som sektoren er:

*Det har vært viktig å ha med andre – selv om det ikke er mine pasienter, så blir jeg kjent med andre deler av tjenestene. Jeg visste for eksempel ikke noe om ARA. Nå vet jeg hva de gjør og hvem som kan få hjelp der og hvem som ikke får det – det er jo det samme med DPS'en – nå vet jeg litt bedre hva de tenker og slipper å sitte her å lure på det.*

*Dette er også viktig fordi vi har mange andre pasienter som trenger hjelp fra spesialisttjenesten – ikke bare de som er i samhandlingsgruppen – derfor er det bra å vite hva spesialisttjenesten gjør og ikke gjør, og hvem som kan få hjelp der.*

*Vi har etter hvert sett hverandres system og forstått hverandres rammer. På den måten har vi i fellesskap kunnet finne løsninger – vi har hele tiden vært løsningsorienterte.*

Tilbakemeldingene er i stor grad entydige på at man har utviklet et godt samarbeid i samhandlingsgruppene.

Målsettingen med Romeriksprosjektet var at man skulle utvikle en samarbeidskultur i *hele* sektoren. Et sentralt spørsmål er derfor om de positive erfaringene man har gjort seg er blitt en del av styringskulturen både i kommunene og i spesialisttjenestene? Vurderingen av dette spørsmålet er nok noe ulike både innad i de ulike samhandlingsgruppene og innad i styringsgruppen. Her er to av informantenes vurdering av hvordan Romeriksprosjektet har påvirket samarbeidet i resten av kommunen:

*Prosjektet har hatt kjempepositiv innvirkning på det samarbeidet. Andre arenaer enn de som er i samhandlingsgruppene diskuterer samhandling internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisttjenestene.*

*Dette prosjektet har bidratt til mer felles jobbing mot brukerne, innbiller meg at det smitter litt ut over prosjektet – samhandlingsmøter, kontakter på tvers i systemet.*

Andre var ikke like positive i sine uttalelser:

*Vi har hatt gode diskusjoner her og har fått god innsikt i hverandres arbeid, men vi har ikke klart å kommunisere det ut godt nok til andre i kommunen.*

I det ene styringsgruppemøtet vi deltok som observatører, ble de foreslåtte retningslinjene for samarbeid mellom kommunene og Ahus presentert og

gjennomgått. Noen av deltakerne ga uttrykk for at de fant lite av de erfaringene som man hadde gjort i Romeriksprosjektet igjen i disse retningslinjene. Det er en diskusjon vi ikke kan gå inn i her, men vi registrerer at noen er mer opptatt av at Romeriksprosjektet har påvirket prosessen mer enn innholdet i retningslinjene. Følgende uttalelse illustrerer dette poenget:

*Veien ble litt til mens vi gikk – så de retningslinjene for samhandling som vi nå har fått til, mener jeg helt klart er bygget på ideene fra Romeriksprosjektet. Jeg tror ikke vi hadde kommet frem til et omforent forslag hvis vi ikke allerede hadde gått gjennom en del av de dragkampene vi har hatt underveis i Romeriksprosjektet.*

Det er likevel klart at Romeriksprosjektet ikke har foregått i et vakuum. Samhandling har vært et tema i svært mange sammenhenger også utenfor prosjektet. Hvor mye av de endringene i holdningene til samhandling som er et resultat av Romeriksprosjektet og hvor mye som er et resultat av ekstern påvirkning er derfor vanskelig å si.



## **Analyse**

De dataene som vi presenterte foran, reflekterer at deltakerne i prosjektet har reflektert, diskutert og kritisert mange aspekter ved prosjektet. Det er et nyansert, til dels motstridende bilde av prosjektets bidrag til bedre samhandling som avtegner seg. Der ulike aktørene/respondentene er ansatt i ulike deler av rus- og psykisk helsetjenestene, og deres plassering i driftsorganisasjonene har åpenbart stor betydning for de synspunktene som blir uttrykt om prosjektets samhandlingspotensiale. Et gjennomgående trekk er spenningsforholdet mellom ønsker om å bidra til å forbedre tjenestene for pasientgruppen på den ene siden, og samtidig som en ser behovet for å forklare de særtrekk ved de ulike tjenestene som legger rammer for – og begrensninger – for optimale løsninger. Vi har i teorikapittelet argumentert for at kompleksiteten i tjenestetilbudet, de økonomiske og organisatoriske rammene, de ulike profesjonenes kunnskapsgrunnlag, og egenskaper ved pasientgruppens lidelser til sammen innebærer at det ikke er mulig å finne noen quick-fix organisasjonsmodeller som «løser» pasientenes problemer og lidelser en gang for alle. I analysen er det derfor et poeng å vise at bedre tjenester skjer i en balansekunst mellom disse ulike rammene og hensynene. I tråd med forskningsspørsmålene og datapresentasjonen har vi strukturert analysen slik at prosjektets bidrag til å bedre samhandling og samarbeid ses i lys av denne kompleksiteten.

## ***Samhandlingsgruppene som arena for samhandling og samarbeidskultur.***

Som nevnt foran er Samhandlingsgruppene et sentralt elementet i Romeriksprosjektet, og blir som oftest betegnet som «Romeriksmodellen». Denne modellen er basert på noen organisatoriske grep som ble beskrevet i prosjektsøknaden allerede i 2009. Gjennomføringen av prosjektet har vært meget lojal mot denne beskrivelsen, og det er kun foretatt noen mindre justeringer i forhold til denne. Midtveisevalueringen viste at modellen var relativt vellykket på sine premisser, men var særlig kritisk til det som er modellens viktigste kjennetegn sett i relasjon til sammenliknbare organisatoriske nyvinninger som ACT og FACT; sammensetning og arbeidsform. Her er det særlig det at gruppene er sammensatt av ansatte som har sitt daglige arbeid i de ordinære driftsorganisasjonene i kommuner og foretak, og at de som deltar i gruppene ikke er «hands-on» - dvs. kun har ansvar en del av de pasientene som er inkludert i prosjektet – som ble ansett som en utfordring for modellen (Hansen og Ramsdal 2012). På den annen side var nettopp ideen bak Romeriksprosjektet å utprøve en modell som riktignok retter seg mot de samme pasientgruppene som ACT-modellen, men som er billigere i drift og mer fleksibel for eksempel mht. kompetansesammensetning enn denne er.

Vi har som nevnt foran vært opptatt av hvilke faktorer som kan bidra til at modellen ivaretar det overordnede målet om å bidra mer og bedre samhandling mellom de ulike delene av tjenesteapparatet. Vi knytter analysen av dette til en analysemodell som spesifiserer hvilke faktorer som generelt hemmer og fremmer samhandling i team. I forhold til disse faktorene har Romeriksmodellen klare likhetstrekk med mange av de faktorene som *hemmer* samhandling, mens

andre trekk ved modellen viser til de faktorene som teoretisk sett skal *fremme* samhandling:

Vi så i underveisevalueringen at det for enkelte av deltakerne i samhandlingsgruppene var en utfordring å ha en rolle både i den ordinære driftsorganisasjonen – særlig spesialisttjenesten – og som medlem i samhandlingsgruppen. Dette skapte en del utfordringer som det ikke alltid var like lett å løse, for eksempel der samhandlingsgruppen så behov for innleggelse, mens spesialisttjenesten var forpliktet å følge egne rutiner og prioriteringer i slike avgjørelser (Hansen & Ramsdal 2012).

Mange av de faktorene som er nevnt i analysemodellen gir seg selv, idet Romeriksmodellen nettopp er utformet slik at den er formelt å anse som en modell der medlemmene har andre stillinger, og er «deltidsdeltakere» i samhandlingsgruppene. Mange av de pasientene som tas opp til drøfting i gruppen blir behandlet/ivaretatt av andre i det ordinære tjenesteapparatet enn de som er medlemmer i gruppen. I forhold til analysemodellen er dette pr. definisjon egenskaper som innebærer at en svekker forutsetningene for samhandling på pasientnivå. Samtidig er det andre egenskaper ved Romeriksmodellen som potensielt kan bidra til å fremme samhandling, f.eks. at en møtes på tvers av nivåer og faggrupper. Totalt sett viser våre data at det fremtrer et relativt komplekst bilde av hvordan gruppene fungerer i forhold til samhandling om pasientbehandling:

Når det gjelder *integrasjon*, er bildet noe tvetydig. På den ene siden har dette sammenheng med de formelle rammene for beslutninger om pasientbehandling. For det første har gruppene eksistert i flere år, og med faste møter med jevne mellomrom synes det som en har etablert en egen

«samhandlingsgruppeidentitet», og at en oppfatter seg som et fellesskap der man arbeider med å finne reelle løsninger på de utfordringer pasientene møter. Det er intet som tyder på at ikke medlemmene anser seg som relativt forpliktet til å videreformidle de beslutningene som gruppen kommer frem til. På den annen side er dette beslutninger som vanligvis må implementeres av andre enn de som deltar i gruppene. Som vist i datapresentasjonen er det flere som stiller spørsmålsteget ved effektiviteten i denne situasjonen, og som mener at gruppene i praksis ofte fungerer kun som en arena for å utveksle informasjon. Det er likevel for sterkt å hevde at gruppene fungerer som «uforpliktende arenaer», forstått på den måten at gruppemedlemmene ikke vil ta beslutninger/forslag som en kommer frem med i gruppen tilbake til sine respektive tjenestesteder. I våre observasjoner av arbeidsformen i gruppene fikk vi et klart inntrykk av at gruppemedlemmene informerte hverandre om pasientene, deretter diskuterte tiltak, endringer i opplegg osv. der en mente det var påkrevd, med en implisitt forutsetning om at de respektive tjenester ville følge opp disse forslagene.

«*Kollektivt ansvar*» dreier seg primært om følelsen av å være ansvarlig sammen med andre teammedlemmer, og også her er det en utfordring å forstå skillet mellom den individuelle ansvarsfølelse over den pasientgruppen som er inkludert og de formelle rammene som innebærer at ingen i gruppen har – i egenskap av å være gruppemedlemmer et ansvar ut over egne pasienter.

På samme måte er de formelle rammene for samhandlingsgruppene slik at «medlemskap» dreier seg om beskrivelsen av hva som «hemmer» samhandling: det er deltidsmedlemskap der medlemmene har sin primære identitet med den linjeorganisasjonen de tilhører. Det er grunn til å nevne at enkelte medlemmer klart uttrykker at denne rollen er problematisk, og at en har søkt å avklare med ledelsen av sin linjeorganisasjon hvilken rolle en da kan ha i teamarbeidet. Mye



tyder på at en kan finne mer lojalitet overfor gruppen når denne diskuterer pasienter som deltakerne har ansvar for også i linjeorganisasjonen. Mange uttrykker også en slags «delt lojalitet» ved at de føler at arbeidet i gruppen er så viktig og nyttig at en uttrykker klar lojalitet til de strategien en blir enige om der i forhold til enkeltpasienters videre behandling.

*Behandlingsforløpene*, slik vi har forstått måten det arbeides på i gruppene, innebærer generelt at en holder oversikt over disse, og i noen tilfeller søker å koordinere i samtid mellom deltakerne (eller andre som arbeider med pasientene i linjeorganisasjonen). I forhold til dette er «tavlen» viktig; den gir mulighet til å følge pasientenes tilstand («status presens»), behandlingsopplegg/forløp og fordelingen av tiltak og tjenester fra ulike instanser. Derved er gruppen også i stand til å identifisere flaskehalser, mangler i tilbudet, og komme med anbefalinger om hvem som skal gjøre hva – dette dreier seg da om forslag til sekvensielle tiltak, eller en spredning av oppgaver mellom ulike instanser. I hovedsak ser en at behandlingsforløp avgrenses, og fordeles i tråd med de rammebetingelsene gruppene arbeider under.

Når det gjelder «ledelse» er det helt klart at samhandlingsgruppelederne har «liten eller ingen myndighet over de andre teammedlemmene», og at medlemmene at medlemmene står fritt til å gjøre som de vil, eller som de blir instruert til av andre, for eksempel linjelederne.

Sett i sammenheng ser en at samhandlingsgruppene fungerer i stor grad etter de prinsipper for teamarbeid som innebærer *et formelt sett relativt svakt samhandlingspotensiale*. Dette skyldes primært de formelle rammene for prosjektet, der en utviklet ideen om å utprøve en modell som var mindre forpliktende enn ACT-team. Når teammedlemmer likevel oftest uttrykker at de

er positive til modellen, skyldes det deres erfaringer med de relasjoner som er utviklet mellom teammedlemmene har medført bedre kjennskap til hverandres arbeid, de tilbud ulike tjenester har, og den kompetanse som finnes der. Dette synes å legge grunnlag for at en også skaper synergier på to ulike måter: fra å tilrettelegge tiltak overfor pasientene som er inkludert i samhandlingsgruppens arbeid, og ved at en også noen ganger kan ta opp til drøfting – uformelt – pasienter som en ellers opplever å ha utfordringer med der en tror andre i teamet kan bidra til å gi råd. Det synes også som at den generelle kunnskapsutviklingen om tjenestene legger til rette for bedre tillit mellom de linjeorganisasjonene som medlemmene utgår fra.

Det er likevel ikke å komme bort fra at Romeriksmodellen lider av noen grunnleggende svakheter knyttet til manglende organisatorisk kraft til å påvirke linjeorganisasjonens samhandlingspraksis mer generelt. Svært mye av arbeidet i gruppene har bestått i registreringer (til forskningsprosjektet), og gjennomgang av pasientene på «tavlen», uten at dette synes å være mer enn informasjonsutveksling. Det er likevel verdt å nevne at der hvor en gjennom registreringene opplever at det «brenner» for en pasient, har en få barrierer i linjeorganisasjonene for å iverksette tiltak i praksis. Det er snarere tidsforbruket og den manglende beslutningsmyndighet generelt i prosjektet som fremstår som den største svakheten sammenliknet med for eksempel ACT-teamene. På den annen side har deltidsorganiseringen den fordel at Samhandlingsgruppene ikke arbeider relativt isolert fra andre tjenester, men kan potensielt bidra til bedre gjensidig forståelse for samarbeid i tjenestene. Dette er en mulig kontrast til ACT-teamene, som noen steder har blitt ansett som «eksklusive» og isolerte fra andre tjenester. Hvorvidt dette er tilfellet vil en imidlertid måtte studere nærmere for å få et svar på.

## *Samarbeidskultur*

Vi har foran pekt på at samarbeidskultur kan deles inn i tre nivåer; utøver, styringssystem og profesjon. I vår sammenheng kan det være like greit å dele det inn i to nivåer: utøver og organisasjon. Kulturen i samhandlingsgruppene representerer da utøvernivået og samhandlingen på det organisatoriske nivået handler da om hvordan det skapes en felles kultur innad i kommunene og innad i spesialisttjenestene, og mellom de to tjenestenivåene.

På bakgrunn av det vi har sett er vi nokså sikre i vår konklusjon om at det er utviklet en samarbeidskultur i samhandlingsgruppene. Hva er det da som har skapt intern samarbeidskultur i samhandlingsgruppene? Svaret er nokså entydig – positive erfaringer og som Schein (1996) sier det: at man er i stand til å lære av disse positive erfaringene. De positive erfaringene knytter seg til flere forhold.

Kulturendring er avhengig av hvordan ansatte tolker det som skjer. Blant dem vi har intervjuet er det nokså entydig oppfatning av at samarbeidet i samhandlingsgruppene har vært positivt. Man har utviklet bedre forståelse for hverandres situasjon, man respekterer hverandre og man har fått mer positive holdninger til hverandre. Denne utviklingen synes tilnærmet ensidig å være knyttet til det individuelle planet. Det er derfor de andre utøverne i samhandlingsgruppen man har fått bedre relasjoner til. Det derfor utøverkulturen, begrenset til de som har deltatt i samhandlingsgruppene, som har utviklet en samarbeidskultur. Dette skyldes flere forhold.

For det første handler det om kommunikasjon. En utfordring når man setter sammen en gruppe som ikke kjenner hverandre godt fra før, er at deltakerne

gjærne spiller en rolle i tråd med de forventninger man tror de andre har (Goffmann 1992). I praksis innebærer det at mange både oppfører seg og tolker andre i tråd med stereotypier (Reeves et al. 2010). I ansvarsgrupper har vi sett en rekke eksempler på at kommunikasjonen foregår dårlig fordi deltakerne ikke kjenner hverandre godt nok (Hansen 2007). Dette kan skyldes både at man er redd for å avsløre seg selv og fordi man ikke vet hva andre står for (Goffman 1992). I samhandlingsgruppene møtes deltakerne oftere og man blir bedre kjent slik at mulighetene for å få til en god og konstruktiv kommunikasjon der, er mye bedre enn i en ansvarsgruppe. Den kommunikasjonen som man på denne måten har kunnet etablere har bidratt til at samarbeidet har fungert og at deltakerne har fått en felles forståelse av at samarbeid virker.

Et element som kan være viktig i en kommunikasjonsprosess er status. Lik status gir et godt grunnlag for kommunikasjon, mens ulik status på grunn av faglig lagdeling eller organisatorisk hierarki kan gjøre det vanskeligere å få til en god kommunikasjonsprosess. På samme måte er det med respekt og tillit. Har man tillit til det andre gjør og respekt både for deres handlinger og meninger, så gir det et godt grunnlag for samarbeid (Gloubermann & Mintzberg 2001; San-Martin Roderiguez & al. 2005; Hansen 2007; Reeves & al. 2010). De utfordringene ulik profesjonsbakgrunn kan skape både i forhold til status og ulik begrepsbruk (Schein 1996, Hall 2005) har vi ikke sett noe til i dette prosjektet. Vi registrerer også at en del av de informantene som representerte spesialisttjenestene var bachelor-utdannete. Selv om de dermed representerte en annen faglig tilnærming enn representantene fra kommunene hadde de små vansker med å samarbeide. Dette har vi sett eksempler på tidligere og har derfor stilt spørsmål om det innenfor tjenestene til mennesker med ROP-lidelser, har utviklet seg en egen fagkultur der psykologer og bachelor-utdannete grupper representerer en felles faglig forståelse (Hansen & Fugletveit 2010)

En annen årsak til at man har kunnet utvikle en utøverkultur preget av samarbeid er at deltakerne har fått en viss frihet til selv å utforme det konkrete tjenestetilbudet til brukeren. Man har fått en aksept for at brukergruppen kjennetegnes av at utfordringene for brukerne er sammensatt av en rekke tett koblede delproblemer der kunnskapen om årsak og virkning er utydelig og diskutabel. Utforming av tjenestetilbudene krever en viss form for prøving og feiling (Kolko 2012; Einstein 2007; Hansen 2013).

Et annet poeng er behandlingsideologi. Gloubermann et Mintzberg (2001) hevder at det er et faglig skille mellom vektlegging av «behandling» og «pleie og omsorg». Det ser imidlertid ikke ut som om disse ulike ideologiene skaper noen motsetninger – heller tvert i mot. Det synes som om det er en nokså entydig forståelse om at dette er to typer tilbud som må eksistere ved siden av hverandre. Et sentralt spørsmål i samhandlingsgruppene har nettopp vært hvordan sikre at brukerne kunne vandre mellom spesialisttjenestens «behandling» og kommunale tjenester med fokus på «pleie og omsorg». Den muligheten samhandlingsgruppene har hatt til å diskutere om en bruker har behov for innleggelse har skapt en felles forståelse i samhandlingsgruppene for hva som er best når. At styringskulturen har satt rammer som har gjort at anbefalinger fra samhandlingsgruppene ikke er blitt fulgt er en annen sak. Det kan virke som dette heller har styrket samarbeidskulturen i samhandlingsgruppene enn svekket den.

Tilbakemeldingene tyder også på at erfaringene fra samhandlingsgruppene har bidratt til en positiv utvikling av samarbeidsrelasjonene innad i kommunene. Dette synes å være særlig tydelig der man også har hatt aktiv representasjon fra NAV og fastlege. Det kan ha en sammenheng med at det aktuelle

tjenesteområdet er forholdsvis lite og avgrenset innen kommunene. De erfaringene som gjøres i samhandlingsgruppene kan da lettere formidles videre innad i kommunen.

I tillegg vil også trekke frem et annet poeng. Flere av samhandlingsgruppene hadde innført en ordning der koordinator og andre som ville delta, møtte etter en fast plan for å rapportere på hva som var gjort i regi av ansvarsgruppen. Det innebærer at medlemmene i ansvarsgruppene – de fleste kommunale - måtte rapportere på hvordan de ivaretok samarbeid og helhetlig tjenesteyting. Hva man måles og må rapportere på er en faktor som er med på å styre hva slags fokus man har og hva man derfor er opptatt av å oppnå (Johnson 2010). I organisasjoner som er oppdelt i mange selvstendige virksomheter, er det vanlig at man først og fremst blir målt og må rapportere på parametere som avdekker om den enkelte virksomhet har ivaretatt sin oppgave. Gjennom den rapporteringen av hele tilbudet som ansvarsgruppen skal bidra til, så bidrar samhandlingsgruppen til at et helhetlig og samordnet tjenestetilbud blir et mål for deltakerne i ansvarsgruppen.

Det er også tegn på at samhandlingsgruppene har bidratt til et bedre samarbeid mellom en del kommunale representanter og representanter for spesialisttjenestene. Vi mener likevel at dette samarbeidet ikke er så omfattende og så institusjonalisert at det kan betegnes som eksempler på en samarbeidskultur.

Vi ser i enda mindre grad at det er utviklet en samarbeidskultur innad i spesialisttjenesten. En del av de som representerte spesialisttjenestene i samhandlingsgruppene, har blitt en integrert del av samarbeidskulturen. Grunnen til dette er at medlemmene i samhandlingsgruppene har erfart at

samarbeid lønner seg, og at de har lært av disse erfaringene (Schein 1996). Vi registrerer likevel at en del av representantene fra spesialisttjenestene ikke er like positive som de kommunale representantene. Dette synes imidlertid ikke å ha fått betydning for andre deler av organisasjonskulturen i spesialisttjenestene. Selv om ledere i sektoren har fått tilbakemeldinger om at samarbeidet i samhandlingsgruppene er oppfattet som positivt, ser det ikke ut til at lederne har lært så mye av de erfaringene som er formidlet til dem. Styringskulturen er derfor ikke blitt endret.

Dette kan være et resultat av flere forhold. Vi skal peke på noen. For det første kjennetegnes spesialisttjenesten av at den er en større og mer komplisert organisasjon enn de kommunale tjenestene. Det innebærer at det trolig tar lengre tid å få til en kulturendring. Det må også pekes på at spesialisttjenestene fortsatt synes å være preget av at det ikke er lenge siden at rustjenestene ble en del av helsesektoren. Ting tyder på at psykisk helsevern og rustjenesten representerer ulike faglige tilnærminger til pasienter og problemstillinger. Dette er forhold som kan ha bidratt til utfordringene med å utvikle en intern samarbeidskultur i spesialisttjenestene.

Vi vil også peke på at det synes som om det ikke finnes tilstrekkelig med incitament i spesialisttjenesten til å prioritere samarbeid. Vi har antatt at samarbeidskulturen i samhandlingsgruppene er utviklet på grunn av at deltakerne opplever at samarbeidet har bidratt til å gjøre det enklere for deltakerne å nå sine mål med det tjenestetilbudet man skal yte. Spørsmålet er om alle ansatte i spesialisttjenestene på samme måte som de kommunale deltakerne opplever at det er et mål å bidra til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Noen av deltakerne fra spesialisttjenestene har hatt lite direkte kontakt med pasientene i samhandlingsgruppene og har deltatt først og fremst for å kunne

bidra med råd og veiledning. For disse har det vært et problem at de økonomiske rammebetingelsene har vært slik at de bare rapporterer og måles på direkte pasientkontakt – ikke på bidrag inn mot et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Uttalelser som at deltakelse i samhandlingsgruppen oppleves som bortkastet tid, må trolig sees på denne bakgrunnen. Dersom man ønsker at også spesialisttjenestene skal utvikle en generell samarbeidskultur, synes det å være nødvendig å skape rapporteringssystemer som bidrar til at de ansatte opplever at samarbeid kan være verd innsatsen (Johnson 2010).

En viktig faktor for utvikling av en samarbeidskultur er om ledere kan lære av de erfaringene som gjøres i samhandlingsgruppene. Våre data viser at det er en rekke utfordringer for at slike læringsprosesser skal bli effektive. For det første har ledere ofte sin oppmerksomhet mot de ytre rammebetingelser for tjenestene. Dette gjelder ikke minst ledere på strategiske nivå. Her får særlig økonomiske styringsparametere stor oppmerksomhet. I tillegg er ofte koplingen mellom overordnede strategier for tjenestene og det faglige arbeidet som utøves i disse tjenestene svak. Det viser seg også at når en gjennomfører prosjekter der en etablerer nye arbeids- og organisasjonsformer er disse ofte plassert på sidespor – uavhengig av driftsorganisasjonen. Veien fra de erfaringene som en tilegner seg i prosjekt til endringer av arbeidsformer i driftsorganisasjonene er ofte lang. Ledere vil ofte rette tid, oppmerksomhet og ressurser mot driften, og som kjent er det også her en rekke utfordringer innenfor rusarbeid og psykisk helsearbeid. Vår analyse tilsier at en bør rette mer oppmerksomhet mot å avklare de mekanismene som kan fremme eller hemme læring mellom arbeid og overordnet ledelse i slike sammenhenger. Vi vet at disse spørsmålene har fått større oppmerksomhet i Romeriksprosjektet etter hvert. I slutfasen på prosjektet har det blant annet blitt utviklet mer generelle retningslinjer for samarbeidet mellom kommunene og Ahus. Disse bygger til en viss grad på erfaringene med



Romeriksprosjektet. Det er derfor mulig at man etter hvert får en prosess der positive samarbeidserfaringer fra Romeriksprosjektet i større grad får ringvirkninger for hele sektoren.

## ***Brukermedvirkning***

De tilbakemeldingene vi har fått viser at mange av både tjenesteyterne og brukerrepresentantene er opptatt av brukermedvirkning. Begrunnelsen for hele prosjektet er et ønske om å gi et bedre tilbud til den aktuelle målgruppen. Hvorvidt prosjektet faktisk innebærer et bedre tilbud til pasientene er det andre som skal evaluere. Vi registrerer likevel at som en følge av prosjektet ytes det mer tjenester og brukes mer ressurser på den aktuelle målgruppen. Brukerperspektivet er derfor vel forankret i prosjektet og det er all grunn til å tro at den enkelte pasient får et bedre tjenestetilbud nå enn tidligere. Det er likevel ikke det samme som økt brukermedvirkning.

Slik vi har beskrevet brukermedvirkning foran, så innebærer brukermedvirkning at pasientene deltar i de beslutningsprosessene som angår dem og at de faktisk har innflytelse på de beslutningene som tas (Hansen 2007). Det er derfor ikke noen garanti for at pasientene reelt sett har brukermedvirkning, at tjenesteyterne er positivt innstilt til det.

Beslutningsprosesser påvirkes av problemstillinger, løsningsalternativer, deltakere og at det foreligger en beslutningsarena (March & Olsen 1976). En forutsetning for brukermedvirkning er derfor deltakelse på de ulike beslutningsarenaene. Brukermedvirkning handler også om å velge hvilke problemstillinger som skal tas opp og å velge mellom aktuelle løsningsalternativer (Askheim 2007)

I utgangspunktet er det ansvarsgruppene som skal være arenaen for brukervedvirkning. En del av pasientene har ansvarsgrupper som selv deltar i, noen har ansvarsgrupper som de ikke deltar i, og det er også noen som ikke har ansvarsgrupper. En av samhandlingsgruppene oppgaver har vært å initiere opprettelse av ansvarsgrupper og individuelle planer. Vi forutsetter at pasientenes deltakelse i slike ansvarsgrupper og individuelle planer gir grunnlag for økt brukervedvirkning. Vi legger også til grunn at den rapporteringen fra ansvarsgruppene til samhandlingsgruppene som man har iverksatt, har bidratt til at ansvarsgruppene har fungert. Pasientene velger selv om de vil delta i ansvarsgruppene og hvor mye de selv vil engasjere seg i det som skjer der. Hvordan ansvarsgruppene fungerer, er ikke et tema for denne evalueringen, så vi kan bare konkludere med at Romeriksprosjektet har skapt muligheter for å styrke brukervedvirkningen i ansvarsgruppene.

I samhandlingsgruppene deltar ellers ikke noen av pasientene. Det er en rekke begrunnelser for dette. Den viktigste er at det er praktisk vanskelig å ha hver enkelt pasient med på hvert eneste møte og siden man diskuterer hver enkelt pasient må man av hensyn til taushetsplikten sørge for at hver pasient bare deltar på den delen av møtet som angår vedkommende selv. Et annet argument er at man diskuterer en del spørsmål knyttet både til diagnoser og atferd som det kan oppleves sårende for pasienten å delta på. Dette er argumenter som kan være relevante, men så lenge vi anser deltakelse og innflytelse på beslutningsprosessene som basis for brukervedvirkning, så innebærer det at vi ikke ser samhandlingsgruppene som arenaer for brukervedvirkning (March & Olsen 1986).

En del av de problemstillingene som tas opp i samhandlingsgruppene er initiert av ansvarsgrupper der brukeren har deltatt i avgjørelsen om å viderefordre

saken til samhandlingsgruppen. De konklusjonene som samhandlingsgruppen kommer frem til blir så sendt tilbake til ansvarsgruppen der pasienten er med på den endelige beslutningen. Dersom samhandlingsgruppen på denne måten «siler» hvilke løsningsalternativer som presenteres for pasienten, så får pasienten færre alternativer å velge mellom enn dersom vedkommende hadde deltatt i samhandlingsgruppen eller alle alternativene hadde blitt diskutert i ansvarsgruppen. En av forutsetningene for brukermedvirkning er at man har alternativer å velge mellom (Hansen 2007). Dersom alternativene blir redusert gjennom diskusjonen i samhandlingsgruppen så svekker det brukermedvirkningen.

Vi har likevel hørt at deltakelsen i samhandlingsgruppene har bidratt til at deltakerne har fått større forståelse for andre deler av tjenestetilbudet. Deltakelsen i samhandlingsgruppene kan derfor ha medført at for eksempel en koordinator har fått innsikt i at det finnes flere alternativer enn det man visste om før. Vi synes likevel at det er litt søkt å kalle dette for økt brukermedvirkning, selv om pasienten på denne måten kanskje får presentert flere alternativer å velge mellom.

I tillegg er det har vi hørt at samhandlingsgruppene på uformell basis tar opp problemstillinger knyttet til personer som verken er med i prosjektet eller har ansvarsgrupper. Slik disse historiene presenteres for oss tyder det på at pasienten selv ikke blir informert om at vedkommende blir diskutert i samhandlingsgruppen. Vi anser derfor ikke brukermedvirkningen ivaretatt i slike situasjoner.

En av samhandlingsgruppene har med en erfaringskonsulent (ansatt med brukererfaring). Denne personen representerer ikke brukerne som er inkludert i

samhandlingsgruppene, men prøver i stedet å presentere generelle synspunkter med basis i egne erfaringer. Slik vi ser det er slike erfaringer interessante og vi oppfatter det derfor som en styrking av det kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget som diskusjonene i samhandlingsgruppene bygger på. Det er derfor all grunn til å ha med slike ressurspersoner i samhandlingsgruppene. Til en viss grad man også si at dette styrker brukervedvirkningen på gruppenivå. Det kan være liten tvil om at den aktuelle brukergruppen kjennetegnes av store individuelle variasjoner både i behov og i målsettinger (IS-1948). En erfaringskonsulent kan likevel ikke sies å representere brukervedvirkning på individplan.

Brukermedvirkning på gruppenivå skal først og fremst være ivaretatt gjennom brukerorganisasjonenes deltakelse i styringsgruppen. Brukerorganisasjonene peker på at de gjennom sin deltakelse i styringsgruppen og prosjektet for øvrig blir kjent med en rekke personer i sektoren. Det betyr at de også kan ta opp saker på uformell basis, for eksempel saker som gjelder tilbudet i en bestemt kommune. Brukerorganisasjonene har derfor utbytte av å delta i prosjektet.

Brukerorganisasjonene mener likevel at de har mindre innflytelse i Romeriksprosjektet enn i andre sammenhenger der de samhandler med sektoren. En forklaring på dette er at brukerorganisasjonene har stilt seg bak en del av den kritikken kommunene har kommet med mot organiseringen av Ahus. Dette er problemstillinger som er blitt diskutert både formelt i styringsgruppen og uformelt i andre sammenhenger, men man har likevel i liten grad klart å gjøre noe med dette. Det betyr at heller ikke brukerorganisasjonene har fått gjennomslag for de argumentene de har kommet med.

Vi er nokså trygg på at Romeriksprosjektet har styrket tjenestetilbudet og at brukerperspektivet er vel ivaretatt. Vi har lagt til grunn at brukervedvirkning

innebærer at tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene og har innflytelse over tiltakene som iverksettes. Ut fra denne forståelsen av brukermedvirkning kan vi ikke se at brukermedvirkningen er særlig sterkt ivaretatt i Romeriksprosjektet.

### ***Forskningsprosjektet***

En del av rammebetingelsene og grunnlaget for at man fikk penger til dette prosjektet var at det skulle foregå en forskning der man sammenlignet resultatene fra Romeriksprosjektet med resultatene fra ACT-team. Dette forskningsprosjektet har derfor vært en forutsetning for finansieringen av hele Romeriksprosjektet. En av rammene som er tydelig i ACT-team er inklusjonskriteriene for pasientene knyttet til bestemte psykiatriske diagnoser. For at sammenligningen mellom ACT-team og Romeriksprosjektet skulle ha gyldighet, har det derfor vært nødvendig å ha samme inklusjonskriterier også i samhandlingsgruppene. Allerede fra første stund har dette vært en ramme som har skapt konflikter. Årsakene til dette er mange. Det er to måter å tolke dette på. Den ene er å se på forholdet mellom forskningsprosjektet og samhandlingsgruppene, den andre er å se nærmere på systemet rundt Romeriksprosjektet.

Ser vi på forholdet mellom samhandlingsgruppene og forskningsprosjektet, så er det nokså tydelig at forskningsprosjektet har satt en rekke rammer for aktiviteten i samhandlingsgruppene. Slike organisatoriske rammebetingelser får innflytelse både på hva gruppene kan gjøre og hvordan (San-Martin Rodriguez & al 2005). Først og fremst har forskningsprosjektet gjennom den klare definisjonen på målgruppen satt en ramme for hvilke pasienter som skulle inkluderes i prosjektet. Avgrensning av målgruppe kan sees på som et uttrykk på forskjell

mellom en medisinsk og en samfunnsfaglig tilnærming til målgruppen (Ramsdal 2007). Forskningsprosjektet synes å være, på samme måte som en vesentlig del av spesialisttjenesten, forankret i en medisinsk tilnærming til pasientene. Fokus i denne tilnærming er det Gloubermann & Mintzberg (2001) kaller "cure". Kommunene derimot er i større grad forankret i det som betegnes "care". Det vil si at de er mer opptatt av pasientenes funksjon og opplevd behov for hjelp. I utgangspunktet er "cure" og "care" to komplementære tilnærminger og begge er viktige dersom man skal få til et samordnet og helhetlig tjenestetilbud (Gloubermann & Mintzberg 2001). Behovet for å få til et møte mellom "cure" og "care" er nettopp en av begrunnelsene for å etablere samhandlingsgruppene. Det blir da et paradoks at det er "cure" som skal sette vesentlige rammer for dette samarbeidet.

Fordi kommunene tar utgangspunkt i "care" så er det de brukerne de opplever at har et behov for et omfattende og samordnet tjenestebehov som de ønsker å ha et fokus på, særlig de som har et uavklart behov og tjenestetilbud. I praksis har det vist seg at dersom man bare har fokus på behov så er målgruppen større enn den som kommer inn under de aktuelle diagnosene. For en del av de kommunale representantene i samhandlingsgruppene har derfor avgrensingen av pasientene til de som faller inn under diagnosespekteret blitt oppfattet som om det er "cure" perspektivet som har satt rammene for samhandlingsgruppene. En del har opplevd dette både som uhensiktsmessig og som provoserende.

Likevel er det klart at samhandlingsgruppene for en stor del har klart å håndtere denne utfordringen. Når teoretiske modeller skal implementeres i praksis, så vil de ofte bli tilpasset lokale behov og forutsetninger (Røvik 1998). Så er også skjedd i denne sammenhengen og flere av samhandlingsgruppene har derfor valgt en ordning der man diskuterer en del pasienter som ikke er med i

inkluskjonskriteriene i et uformelt samhandlingsgruppemøte rett etter at det formelle møtet er avsluttet. På denne måten har samhandlingsgruppene klart å imøtekomme kommunenes behov på en annen måte enn det rammene fra forskningsprosjektet hadde lagt opp til.

Et interessant perspektiv på den "ulydigheten" samhandlingsgruppene har lagt opp til ved å gjennomføre uformelle møter om pasienter som ikke kommer inn under inkluskjonskriteriene, er at dette kan oppfattes som et uttrykk for at samhandlingsgruppene fungerer. Samhandlingsgruppene kunne valgt å avgrense seg til de pasientene de var forpliktet til å fokusere på, men de velger selv å inkludere en del andre pasienter i et uformelt møte. Den eneste fornuftige begrunnelsen for å utvide samhandlingsgruppens ansvarsområde på denne måten er at deltakerne opplever at dette er en hensiktsmessig måte å løse en del av de utfordringene de møter. Slik sett er dette en klar indikasjon på at samhandlingsgruppene fungerer.

Dersom vi i stedet ser på systemet rundt Romeriksprosjektet, så kan vi se de konfliktene som er oppstått som en konsekvens av inkluskjonskriteriene som et uttrykk for mangler ved systemet generelt sett. Det kan lett argumenteres for at det i en rekke sammenhenger er behov for å avgrense prosjekter – særlig forskningsprosjekter. En anerkjent utfordring i beslutningsteorien er at når det etableres beslutnings- og samhandlingsarenaer, så stiller ikke deltakerne bare med de problemene og løsningene som er definert inn på den gitte arenaen (March & Olsen 1986). Når det er et underskudd på beslutnings- og samhandlingsarenaer, så vil deltakerne gjerne benytte de som finnes til å løse de problemene de har.

De konfliktene som er oppstått kan derfor også sees på som en indikasjon på at det har vært for få arenaer der kommunene og spesialisttjenestene har kunnet samhandle. Særlig kommunene har opplevd dette som et problem og de har derfor ønsket å legge flere av de utfordringene de har, inn i samhandlingsgruppene enn det som forskningsprosjektet hadde lagt opp til. Dersom det hadde eksistert andre hensiktsmessige arenaer der problemstillinger knyttet til den gruppen som kommunene ønsket å inkludere, men som ikke var i det aktuelle diagnosespekteret, så er det ikke sikkert at man hadde opplevd rammene i forskningsprosjektet som problematiske. Dersom man allerede i utgangspunktet hadde hatt tilstrekkelig med samhandlingsarenaer, så hadde ikke rammene fra forskningsprosjektet blitt opplevd like problematiske.

På den annen side kan det synes unødvendig å ha samhandlingsarenaer der de samme personene som møter i samhandlingsgruppene skal møtes for å diskutere problemstillinger knyttet til en gruppe pasienter som for en stor del har de samme utfordringene som de som er inkludert i forskningsprosjektet. Den løsningen som man har valgt der en del av gruppene har tilpasset seg og laget sine egne pragmatiske løsninger viser hvordan valg av organisatorisk løsning kan utvikles gjennom å la deltakerne selv finne frem til hvordan de best oppnår ønskede resultater.

### ***Om driftsorganisering – fragmenteringen og søyleorganisering opprettholdes og vedlikeholdes***

Romeriksprosjektet – og særlig erfaringene fra arbeid i Samhandlingsgruppene – representerer på mange måter et brennpunkt for mange av de utfordringene driftsorganisasjonene (de kommunale tjenestene og spesialisttjenestene)



kjennetegnes ved, når det gjelder samhandling. Romeriksprosjektet kan anses dels som et virkemiddel for å sikre denne samhandlingen for de pasientene som er inkluderte i prosjektet, men også som et «reflekterende speil» for de utfordringene kjennetegn ved hjelpesystemet/driftsorganisasjonene representerer for effektiv samhandling. Det synes imidlertid som at det er en rekke mekanismer som trekker i motsatt retning enn samhandling, og som til sammen både kan begrunne hvorfor prosjektet var ansett som en mulighet, og som samtidig har skapt problemer i gjennomføringen av noen av prosjektets overordnede mål om også å bedre samhandling i tjenestene mer generelt.

Vi vil peke på tre forhold som i særlig grad bidrar til å svekke effekten av prosjektet i relasjon til dette, og som virker sammen til å vedlikeholde samhandlingsproblemene i dette arbeidet: *særtrekk ved pasientenes lidelser og livssituasjon, forvaltningsmessige forhold, og utfordringer med samordnet styring og ledelse.*

## **Egenskaper ved pasientgruppen**

For det første har vi vektlagt at utfordringene er knyttet til kompleksiteten i pasientenes livssituasjon og lidelser. Som nevnt foran er brukergruppen prosjektet skal arbeide for preget av komplekse lidelser og problemer som krever samhandling mellom en rekke tjenestetilbud. Det er typisk for arbeidet i Samhandlingsgruppene at en sjelden kan konkludere med at pasienter er ferdigbehandlet – det snarere registrering av at noen pasienter har fått en bedre livssituasjon og/eller har sett effekt av behandlingen som er vanlig. Svært få pasienter er – slik intervjupersonene uttrykker det – gått til «grønt på status presens på tavla» - dvs. ikke lenger har behov for hjelp fra tjenestene. Slik vi ser det er det derfor en særlig utfordring å sikre at de hjelpetiltakene som settes i

verk ses i sammenheng, noe som deltakerne i Samhandlingsgruppene ser ved at hjelpetiltak ett sted i tjenestetilbudet har synergi-effekter andre steder. Et eksempel er at NAV-tjenester – som de fleste pasienter oppsøker fordi de behøver økonomisk hjelp – fungerer som en formidlingsinstans i forhold til andre tjenester både i kommunene og i spesialisttjenestene.

### **Forvaltningssystemet:**

For det andre er forvaltningssystemet preget av at en må forhold seg til et hjelpesystem der de ulike delene har utviklet seg relativt uavhengig av hverandre, og at de hver for seg er basert på en egen logikk – såkalt stiavhengighet (Forss & al 2011). De forvaltningsmessige skillene mellom kommunale tjenester og spesialisttjenester er en velkjent barriere for effektiv samhandling, ikke minst fordi aktører i tjenestene har en tendens til å anse skillet som hierarkisk fundert: spesialisttjenestene forutsettes å ha høyere (formell) kompetanse, mer ressurser og klarere handlingsprogram enn tilfellet er for de kommunale tjenestene. Både offentlig politikk på feltet og mange aktører – særlig i kommunene – stiller etter hvert spørsmålstegn ved disse oppfatningene. Mange er opptatt av at kommunene har et «totalansvar» for pasientene – «der pasientene lever sitt liv» – mens spesialisttjenestene har en mer avgrenset tilnærming primært knyttet til behandlingsbegrepet. Dette kan koples til skillet mellom «care» og «cure», og skaper i seg selv utfordringer for effektiv samhandling (Glouberman og Mintzberg op.cit.).

Likevel er det slående at mange peker på historisk forankrete særtrekk ved relasjonene mellom spesialisttjenestene og kommunene som legger grunnlaget både for gjennomføringen av Romeriksprosjektet og for læringspotensialet basert på erfaringene fra prosjektet. En rekke studier peker på de problemene en

har med samhandling og samarbeid på dette feltet. Stortingsmelding nr. 25 (1996 – 1997) pekte på grunnleggende samhandlingsproblemer i psykiske helsetjenester, og betegnet situasjonen i tjenestene som «svikt i alle ledd». I Forskningsrådets konklusjoner av evalueringen av Opptrappingsplanen heter det at mange av de samhandlingsproblemene som lå til grunn for målene med opptrappingen, ikke var nådd (NFR 2009). Det som imidlertid er viktig, er at veksten i tjenestene også har medført at kompleksiteten har økt, slik fremveksten av nye kommunale tiltak, DPSer, integrasjon av rustjenester og psykiske helsetjenester innebærer. Evalueringen vi har foretatt viser at mange av de velkjente spenningene som en har hatt siden før Opptrappingsplanen fremdeles gjør seg gjeldende – f.eks. mellom rustjenester og psykiatri i Divisjon Rus og Psykisk Helsevern i helseforetaket, og mellom sykehustjenester og DPSene. Fremdeles er det også avstand mellom ruspoliklinikker og DPSene. Et ytterligere problem har vært at ARA(-ledelsen) mente at den pasientgruppen Romeriksprosjektet omfattet ikke var deres ansvar – og at de derfor ikke kunne/skulle delta i prosjektet. Dette ble gjenstand for en langvarig og utmattende diskusjon som skapte frustrasjoner i prosjektledelsen og blant deltakerne i Samhandlingsgruppene.

### **Styring og ledelse.**

Når det gjelder utfordringer med hensyn til styring og ledelse i prosjektet, anser vi at den foran beskrevne diskusjonen – i tillegg til andre spørsmål – også reflekterer et problem i styringsstrukturen for prosjektet. Prosjekteier var DPS-leder, men hun hadde ikke instruksjonsmyndighet overfor andre avdelingsledere i divisjonen. Det ville utvilsom gitt mer autoritet til beslutninger om prosjektet dersom ledelsen var blitt plassert hos divisjonsdirektøren. Prosjektleder var fysisk plassert i Ahus men ble etter hvert ansett å være særlig knyttet til

kommunene og brukerne i prosjektet i sine faglige perspektiver. Også dette var en utfordring i ledelsen av prosjektet.

Mange peker imidlertid på at det i Ahus-systemet uansett har en manglende tradisjon for hierarkisk styring for å etablere bedre samordning og samarbeid, selv om dette varierer mellom ulike deler av systemet. Slik vi forstår det har en i noen grad videreført de styringsformene som preges av «negativ samordning» som har preget norsk psykiatri siden før Opptrappingsplanen og sykehusreformen (Ramsdal 2012). I det ligger at en tradisjonelt i spesialisttjenestene har akseptert at en ønsker primært å unngå for sterke konflikter mellom aktører som representerer ulike faglige posisjoner, behandlingsopplegg og tjenester i disse tjenestene (Ramsdal 1996). Flere av de intervjuende – også på spesialisttjenestenivå – peker på dette som en god beskrivelse av hvordan «Ahus-systemet» har fungert, og til dels fungerer også i dag. Som vist i analysen av endringer i «samarbeidskultur» foran, synes det som om det har skjedd positive endringer i gjensidig forståelse på tvers av nivåer, tiltak og tjenester i Samhandlingsgruppene (og knyttet til andre deler av Romeriksprosjektet), mens det er vanskelig å spore potensiale for varige endringer mot en bedre samarbeidskultur mellom de aktuelle tjenestene i driftsorganisasjonene basert på erfaringene fra prosjektet.

### ***Hva hemmer og fremmer samhandling?***

Vi tok utgangspunkt i en modell med faktorer som hemmer og fremmer på tre nivåer (San Martin-Rodriguez, 2005). Denne modellen skal vi nå bruke til å oppsummere de resultatene vi har fått frem i denne evalueringen.

På det systemiske nivået er det lite som hemmer samarbeidet om ROP-pasienter. I stedet så ser vi at utviklingen de siste årene har lagt stor vekt på å fremme samarbeid. Det gjelder i forhold til samarbeid generelt der samhandlingsreformen har tilrettelagt for et sterkt fokus på og ønske om å få til samarbeid (St.meld 47, 2008-2009). I tillegg så har man lagt stor vekt på å få til gode samarbeidsrelasjoner knyttet til ROP-pasienter. Helsedirektoratet har blant annet utarbeidet egne retningslinjer for hvordan man skal få til et samarbeid om helhetlige tjenestetilbud (IS-1948). Disse retningslinjene skisserer både hvem som har ansvar for å etablere et samarbeid og hvem som bør delta. I tillegg har man gitt tilskudd, blant annet til Romeriksprosjektet, for at man skal motiveres til å skape gode samhandlingsarenaer.

En annen determinant på systemisk nivå er profesjoner og profesjonskonflikter. Det er nokså åpenbart at det ikke er noen av de yrkesgruppene som jobber innen dette feltet som hevder at de har særskilt kompetanse til å jobbe med denne målgruppen. Det er derfor ingen profesjoner som krever jurisdiksjon over det aktuelle arbeidet (Abbott 1988). Det foreligger derfor ikke noen eksterne føringer som gjør at de som skal samarbeide stiller med mistillit til sine samarbeidsparter.

Vi er derfor av den oppfatning at det er lite av de systemiske determinantene som hemmer samarbeid i Romeriksprosjektet. I stedet er vår konklusjon at de systemiske determinantene i stor grad bidrar til å fremme samarbeid om ROP-pasienter.

Når det gjelder de organisatoriske determinantene synes det som om en del av kommunene har valgt en organisering der en stor del av tjenestene rettet mot den aktuelle målgruppen er samlet i en felles tjeneste. Det ser ut til å bidra til at det

er mulig å få til samarbeid innad i kommunen, men vi ser også at det i noen kommuner er vanskelig å få med en del av tjenestene. Det gjelder for eksempel boligkontoret som har en viktig funksjon overfor ROP-pasienter. Vi ser også at organiseringen av NAV gjør at man i noen av kommunene ikke har fått til skikkelig samarbeid med dem. Fastlegene er også en gruppe som har en organisatorisk tilknytning til kommunen som bidrar til at de selv kan velge om de vil prioritere å delta i samarbeidsgruppene. At sentrale aktører slik kan velge bort deltakelse i samhandlingsgruppene bidrar til å hemme samarbeidet.

Den søyleoppdelingen som kjennetegner Ahus er også en determinant som hemmer samarbeid for den aktuelle pasientgruppen. Vanlige linjeorganisasjoner er først og fremst bygget opp for å skape god kommunikasjon opp- og nedover i organisasjonen (Hatch 2001). Kommunikasjon mellom linjene (søylene) er ikke en prioritert oppgave. Vi har i prosjektet sett en rekke eksempler at kommunikasjonen mellom søylene på det organisatoriske nivået ikke har fungert hensiktsmessig.

Avgrensningen mellom søylene i spesialisttjenestene er gjort på grunnlag av noe som i utgangspunktet skulle være klare kriterier knyttet til målgrupper og ansvarsområder. Problemet er ROP-pasienter er som vi pekte på innledningsvis det vi kaller "wicked-problems". Det vil si at hva slags utfordringer de har er vanskelig å avgrense, og det er også vanskelig å vite på forhånd hva som er de rette tiltakene (Hansen 2013). Det betyr at det er gjennom samarbeid man kommer frem til hvordan tjenestetilbudet skal avgrenses og hvordan oppgavene fordeles. Hvis ikke dette gjøres, så kan man oppleve at pasientene "blir kasteballer" eller "faller mellom stoler". Den arbeidsdelingen som Ahus har gjort har derfor bidratt til at det ikke har vært klart hvem som har ansvar.

De kommunale representantene i samhandlingsgruppene har gjerne vært personer med beslutningsmyndighet som gjør at de har kunnet forplikte kommunen på de løsninger som man kom frem til i samhandlingsgruppene. Spesialisttjenestene er organisert slik at det er egne organer som tar viktige beslutninger knyttet til for eksempel inntak i tjenestene. Det betyr at det har vært vanskelig å komme frem til omforente løsninger i samhandlingsgruppene, fordi beslutninger knyttet til spesialisttjenestenes bidrag ikke har foregått blant de som har deltatt i gruppene.

At andre enn de som har deltatt i samarbeidet har sittet med beslutningsmyndighet har også bidratt til at det har vært vanskelig å få til fleksible løsninger. Det synes som om kommunene har organisert sine tjenester mer nettverksorientert - såkalt ad-hockrati (Mintzberg 1979), mens spesialisttjenestene har vært mer byråkratiske. I forhold til den aktuelle målgruppen og behovet for å kunne tilpasse tjenestene til pasientenes varierende behov synes det å være et klart behov for organisatorisk rammer som tillater fleksibilitet (Fugletveit & Hansen 2013). Fra kommunene har det vært et ønske om at ansatte i spesialisttjenestene kunne være mer ambulante. Dette har det vært vanskelig å imøtekomme. Det knytter seg delvis til uklarheter om hvordan slike tilbud kan organiseres. Likevel synes en viktig hindring å være oppbyggingen av budsjett- og rapporteringssystemet i spesialisttjenestene. Ansatte i Ahus skal først og fremst rapportere og måles på de tjenestene de yter fra sitt kontor i form av individuelle tilnærminger til pasientene. Det betyr at de i liten grad har organisatoriske incitament til å bruke tid og annen innsats på samarbeid og ambulante tjenester utenfor ordinær arbeidsplass.

På den annen side ser vi at ansvarsgruppene i en del av kommunene er blitt pålagt å rapportere til samhandlingsgruppene. Dette er en løsning som bidrar til

at ansvarsgruppen rapporterer på hvordan de har fått til et samordnet og helhetlig tjenestetilbud. I en del andre sammenhenger fokuserer man bare på sitt eget ansvarsområde og rapporterer i egen linje om hvordan man har løst sin del av oppgaven (Hansen 2007). Ved at man blir nødt til å rapportere på helheten så styrkes gruppemedlemmenes fokus på å få til et helhetlig tilbud (Johnson 2010). Slike organisatoriske krav om å rapportere på helhet, er derfor med på å fremme samhandlingen.

I dette prosjektet ser vi også at forskningsprosjektet som så på de kliniske resultatene for pasientene har vært en organisatorisk rammebetingelse. En del av den rapporteringen som man har blitt pålagt, er det en del som ikke har forstått hensikten med. Vi har lagt til grunn at en del av deltakernes holdninger til samarbeid utvikles som følge av hvordan de opplever at deres behov blir ivaretatt gjennom samarbeidet (Schein 1987). Det er tydelig at noen av deltakerne hadde vansker med å se hvordan den innsatsen de måttet gjøre kunne bidra til å imøtekomme de utfordringene som pasientene hadde. Det var også åpenbart at samme mekanisme gjorde seg gjeldende overfor inklusjonskriteriene for hvilke pasienter som kunne tas med i prosjektet. For en del av de kommunale representantene så var det vanskelig å akseptere at det ikke skulle være de pasientene som de selv mente det var viktig å følge opp som skulle inkluderes. Dette skapte en opplevelse av at prosjektet ikke imøtekom det behovet de hadde. Slik sett har forskningsprosjektet bidratt til å hemme samhandlingen.

Likevel er det viktig å understreke at forskningsprosjektet og de inklusjonskriteriene som det la til grunn, var en del av grunnlaget for søknaden om midler til Romeriksprosjektet. Det er grunn til å tro at koblingen mellom å utforme en samhandlingsarena og å følge opp dette med systematisk forskning, er en medvirkende årsak til at prosjektet har fått så omfattende tilskudd som de



har. Slik sett kan man si at forskningsprosjektet også har bidratt til å fremme hele Romeriksprosjektet.

På det relasjonelle nivået ser vi en del interessante forhold. For det første er det åpenbart at en av faktorene som har fremmet samhandlingen er møtehyppigheten. Flere av våre informanter sammenligner erfaringene fra samhandlingsgruppene med de erfaringene de har fra ansvarsgrupper som møtes 2 – 4 ganger i året. Tilbakemeldingene er tydelige på at det var nødvendig å møtes så ofte som en gang i uken i begynnelsen, men at det etter hvert har vært tilstrekkelig med å møtes hver andre eller tredje uke. Denne forholdsvis hyppige møtefrekvens har bidratt til at deltakerne er blitt kjent med hverandre. Dersom man møter ukjente på en ny arena, er det naturlig at man blir noe usikker og at man legger vekt på å oppføre seg slik man tror de andre deltakerne forventer (Goffmann 1971). I tillegg er det også slik at man gjerne tolker andres oppførsel i tråd med eventuelle stereotypiske oppfatninger av andre yrkesgrupper og representanter fra andre tjenester man måtte ha (Reeves & al 2010). Utrygghet på egen rolle og stereotypiske tolkninger av andres, gir dårlig grunnlag for god og åpen kommunikasjon. I samhandlingsgruppene har møtehyppigheten bidratt til at deltakerne er blitt godt kjent og man har derfor fått en åpen kommunikasjon – ulikt det mange rapporterte fra ansvarsgrupper. Møtehyppigheten i samhandlingsgruppene synes derfor å ha bidratt til å fremme samhandlingen.

Møtehyppigheten har også bidratt til gode interne relasjoner i samhandlingsgruppen. Særlig relevant synes den tilliten til hverandre som er utviklet å være av betydning. Det synes nokså åpenbart at spesialisttjenestene og kommunene i liten grad opplever hverandre som om de står i et hierarkisk forhold. De faglige vurderingene som gjøres av kommunalt ansatte tas på alvor

av representantene fra spesialisttjenestene og det foregikk på flere av møtene faglige diskusjoner der de ulike deltakerne og deres argumenter fremsto som likeverdige. Dette muliggjorde at man kunne nyttiggjøre seg alle de observasjoner og vurderinger som deltakerne i samhandlingsgruppen hadde gjort. Forutsetningsvis gir bedre datagrunnlag grunnlag for bedre vurderinger og bedre konklusjoner (Hansen 2013). Slik sett har den tilliten som er utviklet mellom deltakerne i samhandlingsgruppene bidratt til å fremme samhandlingen.

Det er ikke bare ansvarsgruppene som har fått krav om å tenke helhet. Det er også tydelig at deltakerne i samhandlingsgruppene har opplevd et sterkt fokus på helhetlig tjenestetilbud. Det er god grunn å tro at ansatte i sektoren også i andre sammenhenger opplever et sterkt ønske om å få til helhetlige tjenestetilbud. Det som er spesielt her er at samarbeidsgruppene blir en arena der "alle" er opptatt av helhet og der det er akseptert at dette er en utfordring man i fellesskap må finne en løsning på. Denne helhetstenkningen som er utviklet i samhandlingsgruppene har derfor bidratt til å fremme samarbeidet.

Interessant er det også å høre at samarbeidet i samhandlingsgruppene har fått ringvirkninger slik at det også har styrket samhandlingen utenfor gruppen. I utgangspunktet synes både deltakerne fra spesialisttjenestene og fra kommunen å ha begrenset kunnskap om hverandre, tjenestene og hvordan man vurderte for eksempel behov. Dette skaper et grunnlag for å oppfatte hverandre som stereotyper og ikke som kollegaer som arbeider for samme mål (Reeves & al 2010). Samarbeidet i samhandlingsgruppene har medført at deltakerne har fått en annen oppfatning av hverandre. Det har igjen medført at innsikten i hva andre kan bidra med er blitt større og at det også er blitt lettere å ta kontakt med hverandre for å få hjelp i andre sammenhenger. Slik sett har samarbeidet i samhandlingsgruppene bidratt til bedre samhandling også utenfor selve

samhandlingsgruppen. Vi kan til en viss grad si at dette er en dokumentasjon på at samhandling avler mer samhandling (Gloubermann & Mitzberg 2001; Hansen & Egeland 2013).

Vår konklusjon er derfor at både systemiske og relasjonelle determinanter i hovedsak har bidratt til å legge til rette for samarbeid. Problemet er at det foreligger en rekke organisatoriske determinanter, særlig i spesialisttjenestene, som bidrar til å hemme mulighetene for å få til et godt samarbeid. Dersom erfaringene fra Romeriksprosjektet skal kunne nyttiggjøres også i andre sammenhenger synes det å være behov for å ha et sterkere fokus på hvordan man kan tilrettelegge de organisatoriske rammebetingelsene på en slik måte at de bedre fremmer mulighetene til samarbeid.



## **Forholdet mellom Romeriksmodellen og andre organisasjonsmodeller**

*(Selv om dette kapittelet delvis overlapper med noen av de foregående, har vi sett det som hensiktsmessig å gi en kort presentasjon av alternative samhandlingsmodeller før vi drøfter forholdet mellom Romeriksmodellens og de øvrige modellene).*

Romeriksprosjektets viktigste mål var å prøve ut den samhandlingsmodellen der samhandlingsgruppene er i fokus. Som nevnt innledningsvis har dette sammenheng med at en – bl.a. i Helsedirektoratet som var oppdragsgiver for prosjektet – har hatt et ønske om å sammenstille og sammenlikne ulike organisasjonsmodeller. Dette har primært vært koplet til de kliniske forskningsevalueringene som dreier seg om ACT-team. Slik vi ser det er det imidlertid behov for en bredt definert sammenstilling av erfaringene med ulike samhandlingsmodeller for den aktuelle pasientgruppen. En slik sammenstilling vil kunne legge et bredere kunnskapsgrunnlag for å diskutere nasjonale strategier mht.- fremtidige organisasjons- og arbeidsformer som vil bidra til bedre samhandling og mer effektive tjenester. I prosjektbeskrivelsen for Romeriksprosjektet er det eksplisitt nevnt at en ønsker å legge grunnlag for å *«levere et forslag til hvordan modeller for økt samhandling skal utformes på en noe bredere basis enn prosjektet selv, ved å sammenlikne effektene av modellen med andre modeller som vil være evidensbasert slik forskningen frembringer»* (Prosjektbeskrivelsen 2009:2.). Letingen etter gode samhandlingsmodeller er ingen enkel sak – til det er det svært mange ulike forhold som må tas i betraktning når en skal sammenlikne organisasjonsmodeller i dette feltet. Vi har imidlertid ment at sluttevalueringen vi har foretatt også gi et innspill til denne diskusjonen, ved å peke på noen av de relevante organisasjonsmodellene som

har vært – og blir – utprøvd. Slik vi har redegjort for tidligere i rapporten, dreier det seg her om et organisasjonsteoretisk perspektiv som rekker ut over de kliniske effektmålingene som andre evalueringer foretar av (noen av) disse modellene.

### ***Andre aktuelle modeller***

Romeriksprosjektet er bare en av flere modeller vi har sett at er blitt tatt i bruk for å organisere et helhetlig og samordnet tjenestetilbud ROP-brukere. Vi har identifisert fem organisasjonsmodeller som er utprøvd de siste 20 årene. Den første av disse modellene er *Koordinering av Psykososialt arbeid (KPA)*, som ble lansert i en veileder etter noens års utprøving i 2000. Deretter har vi tatt for oss *Assertive Community Treatment (ACT)*, som ble lansert i Norge på midten av 2000-tallet, og *Flexible ACT (FACT)* som ble presentert i kombinert veileder med ACT i 2013. Sammen med Regjeringens bevilgning til etablering av prøveprosjekter med ACT ble det også fordelt midler til en rekke prosjekter om «forpliktende samhandlingsmodeller» og vi vil også trekke frem en av disse - Bærumsprosjektet som også betegnes som *S-Flex-modellen*.

Det som er *felles* for disse modellene, er at de er basert på arbeidsformer der en er i nær kontakt med brukerne, at en anvender faglige ressurser både fra spesialisttjenester og kommunale tjenester, og at det bestrebes en tverrfaglig tilnærming. For øvrig skiller modellene seg fra hverandre på ulike vis. Hvordan disse skiller seg fra hverandre skal vi komme tilbake til, men først vil vi gi en beskrivelse av de ulike modellene og deres bakgrunn.

## **Koordinering av psykososialt arbeid – KPA.**

I 2000 gav Statens helsetilsyn ut veilederen ”Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser”. Metoden er en norsk versjon av det som internasjonalt betegnes som «case management». Metoden presenteres som ”en løsning på problemet med å sikre at tilbud om behandling, rehabilitering og omsorg når fram til brukerne (s. 13)”, og går ut på at en koordinator ”får ansvar for å koordinere tjenester for en eller flere brukere over et lengre tidsrom”, noe som skal sikre tilgjengelighet og kontinuitet. Veilederen er en innføring i hvordan koordinering av psykososialt arbeid kan gjøres. Anbefalingene knytter seg blant annet til koordinatorens arbeid. Bruk av ansvarsgruppe som består av en liten gruppe sentrale hjelpere, samt koordinator og bruker, og er ment å sikre samhandling, kommunikasjon og ledelse i tiltaksnettverket og lanseres som et sentralt virkemiddel

## **Assertive Community Treatment (Outreach) – ACT.**

ACT-team er faste team som settes sammen av personer med ulike kompetanse – i prinsippet den samme kompetansen som case-management (Stein & Santos 1998). Pasientene som rekrutteres til ACT-team skal tilfredsstille relativt strenge krav til diagnose og kravene til sammensetning og arbeidsformer i teamene er basert på internasjonale standarder. Teamene skal sammensettes med fagpersoner som også innebefatter psykiater og psykolog, og skal ikke hentes inn fra ulike faste driftsorganisasjoner, men arbeide i teamet på heltid. Et viktig poeng der ACT skiller seg fra KPA (case management) er at all oppfølging og behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse legges til teamet som arbeider der pasienten bor. Det er teamet som skal gi behandling og helhetlige tjenester, i kontrast til KPA-team som handler om å formidle og koordinere eksisterende tjenester (Op.cit:6). ACT - teamet skal derfor ha faste

samarbeidsmøter vesentlig oftere enn andre team, gjerne hver dag. ACT kjennetegnes videre at det er (relativt) klart definerte inklusjonskriterier for pasientgruppen – psykosepasienter med lavt funksjonsnivå om omfattende tilleggsbelastninger, inkludert psykoselidelse i kombinasjon med rusmisbruk. Teamene bør ha en størrelse på 7 -10 ansatte, øvre grense for pasienter er 100, kompetansesammensetningen skal omfatte teamleder, psykiater, sykepleier/vernepleier, ruskompetansepersoner med brukererfaring. Det heter i de globale retningslinjene også at teamet skal være tilgjengelig i lokalsamfunnet (der pasienten befinner seg): «*Teamet har døgkontinuerlig ansvar for direkte hjelp i tilfelle psykiske kriser oppstår*» (ACT-håndbok, TMAC oversettelse:36).

På grunnlag av de internasjonale anbefalingene, og etter utprøving av ACT-modellen i Mosse-regionen, bevilget Stortinget i 2009 å finansiere organisering og drift av ACT-team i landet i en 5-årsperiode. Det ble etterhvert etablert 14 slike team. Kompetansesenteret KoRus-Øst fikk i oppdrag å evaluere teamene, og å utarbeide en håndbok. Håndboken baserer seg i hovedsak på den fidelity-skalaen som opprinnelig ble utviklet i USA (Teague, Bond og Drake 1998), senere revidert i 2009 (Monroe-De-Vita, Moser og Teague 2009 unpubl.). Fokus i skalaene, og i håndboken, er på «*...drift av og struktur av ACT-team, anbefalt kjernebemannning, anbefalt spesialistbemannning, evidensbaserte aktiviteter og individuelt tilpassede behandlingsplaner*» (ACT-håndbok Innledning: 2010:4). I midtveisrapporten diskuteres resultatene fra den norske undersøkelsen sammenliknet med de (amerikanske) kravene som settes i TMAC. Her pekes det bl.a. på viktige strukturelle forskjeller mellom Norge og USA. Det pekes her bl.a. på at TMACs krav om åpningstid 24 timer sju dager i uken ikke er realisert i Norge, noe som gjør at teamene ikke kan oppfylle TMAC-kravet om fullt ansvar for direkte håndtering av kriser utenfor åpningstid. Sluttevalueringen fra de 14 ACT-teamene viser både til gode kliniske resultater, men det foretas også



en diskusjon av hvorvidt, og under hvilke betingelser, ACT-modellen kan videreføres i Norge. Her diskuteres bl.a. om modellen kan tilpasses utfordringene de organisatoriske kravene til inklusjonskriterier, kompetansesammensetning av teamene og tilgjengelighetskrav, lite befolkningsgrunnlag, og lange avstander representerer. I sluttrapporten fra utprøvingen av ACT-modellen konkluderer en bl.a. med at ACT-team generelt har fungert godt sett fra brukernes, pårørendes, og ansattes side. Samtidig uttrykkes det bekymring for at en nå ser at ACT-team nedlegges, omgjøres til FACT-team eller erstattes av andre., mer pragmatiske arbeidsmodeller. ACT er et godt tilbud og bør benyttes for personer med alvorlige psykiske lidelser, enten med eller uten rusmiddelmisbruk, og som ikke har klart å nyttiggjøre seg ordinære tjenester. Det heter videre at ACT-modellen bør etableres i andre kommuner/bydeler i Norge som har stort nok opptaksområde, mens en i kommuner med opptaksområde mindre enn 50 000 kan etablering av ACT-team skje gjennom interkommunalt samarbeid for den definerte målgruppa. Det sies videre at • i opptaksområder med liten befolkning og store avstander kan elementer av modellen benyttes og ivaretas i et koordinert samarbeid mellom ulike tjenester (Ruud og Landheim 2014).

### **Flexible ACT (FACT).**

Erfaringene med ACT viste at det var problemer knyttet til utfordringer med etablering av ACT-team som nasjonal strategi i Norge. Dette hang sammen med geografiske, bemanningsmessige og driftsmessige/økonomiske forhold: De krav som TMACT stilte innebar Kombinasjon av krav om opptaksområde, krav til spesialistbemanning (psykiater), og krav til døgnbasert tilgjengelighet/rask utrykking i tilfelle krise er vanskelig å gjennomføre på landsbasis både fordi en her har spredtbygd befolkning mange steder – må ha geografisk stort område for

å oppnå krav til pasientgrunnlag - mangel på spesialister, og økonomiske kostnader knyttet til intensiv drift. Teamene som er etablert er symptomatisk nok stort sett lokalisert i større byer/tettbygde strøk.

Dette skjedde parallelt med at det i Nederland – som hadde vært en pioner med utvikling av ACT-team, nå opplevde tilsvarende strukturproblemer. I 2007 publiserte man FACT-modellen som et supplement til ACT (van Veldhuizen 2007). Noe forenklet kan en hevde at denne modellen - som den første tiden ble betegnet som «Function ACT», og senere omdøpt til «Flexible» - er en hybrid av managed care (KPA) og ACT. FACT ble lansert som en «*rehabilitation-oriented clinical case management model, which is based on the ACT model but is more flexible and able to serve a broader range of clients with severe mental illness*» (op.cit.:1). I beskrivelsen av FACT heter det at denne modellen tilbyr ACT som en av flere mulige arbeidsformer. FACT-team er et case management-team med delvis en individuell og delvis en team-tilnærming til arbeidet med pasienter. De pasientene som er relativt stabile vil tilbys individuelle koordinerte flerfaglige tjenester i tråd med prinsippene fra managed care (KPA), mens de som er ustabile og i krise vil tilbys mer intensiv behandling fra hele teamet – i tråd med arbeidsprinsippene for ACT-team. Denne fleksibiliteten i behandlingsopplegg – en veksling mellom KPA og ACT – hevdes å være mindre ressurskrevende, mer effektiv i forhold til ulike pasientgrupper, og åpne for at flere diagnoser kan inkluderes i teamets arbeidsopplegg.

FACT har i forhold til ACT noen viktige diskrepanser:

- Målgruppen er videre
- Det er ikke lagt opp til 24 timers 7 dager i uken tilgjengelighet

- Forholdstallet ansatte/brukere er anslått til 1:20, mens det i ACT-team er anslått 1:10.
- Den flerfaglige sammensetningen er stort sett lik ACT, men hvert teammedlem har en større case-load.

## **Organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet.**

Samtidig med at det ble bevilget midler til utprøving av ACT-modellen ble det også utlyst egne midler til det som ble betegnet som «Organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet». De forpliktende samhandlingsmodellene er utprøvd i hele landet, selv om hovedtyngden er på Sør-Østlandet. Utlysningen av disse midlene indikerer en åpen holdning til lokale initiativ for ulike modeller, som kjennetegnes av stor spredning både mht. målgrupper, omfang og størrelse. Det dreier seg om lokalt genererte forsøk som ikke er koplet til globale eller nasjonale konsepter/standardiserte modeller, og som er definert ut fra lokale initiativ med problemstillinger som har fanget interesse blant fagfolk i kommuner og spesialisttjenester. Denne strategien representerer en klar kontrast til ACT og FACT. To prosjekter skiller seg ut ved at de utprøver mer helhetlige modeller som mht. mål, organisering og omfang kan sammenliknes med ACT-satsingen (inkl. FACT). I tillegg til Romeriksprosjektet er det Bærumsprosjektet.

*Bærumsprosjektet* er betegnet som S-Flex-modellen, og designet som et samhandlingsteam med kjennetegn som en modell for «fleksibel samhandling med brukeren i sentrum» (Andersen 2013). På flere vesentlige områder skiller modellen seg fra ACT/FACT-modellene, og også fra KPA. Dette gjelder i første rekke ved at inntakskriteriene ikke er diagnosebasert, men definert i tråd

med de opprinnelige formuleringene Helsedirektoratet i sitt policydokument som lå til grunn for ACT og forpliktende samhandlingsmodeller, der det legges vekt på funksjonsnivå, ikke diagnose (Helsedirektoratet 2008). Derved hevdes det at modellen er mer i tråd med de politiske føringene på feltet enn ACT-satsingen, der psykosediagnosen er inklusjonskriterium. Teamet består av deltidsansatte, som finansieres fra sine respektive faste tjenester. Arbeidsformen preges av at teamet først og fremst skal bidra til at pasientene ikke skal være i stabil kontakt med hjelpeapparatet fra før – derved mener en å unngå forskyvninger i pasientstrømmen i stedet for å kunne konsentrere seg om de som «faller utenom» det øvrige hjelpeapparatet.

### ***Relevante forskjeller mellom modellene***

Hva skiller de ulike modellene og hvordan kan de analyseres. Etter vår mening er det en rekke variabler ved organiseringen og tjenesteytingen som er viktige for å kunne forstå hvordan modellene virker og hvorfor. Her skal vi trekke frem noen av disse som vi mener er særlig relevante i denne sammenhengen. Disse er inklusjonskriterier, ansvar og tjenesteyting, medlemskap, og brukerdeltakelse.

### **Inklusjonskriteriene**

Det synes å være to ulike tilnærminger til hvilke pasienter de ulike modellene retter seg mot. Den ene er å ta utgangspunkt i diagnoser, den andre er å ta utgangspunkt i behov.. Bruk av diagnose som inklusjonskriterium er først og fremst forankret i ACT-modellen. Denne modellen har sin historiske bakgrunn fra USA der modellen ble etablert for å kunne gi pasienter som ble skrevet ut fra et sykehus et skikkelig lokalbasert tilbud (Burns & al 2001). Etersom de kom fra et sykehus, så var det stor sannsynlighet for at pasientene allerede hadde en

diagnose. Vi oppfatter også diagnose som en tilnærming bygget på en medisinsk avgrensning av utfordringene. Det er derfor grunn til å se diagnose som et inklusjonskriterium som er forankret i spesialisttjenestene.

Dersom inklusjonskriteriet er behov, så synes det å være mer tilpasset kommunenes utfordringer og derfor bedre forankret i deres forståelse av rop-lidelser. Overordnede politisk føringer legger til grunn at dagens tilbud til denne målgruppen først og fremst skal være forankret i kommunene (Rogan 2008). Vi registrerer også at retten til individuell plan tar utgangspunkt i behov (Kjellevold 2002). I hvilken grad man har rett på tilrettelegging for et samordnet og helhetlig tjenestetilbud er derfor ikke forankret i en diagnose.

Blant de modellene vi har trukket frem er det bare ACT og Romeriksprosjektet som benytter diagnose som inklusjonskriterium. Slik utviklingen er i det norske samfunnet synes modeller som tar utgangspunkt i behov å være best tilpasset det faktum at kommunen skal ha et hovedansvar for målgruppen.

## **Ansvar og tjenesteyting**

I utgangspunktet skulle ACT-team ha ene- og totalansvar for tilbudet til de inkluderte pasientene. I Norge har man i stedet samarbeidet med en del av de eksisterende kommunale tilbudene (Eval ACT). Det synes likevel som om en av suksessfaktorene med ACT-team var at medlemmene i fellesskap hadde ansvar for et helhetlig tjenestetilbud. Også S-Flex modellen legger opp til at man skal ha et team som har et helhetlig ansvar og erfaringene så langt tyder på at det har fungert (Andersen 2014). På den annen side er det tydelig at manglende ansvar for helhet – at hver deltaker bare tar ansvar for sin del av tjenestetilbudet – har vært en svakhet med ansvarsgrupper og individuelle planer (Hansen 2007). I

Romeriksprosjektet har samhandlingsgruppene hatt ambisjoner om å ta et helhetlig ansvar, men dette har til en viss grad blitt et indirekte ansvar fordi de som deltok i samhandlingsgruppene bare i begrenset grad selv ytet tjenester overfor pasientene. Vår vurdering fra underveisevalueringen, var at det var lettere å ta et felles ansvar når tjenesteyterne var representert i samhandlingsgruppen (Hansen & Ramsdal 2012). Vi ser da at mens ACT/FACT-team, S-Flex modellen og ansvarsgrupper inkluderer de som yter tjenestene i samarbeidet, så skiller Romeriksprosjektet seg fra disse modellene ved at det ikke er de ulike tjenesteyterne som samarbeider, men gjerne personer som har et mer overordnet ansvar. De utfordringen dette har skapt, har Romeriksprosjektet søkt å løse blant annet ved å opprettholde en tett kontakt med ansvarsgruppene. Der man har hatt godt fungerende ansvarsgrupper har dette vært en løsning, men der ansvarsgruppene av ulike årsaker ikke har fungert optimalt har dette vært vanskelig.

## **Medlemskap**

ACT/FACT og S-Flex modellen har det til felles at de som skal samarbeide er tilsatt i samarbeidsorganet. I S-Flex modellen er de riktignok bare deltidsansatte, mens flertallet i ACT/FACT-team er heltidsansatte i teamet. Dersom man er ansatt i det teamet man skal samarbeide innenfor gjør det at man er tilbøyelig til å identifisere seg med teamet og at man derfor i større grad tar ansvar for helheten i teamets ansvarsområde (Øvretveit 1996). Ansvarsgrupper og samhandlingsgruppene i Romeriksprosjektet skiller seg fra disse andre teamene ved at de som skal samarbeide, er tilsatt i andre organisasjoner og må forholde seg til disse. Dette skaper utfordringer på mange plan. For det første så kan det bli konkurransesituasjoner der medlemmene hver for seg må konkurrere om ressursene som kan benyttes overfor dem man skal samarbeide om, med andre

områder som "mororganisasjonen" har ansvar overfor. For eksempel så har de ulike avdelingene i Ahus ansvar for pasienter i andre kommuner/bydeler enn det Romeriksprosjektet har. Det vil si at den innsatsen som ansatte i Ahus skal bidra med må konkurrere med innsatsen Ahus skal legge inn overfor andre kommuner. I ACT/FACT-team og S-Flex modellen er det teamet selv som prioriterer hvordan ressursene skal brukes. Et annet poeng er at de ulike "mororganisasjonene" har ulike mål for tjenestene. De ansatte blir gjerne målt på i hvilken grad de oppfyller de målene som er viktige for organisasjonen å oppnå. Dersom disse målene ikke har fokus på samarbeid, er det vanskelig for de ansatte å prioritere samarbeid. At noen kommuner har pålagt ansvarsgruppene å rapportere til samhandlingsgruppene å rapportere på hvordan de har samarbeidet om et helhetlig tjenestetilbud, kan være en hensiktsmessig måte å motvirke en slik oppsplitting.

## **Brukerdeltakelse**

Av de aktuelle modellene er det bare ansvarsgrupper som synes å ha en klar og entydig strategi på at brukerne skal delta fullt ut i samarbeidet. Det er et paradoks at de modellene som ut fra en del terapeutiske kriterier synes å fungere best, ikke har brukerdeltakelse. Vi skal ikke spekulere i hvorfor det er slik, men bare peke på at det åpenbart fremstår som en utfordring for hele sektoren dersom man ikke klarer å få til ordninger der aktiv brukerinnflytelse ikke skaper bedre tjenester.

## ***Romeriksmodellen i perspektiv – er den liv laga?***

Vår konklusjon er at det er uhensiktsmessig å fortsette Romeriksmodellen slik den har vært utformet i dette prosjektet. Det kan være liten tvil om at

Romeriksprosjektet har gitt spennende innsikt i utfordringer og mulige løsninger knyttet til hvordan man best kan samarbeide om å yte helhetlige og samordnete tjenester til den aktuelle målgruppen. Konklusjonen på denne evalueringen kan derfor oppsummeres i følgende punkter:

1. Romeriksmodellen avdekker behov for samarbeid – og har derfor potensiale til å legge til rette for prosesser/drøftinger der en kan ta opp samhandlingsutfordringer i regionen.
2. Romeriksmodellen viser at etablering av nye samhandlingsarenaer skaper mer helhetlige tjenestetilbud.
3. Romeriksmodellen viste også at det eksisterer for få samhandlingsarenaer, noe som særlig innebærer at en bør etablere tilsvarende arenaer for andre pasientgrupper, som ikke var inkludert i prosjektet.
4. Romeriksmodellens samhandlingsgrupper hadde et formelt «svakt samhandlingspotensiale» - noe som innebærer at rammene for modellen bør endres dersom en skal oppnå de mål som var stilt for prosjektet.



## Litteratur

- Aakerholt, A. (2010): ACT-håndbok 1.utg. KoRus-Øst, Oslo 2010.
- Aakerholt, A. (2013): ACT-håndbok inkludert beskrivelse av FACT-modellen, 2.utg. nasjonal kompetansetjeneste ROP, Hamar 2013.
- Album, D. & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *[Social Science and Medicine](#)*. ISSN 0277-9536. 66(1), 182- 188.
- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T.M., Westerlund, H. og Norvoll, R. (2011). Å lage farger på livet til folk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 8 (2), 154 – 162.
- Andersen, B. J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum–S-Flex-modellen. Praksis og effektevaluering. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(04), 317-327.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216-224.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). Empowerment i teori og praksis.
- Bang, H (1995): *Organisasjonskultur*, Oslo, Tano
- Burns, T. (2010): The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, 22 (2): 130–137
- Burns, T., Catty, J. & C. Wright (2006): Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients?; *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 2006: 113 (Suppl.429): 33-35
- Burns, T. A. Fioritti, F. Holloway, U. Malm & W. Rössler, W. (2001): Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*; Vol 52, No 5; 631-636.
- Chinman, M., Allende, M., Bailey, P., Maust, J. & Davidson, L. (1999). Therapeutic agents of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Quarterly*, 70(2), 137–162.
- EconPoyry (2011): *Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evalueringen av forsøk med ACT i Mosseregionen*. EconPoyry rapport 2011:013
- Egeberg, M. (2003). “How bureaucratic structure matters: An organizational perspective”, i Peters, B. G. og Pierre, J. (red.). *Handbook of Public Administration*, London: Sage.

- Einstein S (2007): Substance Use(r) Treatment and health Disparities: Some Considerations or An Askance Look at Institutionalized Substance Use(r) Intervention Disparities, *Substance Use & Misuse*, 42:671-686
- Evenstad, A. M. B: ”Koordinering av psykososialt arbeid – Erfaringer og resultater fra Jessheimklinikken og 5 tilhørende kommuner”, Rapport 1-2003, Stiftelsen GRUK
- Evjen, R. Øiern, T. og Boe Kielland (2012) *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*, Universitetsforlaget.
- Forsetlund L, Lidal IB, Austvoll-Dahlgren A. (2012): *Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern.*, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 05–2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten,
- Forss, K., M. Marra, R. Schwartz (eds.) (2011): *Evaluating the Complex. Attribution, Contribution and Beyond.* Comparative Policy Evaluation Vol. 18. Transaction Publishers New Brunswick (USA), London (U.K.)
- Glouberman S & Mintzberg H (2001): Managing the Care of Health and the Cure of Diseases—Part I & Part II, *Health Care Manage Rev*, 2001, 26(1), 56–92 2001 Aspen Publishers, Inc.
- Goffman E. (1992) *Vårt rollespill til daglig*, 2. utgave, Oslo. Pax Forlag.
- Grimen H & Terum L I (2009): *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, Oslo, Abstrakt Forlag
- Hall P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers, *Journal of Interprofessional Care*. (May 2005), Supplement 1, 188-196
- Hannigan, B. og M.Coffey (2011): Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy* 101 (2011) 220 – 227. Elsevier
- Hansen, G V & Fugletveit, R (2010): ”..Vi driver og rydder hver uke vi...” – *evaluering av Oppsøkende rusteam i Moss/Rygge*, HiØ – oppdragsrapport 2010:2
- Hansen, G V & Ramsdal H (2006): ”Ikke møtt” – *En analyse av sosialmedisinske poliklinikkens konsultasjonspraksis*, Halden, Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2006:1
- Hansen, G V; Fugletveit, R & Arvesen, P (2010): «Pedalen»: Sykkelverksted og sykkelparkering, Høgskolen i Østfold, Halden, Oppdragsrapport 2010:4
- Hansen, G V; Kirchhoff, J; Ramsdal, H (2009): Bestiller/utførermodellen – økt fleksibilitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten? i Karlsson & Claussen (2009) *Den sköra balansen: arbetslivet och flexibilitetens tvetydigheter*, i skriftserien Arbetsliv i Omvandling Växjö Universitet

- Hansen, G. V. (2013). Hjemmet som basis for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol 10 , nr. 2, 129-137
- Hansen, G.V.og H. Ramsdal (2012): *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet»)*. Underveisevaluering. Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2012:2
- Hansen, GV (2007). *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*, Karlstad University Studies 2007.15.
- Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori – moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helsedirektoratet (2008): *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Vurdering av omfang og behov samt forslag til tiltak*. IS-1554. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. IS-1948 Rapport.
- Helsedirektoratet (2014): *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. IS-2076. Oslo
- Holck, G. (2004): *Kommunenes styring av komplekse oppgaver*, Oslo: Ph.D. avhandling, Universitetet i Oslo
- Holum L. C. (2012). “It is a good idea, but...” A qualitative study of implementation of “Individual Plan” in Norwegian mental health care, *International Journal of Integrated Care*, 12 (15).
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258-263. doi:10.1037/0033-3204.43.3.258
- Hubble, Mark A. (Ed); Duncan, Barry L. (Ed); Miller, Scott D. (Ed), (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association
- Johnson, R. (2010). Metrics and measures in tackling the social determinants of health - the example of mental health and housing. *Journal of Public Mental Health*, 9(3), 36-44
- Karlsen, H: ”Koordinering av psykososialt arbeid – Erfaringer og resultater fra Sinsen DPS og bydelene Helsfyr-Sinsen, Bjerke og Grefsen-Kjelsås”, Rapport 1-2004, Stiftelsen GRUK
- Killasby, H. et al (2006): The REACT-study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*; 332;815-820; originally published online 16. Mar 2006;

- Kjellevoid, A. (2002). *Retten til individuell plan*. Fagbokforlaget.
- Kolko, J (2012): Wicked Problems: Problems Worth Solving. *Stanford Social Innovation Review*, Austin Center for Design
- Krupa, T., Eastabrook, S., Hern, L., Lee, D., North, R., Percy, K., ... & Wing, G. (2005). How do people who receive assertive community treatment experience this service?. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 18.
- Leiphart, L. R., & Barnes, M. G. (2005). The client experience of assertive community treatment: A qualitative study. *Psychiatric rehabilitation journal*, 28(4), 395-397.
- Lemir, S. (2012). *Contribution analysis: The promising new approach to causal claims*. København: Rambøll Management Consulting.
- March, J. G. (1994). *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen*. New York: Free Press.
- March, J. G., Olsen, J. P., Christensen, S., & Cohen, M. D. (1976). *Ambiguity and choice in organizations* (pp. 69-81). Bergen: Universitetsforlaget.
- Marshall, M., A. Gray, A. Lockwood, R. Green: *Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review)*. The Cochrane Library 2, 2000. Oxford software. (<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.htm> (2.6.2000))
- Marshall, M., A. Lockwood: *Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review)*. The Cochrane Library 2, 2000. Oxford software. <http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.htm> (2.6.2000))
- Matthew B. Miles, & A. Michael Huberman. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage.
- Mayne, J. (2012). Contribution analysis: Coming of age?. *Evaluation*, 18(3), 270-280.
- Mintzberg, H. (1979): *The Structuring of Organizations – A Synthesis of the Research*, New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall
- Mueser, Douglas, Noordsy, Drake og Fox (2006) *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Universitetsforlaget.
- Møller, G. (2006): *Evaluering av samordningsforsøkene mellom aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten. Sluttrapport*, Rapport 231-2006, Bø: Telemarksforskning-Bø
- NAPHA (2013): ACT-team: Fordeler og dilemmaer. NAPHA.no stafett. Trondheim 2013

- Nelson, G. (2010): Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence, and Transformative Change, *Journal of Sociology & Social Welfare*, Volume XXXVII, Number 4
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011): What Works for Whom: Tailoring Psycho-therapy to the Person. *Journal of Clinical Psychology*, In Session, 67 (2), 127-132
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2011b). Evidence-based therapy relationships. Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Nutley, S., S. Morton, T. Jung, A. Boaz (2010): Evidence and Policy in six European countries: diverse approaches and common challenges. *Evidence and Policy*, vol. 6 no 2. The Policy press, London:2010
- Nutley, S.M., I. Walter og H.T.O. Davies (2007): *Using Evidence*. Bristol: The Policy Press
- Nylehn, B. (1999). Organisasjon og ledelse. *Kolle forlag, Otta*.
- Oliver, P. C., Piachaud, J., Tyrer, P., Regan, A., Dack, M., Alexander, R., Bakala, A., Cooray, S., Done, D. J. and Rao, B. (2005), Randomized controlled trial of assertive community treatment in intellectual disability: the TACTILD study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49: 507–515. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00706.x
- Onyett, S. (1998) *Case management in Mental Health*. Stanly Thornes (Publishers) ltd.
- Pettersen, Karen-Sofie og Gudrun Rudningen (2014): *Samspill eller svarteperspill?* AFI-rapport 10/2014. Oslo.
- Ramsdal, H & Hansen, G V (2005): ”Om sirkelens kvadratur – Psykisk helsearbeid møter bestiller- / utførerorganisasjonen”, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2/2005:134 – 148
- Ramsdal, H (1996): *"Kan psykiatrien reformeres innenfra?": evaluering av Prosjekt psykiatri*, Høgskolen i Østfold, Rapport
- Ramsdal, H (2012): “From Hierarchical Steering to Dialogic Governance?” I Barroso, Joao; Carvalho, Luis Miguel. Knowledge, policy and regulation - public action in health and education
- Ramsdal, H. & Hansen, G.V. (2012). *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet»)*. Underveisevaluering. Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2012:2.

- Ramsdal, H. (2009). Fra kunnskap til organisatorisk praksis. I: Grimen, H. & Terum, L.I. (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Ramsdal, H. (2012): From hierarchical steering to dialogic governance? An analysis of four welfare state reforms in Norway, i Barroso, J. and L.M. Carvalho (eds.): *Knowledge and Regulatory Processes in Health and Education Policies*. EDUCA, Lisbon 2012. (Ch. 3, pp. 89 – 131).
- Ramsdal, H., & Hansen, G. V. (2009). *Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold: erfaringer med organisering og arbeidsformer*. Høgskolen i Østfold Oppdragsrapport
- Redko, C., Rapp, R. C., Elms, C., Snyder, M., & Carlson, R. G. (2007). Understanding the Working Alliance Between Persons with Substance Abuse Problems and Strengths-Based Case Managers. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241-250
- Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M (2010): *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Oxford Blackwell Publishing Ltd.
- Rieper, O., F. Leeuw, T. Ling (eds.) (2012): *The Evidence book. Concepts, Generation, and the Use of Evidence*. Comparative Policy Evaluation, Vol. 15. . Transaction Publishers New Brunswick (USA), London (U.K.)
- Rittel, H. og M. Webber (1973): Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* Vol 4, pp 155 – 169. Elsevier Scientific Publishing Company, Inc. Amsterdam.
- Roberts, N.C. (2000) “Wicked Problems and Network Approaches to Resolution.” *The International Public Management Review.*, Vol. 1, 1 (2000).
- Rogan T (2008): Et felles løft, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 5 Nr. 2 2008
- Ruud, T., og A. Landheim (2012): Evaluering av 12 ACT-team. Midtveisrapport. KoRus-Øst og Akershus Universitetssykehus: Oslo:2012
- Ruud, T. og A. Landheim (2014): *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Akershus universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Oslo
- Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner: Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour og Ferrada-Videla (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1:132-147.

- Schein, E. H. (1987). *Organisasjonskultur og ledelse – er kulturendring mulig*. Oslo: Libro Forlag.
- Schein, E. H. (1996). Three Cultures of Management: The Key to Organizational Learning, *Sloan Management Review*. 38,1, 9-21
- St.prp nr: 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008*. Sosial- og helsedepartementet.
- Statens Helsetilsyn (2000): ”*Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser*. Oslo 2000.
- Stein L, &.. Santos (1998). *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. W.W. Norton, 1998.
- Stein, L.I and M.A test (1978): An alternative to mental hospital treatment. In *Alternatives to Mental health Treatment* (eds. Stein and Test) New York:Plenum Press
- Stortingsmelding nr: 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr: 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted –*
- Strand, T. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget.
- The Cochrane Collaboration (2010): *Assertive community treatment for people with severe mental disorders* (Review2010) Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Timmermans, S. & M. Berg (2003): *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Temple University Press.
- Topor, A; Borg, M; Girolamo, S Di; Davidson, L (2011) Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery, *Int J Soc Psychiatry* 57 (1) 90-99.
- Van Veldhuizen, R. (2007): FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal*. Springer Science-Business Media. Published online 21.May 2007. <http://link.springer.com/article/10.1007/s10597-007-4/fulltext.html>.
- Øvretveit J (1996): Five ways to describe a multidisciplinary team, *Journal Of Interprofessional Care*, Vol. 10, No. 2, 1996