



Universitetet
i Stavanger

**«Samarbeidsavtaler –
formalitet eller redskap til samhandling?»**

Masteroppgave i Endringsledelse

Av Hilde Wikheim

15.06.2013

Institutt for media-, kultur- og samfunnsfag.
Samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTEROPPGAVE I ENDRINGSLEDELSE

SEMESTER:

Våren 2013

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

«Samarbeidsavtaler – formalitet eller redskap til samhandling?»

FORFATTER:

Hilde Wikheim

VEILEDER:

Ståle Harald Opedal, IRIS

EMNEORD/STIKKORD:

Samhandling, samarbeidsavtale, translasjonsperspektiv, kontekstualisering, implementering, fratrekking, addering, oversettelsesregler, translasjonsteori

SIDETALL:

103 (inkludert litteraturliste og vedlegg)

STAVANGER: 15. juni 2013

Forord

Med denne oppgaven avsluttes mitt masterstudie i Endringsledelse ved Universitetet i Stavanger. Det har vært en lærerik prosess, og jeg har sett både teori og praksis på nye måter, både gjennom studietiden og i arbeidet med denne oppgaven. Temaet har vært både relevant og interessant i forhold til mitt arbeid, noe som også har bidratt til å opprettholde engasjementet og motivasjonen gjennom prosessen. Men det er ikke å legge skjul på at det skal bli godt å bli ferdig etter en krevende periode med 100% jobb og 3 barn, i tillegg til masterstudiet. Jeg ser frem til roligere dager, både for meg og mine nærmeste.

Først og fremst vil jeg takke min veileder, Ståle Opedal, som har bidratt med god veiledning og verdifulle innspill. Gode samtaler og motiverende veiledning bidro sterkt til at jeg nå er i mål, så tusen takk.

Takk til Time kommune og Sola kommune for at dere tok i mot meg, og ga meg muligheten til å få innblikk i deres organisasjon, og tusen takk til dere informanter som villig stilte opp for mitt prosjekt. Jeg har fått flere gode innspill som jeg vil ta med meg videre i min jobbhverdag.

Min arbeidsgiver har gitt meg oppmuntringen, støtten og fleksibiliteten jeg trang for å gjennomføre denne oppgaven, og tusen takk for det.

Takk til medstudenter for gode, faglige drøftinger hele skoleåret gjennom, og spesielt takk til Malena for flere gode diskusjoner og drøftinger underveis med oppgavene våre.

Og sist, men ikke minst takk til min samboer og 3 barn, som har «holdt ut» med meg under studieperioden, spesielt denne våren. Nå lover jeg at jeg skal være mer «tilstede», og vi skal få mer tid sammen. Noe jeg ser frem mot, og gleder meg til.

Stavanger, 15. juni 2013

Hilde Wikheim

Sammendrag

Denne masteroppgaven er utført som en del av studiet i endringsledelse ved Universitetet i Stavanger. Oppgaven har fokus på implementeringen av samarbeidsavtalen mellom kommunene og Helse Stavanger innenfor tjenesteområdet rus og psykiatri. Samhandlingsreformen (St.meld nr. 47, 2008-2009) som trådte i kraft 1.1.2012 førte til lovkrav om å utarbeide samarbeidsavtaler mellom de statlige helseforetakene og kommunene. I min oppgave har jeg undersøkt en av avtalene som ble inngått mellom Helse Stavanger HF og kommunene innenfor foretaksområdet, i alt 18 kommunene.

Tema for oppgaven er implementeringen av samarbeidsavtalene, og spesielt delavtale 2a – samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser. Jeg valgte å se på dette temaet fra kommunenes ståsted, og valgte ut to kommuner, Time kommune og Sola kommune. Disse kommunene har flere strukturelle likhetstrekk og har et godt omdømme i forhold til samarbeid. Problemstillingen belyser i hvilken grad kommunene har implementert avtalen for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser, samt hvilke faktorer som har fremmet eller hemmet en tilsiktet implementering. For å belyse hvordan samarbeidsavtalene har blitt tatt i mot i de aktuelle kommunene har jeg benyttet translasjonsperspektivet til Røvik (2007) som teoretisk utgangspunkt. Jeg har brukt begreper som rask tilkobling, frastøting og frikobling, sammen med oversettelsesreglene kopiering, addering, fratrekking og omvandling, for å kartlegge og analysere implementeringen av samarbeidsavtalene.

Det er benyttet en kvalitativ metode i form av egne observasjoner og intervju. Problemstillingen ledet meg til valg av organisasjons- og implementeringsteori og en kvalitativ tilnærming på den empiriske undersøkelsen. Implementeringen av avtalene er tolket i lys av ulike trekk ved den organisasjonen der avtalene skal virkeliggjøres. Det er gjennomført 11 intervjuer, samt at jeg har gjort egne observasjoner under deltakelse på ulike samarbeidsmøter og samhandlingsseminarer. Disse datakildene har dannet det empiriske grunnlaget for drøfting av temaene i problemstillingen.

I utgangspunktet valgte jeg to tilnærmet like kommuner, som begge hadde rykte på seg for å være gode på samhandling. Kommunene er omtrent like store når det gjelder folketall. Mine funn viser imidlertid flere ulikheter med hensyn til implementeringsprosessen. I Sola var det utarbeidet en mer bevisst strategi i forhold til å spre ut informasjon og implementere avtalen, slik at de ansatte gjennom ulike fora hadde fått informasjon om avtalene og om bruken. I Time kommune har de i flere år hatt samarbeidsavtaler med Jæren Distriktpsikiatriske senter (JDPS), og disse har over tid blitt innarbeidet i kommunen og blitt en del av den daglige praksisen i samarbeidet mellom psykisk helse i kommunen og JDPS. Blant annet av den grunn var ikke de nye samarbeidsavtalene kjent for de ansatte før jeg avtalte intervjuene.

I Sola kommune skjedde det en tilnærmet rask og uproblematisk implementering av samarbeidsavtalen, noe som er i tråd med det optimistiske scenariet til Røvik (2007). Time kommune derimot har hele tiden hatt en god samhandlingspraksis rundt brukerne, både internt

og i forhold til helseforetaket. Og de valgte tydelig å forholde seg til eksisterende praksis fremfor implementering av samarbeidsavtalen fra starten av. Det skjedde her i første omgang en frikobling hvor kommunen valgte å ikke igangsette større prosesser for å gjøre avtalen kjent i organisasjonen, men lot den være en overordnet avtale på ledelsesnivå. Det som imidlertid skjedde når de ansatte fikk kjennskap til avtalen var en rask tilkobling, fordi avtalens innhold i stor grad allerede samsvarte med eksisterende samhandlingspraksis i kommunen.

Så pr i dag vil jeg si at begge kommuner er kommet like langt i sin utøvelse av samhandlingspraksisen som beskrives i avtalene. Men implementeringsprosessen har skjedd på ulike måter, og Sola kommune har fortsatt en mer bevisst strategi, både fra starten og i forhold til videre implementeringsarbeid.

Gjennom funnene fremkommer det flere faktorer som både har fremmet og hemmet implementeringsprosessen. Samarbeidsreformen har over tid vært omtalt i media, og den fått tid til å modnes i de ulike organisasjonene. Når så samarbeidsavtalene trådte i kraft som et ledd i samhandlingsreformen var det allerede innarbeidet stort sett positive holdninger og «selvfølgeligheter» til samhandling og bruk av samarbeidsavtalene. Dette har bidratt til en raskere tilkobling av avtalene i organisasjonene.

Sola kommune arrangerte en fagdag for alle ansatte hvor samarbeidsavtalene var tema. Denne fagdagen, sammen med engasjerte leder, har også bidratt til implementeringen gjennom både presentasjon av avtalene samtidig med drøftinger i forhold til ulike case. Time kommune sitt fokus på samhandling med JDPS over flere år, har bidratt til at positive holdninger har fått modnes og sette seg i kulturen, noe som igjen har bidratt til å fremme implementeringen.

Avtalene har blitt implementert på en ulik måte i de to kommunene, og funnene viser at det er opp til den enkelte leder hvordan avtalene skal gjøres kjent og implementeres. Jeg vurderer det slik at manglende forhåndsdefinert standard for implementeringen og fravær av framdriftsplan for prosessen kan ha virket hemmende på implementeringen. Sammen med en felles strategi for implementeringsprosessen mener jeg er et av forbedringspunktene ved en eventuell fremtidig implementeringsprosess.

Denne studien er gjort av en samarbeidsavtalen som har fått virke et knapt år. Den viser at det tar tid før en avtale blir innarbeidet i kommunenes etablerte praksis. Lettest skjer dette når det er relativt små forskjeller mellom mål og retningslinjer i avtalen og etablert praksis. Oppgaven har i liten grad studert effekter for brukerne av samarbeidsavtalene både fordi avtalene er nokså nye, og fordi det vil kreve en mer omfattende forskningsinnsats. Fremover vil det være viktig å undersøke om avtalene faktisk bedrer samhandlingen rundt den enkelt bruker.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for oppgaven og problemstillingen	8
1.2 Samhandlingsreformen.....	9
1.2.1 Samarbeidsavtale 2a.....	12
1.3 Helseforetakets og kommunenes oppbygning.....	14
1.3.1 Individuell plan	20
1.4 Mer om problemstillingen.....	21
1.5 Disponering av oppgaven.....	23
2 Begrepsavklaringer og teori.....	23
2.1 Trender og myter	24
Trender i dagens samfunn	25
2.2 Translasjonsperspektivet.....	26
2.3 Kontekstualiseringsperspektivet	27
2.3.1 Den hierarkiske oversettelseskjeden.....	27
2.3.2 Hva skjer i organisasjonen ved implementering av ideer?	29
2.3.3 Kontekstualiseringsregler	31
2.3.4 Translatørkompetanse.....	33
2.4 Organisasjonskultur	35
2.5 Fremmer/hemmer endringer	36
2.6 Analyseeskjema	38
3 Metode	39
3.1 Forskningsdesign.....	40
3.2 Kvalitativ metode.....	42
3.2.1 Intervju.....	43
3.3 Valg av kommuner og intervjuobjekter /valg av informanter.....	44
3.3.1 Intervjuguide	46
3.3.2 Gjennomføring av intervjuene og bearbeiding av dataene.....	46
3.4 Reliabilitet og validitet	47
3.4.1 Forskningsetiske aspekter.....	48
4 Presentasjon av funn.....	49
4.1 Forarbeidene	50
4.2 Kjennskap til avtalene	51
4.2.1 Kjennskap blant de ansatte.....	51
4.2.2 Introduksjon av avtalene	52
4.2.3 Bygger avtalene på tidligere samarbeidsavtaler?	53
4.3 Igangsatte aktiviteter for å følge opp avtalene	54
4.3.1 Samhandling i forhold til bruker.....	55
4.4 Avtalene og IP	55

4.5	Nytteverdi.....	56
4.5.1	Oppeves avtalene som nyttig?	57
4.5.2	Utfordringer i samarbeidet	58
4.5.3	Mangler i avtalen.....	59
4.6	Hemmer/fremmer implementering.....	60
4.6.1	Mottatt informasjon om avtalene.....	60
4.6.2	Motstand mot avtalen	61
4.6.3	Faktorer som har fremmet bruken av avtalen	61
4.7	Veien videre.....	62
4.8	Oppsummering av funnene.....	63
5	Drøfting av funn	65
5.1	Kontekstualisering av samarbeidsavtalene.....	66
5.1.1	Fratrekking	69
5.1.2	Addering.....	70
5.2	Implementeringsarbeidet.....	70
5.2.1	Kjennskap til avtalene.....	70
5.2.2	Spredning av avtalene – fra kjennskap til handling.....	71
5.2.3	Leders rolle i implementeringen	73
5.2.4	Ansattes vurderinger	75
5.3	Hemmende og fremmende faktorer.....	76
5.3.1	Hva hemmer/fremmer implementeringen?	76
5.3.2	Kulturelle utfordringer	78
5.4	Hva kunne vært gjort annerledes sett i lys av teoriene?	79
6	Konklusjon.....	80
7	Referanser	84
Vedlegg		
	Vedlegg 1: Samhandlingsavtalene.....	87
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	102

Figuroversikt

Figur 1a: organisatorisk oversikt over hovedtiltakene innen rus/psykiatri-tilbudet i Helse Stavanger.....	15
Figur 1b: organisasjonskart avdeling unge voksne, SUS.....	15
Figur 2 : Organisering av det kommunale rus- og psykiatritilbudet.....	16
Figur 3a: Samarbeid i behandlingsforløp, overlappende tjenester.....	17
Figur 3b: «Distribusjon» av pasienter i behandlingsapparatet.....	17
Figur 4: Fordeling av pasienter ut fra graden av problematikk.....	19
Figur 5: Koblingen mellom scenariene og forventningene når ideer implementeres.....	30
Figur 6: Analyseskjema.....	38
Figur 7: Gangen i en undersøkelse.....	40
Figur 8: Ulike typer intervju.....	43
Figur 9: Leddene i en avtaleprosess.....	66

Forkortelser:

JDPS – Jæren Distriktpsikiatriske senter

TSB - Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven og problemstillingen

Det er i helsesektoren i dag et stort fokus på samhandling og samarbeid, både mellom ulike nivåer og mellom ulike tiltak på samme nivå. Intensjonen er at vi skal samarbeide for å gi brukerne/pasientene de beste tjenestene ut fra den enkeltes behov, en intensjon som fremkommer gjennom samhandlingsreformen. Videre fremkommer det gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester at det skal utarbeides samarbeidsavtaler mellom stat og kommune. Den enkelte pasient/bruker av norsk helsevesen er i dag svært avhengig av at ulike instanser samarbeider da en heller sjelden forholder seg til kun en instans dersom en har behov for tjenester innen helsevesenet. Det har i den senere tid vært et konstant fokus på samhandlingen mellom de ulike etatene, til det beste for oss brukere. Spesielt innen helsesektoren er dette et tilbakevendende forbedringsområde. Det har vært forsøkt mange ulike lokale forsøk på samarbeid, men nå har dette blitt formalisert gjennom en nasjonal samhandlingsreform (som ble iverksatt 1.1.2012) og lovfestede samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Og i den forbindelse utarbeides det ulike samarbeidsavtaler på kryss og tvers i sektoren, men oppnår vi et bedre tilbud til brukerne gjennom slike avtaler? Blir avtalene tatt i bruk? Er avtalene til nytte for brukerne og for de som skal samhandle rundt brukeren? Hva skjer videre med denne loven? Vil den legge føringer for gjennomføring av effektiv samhandling helt til det siste leddet i helsesektoren, det leddet som er i direkte kontakt med brukeren/pasienten?

Jeg har flere års erfaring i arbeidet med rus og psykiatri innenfor spesialisthelsetjenesten, og har både sett og opplevd mange utfordringer med å få til koordinerte tjenester for pasienter med samtidig rusproblematikk og ulik grad av psykisk lidelse. Dette er en målgruppe som, mye grunnet sin problematikk, ofte faller igjennom i hjelpeapparatet ved at deres liv er preget av ustabilitet og at de ikke alltid er i posisjon til å nyttiggjøre seg det de får tilbud om, eller på de tidspunktene tilbudet er aktuelt. Samtidig er dette en gruppe som har et stort behov for ulike hjelpetilbud både i regi av kommunen og spesialisthelsetjenesten, samtidig med at det er en nødvendighet at tjenestene er koordinerte og at det samhandles tett for å unngå at brukerne/pasientene «dropper ut» (får opphold i sine forløp). Opphold i forløpene fører ofte til tilbakefall til rus, noe som setter pasientene langt tilbake i en behandlingsprosess.

Mitt tema i denne oppgaven har derfor sitt utspring i min interesse for denne pasientgruppen da jeg opplever et stort behov for koordinerte tjenester for disse personene. Og samtidig har jeg en interesse for bruken av samhandlingsavtalene som er signert og tatt i bruk i Helse Stavanger. Jeg vet det finnes mange avtaler og retningslinjer i helsesektoren pr i dag, og jeg vet også at ikke alle blir lest og tatt i bruk i like stor grad. Derfor lurer jeg på om disse avtalene oppleves og tas i bruk som det verktøyet de var ment som? Og har de ansatte i helse- og omsorgstjenestene i det hele tatt kjennskap til avtalene som foreligger?

Det hele handler gjerne også om effektivisering, ved at en samarbeidsavtale sikrer at den enkelte instans vet mer om hva en selv og andre har ansvar for slik at en del dobbeltarbeid rundt

pasienten reduseres. Og ut fra min erfaring vil dette oppleves som en bedre ivaretagelse fra pasientens/brukerens side.

Det har blitt naturlig å avgrense oppgaven til å gjelde samhandlingsavtalen om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser (delavtale 2a). Det kunne vært svært interessant og sett på de substansielle effektene av avtalen, og da mener jeg hvilke virkninger avtalene har overfor pasient/bruker. Hensikten med avtalene er jo at brukerne skal få et mer helhetlig behandlingsforløp, samt oppleve gode overganger og samkjøring mellom de ulike instansene de er i kontakt med. Etter min vurdering og samtidig etter å ha forhørt meg litt i feltet, ble det tydelig at det er for tidlig i prosessen å måle slike effekter av avtalen. Valget ble da å se på implementeringen av avtalene, og hva som hemmer eller fremmer en ønsket implementering. Selv om det var for tidlig i prosessen å se på de substansielle effektene for brukerne, vil jeg i stedet få frem noe av de prosessuelle effektene gjennom denne oppgaven, for ledelse og ansatte i de to utvalgte kommuner.

Slik jeg ser det får samhandlingsreformen større betydning i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten, da den legger opp til at det er kommunene som i større grad skal være ansvarlig for å se den helhetlige tenkningen og være ansvarlig for koordineringen ifht den enkelte bruker. Dette sammenfaller med trendene som en kan se gjennom flere av reformene¹ innen helse og sosialsektoren de siste ti-årene, at brukerne skal ha mye kortere tid i spesialisthelsetjenesten og mer i eget nærmiljø (da i kommunene). Dette gjør at jeg videre i oppgaven begrenser meg til å se på kommunenes implementering av avtalen.

1.2 Samhandlingsreformen

Helse og omsorgsdepartementet har utformet en samhandlingsreform med hensikt å forbedre helsetjenestene i landet.

«Samhandlingsreformen er en retningsreform som skal gjennomføres over tid med start fra 1. januar 2012. Realiseringen bygger på et bredt sett av virkemidler, og det vil være variasjoner i hvordan reformen gjennomføres lokalt. Samhandlingsreformen kan innebære store endringer i lokale samarbeidsstrukturer, organisering av tjenester og forebyggende virksomhet. Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles».

(Samhandlingsreformen, nasjonal veileder - samarbeidsavtaler, s. 3)

Utkastene og forberedelsene til samhandlingsreformen kom i 2008-2009, og har hatt mediefokus i god tid før iverksettelsen. Men samhandlingsfokus startet før den tid.

¹ Eks. er blant annet sykehusreformen og HVPU-reformen

Sykehusreformen med etablering av de regionale og lokale helseforetakene ble satt i verk i 2002, og med det ble det også utviklet ulike former for samarbeid mellom helseforetakene og kommunene. 21. juni 2007 kom det en nasjonal rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og regjeringen om samhandling på helse- og omsorgsområdet hvor formålet med den skulle være «å understøtte inngåelse av lokale avtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom likeverdige parter. Videre skal den bidra til systematisk oppfølging på samhandlingsområdet på nasjonalt nivå». Det kom også frem at rammeavtalen måtte ses i sammenheng med lokale avtaler mellom helseforetak og kommuner, og legge til rette for videreutvikling av disse. De lokale avtalene ble utviklet som såkalte frivillige avtaler og var ikke lov hjemlet. Helse Vest valgte å overlate de lokale avtalene til hvert enkelt helseforetak, og da til Helse Stavanger i vårt område. Helse Stavanger har siden 2003 hatt ulike samarbeidsavtaler både mellom helseforetak og kommune og mellom tilbud innenfor helseforetaket. Innenfor rus- og psykiatritjenestene har det blant annet vært samarbeidsavtaler mellom tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB)² og psykisk helsevern, og internt mellom instansene i TSB. Dette samtidig med jevnlig samarbeidsmøter 4-6 ganger årlig. Disse avtalene og dette samarbeidet, har dannet mye av grunnlaget for de formaliserte og lovfestede samarbeidsavtalene fra 1.7.2012. Formålet med samarbeidsavtalene er å bidra til at pasienter/brukere opplever et bedre og samordnet tjenestetilbud gjennom en konkretisering av ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommune og helseforetak.

Helse- og omsorgstjenesteloven sier følgende:

«§ 6-1. Plikt til å inngå samarbeidsavtale

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

§ 6-2. Krav til avtalens innhold

Avtalen skal som et minimum omfatte:

- 1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre*

² www.helsedirektoratet.no har følgende definisjon av TSB «Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer – TSB – omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester. TSB er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og pasientenes rettigheter går fram av pasientrettighetsloven».

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

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres».

Samhandlingsreformen var i media i en lang periode før den trådte i kraft 1.1.12, og den la derfor opp til at alle involverte parter skulle få mulighet til å igangsette arbeidet med samarbeidsavtalene. Utdrag fra pressemelding fra regjeringen 4. okt 2011 sier følgende³:

«Bedre samarbeid mellom kommune og sykehus vil gi pasienter og brukere bedre tjenester. – For å sikre dette skal kommunene og sykehusene inngå samarbeidsavtaler. Lovpålagte samarbeidsavtaler er et viktig verktøy i gjennomføringen av samhandlingsreformen. I den nye veilederen får kommunene og sykehusene vite hva avtalene skal inneholde og hvilke frister de må forholde seg til når det gjelder inngåelse. Dette vil hjelpe kommuner og sykehus slik at de enklere kan lage samarbeidsavtalene, sier helse- og omsorgsministeren.

Innen 31. januar 2012 skal det foreligge samarbeidsavtaler som omfatter følgende:

- *Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.*
- *Retningslinjer for innleggelse på sykehus.*
- *Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.*
- *Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede.*

Innen 1. juli 2012 skal samarbeidsavtalene som helhet være inngått. Avtalene skal da som et minimum inneholde punktene i Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2».

³ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2011/samarbeidsavtaler-sikrer-pasienter-helhe.html?id=659226>

Samarbeidsavtalene skal bidra til å:

- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
- Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte».

(Nasjonal veileder: Samhandlingsreformen - samarbeidsavtalene, s. 8)

Helse- og omsorgstjenesteloven (som erstattet store deler av Sosialtjenesteloven) er bakgrunnen for at det nå er utarbeidet en samlet samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger og kommunene innenfor helseforetaket. Helse Stavanger har jobbet aktivt for å få disse avtalene på plass. Jeg opplever, ut fra mitt arbeidssted, at prosessen med avtalene gikk stort sett greit, ikke minst i forhold til delavtale 2a. Det var utfordringer i forhold til avtalen vedrørende utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten og til kommunene. Uenigheter rundt denne avtalen forsinket en samlet ferdigstilling, men det kom til enighet til slutt.

Slik jeg ser det så virker resultatet av avtaleutformingen normativt og gjennomtenkt. Men er de så gode som det ser ut? Er det et verktøy som kan benyttes i praksis? Hva opplever de ansatte som jobber i de organisasjonene som avtalene innbefatter? Etter mange års arbeid i helse- og sosialsektoren vet jeg at selv om intensjonen er god er det ikke alltid gjennomføringen og bruken står i forhold til intensjonen. Dette ønsker jeg å se nærmere på.

1.2.1 Samarbeidsavtale 2a

Samarbeidsavtalene som er utarbeidet her i Helse Stavanger er bygd opp etter kravene i Helse- og omsorgstjenesteloven, og den nasjonale veilederen til samhandlingsavtalene er benyttet i utarbeidelsen.

Samarbeidsavtalene består av en overordnet avtale for samarbeidet mellom Helseforetak (inkludert de private) og med kommunene i helseforetaket. Avtalen i Helse Stavanger består av en overordnet avtale, samt 12 delavtaler. Avtalene er signert med alle 18 kommunene i foretaksområdet.

«Avtalene omfatter samarbeid og ansvarsfordeling om innleggelse, døgnopphold og poliklinikk, utskriving og samtidig oppfølging av pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk». (Helse Stavanger, powerpoint-presentasjon, høst 2012)⁴

Formålet med avtalene i Helse Stavanger samsvarer med retningslinjene i den nasjonale veilederen for samhandlingsreformen, hvor det blant annet tydelig fremkommer at avtalene skal bidra til å forbedre samarbeidsrutiner og ansvarsfordeling rundt den enkelte pasient, en skal være løsningsorienterte, effektive og sikre god informasjonsflyt mellom ulike nivåer i behandlingsprosessen. Formålet er også å redusere risikoen for uheldige hendelser.

Jeg har som nevnt i denne oppgaven valgt å se nærmere på delavtale 2A «Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser». Dette med bakgrunn i mine interesser og mitt kjennskap til dette feltet og denne målgruppen. Noen av delavtalene overlapper og utfyller hverandre, og i delavtale 2a er også delavtale 3 og 5 spesielt nevnt. Delavtale 3 er «samarbeidsavtalen om ansvars- og oppgavefordeling ved henvisning og innleggelse av pasient» og delavtale 5 er «samarbeidsavtalen om ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskriving av pasient fra spesialisthelsetjenesten.

Jeg har i denne oppgaven bevisst brukt delavtale 2a eller samarbeidsavtalene, uten å nevne delavtale 3 og 5 hver gang, da jeg har valgt å definere delavtale 3 og 5 som en del av 2a i denne sammenhengen.

Delavtale 2a er, slik jeg ser det, en detaljert avtale som tydeliggjør ansvars- og oppgavefordelingen mellom helseforetaket og kommunen når det gjelder pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser, samtidig med at den tydeliggjør hva som er felles ansvar. Dette henger sammen med målsettingen om samtidighet og tydelighet av ansvarsfordelingen. Denne delavtalen er vedlagt oppgaven (jfr. vedlegg 1).

Før disse lovfestede samarbeidsavtalene trådte i kraft forelå det, som tidligere nevnt, flere frivillige samarbeidsavtaler i helseforetaket, blant de var samhandlingsavtale mellom TSB og Stavanger kommune⁵. Denne avtalen har vært mye av grunnlaget for arbeidet med delavtale 2a, og den tidligere avtalen har blitt erstattet av delavtale 2a.

Intensjonen med avtalen er blant annet å «rive ned gjerdene mellom yrkesgrupper og tjenestesteder, og sette fokus på pasientens forløp» (Helse Stavanger, PP-presentasjon, høst 2012). Et av de prioriterte områdene innenfor avtalen er blant annet fokuset på samtidige tjenester i overgangen mellom institusjon og egen bolig. Et annet er utvikling av gode rutiner for deling av informasjon/forbedre informasjonsflyten til det beste for den enkelte bruker.

⁴ Helse Stavanger utarbeidet høsten 2012 en powerpoint-presentasjon for delavtale 2a, som skulle brukes i implementeringsarbeidet. Etter det jeg kjenner til ble denne sendt ut til lederne i tiltak innenfor spesialisthelsetjenesten.

⁵ «Samhandlingsavtale vedrørende tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk mellom Helse Stavanger HF, private/ideelle virksomheter som har avtale med Helse Vest om TSB og Stavanger kommune» fra 2010.

I Helse Stavanger er det psykiatrisk klinikk, avdeling for unge voksne, som hadde hovedansvar for å igangsette arbeidene med delavtale 2a, og representanter for kommunene, avdeling unge voksne og private organisasjoner deltok i utarbeidelsen.

I etterkant av de formaliserte samarbeidsavtalene har det oppstått nye, og mer spesifiserte, avtaler mellom mindre grupper/områder. Eksempel på dette er «samarbeidsavtale mellom private spesialisthelsetjenester i Sør-Rogaland og Helse Stavanger HF»⁶, en avtale som skal ses i sammenheng med delavtale 2a og som tydeliggjør samarbeidet mellom TSB og psykisk helsevern for pasienter med samtidig rus og psykiske lidelser

1.3 Helseforetakets og kommunenes oppbygning

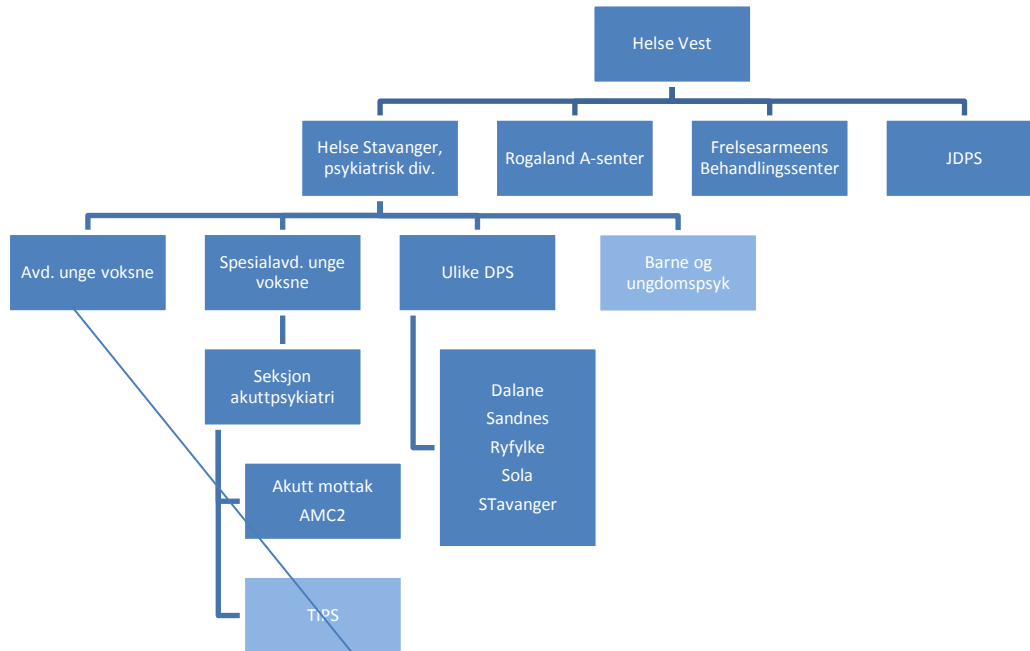
Avtalen i forhold til rus og psykiatri mellom Helse Stavanger og kommunene inkluderer både offentlige og private instanser. Spesialisthelsetjenesten i Helse Vest er delt i 4 helseforetak (Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde) som hver har ansvaret for sitt foretaksområde når det gjelder det offentlige tilbudet.

De private som har direkte driftsavtale med Helse Vest innenfor rus og psykiatrifeltet i Helse Stavanger sitt foretaksområde, er Rogaland A-senter (eies av Kirkens Bymisjon), Frelsesarmeens Behandlingssenter (eies av Frelsesarmeen) og Jæren DPS (eies av Norske Kvinners Sanitetsforening, Rogaland). Disse samarbeider tett med Helse Stavanger, men forholder seg direkte til Helse Vest som oppdragsgiver.

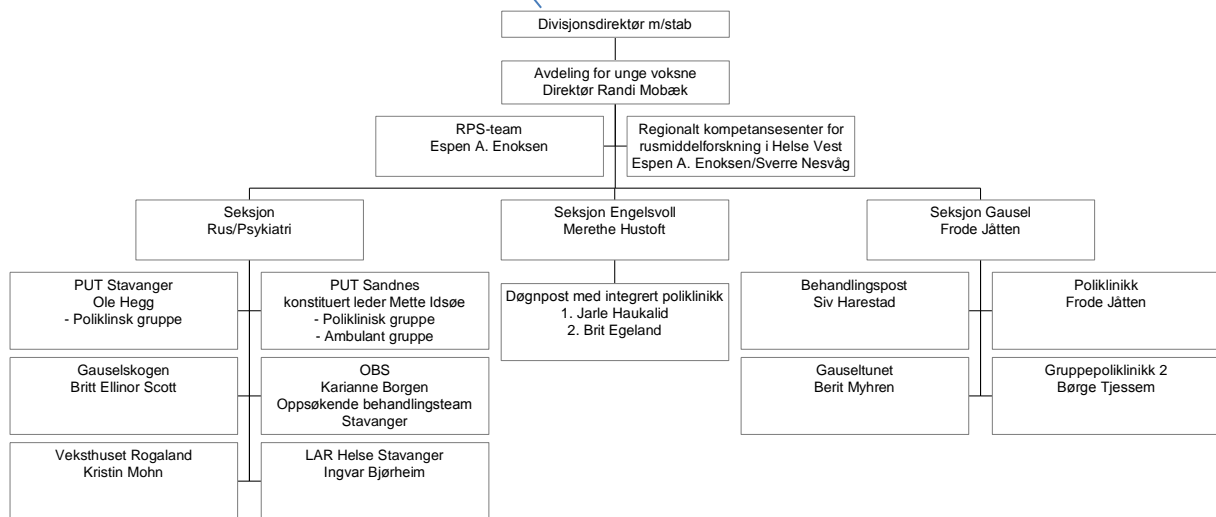
Videre vil jeg beskrive noe mer om oppbygningen av helseforetaket og kommunen som er relevant i forhold til rus- og psykiatritilbudet. Spesialisthelsetjenesten deles i utgangspunktet i tre; somatikk, psykisk helsevern og TSB. Skillet i forhold til somatikken oppleves som tydelig, men det er ofte mer uklarheter forbundet med skillet mellom psykisk helsevern og TSB. Og det forekommer variasjoner fra helseforetak til helseforetak, mye basert på interne organiseringer. Derfor forholder jeg meg kun til Helse Stavanger sin inndeling i videre beskrivelser. Et utgangspunkt er at psykisk helsevern er de tiltak som forholder seg til lov om psykisk helsevern og TSB i forhold til lov om spesialisthelsetjenester, men det finnes også unntak fra dette. Slik inndelingen er i praksis i Helse Stavanger regnes TSB som Seksjon rus/psykiatri (under avdeling unge voksne), Rogaland A-senter og Frelsesarmeens Behandlingssenter. Psykisk helsevern er i denne sammenheng Jæren DPS, DPS'ene i Helse Stavanger, de øvrige tiltakene innenfor avdeling unge voksne og akutt psykiatrisk post på SUS (AMC2).

Jeg har forsøkt å illustrere dette i et oversiktskart for rus og psykisk helse innenfor spesialisthelsetjenesten i Helse Stavanger. Og i denne sammenhengen fremhevet de mest relevante aktørene som er relevante. Det er også sentralt å nevne at Ryfylke DPS, avd Strand, har egne plasser for rus/psykiatri.

⁶ Høsten 2012 ble det utarbeidet «Samarbeidsavtale mellom private spesialisthelsetjenester i Sør-Rogaland og Helse Stavanger HF», en avtale som ses i sammenheng med delavtale 2a.



Figur 1a: organisatorisk oversikt over hovedtiltakene innen rus/psykiatri-tilbudet i Helse Stavanger

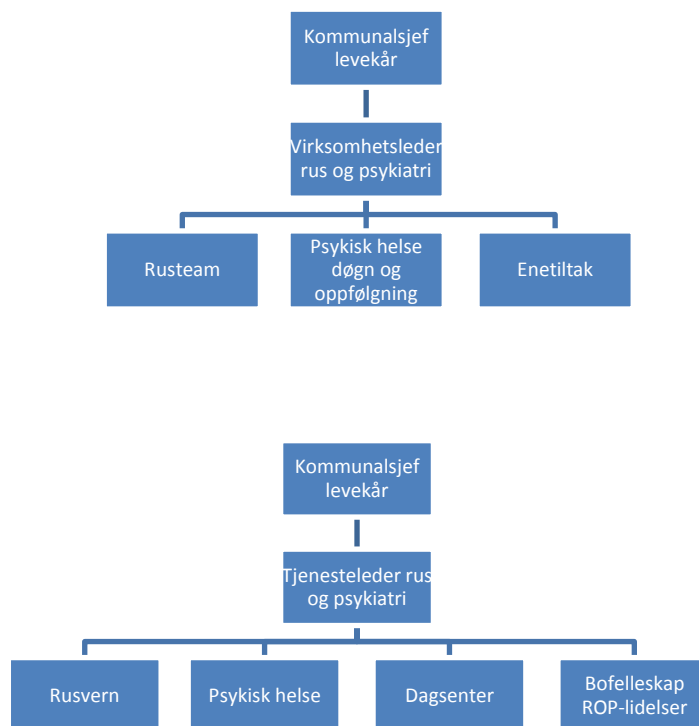


Figur 1b : Organisasjonskart avdeling unge voksne, SUS, 2012 (kilde: www.sus.no)

For å studere implementeringen av delavtale 2a (rus- og psykiatritjenester), valgte jeg ut to mellomstore kommuner, Time kommune og Sola kommune. Jeg valgte å se på disse to kommunene i denne oppgaven, fordi jeg anser de som to sammenlignbare kommuner med mange likhetstrekk. Dette med et utgangspunkt i en hypotese om at like kommuner har like forutsetninger for implementeringen, men samtidig forventer jeg noen ulikheter som kan bli grunnlag for drøfting senere i oppgaven. Valget av kommunene er basert på mine vurderinger om at dette er to kommuner med fokus på samhandling, samtidig med at det er middels store

kommuner, sentralt beliggende geografisk og begge har distriktspsykiatrisk senter (dps) i kommunen. Utvelgelsesprosessen er mer omtalt i metodekapittelet senere i oppgaven.

De to kommunene jeg valgte i denne oppgaven har en virksomhetsleder/tjenesteleder for tjenesteområdet rus og psykisk helse, så er det mellomledere med ansvar for det enkelte tilbud, eks. en teamleder med ansvar for rusteamet. Kommunalsjef for Levekår har en stab med spesialrådgivere som blant annet jobber med disse avtalene på et overordnet nivå i kommunen. Dette kan illustreres i følgende oppsett:



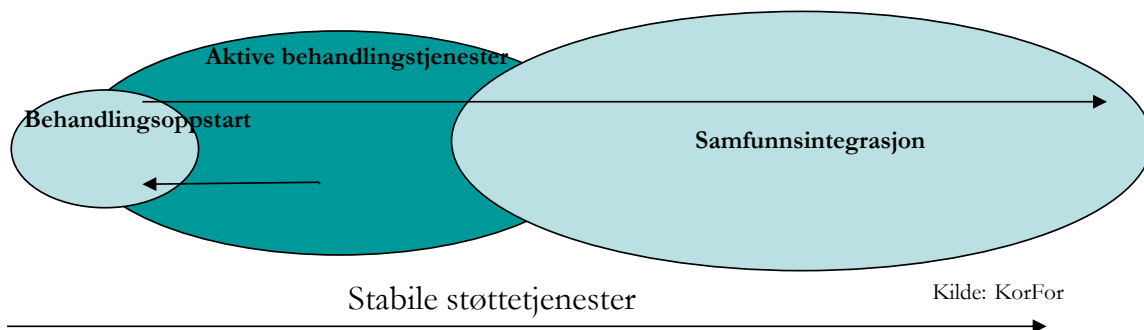
Figur 2: Organisering av det kommunale rus og psykiatritilbudet. Sola kommune øverst, Time kommune nederst

Det skal også nevnes at de fleste ansatte i kommunene er høyskoleutdannede innen helse- og sosialfag, mange også med relevant videreutdanning. Dette viser at kommunene vektlegger faglighet i arbeidet med brukerne.

Når jeg videre i oppgaven beskriver eller refererer til kommunene er det hele tiden rus- og psykiatritjenesten i den enkelte kommune jeg da snakker om.

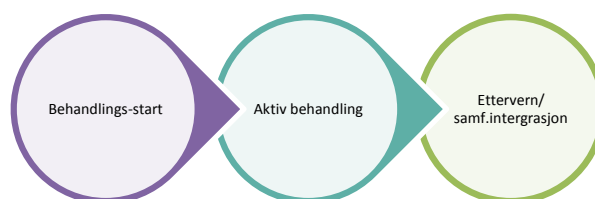
Med **koordinerte og samhandlende tjenester** mener jeg tjenester som både overlapper hverandre (ved innskriving og utskrivelse fra institusjon), som foregår samtidig i samme tidsperiode (eks. poliklinisk tilbud i TSB, sammen med oppfølging i egen bolig fra kommunen, eller deltakelse fra kommunen i ansvarsgrupper under behandling i TSB).

For å beskrive en ønsket samhandling og overlappende tjenester i de ulike fasene brukeren/pasienten er i, har KORFOR⁷ utarbeidet en figur jeg synes beskriver disse koordinerte og samhandlende tjenestene for brukerne. Behandlingsstart er den første fasen hvor kommunen i første omgang kommer i kontakt med brukeren og begynner blant annet et motivasjonsarbeid for et videre behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten, samtidig med at spesialisthelsetjenesten jobber sammen med kommunen i starten av et aktivt behandlingsopplegg for å sikre gode overganger. Det samme skjer i slutten av de aktive behandlingstjenestene hvor kommunen tar del i siste fase av eks. et institusjonsopphold for å være med å sikre en god overgang ut i egen bolig, arbeid o.l. Samfunnsintergrasjon er den viktige delen av et behandlingsforløp hvor pasienten skal ta i bruk de mestringsstrategier som er bygd opp gjennom de aktive behandlingstjenestene, og finne seg til rette i samfunnet, eksempel uten bruk av rusmidler. Figuren tydeliggjør hvordan vi må være samtidig inne for å bygge grunnlaget for neste del.



Figur 3a: Samarbeid i behandlingsforløp, overlappende tjenester

Et eksempel på dårlig sammenheng mellom de ulike tjenestene i den enkeltes behandlingsforløp er når det ikke er overlapping mellom de ulike fasene/tjenestenivåene:



Figur 3b: «Distribusjon» av pasienten i behandlingsapparatet

⁷ Korfor er et regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, og det ligger til Helse Stavanger.

Pasienter og brukere som får helse- og omsorgstjenester har rettigheter i henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter. Loven sier følgende:

«§ 1-1. Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

§ 1-3. Definisjoner

I loven menes med

*a. **pasient**: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;*

*b. **pasientens pårørende**: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, 1 personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.*

*c. **helsehjelp**: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell;*

*d. **helse- og omsorgstjenesten**: den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester;*

*e. **helsepersonell**: personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3;*

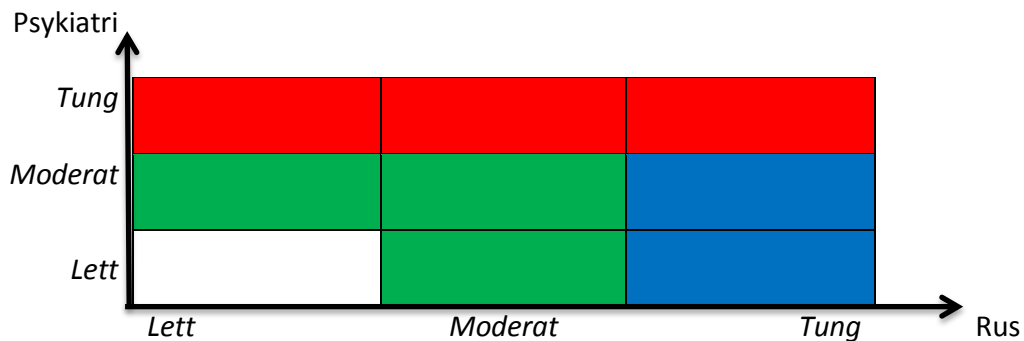
*f. **bruker**: en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c».*

Selv om det her i loven defineres at flertallet av personene som har behov for hjelp innenfor målgruppen rus og psykiatri i kommunen og spesialisthelsetjenesten er pasienter, er ikke dette begrepet så utbredt.

Innenfor spesialisthelsetjenesten brukes begrepet pasienter, dette i hovedsak med bakgrunn i at begrepet er normalisert innenfor sykehuset og pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten har i lengre tid hatt pasientrettigheter i henhold til lov. Begrepet pasient har i alle år vært brukt innenfor somatikken, og i psykiatriske avdelinger. Innenfor rusfeltet har ikke pasientbegrepet vært brukt i særlig grad før de siste årene. Begreper som beboer og bruker benyttes fortsatt ved noen tiltak i rusfeltet, men gjerne de tiltak som ikke er underlagt lov om spesialisthelsetjenester eller lov om psykisk helsevern.

Kommunene bruker primært begreper som brukere eller klienter overfor de som oppsøker eller blir henvist til kommunen for hjelp. Jeg har i oppgaven valgt å bruke både bruker og pasient om hverandre i forhold til hvilken setting det beskrives (kommunen eller spesialisthelsetjenesten).

Det er også store variasjoner i brukergruppen innenfor rus og psykiatrifeltet. En vanlig og ofte benyttet fordeling av pasientene i spesialisthelsetjenesten som vist i figur 4:



Figur 4: Fordeling av pasienter ut fra graden av problematikk

Slik fordelingen er i dag, og som tydelig er beskrevet i samarbeidsavtalene, skal alle pasientene som har en tung psykisk lidelse (rød farge), uavhengig av graden av rus, ha et tilbud innenfor psykisk helsevern, dvs. psykiatrisk avdeling, Distriktpsikiatrisk senter (DPS) eller Gauselskogen⁸. Pasientgruppen med tung rusproblematikk er de som primært gis rettigheter til langvarig døgntil behandling innenfor TSB (blå farge). De øvrige brukerne har stort sett ikke behov for mer enn poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten, evt. kortere innleggelse i psykiatri eller rusbehandling (grønn farge). Brukere med lette rusproblemer og lette psykiske lidelser er heller sjelden i kontakt med hjelpeapparatet.

Som nevnt har jeg i oppgaven et hovedfokus på samhandlingsavtalen, og ønsker å undersøke om avtalene er tatt i bruk i kommunen i forhold til samhandling rundt brukeren, og evt. i hvilken grad avtalene er tatt i bruk. I forhold til samhandlingen rundt brukeren er individuell plan (IP) et sentralt og kjent begrep, samt at IP er nevnt spesifikt i delavtale 2a. Det har i flere år vært et stort fokus på IP, og bruk av IP i forhold til brukeren. På tross av ulike igangsatte tiltak for å øke bruken av IP, er det fortsatt en lang vei før en når regjeringens målsetting. Målsettingen går ut på at alle brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet, har fra 1. juli 2001 rett til å få utarbeidet IP. Da IP er nevnt som et formelt verktøy til samhandling, samt at IP er nevnt spesifikt i samarbeidsavtalen, ønsker jeg også i en del av oppgaven å se på om de ansatte opplever at avtalene kan bidra til at bruken av IP øker og om det oppleves en sammenheng.

⁸ Gauselskogen er et tilbud innenfor Helse Stavanger, avdeling unge voksne som blant annet gir et tilbud til unge voksne med alvorlig rusproblematikk og alvorlig psykisk lidelse. Innleggelse ved Gauselskogen skjer etter lov om psykisk helsevern. Gauselskogen samhandler tett med øvrige aktører innen TSB, og oppfattes i stor grad av omverdenen som en del av TSB.

1.3.1 Individuell plan

Individuell plan (IP) er et lovpålagt verktøy som pasienten/brukeren av helsevesenet skal få tilbud om når en er i kontakt med sosial- og helsetjenesten i Norge. I følge diverse skriv fra Helsedirektoratet skal IP være et verktøy for samarbeid mellom bruker og tjenesteapparatet og mellom de ulike tjenesteyterne den enkelte bruker er i kontakt med. Formålet med IP er å bidra til mer sammenhengende tjenester for brukeren/pasienten.

Helsedirektoratet har gitt ut en veileder til forskrift om individuell plan, hvor siste utgave er fra 2010. I denne står det:

«I 2002 ga Sosial- og helsedirektoratet ut den første veilederen for individuell plan. Veilederen skulle utfylle bestemmelsene i forskrift om individuell plan etter helselovgivningen. Den gangen var forskriftens lovgrunnlag bare å finne i helselovgivningen. I 2003 ble lovgrunnlaget utvidet til å inkludere også tjenester etter sosialtjenesteloven. Ny forskrift om individuell plan trådte i kraft 1. januar 2005».

Som en forstår har det vært mange lover i bildet frem til i dag når det gjelder IP, og reguleringer i forhold til IP har stadig kommet med endring av gjeldende lover og i opprettelse av nye. Pr i dag har vi blant annet disse å velge i når et gjelder lovhemler ifht IP:

- Helse- og omsorgstjenesteloven, kap 7
- NAV-loven § 15
- Psykisk helsevernloven § 4-1
- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5
- Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5
- Helsepersonelloven § 38a: Helsepersonell skal snarest mulig melde til koordinerende enhet om pasientenes og brukernes behov for individuell plan og koordinator.
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, Kap 4 (Individuelle tjenester, rett til IP)
- Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kap 5

De fleste av disse lovene og forskriftene henviser til hverandre og sier det samme innenfor de ulike forvaltningsnivå og type tjenestetilbud. Jeg vurderer hovedpunktene som følgende;

- alle pasienter/brukere med behov for sammensatte og langvarige helsetjenester har rett på IP
- det kan ikke utarbeides IP uten pasientens/brukers samtykke
- det kan klages på retten til IP på kommunalt nivå
- kommunen skal oppnevne en koordinator for IP
- kommunen skal i utgangspunktet ha koordineringsansvar for IP selv om brukeren mottar tjenester i spesialisthelsetjenesten eller psykisk helsevern.
- ved langvarig behandling i spesialisthelsetjenesten skal det også oppnevnes en koordinator på det tjenestenivå

Det er forskjell på organiseringen av IP på de ulike forvaltningsnivåene. På kommunalt nivå er IP en rettighet brukeren formelt må søke om, og det kan klages på denne rettigheten. Innenfor spesialisthelsetjenesten opprettes IP for pasienten, såfremt pasienten ikke motsetter seg dette, uten at pasienten selv må søke om det. Dette er noe mange har sett på som en utfordring gjennom flere år, men en utfordring det jobbes aktivt med og som er i endring, forhåpentligvis til det bedre.

Som tidligere nevnt har det i flere år vært et stort fokus på bruk av IP, og det har vært et satsingsområde i lang tid, uten at de ønskede målsettingene om brukerstyring og bedre samhandling er nådd. I følge Brukerplan for 2012, som ble offentliggjort av KORFOR i mars 2013, er det fortsatt ingen vesentlig forbedring fra 2011 i forhold til antall brukere som har IP, samtidig med at samarbeidsavtalene trådte i kraft i løpet av 2012. Dette er derfor fortsatt et videre satsingsområde for 2013.

I samarbeidsavtale 2a er det tydeliggjort innledningsvis at «partene skal sikre pasienten rett til individuell plan og sammenhengende og koordinerte tjenester gjennom hele behandlingsforløpet». Ansvar er også tydeliggjort under både kommunens ansvar og helseforetakets ansvar, hvor den generelle inndelingen er at kommunen er ansvarlig for at det opprettes IP og at spesialisthelsetjenesten skal varsle kommunen ved behov for IP og medvirke til utarbeidelse.

I følge Helsedirektoratet sitt tipshefte om IP står det at en sammenkobling mellom IP og ansvarsgruppe ikke er hjemlet i forskrift om IP. En ansvarsgruppe er en gruppe kontaktpersoner fra de ulike instansene rundt pasienten som jevnlig møtes sammen med bruker for å samhandle rundt brukerens målsettinger. Det kan være en styrke om arbeidet organiseres gjennom en ansvarsgruppe, mye fordi det er en arena hvor de ulike samarbeidsinstansene møtes og kan diskutere. Ansvarsgrupper har dermed et potensial for utvikling av bedre tjenester⁹.

Jeg mener at ansvarsgruppe er en svært viktig arena for samhandlingen rundt brukeren og har selv gode erfaringer med å koble ansvarsgruppe og IP til brukere med rusproblematikk og psykisk lidelse. Jeg opplever også en trend i denne retningen innenfor feltet.

1.4 Mer om problemstillingen

Samhandlingsreformen har vært et tema i flere år og det har vært gjort mye forskning i forbindelse med samhandlingsreformen. Samarbeidsavtalene er av nyere dato, og blant annet derfor foreligger det pr i dag mindre forskning vedrørende disse. Men de er iverksatt og de er gjeldende for det samarbeidet som foregår mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i dag, så blant annet ut fra dette bestemte jeg meg tidlig for å se på samarbeidsavtalene. Siden disse ble inngått sommeren 2012, ble det derfor for tidlig å se på de substansielle effektene av avtalene, så min interesse ble å fokusere på selve implementeringsprosessen da en kun er inne i

⁹ Med videre referanse til G.V. Hansen sin doktoravhandling om IP i kommunalt psykisk helsearbeid Karlstad, 2007.

første året av avtalene. Et interessant valg for meg ble å se på prosessen i kommunene, og samtidig øke mine kunnskaper om kommunene og deres arbeid i forhold til rus og psykiatri.

Selv om jeg tidlig bestemte meg for hva jeg ønsket å skrive om, var veien mot den endelige problemstillingen lenger, samt hvordan dette temaet skulle vinkles i en oppgave. Jeg gikk flere «runder» mellom teori, egne tanker og innspill fra feltet. Et av innspillene fra feltet kom i forbindelse med et samhandlingsseminar jeg deltok på i januar 2013, hvor de som var til stede fra kommunene ble spurt om de kjente til avtalene. Det viste seg at ingen av de ansatte uten lederansvar hadde kjennskap til eller kunnskaper om avtalen. Dette svaret bare økte min interesse for å se på implementeringsprosessene i forhold til avtalene, og var i tillegg med å legge føringer for både problemstillingen og intervjuguiden i oppgaven.

Etter en lengre prosess endte jeg opp med følgende problemstilling:

I hvilken grad har kommunene implementert avtalen for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser?

Hvilke faktorer har fremmet eller hemmet en tilsiktet implementering?

I følge Jacobsen (2010) er viktige elementer i en problemstilling *hva, hvem, hvor og når*. Dette er elementer jeg tok med meg som hjelp for utarbeidelsen av problemstillingen.

Videre har jeg definert ulike forskningsspørsmål knyttet til problemstillingen:

- Har den enkelte ansatte i kommunens rus og psykiatritjeneste vært delaktig i utformingen av avtalene?
- I hvilken grad har den enkelte ansatte kjennskap til avtalene?
- Er det igangsatt tiltak/aktivitet for å følge opp avtalene, herunder arbeidet med IP?
- Har avtalene en nytteverdi for de ansatte i samarbeidet rundt brukeren?
- Hva fremmer/hemmer implementeringen av avtalene?
- Hva er veien videre i forhold til implementering og bruken av avtalene?

Lenge før jeg satte i gang arbeidet med denne oppgaven har jeg hatt en oppfatning om at mange avtaler, retningslinjer, veiledere, o.l utarbeides i beste hensikt, men at de ikke blir tatt i bruk i praksis. Jeg hadde også en tanke med denne oppgaven om mulig å motbevise denne oppfatningen, da mitt ønske er at avtalene skal kunne være et redskap til samhandling. Med bakgrunn i dette ble tittelen på oppgaven: «Samarbeidsavtaler – formalitet eller redskap til samhandling?»

1.5 Disponering av oppgaven

Innledningsvis har jeg valgt å presentere mitt utgangspunkt for oppgaven og valg av tema.

I kapittel 2 beskrives teoriene jeg har valgt å drøfte videre i oppgaven opp mot min problemstilling og i forhold til mine funn. Ulike begreper og definisjoner har jeg valgt å avklare og definere der det har falt naturlig inn i ulike tema og settinger i kapittel 1 og 2.

Kapittel 3 er mitt metodekapittel, hvor jeg vil tydeliggjøre mitt valg av metode, utvelgelsesprosessen med valg av kommune og informanter, samt forskningsetiske aspekter i forhold til mitt valg av metode.

Videre har jeg beskrevet funnene mine, med påfølgende drøftingsdel, i henholdsvis kapittel 4 og 5. Tilslutt i oppgaven har jeg trukket sammen mine vurderinger i en konklusjon.

2 Begrepsavklaringer og teori

Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47, 2008-2009:13) definerer **samhandling** slik:

«samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte».

Jeg har valgt å bruke denne definisjonen av samhandling da den er direkte knyttet opp til mitt tema. Samhandling og samarbeid er begrep som ofte blir benyttet i alle type sammenhenger, både innenfor helse- og sosialsektoren og ellers. Innenfor helse- og sosialsektoren er det en uttalt hovedmålsetting om å gi bruker/pasient et godt helhetlig tilbud, og for å få til det må flere faggrupper og instanser jobbe sammen for å gi denne helheten. Når flere faggrupper og instanser skal jobbe sammen krever det blant annet samhandling, samarbeid, koordinering, ansvarsfordeling og ikke minst verdsettelse av hverandres arbeid for å nå målene. Det er ønskelig at samarbeidsavtalene skal kunne bidra til denne samhandlingen.

Jeg har valgt å se på samhandlingsavtalene som **institusjonelle oppskrifter/ideer** for å forbedre samhandlingen rundt den enkelte bruker. Med institusjonelle oppskrifter og ideer menes at samhandlingsavtalene ses på som den riktige/naturlige metoden for å forbedre samarbeidsutfordringene i ulike etater (Røvik, 2007). Christensen, Lægreid, Roness, & Røvik (2009) sier også noe om institusjonaliserte og rasjonaliserte myter. Institusjonaliserte i form av utbredte oppskrifter for hvordan organisasjoner bør handle og bør se ut, og rasjonaliserte i form av at det er skapt en overbevisning i omgivelsene om at dette er en et effektivt virkemiddel for å nå målene.

I denne sammenhengen er målene mer effektiv samhandling og et forbedret helhetlig tilbud til bruker/pasient, og det er gjennom samhandlingsreformen skapt en overbevisning om at formaliserte samarbeidsavtaler er veien å gå for å nå disse målene.

«Populære oppskrifter får sin legitimitet og spredningskraft ved at de er blitt symboler på grunnleggende rasjonalistiske verdier i det moderne samfunnet – som fornuft, effektivitet, styring, demokrati og vitenskapelighet- og slik sett assosiert med kontinuerlig fremskritt» (Christensen et al., 2009:96). Samarbeidsavtaler ser jeg på som en slik oppskrift som er blitt et symbol på forbedret samhandling rundt tjenestetilbudet til brukeren.

Med utgangspunkt i dette har jeg i hovedsak valgt translasjonsperspektivet til Røvik (2007), med en overordnet teoretisk posisjon i den såkalte pragmatiske institusjonalismen. En pragmatisk retning som sier at ideer og oppskrifter både kan være redskaper som gir instrumentelle effekter, samtidig med sosialt konstruerte symboler med meningsskapende, legitimerende effekter. (Røvik, 2007:53).

Overføring av ideer og kunnskap inn i organisasjoner påvirkes av konteksten i organisasjonen disse søkes innført i. Kontekstens rolle opp mot organisasjonskultur og -struktur vil påvirke hvordan avtalene blir «tatt i mot» i organisasjonen (Røvik, 2007). Jeg velger å se på samarbeidsavtalene som en kunnskapsoverføring og en type ide som skal implementeres i kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Sammen med translasjonsperspektivet har jeg også tatt med noe om myteperspektivet for å beskrive hvordan en trend som samhandlingsavtalene og implementeringsprosessen kan ha blitt påvirket av sine omgivelser. Jeg har også i teoridelen valgt å se noe på organisasjonskulturen i forhold til translasjonsteorien til Røvik (2007).

2.1 Trender og myter

Nordhaug (2002) ser på viktige utviklingstendenser og endringsprosesser som vil påvirke dagens organisasjoner og arbeidslivet. Han mener også at de stadig mer uklare og flytende grensene mellom organisasjoner bidrar til å skape endringer og usikkerhet, og som nødvendiggjør økt fleksibilitet.

Noen av de viktige utviklingstrendene Nordhaug (2002) nevner er blant annet:

- Kompetanse har blitt en viktigere ressurs
- Økt bruk av teamarbeid og gruppearbeid
- Flattere organisasjoner
- Nye kompetansekrav
- Grenseutvisking mellom organisasjoner
- Krav til økt fleksibilitet og endringsevne, både på individ- og systemnivå
- Økt fokus på tverrfaglighet, flerfaglighet og kreativitet

Flere av disse utviklingstrendene ser jeg igjen gjennom samhandlingsreformen, og tydeliggjør behovet for samarbeid på tvers av organisasjoner, tiltak og fagkompetanse for best mulig å tilrettelegge for et helhetlig behandlingsforløp for brukerne. Hvordan lederne ved det enkelte

tiltak håndterer disse utviklingstrendene mener jeg kan påvirke i hvilken grad organisasjonene forholder seg til de nye endringene, eks. samarbeidsavtalene.

Tidstypiske problembeskrivelser

Røvik (1998:124) snakker om tidstypiske problemdefinisjoner som kommer fra de institusjonelle omgivelsene. «Dette er definisjoner som organisasjoner ofte aksepterer som gode beskrivelser av sin egen situasjon, og som så motiverer til å adoptere tidstypiske løsninger». Eksempel på dette er når kommunene presenteres for samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene som jeg har definert som institusjonelle oppskrifter for samarbeid. Avtalene er da «in i tiden»-oppskrifter for å gi brukerne bedre og mer helhetlige tjenester.

Røvik (1998:126) beskriver videre tre forhold for hvorfor tidstypiske problembeskrivelser aksepteres:

- fordi de tilbyr forenklinger som organisasjoner etterspør
- fordi de bygger på (og opp under) forestillinger om at organisasjoner er like og dermed har de samme typer problemer
- fordi de forsøkes vitenskapeliggjort og fremstilt som fakta

Trender i dagens samfunn

Dagens samfunn er i dag styrt av trender innenfor alt vi foretar oss; trender for ledelse, måloppnåelse, kvalitetsstyring, organisasjoners oppbygning, etc. Trender defineres som oppskrifter/ideer. Christensen et al. (2009) snakker om myteperspektivet og om hvordan omgivelsene påvirker organisasjoner, og hvordan organisasjoner påvirker sine omgivelser. Myter defineres i den sammenheng som sosialt skapte normer i omgivelsene, som over tid har blitt institusjonalisert og rasjonalisert til en oppskrift for hvordan vi bør handle. I følge Christensen et al. (2009) kan myter bidra til å fremme reformprosesser dersom oppskriftene fremstilles og forbindes med blant annet modernisme og effektivitet, men mytene kan også bidra til å hemme i den forstand at de blir tatt for gitt og ikke kritisk etterprøvd. Det er heller ikke uvanlig at ulike myter kan stå mot hverandre i en reformprosess.

Samhandlingsreformen kom for noen år siden, den har fått tid til å bli en selvsagt del av Helse-Norge gjennom blant annet mediafokus, og positiv omtale fra flertallet av samfunnsledere. Denne reformen er slik jeg ser det en myte som ligger til grunn for at samarbeidsavtalene raskt kan bli godtatt som en oppskrift /idè for samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten i landet. Det at denne reformen og disse avtalene i utgangspunktet er offentlige og kommer fra landets ledere, mener jeg vil kunne legitimere oppskriftene og gjøre en implementeringsprosess enklere.

Samhandling og samarbeid vil jeg beskrive som en trend i dag, og jeg ser dette tydelig innenfor helse- og sosialsektoren. Departementet er trolig en av aktørene som medvirker til at samhandling er et fokus i dag gjennom innføringen av samhandlingsreformen, og videre

utarbeidelse av ny lov som lovfester utarbeidelse av samarbeidsavtaler mellom helseforetak og aktuelle organisasjoner innenfor helseforetaket.

Spredning av trender skjer ofte på ulike utviklingsarenaer. Og Røvik (Røvik, 1998:293) definerer utviklingsarenaer som møteplasser for deltakere fra mange organisasjoner, da utviklingsarenaer er yngleplasser for omsetning og spredning av moderne organisasjonsoppskrifter. Han sier også videre at deltakerne har krav om og forventninger til at en på utviklingsarenaer som seminarer og kurs får kunnskap om «hva som rører seg i tiden».

2.2 Translasjonsperspektivet

Translasjonsteorien, ifølge Røvik (2007), er en pragmatisk orientert teori om overføring av organisasjonsideer, og legger seg i «spenningsfeltet» mellom den modernistiske og sosialkonstruktivistiske tradisjon. Translasjonsteorien sier noe om at ideer er mye mer enn fysiske objekter, og langt mer omformbart (Røvik, 2007:249).

I følge den modernistiske tilnærmingen er det, slik jeg forstår det, en forestilling om at organisasjoner er gjennomsyret av rasjonalitet, og at rasjonelt orienterte ledere kritisk vurderer hva man har bruk for av nye ideer og trender, samt at oppskrifter enkelt kan overføres fra en organisasjon til en annen. I motsetning er den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen som er kritisk til at ideer springer ut fra særlige effektive praksiser i bestemte organisasjoner, og at ideer blir tatt inn i organisasjoner og ikke nødvendigvis tatt i bruk. Dette for å leve opp til forventninger i omgivelsene. (Røvik, 2007).

Jeg mener at translasjonsperspektivet og den pragmatiske tenkningen er sentral i min oppgave da den utfordrer både den modernistiske og den sosialkonstruktivistiske tenkningen. Det som gjør translasjonsteorien interessant er at perspektivet åpner for forståelsen av at de ideene som overføres er både omformbart i stor grad, og samtidig kan adopteres og nedfelles i organisasjonen. Og jeg mener derfor at denne teorien passer til å bedre forstå hva som skjer når samarbeidsavtalene implementeres i kommunene.

Translasjonsteorien deles i følge Røvik (2007) i dekontekstualisering, fra praksis til idè, og kontekstualisering, fra idè til praksis.

Selv om jeg i denne oppgaven vil legge hovedfokuset på kontekstualisering kan det likevel være nyttig å nevne dekontekstualiseringen i forkant av samarbeidsavtalene. Dekontekstualisering er når det er en praksis eller tydelig identifisert ide som forsøkes tatt ut av sin sammenheng og omformet, for stort sett å bli overført som generell ide til andre organisasjoner.

Det har de senere årene vært utarbeidet samarbeidsavtaler, innen helseforetak, og mellom noen av partene for å tydeliggjøre samhandlingen. Disse samarbeidsavtalene har, slik jeg ser det, vært noe av ideen som har dannet grunnlag for samhandlingsreformen og for de nye avtalene som er utarbeidet. Altså en ide som er tatt ut fra praksis og videreført i arbeidet med reformen. Løsrivelse og utpakking er også sentrale elementer i dekontekstualiseringen.

Videre i oppgaven vil jeg legge vekt på kontekstualiseringen, fordi det sentrale i kontekstualiseringen, og i min oppgave, er å se på hvordan ideer introduseres i organisasjoner med en allerede etablert struktur og kultur. Hvordan introduseres samarbeidsavtalene i kommunene og hvordan blir de tatt i mot?

2.3 Kontekstualiseringsperspektivet

«Når en idè reiser inn i et bestemt felt eller en organisasjon, kommer den vanligvis inn i en kompleks kontekst som består av bl.a fysisk-materielle strukturer, formelle strukturer, rutiner og prosedyrer, samt mer usynlige kulturer, som bl.a formidles gjennom sett av fortellinger» (Røvik, 2007:293).

I en translasjonsteoretisk tilnærming ser Røvik (2007) på følgende to hovedelementer i kontekstualiseringen:

- kontekstualiseringens aktører og arenaer (hva kjennetegner arenaene og aktørene når ideer omsettes til praksis?)
- kontekstualiseringsregler (Hvordan foregår omsetningen av ideer, hvilke hensyn tas?)

2.3.1 Den hierarkiske oversettelseskjeden

I følge Røvik (2007:294) «er dette en modell utledet av modernistisk-rasjonalistisk tenkning, og er et sett logisk sammenhengende forutsetninger og forventninger bl.a. til hva som vil være de sentrale arenaer og aktører når ideer skal tas inn og tas i bruk i bestemte organisatoriske kontekster, samt forventninger om hvordan kontekstualiseringsprosesser vil forløpe».

I følge Røvik (2007) har denne forestillingen mye til felles med en rasjonell implementeringsprosess, og har av den grunn helt klart sine begrensninger da denne tankegangen ikke åpner i større grad for modifisering og supplering. Men likevel ser jeg at dette er i stor grad beskrivende i forhold til prosessen med samarbeidsavtalene. Dette er noe jeg kommer tilbake til etter presentasjonen av denne oversettelseskjeden.

Den hierarkiske oversettelseskjeden bygger på fem sammenhengende argumenter og antakelser (Røvik, 2007:294-295) :

- top-down-orientering
- problembetinget søking etter løsninger
- begrenset frihet til oversettelse
- stimulus-respons-basert sekvensialitet
- fra det abstrakte til det konkrete

Top-down-orientering. Nye ideer vil i dette tilfellet i hovedsak komme via toppledelsen, og det er den formelle hierarkiske strukturen som styrer implementeringsprosessen.

Samarbeidsavtalene har blitt utviklet med bakgrunn i samarbeidsreformen og innføring av nytt

lovverk fra departementet. Og helt klart kommet fra toppen av en hierarkisk struktur, gjennom flere organisasjonsnivåer:

1. Fra departement til Helseforetakene – departementet la føringer gjennom lov om at det skulle utarbeides en samhandlingsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i hvert enkelt helseforetak for å gi pasientene mer helhetlig behandlingsforløp.
2. Fra Helseforetakene til ulike organisasjoner (kommuner og private) – avtalene er utviklet gjennom deltakelse fra et utvalg ledere i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det har vært egne utvalg for de ulike delavtalene.
3. Fra toppledelsen i kommuner, TSB og psykisk helsevern til de øvrige ansatte som jobber mer direkte med brukerne. Etter at avtalene ble signert, var det ledelsen i hvert enkelt tiltak som har ansvar for videre implementeringen.

Problembetinget søking etter løsninger. Samhandling har hele tiden vært et uttalt forbedringsområde innenfor helse- og sosialsektoren (gjelder nok trolig også de fleste andre sektorer), og oppskrift for samhandling mottas med en viss forventning.

Begrenset frihet til oversettelse. Det er klare føringer for implementering og bruk av avtalene. Avtalene er ferdig utarbeidet av egne utvalg, noe som begrenser den enkelte kommune (og tiltak i TSB) sin frihet til å oversette og lage egne lokale versjoner, og fordi staten stiller krav. De lokale versjonene er utarbeidet på foretaksnivå (Helse Stavanger).

Stimulus-respons-basert sekvensialitet. «Prosessene utløses i toppen av den enkelte organisasjon, og rykker etappevis nedover i organisasjonen. Ved at ideen blir sendt nedover i hierarkiet utløses det en aktivitet på underliggende nivå i form av oversettelse og konkretisering tilpasset mer lokale forhold. Man får da en nedadgående serie av oversettelser som er sekvensielt organisert, og der den utløsende kraften for å starte en lokal oversettelsesprosess i en enhet kommer fra det hierarkiske nivået ovenfra, og dermed utenfra» (Røvik, 2007:295).

Det har vært en tydelig etappevis prosess med avtalene når en ser på hele prosessen fra departementet til kommune, og hvert helseforetak har utviklet sine samarbeidsavtaler lokalt innenfor eget foretaksområde. Så har avtalene igjen blitt nedfelt i den enkelte kommune og tiltak i spesialisthelsetjenesten. Avtalene er fastsatt, men selve implementeringen i organisasjonen er overlatt til den enkelte organisasjon/kommune.

Fra det abstrakte til det konkrete. «Abstrakte og utydelige ideer kommer inn i toppen av virksomheten, men får et stadig mer konkret og materielt innhold etter hvert som de synker nedover og innover i virksomheten, hovedsakelig fordi de på hvert hierarkiske nivå blir gjenstand for lokal oversettelse og tilpasning» (Røvik, 2007:295).

Arbeidet med samhandlingsreformen, og ikke minst arbeidet med samarbeidsavtalene har blitt mer og mer konkretisert etter hvert som de har sunket nedover i hierarkiet, fra regjering til helseforetak.

Modifisering og supplering av den hierarkiske oversettelseskjeden

Som nevnt tidligere i dette kapittelet, kan det i flere sammenhenger være behov for å modifisere og supplere den hierarkiske oversettelseskjeden, og Røvik (2007) oppsummerer det i 4 punkter:

- Fra hierarkiske myndighetsorganer til ekstern utviklingsarenaer
- Lokalt mangfold, men ingen sentral masterversjon
- Fra kjede til spiral
- Soppmodellen

Røvik (2007) sier at utviklingsarenaer for ansatte kan ha betydning for, og påvirke implementeringen av en ide. Med utviklingsarenaer menes oversettelsesarenaer som ikke ligger i den hierarkiske oversettelseskjeden, men som har likevel har betydning for hvordan ideer mottas i organisasjonen, eks. holdningsskapende arbeid kan bidra til at nye ideer får tid til å modnes over tid. Dersom de ansatte blir eksponert for samarbeidsavtalene i andre sammenhenger enn i egen organisasjon vil det påvirke implementeringen, f. eks i møter, seminarer, kurs, o.l.

I en organisasjon er det ofte ulike grupperinger, eks. faggrupper, som kan være knyttet til ulike eksterne utviklingsarenaer. Dette kan føre til at de ulike faggruppene får ulike versjoner av den samme ideen, og at den samme ideen får sitt utspring samtidig i ulike deler av organisasjonen («soppmodellen»). I følge Røvik (2007) utfordrer dette mangfoldet, og denne spredningen i ulike ledd samtidig, antakelsen om stimulus-respons-basert sekvensialitet.

Det at kommunene samhandler tett med andre aktører innen rus og psykisk helse, kan føre til at ulike faggrupper i kommunene får presentert samarbeidsavtalene på ulike eksterne arenaer utenfor kommunen, eks. i et samarbeidsmøte med aktører for spesialisthelsetjenesten som har satt seg inn i samarbeidsavtalene fra sitt ståsted.

Der den hierarkiske oversettelseskjeden presenterer en kjede fra toppen og nedover, vil mange betegne oversettelsesprosesser over tid som spiralliknende forløp (Røvik, 2007).

I forhold til samarbeidsavtalene mener jeg vi vil primært følge kjeden fra toppen og nedover, da disse er nedtegnet og tydeliggjort. Men ser ikke bort fra at i en eventuell evalueringsprosess at vi kan få trekk av spiral-forløp.

2.3.2 Hva skjer i organisasjonen ved implementering av ideer?

Det er ingen selvfølge at nye organisasjonsideer implementeres inn i organisasjoner slik en ønsker, det er heller sjelden. Vi kan skille ut tre forventninger om hva som kan bli utfallet når ideer forsøkes iverksatt i organisasjoner (Christensen et al., 2009:91), eller som Røvik (2007:338) beskriver sine tre scenarier for mottak av organisasjonsideer.

Scenario:

Forventning:

Optimistisk scenario	• Rask og uproblematisk implementering
Pessimistisk scenario	• Frastøting
Artistisk scenario	• Frikobling mellom prat og praksis

Figur 5: Koblingen mellom scenariene og forventningene når ideer implementeres

1. Optimistisk scenario: Oppskrifter og ideer implementeres og iverksettes relativt raskt i organisasjonen, med de positive virkningene som var forventet. Forutsetninger for en rask implementering er imidlertid at selve iverksettingen er planlagt og ideen er ferdig utviklet og godt «markedsført»(Christensen et al., 2009:91).

2. Pessimistiske scenario: Dette er et mer reformskeptisk og pessimistisk scenario som vi ofte finner innenfor kulturperspektivet. I følge det perspektivet er organisasjonskulturen i disse institusjonene tungt etablert, kompleks og verdibærende (Christensen et al., 2009:92). Med andre ord er organisasjonskulturen så sterk at den kan forhindre implementering av nye ideer, spesielt i forbindelse med motstand mot endring, og det kan derfor forekomme en frastøting av ideen når den forsøkes implementert. I forhold til dette perspektivet krever det tid å implementere nye ideer.

3. Artistiske scenario: Dette scenariet er i stor grad knyttet til det ny-institusjonelle perspektivet, ved at organisasjoner i dag ofte opplever press fra samfunnet og omgivelsene i forhold til å implementere tidsriktige og legitime ideer og oppskrifter. Frikobling vil si at ideer tas inn i organisasjonen som en forventning fra omgivelsene, men de blir ikke tatt i bruk og får ingen virkninger på aktivitetene i organisasjonen. Eks. Kommunen velger å signere samarbeidsavtalen fordi det oppleves som et press og en forventning fra øvrige kommuner, spesialisthelsetjeneste, helseforetak, samt at en opplever det som en pålagt avtale siden det er hjemlet i lov. Kommunen signerer avtalen, men velger likevel å jobbe slik som før (Christensen et al., 2009:92).

Alternative scenarier:

I følge Christensen et al. (2009:92) kan det være flere mulige utfall eller forventninger ved en implementering enn rask tilkobling, frastøting og frikobling. Kritikken til de nevnte tre forventningene er at det tas liten høyde for tidsaspektet ved en implementeringsprosess. I

denne forbindelse trekker Røvik (forelesning endringsledelse 2, 2013¹⁰) frem to alternative scenarier hvor tidsaspektet tas i betraktning:

- Virusteorien
- Oversettelsesteorien

Virusteorien: Handler om hva oppskriftene/ideene kan gjøre med organisasjonene, billedlig ved å beskrive ideene som virus i en organisasjon.

Jeg har i denne oppgaven valgt å se på hva skjer med ideene når de implementeres i organisasjonen, og ikke gå nærmere inn på hva som skjer med organisasjonen når ideer tas inn. Derfor vil jeg ikke komme mer inn på virusteorien videre i oppgaven.

Oversettelsesteorien: «Oversettelsesteorien handler om hva organisasjoner kan gjøre med oppskrifter/ideer»(Christensen et al., 2009:93). Og grunntanken her er at en ide er omformbar, og når den spres, blir den kontinuerlig oversatt, tilpasset og omformet til den aktuelle organisasjon eller setting. Translasjon kan ses på som det samme som oversettelse.

«Oversettelse og omforming kan også skje uintendert, f.eks som følge av ufullstendig kunnskap om konseptets innhold blant dem som skal iverksette det». s. 94 (Christensen et al., 2009)

Oversettelsesteorien anser jeg utgangspunktet for de spesifikke oversettelses- og omformingsreglene som Røvik (2007) beskriver, og som jeg kommer tilbake til i neste punkt.

2.3.3 Kontekstualiseringsregler

Organisasjoner har generelt sett gode muligheter for å omforme ideene slik at de tilpasses egen organisasjon og aktuell setting. Det er det som stort sett skjer i dag, da ideer ikke er fysiske objekter, men omformbare oppskrifter.

Som tidligere nevnt, ser Røvik (2007) på to hovedelementer i kontekstualiseringen; den hierarkiske oversettelseskjeden, som jeg allerede har beskrevet og kontekstualiseringsreglene som jeg nå skal beskrive.

Røvik (2007) skiller kontekstualiseringsreglene i

- Generelle innskrivingsregler
- Spesifikke oversettelses- og omformingsregler

Generelle innskrivingsregler: handler om hvordan generelle ideer omformes til å få et mer lokalt og konkret preg, og en deler da inn i lokalisering av organisasjonsideer og tidsmarkering av organisasjonsideer.

¹⁰ Kjell Arne Røvik, professor og foreleser ved UiS i faget endringsledelse 2, våren 2013

Lokalisering av organisasjonsideer vil si å tilskrive lokal referanse til en generell ide. Dette kan skje både uplanlagt og planlagt. Samarbeidsavtalene er, slik jeg ser det, en generell idè som er planlagt da de er utarbeidet ut fra en planmessig føring fra departementet etter ny lov om Helse- og omsorgstjenester.

«Tidsmarkering av organisasjonsideer, menes her å skrive ideen inn i lokal tid» (Røvik, 2007:303). I forhold til en ny-adoptert ide vil det være et behov for å koble til lokal historie, og det vil da være behov for å tidsmarkere den. Samarbeidsavtalene er mer uklare på dette området, da det har eksistert samarbeidsavtaler mellom ulike aktører tidligere, men ikke i det omfanget som er nå. Noen organisasjoner innenfor TSB og kommunene vil derfor trolig påberope seg en annen tidsmarkering enn andre. Det viktige er at den enkelte kommune/tiltak har sin tidsfesting for å få kunne opparbeide et eierforhold til avtalene og til implementeringsprosessene.

Øversettelses- og omformingsregler: handler om hva som skjer med innholdet i ideene når man forsøker å overføre dem mellom ulike organisatoriske kontekster (Røvik, 2007:306).

Røvik (2007) nevner 4 øversettelsesregler:

- Kopiering
- Addering
- Fratrekking
- Omvandling

Kopiering – reproduserende modus

«Med kopiering menes å hente ut praksis fra en kontekst, gi den en idèmessig representasjon, og så sette den inn i en ny organisatorisk kontekst på en slik måte at praksisen gjenskapes, dvs. blir utført i den nye konteksten med ingen eller meget få endringer» (Røvik, 2007:308).

Kopiering kan defineres med direkte øversettelse «ord for ord». Men hva skal til for at kopiering anvendes i forhold til øversettelse av organisasjonsideer og oppskrifter? I følge Røvik vil det bl.a avhenge av trekk ved det som søkes overført og trekk ved konteksten det øversettes til og fra. Jo tydeligere ideen er og da mindre omformbar den er, jo større en mulighetene for kopiering, sammen med at organisasjonskonteksten er tilnærmet lik i begge org.

Addering og fratrekking – modifierende modus

«Med addering menes at det til en idèmessig representasjon legges til noen elementer når den skal øversettes og overføres til en ny organisasjonskontekst, med fratrekking menes det motsatte, nemlig at man fra en idèmessig representasjon trekker fra noen elementer når den skal øversettes og overføres til en ny organisasjonskontekst» (Røvik, 2007:311).

Vi kan her snakke om moderate omforminger av ideer som skal implementeres. Dette for å unngå for omfattende endring. Fratrekking handler i hovedsak om å fjerne eller dempe elementer i en øversettelsessituasjon.

Omvandling – radikal modus

«Med omvandling menes en grunnleggende endring av en praksis og/eller en ide – gjerne både av form og innhold, og på slike måter at den lokale varianten som utvikles, snarere enn å være en representasjon av en bestemt ekstern praksis/ide, fremstår som en lokal innovasjon». (Røvik, 2007). Ved denne modusen snakker vi om total endring av oppskriften, og derfor begrepet omvandling.

Siden samarbeidsavtalene er ferdig utarbeidet etter retningslinjer fra regjering og Helsedirektorat, før de skal implementeres, kan jeg ikke se at den radikale modusen er aktuell videre i min oppgave. Jeg mener at implementeringen i den enkelte kommune, skjer i en modifierende eller reproduserende modus. I hvilken grad oversettelsen skjer i kommunene, og om det er i reproduserende eller modifierende modus gjenstår å se. Men jeg forventer at oversettelsen vil være innenfor den modifierende modus, da det er svært vanskelig å kopiere en ide fra en kontekst til en annen dersom ikke alt er helt likt. Og så lenge det er menneskelige vurderinger og behov som styrer, og med min erfaringsbakgrunn fra feltet, vil jeg forvente en modifiering i en eller annen grad. Dette vil bli nærmere belyst i drøftingsdelen.

I drøftingen senere i oppgaven har jeg brukt de begrepene som er passende for å beskrive det som skjer med ideen i organisasjonen, både ut fra forventningene om hva som skjer med ideen, og fra de ulike oversettelsesregler som Røvik presenterer. Eksempelvis vil det ikke alltid være beskrivende i stor nok grad å si at det skjer en frastøting, men at det må suppleres med fratrekingsbegrepet for å gi en bedre beskrivelse. Andre ganger igjen er frastøting et dekkende begrep, som ikke trenger å utdypes med andre oversettelsesregler.

2.3.4 Translatørkompetanse

Det kan være flere grunner til at ideer oversettes og implementeres inn i organisasjoner. Røvik (jfr. forelesning , endringsledelse 2, vår 2013)¹¹ mener at ideer oversettes og implementeres inn på følgende grunnlag:

- bevisst, rasjonell oversettelse hvor man f.eks kan lage en lokal versjon for å effektivisere og forbedre måloppnåelse.
- oversettelse for å unngå konflikter, eks. at man lager en lokal versjon som ikke utfordrer til interessekonflikt internt i organisasjonen.
- ubevisst oversettelse

I forhold til min problemstilling kan samarbeidsavtalene nok være både bevisst og ubevisst oversatt i kommunene, bevisst ved at det er satt opp en struktur og plan for implementering, eller ubevisst ved at de bare tas i bruk som en selvfølgelighet. Kommuner kan også velge å ta inn avtalene for å unngå konflikter, ikke minst med spesialisthelsetjenesten. Men det som da kan bli utfordrende er at de skal kunne jobbe etter den ansvarsfordelingen som står der. Dersom kommuner tar avtalene inn for å unngå konflikt vil det kunne føre til utfordringer i den interne

¹¹ Kjell Arne Røvik, foreleser ved Uis i faget endringsledelse 2, våren 2013

organisasjonskulturen da ingen av de ansatte i kommunene har et eierforhold til avtalene, da gjerne heller ikke lederne som jeg mener bør fronte implementeringen av slike avtaler.

Påstanden i følge Røvik (2007, s. 319) er at «sannsynligheten for å lykkes med overføring av organisasjonsideer mellom ulike kontekster øker dersom man i organisasjoner blir bedre oversettere og dermed er i stand til å lage bedre oversettelser, og vice versa».

Så skal vi videre lykkes med implementeringen av samarbeidsavtalene er da den enkelte organisasjons translatørkompetanse en sentral faktor.

«Den gode oversetteren av organisasjonsideer er en som besitter og som integrerer flere typer kompetanser». (Røvik, 2007: 325). De ulike kompetansene Røvik nevner som vesentlige for å være en god oversetter er :

- *Den kunnskapsrike, flerkontekstuelle oversetter* har kompetanse og kunnskap om kontekstene det oversettes fra gjennom dekontekstualiseringskompetanse (finne gode ideer hos andre) og rekontekstualiseringskompetanse (finne ut av og tydeliggjøre ideers «opphav»). Og den har kunnskap om konteksten det skal oversettes til, i form av sorteringskompetanse (har org bruk for ideen?) og konfigurasjonskompetanse (tilpasses og innpasses i org).
- *Den modige og kreative oversetter* har evnen til å språksette/begrepsfeste ideen fra et eksisterende språk til et annet eksisterende språk. Og samtidig vurdere når man må være en direkte oversetter eller en kreativ omformer av det som skal oversettes.
- *Den tålmodige oversetteren* som legger til grunn at implementering av ideer i en organisasjon tar tid, og at en er bevisst denne tiden. Oversetteren kan velge en passiv eller aktiv rolle i implementeringsprosessen, men det vil ta tid uansett.
- *Den sterke oversetter* har styrke og makt til å jobbe i forhold til konflikt og motstand mot endring, noe som ofte kan forekommer ved introduksjon av nye organisasjonsideer i en veletablert organisasjon. Ideen kan utfordre ulike interesser hos aktørene, og en må ha styrke til å gå inn i slike mulige konfliktsituasjoner.

Det er i stor grad leder som blir utfordret som oversetter av nye ideer, og ansvarlig for implementeringen av samarbeidsavtalene i den aktuelle organisasjon. Siden avtalene ble utformet av en egen arbeidsgruppe før de ble introdusert for kommunene, kan også denne gruppens translatørkompetanse ha betydning for implementeringen. Eksempel på dette er at arbeidsgruppen innehar kompetanse og kunnskap om organisasjonene og konteksten i organisasjonene som avtalen skal implementeres i, i dette tilfelle i kommunene.

2.4 Organisasjonskultur

Jeg velger å trekke inn noe teori i forhold til organisasjonskultur som et supplement til den teorien jeg har presentert av Røvik. Kontekstualiseringsbegrepet til Røvik (2007), slik jeg ser det, beskriver hvordan ideer forsøkes implementert i en organisasjon, inn i en ny kontekst bestående blant annet av en etablert struktur og kultur. Slik jeg ser det vil kulturen i organisasjonen påvirke hvordan ideen tas i mot i organisasjonen, om kulturen er kompatibel i forhold til ideen slik at det kan skje en rask tilkobling, eller motsatt, at kulturen ikke er kompatibel og ideen frastøtes. Som jeg tidligere har nevnt er tidsperspektivet viktig i en implementeringsprosess, og ideer som har fått tid til å modnes i organisasjonen og blitt akseptert i kulturen er det lettere å implementere.

Bang (1995:23) har følgende definisjon av begrepet organisasjonskultur (definisjonen er en sammenfatning av mange ulike tidligere definisjoner fra andre):

«Organisasjonskultur er et sett av felles delte normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene».

I følge Jacobsen & Thorsvik (1997:103) «vil det i organisasjoner, som overalt ellers i samfunnet, ofte være interessekonflikter knyttet til kultur. Interessekonfliktene i organisasjoner spisses ofte til i konkurranse mellom grupper om å få definere situasjonen og legge premissene for meningsdannelsen i organisasjonen».

Jacobsen & Thorsvik (1997:103) har tatt utgangspunkt i Schein (1985:9) sin definisjon av organisasjonskultur når de kommer med følgende:

- Begrepet kultur må kobles til en gruppe i organisasjonen som deler et sett av grunnleggende antakelser. Ulike grupper i organisasjonen har ulike erfaringer, ulik kompetanse og ulike oppfatninger om hvilke utfordringer som er de viktigste og hva som er rett måte å løse de på.
- Kultur er basert på læring. En bruker ofte tidligere brukte fremgangsmåter ved nye situasjoner som oppstår i organisasjonen. Kultur utvikles etter hvert som en gruppe lærer å mestre sine utfordringer
- Kulturen opprettholdes så lenge den oppfattes som riktig. Eks. dersom de ansatte i spesialisthelsetjenesten har en grunnleggende antakelse om at de ansatte i kommunen ikke har fagkompetanse og gode nok vurderinger til å bidra med samhandling rundt pasienten.
- Den rådende kulturen i en gruppe vil bli lært bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til ulike utfordringer.

Det å gjennomføre endringer i organisasjonskulturen er tidkrevende, da en ofte må endre grunnleggende holdninger, antakelser og normer. Det kan f.eks ligge mange fordommer i kulturen som vanskeliggjør en endring, eller kulturelle forskjeller som hindrer en felles forståelse.

Jacobsen & Thorsvik (1997) sier også at den formelle strukturen sier noe om hva som er organisasjonens grunnleggende antakelser, verdier og normer.

Både strukturen og kulturen i organisasjonen er med på å påvirke implementeringen av avtalene i det enkelte tiltak, og er, slik jeg ser det, avgjørende for hvordan avtalene tas i mot i organisasjonen. Alt dette er med å påvirke konteksten i organisasjonen som ideen skal implementeres i.

2.5 Fremmer/hemmer endringer

Hva er med på å fremme eller hemme endringsprosesser? Jeg har introdusert en del teorier som alle kan brukes til å identifisere hemmende og fremmende faktorer. Og jeg ser på implementeringen av samarbeidsavtalene som en endringsprosess i de enkelte organisasjonene.

For å belyse dette har jeg valgt å ta med supplerende teori i forhold til motstand mot endring som konkretiserer flere av de teoriene vi har sett på, slik som kontekstualisering, oversettelsesregler og kultur.

«Motstand mot endring er et vanlig fenomen, og vi må forstå hvordan endring påvirker enkeltmennesker, sosiale relasjoner og forholdet mellom mennesker i og utenfor organisasjonen» (Jacobsen, 2004:158).

Årsaker til endringer kan være naturlige endringer som følge av nye eller endrede behov som oppstår, eller som her et definert behov for forbedret samarbeid mellom ulike tjenestenivå for å sikre bedre pasientflyt. En av de største motivatorene for endring er når det har skjedd noe, eller at ting ikke fungerer som ønskelig. I slike tilfeller har ofte de involverte partene en nødvendig forståelse for iverksetting av endringer. Ofte designes eller redesignes slike endringer utenfra eller ovenfra, (top-down).

De ulike årsakene til motstanden mot endringer er årsaker som kan forklare hva som virker hemmende på implementering av nye ideer og endringsprosesser. Både French og Bell (French & Bell, 1999), Jacobsen (2004) og Busch og Vanebo (Busch & Vanebo, 1995) sier alle noe om ulike årsaker til at det er motstand mot endring, blant annet:

- Faglig uenighet i forhold til endringen
- Utrygghet i forhold til det ukjente, angstfølelse, redd for ikke å strekke til
- følelse av tap, frykt for å miste jobben (kanskje spesielt dersom ny teknologi og maskiner overtar jobben)
- de ansatte kan ha liten eller svekket tillit til ledelsen, og redde for forverring av situasjonen
- de ansatte er ikke engasjert og ikke interessert i bedre måloppnåelse
- manglende tiltro til ledelsen
- frykt for tap av identitet og status
- tap av personlige goder

- redd for merarbeid ved å må ta andre sine oppgaver i prosessen
- redd for nye krav om ny kunnskap og kompetanse
- endring kan føre til reorganisering av en stabil struktur, og da gjerne endringer i forhold til makt og innflytelse, noe som kan virke «truende» for enkelte
- skepsis til eksterne OU-konsulenter («bedre-vitere»)

Med utgangspunkt i dette har jeg også valgt å snu på det for å finne årsaker til hva som fremmer implementering og endringsprosesser:

- faglig enighet
- forståelse for endringen
- tillit til ledelsen
- økt samarbeid, kan bidra til å forenkle eget arbeid
- medvirkning, og opplevelse av å delta
- ledelsen setter av tid og viser engasjement
- opplevd behov for endring

Både kulturen og strukturen i organisasjonen kan være fremmende eller hemmende på implementeringen. En hierarkisk struktur, med en typisk top-down ledelse kan for mange virke mot sin hensikt, da den blant annet kan svekke den enkeltes muligheter for og ønske om deltakelse i prosessene. En top-down-ledelse kan oppleves lite demokratisk og lite inkluderende.

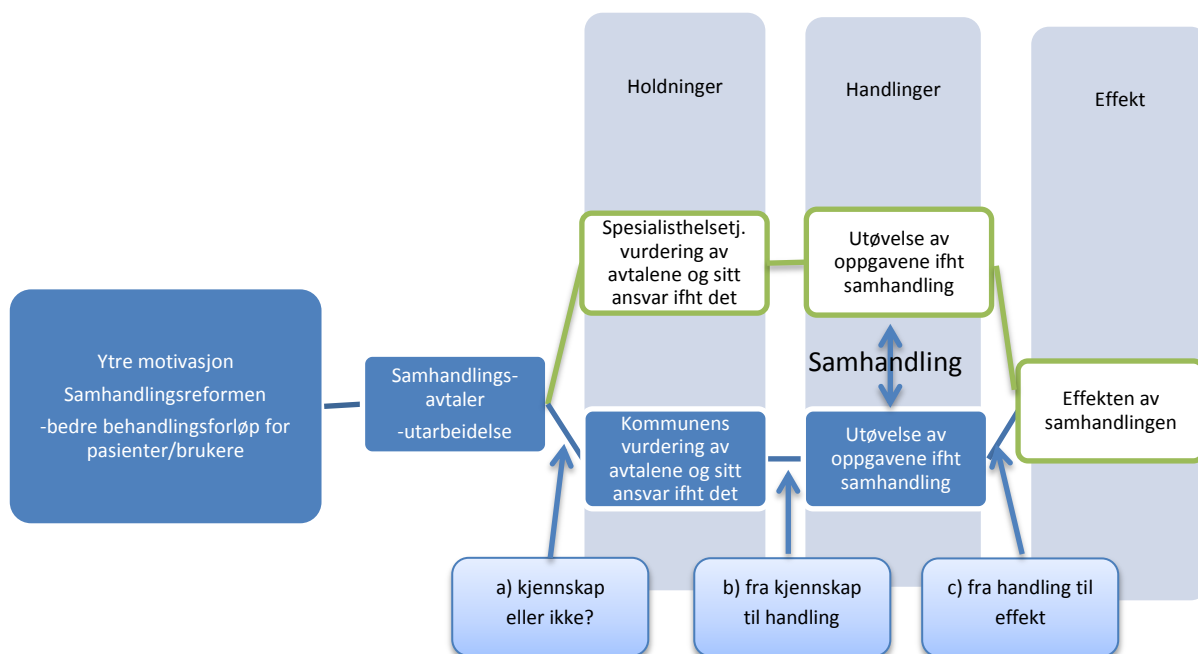
I punktene over har jeg tatt med mange faktorer som kan virke hemmende og fremmende på en endringsprosess. Ut fra mine hypoteser og antakelser i forkant vil jeg legge vekt på de punktene som kan fremme implementeringen, og da spesielt i forhold til:

- forståelse for hvorfor det er utarbeidet avtaler
- om det er opplevd behov for formalisering av samarbeidet
- ledernes engasjement
- ansattes vurderinger

De teoriene som nå er presentert i dette kapittelet vil danne det teoretiske grunnlaget for analyse og drøfting av empirien.

2.6 Analyseskjema

Jeg har valgt å fremstille prosjektet mitt i gjennom følgende analyseskjema:



Figur 6: Analyseskjema

Det jeg ønsker å se på i oppgaven (det som er blått i figuren) er

- hvordan avtalene blir tatt inn i kommunen, om de ansatte har kjennskap til avtalene eller ikke
- hvordan spredningen skjer videre fra kjennskap til handlingsplan
- og jeg vil også komme inn på hva som skjer fra handling til effekt, selv om dette ikke er et hovedfokus i oppgaven

Det samme skjer i spesialisthelsetjenesten, noe jeg for øvrig velger å ikke se på i denne oppgaven, men siden avtalene handler om samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er det også vesentlig å se på kommunens opplevelse av samarbeidet/samhandlingen.

Dette analyseskjemaet viser hvilke ulike oversettelsessituasjoner som forekommer i implementeringsprosessen, og jeg har følgende antakelser eller hypoteser i forhold til mine funn:

- Dersom jeg ikke finner at avtalene er implementert fullt ut kan det ha skjedd en fratrekking (ref. Røvik) i et eller flere ledd.
- Oppstår det nye ting i tillegg til denne avtalen vil jeg betrakte dette som addering
- Dersom det svikter i ledd a), det vil si at de ansatte i kommunene ikke har kjennskap til avtalene, vil en ikke få til noe mer. Det vil da ikke være aktuelt med b) hvor en ser på hvordan en går fra kjennskap til handling. Dette vil da beskrives som frastøting av ideen.
- På grunn av den korte tiden avtalene har vært virksomme, sammen med den begrensede varigheten på mitt prosjekt vil jeg gjerne finne mer på kunnskapsiden enn på handlingsplanet. Men uansett tror jeg det vil være mulig å finne noe på handlingsplanet.
- Da avtalene er ferdig utformet før de implementeres i kommunene, samt at de er nye, mener jeg ikke det vil være grunnlag for å vurdere om det skjer en omvandling/radikal oversettelse, så dette vil jeg ikke gå videre med.

Jeg vil senere i oppgaven drøfte funnene mine i forhold til disse antakelsene, og vurdere om implementeringen vises igjen på holdningsplanet eller på handlingsplanet.

Det å se på effekten av nye ideer og endringer i organisasjoner er et interessant tema, men jeg vurderte tidlig at det ikke ville være aktuelt i forhold til samarbeidsavtalene på det nåværende tidspunkt. Selv om avtalene var ferdigstilt sommeren 2012, er de fleste instanser fortsatt i implementeringsfasen, og det er for tidlig å måle effektene av avtalene og samhandlingen. Men jeg håper dette vil være et tema for senere prosjekter, da det vil være svært interessant å se om avtalene fungerer som ønsket og om det har noe effekt for å forbedre pasientforløpene gjennom forbedret samhandling.

3 Metode

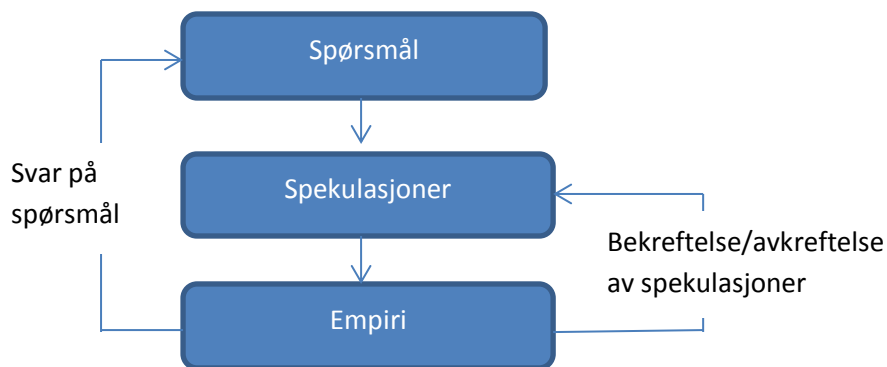
I dette kapitlet vil det bli redegjort for forskningsdesignet og metoden som er benyttet for best mulig å besvare problemstillingen. Metoden er valgt ut fra teorien som er presentert, og på det empiriske feltet for forskningen. Videre i dette kapitlet vil utvalgskriteriene bli presentert, etterfulgt av en redegjørelse for den empiriske undersøkelsen, samt de forskningsetiske aspektene ved metodevalget og gjennomføringen.

I denne oppgaven har jeg valgt kvalitativ metode i form av egne observasjoner og kvalitativt intervju. Veien mot valg av metode har gått i en «runddans» hvor jeg vurderte kvantitativ metode i utgangspunktet, fordi jeg først tenkte at en spørreundersøkelse kunne gi meg en god bredde ved mange flere informanter enn kvalitativ metode kunne gi, evt. kombinert med kvalitativ metode. Men etter flere runder med problemstillingen, falt valget på kvalitativ metode

ut fra endelig problemstilling, forskningsspørsmålene og ut fra hvilke undersøkelsesdesign som best kunne belyse denne problemstillingen.

Dette fordi jeg så at jeg kunne få mer momenter frem gjennom intervjuer, samt at intervju gir meg innblikk i den enkeltes opplevelse av implementeringsprosessen, noe som ble det sentrale i min oppgave.

Jacobsen (2005) beskriver empirisk undersøkelse som en undersøkelse av hvordan forholdene faktisk er, og hensikten er å få svar på spørsmål eller sjekke ut en antakelse. Og han beskriver gangen i en undersøkelse som en «runddans» mellom spørsmål, spekulasjoner og empiri:



Figur 7: Gangen i en undersøkelse (Jacobsen, 2005:14)

Jeg opplever at denne runddans har vært vesentlig også i min oppgave ved at jeg har stilt meg nye spørsmål og nye spekulasjoner gjennom prosessen etter hvert som jeg har gjennomført intervjuene mine.

3.1 Forskningsdesign

I følge Blaikie (Blaikie, 2009) kan forskningsdesign beskrives som en handlingsplan for forskningsprosessen. En handlingsplan kobler forskningsspørsmål, empiri og vitenskapelige konklusjoner.

Jacobsen (2005) deler inn forskningsstrategi i induktiv («fra empiri til teori») og deduktiv («fra teori til empiri»). Med induktiv tilnærming samler forskeren inn empiri uten å ha for mange antagelser på forhånd. Målet med denne tilnærmingen er at ingen ting skal være begrensende på den informasjonen som hentes inn. Intensjonen ved denne strategien er at forskeren skal få tak i all data som sier noe om virkeligheten, og da ikke risikere å gå glipp av viktig informasjon. (Jacobsen, 2005:29).

Med deduktiv tilnærming starter forskeren med noen antagelser, forventninger eller hypoteser på forhånd som en samler inn empiri i forhold til. Dette for å vurdere om hypotesene holder, eller ikke. En av ulempene her er at en slik tilnærming kan føre til at forskeren kun leter etter

den informasjonen som ønskes, og at funnene derfor kan ha en tendens til å støtte opp om de hypotesene forskeren hadde i utgangspunktet. Klare forventninger til funn kan også være svært begrensende på informasjonsinnhenting, og en kan derfor risikere å overse viktig informasjon. (Jacobsen 2005:29).

Jacobsen (2010:44) skiller mellom tre typer problemstillinger¹²:

1. utforskende – eksplorerende design: krever en åpen og fleksibel metode i undersøkelsen, da en går «uvitende» inn i empirien. I denne typen design går en ofte snevrere og dypere enn ellers. Utforskende problemstillingene er preget av begrenset kunnskap om fenomenet i forkant, og fører til utvikling av ny og relativt ukjent kunnskap. Det sies at slike problemstillinger er teori- og hypoteseutviklende.
2. beskrivende (omfang og hyppighet) – ekstensiv design: sier noe om hyppighet og omfang, og trekker ofte i retning av kvantitativ metode. Dette fordi en ofte vet hva man vil undersøke, men ikke omfanget og hyppigheten av fenomenet. Omfang og hyppighet undersøkes best ved å samle inn informasjon fra mange på en effektiv måte, det vil si kvantitativ metode.
3. forklarende (kausale) – ønske om å forklare hvorfor det er forskjeller og likheter. Forklaringer forutsetter også beskrivelse og kunnskap om fenomenet, selv om det ikke er en beskrivende problemstilling.

Jacobsen (2010) deler videre i tre ulike undersøkelsesdesign:

1. Design basert på sekundærdata. (sekundærdata er all den informasjon en selv ikke har innhentet). Eks. på denne type design er litteraturstudier.
2. Intensive og kvalitative design. Blir brukt når en ønsker å gå i dybden av noe, mot å få en forståelse for noe som man kjenner dårlig til, enten et spesielt fenomen eller et spesielt tilfelle. Det sentrale er å få frem så mange nyanser og detaljer som mulig og søke en helhetlig forståelse mellom individ og kontekst.
3. Ekstensiv og kvantitative design

Med å ta utgangspunkt i et hermeneutisk syn, og et ønske om å få tak i hvordan de ansatte opplever implementeringen, er det i følge Jacobsen (2005) den kvalitative metoden som skal benyttes. Da kvalitativ metode vektlegger blant annet nærhet, dialog og fleksibilitet (Jacobsen 2005:32). Samtidig sier Jacobsen (2005) at det da er den induktive forskningsstrategien som er aktuell.

For meg blir dette for begrensende, da jeg mener at de ulike hensyn må velges med utgangspunkt i hva en skal undersøke og hvilken type problemstilling en velger. Dette leder meg videre til den pragmatiske tilnærmingen Jacobsen (2005) beskriver. Han skiller mellom positivistisk, hermeneutisk og pragmatisk syn. Det pragmatiske synet oppfattes som en kombinasjon av de to andre, hvor det positivistiske synet er beskrivende når virkeligheten er noe

¹² Bemerkes også at Jacobsen (2005) beskriver kun to design; beskrivende og kausale, men jeg forholder meg til inndelingen fra Jacobsen (2010).

som kan studeres objektivt, mens det hermeneutiske synet baserer seg på at virkeligheten er menneskeskapt og tar utgangspunkt i aktørenes opplevelser.

Jeg har en strukturert induktiv strategi for å belyse min problemstilling, da jeg har mine antakelser i forkant som jeg ønsker å se mer på, samtidig med at jeg er åpen i forhold til nye oppdagelser i undersøkelsen, og ønsker svært gjerne nye og interessante funn som jeg ikke forventer.

Ved bruk av Jacobsen (2010) vil jeg beskrive min problemstilling i hovedsak som en forklarende problemstilling, men med utforskende trekk. Dette begrunnes i at jeg ønsker å forklare implementeringen, og finne ut årsaker til hva som fremmer og hemmer implementeringsprosessen. Det er ikke en utforskende problemstilling da jeg har en god del kunnskap om tema i forkant og har valgt en teoretiske tilnærming, men det er aktuelt i min problemstilling å gå i dybden av fenomenet og lete etter sammenhenger. Jeg velger derfor intensiv og kvalitativ undersøkelsesdesign for å få svar på min problemstilling, hvor jeg velger en åpen tilnærming i forhold til få enheter.

3.2 Kvalitativ metode

Det som kjennetegner kvalitativt orientert forskning er bruk av relasjonelle perspektiv, samt at forskningen ikke fokuserer på enkeltindivider, men på relasjoner som individene inngår i. Andre kjennetegn er at intervjuene ikke er "programmerte" i forkant, og det er få informanter (Wadel, 1991).

"Kvalitativ orientert forskning kjennetegnes ved at en starter undersøkelsen med en skisse av en prosjektplan. Når det gjelder antall informanter, innhold i spørsmål, observasjonsposisjoner, forståelsesmetoder osv., må forskeren kjenne prosjektet "på pulsen" underveis, og på grunnlag av dette kontinuerlig fatte viktige beslutninger" (Wadel, Fuglestad, Aase, & Fossåskaret, 1997).

«Et overordnet mål for kvalitativ forskning er å utvikle forståelsen av fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet» (Dalen, 2011:15).

«Når forskning er kvalitativ, betyr det vanligvis at man interesserer seg for hvordan noe gjøres, sies, oppleves, fremstår eller utvikles. Man er eks. opptatt av å beskrive, forstå, fortolke eller dekonstruere den menneskelige erfarings kvaliteter» (Brinkmann, Tanggaard, & Hansen, 2012:11).

«Å samle inn kvalitative data kalles ofte en åpen metode, der undersøkeren forsøker å legge så få føringer som mulig på den informasjonen som samles inn. Den som undersøkes, skal få uttrykke seg med sine egne ord, på sin egen måte». (Jacobsen, 2010:56).

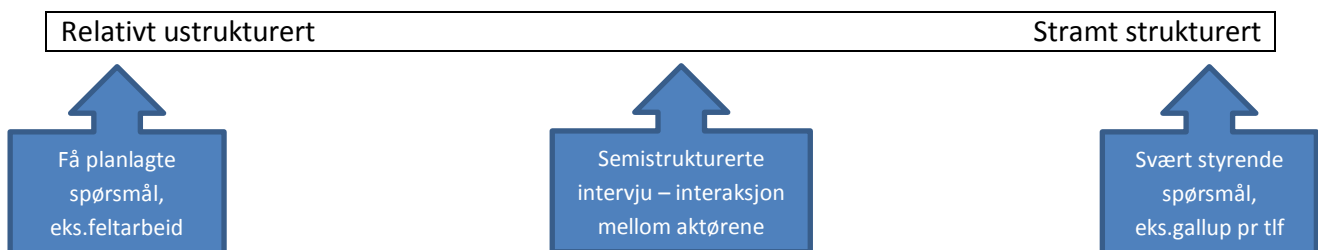
3.2.1 Intervju

«Det kvalitative forskningsinterview forsøker at forstå verden fra interviewpersonernes synspunkt, utfolde meningen i folks opplevelser, afdække deres livsverden, førende der gives videnskabelige forklaringer» (Dalen, 2011:15) som refererer (Kvale & Brinkmann, 2009:45).

Både Dalen (2011) og Tanggaard & Brinkmann (2012) fremhever opplevelsesdimensjonen som vesentlig ved intervjuformen. Det å få innblikk i det enkelte individets opplevelser og dens livsverden vil kunne gi oss forståelse for forskningen. Men en skal være bevisst på at det det fortelles om i et intervju alltid vil påvirkes av interaksjonen og settingen mellom intervjuer og informant. Ting som kan påvirke i en intervjusetting kan i tillegg til den fysiske settingen med f.eks rom, plassering, lysforhold, også påvirkes av betydningen av kjønn, sosial status, alder og etnisitet. I min rolle som forsker ser jeg at min fagkompetanse og erfaring er med på å påvirke intervjusettingen, spesielt ved at jeg gjennom mitt arbeid kjenner til og har erfaringer med både brukergruppen og en del av de utfordringene som finnes i feltet. Dette vil jeg også komme tilbake til senere i oppgaven i forhold til forskningsetiske aspekter.

«Som en grunnregel er det bedre å gjennomføre relativt få intervjuer og gjennomanalysere disse. Om man gjør mange intervjuer, øker risikoen for at man drukner i mengden av data og ikke får laget en sammenhengende og nyskapende analyse og fortolkning av materialet. Ideelt sett intervjuer man inntil man får et metningspunkt, dvs. når flere intervjuer ikke gir flere relevante opplysninger» (Brinkmann & Tanggaard, 2012:21). Med bakgrunn i dette har jeg valgt å ta utgangspunkt i 5 intervjuer i hver av de to kommunene jeg ser på, og slik jeg vurderer det vil dette gi meg en passe stor mengde data som vil være håndgripelig i den videre analysen.

Et forskningsintervju kan strekke seg fra det relativt ustrukturerte intervju til det stramt strukturerte, hvor det semistrukturerte intervju havner som en mellomting (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Jeg har valgt å fremstille det slik:



Figur 8: ulike typer intervju

Dalen (2011) skiller mellom åpne og strukturerte intervjuer med semistrukturert/halvstrukturert som en mellomting. Det semistrukturerte intervjuet er den mest benyttede intervjuformen, og er etter min vurdering den mest hensiktsmessige formen også i mitt prosjekt. Det ustrukturerte eller åpne intervjuet blir best benyttet i feltarbeid hvor en ofte har ulike uformelle samtaler og

deltakende observasjon. Det stramt strukturerte intervjuet gir få muligheter til å nyansere spørsmålene, eks på denne formen er Gallup-intervjuer.

I det semistrukturerte intervju er det en interaksjon mellom forskerens spørsmål og intervjupersonens svar. Og hvorav mange av spørsmålene fra forskeren er planlagt og nedfelt i en intervjuguide på forhånd, mens andre spørsmål igjen er oppfølgingsspørsmål i forhold til den informasjonen som kommer frem i intervjuet.

I et intervju mener jeg det er viktig med åpne og enkle spørsmål for å få frem informantenes egne meninger, samt at forskerens kunnskap om tema kan være vesentlig i forhold til oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet. Jeg anser at jeg i forkant hadde grei kjennskap til både samarbeidsavtalene og feltet innenfor rus-psykiatri, slik at jeg kunne nyttiggjøre meg dette i intervjuene.

3.3 Valg av kommuner og intervjuobjekter /valg av informanter

Helse Stavanger sitt foretaksområde inkluderer 18 kommuner, og jeg valgte to av disse.

Når jeg i oppgaven først var kommet så langt at jeg skulle velge ut hvilke kommuner som kunne være interessante i forhold til å belyse min problemstilling, tenkte jeg at dette var en enkel sak. Men jeg havnet inn i en ny «runddans» med jevn tilstrømming av blant annet nye vurderinger, nye innfallsvinkler, nye betraktninger etter hvert som jeg «gravde dypere». Skulle det f.eks velges to like kommuner eller to ulike kommuner? Store eller små kommuner? Etc.

Etter mange runder ble følgende kriterier lagt til grunn for valg av kommuner:

- kommunestørrelse
- spesialisthelsetjeneste i geografisk nærhet
- positivt rykte på seg i forhold til implementeringen av avtalene
- sentralitet

Etter en nøye vurdering endte jeg opp i denne oppgaven med at dersom kommunene er mest mulig like, og forutsetningen for implementeringen av avtalene er mest mulig like, vil også implementeringen være lik. Evt. forskjeller mellom kommunene vil da være interessante funn.

Med bakgrunn i det valgte jeg å finne to kommuner som er mest mulig like ut fra de kriteriene jeg har nevnt, og valget falt på Sola kommune og Time kommune.

Med tanke på omfanget og størrelsen på denne oppgaven, bestemte jeg tidlig å utelukke de to største kommunene i Helse Stavanger sitt foretaksområde; Stavanger og Sandnes. Jeg ønsket heller ikke de minste kommunene, blant annet grunnet «gjennomsiktighet», og at de kunne bli for små til å få et spredt utvalg informanter.

De øvrige kommunene på Nord-Jæren varierer i størrelse både med tanke på areal og i innbyggertall. Jeg valgte derfor å se på tallene fra Brukerplan-kartleggingen. Brukerplan,

utarbeidet av KORFOR, er etter hvert blitt et kjent kartleggingsverktøy for å kartlegge omfanget og graden av rusmiddelmissbruk i kommunene (KORFOR, 2012). Ved å ta utgangspunkt i kartleggingen fra 2011 sammenlignet jeg kommunene i forhold til antall kartlagte brukere, og så dette opp mot omtrentlig kommunestørrelse.

Ut fra min kjennskap til rusfeltet, uttalelser fra ulike fagpersoner innenfor Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) og direkte fra brukerne, vet jeg at spesialisthelsetjenestens beliggenhet er avgjørende for samarbeidet med kommunene. Det ble derfor naturlig å ta med dette som et kriterium i forhold til valg av kommune, og valget ble da i forhold til at begge kommunene har spesialisthelsetjeneste i sin kommune i form av et Distriktpsikiatrisk Senter (DPS).

I tiden før igangsetting med denne oppgaven forhørte jeg meg litt rundt i fagmiljøet om kommunenes omdømme i forhold til implementering av avtalene, om den enkelte kommune hadde rykte på seg i forhold til å ønske disse avtalene implementert. Disse tilbakemeldingene er også tatt med i min vurdering, og de to kommuner jeg valgte hadde et godt rykte i forhold til implementeringen av avtalene.

Kommunens beliggenhet i forhold til storbyer som Stavanger og Sandnes ble også tatt med i vurderingen, da dette antas å kunne ha en betydning, eks. i forhold til organisasjonens og de ansattes holdninger til nye trender.

I forhold til de enkelte informantene var det for meg viktig med bredde i intervjumaterialet, for å belyse at dette gjelder flere ledd i kommunene.

I forhold til gjennomføringen tok jeg direkte kontakt med virksomhetsleder for rus og psykiatri i de to kommunene jeg ønsket å se på for å forhøre meg om mulighetene for forskning. Jeg ble godt mottatt i begge kommunene og overlot videre til disse lederne å finne 4 personer, i tillegg til seg selv, innenfor sitt tjenesteområde som ønsket å være med på mitt prosjekt. Jeg ønsket både leder og ansatte med brukerkontakt innenfor både rus- og psykiatrifeltet i kommunen. Jeg påvirket ikke valget av informanter i større grad enn det, så det ble for meg et tilfeldig utvalg.

Utvalget var jevnt fordelt med en leder, to fra rusvern og to fra psykisk helse i begge kommunene. Alle bortsett fra lederne hadde direktekontakt med brukerne. Og samtlige av informantene har utdanning innenfor helse- og sosialsektoren.

For å skaffe meg en større oversikt over avtalene i kommunene, og samtidig teste ut intervjuguiden, var jeg i kontakt med en rådgiver i en av de valgte kommunene som hadde vært med i arbeidsgruppen for utarbeidelse av delavtale 2a som representant for kommunene (denne informanten kom i tillegg til de 10 andre informantene). Dette var det første intervjuet jeg gjennomførte, hvor jeg samtidig med å få innblikk i forarbeidene til avtalen, fikk testet ut intervjuguiden. Det skal også nevnes at jeg hadde noen tillegsspørsmål til denne personen. Det ble gjort et par små justeringer i intervjuguide før de videre 10 intervjuene.

En av mine teoretiske antakelser i forkant, på bakgrunn av erfaring og kunnskap, er at forarbeidene er vesentlig for implementering. Dette var et av spørsmålene jeg ønsket belyst

gjennom oppgaven, og som gjorde at jeg vurderte å gjennomføre intervju med deltakere fra utarbeidelsesprosessen. Etter nærmere vurdering valgte jeg å intervju en representant i kommunen fra denne arbeidsgruppen, samt bruke min egen kunnskap om forarbeidene som jeg har tilegnet meg gjennom fast deltakelse i ulike samarbeidsmøter med rus- og psykiatritjenesten i Helse Stavanger. De øvrige informantene var som tidligere nevnt ansatte i rus- og psykiatritjenesten i kommunen.

3.3.1 Intervjuguide

I følge Dalen (2011) vil det i alle forskningsprosjekter som anvender intervju som metode være et behov for å utarbeide en intervjuguide. Utarbeidelsen av intervjuguide handler om å omsette studiens overordnede problemstillinger til konkrete temaer (forskningsspørsmål) med underliggende spørsmål som blir tydeliggjort i intervjuguiden. Det vesentlige med en intervjuguide er at spørsmålene er koblet til forskningsspørsmålene i oppgaven.

Tanggaard (2012:29) viser et eksempel på oppbygningen av intervjuguide, som jeg valgte å ta utgangspunkt i ved utarbeidelse av intervjuguiden. Her er intervju spørsmålene utledet av forskningsspørsmålene og satt opp ut fra det. Intervjuguiden er vedlagt oppgaven (vedlegg 2).

«Årsaken til oppdelingen mellom forsknings- og intervju spørsmål er at et godt og relevant forskningsspørsmål sjelden fungerer som et godt intervju spørsmål. Intervju spørsmålene bør være klart formulerte og virkelighetsnære. Forskningsspørsmålene derimot befinner seg mer på abstraksjons- eller modellplanet. Og forskningsspørsmålene søker ofte forklaringer på fenomener, prosesser og sammenhenger, mens intervju spørsmålene søker ofte mot konkrete beskrivelser av dem» (Brinkmann & Tanggaard, 2012:30).

Dette som Brinkmann & Tanggaard (2012) sier er helt tydelig i forhold til min intervjuguide, og som jeg bevisst har tatt utgangspunkt i ved utarbeidelsen av intervjuguiden. Det at forskningsspørsmålene oppleves som overordnede holdepunkter for hva en ønsker å finne ut, og at intervju spørsmålene er en konkretisering av forskningsspørsmålene.

3.3.2 Gjennomføring av intervjuene og bearbeiding av dataene

Det er viktig å ha med seg at studien er foretatt på et tidspunkt, men den vil inneholde data fra flere perioder siden informantene blant annet må tenke tilbake fra før avtalene ble formalisert og si noe om sin opplevelse på den tiden.

Jeg har, i tillegg til intervjuene, benyttet skriftlige primærkilder som dokumenter, samarbeidsavtalene, møtereferat, deltakelse i samarbeidsforum for rus og samarbeids møte i TSB. Da jeg selv innehar en lederstilling ved et av tiltakene i TSB har jeg benyttet mine kunnskaper og mitt kontaktnett, spesielt innenfor TSB for å tilegne meg informasjon om samarbeidsavtalene og implementeringsprosessene. Jeg har også fått tilgang til annen forskning og prosjekter fra IRIS innenfor tema samhandlingsreformen. I den forbindelse har jeg hatt tilgang

til papers og underlagsmateriale fra prosjektet «Learning from different experiences: Multilevel governance of health and care services in Denmark and Norway». Sekundærkildene er faglitteraturen.

«Når selve intervjuet skal rapporteres, er det viktig at man beskriver den sosiale konteksten under intervjuet. Det kan man gjøre ved å gjengi intervjusekvensen og interaksjonen mellom spørsmål og svar og ved å beskrive stemningen og rammene omkring selv intervjuet» (Brinkmann & Tanggaard, 2012:33).

«Koder er nøkkelord som brukes på tekstsegmenter for å identifisere dem senere og eventuelt sammenligne, kontrastere og telle opp hvor fremtredende noe er» (Brinkmann & Tanggaard, 2012:39).

Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av 18 dager i april 2013.

Som Dalen (2011) sier er intervjuet en utveksling av synspunkter hvor forskeren er den som ber om oppfatninger og meninger fra informanten. Forskeren skal lytte og gi informanten tid til å fortelle.

Da jeg har mye erfaring selv med brukergruppen og med arbeid innenfor feltet, ble intervjuene lett toveis dialog hvor jeg som forsker kom med flere oppfølgende spørsmål på informantenes svar enn dersom jeg ikke hadde hatt den grad av forhåndskunnskaper.

Intervjuguiden er bygd opp med utgangspunkt i forskningsspørsmålene mine, og kategorisert etter det. Jeg beholdt denne inndelingen et godt stykke ut i bearbeidingen av mitt intervjumateriell. Som nevnt tidligere ble det gjort noen små justeringer i intervjuguiden etter første intervjuet (test-intervjuet). Dette intervjuet ble transkribert og informasjonen er benyttet i oppgaven, men det har ikke vært tatt med i bearbeidelsen av intervjuene sammen med de 10 andre.

Etter å ha intervjuet og transkribert alle intervjuene, 5 intervjuer i hver kommune, gikk jeg gjennom hvert enkelt intervju og trakk ut essensen i de enkelte spørsmålene innenfor hvert forskningsspørsmål. Dette utdraget fra hvert enkelt intervju bestående av stikkord og koder, dannet grunnlaget for videre arbeid med materialet mitt, og jeg brukte fargekoder for å kunne videre kategorisere også på tvers av mine forskningsspørsmål, spesielt for videre drøfting og analyse i oppgaven. Opplevde dette som et mer omfattende og tidkrevende arbeid enn jeg hadde sett for meg.

3.4 Reliabilitet og validitet

Validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) sier noe om det er grunnlag for å tro på det forskningen viser. Dette er derfor sentrale begreper i all forskning, for å finne ut om det er grunnlag for å tro det som blir presentert. Jeg skal si litt mer om det her.

Jacobsen (Jacobsen, 2010) deler inn i intern og ekstern gyldighet.

- Intern gyldighet: Dreier seg mye om resultatene kan oppfattes som riktige eller ikke, om vi har beskrevet fenomenet på riktig måte eller ikke. Jacobsen (2010) sier at det er vanskelig å snakke om rene sannheter når vi i intervjuene får subjektive beskrivelser. Han snakker da om intersubjektivitet, som innebærer er at jo flere personer som er enig i en beskrivelse, jo nærmere sannheten er vi.
- Ekstern gyldighet: Sier noe om i hvilken grad funnene kan overføres til andre sammenhenger. Er blant annet utvalget av informantene representativt for populasjonen?

Pålitelighet: Når det gjelder pålitelighet kan vi stille oss følgende spørsmål: Er det trekk ved selve undersøkelsen som har bidratt til de resultatene som har kommet frem? Har metoden vært den rette? Har det vært forhold som har påvirket resultatene?

I min oppgave har jeg fått et godt utvalg informanter med god spredning innenfor fagområdet i kommunen, noe som gir et mer generelt bilde av prosessen enn om flertallet av informanter hadde kommet fra eks. rusteamet eller døgntilbud med tung psykiatri. Jeg mener at resultatene kan oppfattes som riktige da jeg har et jevnt fordelt utvalg. Jeg opplevde at informantene var ærlige, og jeg tror at funnene kan gjelde flere kommuner i helseforetaket slik at en kan trekke konklusjonene lenger enn de to kommunene som er med her, særlig gjelder det kommuner innen opptaksområdet til Helse Stavanger med lignede trekk som de jeg valgte ut i studien min.

Jeg selv mener at valg av metode har vært den riktige, og jeg kan ikke se forhold ved undersøkelsen som gjør at resultatene har blitt påvirket i vesentlig grad i en eller annen retning.

Videre vil jeg si litt mer om disse forskningsetiske aspektene rundt intervjuene.

3.4.1 Forskningsetiske aspekter

Mine «briller» vil påvirke intervjuene, og ikke minst min bakgrunnskunnskap med feltet og med brukergruppa. Jeg er også åpen for å vurdere meg selv og eventuelt ubevisste tanker og fordommer i forhold til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Min kjemi med intervjuobjektene har betydning, samt mitt engasjement og interesse for temaet. Det at jeg har erfaring og fagkompetanse innenfor rus og psykiatrifeltet påvirker relasjonen og dialogen i intervjuet. Ut fra mine vurderinger velger jeg å tro at dette påvirket intervjuet positivt da vi hadde felles forståelse for brukergruppen, og at jeg også lett så den type utfordringer som informantene beskrev.

Jeg valgte å være bevisst på å prøve å ha den samme settingen i alle intervjuene (lik type rom/sted, at jeg hadde de samme type klær, spesielt i forhold til farger). Det var ikke alltid like lett å finne lik type rom, da det ble noe opp til arbeidsplassen og ledige rom for den enkelte. Men alle intervjuene foregikk uforstyrret på kontor eller møterom, og jeg vurderer derfor

settingen så lik en kunne få det under gitte forhold. Mitt valg av klær og farge hadde jeg mer kontroll på. Selv om jeg var bevisst på dette, vurderte jeg etter hvert at disse ytre faktorene ikke hadde så stor betydning da jeg intervjuet fagpersoner i forhold til arbeidsrelaterte problemstillinger, større betydning hadde det nok vært dersom intervjuene hadde hatt mer personlige rettede spørsmål.

Dalen (2011) beskriver spesielle etiske og metodiske utfordringer ved kvalitativ intervjuforskning:

- Fare for stigmatisering – bildet som blir formidlet av enkelte grupper i en forskningsrapport kan henge igjen ved denne gruppen over lang tid.
- Nærhet og engstelse – kan være engstelse for at forskeren avslører uregelmessigheter eller tvilsomme tilfeller, både individuelt og organisasjonsnivå.
- Solidaritetsproblemer- kan påvirke formidlingen av resultatene i form av at det kan være vanskelig å trekke grensene mellom hva som bør formidles, hva som kan formidles og hva som kan utelates.

I mitt prosjekt intervjuet jeg informantene om arbeidsrelaterte spørsmål, og det vil gjerne ikke påvirke informantene i så personlig retning som andre typer forskningsprosjekter. Men jeg ser at informantene kanskje vil tilbakeholde informasjon eller unnlate å fortelle negative ting av lojalitet i forhold til sin leder. Samtidig opplevde jeg informantene som ærlige, hvor det også ble satt fokus på utfordringer både internt og eksternt.

Jeg ble bevisst på at jeg ble tryggere etter hvert, og at det kanskje ble gjenspeilet i intervjuene ved at min trygghet førte til mer tydelighet og klarhet og lettere forståelige utdypninger av spørsmålene mine. Mer tydelighet fra min side fører ofte til at mottaker oppfatter lettere og bedre det som kommuniseres. Dette merket jeg selv og var bevisst på gjennom intervjuene.

4 Presentasjon av funn

I denne delen skal jeg presentere mine funn fra mine primærkilder som i hovedsak er intervjuene, samt dokumentasjoner og møttereferater. Jeg har valgt å presentere funnene i forhold til mine forskningsspørsmål og oppbygning av intervjuguiden. Funnene er presentert gjennom enkelte sitater fra informantintervjuene, etterfulgt av mine tolkninger. Intervjuet mitt med representant for arbeidsgruppen i forhold til utforming av avtalen er som nevnt tidligere ikke vært med i sammenfatningen av de øvrige intervjuene, og det er ikke hentet sitater fra dette intervjuet. Dette intervjuet har spesielt gitt informasjon i forhold forarbeidene til avtalen.

Som nevnt i metodekapittelet har jeg intervjuet 5 ansatte fra rus- og psykiatritjenestene i hver kommune, leder og to ansatte fra rusvern og to fra psykisk helse. Alle informantene er fagutdannet innen helse- og sosialsektoren, og jeg anser de alle som nøkkelinformanter. Jeg har i

presentasjonen av funnene ikke referert til leder eller ansatt i rusvernet, dette for å opprettholde anonymiseringen av den enkelte informant.

Forskningsspørsmålene mine knyttet til problemstillingen er (jfr. punkt 1.4):

- Har den enkelte ansatte i kommunens rus og psykiatritjeneste vært delaktig i utformingen av avtalene?
- I hvilken grad har den enkelte ansatte kjennskap til avtalene?
- Er det igangsatt tiltak/aktivitet for å følge opp avtalene, herunder arbeidet med IP?
- Har avtalene en nytteverdi for de ansatte i samarbeidet rundt brukeren?
- Hva fremmer/hemmer implementeringen av avtalene?
- Hva er veien videre i forhold til implementering og bruken av avtalene?

Jeg ønsker å starte denne presentasjonen med å si noe om forarbeidene, da det kan være relevant for drøftingen og den videre kjennskapen til avtalene.

4.1 Forarbeidene

I forhold til forarbeidene med avtalene ønsket jeg å få belyst gjennom intervjuene i hvilken grad de ansatte kjenner til forarbeidene til avtalen, om de har vært delaktig i utformingen og om de kjenner til sentrale personer i utformingsprosessen.

Mine funn i forhold til prosessen og utarbeidelsen av avtalene er i stor grad innhentet på bakgrunn av det første intervjuet mitt med en av kommunens deltakere i denne arbeidsgruppen, samt møtereferater og bruk av mitt kontaktnett (personer og institusjoner) spesielt innen spesialisthelsetjenesten, TSB og psykisk helse. Samt tilgang til annen forskning og prosjekter fra IRIS, som tidligere nevnt, tilgang til papers og underlagsmateriale fra prosjektet «Learning from different experiences».

Samarbeidsavtale 2a er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av representanter for både kommune og spesialisthelsetjeneste. Det har vært jobbet i to delgrupper (hver bestående av 4 personer) hvor kommunenes representanter har jobbet sammen og spesialisthelsetjenesten har jobbet sammen for så å samkjøre dette og komme til enighet om viktige momenter i avtalen. Avtalen inkluderer mange kommuner og det er noen representanter som da har bidratt på vegne av de øvrige kommunene. Det viser seg at ikke alle kommunene har hatt kjennskap til at avtalene er under utarbeidelse, og kun har fått de presentert i etterkant. De har heller ikke hatt kjennskap til hvem som har deltatt i denne arbeidsgruppen.

Det ser imidlertid ut til at det har vært jobbet godt i disse arbeidsgruppene og at en har hatt en god prosess i å bli enige om de ulike punktene i avtalen. Ut fra det jeg har funnet har det ikke vært en dominerende part, men to likeverdige parter.

De ansatte i kommunene har følgende å si i forhold til sin kjennskap til forarbeidene:

Sitater som er illustrerende for begge kommunene:

«Nei, jeg kjenner ikke til forarbeidene»

«Mulig min leder har vært med»

Spesielt fra Time kommune:

«Tror rådgiver i kommunens stab har vært med»

I forhold til kjennskap til forarbeidene var det stort sett samme svar uansett hvilken kommune en tilhørte. Ingen av de ansatte hadde noe kjennskap til forarbeidene, bortsett fra lederne som visste om utarbeidelsen, men ikke var direkte involvert i arbeidene. Flere av de ansatte trodde gjerne at sin leder kanskje hadde vært med, uten at de hadde mer formening om det. Dette stemte for øvrig ikke.

I Time kommune antydte alle informantene at de trodde, eller mente, at rådgiver i kommunen hadde vært med i utformingen av avtale 2a, noe som stemmer. Det er tydelig at denne personen har en nøkkelrolle i kommunen, og at personen er en kjent person for de fleste ansatte i kommunen.

4.2 Kjennskap til avtalene

Mitt neste forskningsspørsmål var å finne ut i hvilken grad de ansatte har kjennskap til avtalen, herunder hva de kjenner ved den, hvordan de fikk kjennskap til avtalen og hvordan den har blitt introdusert i kommunen. Samt om den enkelte opplever at leder har kjennskap til avtalen og om avtalen står i forhold til eventuelle tidligere avtaler.

Jeg har valgt å dele opp mine funn her i flere underpunkter.

4.2.1 Kjennskap blant de ansatte

Først starter jeg med å se på om de ansatte har kjennskap til avtalene, i hvilken grad og eventuelt hva kjenner de til ved innholdet. Samt om de opplever at sin leder har kjennskap til avtalene.

Sola kommune:

«Kjenner til avtalen, men har ikke lest den. Travle dager har gjort at jeg ikke har fått lest den».

«Ja, jeg kjenner til avtalen og jeg har lest den. Jeg har vært opptatt av kommunens ansvar, så det er det jeg kjenner mest til, og spesielt min rolle».

«Noe av det jeg kjenner ved avtalen er å være samtidig inne når brukeren er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Dette er også noe vi får fra ledelsen.»

Time kommune:

«Hatt lite kjennskap til avtalen i forkant av din master, men ser at det samsvarer med de samarbeidsavtalene vi har hatt med JDPS i flere år, og som er godt innarbeidet».

«Har hørt om den før, men ikke hatt tid til å finne ut mer om den. Ikke fått den skriftlig før jeg skulle være med på dette intervjuet. Synes avtalen var god, sto veldig klart og tydelig oppgavene til de enkelte».

I Sola kommune visste de ansatte om avtalene, men kun halvparten hadde lest den. Det de kjenner best til er oppgaver og ansvar knyttet til egen rolle og kommunens ansvar. I Time kommune hadde de ansatte, bortsett fra leder, svært liten kjennskap til avtalen før jeg tok kontakt i forbindelse med mitt prosjekt.

90% av informantene opplever at deres leder har god kjennskap til avtalene. Dette på tross av at flere ikke selv kjente til avtalen før jeg kom.

4.2.2 Introduksjon av avtalene

Her var jeg ute etter å finne ut hvordan avtalene har blitt introdusert i kommunen, og hvordan den enkelte informant fikk kjennskap til avtalene.

Sola kommune:

«Avtalen fikk jeg sendt på e-post fra min leder, jeg printet den ut og skumleste den da. I etterkant av det hadde vi virksomhetens dag hvor samarbeidsavtalen var fokuset dette året (mrk 2012)».

«Vi har jo snakket om denne avtalen en del, og lederen her har tatt det opp, og denne samhandlingsreformen har vi hørt om lenge».

«Vi hadde en fagdag i fjor hvor vi tok opp denne avtalen, samt at virksomhetsleder har vært her og snakket om avtalen til personalet. Vi har også fått avtalene pr mail, og det er vårt ansvar å lese de. Men det har ikke blitt prioritert i en travel hverdag».

Time kommune:

«Har hørt om den tidligere, men ikke fått den skriftlig og lest den før nå i forkant av intervjuene dine».

«Vet ikke hvordan den har blitt introdusert, men jeg har fått den av min leder».

Fagdagen¹³ i Sola kommune blir fremhevet som en viktig årsak til at de ansatte i kommunen har kjennskap til avtalene. Dette sammen med at de ansatte husket at leder for avdeling unge voksne i Helse Stavanger var til stede på denne dagen, og synes det var bra at hun var der.

¹³ Helse- og sosialsektoren i Sola kommune har en årlig fagdag for alle ansatte. Tema på fagdagen 12. sept 2012 var samarbeidsavtalene.

Time kommune har ikke prioritert å spre ut disse avtalene, da samarbeidet fungerer i praksis, i samsvar med avtalene. Noen ansatte opplever likevel at avtalene kan være nyttige redskaper til samhandling slik de er, og skulle ønsket mer informasjon tidligere.

I følge leder i kommunen har disse avtalene ligget på intranettet til Time kommune siden de var ferdigstilt, men det ser ikke ut til at de har blitt funnet der før informasjon kommer direkte til den enkelte. Det ser ut til at passiv utspredelse ikke fungerer, og at det må være aktivt for å ha effekt. Vi er selektive i hva vi tar oss tid til og hva vi prioriterer som viktig. Vi leter ikke selv etter informasjon, men prioriterer gjerne det vi får presentert. Eksempelvis så viser undersøkelser at vi siler veldig selektivt ut det som også kommer pr mail, siler ut fra våre briller om hva som er relevant og ikke. Og det kan fort bli et spørsmål om hvem som definerer hva som er relevant? Leder, mellomleder, eller den ansatte selv?

4.2.3 Bygger avtalene på tidligere samarbeidsavtaler?

Som nevnt i innledningen av oppgaven la sykehusreformen i 2002 opp til at det skulle utarbeides frivillige samarbeidsavtaler mellom ulike tilbud, og mellom myndighets/tjenestenivå. Jeg ønsket derfor å finne ut om informantene hadde kjennskap til tidligere avtaler, og se på om samarbeidsavtale 2a bygger på eventuelle tidligere avtaler som er i bruk, samt se på hvilken posisjon disse avtalene har hatt.

Sola kommune:

«Kjenner ikke til at det har vært samarbeidsavtaler tidligere».

«Jeg tror det må ha vært avtaler tidligere. Vi har jo hatt samarbeid med 2. linjen tidligere også».

Time kommune:

«Ja, de avtalene vi har hatt med JDPS har fungert godt og er godt innarbeidet, men de er mer spesifikke enn denne samarbeidsavtalen, og derfor mer i bruk».

«Det har vært en avtale mellom JDPS og kommunal bolig for tung psykiatri, vet ikke om den fortsatt gjelder. Har forstått at det har blitt mye bedre etter de avtalene kom, at samarbeidet har fungert bedre».

«Kjenner ikke til andre, tidligere avtaler».

I Sola kommune var det ingen av de ansatte som kjente til forekomst av samarbeidsavtaler tidligere, bortsett fra leder som kunne si noe om tidligere samarbeidsavtaler mellom Sola DPS og kommunen.

I Time var det forskjeller ved at noen kjente til tidligere samarbeidsavtaler, andre ikke. Jeg så et skille i forhold til at de som jobbet innenfor rusfeltet med brukere som primært har et rusproblem og lettere til moderate psykiske problemer, ikke kjente til tidligere avtaler. Mens de

ansatte som jobber innen tyngre psykisk helsevern i kommunen ser ut til å kjenne til, og bruker daglig samarbeidsavtalen med JDPS.

4.3 Igangsatte aktiviteter for å følge opp avtalene

Jeg ville her se på hva som er igangsatt i kommunene for å følge opp avtalene, det være seg kurs, seminar, o.l., samt se på hva som er gjort for å spre informasjonen rundt til de ansatte.

Sola kommune:

«Fagdagen i kommunen var en bra dag».

«Det er lederne som har hatt ansvar for å spre den ut til sine ansatte».

Time kommune:

«Deltok på samhandlingsdag ved JDPS i høst, og det skal være et ny samhandlingsdag igjen i oktober. Det er jo fokus på samhandling, psykisk helse og rus. Der har vi vært alle».

«Vet ikke hva som er gjort»

«Hvor mye de enkelte forholder seg til avtalene i det daglige, tror jeg ikke er mye».

Egen fagdag i Sola kommune er det de fleste i den kommunen poengterer som igangsatt tiltak, samt at avtalene er spredd fra ledere til mellomleder, osv. Leder har vært rundt og informert personalet, og det er jevnlig tema på personalmøter.

Det fremkommer også at det er en ressursperson i Sola kommune som har som en del av stillingen sin å jobbe med disse avtalene (da med alle avtalene, og ikke kun 2a). Det har også vært arrangert egne kurs i kommunen med kommunens plikter og ansvar. Det legges stor vekt på samhandling, og kommunen arrangerer også publikumsforedrag med frivillige lag og foreninger, da det er viktig å spille på lag med disse i forhold til samhandling selv om det ikke foreligger formelle avtaler.

I Time kommune er informasjonen formidlet til lederne, som igjen har formidlet til de ansatte. Denne avtalen ligger i følge ledelsen mye på systemnivå, og kan da ha en tendens til ofte å bli liggende på ledernivå. Derfor ønskelig for kommunen å ha med den lokale avtalen med JDPS som går mer på individnivå, og som er godt innarbeidet.

Det har vært arrangert samhandlingsseminar¹⁴ ved Jæren DPS hvor det var representanter fra ulike jærkommuner og fra ulike tiltak i spesialisthelsetjenesten. Det ble prioritert i Time kommune at de ansatte skulle delta på dette, og de som deltok var fornøyd med seminaret.

¹⁴ Samhandlingsseminar ved JDPS ble avholdt høsten 2012, og det er lagt opp til at dette skal være et årlig samhandlingsseminar mellom jærkommunene og spesialisthelsetjenesten innenfor rus og psykiatri. Nytt seminar vil bli 16. oktober 2013. Det kan nevnes at det er i gang årlige samhandlingsseminarer andre steder i helseforetaket også, eks. Dalane og Strand.

4.3.1 Samhandling i forhold til bruker

Jeg stilte spørsmålet om avtalene brukes direkte i samarbeid rundt brukeren, for å kunne få belyst i hvilken grad avtalene er tatt i bruk, og på hvilket nivå de benyttes.

Sola kommune:

«Vanskelig å si om avtalene benyttes direkte mot bruker».

«Jeg har ikke opplevd behov for å bruke de».

«Det som er viktig er at jeg kjenner til mine ansvarsoppgaver»

Time kommune:

«Ikke som jeg vet om».

«Vet ikke, men jeg har tenkt å bruke de i et ansvarsgruppemøte i morgen».

Her er det mye felles for begge kommunene. De fleste har ikke opplevd behov for å bruke de i direkte samhandling med samarbeidspartnere, og da heller ikke direkte overfor bruker. Men flere har erfaringer hvor de ser at avtalene kunne vært med som et redskap på ansvarsgruppemøter for å avklare ansvarsforhold.

Det fremkommer tydelig at ingen av informantene tror brukerne har særlig kjennskap til at det foreligger samhandlingsavtaler, kanskje bortsett fra de brukerne som er innlagt i henhold til en tvangsparagraf. Men det fremkom også undring blant noen av informantene på at brukerne ikke kjenner til dette, da avtalene er utarbeidet for pasientene og brukerne for å bedre deres behandlingsforløp. Dette kan være et interessant spørsmål å se på ved en annen anledning.

4.4 Avtalene og IP

Individuell plan er et mye omtalt verktøy for samhandling som det har vært fokus på i mange år. Jeg valgte derfor å trekke dette tema inn i forbindelse med samhandlingsavtalene for å se om avtalene kan ha en positiv virkning på holdninger til bruk av IP.

I delavtale 2a står det følgende under pkt 6 i avtalen:

«Partene skal informere og sikre pasienten rett til individuell plan og sammenhengende og koordinerte tjenester gjennom hele behandlingsforløpet».

Videre i avtalen er det også egne punkter om dette i forhold til ansvarsfordelingen rundt pasienten, både for kommunen og for helseforetaket.

Under intervjuene stilte jeg følgende spørsmål: Har avtalene noe å si for arbeidet med IP i forhold til brukergruppa innenfor rus og psykiatri? Hva er dine holdninger til IP?

Sola kommune:

«Vet ikke om det er noen sammenheng».

«IP er bra for de som er med og får et eierforhold til den».

«Vanskelig med IP for gruppa med rusproblematikk».

Time kommune:

«Tror ikke det er noen sammenheng».

«Utfordrende i forhold til tunge brukere»

Her er det sammenfallende funn fra begge kommuner. Funn som er gjort er at få antyder at det er en sammenheng mellom avtalen og IP, men samtidig er samarbeidsavtalene med på å bevisstgjøre den enkelte ansatte. De fleste sier at IP er bra for de som er delaktig og ønsker IP, men at det ikke har noe for seg dersom den blir påtvunget. Det oppleves som tungvint da brukeren i kommunen må søke om IP for å få den, og at i spesialisthelsetjenesten blir IP opprettet uten søknad. Når brukeren har vært i spesialisthelsetjenesten og fått IP, forventes det at kommunen følger opp. Men her må brukeren søke om å opprettholde IP.

Alle er positive til bruk av IP, men ikke påtvunget da brukeren i slike tilfeller ikke får et eierforhold til egen plan. IP er et godt verktøy som bidrar til å kvalitetssikre samarbeidet.

Det som også fremkommer er at bruk av elektronisk IP er utfordrende da brukerne ikke alltid har tilgang til egen IP. Det sendes sms-varsling, men mange av brukerne bytter telefonnummer svært ofte, og nås derfor ikke. Andre har vanskeligheter med å hente ut slike ting på pc. Rusproblemer fører til mange ustabile brukere, og de er ikke gode til å følge opp slike ting.

Slik jeg ser det, ut fra funnene, er det gjennomgående positive holdninger til bruk av IP, men at det er store organisatoriske utfordringer ved IP for denne målgruppen som klart bidrar til å redusere forekomsten av IP. Organisatoriske utfordringer både i forhold til å søke om rett til IP og i forhold til bruk av elektronisk IP. Jeg er kjent med at Helse Stavanger jobber med utfordringene i forhold til søknadsprosedyrene for IP, og jeg håper at mine funn kan være en pådriver for arbeidet. Jeg velger ikke å legge vekt på dette med IP videre i analysen, da jeg vurderer at samarbeidsavtalene ikke har noen direkte påvirkning på bruken av IP.

4.5 Nytteverdi

Jeg ønsket å undersøke om den enkelte opplevde et behov for å formalisere samarbeidet mellom kommunen og helseforetakets rus og psykiatritilbud, da jeg ser på behovsopplevelse som en motivasjonsfaktor for implementering.

Sola kommune:

«Ja, egentlig har jeg opplevd et behov for det. Vi har lett for å skynde på hverandre, slik at det kan være greit å tydeliggjøre ansvaret».

«Synes vi stort sett gjør det samme, men det ligger nok mer bak øret etter at avtalene kom, og vi tenker mer på det. Vi samarbeidet også til dels godt før også».

Time kommune:

«Etter min erfaring, har jeg ikke sett et behov. Opplever et godt samarbeid med de fleste».

«Har også jobbet i spesialisthelsetjenesten tidligere og har erfaring med tidligere avtaler. Opplever at det er viktigere med samarbeidsavtalene når en jobber i kommunen for å få en tydeliggjøring av ansvarsfordelingen og vite hva en kan bruke spesialisthelsetjenesten til».

«Alltid greit å ha nedfelt ansvarsfordelingen».

Ser tydelige forskjeller mellom kommunene på dette punktet. Da Sola kommune var mer delt i forhold til om de opplevde et behov for formalisering av avtalene eller ikke før de kom, var Time kommune mer samlet på at de opplevde samarbeidet som bra i utgangspunktet og ikke har kjent på et behov for formaliserte avtaler. Her ser jeg klare sammenhenger med at Time kommune over flere år bevisst har jobbet med å skape gode samarbeidsrutiner, og ikke minst gode samarbeidsrelasjoner med JDPS, et arbeid som tydeligvis har gitt resultater i at ansatte opplever samarbeidet som bra.

4.5.1 Opplevs avtalene som nyttig?

Her spurte jeg om nytteverdien og om de opplevs som et redskap til god samhandling?

Sola kommune:

«Ja, avtalen er veldig klar».

«Det er litt tidlig å si noe om nytteverdien, men det virker jo bra».

«Ja, jeg mener at avtalen er et redskap til bedre samhandling».

«Ja, jeg håper og tror at avtalen er et redskap til bedre samhandling».

Time kommune:

«Ja, jeg ser på avtalen som nyttig».

«Ja, jeg kan godt tenke meg å bruke denne avtalen på ansvarsgruppemøter».

«En slik avtale er et redskap for systemene til å gi brukerne best mulig behandling og oppfølging totalt. Det viktigste for meg er at brukeren får nytte av det, og får det tilbudet de har krav på».

Både i Sola kommune og Time kommune var det samlede inntrykk av opplevd nytteverdi svært likt. Det opplevs som at avtalen har en nytteverdi, samtidig med at alle informantene ser på

avtalen som et redskap til bedre samhandling. Dette på tross av at det ikke var så mange som opplevde et behov for formaliserte avtaler før de kom.

4.5.2 utfordringer i samarbeidet

Her ville jeg se på hvilke erfaringer informantene har med samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for den omtalte brukergruppen, og hvilke utfordringer den enkelte ser. Jeg mener at utfordringer, og hvordan utfordringer blir løst, påvirker den enkeltes holdninger til samarbeid.

Sola kommune:

«Har erfaring med mye bra samarbeid».

«Vår utfordring med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er når det skjer noe akutt med våre tyngste brukere. At spesialisthelsetjenesten ikke vurderer det så akutt som oss, og de sendes ut igjen, tilbake til oss i kommunen. Det føler jeg er den store utfordringen».

«Bolig er også en utfordring. Jeg sitter i ansvarsgruppemøter og blir presset fra mange hold i forhold til bolig, for å skaffe bolig. Selvfølgelig må bolig være der dersom vi skal kunne jobbe konstruktivt med brukeren. Kommunal bolig er en mangelvare».

«Vi ser mange som ikke har boevne til å bo i egen bolig, og som burde bodd i mini-institusjoner eller kollektiv med tettere oppfølging, noe som ikke finnes pr i dag».

Time kommune:

«Mange brukere som er utskrevet på tungt ettervern har spesialisthelsetjenesten ansvar for selv om de er utskrevet. Når kommunene da rapporterer i forhold til disse pasientene, har utfordringene gått i hva som er forsvarlig eller ikke. DPS ser da ikke behovet for innleggelse i samme grad som kommunen gjør».

«Jeg har veldig gode erfaringer med mitt samarbeid med JDPS hittil, de fleste av mine brukere benytter seg av brukerstyrte plasser. Opplever også grei informasjon om endringer og blir invitert med på møter ved JDPS vedr mine brukere». (mrk: informant har brukere med tyngre psykiske lidelser i tillegg til rusproblematikk).

«Alltid hatt godt samarbeidsklima med TSB, men ser en trend at poliklinikkene er raskere med å avslutte dersom brukerne ikke møter til avtaler enn de var tidligere».

Mine funn viser at de ansatte i både Sola kommune og Time kommune opplever at det er mye bra samarbeid rundt den enkelte bruker.

Men det viser også at det er utfordringer med blant annet de tyngste brukerne som vurderes akuttinnlagt av de ansatte i kommunen og som ikke psykiatrien ser samme alvorlighetsgrad hos. Flere av de ansatte opplever da at deres fagkompetanse blir undervurdert. Ansatte i

kommunene opplever at de er tett på brukeren og kanskje de som kjenner brukeren best, men opplever å ikke bli tatt på alvor når de vurderer at pasienten må innlegges. Enkelte pasienter klarer å fremstå «brukbar nok» i samtaler med en psykiater eller lege ved forsøk på innleggelse slik at tilfellet ikke blir vurdert så alvorlig som de ansatte i kommunen opplever det. Dette fører også til at brukeren er tilbake igjen i kommunene få timer eller få dager etter.

Det å skaffe bolig oppleves også som en utfordring, da kommunen har lite kommunale boliger å tilby. I samarbeidsavtalene står det at kommunen skal prioritere og tilstrebe bolig for de som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten og skal tilbake til kommunen. Kommunen ønsker dette og ser nytten av at brukeren får bolig ved utflytting fra institusjon i spesialisthelsetjenesten. Det er ønskelig med mer differensierte botilbud til brukerne, samt at boligene får spredt beliggenhet.

Det ser ut til at det er de samme utfordringene i Time kommune som Sola kommune har med å få anerkjennelse for vurderingene som foretas i kommunen. Dette kan blant annet se ut til å dreie seg om felles forståelse for brukernes lidelser. Men det kom også frem gjennom intervjuene at samarbeidet mellom kommunen (psykisk helse) og JDPS har blitt veldig mye bedre etter at de lokale samarbeidsavtalene mellom kommunen og JDPS har fått gått seg til og fått rotfeste i begge organisasjonene. Pr i dag benyttes avtalene daglig.

Ved å sammenligne svarene fra informantene med hvilke brukere de i hovedsak er knyttet til er det tydelig at ansatte i arbeid med tunge psykiatriske brukere opplever et svært godt samarbeid med JDPS, et samarbeid som er godt innarbeidet over flere år, og partene er stort sett trygge på hverandres vurderinger. De ansatte som primært jobber med brukere som har rusproblemer sammen med lettere til moderate psykiske lidelser har lite erfaring med JDPS og har heller ikke referanse i forhold til den samarbeidsavtalen som har eksistert mellom kommune og JDPS.

Utfordringene som informantene opplever med at poliklinikkene raskere avslutter brukerne, har nok sitt utspring i økte krav om effektivitet. Men det kan være uheldig for den brukergruppen vi nå omtaler da deres problematikk er preget av en gjennomgående ustabil livsstil, og at de i perioder er svært vanskelig å komme i posisjon til.

Det kom frem i et par intervjuer at samhandling med andre helseforetak ikke er like bra som samhandlingen med Helse Stavanger. Og det ser ut til at det kan være en utfordring når kommunene skal samhandle med andre helseforetak hvor det ikke foreligger direkte samhandlingsavtale. Det bør gjerne drøftes om større geografiske forskjeller kanskje bør forsterke behovet for at et formalisert samarbeid bør være tilstede også utover det enkelte foretaksområdet.

4.5.3 Mangler i avtalen

Jeg spurte også om noen opplevde mangler i avtalen, da dette også kan bidra til å belyse i hvilken grad en har kjennskap til innholdet.

Sola kommune:

«Kjenner ikke avtalen godt nok til å si noe om det».

«Burde gjerne vært noe mer om den rusrelaterte delen, hvordan vi håndterer rusproblemer og gir de et godt tilbud».

Time kommune:

«Kan ikke tenke meg det. Synes den var utfyllende og godt dekt».

«Opplever avtalen som overordnet. Detaljene mangler, men de skal ikke nødvendigvis ligge der».

Flertallet i både Time og Sola har lite formening om det mangler noe i avtalen. Det ser ut til at mye kan skyldes at få har satt seg inn i avtalen godt nok til å ha noe formening om det. Avtalen oppleves for mange som klar og tydelig, og noe av årsaken til at det ikke savnes noe umiddelbart i avtalen.

4.6 Hemmer/fremmer implementering

En av hovedpunktene jeg ønsket å se på med implementeringsprosessen var hvilke faktorer som kunne være hemmende eller fremmende for implementeringen. Og jeg hadde flere spørsmål i forhold til dette, og jeg har delt opp presentasjonen min videre i forhold til spørsmålene i intervjuguiden.

4.6.1 Mottatt informasjon om avtalene

I intervjuene spurte jeg om den ansatte opplevde god nok informasjon om avtalene, og om hvordan de kan benyttes. Det kom frem følgende:

Sola kommune:

«Egentlig synes jeg det. Det er bare opp til meg å lese og sette meg inn i den».

«Nei, synes ikke det. Men hvor mye informasjon trenger jeg for å utføre jobben min».

Time kommune:

«Nei, kan ikke si jeg har det. Synes det var kjekt å få den nå».

«Egentlig ikke. Ønsker at den hadde blitt mer spredt til alle nivåer».

Flertallet i Sola kommune opplevde at de hadde fått god nok informasjon om avtalene, og påpekte at det var deres eget ansvar å lese mer grundig på utlevert materiale. Der hvor en ikke opplevde god nok informasjon var det også et spørsmål om hvorvidt det er nødvendig med mer informasjon for å utføre jobben en skal gjøre.

De ansatte som jobber tett med brukerne opplevde at de ikke hadde fått god nok informasjon om avtalene, og flere påpekte at de ikke hadde kjennskap til avtalene før jeg var i kontakt i forbindelse med denne oppgaven.

4.6.2 Motstand mot avtalen

Videre ønsket jeg å se på om noen hadde opplevd motstand mot avtalen, og evt. hvorfor?

Felles for begge kommuner:

«Nei, ikke som jeg kjenner til»

«Nei, ikke opplevd motstand»

Her var det like tilbakemeldinger for begge kommunene, og det var tydelig at ingen hadde opplevd motstand av betydning. Det fremkommer også gjennom intervjuene at det er nesten 300 veiledere og retningslinjer innenfor helse- og omsorgsfeltet, og at dette kan være for mange. Det kan igjen føre til at den enkelte ikke engasjerer seg i ønsket grad når nye ting blir presentert.

4.6.3 Faktorer som har fremmet bruken av avtalen

Her stilte jeg spørsmålet om hvilke faktorer som har vært viktige for at avtalen er i bruk, eventuelt hvilke faktorer som kan være årsak til at de ikke er i bruk.

Sola kommune:

«Alle har vært positive til dette, både leder, teamledere og ansatte».

«Vært bra slik det har vært, men kunne gjerne vært mer internundervisning og diskusjoner rundt dette. Egen fagdag var svært nyttig».

«De ansatte har sett behovet for samarbeidsavtaler, og for formalisering av samarbeidet for å få forbedring».

Time kommune:

«Samarbeidsavtalen med JDPS er godt innarbeidet og godt kjent. De er i bruk i praksis».

«Det er nødvendig med en avtale som regulerer samarbeidet. Hvis ikke vil det blir for individuelt».

«Det at du kom».

De sentrale faktorene for at avtalene er i bruk i Sola kommune ser ut til å være blant annet et opplevd behov hos de ansatte for formaliserte avtaler som regulerer samarbeidet. Det har forekommet frustrasjoner i forbindelse med samarbeid rundt brukeren, når enkelte parter ikke gjør det som forventes. En annen faktor er at alle, både ledere og de ansatte, er positive til både

samarbeid og avtalene. Og lederne er engasjerte og synlig fremhever avtalene på en positiv måte.

Fagdagen, hvor det ble tatt opp eksempler og case for diskusjon, fremheves også som faktor for at avtalene har blitt tatt i mot på en god måte, og gitt de ansatte innblikk i avtalene på en god måte.

I Time kommune er det tydelig at den lokale avtalen med JPDS som har fungert de siste årene er godt innarbeidet og daglig i bruk innenfor psykiatritilbudet i kommunene, spesielt i forhold til de tyngste pasientene. Dette er medvirkende til at de ikke har vært så opptatt med å ta inn en ny avtale som oppleves som overordnet i forhold til denne lokale. Samtidig ble det antydnet at den lokale avtalen, og opplevelse av et godt samarbeid mellom kommunen og JDPS, medvirker til at en ny samarbeidsavtale tas godt i mot. De ansatte i rustjenesten i kommunen opplevde det at jeg kom som en viktig faktor for at de fikk kjennskap til og satt seg inn i avtalen.

4.7 Veien videre

Jeg ønsket til slutt å finne ut hva de ansatte kjente til vedrørende veien videre for disse avtalene.

Sola kommune:

«De må gjerne evalueres. Håper at dette blir tatt opp på neste årlige fagdag, og at en kan komme med innspill til hvordan de har fungert».

«Regner med at avtalen er kommet for å bli, men at den skal evalueres».

«Spesialrådgiver i kommunen som jobber spesifikt med disse avtalene, og vi har fokus på dette hele tiden».

Time kommune:

«Det ble på møtet nylig med JDPS konkludert med at dette er en bra avtale, men at en trenger også de lokale avtalene videre. Disse lokale skal utvikles nå frem mot høsten».

«Nei, det vet jeg ikke».

«Vet bare at de årlige samhandlingsseminarene på JDPS er en del av dette».

Flertallet av informanter i begge kommunene har ikke kjennskap til de videre planene for avtalene. De fleste sier at de regner med at det sikker blir en evaluering etter hvert, men mer kan en ikke si.

Jeg hadde også som et av de siste spørsmålene mine å høre om noen hadde kjennskap til om avtalene var tatt med i kommunenes strategiplan. Her var det ingen som visste om disse avtalene var nedfelt i kommunens strategiplan eller ikke, og ingen hadde kjennskap til strategiplanen. Det ble bare henvist til leder. Dette gjaldt begge kommunene.

4.8 Oppsummering av funnene

Etter intervjuene satt jeg igjen med mange forventede funn, men også noen mer uventede funn. Videre følger en kort oppsummering av funnene i forhold til forskningsspørsmålene mine, som gjentas her:

- Har den enkelte ansatte i kommunens rus og psykiatritjeneste vært delaktig i utformingen av avtalene?
- I hvilken grad har den enkelte ansatte kjennskap til avtalene?
- Er det igangsatt tiltak/aktivitet for å følge opp avtalene, herunder arbeidet med IP?
- Har avtalene en nytteverdi for de ansatte i samarbeidet rundt brukeren?
- Hva fremmer/hemmer implementeringen av avtalene?
- Hva er veien videre i forhold til implementering og bruken av avtalene?

Forarbeidene til avtalen og prosessen med utarbeidelsen av avtalen var det tydeligvis få i kommunene som kjente til. Men ut fra intervjuet mitt med representant for arbeidsgruppa som utformet avtalene, samt egen deltakelse i samarbeidsmøter og seminarer fant jeg ut en del om forarbeidene. Dette er noe jeg velger å oppsummere her, da jeg mener det kan være vesentlig for å få en helhetlig forståelse.

Det fremkommer at det ble utført et tilsynelatende godt arbeid med utforming av avtalene. God jobbing blant deltakerne i arbeidsgruppa, men den enkelte ansatte i kommunene har hatt lite kjennskap til at det har foregått en utarbeidelse av samarbeidsavtaler, og ingen vet nøyaktig når de trådte i kraft. De som har deltatt i utformingen har vært vurdert og plukket ut, og har kunnet bidra mye med masse erfaring. Det er ikke alle kommuner som har vært med i forarbeidene. Det er noen som har blitt plukket ut til å delta i forarbeidene på vegne av flere kommuner, da en har valgt ut personer som på en god måte har kunnet bidra på vegne av flere kommuner. (eks. en representant for Jærkommunene; Time, Hå, Klepp og Gjesdal).

Forarbeidene skapte verken involvering, legitimitet eller forankring hos de ansatte i kommunene, og heller ikke i forhold til de enkelte lederne i kommunene. Det er også et spørsmål om hvorvidt en skal involvere de ansatte, eller kun holde dette på ledernivå. Jeg vurderer at det er et riktig valg å ikke gå for langt «ned» i organisasjonen i forkant, men at det holder med en høringsrunde blant lederne i de ulike kommunene før endelig avtale forelå. Det burde gjerne vært gjennomført i dette tilfellet for å gi de med lederansvar, en opplevelse av delaktighet og eierforhold i forkant av iverksettingen.

Mitt første inntrykk etter gjennomføringen av intervjuene var at det var mye mindre kjennskap til avtalene enn jeg hadde forventet, spesielt i Time kommune. Funnene viser likevel at begge kommunene ser på seg selv som gode til å samarbeide, noe som også kan tolkes som tilsynelatende riktig ut fra funnene.

Tidligere samarbeidsavtaler i Time kommune har vært en vesentlig faktor for at det er opparbeidet et godt samarbeid mellom kommunen og JDPS, mens det i Sola kommune er en mer

bevisst og systematisk implementeringsprosess der både spredning av avtaler og fagdag har vært vesentlig. Det ser ikke ut til at Sola kommune har et så veletablert samarbeid med Sola DPS som det Time kommune har med JDPS.

Det kom klart frem at avtalene blir sett på som nyttige og et redskap til samhandling rundt brukeren, og det ble også nevnt at avtalene kunne brukes direkte inn i ansvarsgruppemøter for å avklare og tydeliggjøre ansvarsforhold. Det var ikke alle som i forkant så behovet for avtalene, da de opplevde at samarbeidet fungerte bra i utgangspunktet.

I forhold til om samarbeidsavtalene kan ha en påvirkning på arbeidet med IP, kom det frem at ingen tror det, eller ser en sammenheng mellom samarbeidsavtaler og økt bruk av IP. Jeg derfor valgt videre å ikke vektlegge IP i drøftingen i særlig grad, men kommer kort innom det, da jeg vurderer at avtalene har en mye mindre betydning for arbeidet med IP enn det jeg hadde trodd i forkant.

Ved implementering av nye ideer er det alltid ulike faktorer, både fremmende og hemmende, som påvirker prosessen. Gjennom intervjuene har det fremkommet flere fremmende faktorer, eksempelvis positive ledere med samhandlingsfokus, godt innarbeidede rutiner for samhandling i forkant av avtalene, opplevd nytteverdi av avtalene og at samhandlingsreformen har vært gjort kjent gjennom media over tid.

Blant de faktorene som kom frem, og som virker hemmende på implementeringsprosessen var blant annet kulturforskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, ulik fagkompetanse og da ulikt utgangspunkt for vurderingene av pasientenes problematikk og alvorlighetsgrad. En opplevelse av at kommunene vurderer at brukeren er i en alvorlig situasjon og trenger innleggelse, og at spesialisthelsetjenesten overstyrer og bagatelliserer kommunens vurderinger, var noe som ble påpekt av flere informanter. Dette er noe som helt klart har en hemmende påvirkning i forhold til samarbeidet, og som igjen kan redusere samarbeidsrelasjonen og bruken av avtalene.

Veien videre i forhold til avtalen var det, i likhet med forarbeidene og prosessen med utarbeidelsen av avtalen, tydeligvis få i kommunene som kjente til. Men i følge avtalene skal de evalueres etter en tid.

Videre i neste del har jeg tatt utgangspunkt i teori og analyseskjema som jeg drøfter empirien på grunnlag av.

5 Drøfting av funn

I denne delen vil jeg analysere hovedtrekkene i funnene, i hovedsak opp mot problemstillingen min og i forhold til analyseskjemaet, pkt 2.6. I drøftingen har jeg lagt fokus på kontekstualiseringen som Røvik (2007) omtaler når nye ideer skal adopteres i en organisasjon. Som tidligere nevnt i teoridelen, ser jeg ikke den radikale modusen som aktuell for videre drøfting med bakgrunn i at samarbeidsavtalene er ferdig utarbeidet etter retningslinjer fra regjering og Helsedirektorat, før de skal implementeres. Rommet for skjønn er dermed relativt begrenset. I hvilken grad det skjer en oversettelse i kommunene, og om det er i et reproduserende eller modifierende modus vil jeg nå drøfte videre her. Men, som sagt, forventer jeg at oversettelsen vil være innenfor den modifierende modus, da det er svært vanskelig å kopiere en ide fra en kontekst til en annen dersom ikke alt er helt likt. Og så lenge det er menneskelige vurderinger og behov som styrer, og med min erfaringsbakgrunn fra feltet, vil jeg forvente en modifiering i en eller annen grad.

Jeg vil drøfte hva som skjer med samarbeidsavtalene når de kommer inn i organisasjonen, om skjer en rask tilkobling, frastøting eller frikobling (Christensen et al,2009). Som nevnt tidligere har jeg brukt de begrepene som jeg mener er passende for å beskrive det som skjer med ideen i organisasjonen, både ut fra forventningene om hva som skjer med ideen, og fra de ulike oversettelsesregler som Røvik (2007) presenterer. Eksempelvis vil det ikke alltid være dekkende å si at det skjer en frastøting, men at analysen må suppleres med fratrekingsbegrepet for å gi en bedre beskrivelse av det som skjer. Andre ganger igjen er frastøting et dekkende begrep, som ikke trenger å utdypes med andre oversettelsesregler. I gjennomgangen har jeg i hovedsak benyttet begrepene fratrekking, addering, tilkobling og frikobling.

Videre har jeg valgt å ta for meg følgende hovedpunkter for drøfting, da jeg ser at dette er gjennomgående temaer ut fra funnene:

- Kjennskap til avtalene
- Spredning i kommunen (fra kjennskap til handling)
- Leders rolle i implementeringsprosessen
- Ansattes vurderinger
- Hemmende og fremmende faktorer for implementeringen

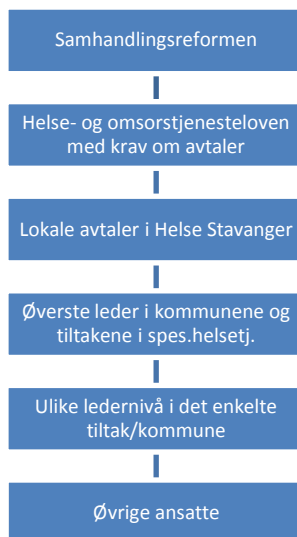
Jeg har prøvd å beskrive implementeringsprosessen, og forsøkt å analysere de som skjer ved hjelp av ulike faktorer som kan hemme eller fremme implementeringen. Valget av denne tilnærmingen er også med bakgrunn i analyseskjema (pkt 2.6), samt at ved en oversettelse av ideen, samarbeidsavtalene, inn i kommunen er det tydelig at ledelsen har en sentral rolle som formidler og pådriver i dette arbeidet, og at ansattes vurderinger er med på å påvirke mottakelsen av avtalene og om de gjør en forskjell.

Tilslutt i denne analysedelen vil jeg komme med innspill i forhold til mulige forslag til endringer som kanskje kunne bidratt til en enda bedre implementering.

5.1 Kontekstualisering av samarbeidsavtalene

Det som er interessant å se på er hva som skjer med avtaleprosessen, omformingen og oversettelsen i de ulike leddene. Og jeg stiller spørsmål ved hvorfor/hvorfor ikke avtalene kommer helt «ned til gulvet» i den enkelte organisasjon etter at dette i sin tid ble hjemlet i lov.

Slik jeg ser det skjer det en omforming og oversettelse i det enkelte ledd gjennom hele prosessen. For å gi en oversikt over de ulike leddene, har jeg følgende figur:



Figur 9 Leddene i avtaleprosessen

Dette viser helt tydelig at oversettelseskjeden her er hierarkisk bygd opp og at det er en klar top-down-orientering fra øverste ledd. Funnene sammenfaller med alle leddene i den hierarkiske oversettelseskjeden som jeg presenterte i pkt. 2.3.1, men med noen få modifiseringer og suppleringer:

- En klar top-down-orientering som ligger til grunn for avtaleprosessen, ved at det både legges opp til, og forventes, at implementeringen skal gå fra øverst til nederst; fra leder til mellomleder, og videre til den enkelte ansatte. Det fremkommer gjennom intervjuene at den enkelte ansatte også forventer at informasjon kommer fra leder.
- Samhandlingsavtalene mottas med en viss forventning om at de skal være løsningen på bedre samhandling rundt brukerens behandlingsforløp.
- begrenset frihet for oversettelse i kommunene, selv om representanter fra kommunene har deltatt i arbeidsgruppen som utformet avtalene vil deres tilstedeværelse være subjektiv og støtte egne behovsvurderinger i større grad enn utenforstående sine. Avtalene er også utformet i henhold til mal som er utgitt i Nasjonal veileder for samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene.

- Etappevis prosess som utløses i toppen av organisasjonen, og «rykker» nedover. Men i forhold til samarbeidsavtalene, mener jeg også at funnene viser suppleringer gjennom eksterne utviklingsarenaer som seminarer og kurs utenfor organisasjonen.
- Avtalene har blitt mer konkretisert etter hvert, da i hovedsak fra lov til lokale avtaler i Helse Stavanger. Og det legges opp til at det kan lages mer spesifikke avtaler mellom færre lokale aktører, men at de må bygge på innholdet i de formaliserte samarbeidsavtalene, her delavtale 2a. Eksempel på dette er avtalen mellom Time kommune og JDPS som nå skal fornyes i forhold til samarbeidsavtalene.

Jeg opplever at regjeringen la klare føringer på avtalens omfang og innhold, men likevel var det et stort rom for egen oversettelse i helseforetaket, hvor Helse Stavanger her var ansvarlig for å sette sammen en arbeidsgruppe for utforming av de lokale avtalene. Min forståelse er da at den oversettelsen som da skjedde var både bevisst og rasjonell, ved at det ble foretatt et bevisst utvalg av medlemmer til arbeidsgruppen med sentrale aktører fra både spesialisthelsetjenesten og kommunene, totalt 4 representanter fra hver part. Og målsetting med disse lokale avtalene var at de skulle tilpasses tiltakene i Helse Stavanger sitt foretaksområde, og utforme avtaler som skulle bidra til å forbedre samhandlingen mellom de enkelte tiltakene og nivåene i forhold til den enkelte bruker/pasient. Når disse avtalene så var utformet er det ikke lagt opp til at de skal omformes eller oversettes, men være like for alle tiltakene i Helse Stavanger, slik at alle skal kunne samhandle med samme redskap. Et redskap som blir sett på som en tidstypisk problembeskrivelse for bedre og mer effektiv samhandling.

Jeg har tidligere vært inne på betydningen av eksterne utviklingsarenaer i en implementeringsprosess, og mener det kan være relevant å drøfte her. Vi har i begge kommunene ulike grupperinger, og jeg tenker spesielt på skillet mellom psykisk helse og rusvern i kommunene. I Time kommune har de ansatte innenfor psykisk helsearbeid samarbeidet tett med JDPS i flere år, og de har hatt samarbeidsavtaler som er godt innarbeidet hos begge parter. Flere av de ansatte i kommunen har også tidligere arbeidserfaring fra JDPS, noe jeg mener forsterker koblingen mellom JDPS og kommunen. Det er tydelig at samarbeidet er påvirket av dette, og de ansatte i psykisk helse i kommunen tolker avtalene ut fra sin erfaring og påvirkning fra JDPS. I motsetning har rusvernet i kommunen ikke denne erfaringen, men har erfaring fra samarbeidet med TSB, og samarbeidet blir påvirket gjennom kontakten med TSB. Det jeg også tolker av dette skillet er at en lett kan «glemme» at de eksisterende avtalene med JDPS gjelder psykisk helse og ikke rusteamet, og at rusteamet ikke har en slik avtale som fungerer for den praksisen som utføres.

Det kom frem gjennom funnene at de fleste ansatte i kommunen deltok på samhandlingsseminaret ved JDPS høsten 2012, et seminar som alle syntes var bra og informativt. Samhandling var fokuset under seminaret, men samarbeidsavtalene ble ikke nevnt spesifikt, noe jeg i ettertid mener burde vært gjort når jeg ser hvor lite kjennskap den enkelte ansatt har til denne avtalen. Rett i forkant av samarbeidsavtalene er det også utarbeidet en ROP-veileder¹⁵,

¹⁵Helsedirektoratet (2011): Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser - ROP-lidelser (IS-1948). Retningslinjen trådte i kraft i desember

som primært retter seg mot en målgruppe med alvorlig psykisk lidelse kombinert med en ruslidelse. Denne veilederen og arbeidet med veilederen ble presentert under samhandlingsseminaret. Med bakgrunn i dette tror jeg at samarbeidsavtalene har kommet i «skyggen» av ROP-retningslinjen, spesielt for de ansatte i Time kommune som deltok på dette samhandlingsseminaret.

Det er opp til det enkelte tiltak/kommune hvordan avtalene tas inn i organisasjonen og eventuelt tas i bruk. For å beskrive mottak av samarbeidsavtalene inn i kommunen bruker jeg i utgangspunktet begrepene rask tilkobling, frastøting eller frikobling, men som nevnt tidligere er det ikke alltid dette beskriver oversettelsen i ønsket grad, slik at jeg også samtidig benytter oversettelsesreglene til Røvik (2007):

- Reproduserende modus -kopiering
- Modifiserende modus – addering og fratrekking
- Radikal modus – omvandling

Ut fra mine funn ser det ut til at den modifiserende modusen med addering og fratrekking, er mest relevant. Selv om avtalene er utformet, og er klare og tydelige før de skal implementeres i kommunene, mener jeg at det ikke forekommer en kopiering da funnene viser at organisasjonene og organisasjonskontekstene er ulike i så stor grad at en direkte oversettelse ikke vil forekomme. Det at avtalene er ferdig utarbeidet og ferdigstilte før de implementeres i kommunene er grunnlag for at jeg heller ikke anser omvandling/radikal endring som aktuelt å drøfte videre.

De to utvalgte kommunene i denne oppgaven var etter mine kriterier i utgangspunktet like, og en hypotese da, var at det forekommer en lik implementering i begge kommuner. Funnene derimot viser flere ulikheter i implementeringsprosessen, noe jeg tolker som at det har skjedd oversettelser i ulik grad i begge kommuner. Og da snakker vi om den modifiserende modus med addering og fratrekking som oversettelsesbegrepene.

Intensjonen med implementeringen av avtalene er at det skal føre til bedre samhandling rundt brukeren. I forhold til dette har det, slik jeg ser det, skjedd fratrekking eller addering i alle ledd, siden den ikke har nådd helt ut til alle ansatte i kommunene. Selv om selve avtalen foreligger i skriftlig form er det opp til den enkelte kommune, samt også opp til den enkelte ansatt å ta i bruk deler av avtalen i større grad enn andre deler, eventuelt å unnlate å ta i bruk noe, altså fratrekking. Det kan også forekomme at den enkelte legger mer i enkelte punkter, gjerne ut fra egne erfaringer og kompetanse, og handler ut fra det, slik at en kan snakke om et tillegg til avtalene, da som addering.

Men selve prosessen med å spre ut kjennskap om avtalene til de aktuelle instanser og aktører, er overlatt i stor grad til det enkelte tiltak/kommune. Det ble ikke en utarbeidet felles strategi for

2011. Retningslinjen gir anbefalinger om kartlegging, diagnostisering behandling og oppfølging av personer med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser. I tillegg beskriver den roller og ansvar for tjenestene. (www.helsedirektoratet.no)

implementeringsprosessen etter at avtalene ble ferdigstilt og signert. Helse Stavanger HF har, som tidligere nevnt, utarbeidet en powerpoint-presentasjon til bruk i implementeringsprosessen. Alle ledere innenfor TSB og psykisk helse har fått oversendt denne presentasjonen fra Helse Stavanger. Dette er noe som ikke er fremkommet gjennom mine intervjuer, så jeg er derfor usikker på hvor mange som har benyttet denne presentasjonen i implementeringsprosessen, og om kommunene i det hele tatt har fått dette. Samtidig med at dette er noe som gjerne burde vært tatt i bruk, da funnene som nevnt ikke viser stor grad av kjennskap til avtalene. Noe jeg for øvrig også kommer litt tilbake til senere i oppgaven. Jeg har heller ikke funnet mer informasjon om utspredelsen av denne powerpoint-presentasjonen.

5.1.1 Fratrekking

Jeg mener at fratrekking er det som i størst grad skjer med disse avtalene når de implementeres i kommunene. Jeg mener historikken og organisasjonskulturen i organisasjonen er styrende for hva som trekkes fra, og evt legges til, ved bruk av samarbeidsavtalene. Ved implementering av en slik avtale tar vi oftest til oss det som er mest forenlig med egen eksisterende praksis i første omgang, og det en ikke identifiserer seg med kan lett bli trukket fra i det daglige arbeidet. Eller vi kan sette det opp mot tidligere avtaler ved at en i forhold til ny avtale beholder det som samsvarer med tidligere avtale, og trekker fra det som er nytt og ikke samsvarer med praksis.

I Sola kommune fremkommer det tydelig at hovedfokuset i avtalen er det som går på kommunens oppgaver og ansvar. Det kan se ut til at det både er en bevisst strategi fra ledelsen og et opplevd samsvar hos den enkelte ansatt i forhold til eksisterende praksis. Når samarbeidsavtalene ble kjent i Time kommune kom det frem at avtalene samsvarer i stor grad med eksisterende praksis. Det som da ikke samsvarer blir trukket fra og en tar raskt i bruk det som sammenfaller med eksisterende praksis.

Jeg kan også trekke frem IP som et eksempel på fratrekking, da det er tydelig beskrevet i avtalene at partene skal sørge for at det blir utarbeidet IP for brukeren, uten at dette ser ut til å følges opp i den grad det er beskrevet. Det er ikke skjedd en økning i antall IP etter at avtalene trådte i kraft, og jeg vil derfor tolke det slik at dette trekkes vekk og får mindre betydning. Dette til tross for at det tilsynelatende samarbeides godt rundt den enkelte bruker gjennom ansvarsgrupper og tydelige tiltaksplaner. Mulige årsaker til at det ikke er flere IP i dag kan være:

- en redsel fra den ansatte i kommunen for ikke å utarbeide en god nok IP
- «bruker ser ikke nytten» - hvordan har da IP blitt presentert for brukeren?
- En redsel for ansvarliggjøring av ansvar hos ulike samarbeidspartnere
- Opplevelse av at det er organisatorisk vanskelig å få i gang
- Hvem vurderer om når brukeren er i stand til å ha et «eierforhold» til sin IP?

Det ser ut til at den enkelte ansatte har sin tolkning av når det skal opprettes IP; at brukeren skal være motivert for IP, ønske dette i stor grad og være i stand til å følge opp. Dette synet på

motivasjon hos bruker i forhold til IP, fører til slik jeg ser det, at IP trekkes fra i større grad enn ønskelig og i større grad en hva som egentlig er formålet.

Det kan også nevnes i denne sammenheng at erfaringer fra TSB med bruk av IP er at pasienten tar større del i eget behandlingsforløp når en har sin egen IP, gjerne fordi IP ansvarliggjør både pasient og øvrige deltakere.

5.1.2 Addering

Det kan også forekomme at den enkelte legger mer i enkelte punkter, gjerne ut fra egne erfaringer og kompetanse, og handler ut fra det, slik at en kan snakke om et tillegg til avtalene.

I Time kommune viser funnene at de opplever samarbeidsavtalene som overordnet i forhold til den spesifikke avtalen de har hatt med JDPS, og det er altså ønskelig med et tillegg til samarbeidsavtalene i form av en mer detaljert tilleggsavtale. Den avtalen mellom JDPS og Time kommune skal nå redigeres slik at den samsvarer med samarbeidsavtalene, og kan gi en mer spesifikk ansvarsfordeling mellom Time kommune og JDPS innenfor psykisk helsevern. Det skjer her en addering i større grad innenfor psykisk helsevern i kommunen fremfor rusvernet hvor det ikke vurderes et behov for å utarbeide en slik spesifikk avtale i tillegg til den gjeldende.

5.2 Implementeringsarbeidet

Det er tydelig at samhandlingsreformen og samarbeidsavtalen som oppskrift er godkjent som en positiv myte som gjennom tid har fått modne hos den enkelte aktør og i den enkelte organisasjon som en riktig oppskrift for å forbedre samarbeidet rundt brukeren. Det henger nok også sammen med at de ansatte i helse- og sosialsektoren har sett et behov for å forbedre samarbeidet. Dette er faktorer som bidrar til å fremme implementeringen av avtalene, og som jeg derfor kommer tilbake til senere.

5.2.1 Kjennskap til avtalene

Et første ledd i implementeringen av avtalene er, slik jeg ser det, at de ansatte får kjennskap til at avtalene finnes, kjennskap til innholdet og hvordan de benyttes. Så et av målene med undersøkelsen min var å finne ut dette.

Funnene viser at i Sola kommune visste alle ansatte om avtalene, mens i Time kommune hadde alle, bortsett fra leder, fått kjennskap til avtalene i forbindelse med min oppgave.

Min vurdering er at avtalene bevisst er gjort kjent i alle ledd i Sola kommune, og det kan se ut til at det her har skjedd en tilkobling siden alle har kjennskap til avtalen. I Time kommune derimot har avtalen bevisst ikke blitt gjort kjent i samme grad, og jeg vurderer her at det er snakk om frikobling av avtalene ved at avtalen har blitt tatt inn fordi det var forventet av kommunen, men ikke tatt i bruk. Samtidig som jeg ser at når avtalen først ble gjort kjent ser det ut til at vi kan

snakke om en rask tilkobling. Det at Time kommune har hatt samarbeidsavtaler tidligere og har hele tiden hatt fokus på samhandling rundt brukeren, fører nå igjen til at når de ansatte først fikk kjennskap til avtalen ble det rask tilkobling, med bakgrunn i at avtalene egentlig formaliserer det arbeidet som utføres i det daglige.

Ut fra kjennskapet til avtalen kan det tyde på at avtalene har blitt mer systematisk og bevisst presentert i Sola kommune, og en mulig årsak kan være at de ansatte ikke har hatt kjennskap til andre samarbeidsavtaler fra før. I Time kommune har de hatt en samarbeidsavtale som er veletablert og daglig i bruk, og det kan være årsaken til at en ny avtale ikke har blitt prioritert implementert før det eventuelt dukker opp behov for det, noe det tydeligvis ikke har gjort ennå. Men, som tidligere nevnt, kan funnene mine tyde på at de lokale samarbeidsavtalene mellom JDPS og kommunen primært ser ut til å gjelde i forhold til den tyngste brukergruppen, og ikke de brukerne som rusteamet jobber med.

Jeg var ikke bare ute etter å se på om de ansatte har kjennskap til avtalen eller ikke, men også se på i hvilken grad de har kjennskap. Det ble imidlertid vanskelig å trekke slutninger i forhold til dette da det var svært forskjellige svar, men ser at i Time kommune hadde de liten eller ingen kjennskap før jeg kom, og at min vurdering er at de i liten grad hadde kjennskap på det tidspunkt jeg gjennomførte intervjuene.

I Sola kommune hadde alle kjennskap til avtalen i god tid før undersøkelsen min, men ikke alle hadde lest den. De fleste var opptatt av det som var kommunens ansvar og et gjennomgående begrep var samtidighet. Det vil si fokuset på at kommunens kontaktpersoner overfor bruker skal være deltakende også når bruker er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Det var ingen av de ansatte som hadde konkrete innspill eller opplevd at det manglet noe i avtalen. Dette kan enten skyldes at avtalen er så god at ingenting mangler eller at den enkelte ikke har satt seg godt nok inn i avtalen til å reflektere over eventuelle mangler. Jeg vurderer at det ikke er enten eller, men at begge disse mulige årsakene spiller inn. Avtalene er gode, tydelige og konkrete, samtidig som undersøkelsen min viser at de ansatte ikke har inngående kjennskap til hele avtalen.

Har det noe med tid å gjøre at ikke alle ansatte har fått kjennskap til avtalene? Eller er det gjort for lite? Hva har vært intensjonen fra leder? Dette vil jeg komme mer tilbake til senere i dette kapitlet.

5.2.2 Spredning av avtalene – fra kjennskap til handling

Hvordan har avtalene blitt spredt i kommunen, slik at de kan være nyttige i samhandlingen? Det er helt klart en ekstern forventning om at alle ansatte skal ha kjennskap til disse avtalene og kunne bruke de som det verktøyet de er ment som.

Sola kommune har spredd informasjon om avtalene gjennom følgende kanaler:

- Egen fagdag (12.9.12) hvor avtalene var i fokus
- Avtalene utsendt pr epost til alle ansatte via sine ledere

- Ledermøter med fokus på avtalene
- Virksomhetsleder informert de ansatte på personalmøter
- Bestillerkontoret i kommunen har også bidratt med informasjon og undervisning til de ansatte i forhold til samhandling

Time kommune har spredd informasjon om avtalene gjennom følgende kanaler:

- Lagt ut på kommunens intranett
- Tatt opp i fagmøter/ledermøter
- Delt ut avtalen i forkant av mine intervjuer
- Samhandlingsseminar ved JDPS i okt. 12 (fokus på samhandling, og ikke direkte på avtalene)

Sola kommune har bevisst spredd mer tydelig og direkte informasjon om avtalene, og har direkte koblinger til avtalene, mens Time kommune ikke har vært så tydelig med å spre kunnskap om avtalene, men mer jobbet med begrepet samhandling generelt. Time kommune har over flere år hatt en samhandlingsavtale med JDPS som oppleves som detaljert, klar og tydelig i forholdet til arbeidet med brukeren. Innarbeidelse og opparbeidelse av felles forståelse har vært en lang prosess som en nå ser resultater av. Dette er trolig mye av årsaken til at disse nye formaliserte samarbeidsavtalene har havnet noe «i skyggen» av disse veletablerte og fungerende avtalene. Jeg vurderer videre at de tidligere avtalene mellom JDPS og Time kommune i stor grad gjelder for brukere med tunge psykiske lidelser, brukere som har behov for tjenester i psykiatrien samtidig med oppfølging i kommunen.

En tilkobling til avtalene mener jeg er en forutsetning for en videre implementeringsprosess. Men en tilkobling forutsetter blant annet at leder og de ansatte er villige til å ta imot og ta i bruk avtalene. Et opplevd behov for endring er en sentral motivasjonsfaktor for å ta i mot avtalene på en positiv måte og knytte de til de daglige gjøremålene.

Min vurdering er at Sola kommune har jobbet bevisst og systematisk med implementeringsprosessen, både gjennom skriftlig informasjon og diskusjoner. Det er tydelig at fagdagen som kommunen arrangerte har hatt stor betydning, og er det som sitter igjen som det sentrale elementet hos informantene i forhold til kjennskapet om avtalene. Det at ulike case ble tatt opp og drøftet i forhold til samhandling, økte forståelsen og interesse for samarbeid videre.

Spredning av avtalene pr epost har vært gjort i Sola kommune, og da med oppfordring om å lese de. Men det er tydelig at ikke alle prioriterer dette i en travel hverdag. Flere av de som hadde fått avtalene på epost, hadde ikke lest de grunnet en ellers travel hverdag på jobb. Dette er ikke unikt, men heller svært vanlig at en «siler» ut mye av det som kommer pr epost, og ikke leser eller tar inn over seg det en ikke trenger der og da.

Time kommune har lagt avtalene tilgjengelig på intranettet i kommunen, men de ansatte har ikke funnet de. Det er viktig å bemerke at de ikke har opplevd behov for avtalene, da de har gode erfaringer med samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Som tidligere nevnt har også Time kommune bevisst ikke tatt inn avtalene, da samarbeidet fungerer godt, og avtalene bare understreker det arbeidet som allerede utføres i kommunen. Kommunen har deltatt på samhandlingsseminar ved JDPS, men her var det fokus på samhandling uten at samarbeidsavtalene var et tema. I ettertid burde dette gjerne vært med.

Funnene gjør klart at avtalen ikke er benyttet direkte i samhandling rundt bruker, da i hovedsak med bakgrunn i at det ikke har vært behov for det. Men det kan også ses i sammenheng med at avtalene vurderes overordnet i den grad at de ikke skal være med i direkte samhandling rundt bruker.

Oversettelse i kommunene – tilkobling – frikobling

Jeg har vært innom flere mulige årsaker til at det har skjedd en tilkobling i Sola kommune, og slik jeg ser det en frikobling i Time kommune, etterfulgt av rask tilkobling. Dette trolig ved at samhandlingsavtalene gjenspeiler det arbeidet Time kommune har utført hele tiden i forhold til samarbeidet rundt brukeren og at det derfor ikke oppleves som en stor endring når en først får kjennskap til avtalene. En ser heller at de kan bidra til å lette arbeidssituasjonen dersom det skulle oppstå uklarheter i samarbeidet. Avtalene oppleves som en trygghet i arbeidet og er med det motivasjon god nok for en rask tilkobling.

Samhandlingsreformen har vært kjent over lengre tid, og det har vært et gjentakende fokus på dette, slik at mange av de ansatte i både Sola kommune og Time kommune så på avtalene som en selvfølgelighet i stedet for en endringsprosess.

Gjennomgående i begge kommuner er at leder har betydelig større kjennskap til spredningen i kommunen enn de ansatte har. Tydelig at en del av informasjonen har stanset på dette nivået, og derfor vil jeg videre se på leders rolle i implementeringsprosessen.

5.2.3 Leders rolle i implementeringen

Det er, slik jeg tolker det, tydelig bevisste valg fra ledelsen i kommunene i forhold til implementering av avtalene, men de har valgt ulike strategier:

Sola kommune har valgt en tilkobling i forhold til avtalene, mens i Time kommune har det skjedd en frikobling av avtalene, ved at de bevisst ikke har valgt å ta den nye avtalen i bruk da samarbeidet, og eksisterende avtaler mellom kommune og JDPS, fungerer tilsynelatende godt.

Ser at avtalene kan ha blitt tolket som overordnede avtaler i større grad enn det de er ment som. Vanskelig å si hvor dette ligger, men ser at det helt klart er en fratrekking i et ledd eller flere ledd i forhold til hvordan avtalene har blitt oppfattet i kommunene og av den enkelte leder. Har Sola kommune f.eks vært mer tydelig på at dette er en direkte avtale enn det Time kommune har, eller går det på de enkelte leders oppfattelse av avtalene og hvordan de kan benyttes.

Det har vært nevnt mange mulige årsaker til om en lykkes med implementeringen eller ikke. Et av de er også lederens translatørkompetanse, hvor en trekker frem Røvik (2007) sine ulike oversettelseskompetanser; a) den kunnskapsrike, flerkontekstuelle oversetter, b) den modige og kreative oversetter, c) den tålmodige oversetter og d) den sterke oversetter.

Et av de sentrale kompetansene er at leder har kompetanse og kunnskap om den konteksten samarbeidsavtalene skal implementeres i, det vil si kunnskap om de ansatte og den kulturen som finnes i organisasjonen. Et eksempel på et spørsmål leder kan stille i denne sammenheng er «Hvordan skal avtalene presenteres i organisasjonen for at de ansatte skal oppleve at det er en bruksverdi og nytte av avtalene?». Her har ledere i Sola kommune og Time kommune valgt ulikt, og da gjerne ut fra hvem de ansatte er og hvordan kommunen fungerer. I Time kommune blir det uttalt at det er et bra samarbeide mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, og at tidligere samarbeidsavtaler mellom Time kommune og JDPS fortsatt benyttes i det daglige. Det er uklart om det er en ubevisst eller bevisst vurdering fra ledelsen ut fra kjennskap til feltet og kulturen i kommunen om at delavtale 2a ikke er gjort kjent i vesentlig grad. De ansatte i Sola kommune har ikke hatt kjennskap til tidligere avtaler, og de ansatte i kommunen kan vurderes lettere mottakelig dersom det er uttalt et behovet for formalisert samarbeid.

Leders formidlingsevne er av betydning for hvordan de ansatte tar i mot avtalene og legger rammer for bruken. Et engasjement og uttalt eierforhold fra leder i forhold til avtalene, kan absolutt bidra til en forbedret implementering. Her vurderer jeg at ledere i begge kommuner innehar denne kompetanse, men vektlegger forskjellig. Sola kommune valgte en felles fagdag, hvor det ble lagt vekt på formidling av avtalene og leder har fulgt dette opp på blant annet personalmøter hvor en har trukket ut det som er relevant for kommunens arbeid. Dette kan bidra til økt forståelse for avtalene fra de ansatte, samt at det åpnes for dialog og drøfting av ulike problemstillinger og utfordringer. I Time kommune kan det tyde på at leder har formidlet samarbeidsfokuset til de ansatte uten direkte å knytte dette til avtalene. Arbeidet som utføres i Time kommune har over tid vært i tråd med avtalene, og fokuset har derfor vært på utførelsen av arbeidet. Leder signaliserer samhandlingsfokuset ut fra flere ulike veiledere og retningslinjer. De fleste i Time kommune opplever at leder kjenner avtalen godt, selv om de selv ikke har eller har hatt særlig kjennskap til den. Dette vurderer jeg som god tillit til leder, og tillit til leders vurderinger og forvaltning av rollen.

Andre forhold som kan vurderes er tidsperspektivet. Som leder er det vesentlig å vurdere om når det er rett tid for implementering, og ha forståelse for at en slik prosess tar tid uansett om leder inntar en aktiv eller passiv rolle. Det vurderes at begge ledere er bevisst på at implementering tar tid og at det er viktig å igangsette på rett tid. Sola kommune har igangsatt implementeringen på samme tid som avtalene ble ferdigstilt, mens Time kommune bevisst har avvventet å gjøre dette kjent for de ansatte, trolig grunnet, igjen, at eksisterende samhandlingspraksis vurderes som så bra at muligens nye avtaler kan skape forvirring rundt det arbeidet som gjøres. Nye avtaler og ideer implementert i en ønsket praksis kan skape usikkerhet og forvirring hos de ansatte. Da er det ekstra viktig å vurdere rett tidspunkt for å gjøre disse avtalene kjent. Men

dersom en venter for lenge med å gjøre de kjent, kan det føre til at de ansatte i kommunen opplever å «komme til kort» i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Leder er viktig i forhold til iverksettelse av implementeringen, men for at avtalene skal tas i bruk er det sentralt at de ansatte i organisasjonen er mottakelige for ideen som skal implementeres.

5.2.4 Ansattes vurderinger

For at de ansatte skal ta del i nye ideer som implementeres i organisasjonen er det blant annet viktig å bruke tid, gi de ansatte tidlig kjennskap til ideen og la den få modnes, samt at den ansatte må oppleve behovet og nytteverdien av ideen.

Det at samtlige informanter opplever at avtalene absolutt kan ses på som et redskap til bedre samhandling, mener jeg vil påvirke implementeringen og bruken av avtalene i positiv retning.

I Sola kommune kom det klart frem at alle hadde fått tilsendt avtalene pr epost, men ikke alle hadde lest de. Det kan tolkes slik at den enkelte ansatte vurderer selv om dette er viktig å prioritere eller ikke, og at noen derfor velger det vekk. Det skjer da en stor grad av fratrekking i siste leddet, som er den ansatte. Organisasjonskulturen, og den enkelte ansatt sine grunnleggende antakelser, verdier og normer mener jeg også påvirker hvordan avtalene tas i bruk overfor bruker. Det være seg verdier i forhold til samhandlingen (både positive og negative), eksempel at den ansatte har negativ erfaring fra samarbeidet med DPS i forhold til en bruker, og blir da forutinntatt i forhold til neste bruker i samme situasjon. Jeg kommer mer tilbake til kulturelle utfordringer senere i drøftingen.

Selv om de ansatte i Time kommune ikke var forberedt på avtalene, var de mottakelige for avtalene, da de umiddelbart så nytteverdien, samt at avtalene samsvarte med praksisen de allerede utførte overfor bruker og i samhandling med eksterne samarbeidspartnere.

Det at de ansatte ser at samarbeidsavtalene kan hjelpe i arbeidet ved at det også tydeliggjør andre instanser sitt ansvar og oppgaver kan være en lettelse. En lettelse i form av at en ikke trenger å sitte på et samarbeidsmøte eller ansvarsgruppemøte å «kjempe» for brukeren, men heller vise til en avtale som definerer hvem som gjør hva. Samtidig med at kommunens ansvar og oppgaver ikke er forskjellig i vesentlig grad fra det en gjør i praksis, og da oppleves egne tillagte oppgaver, i følge samarbeidsavtalene, som overkommelige.

I Sola kommune hadde de en fagdag i september 2012 med fokus på samarbeidsavtalene. Dette var vesentlig i forhold til å forberede de ansatte på implementeringsprosessen, og siden avtalene ble introdusert for de ansatte tidlig i høst har de fått tid til å modnes hos den enkelte.

Ingenting negativt fra de ansatte til leder for at de ikke har fått den informasjon om avtalene de kanskje hadde ønsket på et tidligere tidspunkt, og de ser selv et ansvar for å lese informasjon de får tilsendt.

5.3 Hemmende og fremmende faktorer

Gjennom funnene mine har det fremkommet flere faktorer som virker både hemmende og fremmende på implementeringen av samarbeidsavtalene i kommunene. Og frem til nå i drøftingen har det allerede vært nevnt flere faktorer som er både hemmende og fremmende på implementeringsprosessen.

De fremmende faktorene vil kunne bidra til at samarbeidsavtalene blir tatt inn i kommunene og tatt i bruk på en hensiktsmessig måte, mens de hemmende faktorene vil virke motsatt. I teoridelen i oppgaven er det presentert ulike faktorer som kan være årsak til motstand mot endring, og motstand mot endringer er ofte det samme som hemmende faktorer for endringene, en endring som i dette tilfellet er implementering av samarbeidsavtalene.

Det kommer klart frem at begge kommuner driver god samhandlingspraksis og opplever at de i stor grad jobber i samsvar med samarbeidsavtalene. Dette indikerer at implementeringen av samarbeidsavtalene oppleves som mindre endringer som en lett kan tilpasse seg og ta i bruk, noe som igjen vil føre til en reduksjon av motstanden. Så avtaler som samsvarer med praksis vil bidra til å fremme implementeringen.

Dette drøftes videre i neste punkt.

5.3.1 Hva hemmer/fremmer implementeringen?

Med utgangspunkt i teorien fra Jacobsen om hva som fører til motstand mot endring, og de mulige fremmende faktorene jeg presenterte i den delen av oppgaven vil jeg nå drøfte de faktorer jeg fant som virker fremmende og hemmende på implementeringen av avtalene.

Ut fra funnene ser jeg noen faktorer som bidra til å fremme implementeringen av samarbeidsavtalene:

- ledelsen sitt engasjement motiverer de ansatte
- informasjon til de ansatte
- fagdag
- tidligere erfaringer med samarbeid
- behov for å formalisere et samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.
- samarbeidsreformen som har vært omtalt over tid i media,
- tidstypiske problembeskrivelser
- tydelighet i avtalene – oppleves som redskap med nytteverdi. Klare avtaler er lette å forstå, noe som igjen fremmer implementeringen. De ansatte opplever at avtalene er lette å forstå.

Og faktorer som kan hemme implementering:

- Ledelsens syn på avtalene og begrensninger ledelsen gjør er avgjørende for om de øvrige ansatte får kjennskap til avtalen eller ikke. Ledelsen bestemmer om avtalen er nyttig eller ikke, eller om det skal vektlegges.
- Tidsdisponering
- Ingen standard implementeringsprosess, eller tidsperiode for implementering

Lederens engasjement, synlig motivasjon og kompetanse er, slik jeg ser det, vesentlige faktorer for implementeringsprosessen. Jeg vurderer at begge kommuner har faglig, gode ledere som er engasjerte i samhandlingsperspektivet, noe som blir bekreftet gjennom måten de blir omtalt på i intervjuene. Det som kan skje fra lederne side er at lederne og de som har kjennskap til avtalene lett kan ta for gitt at de øvrige ansatte også har tilegnet seg samme info som en selv.

Ledelse og den enkelte leder sin erfaringskompetanse og tolkning er også avgjørende for hvordan implementeringen skjer. Eks. Time kommune har erfaring fra tett samarbeid med JDPS og den tidligere avtalen er så innarbeidet at det er utfordrende å ta inn en ny avtale. En ny avtale som en opplever som overordnet i forhold til de avtalene som foreligger kan virke hemmende på implementeringen av den nye avtalen. Samtidig med at det kan være fremmede faktorer i dette, ved at den tidligere samarbeidsavtalen har lagt grunnlaget for en god samhandlingspraksis som i stor grad samsvarer med de nye samarbeidsavtalene. Og begge disse vinklingene kan være aktuelle i Time kommune.

De tidligere avtalene Time kommune har med JDPS fungerer så godt at en lett kan glemme at avtalen med JDPS er innarbeidet i psykiatrifeltet i mye større grad enn innenfor rusvernet. Rusvernet har ikke en samarbeidsavtale med JDPS for brukere med milde til moderate psykiske lidelser, og de ansatte i rusvernet har heller ikke fått kjennskap til de nye samarbeidsavtalene. Men når rusteamet i Time kommune først fikk kjennskap til avtalen var det rask tilkobling, og en positiv implementering mye fordi samarbeidet har fungert og de ansatte opplevde bare at avtalene stadfestet det arbeidet som blir gjort («gjenkjenningseffekt»).

Sola kommune, psykiatribolig, har mer utfordringer med samarbeidet med Sola DPS enn det Time kommune har med JDPS. Dette kan trolig begrunnes i tidligere avtaler, og erfaringsbakgrunn med disse. Erfaringer med positive samhandlingsopplevelser vil motivere for videre samhandling, mens negative samhandlingserfaringer vil være demotiverende og hemmende for videre samhandling.

Det at samhandlingsreformen har hatt et mediafokus over tid har påvirket til at samhandlingen oppleves mer som en selvfølge enn en større endringsprosess, og dette var noe som kom frem gjennom intervjuene i Sola kommune. Media har bidratt til å gjøre samhandlingsreformen kjent over tid, og reformen har blitt allmenn kjent og godtatt. Samarbeidsavtalene har sitt direkte utspring fra samhandlingsreformen og blir nok derfor opplevd som en like stor selvfølge som reformen i seg selv. Jeg mener dette forutsetter at det gis tilstrekkelig med informasjon til at de ansatte i kommunene er i stand til å koble sammenhengen mellom samhandlingsreformen og

samarbeidsavtalene. Dersom de ansatte ikke ser denne koblingen vil det ikke ha den fremmede faktoren som var ønskelig. Dersom de ikke kobles vil de ansatte oppleve at det er enda et retningsgivende dokument de skal forholde seg til, noe som kan virke mot sin hensikt.

Det at samhandling er et fokus i media og har blitt en «trend i tiden», fører også til at avtalene kan beskrives som tidstypiske problembeskrivelser ved at de har blitt rasjonaliserte oppskrifter for å forbedre samhandlingen rundt brukeren.

Brukergruppa med samtidige rus- og psykiske lidelser er ei gruppe som spesielt har behov for sammensatte og koordinerte tjenester i hjelpeapparatet, og det har derfor alltid vært et behov for stor grad av samhandling. Dette at samarbeidet har fungert også før avtalen, vurderer jeg, har vært medvirkende til at avtalene er tatt i mot uten motstand i de ulike tiltakene, og har bidratt til å fremme implementeringen.

Nøkkelperson i Time kommune er rådgiver i staben innen tjenesteområde helse og omsorg. Han har jobbet lenge i kommunen, hatt ulike stillinger og er ikke minst godt kjent blant alle ansatte, også blant de som ikke har vært ansatt så lenge. De ansatte ser på han som den som har kjennskap til slike ting og som de vet hvem er. Dette bidrar til at de vet hvem de skal kunne kontakte, foruten egen leder, dersom behov ifht samhandlingstema.

En hemmende faktor kan være en manglende standard implementeringsprosess, da jeg ikke kan se at det foreligger føringer for hvordan, og når, implementeringen av avtalene skal skje inn i kommunene og ulike tiltak i spesialisthelsetjenesten. Det forventes bare fra helseforetak og myndigheter at alle skal ta i bruk og forholde seg til de utarbeidede avtalene.

Rusfeltet kan gjerne bruke avtalen mer i detaljer og ser mer nytteeffekt enn psykisk helsevern. Skillet mellom rus og psykiatri i feltet er tydelig. Dette er ikke integrert i hverandre ennå, og har fortsatt en vei å gå. Dette kan dreie seg blant annet om kulturelle forskjeller og fagkulturer.

5.3.2 Kulturelle utfordringer

Time kommune har gjennom flere år jobbet for å forbedre samarbeidet med JDPS i forhold til den tyngste målgruppen med tung psykisk lidelse og alvorlig rusproblematikk. Tidligere holdninger i helse- og sosialtjenesten er at kommunene ikke har god nok fagkompetanse og at fagkompetansen har tilhørt spesialisthelsetjenesten. Ut fra intervjuene ser det fortsatt ut til at dette er utfordringer i dag, selv om det ikke er i den grad vi så tidligere. Time kommune viser at de har kommet langt i dette arbeidet, og de ansatte i kommunene opplever et godt samarbeid med JDPS, et samarbeid hvor egen kompetanse blir verdsatt i møte med spesialisthelsetjenesten. Sola kommune opplever fortsatt utfordringer i forhold til Sola DPS når det gjelder faglige vurderinger. Hvem sine vurderinger betyr mest? Ansatte i kommunen opplever at spesialisthelsetjenesten av og til fraskriver seg ansvaret for de vanskelige pasientene, uten å tenke på at spesialister innen psykisk helse er en god hjelp til kommunen som ikke har mulighet til å fraskrive seg ansvaret for denne pasientgruppen. Jeg vurderer at en står overfor grunnleggende holdninger, verdier og normer i spesialisthelsetjenesten som

opprettholder et fortsatt skille mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og hvilken fagkompetanse som er mest verdt.

Samfunnsutviklingen i dagens Helse-Norge går i retning av mer ansvar til kommunene og at brukerne skal få mest mulig hjelp i kommunen. Dette har vært en jevn utvikling de senere årene, hvor en også har vært nødt til å bygge opp en høyere fagkompetanse i den enkelte kommune for å håndtere økte krav fra myndighetene. Og samtidig kunne gi brukerne et tilbud som dagens regjering forventer kommunene skal tilby. Det å endre grunnleggende holdninger i organisasjonskulturen, som f.eks verdsettelse av personer med annen fagkompetanse, en lang og tidkrevende prosess. Og teorien er også tydelig på at en må tenke i et lengre tidsperspektiv ved endring av kulturelle holdninger.

I Time kommune har de som nevnt flere ganger hatt en lokal samarbeidsavtale mellom kommune og JDPS. Denne avtalen har eksistert gjennom flere år, hvor en de siste årene begynner å se resultater i form av at et samarbeid hvor en anerkjenner hverandres vurderinger og deltakelse rundt pasienten. Dette har dannet et positivt holdningsgrunnlag til samarbeid, som jeg mener har stor betydning i forhold til en tilsiktet implementering av nye samarbeidsavtaler.

Det skal også sies at leder i Time kommune har deltatt i utarbeidelse av ROP-retningslinjene, og den kunnskapen han har fått gjennom dette arbeidet mener jeg har en god overføringsverdi. Min vurdering er at Time kommune har fått til arbeidet med de tunge dobbeltdiagnosepasientene, men hva med de som har rus som hovedproblematikk og som ikke er aktuelle for JDPS. Dette vil jeg anbefale Time kommune å se nærmere på i ettertid.

5.4 Hva kunne vært gjort annerledes sett i lys av teoriene?

Jeg har fått innblikk i implementeringen av avtalene i kommunene og synes det har vært veldig interessant å få se på dette, og har også fått kjennskap til kommunene på en litt annen måte enn mitt utgangspunkt. Med bakgrunn i egen erfaring fra både feltet, brukergruppen og fra samarbeid har jeg også dannet meg noen tanker om hva som kanskje kunne vært gjort annerledes i en implementeringsprosess. De tankene har jeg lyst til å dele her til slutt i drøftingen.

Min erfaring generelt er at informasjon er viktig uansett, og informasjon bidrar til motivasjon og forståelse. Jeg tenker derfor at alle ansatte burde vært informert om disse avtalene uansett om en har valgt å ta de i bruk eller ikke. Dette med bakgrunn i at det er avtaler som gjelder for samarbeid på tvers i helseforetaket, og om de ansatte i en kommune ikke kjenner til avtalene, vil de før eller siden komme i kontakt med de gjennom samarbeid rundt en bruker. Da mener jeg at det gir en bedre opplevelse og selvfølelse hos den ansatte å vite at de finnes fremfor å bli presentert noe de ikke har kjennskap til. Dette kan igjen påvirke tillitsforholdet mellom den ansatte og dens leder, siden informasjon bevisst ikke har kommet ut.

Det har vært ulike samhandlingsseminarer i foretaksområdet og jeg vet at samarbeidsavtalene ikke alltid har vært nevnt spesifikt. Mulig en tenker at alle kjenner jo til de, så det er vel ikke så

viktig. Men alle kjenner ikke til avtalene, og jeg mener det er viktig at de nevnes i ulike sammenhenger, og det burde gjerne vært gjort i de seminarene som allerede har vært.

Jeg har for fremtiden, selv spilt inn i ulike fora at avtalene må nevnes spesifikt når vi har samhandlingsseminarer, for å minne om avtalene og gi nye ansatte mulighet til å få kjennskap til samarbeidsavtalene.

Jeg opplevde at det i kommunene ble opp til den enkelte leder å forvalte strategien for implementering videre til sine ansatte uten at det forelå felles føringer. Vel og bra det, dersom det var strategien, men jeg opplever at det gjerne ikke var tanken fra departementet og fra Helse Stavanger. Det burde vært lagt mer vekt på å utarbeide en felles strategi for implementering i kommunene, og med en tidsangivelse for prosessen.

Er det bedre forutsetninger for å få til samarbeid med TSB fremfor DPS? Jeg mener at brukere med omfattende rusproblematikk (på grunn av sin ustabilitet) ofte har krevd større grad av samhandling fra hjelpeapparatet enn mange andre brukergrupper, at TSB derfor har vært «tvunget» til samhandling oftere og i større grad enn andre instanser.

Det har i TSB vært jobbet med samhandling i flere år, og de ulike aktørene innenfor TSB har vært nødt til å samarbeide om brukeren for å gi pasienten et godt tilbud, eks. samarbeidet mellom poliklinikk og døgnbehandling for å gjøre overgangene mellom tilbudene best mulig for brukeren. Utfordringer ved denne samhandlingen har vært ved overføringer internt i spesialisthelsetjenesten mellom psykisk helsevern og TSB.

Ut fra egen erfaring og den kjennskapen jeg har fått til hele prosessen med avtalene er at de som har jobbet tett med avtalene ser på de som så selvfølgelig at en «glemmer» at andre ikke har den samme kjennskapen til avtalene som en selv. Dette tror jeg er vesentlig å tenke på i alle implementeringsprosesser, og som en gjerne burde hatt et bevisst fokus på i denne prosessen også.

6 Konklusjon

Formålet med denne oppgaven har vært å finne ut i hvilken grad kommunene har implementert samarbeidsavtalen for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser (samarbeidsavtale 2a), og hvilke faktorer som har fremmet eller hemmet en tilsiktet implementering.

Samhandlingsreformen la føringer gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven (gjeldende fra 1.1.12) at helseforetakene skulle utarbeide formaliserte samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kommunene i foretaksområdet. Det ble utgitt en nasjonal veileder fra HOD med klare føringer for avtalenes oppbygning og struktur. Videre opprettet Helse Stavanger ulike arbeidsgrupper for de ulike delavtalene. I forhold til delavtale 2a ble det opprettet en arbeidsgruppe med representanter for spesialisthelsetjenesten og fra kommunene. Ut fra funnene ble det gjort en tilsynelatende god jobb med utformingen av avtalen, men de ansatte i

kommunene hadde liten eller ingen kjennskap til at dette arbeidet pågikk våren 2012, og lite kjennskap til hvem som representerte kommunene.

Funnene viser at det i utgangspunktet var opp til ledelsen i den enkelte kommune hvordan implementeringsprosessen ble lagt opp, og om avtalene i det hele tatt skulle adopteres i kommunene. Føringerne fra lover og retningslinjer sier at avtalene skal implementeres og tas i bruk i samhandlingen rundt brukeren, men funnene viser ikke tegn til at det ble utarbeidet en tidsplan eller felles retningslinjer for implementeringen i de ulike tiltakene. Det er tydelig at ledelsens vurderinger sammen med eksisterende samhandlingspraksis blant aktørene er avgjørende for i hvilken grad avtalene implementeres.

I utgangspunktet valgte jeg to tilnærmet like kommuner, som begge var gode på samhandling. Kommunene er omtrent like store når det gjelder folketall. Mine funn viser imidlertid flere ulikheter med hensyn til implementeringsprosessen. I forhold til implementeringen i kommunene mener jeg funnene viser at Sola kommune og Time kommune har valgt ulike retninger for implementering:

- Sola kommune har valgt en bevisst strukturert implementering fra starten, med ulike tiltak iverksatt for å få avtalene spredt ut blant de ansatte.
- Time kommune har bevisst valgt å ikke spre avtalene fra starten, men fortsette den praksisen som allerede eksisterte. Det er viktig å vektlegge at praksisen samsvarer i stor grad med innholdet i avtalen.

I Sola kommune skjedde det en tilnærmet rask og uproblematisk implementering av samarbeidsavtalen, noe som er i tråd med det optimistiske scenariet til Røvik (2007). Time kommune derimot har hele tiden hatt en god samhandlingspraksis rundt brukerne, både internt og i forhold til helseforetaket. Og de valgte tydelig å forholde seg til eksisterende praksis fremfor implementering av samarbeidsavtalen. Det skjedde her i første omgang en frikobling hvor kommunen valgte å ikke igangsette større prosesser for å gjøre avtalen kjent i organisasjonen, men lot den være en overordnet avtale på ledelsesnivå. Det som imidlertid skjedde når de ansatte fikk kjennskap til avtalen var en rask tilkobling, fordi avtalens innhold i stor grad allerede samsvarte med eksisterende samhandlingspraksis i kommunen. Jeg vurderer derfor at pr i dag er begge kommunene kommet nesten like langt i implementeringsprosessen, men at Sola kommune har fortsatt en mer bevisst strategi både fra starten og i forhold til videre implementeringsarbeid.

I Time kommune har de i flere år hatt samarbeidsavtaler med JDPS, og disse har over tid blitt innarbeidet i kommunen og blitt en del av den daglige praksisen i samarbeidet mellom psykisk helse i kommunen og JDPS. Blant annet av den grunn var ikke de nye samarbeidsavtalene kjent for de ansatte før jeg avtalte intervjuene.

Sola kommune arrangerte en fagdag for alle ansatte hvor samarbeidsavtalene var tema. Denne fagdagen, sammen med engasjerte leder, har også bidratt til implementeringen gjennom både presentasjon av avtalene samtidig med drøftinger i forhold til ulike case. Time kommune sin

satsing på samhandling med JDPS over flere år, har bidratt til at positive holdninger har fått modnes og sette seg i kulturen, noe som igjen bidrar til å fremme implementeringen.

Funnene viser tydelig at presentasjon av avtalene og egen fagdag med samarbeidsavtalene som tema, er av stor betydning for implementeringen. Å overlate til den enkelte å lese seg til ny informasjon som blir forelagt den ansatte blir ikke prioritert i ønsket grad. Det at presentasjon (visuelle inntrykk) gir så vesentlig virkning på implementeringen i forhold til å få utlevert et dokument for gjennomlesing, er vel noe vi egentlig vet, men ofte «glemmer».

Det var et samhandlingsseminar ved JDPS i oktober 2012, med fokus på samhandling. Dette ble oppfattet som et bra seminar, men da en ikke spesifikt nevnte avtalene, vurderer jeg at dette seminaret var holdningsskapende i forhold til samhandling fremfor kjentgjørelse av samarbeidsavtalene.

Gjennom funnene fremkommer det flere faktorer som både fremmer og hemmer implementeringsprosessen. Samarbeidsreformen har over tid vært omtalt i media, og den har i denne tiden fått «modnes» i de ulike organisasjonene innenfor Helse- og sosialsektoren, slik at en i dag ser på samarbeidsreformen som en selvfølgelighet. Når så samarbeidsavtalene trer i kraft som et ledd i reformen er det allerede innarbeidet stort sett positive holdninger og «selvfølgeligheter» til samhandling og samarbeidsavtalene. Dette bidrar til en raskere tilkobling av avtalene i organisasjonene.

Det at alle ser et behov for formalisering av samarbeidet i form av samarbeidsavtaler er helt vesentlig for bruk av avtalene med brukerne.

Jeg ser klart at min tilstedeværelse har bidratt til å fremme implementeringsarbeidet i den enkelte kommune ved å sette fokuset på avtalene og bevisstgjøring rundt den.

Avtalene har blitt implementert på en ulik måte i de to kommunene, og funnene viser, som nevnt, at det er opp til den enkelte leder hvordan avtalene skal gjøres kjent og implementeres. Jeg vurderer at en manglende standard for implementeringen og en manglende standard tidsplan for prosessen kan virke hemmende på implementeringen. Dette med en felles strategi for implementeringsprosessen mener jeg er et av forbedringspotensialene ved en eventuell ny og fremtidig implementeringsprosess.

Teorien som er benyttet i oppgaven anser jeg som relevant og beskrivende for å belyse problemstillingen og hva som skjer med organisasjonen ved en implementering av en ide eller oppskrift. De sentrale og gjentakende teoretiske begrepene i oppgaven som blant annet tilkobling, frikobling, fratrekking og addering, er direkte koblet til teoridelen.

En endringsprosess som implementeringen av samarbeidsavtalene er, krever tid til å modnes før organisasjonen og aktørene i organisasjonen er mottakelig for ideen. Som tidligere nevnt, bidro også samhandlingsreformen til å igangsette holdningsarbeid i forhold til samhandling. Funnene viser at det over tid har vært jobbet med tema samhandling slik at holdningene til samhandling rundt brukeren er innarbeidet i de grunnleggende verdiene hos den enkelte ansatt. Det er både

fokuset på samhandling og tidligere samarbeidsavtaler som har bidratt til gode holdninger og at «modningsprosessen» er godt i gang. Dette vurderes som de vesentlige årsakene til at det har skjedd en tilnærmet rask tilkobling i Sola kommune, og i Time kommune når de først fikk kjennskap til avtalene. Implementeringsprosessen krever tid og kan fremstilles i følgende faser:

- første del er at de ansatte skal få kjennskap til avtalene
- andre del er fra kjennskap til handling
- tredje del er fra handling til effekt

Ut fra dette tydeliggjøres det at det fortsatt gjenstår implementeringsarbeid, da avtalene ikke har vært kjent og i bruk så lenge at en kan se på de substansielle effektene av avtalene. Time kommune og Sola kommune har begge gjort mye for å bygge gode samarbeidsrelasjoner mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, og spesielt Time kommune har fått til en god dialog og godt samarbeid med JDPS.

Med bakgrunn i funnene reises nye spørsmål som

- Hva med virkningene av avtalen overfor brukeren, de substansielle effektene? Et interessant tema etter at avtalene har vært i bruk en tid.
- Hva med satsingsområdet rundt bruk av IP, har ikke avtalene påvirkning på dette arbeidet?
- Undring over at mange ansatte ikke kjenner til at det finnes samarbeidsavtaler, på tross av god samhandlingspraksis i kommunene.
- Selv om avtalene er tydelige og klart utformet, er det ikke en selvfølge at alle kommuner og tiltak implementerer avtalene ut fra det som er tenkt, uten at det også er utarbeidet en felles strategi for hvordan implementeringsarbeidet skal foregå, sammen med en tidsplan.

7 Referanser

- Bang, Henning. (1995). *Organisasjonskultur*. [Oslo]: TANO.
- Blaikie, Norman. (2009). *Designing social research : the logic of anticipation*. Cambridge: Polity Press.
- Brinkmann, Svend, & Tanggaard, Lene. (2012). Kap 1 - Intervjuet *Kvalitative metoder: empiri og teoriutvikling* (pp. 30). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinkmann, Svend, Tanggaard, Lene, & Hansen, Wenche. (2012). *Kvalitative metoder: empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Busch, Tor, & Vanebo, Jan Ole. (1995). *Organisasjon, ledelse og motivasjon*. [Oslo]: TANO.
- Christensen, Tom, Lægreid, Per, Roness, Paul G., & Røvik, Kjell Arne. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor : instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforl.
- Dalen, Monica. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforl.
- FOR-2010-11-19 nr. 1462. *Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen*.
- FOR-2011-12-16 nr. 1256. *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.
- French, Wendell L., & Bell, Cecil H. (1999). *Organization development : behavioral science interventions for organization improvement*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall.
- Helse Stavanger HF. (2010). *Samhandlingsavtale vedrørende tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, mellom Helse Stavanger HF, private/ideelle virksomheter som har avtale med Helse Vest om tverrfaglig spesialisert behandling og Stavanger kommune*. Stavanger.
- Helse Stavanger HF. (2012). *Delavtale nr 5 Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten – samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger og kommunene i helseforetaksområdet*. Stavanger.
- Helse Stavanger HF. (2012). *Delavtale nr. 3 Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved henvisning og innleggelse av pasienter – samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger og kommunene i helseforetaksområdet*. Stavanger.
- Helse Stavanger HF. (2012). *Overordnet samarbeidsavtale – samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger og kommunene i helseforetaksområdet*. Stavanger.
- Helse Stavanger HF. (2012). *Samarbeidsavtale mellom private spesialisthelsetjenester i Sør-Rogaland og Helse Stavanger*. Stavanger.

- Helse Stavanger HF. (2012): *Powerpoint-presentasjon om delavtale 2a* (som er utarbeidet sept/okt 2012 i hensikt å ivareta implementeringen). Stavanger.
- Helsedirektoratet (01/2010). IS-1253. *Individuell plan 2010 – veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (04/2008). IS-1544. *Gjør det så enkelt som mulig – tipshefte om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. *Behandling av rusmiddelproblematikk i spesialisthelsetjenesten – TSB*.
<http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/behandling-av-rusmiddelproblemer/Sider/default.aspx>. (hentet ut mai 2013).
- HOD. (2007). *Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse og omsorgsområdet*. (datert 21.6.2007)
http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Vedlegg/KOMM/Konsultasjoner/2008/HOD_samhandling_helse_og_omsorg.pdf
- HOD. (2011). *Pressemelding 4. oktober 2011*. Oslo. (fotnote 3)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/pressemeldinger/2011/samarbeidsavtaler-sikrer-pasienter-helhe.html?id=659226>
- HOD. Nasjonal veileder. *Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*:
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Jacobsen, Dag Ingvar, & Thorsvik, Jan. (1997). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- KORFOR, Stavanger Universitetssykehus. (2012). *Brukerplan - kartlegging 2011*.
- KORFOR, Stavanger Universitetssykehus. (2013). *Brukerplan - kartlegging 2012*.
- LOV-1999-07-02 nr. 61. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*.
- LOV-1999-07-02 nr. 62. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*.
- LOV-1999-07-02 nr. 63. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*.

- LOV-1999-07-02 nr. 64. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*.
- LOV-2006-06-16 nr. 20. *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven]*.
- LOV-2009-12-18 nr. 131. *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*.
- LOV-2011-06-24 nr. 30. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.
- Nordhaug, Odd. (2002). *LMR : ledelse av menneskelige ressurser : målrettet personal- og kompetanseledelse*. Oslo: Universitetsforl.
- Røvik, Kjell Arne. (1998). *Moderne organisasjoner: trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Røvik, Kjell Arne. (2007). *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Røvik, Kjell Arne. (2013). *Forelesningsnotater, endringsledelse 2, våren 2013*. Stavanger.
- Stavanger Universitetssykehus. (2012). *Organisasjonskart avdeling unge voksne*. Stavanger.
<http://www.sus.no/omoss/avdelinger/unge-voksne/Documents/Avdeling%20unge%20voksne/organisasjonskart%202012%20for%20auv.ppt>
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Wadel, Cato, Fuglestad, Otto Laurits, Aase, Tor Halfdan, & Fossåskaret, Erik. (1997). *Metodisk feltarbeid : produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforl.
- Wadel, Cato. (1991). *Feltarbeid i egen kultur : en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Wadel, Cato. (1995). *Forholdet mellom den sosiale og den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten* (Vol. 16). Stavanger: UiS.

Delavtale nr. 2a

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser

Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester

Samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene i helseforetaksområdet

Innhold

1. Parter	90
2. Bakgrunn.....	90
3. Formål.....	90
4. Virkeområde.....	91
5. Lovgrunnlag.....	91
6. Brukermedvirkning, barn som pårørende og individuell plan.....	91
7. Generell ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen	92
7.1 Kommunens ansvar og oppgaver	92
7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	92
8. Hvordan samhandle om pasienter med særlig behov for sammenhengende og samtidige tjenester fra helseforetak og kommune	93
8.1 Hvem har behov for sammenhengende og samtidige tjenester	93
8.2 Felles ansvar og oppgaver	93
8.3 Kommunens ansvar og oppgaver.....	94
8.4 Helseforetakets ansvar og oppgaver	94
9. Barn og unge med psykiske lidelser og ruslidelser og deres familier	94
9.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	95
9.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	95
10. Samhandling ved tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).....	95
10.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	95
10.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	96
11. Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP).....	96
11.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	96
11.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	97
12. Tvang og sikkerhetsproblematikk.....	97
12.1 Tvang etter Lov om psykisk helsevern	97
12.1.1 Felles mål og ansvar	97
12.1.2 Kommunens ansvar og oppgaver	97
12.1.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver.....	98
12.2 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke for personer med ruslidelser.....	98
12.2.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	98
12.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver.....	98
12.3 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide med ruslidelser	98
12.3.1 Kommunens ansvar	98

12.3.2 Helseforetakets ansvar	99
13. Prioriterte innsats- og utviklingsområder	99
13.1 Partene er enige om å prioritere følgende tema i første avtaleperiode	99
13.2 Partene vil prioritere å utarbeide standardiserte behandlingsforløp for	99
14. Veiledning og kompetanseutveksling	99
14.1 Veiledning	99
14.2 Kompetanseutvikling	99
15. Kommunikasjon og meldingsutveksling	100
16. Oppfølging av avtalen	100
17. Avvik og mislighold og uenighet	100
18. Uenighet.....	101
19. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.	101

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser

Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester

1. Parter

Avtalen er inngått mellom XX kommune og Helse Stavanger HF, inkl. Jæren DPS, Rogaland A-senter (RAS), Frelsesarmeen behandlingsavdeling, og andre som har avtale med og opptrer på vegne av helseforetaket.

En del av spesialisthelsetjenesten leveres av avtalespesialister som har direkte avtale med Helse Vest RHF. Det er enighet om at tjenester fra avtalespesialister skal være koordinerte og helhetlige og fungere i tråd med denne og de andre samarbeidsavtalene.

2. Bakgrunn

Denne delavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt, nr 2.

Avtalen bygger på helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, 1. ledd, nr. 2 om helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Samarbeidet mellom enkeltenheter i Helse Stavanger HF og den enkelte kommune beskrives i egne retningslinjer innenfor føringene i denne avtalen.

3. Formål

Formålet med avtalen er å bidra til gode rutiner for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste om og med den enkelte pasient, samt å medvirke til bedre ressursutnyttelse i helse- og omsorgssektoren.

Avtalen skal bidra til:

- å fremme likeverdighet mellom partene og bidra til utvikling av samarbeidsformer ut over individrettede tiltak
- å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver gjennom hele behandlingsforløpet for at pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende helse- og omsorgstjeneste

- et godt løsningsfokusert samarbeid om pasienter med behov for samtidige tjenester fra helseforetaket og kommunen, og til at partene opptrer samordnet og koordinert i møtet med pasient og pårørende/foresatte
- å sikre en effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene
- å redusere risikoen for uheldige hendelser
- å bidra til tidlig innsats i forhold til alder og forløp

4. Virkeområde

Avtalen omfatter samarbeid og ansvarsdeling om innleggelse, døgnoophold og poliklinikk, utskrivning og samtidig oppfølging av pasienter¹⁶ innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Delavtale 3 om innleggelser og delavtale 5 om utskrivningsklare pasienter gjelder på området, med unntak av punktene hjemlet i forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

5. Rettskilder

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter og retningslinjer:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64
- forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Listen er ikke uttømmende og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk og endringer i disse som har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, brukere og pasienter i nødvendige lovbestemmelser.

6. Brukermedvirkning, barn som pårørende og individuell plan

Partene skal legge til rette for brukermedvirkning for pasienter og pårørende, både på systemnivå og på individnivå. Alle pasienter og deres pårørende skal sikres reell mulighet til å planlegge og medvirke ved gjennomføring av behandlings- og oppfølgingstiltak. Pasientens uttalelser og medvirkning skal dokumenteres underveis.

Partene har ansvar for å informere pasient og pårørende om pasient- og brukerrettigheter, og til å innhente samtykke som en naturlig del av pasientoppfølgingen. Partene skal informere og sikre pasienten rett til individuell plan og sammenhengende og koordinerte tjenester gjennom hele behandlingsforløpet.

¹⁶ «Pasient» leses som «pasient/bruker» der dette passer.

Både kommunen og helseforetaket skal ha rutiner som ivaretar informasjon og sikrer identifisering og oppfølging av barn som pårørende. Helsepersonell skal, når det er nødvendig for å ivareta disse interessene hos barnet, gi informasjon til samarbeidende personell hvis ikke pasienten motsetter seg dette.

7. Generell ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen

Avtalen bygger på den generelle ansvars- og oppgavefordeling før, under og i forlengelsen av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det vises for øvrig til delavtaler nr. 3 og 5 om innleggelse og utskrivning av pasienter i sykehus. Pasientforløp og samhandling for pasienter med psykiske lidelser med særlig behov for sammensatte og samtidige tjenester beskrives i kap. 8.

7.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Dette omfatter forebygging, tidlig intervensjon, henvisning, behandling, rehabilitering og andre helse- og omsorgstjenester.
2. etablere et system for mottak av varsel om innleggelse/varsel om endring i pasientens tilstand eller hjelpebehov
3. sørge for kontaktperson og informere helseforetaket om denne
4. sende skriftlig henvisning med klinisk problemstilling til aktuell avdeling ved planlagt innleggelse inkludert medikasjon og informasjon om hvilke tjenester pasienten mottar
5. sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres dersom en pasient har behov for tilbud fra både helseforetaket og kommunen
6. ta kontakt med aktuell avdeling ved behov for øyeblikkelig hjelp
7. informere kontaktperson i behandlende enhet i helseforetaket, pasienten og eventuelt pårørende om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskrivning
8. kartlegge og avklare pasientens behov for tjenester, herunder behov for psykisk helsearbeid, sosial og psykososial rehabilitering og behov for bolig
9. beslutte og fatte vedtak om tjenester og iverksette disse
10. ta initiativ og delta i samarbeidsmøte der det er hensiktsmessig
11. iverksette rutiner for samtidig oppfølging av pasienter med behov for sammensatte og samtidige tjenester, jf. rutiner for dette, jf. kapittel 8

7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. vurdere, utrede, diagnostisere og behandle pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester
2. sørge for kontaktperson og sende melding til henvisende instans og avtalt kontaktpunkt i kommunen dersom pasienten har eller kan få behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utredning og behandling
3. varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen og medvirke i kommunens arbeid med individuell plan
4. vurdere og beskrive pasientens funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen og forventet fremtidig utvikling under eller etter behandling i helseforetaket
5. sikre at alle pasienter inkludert barn og unge innen psykisk helsevern blir kartlagt i forhold til ev. rusmiddelmissbruk
6. bistå pasienten med søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester (kommunen definerer type og omfang av tjenester)

7. sørge for at pasienter og pårørende får god og ensartet informasjon om diagnose og videre plan for oppfølging og invitere til samarbeidsmøte der dette vurderes hensiktsmessig
8. sende epikrise og utskrivningsrapport til rett instans i kommunen
9. forsikre seg om at den nødvendige oppfølging og koordinering er forankret i kommunen
10. vurdere pasientens behov for tjenester etter utskriving i samarbeid med kommunen
11. iverksette rutiner for samtidig oppfølging av pasienter med behov for sammensatte og samtidige tjenester, jf. rutiner for dette, jf. kapittel 8

8. Hvordan samhandle om pasienter med særlig behov for sammenhengende og samtidige tjenester fra helseforetak og kommune¹⁷

Dette kapitlet gjelder samhandling om og med pasienter med særlig omfattende og langvarige behov for samtidige tjenester fra helseforetak og kommune ut fra følgende prinsipper:

- tjenestene fra kommunen og helseforetaket skal utfylle hverandre
- helseforetaket vektlegger ambulante og polikliniske arbeidsformer
- fokus flyttes fra definerte tradisjonelle ansvarsområder og avgrensninger til fokus på muligheter som partene kan få til i fellesskap
- brukerperspektivet legges til grunn for samarbeidet, uavhengig av sakens kompleksitet

Pasienter som har størst behov for sammenhengende og samtidige tjenester, og som vurderes å ha best nytte av systematisk samarbeid, skal prioriteres.

8.1 Hvem har behov for sammenhengende og samtidige tjenester

Bruker med behov for sammenhengende og samtidige tjenester kan være

- barn og unge med alvorlig psykisk lidelse, herunder gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- pasienter med alvorlig psykisk lidelse med mange innleggelses eller langvarig innleggelse i det psykiske helsevernet og pasienter med sikkerhetsproblematikk
- pasienter med ruslidelser som har rett på tjenester etter prioriteringsforskriften og som har behov for særlig oppfølging for å nyttiggjøre seg behandling
- pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse)
- gravide og kvinner med spedbarn som har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet, foresatte som har langvarig eller alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse som har daglig omsorg for barn og ungdom

8.2 Felles ansvar og oppgaver

1. utpeke kontaktperson/koordinator og ha et system for at det til enhver tid er en person som pasient og samarbeidspartner skal forholde seg til hos hver av partene
2. utarbeide eller videreføre individuell plan og/eller rehabiliteringsplan og konkrete tiltak inkludert mestringsplan og ev. kriseplan
3. inngå avtale mellom partene der en pasient har behov for formaliserte sammenhengende og samtidige tjenester. Avtale kan også inngås der pasienten ikke ønsker en individuell plan.

¹⁷ Samtidige tjenester: Tjenester fra begge parter samtidig. Felles utføring av tjenesteoppdrag (ikke veiledning)
 Sammenhengende tjenester: Tjenester fra helseforetaket og fra kommunen skal utfylle hverandre og være koordinerte
 Sammensatte tjenester: Tjenester fra flere enheter/instanser

4. avklare koordinatorrollen og opprette ansvarsgruppe
5. kartlegge om pasienten har omsorg for barn og iverksette nødvendige tiltak for å forsikre seg om at barnet blir ivaretatt

8.3 Kommunens ansvar og oppgaver

1. delta aktivt mens pasienten er til utredning og behandling i helseforetaket
2. ha ansvar for koordinering med helseforetaket om ikke annet er avtalt
3. planlegge utskriving og klargjøre hvilke tjenester kommunen skal bidra med
4. sørge for at fastlegen er informert og tar aktivt del i oppfølgingen av pasienten
5. koordinere samordning mellom fastlege, de kommunale tjenestene og ev. NAV
6. utarbeide eller følge opp individuell plan på grunnlag av forpliktende bidrag fra kommune og helseforetaket
7. ha ansvar for koordinering, planlegging og tilrettelegging av tjenestene og delta aktivt i oppfølgingen av den enkelte pasient sammen med helseforetaket
8. vurdere og iverksette rehabiliteringstiltak
9. iverksette hjelpetiltak for å styrke pasientens omsorgskompetanse for egne barn på grunnlag av spesialistutredning og egen kartlegging

8.4 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. invitere til avklaringsmøte og avtale sammenhengende og samtidig oppfølging i form av ambulante tjenester og mestringsplan, inkludert kriseplan, med kommunen. Dette skal være dokumentert i pasientjournal og ev. individuell plan.
2. klargjøre hvilke tjenester og ressurser helseforetaket skal bidra med og opprette behandlingsansvarlig lege eller psykolog. Vedkommende har også behandlingsansvar etter utskrivelse.
3. utføre spesialistutredninger med tanke på rehabiliteringstiltak og oppfølging i kommunen
4. foreta farlighetsvurdering der dette er nødvendig for utforming av tjenestetilbud
5. bistå kommunen med råd og veiledning når en bruker med behov for sammenhengende og samtidig oppfølging, motsetter seg, skriver seg ut eller ikke lenger har rett på behandling
6. delta aktivt i tjenestene i samarbeid med og samtidig med kommunen på brukers arena

9. Barn og unge med psykiske lidelser og ruslidelser og deres familier

Avtalen omfatter alle barn og unge med psykiske lidelser, herunder gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og/eller ruslidelser.

Partene skal legge til rette for en så tidlig utredning/diagnostisering og behandlingsforløp som mulig i barnets liv. Både helseforetak og helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal i disse sakene forholde seg til barnets foresatte som ivaretar barnets interesser. Samtykke til utredning og innleggelse skal foreligge dersom barnet er under 16 år.

Både på kommunalt og statlig nivå vil barnevernet være en sentral samhandlingsaktør i en del av disse sakene. Når det gjelder pasienter hvor barneverntjenesten har overtatt den daglige omsorgen for disse barna, opptrer det kommunale barnevernet som barnets foresatte.

I sammensatte saker hvor ansvarsforholdene er uavklarte mellom helseforetaket og kommunen, skal det samhandles i tråd med retningslinjer for Avklarende Team¹⁸.

9.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. kartlegge og identifisere barn og unge i risikosituasjoner og iverksette tidlig intervensjon og nødvendige tiltak
2. definere kontaktpunkt for barn og unge
3. avklare rollene til fastlegen, PPT, helse- og omsorgstjenesten og barnevernet i forhold til kontaktpunkt for barn og unge
4. utpeke koordinator for familier som mottar samtidige og sammenhengende tjenester og delta i behandlingsforløpet
5. sikre overgangen fra «barn til voksen» for pasienter med rett på individuell plan og behov for koordinering

9.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. sørge for lavterskeltilbud ved å bidra med spesialistkompetanse på helsestasjonene og organisere fast konsultasjons- og veiledningstjeneste i alle poliklinikker
2. vurdere henvisninger ved aktuell enhet (sengepost/poliklinikk/spesialenheter) og gi rask tilbakemelding til henvisende instans og ev. andre der det vurderes å være behov for samarbeid med kommunale tjenester
3. sørge for at alle barn og unge har fått en pasient- og behandlingsansvarlig navngitt person
4. utpeke koordinator for familier som mottar samtidige og sammenhengende tjenester og delta i avtalt samarbeid
5. bidra med poliklinisk og/eller ambulerende oppfølging, gi råd og veiledning og samarbeide med kommunen over tid der dette er avtalt
6. sikre overgangen fra «barn til voksen» ved behov for sammensatte tjenester.
7. vurdere å utsette avslutning av behandlingen i enkelte saker hvor det er sannsynlig at det kan bli behov for ny henvisning etter anmodning fra kommunen
8. vurdere behov for tverrfaglige spesialiserte rustjenester

10.Samhandling ved tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)

Behandling i TSB innebærer ofte langvarige og omfattende endringsprosesser for pasient og pårørende. Planlegging av behandlingsforløpet må sikre et langsiktig og helhetlig tilbud som ivaretar behovet for samtidige og koordinerte tjenester. Både kommuner og spesialisthelsetjeneste skal følge opp pasienten under hele forløpet for å unngå brudd i behandlingen og forhindre/reducere tilbakefall.

10.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. for pasienter med rett til en individuell plan bør henvisningen være en videreføring av pågående samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fastlegen, NAV og andre samarbeidsparter
2. fastsette hvem som utøver henvisning til TSB etter gjeldende retningslinjer

¹⁸ Det ble 07.01.2009 inngått avtale om samarbeid mellom Stavanger Universitetssjukehus (SUS) Psykiatrisk divisjon, Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), fagteamområde Stavanger og Jæren, familievernkontorene i Stavanger og Egersund og Rogaland A-senter (RAS)

3. henviser til TSB etter mal utarbeidet av helseforetaket og inneholde nødvendig informasjon i samsvar med retningslinjer
4. avklare nødvendige garantier og dekning av utgifter med NAV
5. avklare pasientens kontaktperson i kommunen med ansvar for deltakelse i ansvarsgruppe under behandlingen og planlegging av tjenester og oppfølging etter behandling
6. initiere behandlingsforberedende tiltak i samarbeid med helseforetaket
7. legge til rette for rehabilitering og integreringstiltak, i god tid før planlagt utskriving fra TSB og planlegge arbeid og aktivitetstilbud i samarbeid med NAV
8. medvirke til at pasienter som har gjennomført TSB har egnet bolig og prioritere tildeling av bolig til pasienter som har gjennomført TSB

10.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. gi øyeblikkelig hjelp ved somatisk og psykiatrisk akuttmottak
Akutt tjenester innen TSB kan enten skje poliklinisk eller ved innleggelse og er et supplement til øyeblikkelig hjelp. Disse går ikke via vurderingsenhetene, men via vakthavende lege.
2. vurdere henvisningen fra kommunen i en tverrfaglig sammensatt vurderingsenhet
Vurderingen følger pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser og prioriteringsforskriften.
3. gi en skriftlig tilbakemelding til pasient og henviser
Tilbakemeldingen skal inneholde relevant og tilstrekkelig informasjon om den vurdering som er gjort.
4. holde kontakt med henviser i perioden før behandlingsstart
5. utpeke kontaktperson/behandler med ansvar for deltakelse i behandlingsforløpet i henhold til kap. 7 og 8
6. utrede pasientens behov for behandling/rehabilitering i forlengelse av tilbud i spesialisthelsetjenesten, og samarbeide med kommunen om iverksetting av rehabiliteringstiltak og samtidig oppfølging, inkludert mestringsplan og ev. kriseplan
7. følge opp pasienten i forlengelsen av behandlingsavbrudd/utskriving enten poliklinisk eller fra døgntilbud. Avbryter pasienten selv behandlingen, skal kommunen orienteres og tiltak med sikte på gjenopptagelse av behandling drøftes.

11. Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)

Målgruppen er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Personer med ROP-lidelser har rett til nødvendig helsehjelp uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.

Hovedansvaret for behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse ligger hos psykisk helsevern, både ved mindre alvorlig og alvorlig ruslidelse, mens TSB har hovedansvaret for behandling av pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse.

For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instans som først kommer i kontakt med en person med ruslidelse og psykiske lidelser, sikre at personen følges opp og vurdere behovet for individuell plan.

11.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer
2. sørge for gode rutiner for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV

3. sørge for nødvendig kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer
4. medvirke og bidra til kartlegging av hjelpebehov, ressurser og funksjonsnivå som grunnlag for iverksetting av rehabiliteringstiltak og oppfølging etter utskrivning
5. medvirke til at pasienter med ROP-lidelser har egnet bolig etter institusjonsbehandling
6. legge til rette for meningsfulle aktiviteter i samarbeid med NAV

11.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. sørge for at pasienter med ROP-lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten
2. sørge for tjenester som dekker behandlingsbehovet for pasienter med ROP-lidelser når pasienten bor hjemme, i ulike typer boliger, eller når pasienten er innlagt i institusjon, også når personen er innsatt i fengsel
3. henvise direkte til aktuell behandlingsinstans innenfor TSB hvis pasienten har rett til behandling for rusmiddelavhengighet, og dette ikke kan tilbys/gjennomføres innenfor psykisk helsevern
4. vurdere behov for rehabiliteringstiltak i overgangen fra institusjonsopphold til egen bolig og kartlegge og beskrive fungeringsnivå som grunnlag for kommunens vurdering av tjenester
5. følge opp pasienter med ROP-lidelser ved DPS når hovedansvaret ligger i kommunen. Ved tilbakefall eller krise skal det være mulighet for innleggelse i DPS eller akuttavdeling.
6. gi akutt veiledning til kommunen ved behov

12. Tvang og sikkerhetsproblematikk

12.1 Tvang etter Lov om psykisk helsevern

12.1.1 Felles mål og ansvar

1. Begge parter tilstreber mest mulig frivillighet i behandling og oppfølging. Tiltak for å øke frivillighet bør settes inn gjennom hele pasientforløpet: Forebyggende/tidlig intervensjon, i innleggelsessituasjonen, det første døgnet av innleggelsen, under innleggelsen og etter utskrivelse.
2. Begge parter har mål om redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern, samtidig som hensynet til sikkerhet for personal, andre pasienter og samfunnet for øvrig blir forsvarlig ivaretatt.
3. Når det utøves tvang, skal begge parter legge vekt på at dette gjennomføres på en måte som gir pasienten minst mulig traumatisk opplevelse av tvangstiltaket.
4. Begge parter har ansvar for å fremme kultur og holdninger preget av høy grad av bruker- og pårørendeinvolvering og fleksible og brukervennlige løsninger.

12.1.2 Kommunens ansvar og oppgaver

1. identifisere brukere med høy risiko for tvangsinnleggelse
2. initiere samarbeidsmøte med helseforetaket for felles strategi for enkeltbrukere angående tvangsforebyggende tiltak
3. følge opp pasienter på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold og bistå i gjennomføring av tvangstiltakene
4. be helseforetaket om veiledning og vurdering av farlighet og risiko for brukere som kan representere en fare for seg selv og andre

5. delta i planlegging av rehabiliteringstjenester og oppfølging sammen med helseforetaket når pasienter med sikkerhetsproblematikk skal utskrives til kommunen

12.1.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. identifisere pasienter med høy risiko for tvangsinnleggelse
2. initiere samarbeidsmøte med kommunen for felles strategi for enkeltbrukere angående tvangsforebyggende tiltak
Ved tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold skal det vektlegges helhetlig oppfølging. Som hovedregel er det ikke tilstrekkelig med oppfølging kun ved medikamentell behandling
3. gi bistand og veiledning til kommunehelsetjenesten
4. ha etablert tiltak for oppfølging av pasienter som representerer fare for andre (sikkerhetspsykiatri) etter utskriving fra sikkerhetsavdeling og etter frivillig opphold
5. bistå kommunen med «farlighetsvurderinger» på anmodning, der vilkårene for dette er til stede
6. planlegge rehabiliteringstjenester og oppfølging i samarbeid med kommunen når pasienter med sikkerhetsproblematikk skal utskrives til kommunen

12.2 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke for personer med ruslidelser

Det vises til gjeldende lover for tilbakeholdelse i institusjon.

12.2.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. fatte vedtak og reise sak for Fylkesnemnda for sosiale saker, som er den rettsinstans som beslutter tilbakehold med bruk av tvang
2. ta kontakt så tidlig som mulig med koordinator for tilbakehold med bruk av tvang og sende utfyllende informasjon til inntaksteamet når vedtak er fattet
3. sende sak ved hastevedtak om endelig vedtak til fylkesnemnda innen 2 uker
4. fatte vedtak om urinprøvetaking og analyser i Fylkesnemnda
5. sørge for at pasienten møter

12.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. gjennomføre tvangstilbakeholdet etter haste- eller fylkesnemnds vedtak
2. vedta dato for avrusing og videre tilbakehold når vedtak foreligger
3. informere kommunen før en utskriving

12.3 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide med ruslidelser

Det vises til gjeldende lover for tilbakeholdelse i institusjon for gravide.

12.3.1 Kommunens ansvar

1. konsultere RAS som kan drøfte detaljer i tilbudet ved anvendelse av tilbakeholdelse i forhold til gravide før kommunen gjør vedtak
2. varsle RAS om mulig kommende innleggelse
3. fatte midlertidige vedtak om innleggelse
4. sørge for at midlertidig vedtak er RAS i hende senest 48 timer etter innleggelsen
5. opprette og innkalle ansvarsgruppe og gi melding om hvem som er med og hvem som er kontaktperson
6. fatte vedtak om urinprøvetaking og analyser i Fylkesnemnda
7. sende sak om endelig vedtak til Fylkesnemnda innen 2 uker
8. følge opp under institusjon, jf. punkt om generell oppfølging i institusjon

12.3.2 Helseforetakets ansvar

1. ta imot melding om mulig innleggelse, og sørge for å ta imot den gravide
2. utpeke koordinator/kontaktperson og melde-fra til kommunen hvem som møter i ansvarsgruppen
3. informere kommunen før en eventuell opphevelse av tilbakehold etter § 10-3

13. Prioriterte innsats- og utviklingsområder

13.1 Partene er enige om å prioritere følgende tema i første avtaleperiode

1. utvikle felles forståelse og felles kunnskapsgrunnlag for psykososial rehabilitering og samtidige tjenester i overgangen mellom institusjonsbehandling og egen bolig
2. utvikle felles forståelse og felles kunnskapsgrunnlag for oppfølging til familier med barn som har en psykisk lidelse og/eller ruslidelse
3. utvikle felles forståelse og felles kunnskapsgrunnlag for oppfølging av barn som lever i familier med foreldre med psykisk lidelse / ruslidelse
4. utvikle kompetanse og retningslinjer for arbeid med pasienter med sikkerhetsproblematikk som ikke oppfyller kriteriene for alvorlig psykisk lidelse
5. utvikle samarbeidsformer for folkehelsearbeid og forebyggende tiltak med fokus på fysisk aktivitet, livsstilsendring, læring og mestring
6. utvikle felles system og rutiner for deling av informasjon

13.2 Partene vil prioritere å utarbeide standardiserte behandlingsforløp for

1. arbeid med gravide med rusavhengighet
2. arbeid med pasienter i legemiddelassistert rehabilitering

14. Veiledning og kompetanseutveksling

14.1 Veiledning

- Helseforetaket skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.
- Partene skal kjenne til den andre avtalepartens tjenestetilbud, rammer og arbeidsmåter og bidra til at det ikke skapes urealistiske forventninger i oppgaveløsningen.
- Partene skal etablere et system som gir tilgang til hverandres kompetanse, når det gjelder samarbeid rundt enkeltpasienter, herunder mulighet for å konferere med helse- og omsorgspersonell / ambulante tjenester i helseforetaket i en akutt situasjon
- Helseforetaket skal ved behov gi veiledning om enkeltbrukere der kompetanse må overføres i praktisk samhandling med bruker
- Partene skal ta initiativ til gjennomføring av samarbeidskonferanser om veiledning.

14.2 Kompetanseutvikling

- Planlegge møter arrangert for bestemte faggrupper eller med fastlagt tema
- Avtale samarbeidsprosjekter
- Fortsette hospitering eller besøksordninger for at ansatte skal bli kjent med begge parters arbeidssituasjon og arbeidsmetodikk.
- Utvikle kompetanse i forebyggende tiltak innen psykisk helse og rusmiddelbruk

- Bruke kompetansesentra aktivt for å utvikle kompetanse og tjenesteutvikling i kommunen og spesialisthelsetjenesten¹⁹

15. Kommunikasjon og meldingsutveksling

Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunen og helseforetaket er innført, skal denne benyttes via Norsk Helsenett. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling, skal disse benyttes hvis ikke annet er avtalt. Inntil sykehuset har tatt i bruk elektronisk medikamentmodul, tilbys kommunene utskrivningsrapport som en tilpasset epikrisemelding.

Dersom elektronisk meldingsutveksling ikke er etablert, skal en anonymisert faks benyttes. Ved bruk av faks identifiseres pasienten kun ved bruk av initialer og fødselsår. Mottaker av faksen kontaktes i forkant (se aktuelle nummer i kommunene på www.sus.no/samhandling, kontaktinformasjon).

Meldinger, sendt og mottatt, skal dokumenteres av begge parter.

16. Oppfølging av avtalen

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder samhandling mellom partene.

Samhandlingsutvalget vurderer hvordan avtalen nærmere skal følges opp, f.eks. ved opprettelse av et fagråd for de områder som omhandles i denne avtalen. Møter i et ev. fagråd bør avholdes minst to ganger pr. år. Et ev. fagråd har representasjon fra kommunene og helseforetaket.

Et fagråd for psykisk helse og ruslidelser kan ha til oppgave å:

- følge opp avtalens innhold og bidra til å gjøre avtalen kjent
- følge opp spørsmål og meldinger om avvik i forhold til avtalen på systemnivå
- gi råd til ansvarlige organer når det gjelder samhandling, tolking og utvikling av avtalen
- oppnevne arbeidsgrupper for å følge opp prioriterte innsats- og utviklingsområder
- arrangere årlige samarbeidskonferanser
- ta opp og drøfte aktuelle problemstillinger knyttet til forståelse og utvikling av avtalen
- kartlegge og vurdere årsak til reinnleggelser og svingdørsproblematikk

17. Avvik og mislighold

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder håndtering av avvik og mislighold.

¹⁹KORFOR, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest RHF

SESAM, Regionalt kompetansesenter for eldre medisin og samhandling

RVTS-Vest, Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

TIPS, Regionalt nettverk for klinisk psykoseforskning i Helse Vest RHF

RKBUP-Vest, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge

Partnerskap for folkehelse med Rogaland fylkeskommune og kommunene

HPH, Norsk nettverk for helsefremmende sykehus og helseforetak

Korus Vest-Stavanger

18. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtale skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.

19. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.

Bestemmelsene vedrørende iverksetting, revisjon og oppsigelse i punkt 14 i overordnet samarbeidsavtale gjelder tilsvarende for denne delavtalen.

Dato,

Dato,

XX kommune v/ ordfører/rådmann

Helse Stavanger HF v/

Vedlegg 2:

Intervjuguide

Introduksjon: Helse Stavanger og kommunene i foretaksområdet har i 2012 inngått en samarbeidsavtale for å bedre samhandlingen rundt brukeren. Samarbeidsavtalen består av en overordnet avtale og mange delavtaler, hvor vi her tar utgangspunkt i delavtale 2A (rus og psykiatri). Intervjuet handler om ditt kjennskap til denne delavtalen, din opplevelse av implementeringsprosessen og opplevelse av nytteverdien og bruken av avtalene i samhandling med brukeren og samarbeidspartnere.

Anonymitet: Ditt navn vil bli anonymisert

Tid: Intervjuet vil ta maks en time

Båndopptaker: Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og transkribert.

Innledende spørsmål:

Hvor i org jobber du? Hvilket nivå ifht brukeren?

Hvor lenge har du hatt denne arbeidsplassen?

Hva er din utdanning/faglig bakgrunn?

Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
Har den enkelte ansatte vært delaktig i utforming av avtalen?	<ul style="list-style-type: none">• har du vært involvert i utformingen av avtalen• kjenner du noen som har deltatt på utformingen?• Hva vet du om forarbeidene til avtalen?• Hvem tror du har vært sentrale i forbindelse med utformingen av avtalen i din kommune?
Har den enkelte ansatte kjennskap til avtalene/kunnskap om avtalen	<ul style="list-style-type: none">• Har du kjennskap til samarbeidsavtalen?<ul style="list-style-type: none">- Har du lest den?• Kjenner du til innholdet i den?<ul style="list-style-type: none">- evt hva kjenner du til ved den?- hvis nei, hvorfor (undring)• Hvordan fikk du kjennskap til avtalen?• Hvordan har avtalen blitt introdusert i kommunen din?• Opplever du at din leder har god kjennskap til avtalen?• Har dere hatt samarbeidsavtaler tidligere i andre former?<ul style="list-style-type: none">- hvilke- hvordan har de fungert?- Vil du si den nye avtalen bygger på tidligere avtaler?

<p>Er det igangsatt tiltak/aktivitet for å følge opp avtalen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Har du deltatt på seminarer eller kurs hvor delavtale 2a avtalen har vært et tema? Eller hvor samhandling innenfor rus og psykiatri har vært sentralt. Evt hvilke? • Hva er gjort i din kommune for å følge opp avtalene? Spre informasjon, sette av penger, tiltaksutvikling, prosjekter? • Benyttes avtalen i samarbeidet rundt brukeren? <ul style="list-style-type: none"> - direkte overfor brukeren? - direkte i samhandling med andre samarbeidspartnere? • Har avtalene hatt noe å si for arbeidet med IP i forhold til den brukergruppen som delavtale 2a retter seg mot? <ul style="list-style-type: none"> - eller for organiseringen av arbeidet med IP? - har antall IP økt etter avtalene trådte i kraft? • Har du koordineringsansvar for IP? • Hva er dine holdninger til bruk av IP?
<p>Har avtalen en nytteverdi?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Før avtalen, opplevde du et behov for å formalisere samarbeidet mellom TSB og kommunene? <ul style="list-style-type: none"> - evt hvilke behov? - kom avtalene på rett tid? • Opplever du avtalen som nyttig? • Er avtalen et redskap til mer effektiv samhandling? <ul style="list-style-type: none"> - Evt med hvem? • Har du fått reaksjoner fra brukerne på avtalen? Evt hvilke? • Dine erfaringer med samarbeidet med TSB? Hvilke utfordringer ser du? • Synes du det mangler noe i avtalen?
<p>Hva fremmer/hemmer implementeringen av avtalene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Har du fått god nok informasjon om avtalen, og hvordan de kan benyttes? • Har det vært motstand mot avtalen? <ul style="list-style-type: none"> - Hvorfor/hvorfor ikke tror du? - Hvem opplever du er for/mot? • Hva har vært viktige faktorer for at avtalen er i bruk/eller ikke i bruk i kommunen? • Er avtalene nedfelt i kommunens strategiplan?
<p>Hva er veien videre i forhold til implementering og bruken av avtalen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hva er veien videre ifht bruken av avtalen? • Hvilke planer er det for å videreutvikle bruken av avtalene?