

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Gunn Synnøve Dahl Reisæter

KOORDINERING – ET GRENSEFLATEPROBLEM?

En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern.

ATM – Skriftserie
Nr. 16/2008

ATM- skriftserie er en nettbasert publikasjonsserie med nyttgivelser av hovedfagsoppgaver, masteroppgaver, avhandlinger og paper som er produsert i tilknytning til ATM –prosjektet ved Rokkansenteret i perioden 2003 – 2008.

Til Trond, Marte og Halvor

Forord

Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige.

I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

Haldor Byrkjeflot
Prosjektleder

Sammendrag

I flere tiår har pasienter som har hatt behov for tjenester fra flere etater opplevd et fragmentert og lite koordinert tilbud fra helsevesenet. Mange mennesker med psykiske lidelser har hjelpebehov som er langvarige og sammensatte, spesielt for disse gruppene er koordinering viktig. Politikere og sektoren selv har gjennom ulike reformtiltak prøvd å bedre koordineringen og gjøre hjelpetilbudet mer helhetlig. I denne studien blir forholdet mellom behandlingsnivå (kommune, distriktpspsykiatriske senter og foretak) studert med fokus på hvordan forhold som økonomi, fag og reformer kan påvirke forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom etater. Studien viser at etater/nivå er interessert i samarbeid og ønsker bedre koordinering, det er imidlertid uenighet om hvordan en skal samarbeide. Mens man i forholdet mellom kommune og DPS bruker sosialfaglig logikk i forhold til koordinering blir medisinskfaglig logikk lagt til grunn i forholdet mellom sykehus og fastlegen.

Gunn Synnøve Dahl Reisæter har cand.polit- graden fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Reisæter har skrevet hovedfagsoppgaven sin i tilknytning til ATM- prosjektet og POLIS- seminaret. Reisæter er også utdannet psykiatrisk sykepleier og har arbeidet i psykiatrien i en årrekke. Hun arbeider nå kompetanseinngå i Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen.

1	Tema, bakgrunn og problemstilling	6
1.1	Studiens tema	6
1.2	Problemstilling og avgrensning.....	9
2	Begrepsavklaring.....	15
2.1	Hva er koordinering?.....	15
	Koordineringsmekanismer	16
	Definisjon	18
2.2	Grenseflate	19
2.3	Pasient eller bruker?	19
2.4	Oppsummering	20
3	Teori	21
3.1	Kunnskapsstatus	21
3.2	Teoretiske perspektiv	24
	Rasjonelt perspektiv	24
	Institusjonelt perspektiv	25
	Empiriske implikasjoner	30
3.3	Profesjonsteori.....	31
3.4	Oppsummering	37
4	Metode.....	38
4.1	Valg av kvalitativ tilnærming.....	38
4.2	Case-studie som forskningsstrategi.....	39
4.3	Datagrunnlag	41
	Dokumentanalyse	41
	Intervju	42
4.4	Styrker og svakheter knyttet til min nærhet til feltet.....	44
4.5	Vurdering av studiens datagrunnlag.....	48
4.6	Oppsummering av metode	49
5	Endringer i psykiatrien og vilkår for koordinering	51
5.1	Fra hierarki til marked.....	51
5.2	Spesialisering	53
5.3	Desentralisering av tilbudet i psykiatrien.....	54

5.4	Profesjoner og jurisdiksjon.....	55
5.5	Fra pasient til bruker	58
5.6	Koordinering i psykiatrien – mange utfordringer	61
5.7	Oppsummering.....	61
6	Hvordan løser reformene koordinering?	62
6.1	Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.....	62
6.2	Status 2003 for Opptappingsplanen, og Tiltak 2003	65
6.3	DPS -organisering og arbeidsområde.....	66
6.4	Fastlegereformen – Hva sier den?.....	68
6.5	Aktuelle lover	69
6.6	Strukturelle endringer i spesialisthelsetjenesten	70
6.7	Når reformene skal virke sammen	72
6.8	Oppsummering.....	73
7	Psykiatrifeltet - Helseetatene.....	75
7.1	Psykiatrien i kommunen.....	75
	Psykiatritjenesten	76
	Fastlegen.....	76
7.2	Spesialisthelsetjenesten – Psykiatrisk divisjon	77
	Psykiatriske sykehusavdelinger.....	78
	Distriktpsikiatrisk senter	78
7.3	Oppsummering.....	79
8	Den funksjonelle grenseflate.....	81
8.1	”Våre oppgaver – deres oppgaver”	81
8.2	Hvordan forklare situasjonen i den funksjonelle grenseflate?	86
8.3	Funksjonell grenseflate preget av uklarhet.....	98
9	Den økonomisk grenseflate.....	101
9.1	Økonomiske forhold og koordinering mellom etatene	101
	Finansieringsordninger.....	101
	Ressurser	106
9.2	Hvordan forklare situasjonen i den økonomiske grenseflate?	109
9.3	Økonomisk grenseflate preget av forstyrrelser	116

10	Faglig grenseflate	118
10.1	Ulike arbeidsmetoder	118
	Samarbeid som felles problemløsning	118
	Samarbeid med ansvar for ”hver sine”	122
10.2	Hvordan forklare situasjonen i den faglige grenseflate?	126
10.3	Faglig grenseflate preget av ulike logikker	133
11	Koordinering og samarbeid i psykisk helsevern	136
11.1	En mangfoldig grenseflate	136
	Felles holdninger og felles praksis	137
	Uklarheter, forstyrrelser og kollisjoner	138
	Sentrale faktorer i grenseflaten	141
11.2	Variasjonene i grenseflaten kan forstås som ulik grad av regulering.....	142
11.3	Forutsetninger for koordinering og samarbeid.....	146
12	avslutning	148
12.1	Oppsummering av funn.....	148
12.2	Funnene i en større sammenheng.....	150
12.3	Utfordringer videre.....	153
	Videre studier	154
12.4	Den teoretiske tilnærmingen i studien.....	155
	Litteraturliste	
	Vedlegg	

1 TEMA, BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

I flere tiår har pasienter som har hatt behov for tjenester fra flere etater opplevd et fragmentert og lite koordinert tilbud fra helsevesenet. I tillegg til at dette er lite ønskelig fra pasientenes side, er dårlig koordinering også uheldig ut i fra faglige og økonomiske vurderinger. Det har derfor kommet krav om at ulike etater og nivåer i helsevesenet i større grad må koordinere sine tjenester slik at pasienten kan få et mer helhetlig tilbud.

1.1 Studiens tema

Psykisk helsevern er fra flere hold blitt pekt på som en spesielt viktig sektor i arbeidet med å få til mer helhetlige tjenester. Mange mennesker med psykiske lidelser har hjelpebehov som er langvarige og sammensatte, og som kan variere i forhold til type og omfang over tid. Det er blitt vist til hvordan brukerne opplever å være kasterballe mellom etater og nivåer i flere sammenhenger.

Ett gjennomgående problem er mangelen på samhandling og helhet i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det tilbudet som skulle være et finmasket tilbud rundt brukerne, fremstår mer oppstykket enn noen gang. Vi mener dette kan ha sin årsak i at feltet preges av en kultur og holdninger som ikke har tradisjon for samhandling om og med brukerne i sentrum. (Rådet for psykisk helse, 2005).

At koordinering og samarbeid er vanskelig er ingen nyhet. Mange har skrevet om hvor vanskelig det kan være, både innad i- og ikke minst mellom samarbeidende organisasjoner. Flere forhold kan være av betydning. Når det gjelder helsevesenet er det blitt pekt på ulike faktorer som årsak til manglende koordinering, så som for egenrådige profesjoner som ikke evner å tilpasse seg nye krav. Herunder finnes blant annet lite hensiktsmessig og rigid organisering, for dårlig ledelse, for lite service orienterte kulturer, og for små ressurser.

Innen psykisk helsevern er tjenestetilbudet organisert i tre nivåer etter funksjon. Kommunene har ansvar for de hjemmeboende, distriktpsikiatriske sentre (DPS) har ansvar for å gi et variert tilbud nær brukerne, mens sykehusene har akutt funksjon og ansvar for de aller sykeste. Det stiller store krav til koordinering mellom disse nivåene dersom brukeren skal oppleve tilbudet som en

sammenhengende tiltakskjede. Spesielt stor er utfordringene i forhold til det som kan oppfattes som gråsoner mellom tjenestene.

Med større fokus på pasientene som sentrale aktører med individuelle behov, ligger utfordringene ikke bare i at etatene og nivåene skal koordinere sine tjenester bedre, de skal også ta med en tredje part, pasienten, i samarbeidet. Blant annet med utgangspunkt i dette kan det være vanskelig å standardisere tilbudene.

Behandlingstilbudene har tidligere vært for lite differensierte. De store institusjonene har gitt samme type tilbud til store grupper pasienter, kvaliteten på tilbudene har ofte vært mangelfull, og det har vært lagt for lite vekt på den enkeltes særskilte behov. (S.h.dept. 1997:21 (2))

Nyere virkemidler

De siste 10 årene er det iverksatt en rekke virkemidler innen helsevesenet med mål om å kunne tilby bedre tjenester og utnytte ressursene bedre. De omfatter en rekke områder både juridiske, økonomiske, utdanningspolitiske og faglig veiledning fra tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn 2001-1). Flere av disse tiltakene har til hensikt å bidra til bedre koordinering og mer helhetlige tjenester. Av generelle tiltak kan nevnes Pasientrettighetsloven (2001), Helsepersonell loven (2001), fastlegeordningen (1999), forskrift om individuell plan (2001), foretaksreformen (2001) og nye finansieringsordninger. Spesielt for psykiatrien kan nevnes Lov om psykisk helsevern (2001), etableringen av distriktpsikiatriske senter (1999) og Opptappingsplanen for psykisk helse (1998).

Det er flere virkemidler som går igjen i de ulike reformene, og som kan ha betydning for koordinering og samarbeid. Både desentralisering, spesialisering og endringer i prinsipper for ledelse og styring er aktuelle i så henseende.

I helsevesenet generelt og i psykiatrien spesielt, har desentralisering vært et sentralt virkemiddel i arbeidet for bedre kvalitet og mer effektive helsetjenester. Historisk har en relativt stor andel av ressursene til helsevesenet i Norge vært kanalisert gjennom sykehusene, og med det gitt

sentraliserte tjenester. Midt på 80-tallet gikk omtrent 70% av de totale helsetjenesteutgiftene til sykehus men sykehussentreringen er blitt noe dempet i løpet av 1980-årene¹.

Nedbygging av institusjoner innenfor helsetjenestene, spesielt Psykiatriske sykehus, er en prosess som har foregått lenge. Allerede på 70-tallet ble regionaliseringsprinsippet og nivåddifferensiering beskrevet (St. melding nr.9 (1974-75)). Det ble med dette foreslått at ansvaret for pasienter med psykiske lidelser skulle deles mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er videreført i nyere tid.

Det psykiske helsevern har vært gjennom en betydelig omstrukturering de siste 20 årene. Mange sykehussenger har blitt nedlagt, og det er opprettet poliklinikker og distriktpsikiatriske senter mange steder i landet. Førende for utviklingen har vært at behandlingen må finnes nær pasientens hjemmemiljø og at størst mulig del av behandlingen bør foregå poliklinisk (NOU 1997 (2))

Det har medført en styrking av psykiatritilbudet i kommunen og ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS), og bidratt til en reduksjon av sengetallet ved sykehusene. Antall døgnplasser i sykehusene sank hvert år, også så sent som 1998 til 2001 (Status 2003). Dette har bidratt til nye utfordringer i forhold til koordinering og samarbeid innen psykisk helsevern.

Samtidig med desentraliseringen foregår det en økt spesialisering. Dette blir fra flere hold pekt på som en kompliserende faktor i forhold til helhetlige tjenester. Imidlertid er det enighet om at det verken er mulig eller ønskelig å stoppe denne prosessen da det er en viktig forutsetning for kvalitet. Hovedoppgaven blir da å få til en hensiktsmessig integrering av tjenestene (NOU1997 (2)).

I tillegg til en rekke strukturelle tiltak i forhold til desentralisering og spesialisering, er det de senere årene iverksatt reformer i forhold til styring og ledelsesprinsipper. Dette har blant annet bakgrunn i kritikk fra politiske ledere som krever raskere, mer fleksibel, effektiv og målrettet iverksetting av offentlig politikk. Kritikken har også kommet fra forskere som ikke lenger anser byråkratimodellen som særlig målrettet og effektiv modell for organisering, heller ikke innen

¹ Se for eksempel Sosialkomiteen 1994-95:19

offentlig sektor (Lian 2003:97). Den fremgangsmåten som generelt blir anbefalt er å lære av privat sektor.

Dette viser at flere endringer og virkemidler kan medføre ulike utfordringer for etatene når de skal koordinere og samarbeide. I denne studien vil disse endringene til sammen kalles ”reformene”. Reformene har kommet til ulike tider, med ulike hensikter, og virkemidlene har omfattet både organisatoriske, økonomiske og faglige forhold. Det kan således være vanskelig å forutsi summen av effektene av de ulike tiltakene. Studien tar utgangspunktet i at det er det komplekse samspillet mellom politiske reformer, profesjoner, fag og økonomi som best forklarer det som skjer mellom etatene i forhold til samarbeid og koordinering.

1.2 Problemstilling og avgrensning

I denne studien rettes hovedfokus mot offentlige etater som tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Målet er å identifisere og analysere intraorganisatorisk samarbeid mellom ulike etater som tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Studiens problemstilling vil være;

- Hvilke faktorer er av betydning for hvordan koordinering og samarbeid mellom etatene skjer, og hvordan påvirker disse faktorene forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom offentlige etater innen psykisk helsevern?

Studien har til hensikt å øke kunnskapen om, og forståelsen for hvordan de aktuelle etatene koordinerer og samarbeider, og hvordan forutsetningene i grenseflaten ligger til rette for koordinering.

I studien undersøkes ulike grenseflater som er med å definere forholdet mellom etatene. De er de samlede kontaktpunktene mellom de ulike etatene, og det er egenskaper ved relasjonene innen grenseflaten som står i fokus. Aktuelle grenseflater vil være funksjonell grenseflate, faglig grenseflate og økonomisk grenseflate. Funksjonell grenseflate er valgt fordi koordinering i stor grad handler om arbeidsdelingen. Faglige forhold er med fordi helsesektoren vanskelig kan forstås uten å se på betydningen av fag, og fordi endringer kan medføre forandring knyttet til

profesjonenes roller og etablerte jurisdiksjoner. Økonomiske forhold studeres fordi flere av reformene bruker økonomi som styringsredskap, og fordi ideer fra privat sektor, der økonomi er en sentral faktor, er på full fart inn i helsevesenet.

Studiens perspektiv

Reformer bygger på en rasjonell logikk om at mål kan nås om de rette virkemidlene blir tatt i bruk. Dette bygger på et rasjonelt instrumentelt perspektiv² der aktørene blir sett på som rasjonelle aktører som handler ut i fra gitte mål, eller som aktører med begrenset rasjonalitet (Simon 1976). Dette perspektivet vil derfor være en del av analyseredskapet i denne studien. Gjennom dette perspektivet vil fokus være på hvordan reformenes intensjoner og mål kan gjenfinnes i de aktuelle etatene og deres virksomhet knyttet til koordinering og samarbeid, og hvordan dette påvirker forutsetningene for koordinering og samarbeid.

Men studier har vist at aktørene i organisasjoner ikke bare er lydige adoptører som innordner seg til nye ideer og reformene. De kan forholde seg strategisk (Oliver, 1991; Borum og Westenholtz 1995), eller de kan søke å dekode de nye modellene i forhold til etablert praksis (Mayer og Rowan 1977) og beskytte organisasjonens produksjonsprosesser mot ytre press gjennom forskjellige mekanismer (Brunsson 1989). Hva skjer i møte med nyere reformer, tilpasser etatene seg de nye kravene om bedre koordinering og mer helhetlige tjenester, eller er det andre forhold enn reformene som også er av betydning for koordinering og samarbeid innen psykisk helsevern?

Tidligere forskning (Erichsen 1996) viser at endringer i lovverk, finansielle forhold samt endringer i kunnskapsgrunnlaget er noe av det som kan skape ustabilitet og endringer i jurisdiksjoner mellom etater og profesjoner, og som derfor kan føre til endringer i forutsetningene for samarbeid og koordinering. Dette er tema som vil bli belyst i denne studien. Utgangspunktet vil være reformene og hvordan etablerte institusjonelle forhold kan ha betydning for koordinering og samarbeid mellom ulike etater som tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Gjennom et institusjonelt perspektiv vil aktuelle normer og verdier i institusjonene bli belyst for å

² Et perspektiv utledet av organisasjonsteoretikere som Taylor (1911), Fayol (1959), Weber (1947), og nyere teoretikere som Simon (1976) og Scott (1998).

kunne si noe om hvordan etatene koordinerer og samarbeider, og hvorfor de gjør det slik. Reformene vil i denne studien bli sett på som en sentral del av etatenes omgivelser. Ut i fra denne analysen er det ønskelig å kunne si noe om forutsetningene for koordinering og samarbeid i grenseflaten mellom de aktuelle etatene, og dermed øke kunnskapen om hvilke forutsetninger som ligger til grunn for koordinering og samarbeid mellom etater som tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

For å kunne belyse koordinering og samarbeid må begrepene tydeliggjøres. I denne studien vil koordinering og samarbeid bli definert ved ulike koordineringsmekanismer (Mintzberg 1983). Ut i fra dette kan koordinering sees som ulike måter å organisere og dele arbeidet på, fokus er på kontroll og kommunikasjon. Koordinering kan praktiseres gjennom ulike former for standardisering, og gjennom aktører som i fellesskap diskuterer seg frem til løsningen. Mellom disse to ytterpunktene kan det være ulike grader av standardisering og/ eller ulike kommunikative løsninger (Eriksen 1999).

Metode

Datagrunnlaget i studien vil bygge på aktuelle offentlige dokument, og kvalitative intervjuer med informanter fra ulike etater inne psykisk helsevern som samarbeider. Studien er lagt opp til å være en case-studie hvor et nettverk av etater blir studert med fokus på praksis og holdninger knyttet til koordinering og samarbeid mellom etatene. Ut i fra dette skal forutsetninger for koordinering og samarbeid i grenseflaten bli belyst. Informantene vil være fra tre ulike etater, sykehus, distriktpsikiatrisk senter og kommunen. De vil ha ulik profesjonsbakgrunn og tilhøre ulike nivå i sin organisasjon. Data vil også bli utfylt av mine egne observasjoner fra flere års arbeid ved det aktuelle sykehuset. Jeg har også vært knyttet til dette sykehuset under studien (mer om dette i metodekapittelet).

Studien tar sikte på å beskrive aktuell reformer og hvordan de ulike aktørene koordinerer og samarbeider, og ut i fra et rasjonelt og et institusjonelt perspektiv, belyse forutsetningene som ligger i grenseflaten der de aktuelle etatene skal koordinere og samarbeide. Innsamlede data vil bli presentert og analysert ved hjelp av tre grenseflater, deretter vil oppgavens problemstilling bli besvart ved å se på de tre grenseflatene som en helhet. Med bakgrunn i de ulike reformene som en del av etatenes omgivelser, vil det være interessant å se på i hvilken grad og på hvilken måte,

disse påvirker forutsetningene i grenseflatene. Dette kan belyses gjennom å se i hvilken grad etatenes praksis, normer og verdier er i tråd med aktuelle reformer.

Hvorfor denne studien?

Studien er interessant fordi den vil søke å belyse et tilbakevendende og svært aktuelt problem innen helsevesenet; koordinering og samarbeid mellom ulike etater og nivåer. Studier av koordinering og samarbeid har i liten grad vært gjort i forhold til offentlige organisasjoner. Denne studien kan derfor bidra til økt kunnskap om, og forståelse for, hvordan de aktuelle etatene samarbeider. Den kan også bidra til å belyse forutsetningene som ligger til grunn, både i forhold til funksjon, fag og økonomi.

Studien er aktuell med tanke på den offentlige debatten om psykiatritilbudet i Norge med fokus på blant annet manglende helhet i tjenester og for lite brukermedvirkning, og ikke minst med tanke på særtrekk ved et felt preget av profesjonsmangfold, ulike behandlingssideologier, nivåproblematikk, spesialisering og knapphet på ressurser. Også mer forskningsbaserte vurderinger støtter opp under forståelsen av at det her er mange utfordringer. I og med de mange reformene som har mer helhetlige tjenester som et av flere mål, er det også interessant å se hvordan de ulike reformene kan være av betydning. I hvilken grad støtter de opp om god koordinering, og i hvilken grad kan de virke hemmende?

Tidligere internasjonale og nasjonale studier bekrefter den mer allmenne oppfatning om at koordinering og samarbeid på tvers av organisasjoner er vanskelig. Seemann (1996) som har sett på offentlige helse etater i Danmark med aktør fokus, mener utfordringene ligger i å finne balansen mellom aktørenes egen autonomi, og behovet for ekstern koordinering. Hun mener det ligger et dilemma her. Andre har lagt mer vekt på organisatoriske forhold, for å forstå koordinering og samarbeid, så som Weiss (1987). Han er som Mintzberg (1979,1983) opptatt av arbeidsrutiner og hvordan disse kan fremme og / eller hemme koordinering og samarbeid. Forskning på koordinering i offentlig sektor i Norge har vært gjort gjennom flere små studier der fokus for de fleste har vært på kommunene. Bjørkly / Wicken (2004) har derimot gjort en studie på samarbeid mellom 1 og 2. linjetjenesten innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Empiriske forventninger

Det har vært fokusert mye på hvor lite helhetlig tilbudet fra helsevesenet er, og hvor lite flinke etatene er til å koordinere. Ut i fra dette kan en forvente funn som viser at etatene bruker lite tid og ressurser på koordinering og samarbeid med andre etater. En vil da kunne forvente aktører som i liten grad er opptatt av koordinering og samarbeid, strukturer som ikke legger til rette for samarbeid, og aktører som opplever lite ytre press på å samarbeide (Weiss 1987). Om det viser seg å være slik kan det tyde på at reformene i liten grad har slått inn og blitt en del av etatenes normer og verdier.

Økonomiske faktorer får stadig større fokus innen helsevesenet. Det blir fra noen hold hevdet at økonomiske insentiver er det mest effektive virkemiddelet for å få organisasjoner til å tilpasse seg nye krav (Horngren, Foster, Datar 2003). Er det slik også i forhold til koordinering og samarbeid mellom offentlige etater innen psykisk helsevern? Vil økonomiske insentiver være av betydning for forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom de aktuelle etatene?

Videre er det sagt og skrevet mye om profesjonskonflikter i helsesektoren (Erichssen 1996, Løchen 1996). Det vil derfor være interessant å se om det er noe som tyder på at det er variasjoner mellom profesjonene i forhold til hvordan de ser på koordinering og samarbeid, og om dette har betydning for forutsetninger i grenseflaten. Det kan herske ulike rasjonale for koordinering og samarbeid samtidig i et felt, og noen kan være mer dominerende enn andre på gitte tidspunkt, og i gitte deler av feltet. For den enkelte organisasjon kan dette medføre dilemmasituasjoner og konflikter (Jørgensen og Melander 1992).

Dette er noe av det som ut i fra tidligere forskning og ulike beskrivelser av situasjonen kan forventes å komme frem i denne studien.

Studiens oppbygging

Den videre fremstillingen av studien er ordnet slik at jeg i kapittel to og tre presenterer begrepsavklaringer og studiens teoretiske utgangspunkt. Aktuelle begreper som blir avklart er koordinering og grenseflate. Videre vil et rasjonelt perspektiv samt et bredt institusjonelt perspektiv, bli presentert. De skal danne grunnlaget for studiens analyse. Institusjonell teori vil

også omfatte profesjonsteori der aktuelle faglige logikker og jurisdiksjonsbegrepet blir presentert. I fjerde kapittel vil de metodologiske valgene som ligger til grunn for studien bli presentert. Kapitlet gir begrunnelser for de valgene som er foretatt og sammenhengen mellom de teoretiske og metodiske valg vil bli vist. Her vil også utfordringene knyttet til min nærhet til deler av feltet, bli diskutert.

I kapittel fem blir bakgrunn for dagens situasjon i helsesektoren belyst gjennom å se på endringer i psykiatrien, og hvordan disse har bidratt til endrede vilkår for koordinering. Det vil bli sett på både hvordan strukturelle, faglige og økonomiske forhold har endret seg. Deretter presenteres aktuelle reformer, og rasjonale for koordinering i disse reformene i kapittel seks. Fokus der er hvordan de ulike reformene legger opp til å kunne bidra til bedre koordinering og mer helhetlige tjenester. I kapittel sju kommer en kort presentasjon av de tre helseetatene; kommunen, sykehus og distriktpsikiatriske senter.

I kapittel åtte, ni og ti, blir hver av grenseflatene presentert; Den funksjonelle grenseflate, Den faglige grenseflate og Den økonomiske grenseflate. I hvert av disse kapitlene presenteres først empiri fra grenseflaten, deretter er funnene analysert ut i fra aktuell teori. I kapittel elleve vurderes grenseflatene som et hele, og studiens problemstilling besvares. I et avsluttende kapittel tolv er funnene drøftet og oppgavens metodiske og teoretiske tilnærming blir kort diskutert.

2 BEGREPSAVKLARING

Koordinering, samarbeid og grenseflate er sentrale begreper i studien. Disse kan forstås på flere måter, og vil derfor bli klargjort ut i fra hvordan de forstås her. Til slutt i dette kapittelet vi også begrepene bruker og pasient bli definert.

2.1 Hva er koordinering?

Det er mange begreper som brukes i omtale av studiens tema, koordinering. Både samarbeid, samhandling, koordinering, samordning blir brukt. Disse begrepene er ikke utvetydige verken i faglitteraturen eller i praktisk språkbruk, og de kan defineres på flere måter. Noen definerer begrepene som mål, mens andre definerer de som midler. En annen forskjell i bruk av begrepene er knyttet til hvordan samordning kan oppnås. Handler koordinering utelukkende om manipulering med strukturelle rammer, eller handler det om aktører? En tredje variasjon ligger i om man snakker om planlegging og tilrettelegging av ulike aktørers handlinger, eller om en snakker om utøvelse av en aktivitet. I denne studien vil Mintzbergs forståelse av begrepet koordinering legges til grunn.

Begreper som samordning, samarbeid og koordinering viser til noe av den definisjonsmessige kjernen i organisasjonstenkning. Mintzberg (1983) mener at samordning er et fundamentalt krav i forbindelse med enhver form for organisering. Han er opptatt av hvordan all organisering fører til to motstridende krav; arbeidsdeling og samordning. Ut i fra denne tilnærmingen, kan organisasjonsstrukturen defineres som; ”..the sum total of the ways in which it divides its labour into distinct tasks and then achieves coordination among them” (Mintzberg 1979;2). Ut i fra dette blir manglende samordning et misforhold mellom arbeidsdeling og sammenbinding av aktiviteter. Sammenbindingen kan foregå på flere måter. Han presenterer fem koordineringsmekanismer som viser ulike måter dette kan gjøres på. Disse vil bli presentert men først litt om bakgrunnen for koordinering innen organisasjonsteorien.

Hva som er den beste måte å koordinere og organisere på har det rådet ulike meninger om.

Frem til 1950 var koordinering av oppgaver vanligvis organisert i strukturer som var basert på regler og et rigid hierarki av autoritet (Mintzberg 1993:2). Utgangspunktet var at det fantes en felles beste løsning for organisering av alle aktiviteter og oppgaver, der hierarkiet var den beste måten å strukturere organisasjoner på. Senere har flere, blant annet Mintzberg, fokusert mer på at organisasjoner er forskjellige og at hver enkelt organisasjon har sine individuelle behov i forhold til hvordan den bør organiseres. Mintzberg mener det bør tas hensyn til den enkelte organisasjonens ytre og indre forhold når organisasjonens struktur skal utvikles.

Bakgrunnen er en forventning om at rett organisering vil føre til at organisasjoner fungerer mer effektivt og målrettet. Det bygger på en forutsetning om rasjonelle aktører eller systemer som velger den løsningen som er mest hensiktsmessig ut i fra et gitt mål, og tar utgangspunkt i et instrumentelt perspektiv.

Koordineringsmekanismer

Mintzberg (1983) vektlegger betydningen av kontroll og kommunikasjon i koordinering der begge disse kan foregå enten på aktørnivå eller strukturnivå. Han presenterer fem ulike måter å koordinere arbeidsprosesser på der disse elementene har ulik funksjon (rolle) og vektlegging. Disse kaller han koordineringsmekanismer. De er det mest grunnleggende elementet i organisasjonens struktur, det er limet som holder organisasjonen sammen mener Mintzberg (1993:4). De fem koordineringsmekanismene Mintzberg presenterer er; gjensidig tilpasning (mutual adjustment), direkte styring (direct supervision), standardisering av arbeidsprosessen, standardisering av resultatene (outputs) og standardisering av kunnskap / ferdigheter. Han mener mekanismene kan brukes hver for seg eller i kombinasjon.

I de to første koordineringsmekanismene, gjensidig tilpasning og direkte styring, er det fokus på aktørene. Dette bygger på at kontrollen ligger hos aktørene som er avhengig av god kommunikasjon. Gjensidig tilpasning (mutual adjustment) er koordinering på bakgrunn av uformell kommunikasjon. Arbeidet styres gjennom gjensidige kommunikasjonen mellom aktørene. Kontrollen ligger derfor hos disse, både i forhold til hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres og hvordan resultatet blir. Det foreligger da ikke rutiner som er bestemt i forkant verken av "arbeiderne" selv eller andre.

Direkte styring (direct supervision) er den organiseringsmåten som ligner mest på praksisen frem til 1950 tallet, med en sterk arbeidsdeling og et tydelig hierarki. I denne måten å koordinere arbeid på er det en person som tar ansvaret for andres / alles arbeid og gir instruksjoner, kontrollerer, og ser etter arbeidet. Det er "en hjerne" som koordinerer flere hender, og arbeidsdelingen er tydelig og kjent (Mintzberg 1993:4). Ved denne måten å organisere arbeidet på er en ikke avhengig av at alle som utfører arbeidet har kunnskaper nok til å vurdere hva som er riktig måte å løse oppgavene på. Det er tilstrekkelig at lederen vet hva som skal gjøres, han vil da instruere de andre. Oppgavene vil bli løst på samme måte uavhengig av kunnskaper, ferdigheter eller erfaringer hos den som utfører arbeidet.

Standardisering er fellesnevneren for de tre siste koordineringsmekanismene som Mintzberg presenterer. Hovedfokus er her på systemer og hvordan de kan tilrettelegges. Koordineringen blir da gjort på tegnebrettet, før arbeidet settes i gang. Flere forhold kan standardiseres: arbeidsprosessen (work processes), resultatene (outputs) eller ferdighetene / kunnskapene til den som utfører arbeidet (inputs / skills) (Mintzberg 1993:5).

Standardisering av arbeidsprosessen vil si at det er utformet rutiner / prosedyrer for hvordan arbeidet skal utføres i forkant. Disse blir så fulgt av alle som skal løse de aktuelle oppgavene. Den som utfører arbeidet er bare ansvarlig for å følge instruksene. Ansvaret for resultatet derimot, ligger hos de som har utarbeidet instruksene. Dette er ideer hentet fra industrien.

Standardisering av resultatene (outputs) vil si at resultatet av arbeidet, for eksempel dimensjonen på produktet eller utførelsen (performance), er spesifisert på forhånd (Mintzberg 1993:6). Det vil være opp til den enkelte som utfører arbeidet selv å bestemme hvordan resultatet skal oppnås.

Denne metoden forutsetter tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter hos den som skal utføre arbeidet, og kjennskap til og aksept av, det ønskede resultatet. Utøveren er ansvarlig for at resultatet blir slik som beskrevet i standardiseringen. Ved standardisering av kunnskap / ferdigheter har de som utfører arbeidet på forhånd definerte kunnskaper / ferdigheter. Det finnes en rekke utdannelser og godkjenninger som gir slik kunnskap og som kvalifiserer personer for spesiell arbeidsoppgaver. En rekke faggrupper / profesjoner innen helse og sosial sektoren har tradisjonelt vært styrt på denne måten. Dette medfører stor frihet for de som utøver arbeidet i forhold til hvilke oppgaver som skal løses, og hvordan de skal løses. Forutsetningen er at det finnes kunnskap / ferdigheter som er tilstrekkelig entydige, og som er akseptert og kjent av alle

som skal bidra til den helhetlige og koordinerte løsningen / tjenesten. Her ligger kontrollen i systemet, og ikke hos aktørene. Kommunikasjonen er styrt av det systemet har lagt opp til, i motsetning til ved de to første koordineringsmekanismene der de som utøver arbeidet også har kontroll over kommunikasjonen.

Hvilke koordineringsmekanismer som er mest hensiktsmessige, vil variere avhengig av flere forhold, og noen ganger vil det være hensiktsmessig å kombinere flere koordineringsmekanismene. I følge Mintzberg vil gjensidig tilpasning og standardisering av kompetanse være mest hensiktsmessig i en profesjonsbasert organisasjon, mens standardisering av arbeidsprosessen vil være mest hensiktsmessig i en byråkratisk organisasjon. Standardisering av resultat kan sies å være den underliggende samordningsmekanisme ved bruk av målstyring / resultatstyring (Mintzberg 1983:4-5). Uavhengig av hvilke måter arbeidet blir koordinert på vil uformell kommunikasjon være viktig (Mintzberg 1993). Ved koordinering på grunnlag av standardisering vil uformell kommunikasjon kunne veie opp for rigiditeten som ligger i standardisering.

Definisjon

Ut i fra dette kan koordinering skje på ulike måter, den kan være styrt av de som utfører arbeidet eller av ulike standarder. Det er hvordan kontrollen blir fordelt, og hvordan kommunikasjonen skjer som definerer den ene måten å koordinere på fra den andre.

Koordinering kan forstås som en sammenkobling av ulike deler til en helhet. Tema i denne studien vil omfatte sammenkobling av arbeid som i utgangspunktet er delt mellom ulike aktører men som en ønsker skal utgjøre en helhet. Begrepet koordinering vil her bli brukt sammen med samarbeid, og vil sammen omfatte både planlegging av arbeid, enkelt personers handlinger og eventuelle felles handlinger som skal til for å nå målet om mer helhetlige tjenester og bedre ressursutnyttelse.

2.2 Grenseflate

Dette vil være en studie av grenseflate mellom flere offentlige etater som tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Begrepet grenseflate springer ut av arbeidsdeling mellom ulike aktører eller etater. I denne studien er dette de områder som på forskjellige måter er med og former vilkårene for koordinering i nettverket av etater. Grenseflaten kan være klart definert slik som de organisatoriske og strukturelle grenseflater, eller ha mer eller mindre karakter av å være gråsoner (Erichsen 1996). Det finnes grenseflater ut mot samfunnet og mellom organisasjoner og etater på ulike nivå.

Møter i grenseflaten kan være regulert på flere måter. Den kan i større eller mindre grad være styrt av formelle eller uformelle regler, eller den kan ha mer trekk av spontant nettverk (Nyhlen 1999, Bjørkly og Wicken 2004). Det er grunn til å anta at koordinering mellom etater vil ha ulike vilkår avhengig av hva grenseflaten er preget av, reguleringer eller mer spontan kontakt (potensiell møteplass).

I denne studien vil fokus være på funksjonell grenseflate, faglig grenseflate og økonomisk grenseflate i nettverket av offentlige helseetater som tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Den funksjonelle grenseflaten vil ha fokus på etatenes holdninger og praksis i forhold til deling av oppgaver og ansvar i nettverket. Den faglige grenseflaten vil ha fokus på faglige forhold som kan være av betydning for koordinering og samarbeid. Den økonomiske grenseflate har fokus på de økonomiske og finansielle forhold som påvirker koordinering og samarbeid mellom etatene.

Studien ønsker å belyse vilkårene for koordinering i grenseflaten mellom et sykehus, en DPS, fastlege og kommunal psykiatritjeneste.

2.3 Pasient eller bruker?

I denne studien vil de som mottar tjenester fra etatene bli omtalt som pasienter. Det blir fra flere hold hevdet at dette er et uheldig begrep da pasientrollen tradisjonelt blir sett på som en passivt mottakende rolle, der pasienten i liten grad selv tar ansvar for egen helse. Bruker rollen blir derimot sett på som en mer aktiv rolle, der brukeren tar større ansvar for egen helse.

Jeg velger allikevel i hovedsak å bruke pasientbegrepet da det er dette som brukes både i lovverket som regulerer sykehusets og DPS sine aktiviteter, og i forskrift om individuell plan som er hjemlet i en rekke lover. Flere andre offentlige dokumenter bruker begrepene om hverandre, som f.eks. Opptrappingsplanen for psykisk helse. I denne studien vil begrepene pasient og bruker bli brukt på samme måte, og bety det samme.

2.4 Oppsummering

Det er i dette kapitlet presentert flere aktuelle begreper som vil være sentrale i denne studien. Det er vist hvordan begrepene koordinering og samarbeid vil bli brukt sammen, og omfatter både planlegging av arbeid, enkeltpersoners handlinger og eventuelle felles handlinger som skal til for å få til helhetlige tjenester. Videre er grenseflate- begrepet beskrevet til å være det området som på ulike måter er med å forme vilkårene for koordinering og samarbeid i nettverket av etater. Til slutt ble begrepene pasient og bruker presentert til å være definisjonsmessig like begreper i denne studien.

I neste kapittel vil studiens teoretiske grunnlag bli presentert ut i fra to perspektiv, et rasjonelt og et institusjonelt perspektiv.

3 TEORI

Søking etter og tolkning av empiri vil til en viss grad være påvirket av det teoretiske utgangspunktet som blir lagt til grunn for studien. Samtidig bør en empirisk fremstilling relateres til en større sammenheng for å være fruktbar. I dette kapitlet vil jeg derfor først gjøre rede for kunnskapsstatus ved å kort si noe om hva som tidligere er sagt om koordinering i offentlig sektor. Deretter vil studiens teoretiske perspektiv, et rasjonelt perspektiv og et vidt institusjonelt perspektiv, bli presentert. Det vil i dette kapitlet også bli presentert noen empiriske implikasjoner i forhold til ulike perspektivert og teorier. I det vide institusjonelle perspektiv blir profesjonsteori med fokus på jurisdiksjoner og ulike faglige logikker presentert etter en mer generell del om dette perspektivet.

3.1 Kunnskapsstatus

Organisasjoner og omgivelsene

Fokus på organisasjoners omgivelser har en stor, og økende posisjon i organisasjons-litteraturen. Utover 80-tallet skjedde det imidlertid noen endringer i fokus. Fra først å ha vært opptatt av organisasjoners tilpasning til omgivelsene, dreide fokus seg mer mot omgivelsene som bestående av andre organisasjoner. Disse omgivelsene utgjør til sammen et nettverk av interagerende og til dels konkurrerende, dels samhandlende enheter (Aldrich 1979). Det skjedde også en dreining med at ”organisasjon som åpent system” – retningen ble utfordret. Organisasjoner ble etter hvert sett på som åpne men samtidig lukkede systemer. De er innelukkede sammen med sine nære omgivelser, der de er i stand til å skjerme seg mot utfordringer over lengre tid, og i mindre grad ta signaler, oppfatte trusler og muligheter fra omgivelsene (Scott 1998, Meyer og Rowan 1977, Knudsen 2004). Ut i fra dette er organisasjoners våkenhet i forhold til impulser utenfra og frihet til å reagere på disse, begrenset. På tross av dette hersker det bre enighet om at de fleste organisasjoner i større grad en noen gang er avhengig av andre organisasjoner for å løse sine oppgaver.

I teori og litteratur om privatsektor har interorganisatoriske relasjoner en posisjon. Fokus er da på relasjoner, og kontakt mellom organisasjoner eller organisatoriske enheter. På tross av dette er det

relativt få eksempler på systematiske, empiriske undersøkelser av fenomenet innen offentlig sektor. Det som foreligger er i stor grad hentet fra USA der de politisk-økonomiske og kulturelle betingelsene er forskjellige fra våre (Knudsen 2004:23).

Forskningen på offentlig sektor i Norge har vært preget av mindre studier der det i flere av disse har vært fokusert på kommunens rolle (Lichtwark 1997), noe som gir at kunnskaps-grunnlaget i disse studiene i forhold til samarbeid og koordinering kan sees som noe fragmentert og lite helhetlig. I boka "Dugnadsånd og forsvarsverk" (Repstad 1993) gir flere artikkelforfattere bidrag som omhandler ulike aspekter ved samarbeid- og samordningsproblematikken innenfor offentlig sektor. Andre norske studier er Repstad (2004), Bjørkly m.fl. (2004), Ramsdal (1996) og Svenningsen (1987). Aktuelle internasjonale studier er; Mintzberg (1979), Seemann (1996), Hall et.al. (1977), Whetten m.fl (1982), Weiss (1987).

Interessen for studier av helsevesen og spesielt sykehus er økende. Flere studier har hatt fokus på hvordan nye organisasjons- og ledelsesmodeller bryter med sykehusfeltets tradisjonelle logikk, det er blitt beskrevet brudd i forhold til profesjoner og tradisjonelle organisatoriske strukturer og prosesser (Borum 2001;17). Det er gjort studier på ulike fenomen knyttet til reformer. Men få har sett på hvilken betydning ulike reformer kan ha for koordinering og samarbeidet mellom etater, dette på tross av at samarbeid og helhet er sentrale tema i helsereformene i mange land.

Forskningsfeltet er preget av, og kompliseres av de mange ulike begrepene som anvendes. Samarbeid, samhandling, koordinering og samordning er bare noen av de begrepene som brukes, og de er ikke utvetydige. Dette bidrar til at forskning innenfor tema i liten grad er kumulativ.

Funn / konklusjoner i tidligere studier

Tidligere studier bekrefter den mer allmenne oppfatningen om at interorganisatorisk samarbeid / koordinering er vanskelig. Beskrivelsene av hva som er vanskelig og hvorfor varierer med studienes fokus. Seemann skriver at de fleste nettverksstudier om tema har vist hvor vanskelig det

er å samarbeide og forhandle seg frem til varige kompromisser³. Hun viser i sin studie av koordinering mellom etater innen psykiatritjenesten i et amt i Danmark (Seemann 2001), at koordinering kan være så tid og ressurskrevende at den tar tid fra profesjonelle kjerneoppgaver.

Studiene har hatt ulike fokus. Noen har med utgangspunkt i aktørene, pekt på at de som skal samarbeide må lære seg å gjøre og tenke annerledes enn de har gjort tidligere. Seemann mener utfordringen ligger i å finne balansen mellom den enkeltes autonomi, og behovet for ekstern koordinering. Videre peker hun på at aktørene må lære å leve med ulike strukturer og organiseringer, da de ulike organisasjonene i feltet kan være organisert både som pyramider og fleksible løst koblede og strukturerende organisasjons-enheter. Hun mener også det er behovet for aktørene å avlære det autoritative som er basert på ekspertrollen, og i større grad lære seg rollen som dialogpartner i forhold til brukeren. Hall et.all (1977) fokuserte også på aktørenes relasjon i sin studie. Han fant at 70 prosent av relasjonene i studien var basert på uformell kontakt, der positive vurderinger av de andre var helt sentralt for å lykkes med samarbeidet (Hall et.all 1977).

Problemer med koordinering kan ha med aktørene å gjøre som Seemann og Hall beskriver, eller det kan ha med organisasjonen og systemet som Weiss (1987) har fokus på. Han peker på at arbeidsrutiner kan være vanskelig å synkronisere. Det kan være målsettinger i de ulike etatene som overlapper hverandre, men som ikke er identiske. Enhetene kan også hver for seg være underlagt forventninger og press fra omgivelsene som ikke alltid kan innfris om man må ta hensyn til samarbeidspartnere. Videre peker han på at ledelsen ved de ulike enhetene som skal koordinere og samarbeide kan være så opptatt av å minske usikkerheten i egen virksomhet, at de ikke alltid tar hensyn til de andre enhetenes behov for risikoreduksjon. Han peker også på enhetenes grunnleggende ønske om størst mulig uavhengighet som en utfordring knyttet til koordinering og samarbeid (Weiss 1987).

Utgangspunktet for denne studien er at koordinering og samarbeid påvirkes både av ulike reformer og av organisasjoners kultur og struktur.

³ Brown, 1983; Gustafson og Seemann, 1985; Gustafsson, 1991; Jørgensen og Melander, 1992; Alter og Hage, 1993; Millward og Provan, 1995.

3.2 Teoretiske perspektiv

En teori kan sees som et relativt systematisk sett av forestillinger om sammenhenger mellom ulike fenomen (Roness 1997:11). Det medfører at noen sider ved fenomenet blir fremhevet mens andre blir tatt for gitt. Tidligere studier av koordinering har tatt utgangspunkt i ulike teoretiske perspektiv og har derfor representert ulike tilnærminger og bidratt med ulike forklaringer i forhold til tema. De ulike perspektivene har bygget på ulike forestillinger om hva koordinering er, og hva det er som driver handlinger i organisasjoner.

Studiens problemstilling er; Hvilke faktorer er av betydning for hvordan koordinering og samarbeid mellom etatene skjer, og hvordan påvirker disse faktorene forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom offentlige etater innen psykisk helsevern?

Koordinering og samarbeid kan forstås ut i fra flere perspektiv som kan belyse ulike sider ved tema. Et rasjonelt perspektiv preger de dokumenter og reformer som er aktuell innen psykisk helsevern, og vil kunne belyse forutsetninger som skapes ut i fra reformene. I denne studien vil dette perspektivet bli kontradiktert med et institusjonelt perspektiv med hovedfokus på de institusjoner og aktører som skal iverksette reformer og retningslinjer. Dette perspektivet vil kunne belyse institusjonelle forhold som kan være av betydning for forutsetningene for koordineirng og samarbeid. Til sammen kan disse perspektivene fange opp forutsetninger skapt både av regulative, normative og kognitive forhold.

Rasjonelt perspektiv

Tidlig organisasjonsteori la vekt på mål-middel rasjonalitet som sentral forklaringsfaktor for organisasjonsatferd (Taylor 1911, Fayol 1950, Weber 1947). Handlinger blir da sett på som et resultat av bevisste og målrettede valg mellom ulike alternativ, og beslutninger blir gjort på grunnlag av konsekvenslogikk (March og Olsen 1995). Simon (1976) modifiserte det klassiske rasjonalitetssynet ved å innføre begrepet ”begrenset rasjonalitet”. Det rasjonelt-instrumentelle perspektiv hevder at rasjonaliteten først og fremst ligger i organisasjonen, og ikke hos det enkelte organisasjonsmedlem (Egeberg 1984). Organisasjonsstrukturen fremmer da rasjonalitet ved å kontrollere og kanalisere organisasjonsatferd gjennom formalisering (Scott 1998). Iverksetting

av offentlige reformer tar utgangspunkt i en slik konsekvenslogikk, og et rasjonelt perspektiv preger de dokumenter og reformer som er innført. Ut i fra dette perspektivet vil målene for reformer nås om aktørene handler i samsvar med reformene.

Men det er grunn til å anta at aktørene ikke bare er lydige adoptører som innordner seg under direktivene, men også blir styrt av / påvirket av flere andre forhold. Det instrumentelle perspektiv vil derfor bli holdt opp mot et institusjonelt perspektiv, og reformene vil da bli sett på som en del av organisasjonenes omgivelser. Deres betydning for forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom etatene vil da bli belyst gjennom å se hvordan trekk fra reformene gjenspeiles i normer og verdier i etatene. Studien ønsker å belyse hvordan ulike faktorer, også reformer, påvirker forutsetninger for koordinering i grenseflaten som definerer arbeidsdelingen mellom etatene.

Studien vil ha fokus på forhold som er av betydning for etatenes normer og verdier, både innad og i omgivelsene. Gjennom dette kan ulike faktorer av betydning for forutsetninger for koordinering og samarbeid mellom de aktuelle etatene, belyses.

Institusjonelt perspektiv

Institusjonelt perspektiv vokste frem som en reaksjon på det tidligere rådende fokus på rasjonelle valg alene. Det ble etter hvert utviklet flere alternative modeller som tonet ned rasjonalitetsaspektet. Institusjonelt perspektiv er hovedsakelig opptatt av hvordan kulturelle og sosiale forhold påvirker det som skjer i institusjoner (Barley og Tolbert 1997), den tar med ytre påvirkninger på atferd som "rasjonelle aktør" modeller ignorerte. Fra et institusjonelt perspektiv, rettes fokuset mot regler, normer og antakelser som påvirker organisasjonen og dens medlemmer. Perspektivet er et forsøk på å forstå stabile mønster av forestillinger og handlinger i og omkring organisasjoner, men også om og hvordan disse stabile mønster kan forandres. Ut i fra dette perspektivet påvirkes koordinering og samarbeid mellom etater av de institusjonelle betingelsene som råder i det aktuelle feltet. Koordinering og samarbeid kan med det forstås ved å se på hvilke verdier og normer som er institusjonalisert i etatene, gjennom for eksempel å belyse hvilke aktiviteter, antakelser og holdninger som har oppnådd en regel-lik status (Meyer og Rowan

1977). Forutsetningene for koordinering kobles med dette til de institusjonelle betingelsene som finnes i grenseflatene.

Noen organisasjoner har en egenverdi utover det rent teknisk formelle, de har karakter av å være institusjoner og har med det et sett av regler som styrer medlemmenes atferden (Roness 1997;76). Disse reglene utvikles til å bli en egen kultur og en måte å oppfatte verden på som er felles for de som er i institusjonen. Med dette utvikles et felles normativt rammeverk og en felles kunnskap som har karakter av å være ”tatt for gitt” for de som er i organisasjonen (Scott 1995). Aktørens handlinger er ut i fra dette perspektivet preget av deres institusjonelle tilhørighet. Institusjoner er i denne sammenheng ikke bare organisasjoner, en institusjon kan også være andre enheter som innehar de samme forutsetningene, både profesjoner, ekteskap og ulike tradisjoner kan sees som institusjoner.

Institusjoner kan oppfattes som organisasjoner fylt med verdier, og kan sees som organismer som til en viss grad lever sitt eget liv uavhengig av formelle målsettinger (Selznick 1957). Overlevelse for organisasjonen kan bli et mål i seg selv, og kan være styrende for aktiviteter i organisasjonen (Christensen, Lægroid 1997). Medlemmenes handlinger vil være knyttet til vurderinger rundt hva som er passende å gjøre for personer som innehar de posisjonene de har (Roness 1997;76).

Logikken for ”det passende” i den enkelte organisasjon bygger både på formelle og uformelle regler (March og Olsen 1995). I logikk om det passende vil det være koblinger mellom regler, identiteter og situasjoner. Atferd vil da være et resultat av refleksjon over spørsmål av typen; hvem er jeg (institusjonell identitet), hvilken situasjon er dette og hva gjør en som meg i denne situasjonen (institusjonelle regler).

Forestillingen om sosialt aksepterte handlingsmønstre er av mange beskrevet i begreper av regler og regelfølgning (Mayer og Rowan 1977, Di Maggio og Powell 1983). Disse kan ha flere positive effekter. Sett fra aktørens side forenkler reglene deres handlinger, de slipper å finne alternativer, og velge mellom disse. Videre bidrar regler til å legitimere aktørens handlinger, de trenger ikke selv å forklare eller forsvare hvorfor de handler som de gjør, de følger bare reglene. Rasjonalitet ligger her ikke i å velge den teknisk sett beste løsningen slik som et instrumentelt perspektiv ville vektlagt, rasjonaliteten i dette ligger i hva som er akseptable løsninger ut i fra institusjonens

normer og verdier. Et sentralt begrep her er legitimitet. For organisasjoner kan det være rasjonelt å velge løsninger som gir legitimitet i omgivelsene.

Endringer

Ut i fra dette perspektivet vil endringsprosesser, for eksempel reformer, påvirkes av historisk utviklede normer både i og utenfor organisasjonen (Roness 1997, Müllern og Østergren 1995). Men de rådende normene om passende løsninger utvikler seg langsomt, og kan ikke uten videre endres av noen av aktørene (Roness 1997;76). Dette særpreget er organisasjoners institusjonelle identitet (Brunsson og Olsen 1997). Organisasjoner vil på grunnlag av dette søke skrittvis forandringer som ikke bryter med etablerte institusjonelle verdier. Dersom det rutiniserte handlingsprogrammet ikke er tilstrekkelig vil en bygge på velkjente løsninger, eller gjøre små avvik i forhold til disse (Roness 1997). En vil lete etter løsninger i nærheten av der en har funnet tidligere, stivhengighet (Krasner 1988). Dette skaper stabilitet i organisasjoner og kan være en motvekt til raske forandringer (March og Olsen 1997). Det kan også medføre treghet som gjør endring vanskelig (Perrow 1986). Forandringer som ikke er kompatible med den institusjonelle identiteten kan være vanskelig, og krever mye ressurser og oppmerksomhet. Endringer med høy grad av kompatibilitet kan derimot være uproblematisk og kan bli gjennomført som ren rutine.

I tillegg til kompatibilitet blir vilje sett på som viktig i forhold til at faktisk – og ikke bare symbolsk – endring skal finne sted (Meyer og Rowan 1971). Viljen til endring må sees i forhold til om organisasjonens aktører – og særlig dominerende koalisjoner – anser slike endringsforsøk som en trussel eller en mulighet.

Omgivelser

Institusjonelt perspektiv som mye av nyere organisasjonsteori, ser på organisasjoner som forholdsvis åpne system som påvirkes utenfra og som påvirker sine omgivelser. I moderne samfunn er offentlige myndigheter og profesjonelle grupper sentrale når det gjelder påvirkning av institusjonelle forhold (Scott 1998). Det vil være koblinger mellom forestillinger i den enkelte organisasjon og forestillinger i det videre feltet. Denne koblingen kan være mer eller mindre sterk. Avhengig av styrken i feltet kan man forvente ulike påvirkninger av normer og verdier

(Müllern, Østergren 1995). I noen tilfeller er organisasjoner sterkt koblet til hverandre, og forestillingen formes likt mellom dem. I andre felt er koblingen svakere og det kan utvikles ulike forestillinger i ulike organisasjoner.

Eksterne forsøk på å endre organisasjoners grunnleggende verdier, normer og identiteter kan vekke stor motstand og kan bli sett på som å utfordre organisasjonens sjel (Christensen 1997). I møte med press utenfra kan organisasjoner ”velge” ulike strategier. Motstand mot endringer kan medføre at organisasjonen tar i bruk bufferstrategier. De kan bruke rasjonalisering som del av meningsdannelses-prosesser (symbolic coding), det kan være å dekode de normative og deskriptive strukturene fra de operasjonelle strukturene (decoupling; Mayer og Rowan 1979) eller det kan være ulike defensive strategier som for eksempel kompromisser eller unngåelse (compromise, avoidance)(Scott 1998;212). Disse defensive strategiene vil trolig være mer vanlige ved regulative enn ved normative institusjonelle krav, og mer sannsynlige ved normative enn ved kognitive krav (Scott 1998).

Institusjoner kan også velge å ta inn over seg reformer og føringer gjennom brobyggingsprosesser. Meyer og Rowan (1977) samt Di Maggio og Powell (1983) peker på isomorfisme som en hovedbrobyggingsprosess i institusjonelle omgivelser. Ved å inkorporere institusjonelle regler i sin egen struktur, vil organisasjoner over tid bli mer like hverandre i strukturen (Scott 1998;212). Di Maggio og Powell (1983) identifiserte tre mekanismer som kan lede til isomorfisme; tvungen (coercive), imiterende (mimetic) og normativ (i Scott 1998;213). Å ta inn institusjonelle regler på grunnlag av tvang er mest aktuelt ved regulative forhold. Så som lover og pålegg, for eksempel knyttet til politiske reformer. Imitasjon fra andre organisasjoner skjer lettest når det hersker en viss grad av usikkerhet i organisasjonen, og når det gjelder kognitive forhold. Normativ isomorfisme skjer helst i organisasjoner som ønsker å være fremst. De er da opptatt av hvordan organisasjoner som de bør være (Scott 1998). Endring kan være et signal fra institusjonene til omverden, det kan bidra til å gi økt legitimitet. Organisasjoner kan ønske å bli lik andre slik at viktige grupper i omgivelsene oppfatter den som korrekt og passende (Meyer og Rowan 1977, Brunsson og Olsen 1997). Dette kan bidra til at endringene blir mer symbolske enn reelle, men symbolske endring kan være viktig (March og Olsen 1983).

Ut i fra dette ser vi at også omgivelsene og reformer kan spille en viktig rolle innenfor det institusjonelle perspektivet. Normer og verdier kan utvikles i institusjoner eller utenfor, og på ulike måter tas inn i den enkelte institusjon eller holdes ute.

Normativt rammeverk og koordinering

Weiss (1987) har ut i fra flere studier beskrevet noen faktorer han mener bør være tilstede for at interorganisatorisk koordinering skal kunne lykkes. Ut i fra et institusjonelt perspektiv må disse da være en del av det felles normative rammeverket for at det skal ha betydning for det som skjer i organisasjonen. Han fokuserer på faktorer som opplevd behov for koordinering og samarbeid. Aktørene må oppleve at det er nødvendig å samarbeide. Videre mener han ytre press er nødvendig for at ulike organisasjoner skal samarbeide, det er ikke tilstrekkelig at de opplever samarbeid som viktig eller nyttig. Den siste faktoren han peker på er vilje. Han mener det ikke er tilstrekkelig at de ser det nyttig og har et ytre press, de må selv ville samarbeide. Alle disse tre forhold må være tilstede mener Weiss.

Oppsummering

Beskrivelse av formelle lover og regler er viktig når helseetater skal belyses og forstås. Men de kan ikke alene gi forklaringsverdi når samarbeid og koordinering mellom de aktuelle etatene skal belyses. Aktørenes handlinger i organisasjoner kan ikke bare forstås ut i fra mål- middel rasjonalitet. Ut i fra et institusjonelt perspektiv styres aktørene av formelle og uformelle regler i institusjonen som er felles og tatt for gitt. Aktørene styres av en logikk om ”det passende” der det er en kobling mellom regler, identitet og situasjon. Institusjonenes normer og verdier er stabile over tid, og endres i hoveds bare skrittvis.

Det sentrale i denne studien er hvordan koordinering formes og påvirkes av offentlige reformer og institusjonelle betingelser i, og utenfor organisasjonene. Koordinering beskrives her i termer om hva forestillinger i etatene sier om koordinering og samarbeid, og hvordan disse kan forstås ut i fra de to perspektivene. Studiens mål er å belyse forutsetningene for koordinering i grenseflaten mellom de aktuelle etatene.

I denne studien er det flere institusjoner som krysser hverandre. Det er etatene; sykehuset, distriktpsikiatriske sentre, psykiatritjenesten i kommunen og fastlegene. Videre vil de to nivåene kunne sees som institusjoner, med førstelinjetjenesten (kommunen og fastlegen) og andrelinjetjenesten (DPS og sykehuset). Det vil også være ulike profesjoner som kan sees som institusjoner i dette nettverket av etater. Disse vil ha grenser som går på tvers av de formelle organisasjonene, de fleste profesjoner vil i større og mindre grad være representert i flere av etatene.

Empiriske implikasjoner

Ut i fra et instrumentelt perspektiv kan en forvente at koordinering og samarbeid mellom etatene skjer i tråd med aktuelle offentlige reformer og retningslinjer. Om det kommer nye reformer vil aktørenes handlinger endres i tråd med disse.

Ut i fra det institusjonelle perspektivet kan en forvente at koordinering og samarbeid er styrt av formelle og uformelle regler, rutiner og prosedyrer i etatene. Aktørene vil velge akseptable løsninger ut i fra institusjonenes etablerte normer og verdier. Et annet viktig forhold som ut i fra dette perspektivet kan ventes å styre aktørenes atferd er overlevelse for egen institusjon. Dette kan bli et mål i seg selv som står over mer formelle mål. Aktørene kan ut i fra dette velge å forholde seg til koordinering og samarbeid på måter som går på tvers av offisielle mål om disse oppleves truende for institusjonenes overlevelse.

I møte med nye reformer vil en forvente at etatenes etablerte institusjonelle prinsipper er av betydning. Ved høy grad av kompatibilitet mellom verdier og normer i henholdsvis reformene og etatene vil dette øke sannsynligheten for at etaten tar opp i seg reformer og føringer. Hvis det derimot er lite kompatibilitet mellom reformer og etatens normative rammeverk er det større sannsynlighet for at etaten stenger ute reformen ved hjelp av ulike strategier. Både grad av kompatibilitet som nevnt over, grad av usikkerhet i etaten, ønske om legitimitet og ønske om å være fremst vil en forvente er med og påvirker etatenes møte med nye reformer. Ved stor usikkerhet i etaten, ønske om legitimitet i forhold til myndigheter og ønske om å være fremst, vil det være stor sannsynlighet for at etaten tar opp i seg normer og verdier fra reformer og trender.

Ut i fra dette perspektivet vil behov for endringer og tilpasninger styres av forsiktig tilpasning heller enn radikal nytenkning. Om de nye reformene utfordrer tidligere faglige perspektiver, er det grunn til å anta at disse vil bli møtt med motstand. Ut i fra dette perspektivet forventes stabilitet.

Weiss (1987) bruker både instrumentelt og institusjonelt perspektiv når han beskriver forutsetningne for koordinering og samarbeid. Ut i fra hans studier er det grunn til å forvente at tilstedeværelsen av opplevd behov for, og vilje til å koordinering og samarbeide, samtidig med et ytre press, vil øke sannsynligheten for at etatene koordinerer og samarbeider. Fravær av en eller flere av disse faktorene kan bidra til å forklare manglende koordinering (Weiss 1987).

3.3 Profesjonsteori

Helseetaters institusjonelle betingelser utvikles i samspill med profesjonene. Medisinen har vært den mest sentrale profesjonen i utviklingen av helsevesenet, og må derfor vurderes når koordinering og samarbeid mellom ulike helseetater skal belyses og forstås. Først kommer generelt om medisinsk logikk, deretter skisseres to sentrale modeller fra psykiatrien. Da arbeidsdelingen mellom etater og profesjoner er kjernen i koordinering (jmf Mintzberg 1983) kommer en kort presentasjon av aktuelle jurisdiksjoner, før det avsluttes med empiriske implikasjoner ut ifra profesjonsteori.

Den medisinske logikk

Når faglige ståsted i helsevesenet skal belyses kan det være nyttig å se på medisinenes faglige logikk innenfra (Berg 1987). Å forstå medisinen ”innenfra” innebærer å vise hvordan medisinsk utvikling ”oversettes” til organisatoriske ordninger og til prosedyrer og prosesser (Berg 1987:12). Dette er av betydning i denne studien som ut i fra et institusjonelt perspektiv har fokus på etablerte ordninger og prosedyrer i de aktuelle etatene. Andre har nærmet seg dette tema på andre måter⁴. Berg mener utviklingen innen medisin med spesialisering, institusjonalisering,

⁴ Se Løchen 1996 med et utenfra perspektiv

dehumanisering, dekomponering osv., ut i fra den medisinske logikken, kan sees på som naturlig, rasjonell og hensiktsmessig (Berg 1987). Derfor bør de søkes å forstås ut i fra dette.

Den medisinske tenkningen bygger på det reduksjonistiske paradigme fra 1870-tallet med Pasteur og Koch. Medisinen fremstilles i dette perspektivet med hovedvekt på en vitenskapelig betinget virksomhet der legene er rasjonelle forvaltere av en begrunnet, testbar, kumulativ og lisensiert kunnskap (Løchen 1996). Utviklingen har også vært styrt av ytre nødvendigheter som produksjon og utnyttelse av ny kunnskap. Det har ikke bare vært en rasjonell prosess, men også en skapende prosess på søken etter ”gode” eller ”tilfredsstillende” løsninger, ikke de beste løsningene (Berg 1987;13).

Dekomponering er grunnleggende innen den medisinske logikk. Det vil si at legen ser på pasienten og miljøet som en rekke interagerende variabler eller størrelser som kan vurderes og behandles hver for seg. Legen behandler da et avgrenset problemområde hos pasienten, og kartlegger symptomer ut i fra vitenskapelig kunnskap, og legger i liten grad vekt på andre forhold ved pasienten. Legens arbeid er styrt av nøyaktige kalkulasjoner og kvantitativ planlegging. Ved lite dekomponering derimot, vil fokus være på både pasienten, og dennes miljø. Legen ser da på få, og grove variabler, og vil ha en lite kalkulerende strategisk atferd (Berg 1987). Både grad av dekomponering og det faglige innhold i medisinen kan være slik at det i større eller mindre grad gjør legen avhengig av personlig kjennskap til sine pasienter og deres miljø. Faktorer som dette vil være av betydning for hvor viktig forhold som stabilitet og kontinuitet blir vurdert til å være i relasjonen mellom lege og pasient, og ved koordinering og samarbeid mellom ulike etater.

Faglig modeller i psykiatrien

Selv om også psykiatrien er en del av medisinen, har den noen særtrekk. Psykiatrien er splittet i ulike retninger som har ulike, til dels uforenlige, sosiale implikasjoner og ulik grad av dekomponering, mener Berg (Berg 1987). Andre ser dette annerledes og mener psykiatrien ikke består av slike ”uforenlige retninger”. Utgangspunktet i denne studien er at det er ulike retninger innen psykiatrien, noe som støttes av Ramsdal (Ramsdal 1996). Hvor uforenlige disse ulike retningene er, skal vi ikke gå inn på, men ta utgangspunkt i to av tre hovedkategorier av modeller

for psykiske lidelser som Berg presenterer, reduksjonistisk- og sosiologiskmodell (Berg 1987)⁵. I denne studien mener jeg det kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i disse ”idealtypene” som Berg skisserer, og som han mener kan forklare noe av den utviklingen vi ser i helsevesenet i dag. Den reduksjonistiske modell vil søke forklaring for sykdom i biologien og fysiologien. Behandlingen vil derfor bestå av tiltak som kan påvirke dette. Innen psykiatri vil det være medisiner og elektroshokk (ECT) (Berg 1987;97). Denne gruppen av modeller tar utgangspunkt i høy grad av dekomponering, der pasientens ulike behov kan vurderes og ivaretas hver for seg. Den sosiologiske forklaringsmodellen derimot vil lete etter årsak til psykisk sykdom i det sosiale miljøet rundt pasienten, og behandlingstiltakene vil bli søkt etter samme sted. Vanligvis har det vært ulike former for miljøterapi (Berg 1987; 99). Denne modellen legger opp til lite dekomponering. Pasienten blir her sett på som en helhet, og behovene må sees som en del av denne. Dette viser at synet på hva som er god og riktig behandling vil variere avhengig av hvilken modell en forstår lidelsen ut i fra.

I praksis er det de færreste i psykiatrien som utelukkende holder på en modell, det handler mer om å vektlegge den ene eller andre retningen mer eller mindre. Men det er klare variasjoner i hva ulike grupperinger mener er god og nødvendig behandling (Ramsdal 1996). Psykiatrien som et hele har imidlertid i større grad enn før akseptert mangfoldet (Berg 1987;111). Det er da også slik at begge disse perspektivene fortsatt spiller en rolle i psykiatrien. Dette er nok delvis et uttrykk for at ingen av perspektivene har klart å bevise sin overlegenhet. Men det handler også om at begge perspektivene har noe å bidra med, de har begge vist at de kan bidra til god behandling for mennesker med psykiske lidelser. Den sosiologiske modellen har et mer usikkert teoretisk grunnlag enn den reduksjonistiske (Berg 1987). Disse to retningene fremmer ulike verdier i dagens helsevesen. Den reduksjonistiske modellen støtter opp under verdier som kvalitetssikring og effektivitet i det den har fokus på et vitenskapelige kunnskapsgrunnlag som ser på delene, og en relasjon som er preget av objekt - subjekt forhold. Dette er sentrale verdier når temaene er økonomi, kvalitetssikring og effektivitet.

⁵ Berg 1987, har i tillegg en psykologisk modell som jeg veler å utelate fordi den i liten grad fokuserer på behovet for de tjenestene som de aktuelle etatene tilbyr, og derfor i mindre grad medfører utfordringer i forhold til tema i denne studien.

Den sosiologiske modellen støtter opp under verdier som helhet og brukermedvirkning i det den legger vekt på helhet i pasientbehandling, og en likeverdig relasjon mellom pasient og behandler. Dette er sentrale verdier når fokuset er helhetlige og individuelt tilpassede tjenester og brukermedvirkning.

Disse to retningene vil derfor vektlegge samarbeid og koordinering mellom etater ulikt.

Behandling ut i fra den reduksjonistiske modellen vil ikke være opptatt av samarbeid utover den kontakten som eventuelt trengs for informasjonsoverføring. Utgangspunkt for denne modellen er at det er nettopp i ”deler” pasienten skal vurderes og hjelpes, og medisinenes rolle er derfor ikke å knytte disse delene sammen. Behandling ut i fra den sosiologiske modellen vil ha større fokus på samarbeid fordi helheten er sentral, og det vil være viktig at de ulike ”delene” knyttes sammen blant annet gjennom koordinering og samarbeid mellom ulike hjelpere.

Reduksjonistisk modell har mest trekk av medisinsk logikk og disse vil her bli omtalt som medisinsk logikk. Sosiologisk modell vil her bli brukt som en logikk som står i motsetning til den medisinske. Ulik grad av dekomponering er den sentrale forskjellen mellom de to modellene.

Empiriske implikasjoner

Hvis den reduksjonistiske modell gir forklaringskraft vil pasienten bli sett på som deler som kan behandles hver for seg. Koordinering og samarbeid vil da ha lite fokus, og relasjonen mellom pasient og behandler vil være preget av objekt - subjekt forhold. Ut i fra dette utgangspunktet vil spesialiserte fagfolk være en forutsetning for riktig behandling, dette vil føre til at legene er orientert mot forskningsmiljøene noe som fører til en profesjonsorientering fremfor klientorientering. Dette kan ha betydning for hvordan tjenestene organiseres. De kan enten organiseres ut i fra profesjonens arbeidsdeling, eller ut i fra pasientens behov. Den reduksjonistiske / medisinske modellen vil fremme et nokså hierarkisk behandlingsmiljø, dominert av leger, et autoritetsmonopol (Berg 1987;105).

Hvis den sosiologiske modell gir forklaringskraft vil behandlingen ha fokus på pasienten og omgivelsene som en helhet. Verdier som likhet og fellesskap vil være sentrale i behandlingsmiljøet. Legene og andre helseeksperter vil trekkes ut av sine profesjonelle miljø

(Berg 1987;108). Dette vil forutsette en flatere struktur i behandlingsmiljø med mulighet for fleksibilitet.

Ut i fra dette kan en forvente at det ved institusjonelle normer og verdier preget av høy grad av dekomponering, vil fokuset på koordinering og samarbeid være liten, mens det ved normer og verdier preget av lav grad av dekomponering, vil være større fokus på behovet for koordinering og samarbeid.

Jurisdiksjon

Ved arbeidsdeling og koordinering må oppgaver og ansvar på en eller annen måte deles mellom de ulike aktørene. Abbot (1988) bruker begrepet jurisdiksjon når han skal beskrive dette.

Jurisdiksjon er bindeleddet mellom profesjoner og dens arbeid (Abbott 1988;20). Det er ingen stabil størrelse, da det hele tiden skjer endringer og reetablering av jurisdiksjonsforholdene som et yrke er uttrykt gjennom (Halvorsen 1995;39). Det er bestrebelsene på å få kontroll over arbeidet som bringer profesjonene i konflikt med hverandre, noe som også kan føre til endringer i jurisdiksjoner. I denne studien vil jurisdiksjonsbegrepet også brukes om arbeidsdeling mellom etater.

Arbeid kan deles på ulike måter. Abbott presentere flere jurisdiksjoner; full jurisdiksjon, underordning, intellektuell jurisdiksjon, rådgivende jurisdiksjon, teigdeling og klient differensiering (Abbott 1998). Ved full jurisdiksjon er grensene rundt yrkets ansvarsområde entydige og de reproduseres gjennom fastlagte prosedyrer. En profesjon har full kontroll over både planlegging, utøvelse og resultatet av sitt arbeid. Underordning som jurisdiksjon vil si at relasjonene mellom yrkene innen et felt er preget av over- og underordning. Det er da andre aktører enn de som utøver arbeidet som bestemmer hvordan arbeidet skal utføres. Den som utøver arbeidet handler på andres instruksjer og vurderinger. Ved intellektuell jurisdiksjon er det en profesjon som har kunnskapsmessig kontroll, selv om flere profesjoner har tilgang til praksisfeltet. Rådgivende jurisdiksjon vil si at en profesjon har kontroll over visse sider av arbeidet til andre profesjoner gjennom å kunne komme med råd og veiledning. Mellom profesjoner som er strukturelt likestilte, men som har atskilte oppgaver og funksjoner, kan det være teigdeling eller arbeidsdeling. Her kan det være uklare grenser. En annen deling mellom

likeverdige aktører er klient differensiering. Arbeidet blir da delt, ikke etter innholdet i arbeidet men etter egenskaper ved klienten.

Som nevnt er jurisdiksjon ingen stabil størrelse. Det er en rekke faktorer som kan påvirke forholdet mellom de ulike grupper av aktører og deres arbeid. Endringer i lovverket, endringer i finansielle forhold, og endringer i kunnskapsgrunnlag, er noe av det. Utgangspunktet er at systemet konstitueres gjennom formulering og reformulering av forholdet mellom aktørene. Dette påvirker og vil bli påvirket av institusjonenes normative rammeverk. Det kan oppstå jurisdiksjonelle konflikter når grensene forandres (Erichsen 1996).

Jurisdiksjon og profesjonsutvikling

Erichsen deler profesjonsutviklingen i tre faser, der de to første fasene, frem til 1980, var preget av forholdsvis entydige forhold når det gjaldt jurisdiksjon og samarbeid. Grensene mellom profesjonene var klare, og det var hierarki innad i organisasjonene. Konflikter rundt jurisdiksjon fant i disse fasene hovedsakelig sin løsning gjennom etablering av full jurisdiksjon og ved underordning, eventuelt gjennom etablering av rådgivende jurisdiksjon (Erichsen 1996;48). Nye, og underordnede gamle yrker, styrket sin posisjon i disse fasene.

Den tredje fasen er redefinering og er tett knyttet til ombyggingen av velferdsstaten fra tidlig 1980-tallet. Det aktualiserer andre løsninger på jurisdiksjonelle konflikter enn i de foregående fasene. Mens det i de to første fasene var full jurisdiksjon og underordning som oftest preget samarbeidet, var det i siste fasen mer av intellektuell og rådgivende jurisdiksjon, samt teigdeling og klientdifferensiering (Erichsen 1996;48). Jurisdiksjonsformene i siste fase medføre større grad av uklarhet enn de to første. Dette kan medføre endringer i forutsetningene for samarbeid og koordinering mellom ulike institusjoner.

Empiriske implikasjoner

Ut i fra dette er det grunn til å anta at hvilken jurisdiksjon som er rådende, vil være av betydning for forutsetninger for koordinering og samarbeid mellom aktørene. Det er ut i fra dette grunn til å forvente noe uklare jurisdiksjoner slik som Erichsen beskrev for den tredje fase.

3.4 Oppsummering

I dette kapitlet er de to teoretiske perspektivene som vil bli benyttet i studiens analyse, beskrevet. Det er vist hvordan ulike teoretiske perspektiv kan belyse ulike sider ved studiens tema. Ut i fra tidligere forskning er derfor både et rasjonelt og et institusjonelt perspektiv valgt. Gjennom det rasjonelle perspektiv vil en søke å belyse hvordan aktuelle reformer kan ha betydning for forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom etatene. Gjennom det institusjonelle perspektiv vil en søke å belyse forutsetningene for koordinering og samarbeid ut i fra institusjonelle forhold i de aktuelle etatene og deres omgivelser med vekt på aktuelle normer og verdier. Profesjoner, faglige logikker og jurisdiksjoner er forhold som kan være sentrale for de institusjonelle forhold i de aktuelle etatene.

4 METODE

Metode er et verktøy som anvendes til å skaffe den informasjonen som man mener er nødvendig for å kunne besvare en problemstilling. Det finnes en rekke ulike metodiske tilnærminger og valg av metode vil være avhengig av både teoretisk innfallsvinkel og empiriske forhold. Aktuelle spørsmål når en skal velge forskningsmetode kan være; Hvordan hente inn kunnskap om et fenomen?, hvilke metoder er mest hensiktsmessige og hvordan bør de anvendes?, og vil den valgte metoden gi den kunnskapen man er interessert i? Problemstilling er derfor avgjørende for valg av metode. Det gjelder å finne frem til den metoden som er best egnet til å kaste lys over problemet (Grønmo 1996).

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for de metodiske valg og de metodiske problemstillinger som er knyttet til arbeidet med denne studien og hvordan studien er gjennomført. Jeg vil først begrunne hvorfor casestudie er valgt, videre vil jeg se på kildegrunnlaget, innsamling av data, bruken av data og ikke minst min rolle som forsker i egen organisasjon og til slutt diskutere studiens reliabilitet og validitet.

Problemstillingen for studien er; Hvilke faktorer er av betydning for hvordan koordinering og samarbeid mellom etatene skjer, og hvordan påvirker disse faktorene forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom offentlige etater innen psykisk helsevern?

4.1 Valg av kvalitativ tilnærming

I case studier kan både kvantitative og kvalitative metoder anvendes. Kvalitative casestudier er bedre egnet til å fange opp totalsituasjoner og stabile sammenhenger i det aktuelle caset (Repstad 1993:93). I denne studien ønsker jeg å bruke kvalitativ metode fordi jeg ønsker å øke forståelsen gjennom å se på flere aspekter ved enheten for å få en helhetlig forståelse for et spesifikt fenomen som her er; forutsetninger for koordinering og samarbeid mellom tre ulike helseetater.

Kvalitativ tilnærming vil her være hensiktsmessig av flere grunner. Innenfor rammene av denne studien vil det ikke vil være mulig å få tilstrekkelig helhetlig kunnskap om mer enn ett fenomen.

Videre er det ønskelig å få svar på ”hvordan” og ”hvorfor”, dette medfører behov for å gå i dybden på dette ene fenomenet og se på flere aspekter ved denne. Dette er delvis ukjente forhold som jeg ønsker mer kunnskap om. Mens forskeren i en kvantitativ studie går ut og kvantifiserer det de på forhånd har definert, ønsker jeg med denne studien å gå søkende ut og få kunnskap om hvilke forutsetninger som ligger til grunn for samarbeid og koordinering mellom de aktuelle etatene, og hvorfor det er slik. For å få svar på ”hvorfor”, er det i denne studien ønskelig med både kunnskaper om innholdet i helsereformene og informantenes opplevelser i etatene. Wetten (1982) pekte på hvordan interorganisatoriske studier har manglet kvalitative tilnærminger, og han mener at den strukturell-funksjonelle teorien som tidligere har vært grunnlag for slike studier ledet oppmerksomheten bort fra nødvendigheten av å studere disse relasjonene ut i fra ulike interessegruppers ståsted. I denne studien vil informantenes subjektive oppfattelse av samarbeid og koordinering være sentrale data. Slik kunnskap vil være mer problematisk å få frem innenfor et kvantitativt opplegg. Et siste forhold som støtter opp under mitt valg av et kvalitativt forskningsopplegg, er behovet for kvantifisering av variabler som er tilstede ved kvantitative forsknings-opplegg. Den informasjonen og de kunnskapene jeg her søker etter, vil være vanskelig å kvantifisere. Det handler blant annet om strukturer og holdninger som på forhånd ikke er kjent, og som trolig varierer mellom informantene.

4.2 Case-studie som forskningsstrategi

Casestudier er en foretrukket strategi når en ønsker å få svar på spørsmål av typen ”hva”, ”hvordan” og ”hvorfor” hevder Yin (1994). Det innebærer ikke en bestemt og fastlagt måte å jobbe på, men kan sees som en kategori av forskningsstrategier. Spørsmålene jeg ønsker svar på i denne studien er; hva er samarbeid og koordinering?, hvordan utøves / praktiseres dette mellom de aktuelle etatene?, hvorfor er det slik, hvilke forutsetninger skaper dette for koordinering mellom etatene? Ut i fra dette mener jeg casestudie kan være en hensiktsmessig forskningsstrategi. Case studier kan defineres som følge:

“A case study is an empirical inquiry that: Investigates a contemporary phenomenon within its real-life context; when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident; and in which multiple sources of evidence are used” (Yin 1994)

Yin (1999) vektlegger tre trekk ved casestudier i sin definisjon; Det er et samtidig fenomen, grensene mellom fenomenet og omgivelsene det inngår i er uklare og datagrunnlaget er komplisert.

Alle de overnevnte elementene er betegnende for denne studien. Samarbeid og koordinering mellom offentlige helseetater foregår hele tiden, og kan derfor sees som et samtidig fenomen. I denne studien er det spesielle fokusert på hvordan vilkårene for samarbeid og koordinering er i dag, etter at det er iverksatt nye reformer de siste årene. Dette peker på det andre trekket som Yin vektlegger, casets forhold til omgivelsene. Case som forskningsstrategi kan en velge når en vil dekke både fenomen og kontekst, enten fordi en forventer at konteksten kan inneholde viktige forklarende variabler om fenomenet, og / eller fordi grensen mellom fenomen og kontekst er uklar (Yin 1989). I denne studien kan begge disse forhold være av betydning. Gjennom studien ønsker jeg å undersøke om, og eventuelt hvorfor, omgivelsene er av betydning for samarbeid og koordinering mellom etatene, dette blir forsøkt fanget opp ved å se på aktuelle reformer. Videre er det uklare grenser mellom fenomen og kontekst da forutsetningene i etatene vanskelig kan sees atskilt fra omgivelsene. I tillegg omfatter studien om samarbeid og koordinering mange aktører på ulike nivåer og med ulike relasjoner. Dette fører til behov for flere typer kilder.

Den fleksibilitet som casestudier medfører, kan bidra til fordeler både i forhold til innsamling, bearbeiding, og tolking av data. Ved å kunne gå åpent ut og stille åpne spørsmål, og om nødvendig gjøre endringer i forskningsopplegget underveis, kan en utbedre det analytiske opplegget parallelt med at en får en bedre forståelse av caset. Dette kan bidra til en mer helhetlig og dyp kunnskap om fenomenet som skal studeres. Dette gjør det mulig å gjennomføre forskningsprosessen som en kontinuerlig dialog mellom teori og empiri (Alexander 1982). En svakhet ved casestudier kan være at det er begrensede muligheter til å generalisere utover det studerte caset. Andre ulemper kan være at valg av teoretisk rammeverk og empirisk materiale kan virke selektivt og fremstillingen av det empiriske materialet kan bli usystematisk (Grønmo 1996). I denne studien er dette forsøkt møtt ved å bruke tre ulike grenseflater som strukturerende system for de innsamlede data.

Selv om funnene i studien ikke kan generaliseres til andre nettverk av etater, er det mulig at studien kan bidra til en økt forståelse for tema koordinering og samarbeid mellom offentlige helseetater. Funnene kan også bidra til kunnskap som kan lede frem mot vider forskning.

4.3 Datagrunnlag

Informantene i denne studien ble valgt ut i fra studiens tema og problemstilling. Viktige spørsmål som burde besvares var blant annet følgende; hvem samarbeider, hvordan samarbeider de, hvordan ser de på det å samarbeide, hvordan begrunner de sin praksis, hvilke normer og verdier ligger ti grunn for deres praksis, hvordan samarbeidet de tidligere, har det foregått endringer internt eller i omgivelsene som har hatt betydning for koordinering og samarbeid, hva mener de er av betydning for koordinering og samarbeid?

Med utgangspunkt i ønske om å få besvart disse spørsmålene ble datagrunnlaget for studien basert på følgende kilder; intervju med personer i de tre etatene (både klinikere og ledere), offentlig dokumenter, lokal dokumenter fra etatene samt egne observasjoner og uformelle samtaler med andre aktører i de tre etatene.

Dokumentanalyse

De fleste dokumentene er brukt for å tilegne bakgrunnskunnskap om tema. Det er offentlige dokument som utredninger, høringsutkast, stortingsmeldinger, proposisjoner, innstillinger, vedtak og lover, tilsynsrapporter. Noen av dokumentene har andre kilder, det er rapport fra arbeidsgruppe fra Regionale helseforetak (RHF), det er også rapporter og skriv fra Den norske legeforening og Rådet for psykisk helse. Det var svært mange dokumenter som var aktuelle, og det kommer stadig nye dokumenter underveis i arbeidet med studien. Ulike nettsteder var viktige informasjonskilder så som Odin, Helsetilsynet, Helsedirektoratet, og Rådet for psykisk helse.

De offentlige dokumentene som beskriver de aktuelle reformene har vært gjenstand for en mer nøye gjennomgang enn bakgrunnsdokumentene. Data fra disse dokumentene er vurdert i forhold til hverandre, og holdes også opp mot data fra intervjuene for å se om tenkningen / ideene fra reformene har slått inn i etatene. De er derfor gjennomgått kvalitativt, med sikte på å få en

helhetlig forståelse av saksfeltet og reformene, for å klarlegge sammenhenger og finne den meningen som ligger i disse. Jeg har også hatt tilgang til noen lokale dokumenter fra etatene, så som årsrapport, strategidokument, lokale prosedyrer og en eksamensoppgave om individuell plan fra Seprep⁶ fra en av informantene. Disse er blitt brukt utfyllende i forhold til intervjuene.

Intervju

Personlige intervju er den sentrale datakilden for kunnskap om etatene i denne studien. Intervjuene fungerte både som en kilde til kunnskap om praksis i forhold til samarbeid og koordinering, som et grunnlag for å få frem deres meninger om samarbeid og koordinering i egen og andre etater, og informasjon om hvordan de ser på de nye reformene. Personene som ble intervjuet blir i det videre omtalt som informanter. I oppgaven omtales de med yrkestittel og etat. Jeg har valgt å ikke bruke navn da noen av informantene ikke ønsket dette. Hvilken etat, og hvilke profesjon / rolle informantene har, kommer derimot tydelig frem. Alle informantene kan på grunnlag av dette gjenfinnes, noe som gjør det mulig for andre å gå gjennom de samme data og etterprøve mine funn og konklusjoner.

Utgangspunktet for valg av informanter var ønske om å få et bredest mulig bilde av hvordan etatene samarbeider, og hvordan de ser på samarbeid og koordinering. Det var derfor viktig å intervju på ulike nivå i etatene og i alle tre etatene, sykehus, DPS og kommunen. Informanten består derfor av både klinikere⁷ og ledere fra alle etatene. Det ble gjennomført fire semi - strukturerte intervju i hver etat, totalt 12 personer. I tillegg har jeg i ettertid hatt uformelle samtaler med noen av disse i tillegg til samtaler med andre personer i de ulike etatene. Disse samtalene har hatt som hensikt å søke utfyllende informasjon om tema som er kommet frem i de formelle intervjuene, samt sjekke ut noen av de dataene som kom frem under intervjuene. Jeg har også brukt disse uformelle samtalene til å presentere tanker og ideer jeg har gjort meg underveis for å få tilbakemelding på disse.

Avdelingen i sykehuset ble valgt etter tips fra sentrale personer i sykehuset som mente denne avdelingen kunne være hensiktsmessig i forhold til mitt tema. Det var også av betydning at jeg

⁶ Tverrfaglig videreutdanning i psykosebehandling.

⁷ Personale som arbeider direkte med pasienter

ikke hadde hatt nære jobbmessige relasjoner til denne avdelingen. DPS ble valgt ut i fra at de samarbeidet med den utvalgte sykehusavdelingen, mens bydelen i kommunen ble valgt ut i fra anbefaling fra kommunen.

Informantene ble valgt ved at jeg tok kontakt med leder ved de ulike avdelingene og ba om intervju og samtidig om navn på andre aktuelle personer i deres etat / avdeling. Informantene fra sykehuset er; enhetsleder (administrativ stilling), overlege som er både faglig ansvarlig og arbeider med pasienter, sykepleier og sosionom (kliniker⁸). Fra DPS er følgende intervjuet; avdelingssjef (administrativ stilling), overlege (klinisk og faglig ansvarlig), sosionom (kliniker), miljøterapeut (kliniker). Fra de kommunale tjenestene er følgende intervjuet; Prosjektleder for kommunens psykiatritjeneste (administrativ stilling), leder for psykiatritjenesten i bydelen (administrativ stilling), psykiatrisk sykepleier (kliniker) og fastlege (kliniker)⁹.

Valg av informanter ble som nevnt over gjort på grunnlag av egne vurderinger og råd fra personer som kjenner disse etatene. Det kan i ettertid se ut for at jeg ble henvist til personer og enheter som var spesielt opptatt av tema samarbeid, og som derfor på noen områder kan være ”flinkere” enn andre. Ut i fra valg av metode trenger ikke dette å svekke studiens validitet eller reliabilitet, da kvalitativ metode legger opp til at en skal søke å gå i dybden og innhente informasjon fra de kildene som har den informasjonen en som forsker søker. Jeg søker å få mer kunnskap om samarbeid og koordinering, målet var ikke å finne generaliserbare svar eller forklaringer, men få utdypende og helhetlig kunnskap om fenomenet. Ambisjonene om generaliserbarhet i denne studien er begrenset til ønske om å si noe om relevansen og forklaringskraften til de teoretiske perspektivene som er anvendt. Det var derfor ikke noe mål å tilstrebe representativitet ut i fra en større populasjon, slik som ved kvantitativ metode.

Jeg utarbeidet i forkant en generell intervjuguide (vedlagt) som jeg brukte som basis i alle intervjuene. Denne guiden ble ved hvert intervju tilpasset informantens kunnskap og rolle i organisasjonen men temaene var de samme. Jeg innledet alle intervju med at jeg ønsket at de skulle fortelle mest mulig selv om egne erfaringer og hva de mente var av betydning for temaene

⁸ Klinikere er personale som jobber direkte i kontakt med pasientene.

⁹ Oversikt over informantene, se vedlegg

”samarbeid og koordinering mellom etatene”. Jeg prøvde under intervjuet å la informantene styre samtalen, og heller følge med underveis at informanten sa noe om de ulike temaene som jeg hadde i guiden. Målet mitt var å stille åpne spørsmål som gav informanten mulighet til å svare så fritt som mulig. De fleste informantene fortalte utfyllende og gikk ofte selv videre med synspunkter og forhold de mente var av betydning. Noen få av informantene svarte i knappere ordelag. Jeg måtte da stille flere og mer detaljerte spørsmål, disse intervjuene ble derfor i større grad styrt av meg.

Alle som ble spurt om intervju ønsket å la seg intervju, men flere var svært travle og avtaler ble derfor utsatt flere ganger. Informantene fikk en skriftlig forespørsel i forkant der hensikten med studien ble beskrevet. Utover det kjente de ikke til spørsmålene i forkant. De fleste intervjuene ble tatt opp på bånd men en informant ønsket ikke dette og jeg gjorde da notater underveis som jeg skrev mer utfyllende rett etter intervjuet. Ved to av intervjuene ble det tekniske problemer med opptaksutstyret slik at jeg også der gjorde notater som jeg skrev ut umiddelbart etterpå.

4.4 Styrker og svakheter knyttet til min nærhet til feltet

En forskers tidligere kunnskap og erfaringer vil alltid være av betydning for hans forskning. I eldre, tradisjonell metodelitteratur ble det objektive holdt opp som ideal, og det ble ofte advart mot den rolleblandningen som forskning i egen organisasjon medfører. Dette er i endring men det er ikke skrevet så mye om det. Wadel (1991) hevder at en forsker aldri bare oppleves som forsker, han vil alltid oppleves som noe mer f.eks medmenneske, venn, usympatisk osv. Dette viser at ”den rene forsker rollen” i samfunnsvitenskapen er en fiksjon, i alle fall i feltstudier, mener Nilsen og Repstad (2004). De sier videre at dette gjør at det å analysere egen organisasjon ikke blir så hundre prosent annerledes enn hva andre forskere gjør når de bruker kvalitativ metode. Ved all kvalitativ forskning er det viktig å kartlegge og være bevisst sitt eget ståsted når en skal ut og gjøre intervju eller observasjoner. Hva en som forsker ser, og vektlegger vil være styrt av hva en forventer å finne og hva en er opptatt av. Det vil derfor være viktig å kartlegge egne forventninger og holdninger.

I tillegg til å være oppmerksom på egen rolle og holdninger, og betydningen av disse i de ulike fasene av studien, vil det også være viktig å ta hensyn til hvordan informantene kunne påvirkes av min dobbeltrolle. Dette kunne ha både positive og negative konsekvenser. Flere av informantene gav uttrykk for at de opplevde det positivt at jeg kjente systemet og hadde kunnskap om fagfeltet. Nielsen og Repstad (2004) er opptatt av hvordan man som forsker i egen organisasjon kan utnytte fordelene og minske ulempene.

Jeg vil i det videre først beskrive noen fordeler jeg mener er knyttet til min rolle i denne studien, og deretter se på begrensninger og hva jeg har gjort for å møte disse. Men for at leseren skal kjenne til mitt ståsted vil jeg her gjøre kort rede for min rolle i forhold til dette feltet.

Jeg har arbeidet ved det psykiatriske sykehuset siden 1989, og har arbeidet mens jeg har gjort denne studien. Der har jeg det meste av tiden vært i stab på ulike nivå. Jeg har ikke hatt noen leder stilling, og har i liten grad vært i direkte kontakt med avdelinger utenfor sykehuset men deltatt i diskusjoner rundt samarbeidet med kommunen og DPS. Jeg har deltatt i noen prosjekter på tvers av avdelinger innad i sykehuset, der har jeg truffet noen av informantene og samarbeidet over kortere tidsrom. Jeg skal fortsette mitt arbeid i Psykiatrisk divisjon som spesialkonsulent i en Fou-avdeling også etter at studien er ferdig.

Utnytte fordeler

Nielsen og Repstad nevner flere forhold som kan være en fordel når en forsker i egen organisasjon. Jeg vil her beskrive de som jeg opplever er relevant for denne studien. Det var helt klart en fordel både for mine informanter og meg at jeg kjente ”språket” i disse etatene. Å lære en organisasjon å kjenne er som å lære et nytt språk, sier Nielsen og Repstad (2004). Ved flere anledninger ble dette vist til, ”..du forstår det du som kjenner systemet..” og lignende. Jeg kunne også bruke min kjennskap til ”språket” til å bygge opp tillitsrelasjoner til informantene noe som er viktige i kvalitative intervju. Dette viste seg blant annet gjennom at de ved flere anledninger gav konkrete pasienteksempel (uten navn) med begrunnelse at jeg også hadde taushetsplikt, og at jeg måtte forvalte informasjonen med omhu. Dette var nyttig informasjon som gav gode bakgrunnsopplysninger til studien. Under intervjuene av informanter fra DPS og kommunen kom det frem at de også såg på meg som en ”representant” fra sykehuset.

Blant annet hadde de en del negative erfaringer i møte med sykehuset som de ønsket å formidle til sykehuset gjennom meg. Ut i fra dette mener jeg det er liten grunn til å anta at det var noe de bevisst ikke fortalte fordi de såg på meg som en del av sykehusorganisasjonen. Dette hadde kanskje vært annerledes om jeg hadde ”representert” noen form for ledelse eller annen autoritet i organisasjonen. De gav uttrykk for at de opplevde meg som en likeverdig og alliert.

Min kjennskap til feltet bidro også til at jeg kjente til de kritiske hendelsene i historien. Sentrale forhold her var lokale omorganiseringer som flere av informantene mente hadde vært viktig i forhold til samarbeid og koordinering. Jeg hadde også i forkant noe kjennskap til hva som opptok de som arbeidet i flere av etatene, hva de snakket om i uformelle fora og hvordan de såg på samarbeid og koordinering. Det gjorde at jeg etter at informantene selv hadde beskrevet det de mente var sentralt, kunne spørre hvordan de såg på andre forhold som jeg hadde hørt andre var opptatt av og som kunne være relevant for studien.

Kunnskap om den uformelle organiseringen og de ulike grupper sin rolle i organisasjonen kan også være en fordel. Det informantene formidlet var til tider viktig å se i lys av hvilken rolle de hadde i den uformelle organisasjonen og ikke minst i og med de mange omorganiseringer, hvordan noen av informantenes rolle var blitt endret.

Andre forhold som kan være en fordel, er kjennskap til organisasjonens ”fy-fenomen” og ”hurra fenomen” (Nielsen og Repstad 2004). Når en kjenner organisasjonene er man oftere flinkere enn en utenforstående til å gjennomskue når det er langt mellom mål og handling, og oppdage når det er tema eller spørsmål som unngås. Videre vil den uformelle kontakten med andre personer i etaten gjøre at rykter og sladder kommer ”frivillig” til en, noe som kan øke forståelsen for hva som rører seg i denne organisasjonen, og som kan gi viktige bidrag når data skal forstås. Ved å ha mye kunnskap om organisasjonen har en større mulighet til å få et helhetlig og nyansert bilde av materialet.

Begrensninger

Men det er også flere begrensninger ved å studere egen organisasjonen, disse vil det være svært viktig å kjenne til, og ta høyde for. Jeg skal her diskutere flere forhold som kan være av

betydning for denne studien og beskrive hva jeg har gjort for å møte disse utfordringene. Jeg vil blant annet ta utgangspunkt i det Nielsen og Repstad (2004) har sagt om å få distanse til det man studere og til sin egen rolle.

Nærhet til feltet kan bidra til at man som forsker lett overtar de gjengse og lokalt herskende forklaringer på problemene fra organisasjonen. Det er derfor viktig å vurdere kritisk egne holdninger og søke å analysere hvilken informasjon / kunnskap de bygger på. I alle faser av studien har jeg søkt å være kritisk til det jeg har funnet, og søkt å overskride disse funnene. Jeg har prøvd å se bakenfor når de mest vanlige interne forklaringene på problemer i organisasjoner kom opp, så som ”personal factor”, for lite informasjon, for få ressurser og manglende mål. Også egne forutinntatte meninger både bevisste og ubevisste, kan være en feilkilde ved forskning i egen organisasjon. Jeg har prøvd i alle faser av studien å være oppmerksom på min subjektivitet som feilkilde. Jeg hadde mange forestillinger og forventninger i utgangspunktet og jobbet derfor med å kartlegge disse i forkant. Under innsamling og analyse av data har jeg hele tiden prøvd å forstå på hvilken måte disse forventningene kan påvirke mitt arbeid som forsker. Ved å bruke teori har jeg brakt den inn mellom meg og empirien, og på den måten begrenset min subjektivitet som feilkilde. Jeg har derfor brukt tid på å fordype meg i teorien for å få hjelp til å skape avstand til feltet. Videre har jeg søkt å være oppmerksom på tilbøyeligheten med å finne data som passer den teorien, de hypotesene og de fordommene jeg har hatt. Jeg har søkt å være en ”Rasmus Modsat” der en systematisk leter etter data som er i strid med ens hypotese eller fordommer, og søker etter alternative forklaringer på det man finner. Jeg har også søkt sparringspartnere både innenfor og utenfor organisasjonen, personer med annen plassering i forhold til tema. Dette har jeg gjort for å få frem eventuelle kritiske spørsmål og kommentarer på egne funn og fortolkninger. Ved forskning i egen organisasjon kan det være en fordel å kunne tallfeste data, og på den måten dokumenter med objektive indikatorer. I denne studien har det ikke vært mulig innen for den strukturen og de rammene som studien har hatt. En annen feilkilde kan være at man kan komme til å stole på at man er godt orientert eller at informantene tror at en er det. Det er derfor viktig å sjekke og dobbeltsjekke informasjon. For å møte dette har jeg som nevnt hatt uformelle samtaler og sparringspartnere der jeg har sjekket ut om andre mener funnene er rimelige ut i fra deres ståsted. Jeg har også søkt å informere informantene om begrensninger i min kjennskap til deres etat og deres synspunkter.

Alle intervju ble innledet med informasjon om studien og hensikten med den. Jeg søkte med det å tydeliggjøre at jeg var der som forsker og ikke som kollega, og derfor ønsket utfyllende beskrivelser. Det kan også være problem å få data om man må krysse avdelingsgrenser og hierarkiske nivå, spesielt ved konfliktfylte tema. I denne studien er dette et begrenset problem da samarbeid og koordinering i liten grad ble opplevd som et konfliktfylt tema. Informantene var heller ivrige etter å få formidlet sin versjon, og sitt syn på hvordan situasjonen var, og ikke minst hvordan de syntes den burde være.

Et annet forhold som kan være av betydning er at jeg skal fortsette å jobbe i organisasjonen etter at studien er ferdig. Dette kan gjøre det vanskelig å skrive sannheten om den kan virke støtende på noen i organisasjonen. Dette kan svekke studiens reliabilitet. Dette er viktig å være bevisst på, og kan blant annet møtes ved å vurdere kritisk alle funn og tydeliggjøre hvilke data som ligger til grunn for de ulike konklusjoner.

Ved studier i egen organisasjon vil det være viktig at leserne kjenner til forskerens rolle i forhold til feltet, jeg har derfor både i innledningskapittelet og i metodekapittelet presentert min bakgrunn og min rolle i forhold til etatene.

4.5 Vurdering av studiens datagrunnlag

Kvalitative casestudier kan ha begrensninger da metoden er lite formalisert som undersøkelsesform (Yin 1994), og kan derfor gi mindre presisjon i behandlingen av data (Holme og Solvang 1994). Ved kvalitative studier vil det derfor være viktig å vurdere om tilfeldigheter, feil eller skjevheter i datamaterialet kan påvirke funn og konklusjoner. Ved en vurdering om studien er egnet til å svare på problemstillingen er det særlig to begrep som er sentrale, validitet og reliabilitet.

Studiens validitet er knyttet til om studien tar for seg de spørsmål problemstillingen reiser. Dette referer til om det er samsvar mellom den teoretiske definisjonen av fenomenet og operasjonaliseringen av denne. Hellevik (1997) mener man oppnår høy validitet ved å benytte riktig empirisk fokus, riktig teoretisk forankring og riktig metodologisk strategi. Grad av validitet

kan ikke måles, det er en skjønnsmessig vurdering og det er ulike grep en kan foreta for å ivareta studiens validitet.

Ved å benytte seg av flere datainnsamlingsmetoder vil man generelt oppnå høyere validitet. I denne studien er intervjuene supplert med interne dokumenter og uformelle samtaler med andre i de ulike etatene. Validiteten i en studie kan også styrkes ved at informantene går gjennom intervjuene eller at det blir gjennomført supplerende intervju. Jeg valgte å ikke la informantene gå gjennom intervjuene i etterkant da jeg ønsket deres umiddelbare utsagn og synspunkter. Utgangspunktet for dette er at det de umiddelbart sa, trolig er mer ”ekte” enn om de får modifisert sine synspunkter og gjort de mer ”passende”. Dette kan bidra til å svekke studiens validitet, men ut fra ønske om data om informantenes subjektive opplevelser valgte jeg å gjøre det på den måten.

Studiens reliabilitet er knyttet til grad av pålitelighet og nøyaktighet i forskningsprosessen. Det er et ideal at studien skal være repliserbar, at andre som gjentar prosessen skal komme frem til det samme resultat. Dette krever at en minimaliserer feil i alle fasene av forskning og gjør grundig dokumentasjon av prosedyrer og data. I denne studien er dette søkt ivaretatt gjennom å være nøyaktig i forhold til de ulike typer data.

De fleste intervju ble tatt opp på bånd og skrevet ut for å få en så nøyaktig registrering av data som mulig. I de intervjuene som ikke ble festet til bånd ble det gjort notater underveis og disse ble skrevet ut samme dag. Intervju som ikke ble tatt opp på bånd kan være problem for studiens reliabilitet da det kan åpne for feilsitering eller misforståelser. Ved alle sitater og referanser som er brukt, er kilden dokumentert. Dette gjør det mulig for andre å gå tilbake til intervjuene og kontrollere disse. Liste over informantene med etat, rolle og yrkesbakgrunn er vedlagt oppgaven.

4.6 Oppsummering av metode

I dette kapittelet er det vist hvilke metodiske valg som er gjort i studien. Ut i fra studiens tema og problemstilling er det valgt en kvalitativ casestudie der data blir samlet inn gjennom studier av aktuelle offentlige dokumenter og kvalitative intervjuer av informanter i de ulike etatene. Det ble

også presentert en diskusjon rundt min nærhet til deler av feltet, og betydningen av å kjenne til svakheter knyttet til dette. Videre ble fordeler knyttet til god kjenneskap til ulike sider ved feltet belyst. Kapitlet ble avsluttet med en vurdering av studiens datagrunnlag og ulike tiltak knyttet til å styrke studiens reliabilitet og validitet.

5 ENDRINGER I PSYKIATRIEN OG VILKÅR FOR KOORDINERING

I dette kapittelet vil aktuelle endringer i helsesektoren som kan ha betydning for koordinering og samarbeid mellom etater og profesjoner, kort bli belyst. Endringene har foregått over en lengre periode, og det vil bli spesielt lagt vekt på forhold som har hatt betydning for psykiatrien. Tema som beskrives er; endring fra hierarki til marked, spesialisering av tjenestene, desentralisering, endringer i brukerrollen og profesjonsrollen og til sist en oppsummering om det spesielle ved psykiatrien.

5.1 Fra hierarki til marked

Den tradisjonelle måten å organisere offentlig sektor på i etterkrigstiden var basert på en hierarkisk byråkratimodell, der beslutninger og handlinger i organisasjonen var regulert ved klart definerte plikter og regelbaserte prosedyrer (Huges 1998). Den offentlige administrasjonen skulle stå under politisk ledelse og iverksette offentlig politikk ved hjelp av nøytral regelanvendelse (Weber 1990). Fra tidlig på 1970-tallet kom det en voksende kritikk mot denne måten å organisere offentlig sektor på (Lian 2003:51). Kritikerne mente at offentlig sektor var for stor, for lite effektiv, for regelbundet og for lite fleksibel, og at den hadde for svak ledelse og for lite brukerorientering (Lian 2003:96). I tillegg til at kritikken ble reist av politiske ledere som krevde raskere, mer fleksibel, effektiv og målrettet iverksetting av offentlig politikk, har den også kommet fra forskere som ikke lenger anser byråkratimodellen som særlig målrettet og effektiv modell for organisering, heller ikke innen offentlig sektor (Lian 2003:97). Den fremgangsmåten som generelt blir anbefalt, er å lære av privat sektor og drive etter markedsprinsipper. I privatsektor er det hensynet til økonomi og effektivitet som kommer først. I offentlig sektor vil dette handle om å økonomisere med knappe ressurser (Ramsdal og Skorstad 2004). Marked som styrende vil si at det er etterspørselen som skal styre aktiviteten. Dette vil være annerledes enn hierarkiet som tidligere har vært den rådende organiseringsformen innen offentlig sektor. Denne utviklingen preger de ulike finansieringsformene som etter hvert er tatt i bruk i helsevesenet.

Sykehusene var frem til 2002 organisert som forvaltningsorganer. Dette bygget på en lang tradisjon der folkevalgte gjennom denne organisasjonsformen var sikret innflytelse, og med det mulighet til å ivareta bredden i de helsepolitiske målene (Pettersen og Bjørnenak 2003:66). Gjennom finansieringssystemene har staten hatt sine viktigste styringsredskap, mens politisk administrativt har staten hatt mer begrenset innflytelse (Erichsen 1996). Kritikken mot den tidligere måten å organisere helse og sosiale tjenester på har blant annet vært knyttet til manglende lokal handlefrihet for den enkelte institusjon, noe som flere mener har vært et problem både i forhold til krav om effektivitet og kvalitet.

Flere forhold ved helsesektoren har bidratt til at forvaltningsorganisasjonen har fungert utilstrekkelig. Det er i dag en oppfatning at sykehusene skal være en del av et større helsetjenestemarked, hvor selve pasientstrømmen i større grad enn budsjetttrammene skal styre ressurstilgangen til helseinstitusjonene. Økt grad av konkurranse om pasienter, og økte pasientrettigheter bygger opp under denne oppfatningen (Pettersen og Bjørnenak 2003:66).

De senere årene er da også forskjellene mellom markedesorganisering og statens organisering blitt mer uklare. Kanskje fordi offentlig sektor forsøker å etterligne det private markedet i styring og organisering av sine tjenester. Det finnes flere ulike blandingssystemer av offentlig og privat styring, drift og finansiering. Lian ser det som følge.

Figur 1. Drift og finansiering av goder og tjenester – ulike kombinasjonsmuligheter

		Drift	
		Offentlig	Privat
Finansiering	Offentlig	Rammebevilgninger Stykkpris	Refusjonssystemer
	Privat	Egenandeler Privat forsikring	Rent marked Privat forsikring

(Lian 2003:53)

Hvilke styringsmessige og organisatoriske relasjoner det er mellom staten (ved departementene) og sykehusene vil bidra til å påvirke samspillet mellom alle de ulike virkemidlene i helsepolitikken. Effekten av de ulike incitamentene som ligger i helselovene, i finansieringssystemet og i rollefordelingen mellom sentrale og lokale politiske og administrative organer vil påvirkes av valg av tilknytningsform (Pettersen og Bjørnenak 2003:64).

Dette viser en endring fra hierarkiske strukturer mot markedsstyring der forutsetningene for koordinering og samarbeid vil bli endret. Det vil blant annet medføre begrensede muligheter for standardisering av koordinering da marked forutsetter mulighet for fleksibilitet og tilpasning.

5.2 Spesialisering

Den rivende utviklingen i industrialiserte land har ført til behov for spesialisering. Dette ser vi ikke minst innen helsetjenestene. Ny kunnskap, ny teknologi og nye behandlingsmetoder har vokst frem i et stadig større tempo (NOU 1997:2). I kjølvannet av dette har det også kommet nye yrkesgrupper. Denne spesialiseringen og oppdelingen bidrar til endrede vilkår knyttet til ønske om helhet i helse tilbudet.

I en rekke offentlige dokument blir det pekt på behov for bedre koordinering av helsetjenester. Det blir vist til helsesektorens tradisjoner med å arbeide sektorvis, fagvis og etatvis. Strukturene er fragmentert og mange grupper har sitt tilbud fordelt på flere nivå og i flere etater. Pasientenes opplevelse av situasjonen blir sammenlignet med en stafettpinne som sendes mellom spesialister, avdelinger og nivåer i helsetjenesten (NOU 1997:2).

Manglende koordinering og samarbeid kan ha flere konsekvenser. Blant annet kan ansvar lett pulveriseres når flere etater skal ivareta ulike behov hos samme pasient, noen behov kan falle mellom etatene og ikke bli ivaretatt av noen. En annen konsekvens kan være at brukerne opplever at de får forskjellig og ikke forenlig informasjon fra ulike etater, fagfolk fra ulike etater kan uttrykke seg forskjellig om samme problemet (NOU: 1994:2:52). En tredje konsekvens er at pasientene må gjenta sin historie hver gang de møter nye fagfolk, dette kan oppleves slitsomt og vanskelig (NOU: 1994:2). Dette er også lite hensiktsmessig bruk av helseressurser.

På tross av problemene knyttet til spesialisering og påfølgende manglende helhet, vil det imidlertid ikke være mulig eller ønskelig å stoppe denne prosessen. Spesialisering er en forutsetning for en utvikling av ferdigheter og kunnskaper, og bidrar til det høye kvalitetsnivået i helsetjenesten. Hovedoppgaven er, å få til en hensiktsmessig integrering av tjenestene (NOU 1997:2). En hensiktsmessig integrering av tjenestene krever derfor koordinering og samarbeid på tvers av sektorer og nivåer.

Dette viser at spesialisering også bidrar til endrede vilkår for koordinering og samarbeid. Oppgavene blir mer oppdelt, det er flere aktører som må samarbeide, og få har rollen som generalister, og tar ansvar for helheten.

5.3 Desentralisering av tilbudet i psykiatrien

Desentralisering av helsetjenester medfører en ytterligere oppdeling av oppgaver og ansvar. Etter andre verdenskrig har en relativt stor andel av ressursene til helsevesenet i Norge vært kanalisert gjennom sykehusene. Midt på 1980-tallet gikk omtrent 70% av de totale helsetjenesteutgiftene til sykehus. Men sykehussentreringen er blitt noe dempet i løpet av 1980-årene¹⁰. Nedbygging av institusjoner innenfor helsetjenestene, spesielt Psykiatriske sykehus, er en prosess som har foregått lenge.

Allerede i 1974 ble det foreslått å dele ansvaret for pasienter med psykiske lidelser mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (St.melding nr.9 (1974-75)). Antall senger innen psykisk helsevern er i perioden 1991 til 2000 redusert med 20% (SINTEF / Samdata)

Ønske om å flytte pasienter fra store sentralinstitusjoner til egne boliger i kommunene, er begrunnet i flere forhold.. Både fra brukernes side, fra profesjonenes side og politisk, har det vært et mål å begrense bruken av institusjonssenger. For brukerne har det vært ønskelig å få helsetjenester, og kunne bo, der de har sitt nettverk. Mange har også hevdet at det å bo på en institusjon hele livet, ikke er en verdig tilværelse. Ut i fra et økonomisk perspektiv blir det sett på som ønskelig å flytte pasienter ut av institusjoner, fordi sykehussenger er ”kostbare”. Det blir sett

¹⁰ Se for eksempel Sosialkomiteen 1994-95:19

på som økonomisk lønnsom å behandle pasientene på riktig nivå. Bedre ressursutnyttelse kan også bidra til at flere får et godt helsetilbud. Faglig blir det argumentert for å flytte pasienter ut fra store institusjoner fordi langvarig opphold i institusjon kan hindre personer å fungere optimalt ut i fra sin helsetilstand. Pasienter som blir ”institusjonalisert” er en faglig beskrivelse av pasienter som får et dårligere funksjons- og mestringsnivå enn de ellers ville hatt, fordi de lever i en institusjon der de er passive mottakere av tjenester, og i liten grad trenger / har anledning til å ta ansvar for eget liv og helse.

På grunnlag av blant annet dette har kommunene fått en mer sentral funksjon i helsevesenet de siste 20-årene. Det har skjedd en forskyvning i oppgavefordelingen mellom sykehus og kommune ved at flere oppgaver er flyttet fra sykehus og ut i kommunen. Etter 1970 har derfor tilbudet til pasienter innen psykiatri, vært preget av økt geografisk spredning. De store desentraliseringsreformene startet opp tidlig på 80-tallet. Først kom Lov om helsetjenester i kommunene (1982) som overførte ansvaret for primærhelsetjenesten fra staten til kommunene. Siden skjedde tilsvarende desentralisering – med og uten lovforankring – innenfor omsorgen for psykisk utviklingshemmede, sykehjemsbasert eldreomsorg og psykisk helsevern. Innen psykiatrien skjøt dette fart med Opptrapingsplanen. Staten beholdt allikevel en viss kontroll over aktiviteten gjennom finansieringsordningene som hadde klare innslag av sentralisering.

Desentralisering har ut i fra dette bidratt til endrede vilkår for koordinering og samarbeid innen psykisk helsevern. Pasienter med store hjelpebehov som tidligere i stor grad fikk alle sine behov dekket ved de store institusjonene, skal nå bo hjemme å få hjelp fra ulike etater. Dette stiller økte krav til koordinering og samarbeid i forhold til behov for mat, medisiner, sosial aktivitet/ fritid, arbeid, økonomi m.m. for denne gruppen. Aktuelle etater som med dette må samarbeide kan være psykiatritjenesten i kommunen, sykehus, fastlegen, poliklinikken ved DPS, Aetat, trygdekontor og sosialkontor.

5.4 Profesjoner og jurisdiksjon

Endringer i profesjoner og deres jurisdiksjoner har de siste årene også medført endrede vilkår for koordinering og samarbeid.

Forholdet profesjoner i mellom, og forholdet mellom profesjoner og staten, er nøye knyttet til velferdsstatens historiske utvikling. Profesjonene former og formes gjennom koblinger til velferdsstaten. Det vil derfor være viktig å se på profesjoner og deres relasjoner til hverandre, brukere og staten for å kunne belyse vilkårene for koordinering og samarbeid i helse- og sosialetatene. Den norske helsetjenesten blir sett på som utpreget depolitisert, det vil si at den profesjonelle medisinske ekspertise har hatt en sentral rolle i utforming og gjennomføring av politiske tiltak (Nordby 1993).

Vi kan snakke om en særegen statsstruktur hvor legeprofesjon og stat har kommet til å bli så tett sammenvevd at betegnelsen ”profesjonsstat” er dekkende (Erichsen 1995).

Den historiske utviklingen av helseprofesjoner i velferdsstaten kan beskrives i tre faser der den første er ”etablering” (← 1960), den andre er ”vekst og konsolidering” (1960-1980) og den siste er ”redefinering” (1980 →) (Erichsen 1996).

De to første fasene, frem til 1980, var preget av forholdsvis entydige forhold når det gjaldt arbeidsdeling og samarbeid. Grenser mellom sektorene var klare, og det var hierarkier innad i organisasjonene. Relasjonene var preget av enten klar over- underordningsforhold, eller de hadde svært lite med hverandre å gjøre (Erichsen 1996;43). Konflikter rundt jurisdiksjon fant i disse fasene hovedsakelig sin løsning gjennom etablering av full jurisdiksjon og ved underordning, eventuelt gjennom etablering av rådgivende jurisdiksjon (Erichsen 1996;48). Nye, og underordnede gamle yrker, styrket sin posisjon i disse fasene gjennom to prosesser. For det første skjedde det gjennom statlig styrking av profesjonens yrkesutøvelse som senere blant annet førte frem til offentlig godkjenning for flere yrkesgrupper. Et annet forhold som styrket disse yrkenes posisjon var omlegging av utdanningssystemet for mange helseyrker. Utdanningsinstitusjonene fikk etter hvert en mer autonom rolle i forhold til sykehusene og har gått fra lærling til elev og videre til student. Dette gjelder spesielt de yrkene som i dag utdannes ved høyskolene; sykepleie, vernepleie, fysioterapi, ergoterapi, sosionom.

Den tredje fasen har medført endringer i forutsetningene for koordinering og samarbeid, den begynte på 80-tallet og pågår fortsatt.

Den er preget av økt uklarhet og flere konflikter mellom ulike profesjoner, og mellom profesjonene og staten. Dette må først og fremst forstås som et resultat av en omfattende ombygging av både helsetjeneste og velferdsstat som førte med seg uklarheter i forhold til jurisdiksjoner. Denne uklarheten i jurisdiksjoner fører til svekkelse av profesjonene i helseorganisasjonene (Erichsen 1996).

Lignende tendenser kan sees i andre land (Østergren og Sahlin Andersen 1998). I tillegg viser Østergren og Sahlin-Andersen (1998) at profesjoner begynner å veves sammen med en administrativ og økonomisk logikk. Ut i fra dette er det grunn til å anta at utfordringene i forhold til koordinering og samarbeid mellom etater og profesjoner er blitt større når jurisdiksjonen mellom etatene og profesjonene er mer uklar.

Psykisk helsevern har hatt en utvikling preget av større uklarheter i arbeidsdelingen mellom etater og profesjoner. For det første er det innad i de ulike etatene flere og nye profesjoner sammenlignet med før 80-tallet. Selv om psykiatritjenesten i kommunen og psykiatrisk spesialisthelsetjenesten fremdeles har mange sykepleiere og leger, er det en rekke andre faggrupper som har gjort sitt inntog de siste årene. Flere oppgaver som tidligere var knyttet til enkelte profesjoner kan nå også ivaretas av personer med annen fagbakgrunn. Vernepleiere, ergoterapeuter og pedagoger er en voksende gruppe innen ulike deler av psykisk helsevern, flere av disse har også ulike spesialutdanninger som gjør at de kan inneha roller som bare leger og psykologer hadde tidligere, for eksempel en del gruppevirksomhet. Videre har psykologene inntatt den psykiatriske spesialisthelsetjenesten på en ny måte i og med at psykologspesialist nå har fått nye oppgaver som bare psykiatere hadde før. Dette viser en endring mot et større mangfold i fagbakgrunn hos de ansatte innen psykiatritjenestene. Dette mangfoldet i fagbakgrunn er tydeligere i DPS og kommunen enn i sykehus. Spesielt i ved korttidsavdelinger ved psykiatriske sykehus er det fremdeles sykepleierne som er i flertall.

Profesjoners makt og rolle blir også påvirket av hvilke behandlingsmetoder som er rådende. Innen psykisk helsevern har det tradisjonelt vært et mangfold av behandlingsmetoder. Både sykdomsforståelse og behandlingsmetoder har det vært ulike meninger om. Det har fra flere hold vært arbeidet for å få til felles nasjonale / internasjonale retningslinjer og prosedyrer for behandling av psykisk syke mennesker, men dette har vist seg å være vanskelig. De siste årene

har ”evidence based medicine”¹¹ fått en større plass i det norske helsevesen. Men det er ulike meninger om dette vil bidra til at pasientene innen psykiatri får et bedre behandlingstilbud. Det blir fra enkelte hold hevdet at for denne gruppen av pasienter, vil det av flere grunner være vanskelig å bygge standardiserte behandlingmetoder som i tilstrekkelig grad ivaretar andre viktige verdier, så som individuell behandling og pasientmedvirkning.

Et annet forhold som har bidratt til større uklarhet i arbeidsdelingen er økte muligheter for lokale løsninger når det gjelder organisering av helsetjenester. Dette har ført til at både 1 og 2 linje tjenesten har prøvd ut ulike modeller når det gjelder hvordan oppgaver og ansvar skal fordeles mellom etatene, og med det lagt til rette for ulike modeller for hvordan samordning mellom etatene kan ivaretas. I denne utviklingen har det også kommet inn flere private aktører som tilbyr helsetjenester og som påvirker forholdet mellom profesjonene og etatene.

Et siste forhold som kan være med å bidra til usikkerheten for profesjonene er en forskyvning av makt fra fagfolkene og mot ledelsen, horisontal sentralisering (Erichsen 1995;55). ”Ledelse i offentlig sektor” ble i denne perioden noe annet enn tidligere. Dette skjedde sammen med fremveksten av nye ledelsesideologier på 1980-tallet. Ledelse ble noe mer enn profesjonsledelse, det ble et fag og en oppgave i seg selv. Profesjonene blir ikke lenger ledet av egen profesjon, noe som har medført større usikkerhet og uklarhet når det gjelder ansvarsfordeling.

Flere endringer av forhold i, og mellom profesjoner og jurisdiksjoner har medført endrede vilkår for koordinering og samarbeid i helsevesenet. Oppgave og ansvarsfordelinger er blitt mer uklare, det er kommet flere aktører til, på noen områder legges det opp til mer fleksible løsninger som skaper uklarhet, det er også kommet nye grupper av ledere som ikke er fagfolk i helsevesenets forstand.

5.5 Fra pasient til bruker

Parallelt med strukturelle og økonomiske endringer, har synet på pasientenes rolle også endret seg. De siste 30 årene har det vært en generell trend mot økt fokus på enkeltindivider og den

¹¹ ”Evidence based medicine” legger opp til at all praksis skal være fundert i siste vitenskapelige baserte kunnskap.

enkeltes behov. Dette er noe annerledes enn fellesskapstenkningen som preget mange land i etterkrigsårene og som var sentral i oppbyggingen av den skandinaviske velferdsstaten. Fra 30-tallet og utover hersket det en vitenskapelig selvsikkerhet og styringsoptimisme i Skandinavia. Helseeksperter mente de hadde sikker viten på de fleste områder om hvilke behov befolkningen hadde, og hvilke beslutninger som burde gjøres til befolkningens beste (Halvorsen 1996). Befolkningen ble sett på som et kollektiv av homogene individer som hadde felles behov. Forholdet mellom staten ved ekspertene og individene var i denne perioden preget av et skjevt maktforhold. Befolkningen hadde tillit til at det beste helsetilbudet bygde på fagkunnskap og vitenskapelig kunnskap, og best kunne utformes av eksperter og profesjoner. Individets meninger ble lite vektlagt, og helsevesenets oppgaver var å iverksette løsninger bygd på vitenskapelig kunnskap.

Fremveksten av velferdsstaten i Norge har i tillegg til troen på vitenskapen og dens bidrag også vært preget av ønske om likhet for alle. Disse to forhold medførte at pasienttilbudet i stor grad ble styrt av hva helseinstitusjonene valgte å tilby, og ikke av hva den enkelte pasient ønsket, eller hadde behov for. Det var en paternalistisk tradisjon med utgangspunkt i at pasienten ikke hadde tilstrekkelig kunnskap og oversikt til selv å gjøre de aktuelle valgene.

Nye trender både nasjonalt og internasjonalt brakte inn et økt fokus på enkeltindividet. Det var flere grupper som begynte å stille spørsmål ved den manglende innflytelsen pasienten hadde i forhold til helsetjenester spesielt, og staten mer generelt. Innen psykiatri vokste det på slutten av 60-tallet frem en antipsykiatribevegelse med utgangspunkt i den politiske venstre siden. Den var opptatt av enkeltindividet som de mente i for liten grad ble tatt hensyn til i psykiatrien, der grupper og systemer var det sentrale. Fokus på enkeltindividet vokste ytterligere utover mot slutten av 1970 og 80-tallet, da ut i fra de mer liberalistiske ideene om frihet og ansvar for den enkelte. Også i forhold til helsetjenester ble dette av betydning. Allerede på 70-tallet var forskere i USA opptatt av behovet for å fjerne forskjellene mellom tilbyder og forbruker i helsevirksomheten (Sheps 1972). I England skjøt disse tankene for alvor fart under Thatcher på 80-tallet. Det skulle ikke lenger være fagfolk, eksperter eller politikere som skulle bestemme hva som var best for borgerne. Hver skulle selv vurdere og velge helsetjenester ut i fra sine behov.

Det enkelte individets rettigheter og muligheter ble sterke argumenter i diskusjoner om forhold mellom staten ved de offentlige tjenestene, og individet.

Innenfor helse- og sosialsektoren ble pasientene i økende grad omtalt som brukere, og forholdet mellom bruker og tilbyder av tjenester ble sammenlignet med forholdet mellom supermarked og kunde. "Supermarked modellen" ble et begrep i denne diskusjonen (Winkler 1987). Kritikken mot det tradisjonelle helsetilbudet var preget av verdier om enkeltindividets rett til selv å velge, og motstand mot styring fra eksperter, profesjoner og myndigheter. Mer aktiv deltagelse fra brukerne var noe av kjerne i den nye brukerrollen, de skulle ikke lenger være pasienter men brukere, konsumenter eller kunder. De siste årene har det ikke bare vært de liberale som har argumentert for individets rett til innflytelse, og retten til å gjøre egne valg også når det gjelder helsetjenester. Dette er blitt et allment krav som også er hjemlet i pasientrettighetsloven.

Signalene de siste årene har i økende grad vektlagt brukernes innflytelse. De som tilbyr tjenester skal gjøre det med utgangspunkt i brukernes ønsker og behov. Helsepersonell skal være rådgivere for pasientene, de har ikke lenger fasit på hva som er riktig behandling for den enkelte (Sosial- og helsedepartementet 1997: Høringsnotat). Dette medfører endringer i profesjonenes rolle, og de står nå overfor mer bevisste og skolerte pasienter som er mer oppmerksomme på sine rettigheter, og dette er en utviklingen som vil fortsette (NOU 1997: Pasienten først!).

Behandlingstilbudene har tidligere vært for lite differensierte. De store institusjonene har gitt samme type tilbud til store grupper pasienter, kvaliteten på tilbudene har ofte vært mangelfull, og det har vært lagt for lite vekt på den enkeltes særskilte behov. (Sosial og helse dept. 1997)

Ut i fra dette kan endringer i pasientrollen påvirke vilkårene for koordinering og samarbeid. Krav om fleksibilitet og individuell tilpasning av tjenester kan utfordre de tradisjonelle strukturene og rutinene. Endringer i organisering, fra strukturer bygd på profesjonenes arbeidsdeling, til strukturer bygd på pasienters behov, kan endre disse vilkårene.

5.6 Koordinering i psykiatrien – mange utfordringer

Bedre koordinering og mer helhetlige tjenester er et tilbakevendende tema innen helsevesenet generelt og psykiatrien spesielt. Det er fra flere hold pekt på at en rekke mennesker med psykiske lidelser har spesielt stor behov for godt koordinerte tjenester.

Pasienter med psykiske lidelser trenger – mer enn noen andre pasientgrupper – et sammenhengende behandlingsnettverk i helsetjenesten. (St.meld. 25. 1996-97).

Psykiatrien har derfor store utfordringer i forhold til å få til god koordinering og godt samarbeid mellom etater og profesjoner. Bakgrunnen for denne gruppens behov for godt koordinerte tjenester bygger på flere forhold. Flere av de psykiske lidelsene er av en slik karakter at de hemmer individets mulighet for å ivareta egne behov på flere sentrale områder. Spesielt kroniske psykiatriske lidelser kan føre til begrensede muligheter for å delta i arbeidsliv og sosialt liv på de premissene som råder i samfunnet. De er i behov av spesiell tilrettelegging i forhold til arbeid og lignende aktiviteter, og mange strever også med å etablere og beholde et sosialt nettverk. Dette fører til behov for hjelp og støtte fra ulike instanser så som trygdekontor / aetat, sosialkontor, kommunale hjelpetjenester etc.. De ulike sidene av tilværelsen griper inn i hverandre og skaper behov for koordinering for å utgjøre en helhet.

5.7 Oppsummering

I dette kapitlet er flere forhold som kan bidra til å øke utfordringene knyttet til målet om bedre koordinering innen psykisk helsevern presentert. Økt spesialisering, desentralisering av tjenester, endringer i profesjoner og deres jurisdiksjon og endringer i pasientrollen, er noe av det. Flere tiltak er iverksatt for å få til bedre samarbeidet og koordineringen mellom aktuelle profesjoner og etater innen helsesektoren. I neste kapittel blir aktuelle reformer presentert med fokus på hvordan de vil bidra til bedre koordinering og samarbeid, og med det mer helhetlige tjenester innen psykisk helsevern.

6 HVORDAN LØSER REFORMENE KOORDINERING?

Det er iverksatt en rekke tiltak de siste årene for å fremme bedre koordinering og mer helhetlige helsetjenester. I dette kapittelet vil aktuelle dokumenter og reformer bli presentert med fokus på hvordan de vil løse utfordringer knyttet til koordinering og samarbeid. Noen gjelder helsevesenet generelt mens andre er spesielt rettet mot psykisk helsevern. Dokumentene og reformene vil i denne studien bli omtalt med fellesbetegnelsen ”aktuelle reformer”. Reformen som presenteres er; Opptappingsplanen for psykisk helse fra 1999-2006 (1998), Status for psykiatrien 2003 / Tiltak 2003 (2003), Organisering og arbeidsområder for DPS (2001), Fastlegereformen (1999), Aktuelle lover (1999) og Endringer i eierskap (2001). Gjennom disse vil de offentlige og aktuelle tiltak knyttet til bedre koordinering og mer helhetlige tjenester bli presentert. Rasjonale bak hver av reformene vil også bli diskutert. Kapittelet vil bli avsluttet med en drøfting av hvordan tiltakene fra de ulike reformene passer sammen.

6.1 Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006

Stortinget vedtok under behandlingen av St prp nr. 63 (1997-1998), at tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser skulle styrkes betydelig i løpet av de nærmeste 8 år. Målet var å skape helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skulle stå i fokus. Planen inneholdt konkrete tiltak og en forpliktende økonomisk opptappingsplan, og la opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden. Sentrale områdene var omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, styrking av tilbudet i kommunen samt mer brukerstyring og bedre informasjon. Her er en kort presentasjon av disse hovedområdene.

Komiteen som utarbeidet Opptappingsplanen vektla behovet for tjenester på tvers av nivåer og sektorer, og påpekte at sektorer og tjenesteytere derfor må se det som en oppgave å bidra aktivt til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. De mente et slikt samarbeid på tvers ville være en forutsetning for å lykkes med planens mål.

Komiteen understrekte videre at kommunen og fylkeskommunen må samarbeide allerede på planstadiet slik at tjenestetilbudene kan tilpasses hverandre. Vellykkede erfaringer med dette baserer seg på en erkjennelse av at gjensidig forpliktende samarbeid fremmer pasientens interesser og letter arbeidet med å løse vanskelige situasjoner som kan oppstå. (Rundskriv I-24/99)

Komiteen viser til St meld. Nr. 25 (1996-97) der sosialkomiteen pekte på nødvendigheten av at ansatte på alle nivå viser fleksibilitet og samarbeidsvilje. De mener de ulike etatene må redegjøre for samarbeidet med andre etater i sine planer, og at fylkeskommunen (nå helseforetak, HF) må gjengi synspunkter som kommunen har uttrykt i sine planer.

Opptappingsplanen legger opp til ytterligere desentralisering av psykiatriske tjenester. Sykehusene skal bestå av døgn- og dagavdelinger som kan være organisert ved egne psykiatriske sykehus, eller som psykiatriske avdelinger ved de alminnelige sykehusene. Utover dette legger opptappingsplanen opp til at hovedsatsingen innen psykiatri skal foregå utenfor sykehus, gjennom psykiatritjenesten i kommunen og gjennom distriktpsikiatriske sentre (DPS). Et DPS blir beskrevet til å være en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmenne psykiatriske tjenestene innen et geografisk område.

Opptappingsplanen viser til at DPS bør bestå av poliklinikker, dagavdelinger og døgnavdelinger under felles faglig ledelse. Nye døgnplasser forutsettes å etableres ved utbygging av DPS. De skal samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet, gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere i kommunen, og yte polikliniske og ambulante tjenester til pasienter i kommunen. Døgnavdelingene bør både kunne tilby korttids krise- og avlastningsopphold for hjemmeboende psykiatriske pasienter, og lengre tids opphold for behandling og rehabilitering. Alle DPS'er bør kunne ta imot kjente langtidspasienter når disse i kortere eller lengre tid trenger innleggelse, dersom det ikke er spesiell forhold (vold, suicidalfare mv) som nødvendiggjør innleggelse i sykehus. Behovet for opphold over flere år antas å være meget lav. I prinsippet skal ingen ha fylkeskommunal institusjon som varig bolig, og oppfølging av pasienter over tid bør med svært få unntak være tillagt det distriktpsikiatriske senter eller kommunen. Videre bør DPS være en del av lokalsykehuset der dette er naturlig men det kan også være en frittstående institusjon. Selv om DPS administrativt skal være en del av sentralsykehuset eller regionsykehuset, bør det være faglig selvstendig, og ikke underlagt avdelingsoverlegen ved en av

de psykiatriske døgnavdelingene på sykehuset. Det forutsettes at selv om de ulike delene av DPS ligger spredt fungerer de som en faglig- og organisatorisk enhet. Hvilke type tjenester et DPS skal yte vil avhenge av flere faktorer, blant annet vil tid være av betydning. Etter hvert som DPS vinner erfaring, utvikler kompetanse og arbeidsmåter og gradvis rekrutterer personell, vil tilbudene kunne utvides.

Opptappingsplanen viser til at kommunen skal ha en sentral plass i det psykiske helsevern. De skal tilby tjenester til hjemmeboende pasienter, bygge og drive omsorgsboliger, etablere dagsenter, ha ansvar for støttekontakter og for kultur- og fritidstiltak

Videre står brukerperspektivet sentralt i Opptappingsplanen. Dette tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske og blir i vårt samfunn sett på som et gode i seg selv. Innen psykiatri handler dette blant annet om fokus på helhetlige tjenester på brukernes premisser med størst mulig grad av frivillighet og minst mulig bruk av tvang. Brukermedvirkning skal skje på ulike nivå. Den enkelte bruker må gis mulighet til å delta i utviklingen av de tjenester han / hun mottar. Pasienter skal også delta på et mer overordnet nivå i utformingen av tjenestetilbudene, for eksempel ved deltakelse i utarbeiding av den fylkeskommunale og kommunale psykiatriplaner. Opptappingsplanen peker på at brukere av tjenester og helsepersonell ikke alltid har sammenfallende oppfatning om hvordan tjenestetilbudet skal utformes. Utgangspunktet skal være at brukerne kan bidra til planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud. Prioritering av økt brukermedvirkning er en forutsetning for at opptappingsplanens intensjoner skal kunne realiseres, og samarbeid med lokale bruker- og pårørende organisasjoner er nødvendig for å kunne lykkes i dette arbeidet. Planen vektlegger videre at de ulike etatene bør redegjøre for hvordan brukerne har vært trukket inn i planprosessen, og synspunkter fra brukerorganisasjonene bør gjengis.¹²

Rasjonale for koordinering i Opptappingsplanen er at alle sektorer og tjenesteytere skal bidra aktivt med å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå gjennom å vise fleksibilitet og samarbeidsvilje. DPS skal ha en koordinerende rolle mellom sykehuset og kommunen. Det skal utarbeides planer for samarbeid mellom etater og nivåer, og det vil på noen

¹² Dette er hentet fra St.meld. 25 (1996-97) og Rundskriv I-24/99

områder bli brukt økonomiske insentiver for at det skal utarbeides slike. Videre legger Opptappingsplanen opp til mer aktive brukere som skal kreve bedre koordinering.

6.2 Status 2003 for Opptappingsplanen, og Tiltak 2003

I 2003 presentert Sh.dir en resultatrapport for første del av Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2006). På grunnlag av dette ble det utarbeidet forslag til tiltak for det videre arbeidet med Opptappingsplanen frem mot 2006. Rapporten ble utarbeidet på grunnlag av data til og med 2002 og viser at det er oppnådd mye på mange områder når det gjelder bedre kvalitet på, og omfang av de tilbud og tjenester som personer med psykiske lidelser har krav på. Samtidig viser den at det fortsatt gjenstår mange utfordringer.

Rapporten peker på at de viktigste virkemidlene for å nå utbyggingsmålene for kommunen og spesialisthelsetjenesten har vært tildeling av øremerkede midler, krav om utarbeiding av planer, og råd og veiledning. Rapporten konkluderer med at hoveddelen av tilskudd til drift og investeringer fra Opptappingsplanen fremdeles gjenstår. I perioden 1999-2003 ble 35 % av driftsmidlene for hele Opptappingsplanen brukt. Det vil si at 65 % gjenstår når det er tre år til perioden er over. Noen sentrale tall fra Status 2003 er:

- For antall årsverk i kommunen har det vært en økning på 28 % av måltallet for 2006
- For antall døgnplasser i sykehus er 12,5 % av måltallene for 2006 oppnådd
- For antall døgnplasser i DPS er 77 % av måltallene oppnådd.

Dette viser at det er sykehuset som er kommet kortest i forhold til planlagt vekst ut i fra Opptappingsplanen.

Evalueringen konkluderer med at for å nå målene i Opptappingsplanen om mer helhetlig tilbud for den enkelte, er det behov for effektivisering av tjenestene, og bedre samarbeid. På grunnlag av dette har Helse og sosial direktoratet foreslått flere tiltak for de gjenværende 3 årene av planperioden (SH.dir. Tiltak 2003-2006):

- Etablere felles møteplasser for brukere og fagfelt
- Etablere mer omfattende rapporteringssystem for kommunen for å kunne målrette innstasen.

- Fokusere sterkere på fagutvikling, evaluering og forskning for å bringe fram nye og mer effektive arbeidsformer.
- Det bør vurderes mer differensierte produktivitetsmål.

Ut i fra dette er rasjonale for koordinering i evalueringen fra 2003 flere felles møteplasser for de ulike aktørene. Arbeidsmetodene skal effektiviseres og det skal legges opp til at kommunen i større grad skal rapportere sin virksomhet, slik at innsatsen i større grad kan målrettes. På denne måten mener SH.dir at målet om bedre koordinering kan oppnås.

6.3 DPS -organisering og arbeidsområde

I 2001 kom veileder fra Statens helsetilsyn, ”Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder” (Statens helsetilsyn 1-2001). Dette var en utdyping og presisering av det som tidligere hadde vært sagt om DPS¹³, og hva de skulle være, blant annet i Opptappingsplanen.

Distriktpsikiatriske senter ble opprettet for å innfri målene om mer tilgjengelige tjenester fra St melding 25 (1996 - 97). Statens helsetilsyn håpet med denne veilederen å bidra til en god prosess i utviklingen av de distriktpsikiatriske sentrene slik at psykisk helsevern kunne utvikles i tråd med de intensjonene som ligger i Opptappingsplanen. Det vektlegges at det skal stilles de samme kravene om kvalitet til DPS som til andre spesialist-helsetjenester, og at forskjellen på tjenestene mellom sykehus og DPS ikke skal være kvaliteten på det en gjør, men hvilke oppgaver en skal utføre innen de samlede helsetjenestene. Videre vektlegges DPS sitt ansvar for behovstilpasning. Tilbudene fra DPS skal tilpasses den enkelte pasient ut i fra type lidelse, fase i forløpet og individuelle behov. Fleksibiliteten gjelder både ved at de som er pasienter på et gitt tidspunkt får ulike tilbud tilpasset den enkeltes behov, og at den enkelte pasient får tilbud som endres over tid i samsvar med forandringer i behov i ulike faser. (Statens helsetilsyn 2001)

Et distriktpsikiatrisk senter skal ha ansvar for det allmenne psykiske helsevern for den voksne befolkningen i opptaksområdet. Det betyr at ledelsen ved senteret både har ansvar for de tjenester som senteret selv gir, og for å samarbeide med kommunale tjenester og andre

¹³ Begrepet Distriktpsikiatriske sentre, vokste frem utover 90-tallet

spesialisthelsetjenester. Målet er at det samlede tilbudet for befolkningen skal være helhetlig og sammenhengende og tilpasset de behov befolkningen har. Det betyr at en i tillegg til å forholde seg til behovene hos de pasientene som til enhver tid er henvist, også skal være opptatt av hva en kan gjøre for å hjelpe den delen av befolkningen som ikke får dekket sine behov for hjelp. Veilederen sier videre at DPS bør vurdere omfang og varighet av tilbud til de pasienter de allerede har i behandling, i forhold til det de kjenner til av udekkede behov i området. Ledelsen ved DPS bør derfor sette seg inn i tilgjengelig data fra kommuner og spesialisthelsetjenester om registrerte behov og bruk av tjenester, medvirke til innsamling av slike data, og bruke slike opplysninger som et ledd i å prioritere oppgaver, monitorere tjenester og forvalte ressurser. Dette er en naturlig del av samarbeidet med kommunen.

Fordeling av pasienter og oppgaver må primært skje ut i fra tilstandens alvorlighetsgrad, utrednings- og behandlingsbehov, pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. Videre må kompetanse og ressurser som er tilgjengelig i de ulike delene av spesialisthelsetjenesten vurderes. De psykiatriske sykehusavdelinger skal gi behandlingstilbud til de som krever høyere bemanning og/eller spesialkompetanse som vanligvis ikke finnes ved distriktpspsykiatriske senter. Disse sykehusfunksjonene er akuttfunksjon og oppfølgende behandling i døgn-avdeling, særlig for pasienter som er innlagt uten eget samtykke. Videre er det behandling over lengre tid for personer som har utagerende og voldelig atferd sammen med en alvorlig psykisk lidelse, samt behandling i sikkerhetsavdeling. Det nevnes også ulike spesialavdelinger og team som bør være sykehusets ansvar. Veilederen peker videre på at det i forhold til pasienter som over tid trenger tjenester både fra DPS og fra sykehusavdeling, er viktig at de som yter tjenestene arbeider seg frem til en felles forståelse av den enkeltes behov i et helhetlig og konsistent tilbud. Gjennom regelmessig kontakt bør DPS-et holdes løpende orientert om sykehusinnleggelser fra sitt opptaksområde der overføring til DPS er aktuelt, for å planlegge mottak av pasienten når sykehusoppholdet er over. Veilederen vektlegger et likeverdig samarbeid med en fordeling av ansvar, oppgaver og koordinering.

Primærhelsetjenesten skal være den viktigste samarbeidspartneren for DPS, og dette samarbeidet er nå pålagt i den nye loven om spesialisthelsetjenesten (jfr veiledningsplikten § 7-4). DPS skal samarbeide nært med kommunene og gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere i

kommunen, de skal også yte poliklinisk og ambulante tjenester i området og bidra til å øke kompetansen i de kommunale tjenestene. Fastlegen vil være en viktig samarbeidspartner innen kommunen.

Rasjonale for koordinering i denne veilederen er, som beskrevet i Opptrappingsplanen, at DPS ut i fra sin organisasjonsmessige posisjon mellom kommunene og de psykiatriske sykehusavdelingene, har en sentral oppgave i forhold til koordinering av de samlede tilbudene. DPS er opprettet for å gi befolkningen et mer helhetlig tilbud. DPS skal ha regelmessig kontakt med sykehuset og kommunen, og gjennom det tilpasse seg deres behov. De har en lovfestet veiledningsplikt til kommunen. Videre skal alle etatene i fellesskap arbeide seg frem til felles forståelse for den enkelte pasients behov.

6.4 Fastlegereformen – Hva sier den?

I 1999 kom fastlegereformen (Ot prp nr 99 (1998-99)). Den gav alle som ønsker det rett til en navngitt fastlege. Hver fastlege har en liste med ”sine” pasienter som de står ansvarlig for å gi et forsvarlig tilbud. På dagtid har fastlegen ansvaret for nødvendige allmennlegetjenester til personer på sin liste, hjelp utover dette skal den kommunale legevakten bistå med. Fastlegen har en viktig rolle i å koordinere sine pasienters behov for medisinske tjenester.

I det formaliserte forholdet mellom fastlegen og pasienten, skal fastlegen ha ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Hensikten med denne ordningen er å skape kontinuitet i det enkelte lege-pasient forhold, og ansvarliggjøre legen i høyere grad enn ved tilfeldig legebruk. En annen viktig intensjon er at ordningen også vil være viktig for å systematisere og bedre samarbeidsforholdene mellom første- og andrelinjetjenesten. Den vil dermed bidra til større effektivitet i helsetjenesten. Reformen blir sett på som spesielt bra for de som hadde kroniske lidelser.

”Reformen skal bidra til kontinuitet i lege-pasientforhold. Dette er særlig viktig for personer med kroniske sykdommer og psykiske lidelser, samt for funksjonshemmede og pasienter under rehabilitering” (Ot prp. 99 1998-99. s. 7).

Fastlegeordningen bygger på privat praksis som hovedmodell for driftsformen. Legenes honorar består av godtgjøring for listeansvar i form av per capita-tilskudd fra kommunen, og stykkprishonorering i form av trygderefusjon og egenbetaling.

Rasjonale for koordinering i denne reformen er fastlegen som en stabil person som skal koordinere helsetjenestene til den enkelte bruker / pasient.

6.5 Aktuelle lover

I 2001 kom det flere nye helselover. Blant annet trådte helsepersonelloven og pasientrettighetsloven i kraft. Helsepersonelloven er en felles lov for alle helsepersonell, den avløste legeloven som tidligere har regulert det meste av aktivitetene for de ansatte i helsesektoren. Pasientrettighetsloven samlet en del bestemmelser som tidligere var spredd i andre lover, blant annet i legeloven og sykehusloven, eller var ulovfestede prinsipper og gir enkelte nye rettigheter for pasienten.

Lovene skal regulere forholdet mellom pasient og helsevesen, og setter blant annet fokus på pasienten og dennes behov og autonomi. Lovene bygger i stor grad på prinsippet om at pasienten er utgangspunktet og kjernen for all helsehjelp som tilbys, og at helsepersonell og beslutningstakere må sette pasienten først. I pasientrettighetsloven er pasientens integritet og menneskeverd grunnleggende verdier i de fleste av lovens bestemmelser. Hovedinnholdet i loven er rettigheter som gir tilgang på helsetjenester, og rettigheter man har som pasient. Pasienter har rett til blant annet medvirkning, informasjon og selvbestemmelse. Videre lovfestes klageregler og regler om pasientombud.

For pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, sier forskrift om individuell plan (Sh.dept.2001) at det skal utarbeides en individuell plan (IP). Denne rettigheten er hjemlet i flere lover¹⁴. IP er en felles overordnet plan for alle tjenester den enkelte er i behov av, og blir tilbudt. Et sentralt punkt i retten til IP er brukermedvirkning, og planen skal ta utgangspunkt i

¹⁴ Pasientrettighetsloven, Psykisk helsevernloven, Sosialtjenesteloven, Helsepersonell loven, Kommunehelseloven, Spesialisthelsetjenesteloven.

brukernes ønsker og vurderinger. IP gir også rett til en koordinator som er en navngitt person som skal ha ansvar for å ivareta pasientens interesser, og koordinere tjenester fra ulike etater. Pasienten skal selv kunne komme med ønsker om hvem som skal inneha denne rollen. I Lov om helsepersonell følges rettigheten til IP opp med tilsvarende plikter for helsepersonell. Det er beskrevet blant annet plikt til å informere og plikt til å ta pasienten med i planlegginger og beslutninger (Rundskriv I-20/2001.). For øvrig pålegger både Specialisthelsetjenesteloven, Lov om Psykisk helsevern og Lov om kommunehelsetjenester, helseetater å samarbeide og koordinere sine tjenester.

Rasjonale i lovverket er å gi brukerne lovfestede rettigheter til medbestemmelse og informasjon, og helsepersonell tilsvarende plikter. Disse rettighetene kan påklages om de ikke blir innfridd.

6.6 Strukturelle endringer i spesialisthelsetjenesten

Reformene presentert foran skal iverksettes og målene innenfor helsevesenets strukturelle og administrative rammer. Også disse rammene har vært gjenstand for reformer. Felles for flere av reformene / endringene som har kommet fra tidlig på 1980-tallet i mange vestlige industriland, er at de har hatt kostnadsbesparelse som et hovedsiktemål, og introduksjon av markedsliknende mekanismer som sentrale virkemiddel.

Spesialisthelsetjenesten var frem til 01.01.01 eid av fylkeskommunen, og politikere var sentrale aktører. Da staten overtok eierskapet ble sykehusene omgjort til helseforetak. De offentlige sykehus er nå organisert under fem regionale helseforetak (RHF). RHF inngikk også driftsavtaler med sykehus og institusjoner eid av stiftelser, samt en del kommunale institusjoner. Sykehusene er derfor ikke lenger forvaltningsorgan men foretak med direktør og styrer som har ansvaret for det enkelte foretak. Finansieringen er basert på forskjellige ramme og stykkpriskomponenter, og mer spesifikke avtaler der aktiviteten knyttes eksplisitt til økonomiske refusjonsordninger.

På tross av større administrativ fristilling for sykehusene de siste årene, sammenlignet med tidligere rammefinansieringssystemet som var betydelig mer forvaltnings- og regelorientert, opplever sykehusene et større reguleringspress på aktiviteter på grunn av økte rettighetskontakter

på brukersiden og større grad av statlig resultatevaluering (Pettersen og Bjørnenak 2003). Eierskapsreformen sammen med økt brukerorientering gjør at sykehusene nå må planlegge under større grad av usikkerhet enn tidligere. Med fritt sykehusvalg kan pasientene velge bort det lokale sykehuset til fordel for et annet. Dette stiller nye og store krav til styrings- og informasjonssystemer på alle nivå (Pettersen og Bjørnenak 2003). Disse styrings- og informasjonssystemene vil ha behov for ulik informasjon avhengig av på hvilket nivå beslutningene skal fattes. Sykehusavdelingene må ha informasjon til hjelp ved planlegging av pasientinntak, bemanningsbehov og øvrig ressursforbruk. Sykehuset må ha informasjon til hjelp for resultatmåling og evaluering av tiltak, samordning av drift mellom avdelingene og beregning av konsekvenser ved endring i rammebetingelser. Mens RHF og staten som eier, må ha informasjon til hjelp ved budsjettering og oppfølging, styring av pasientstrømmen, evaluering av prestasjoner i ulike driftsenheter og gjennomføring av regionale og eventuelt nasjonale, forbruksanalyser (Pettersen og Bjørnenak 2003:20). Disse behovene for styrings og informasjonsdata krever at aktiviteten i sykehusene / spesialisthelsetjenesten må kunne omsettes i hensiktsmessige begreper.

Rasjonale bak denne reformen er ikke spesielt knyttet til bedre koordinering og samarbeid, men kan være en faktor når forutsetningene for koordinering og samarbeid skal studeres. Sentralt i fokus for foretaksreformen står bedre utnyttelse av ressursene i helsevesenet, blant annet gjennom bedre styring. Ut i fra Mintzberg (1983) og Abbott (1988) er grad av styring av betydning for koordinering og samarbeid, det vil derfor kunne være av betydning for forutsetningene for koordinering og samarbeid.

6.7 Når reformene skal virke sammen

Reformer bygger på en rasjonell logikk om at mål kan nås om de rette tiltakene blir iverksatt. Det er en rekke dokumenter og planer som er utarbeidet i den hensikt å nå målet om bedre koordinering og mer helhetlige tjenester, langt flere enn de som er presentert her¹⁵. De presenterer en rekke tiltak og virkemidlene er mange. Mer aktive brukere, strukturelle endringer, lovfestede rettigheter og plikter, økonomiske insentiver, rapporteringssystemer, anbefalinger og veiledning.

Samtidig med målet om mer helhetlige tjenester, er målet om en mer effektiv helsetjeneste styrende for mye av det som skjer i helsevesenet. Mål om mer helhetlige tjenester og mer effektive tjenester kan i utgangspunktet se ut til å være sammenfallende. Det vil være god ressursutnyttelse om de ulike aktørene i helsevesenet samarbeidet slik at oppgavene blir ivaretatt uten dobbeltarbeid, og uten at noen oppgaver faller mellom, og ikke blir ivaretatt.

Om vi ser på virkemidlene blir bilde noe mer komplisert. Noen virkemidler bygger på standardisering og regulering, og sikrer gjennom det at tjenestene både blir løst på en mest mulig effektive måten, og at etatene samarbeider etter gitte regler og retningslinjer. Andre virkemidler bygger på fleksible aktører, selvstendige helsearbeidere og aktive brukere.

Koordinering og samarbeid på grunnlag av standardisering og regulering passer god sammen med foretaksreformen som forutsetter styringsdata og mulighet for planlegging på alle nivå. Fleksibilitet og aktive brukere kan være vanskeligere å kombinere med behovet for styringsdata og planlegging. Dette viser at tiltakene og forutsetningene i de ulike reformene ikke nødvendigvis støtter hverandre. Det kan kanskje vise seg at de har vanskelig forenlige forutsetninger. Rasjonale for koordinering ut i fra reformene, bygger både på logikk fra et instrumentelt perspektiv med fokus på mål og resultatstyring, og på logikk fra et institusjonelt perspektiv. Dette vil være et tema i denne oppgaven.

¹⁵ Andre aktuelle dokumenter; NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt". S@mspill 2007, utarbeidet av Helse.dept. 2004. "Samhandling og desentralisering" forslag til overordnet strategi RHF. Nasjonal strategi "...og bedre skal det bli" utarbeidet av SH.dir i 2003. "Stykkevis og delt", utarbeidet av Rådet for psykisk helse 2003.. "Koordinering av psykososialt arbeid", utarbeidet av Statens helsetilsyn i 2000

Et annet forhold når en ser reformene under ett, er hvor mange aktører som er gitt ”et spesielt ansvar for å ivareta helheten”. Fastlege reformen sier at fastlegen skal ha et slikt ansvar. Forskrift om individuell plan som er hjemlet i flere lover sier at det skal oppnevnes koordinator, og at denne skal ha som hovedoppgave å koordinere pasientens tjenester. For pasienter som er tvangsinnlagt i sykehus skal det også utarbeides individuell plan, med koordinator som da har et spesielt ansvar for å koordinere fra sykehuset. Videre er det sagt at DPS er etablert for å ha en koordinerende funksjon mellom kommunen og sykehuset. Lov om psykisk helsevern legger opp til at pasienter som blir utskrevet fra sykehuset men fremdeles bør behandles på tvang, skal ha hovedbehandler i spesialisthelsetjenesten, altså i sykehus eller DPS. Dette viser at det for pasienter med behov for tjenester fra flere etater, er mange som er gitt et ”spesielt” ansvar for å koordinere de ulike tjenestene slik at de til sammen utgjør en helhet. Det kan være verdt å merke seg at ingen av disse aktørene har fått utvidet myndighet eller ekstra ressurser for å kunne ivareta denne oppgaven.

6.8 Oppsummering

I dette kapittelet er det vist hvordan ulike reformer legger opp til å løse utfordringer knyttet til koordinering og samarbeid, og hvilke rasjonale reformene bygger på. Det er beskrevet tiltak på en rekke områder med et felles mål om bedre koordinering og mer helhetlige tjenester. Det er i stor grad samsvar i måbeskrivelsene i de ulike reformene. Gjennom blant annet lovfestede rettigheter, tydeliggjøring av koordineringsansvar og endringer i strukturer, legges det opp til å nå målet om bedre koordinering og mer helhetlige tjenester. Andre virkemidler er mer samarbeid mellom etater og nivåer og felles oppgaveløsning på brukernes premisser. Det er videre beskrevet en rekke aktører som er gitt et spesielt ansvar for å koordinere tjenestene for den enkelte bruker, men ingen av disse er gitt ekstra ressurser eller myndighet. Det er også beskrevet planer om bedre rapporteringssystemer for at innsatsen i større grad skal kunne målrettes. Brukerne er gitt lovfestede rettigheter til helhetlige tjenester som kan påklages. Til sammen beskriver disse reformene et bredt spekter av tiltak som på noen områder krever ulike forutsetninger, og derfor kan bidra til

Studien vil ha fokus på hvordan disse reformene med ulike tiltakene kan gjenfinnes i den aktuelle grenseflate, og hvordan de er med å påvirke forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom de aktuelle etatene. Det kan være av betydning for forutsetningene for koordinering og samarbeid i den aktuelle grenseflaten at de ulike tiltakene krever ulike forutsetninger.

Før funnene i de tre grenseflatene blir presentert og analyser, i kapittel 8., kap.9. og kap.10., vil de aktuelle helsetatene bli nærmere beskrevet.

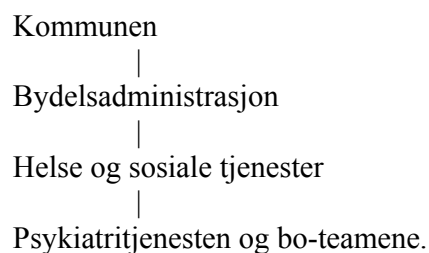
7 PSYKIATRIFELTET - HELSEETATENE

I dette kapitlet vil struktur og funksjoner for etatene som er med i denne studien bli presentert, kommunens psykiatritjeneste, fastlegen, distriktpsikiatrisk senter og psykiatrisk sykehus

Helseetater som tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser er delt på to nivå, et kommunalt nivå, kalt 1.linjetjenesten, og nivå 2., spesialisthelsetjenesten, også kalt 2.linjetjenesten. På det kommunale nivå er det to aktører som er sentrale i forhold til mennesker med psykiske lidelser, det er psykiatritjenesten og fastlegen. Også spesialisthelsetjenesten er organisert i to avdelinger, distriktpsikiatriske sentra og sykehusavdelinger. Her er en kort presentasjon av disse. Først psykiatrien i kommunen.

7.1 Psykiatrien i kommunen

Kommunen er en selvstendige politiske enhet. Denne kommunen består av 8 bydeler som da intervjuene ble gjennomført hadde ulik organisering, men som fra 01.07.05. skal organiseres likt. Hver av bydelene har ansvar for egne helse og sosiale tjenester. De har en felles forvaltningsenhet og ulike avdelinger under den. Den aktuelle bydelen har ca. 30 000 innbyggere.



Psykiatritjenesten skal bistå den enkelte bruker med å få et mest mulig fullverdig liv. Dette kan omfatte hjelp til bolig, arbeid / skole, fritid, økonomi eller pleie og omsorg. Kommunen har ansvar for forebyggende og kurative helsetjenester (helsestasjon, skolehelsetjeneste, allmennlegetjenester, legevakt), sosialhjelp og for pleie og omsorg for eldre, funksjonshemmede og psykisk syke. Deres virksomhet er regulert gjennom Lov om helsetjenester i kommunen.

Psykiatritjenesten

Psykiatritjenesten består av psykiatriske team som i fellesskap har ansvar for et geografisk område. De tilbyr tjenester til pasienter/ brukere med ulike psykiatriske lidelser som bor hjemme. Hvert personale har sine brukere / pasienter som de har jevnlig kontakt med. Tjenestene kan innebære kartlegging av hjelpebehov / funksjonsnivå, individuelle samtaler/støttesamtaler eller hjelp til praktiske ting som følge til lege eller dagsenter. Omfanget av tilbudet til den enkelte bruker varierer fra en gang i måneden, til flere ganger i uken. Noen pasienter får tjenester både fra psykiatritjenesten og fra pleie og omsorg /hjemmesykepleien som er organisert i en egen enhet i Helse og sosiale tjenester.

Psykiatritjenesten har økt i størrelse etter Opptappings midlene begynte å komme i 1998. Fra å være en tjeneste med noen få psykiatriske sykepleiere, har de nå en større og mer mangfoldig personalgruppe. Personale har i hovedsak utdanning fra ulike utdanninger på høyskolenivå, det er ikke leger eller psykologer i denne tjenesten. Antall pasienter er økende, og det er ikke noen øvre grense for hvor mange pasienter psykiatritjenesten kan ta i mot. De har plikt til å vurdere alle henvendelser og følge opp de vedtakene som blir gjort.

Pasientene må selv søke om tjenester i psykiatritjenesten og gjør dette vanligvis sammen med fastlege eller behandler ved sykehus / DPS. Det er store variasjoner i brukernes problemstillinger. Tidligere gav psykiatritjenesten hovedsakelig tilbud til mennesker med kroniske psykiatriske lidelser, nå er det kommet til nye grupper med mer varierende hjelpebehov. Psykiatritjenesten har også en svært sentral oppgave i å ta i mot, og lage tilpassede tilbud til langtidssyke som har bodd på institusjon i lengre tid. Dette gjør de i tett samarbeid med DPS ved å bygge opp boliger med ulik grad av bemanning, kalt bo-team.

Fastlegen

Fastleger er også en del av de kommunale tjenestene. De driver sin praksis etter ”avtale” med kommunen. Hver fastlege har sine pasienter som selv tar kontakt ved behov. Alle innbyggere i en kommune har rett på en fastlege. Fastlegen har ansvar for planlegging og koordinering av individrettet arbeid (Ot prp nr 99 (1998-99)). Når pasienter blir skrevet ut fra sykehus mottar pasientens fastlege en skriftlig oppsummering av behandlingen på sykehus og oversikt over

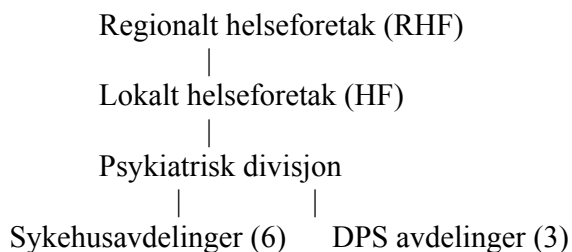
videre behandling. Dette blir kalt epikrise og sendes ut automatisk så sant ikke pasienten aktivt motsetter seg dette. Det er lovfestet krav om at epikrisen skal sendes til fastlegen senest syv dager etter at pasienten er utskrevet.

I denne studien vil fire personer fra kommunen bli intervjuet; to personer fra bydelens kommunale psykiatritjeneste, en person som arbeider med psykiatritilbudet i hele kommunen og en fastlege.

7.2 Spesialisthelsetjenesten – Psykiatrisk divisjon

Sykehuset i denne studien er et Universitetssykehus med ca 8000 ansatte fordelt på 6400 årsverk. Behandlings-tilbudet er organisert etter et funksjonsfordelingsprinsipp der blant annet Psykiatrisk divisjon er en divisjon. Sykehusets oppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og utvikling og opplæring av pasienter og pårørende.

Psykiatrisk divisjon består av både sykehusavdelinger og distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Flere av enhetene i DPS var tidligere selvstendige og uavhengige institusjoner. Divisjonene har ansvar for en befolkning på ca. 300 000. Det er 350 sengeplasser, flere poliklinikker og dagavdelinger spredt over et stort geografisk område. Dagens struktur ble etablert i sept. 2002 da et psykiatrisk sykehus og en psykiatrisk klinikk ble slått sammen med to DPSer, et voksenpsykiatrisk senter (VPS), og barnepsykiatriske sengeavdelinger og poliklinikker. Disse ble til sammen Psykiatrisk divisjon i et lokalt helseforetak (HF). Psykiatrisk divisjon består nå av seks sykehusavdelinger, to DPS, en VPS og en barnepsykiatriskavdeling.



Psykiatrisk divisjon har sin virksomhet regulert av Lov om psykisk helsevern. Sykehusavdelingene er også godkjent for å kunne ta i mot pasienter som søkes inn under tvang i Lov om psykisk helsevern.

Psykiatriske sykehusavdelinger

Pasienter blir mottatt i spesialisthelsetjenesten etter søknad fra lege. For psykiatrisk divisjon sine sykehusavdelinger blir det store flertall av pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp. Unntaket er i noen spesialiserte avdelinger der pasienter også tas i mot etter ventelist. Det er pasientens rett til helsehjelp som styrer hvilket helsetilbud de får.

Når pasienten tas i mot ved sykehuset blir de innlagt i et psykiatrisk akuttmottak (PAM). Der vurderes pasientens behov for behandling, og pasienten blir deretter enten overført til en annen avdeling i sykehuset, eller utskrevet og eventuelt søkt til behandling i annen institusjon eller poliklinikk. Oppholdet i PAM skal etter planen ikke overstige fem dager. De øvrige sykehusavdelingene er spesialisert etter diagnose, og behandler pasienter i den akutte fasen, det vil si 4-6 uker. Av ulike grunner blir flere pasienter ved disse avdelingene over lengre tid enn dette. De fleste sykehusenhetene er lukkede enheter.

Distriktpsikiatrisk senter

Dette distriktpsikiatriske senter er en av ni avdelinger under psykiatrisk divisjon i helseforetaket beskrevet over. Organisatorisk er den satt sammen av både nye og ”gamle” enheter. ”Gamle” enheter som nå er en del av DPS, er psykiatriske sykehjemsavdelinger, langtidsavdelinger og poliklinikker som tidligere tilhørte det psykiatriske sykehuset. De nye enhetene er nyetablerte poliklinikker, dagavdelinger og nyetablerte sengeavdelinger.

Denne DPSen ble utviklet utover 90-tallet, og er stadig i vekst og endring. Den ble første gang beskrevet i fylkeskommunens psykiatriplan fra 1984. En sentral oppgave var da utflytting av langtidspasienter til kommunale boliger og bidra til at de kunne bo der. Planen ble vedtatt i 1996. I 1997 ble denne DPSen en selvstendig faglig enhet, frem til da hadde behandlerne ved det sykehuset vært faglige ansvar for tilbudet. I 1999 ble den etablert som et Distriktpsikiatrisk

senter. Den består i dag av sengeavdelinger, dagavdelinger og ulike poliklinikker. Den har også tilbud om rusbehandling både ved poliklinikk og i sengeavdeling.

7.3 Oppsummering

Presentasjonen av de aktuelle etatene viser et felt med mange aktører og nivåer, på med ulike regelverk som ligger til grunn for virksomhetene, både Kommunehelsetjenesteloven og Spesialisthelsetjenesteloven er sentrale i feltet. De ulike etater og nivåers oppgaver og ansvar er devis avgrensede og delvis overlappende. Videre er organisering av tjenester og profesjoner løst ulike innefor feltet. Etatene har også ulik historie der sykehuset er en ”gammel” organisasjon, mens DPS og delvis kommunen er nyere organisasjoner. I denne studien vil etatene omtales som tre etater, kommunen, sykehus og DPS. Fastlegen som består av enkeltpersoner og ikke organisasjoner, blir tatt med og spesielt nevnt i den grad det er aktuelt. Det vil i denne studien bli intervjuet fire personer fra hver etat.

Begrepsbruk

For å lette fremstillingen velger jeg å definere begrepene de ulike etatene blir omtalt med. Jeg velger å omtale de som tre enheter; sykehus, DPS og kommunen. Fastlegens uttalelser blir tatt med i de sammenhengene de er aktuelle og da vist til som fastlegens uttalelser / meninger.

”Sykehus” vil her bety informantene fra den korttidsavdelingen som er med i studien (4 personer)

”DPS” vil her bety informanter fra en langtids poliklinikk og en sengeavdeling verd DPS samt leder for hele DPS. (4 personer)

”Kommunen” vil her bety i informantene fra psykiatritjenesten i en bydel, samt en prosjektleder for psykiatritjenesten i kommunen (alle bydelene) (3 personer).

”Fastlegen” er en informant som er fastlege (1 person)

I det videre vil funnene i studien bli presentert med utgangspunkt i intervjuene. Data og analysen vil bli presentert i de tre følgende kapitlene ved å ta utgangspunkt i tre grenseflater; Den funksjonelle grenseflate som tar for seg hvordan funksjonsfordeling kan ha betydning for koordinering og samarbeid. Den økonomiske grenseflate som tar for seg hvordan økonomiske forhold kan ha betydning for koordinering og samarbeid. Og til slutt den faglige grenseflate som

tar for seg hvordan profesjon og fag kan ha betydning for koordinering og samarbeid. I kapittel 11. vil så funnene fra de tre grenseflatene bli sammenholdt, og studiens problemstilling vil bli diskutert.

8 DEN FUNKSJONELLE GRENSEFLATE

Her kommer først en presentasjon av informantenes synspunkter på funksjonelle forhold som de mener kan være av betydning for samarbeid og koordinering mellom de aktuelle etatene. Deretter vil disse funnene bli analysert med utgangspunkt i aktuell teori, før de neste grenseflatene blir presentert på samme måte i kap. 9 og 10. De tre grenseflatene vil bli analysert som et hele i kapittel 11.

Grenseflate begrepet springer ut av arbeidsdelingen mellom ulike aktører. For å forstå hva som skjer i grenseflaten må arbeidsdelingen belyses. Informantene ble derfor spurt om hvordan de koordinerer og samarbeider med andre etater, og hvordan de ser på oppgave og arbeidsdelingen mellom de ulike etatene. De formidlet mange og ulike synspunkter, både i forhold til hvordan ting fungerer i dag, og hvordan det har vært tidligere, og ikke minst hvordan de mener det bør være. Av praktiske grunner blir informantene konsekvent omtalt som ”hun”, og pasientene omtalt som ”han”.

8.1 ”Våre oppgaver – deres oppgaver”

Informantene i etatene har mange og ulike meninger om hvordan arbeidsdelingen dem i mellom bør være, og hvilke oppgaver som er mest sentrale for egen etat, og andre etater. Imidlertid var det stor grad av homogenitet mellom informanter fra samme etat i synspunkt på oppgave- og ansvars fordeling. Det var ingen informanter som avvek fra sentrale synspunkter i sin etat.

DPS rolle – hvordan de selv og andre ser det

Leder i DPS beskriver to sentrale oppgaver i deres virksomhet. Den første er samarbeid med kommunen, den andre er utflytting av langtidspasienter fra institusjoner til egen bolig. Dette har de arbeidet med gjennom flere felles prosjekter med kommunen. De beskriver dette samarbeidet som likeverdig der begge etatene bidrar til å bygge opp en kompetanse ingen av de har fra før (overlege DPS). DPS ser det også som sin oppgave å bidra til at pasientene som flytter ut fra institusjonene til kommunen, greier seg i egne boliger. De har derfor påtatt seg veiledningsansvar for de som arbeider i boligene, og de har lav terskel for å ta inn igjen pasienter som i

perioder strever med å bo utenfor institusjon. Disse utflyttede pasientene blir av både kommunen og DPS sett på som ”felles pasienter”.

Leder ved DPS ser at sykehuset lever et annet liv enn det DPS gjør, de har en uforutsigbar situasjon i og med svært mange akutt innleggelser. DPS har større stabilitet og forutsigbarhet i sine oppgaver men de ser ikke noen mulighet for å kunne hjelpe sykehuset slik situasjonen er i dag. Leder ved DPS beskriver videre DPS sine oppgaver som mer komplementære til kommunens oppgaver enn til sykehusets oppgaver.

Sykehusets forventninger til DPS avviker en del fra hvordan DPS selv ser det. Informantene på sykehuset har klare oppfatninger om hva DPS skal være, og mener at ”deres” DPS ikke fungerer slik. En informant fra sykehuset sier at DPS har definert seg vekk fra det sykehuset trenger. De poliklinikkene og psykiatriske sykehjemmene som tidligere dekket sykehusets behov for å få overført ferdigbehandlede pasienter, er nå blitt en del av DPS. Informantene ved sykehuset opplever at det ofte er problemer med å få overført pasienter til disse enhetene. En av sykehusets informant mener DPS skal fungere som lokalsykehus, og viser til veilederen for DPS fra Statens helsetilsyn 2001. Hun mener dette ikke er iverksatt ved deres DPS. Informanten fra sykehuset er opptatt av at DPS heller ikke tar ansvar for pasienter som er under tvunget psykisk helsevern men som bor hjemme 16, slik som hun mener det var sagt de skulle gjøre, i den samme meldingen. Hun sier at sykehuset sliter med å ha ansvar for disse pasientene i tillegg til de som er innlagt i avdelingen.

Sykehuset oppfatter videre DPS til å være den delen av spesialisthelsetjenesten som skal ha den tettteste kontakten med kommunen, både i forhold til rådgivning og vurderinger av pasienter. Sykehuset har hatt denne rollen frem til nå ved at ulike kommunale tjenester har hatt mulighet til å ta kontakt med sykehuset for å få råd i forhold til pasientbehandling. Sykehuset mener DPS ikke har tatt over dette ansvaret, og at sykehuset derfor fremdeles har ansvar for denne oppgaven. Sykehuset mener de ikke har ressurser til å samarbeide med kommunen på denne måten, og at det

¹⁶ § 3.1.2. i Lov om psykisk helsevern omhandler tvangsbehandling uten døgnopphold. Det vil si at pasienten bor hjemme men sykehuset står ansvarlig for pasientens tvangsbehandling. Den praktiske oppfølgingen blir ofte delegert til kommunen eller poliklinikker / dagavdelinger.

heller ikke lenger er deres oppgave. Med bakgrunn i dette mener overlegen ved sykehuset at det er en svakhet at DPS ikke har lege tilgjengelig utenom kontortid, han mener dette ikke er tilfredsstillende når de skal ha en rådgivende funksjon.

Sykehuset mener kommunen og DPS bør samarbeide om de pasientene som er skrevet ut fra sykehuset uten å trekke sykehuset inn. Fastlegen som ble intervjuet er enig i sykehusets synspunkt angående hvem som skal ha ansvar for blant annet rådgivning, men hun mener denne informasjonen ikke har nådd ut til alle fastlegene, og at de derfor fortsetter å kontakte sykehuset når de har behov for råd og veiledning.

Derimot er psykiatritjenesten i kommunen svært tilfreds med hvordan DPS arbeider. Det ble fra begge sider, DPS og kommune, beskrevet flere samarbeidsprosjekt som begge parter var svært tilfreds med. Alle informantene i kommunen, også fastlegen, mener det er blitt en ny tid etter at DPS ble etablert. De opplever at det er lett å få kontakt med rett person i DPS og de opplever velvilje i forhold til å bidra med kompetanse. Begge parter mener de har ansvar for langtidssyke pasienter, uavhengig av hvor pasienten for tiden har sin ”seng”. Kommunen og DPS mener dette felles ansvaret er en viktig forutsetning for at samarbeidet dem i mellom går bra, og ønsker at sykehuset skal samarbeide på samme måte.

Kommunens rolle – hva de selv og andre mener

Det er ulike meninger blant informantene om hvem som bør ha ansvaret for de pasientene som har svært omfattende hjelpebehov og i perioder er svært syke. Informantene fra kommunen forteller at de har flere og sykere pasienter nå enn tidligere. På tross av dette opplever de et gap mellom det de gjør, og forventningene utenfra.

Det ser ut for at gapet mellom det andre forventer og det kommunen gjør, er like stort som tidligere, etter hvert som vi gjør flere og vanskeligere oppgaver øker bare forventningene

Nå er det ikke grenser for hvor hjelpetrengende pasienter de flytter ut til kommunen. Vi tenker at jo de aller fleste kan vi tilrettelegge boliger for utenfor institusjon, og de kan ha det bra med et mer selvvalgt og meningsfullt liv. (koordinator kommunen).

Hun sier videre at slik de ser det, er det faktisk noen få pasienter som ikke nødvendigvis får det særlig bedre om de flytter ut i kommunen. Hun mener utflytting av absolutt alle vil være uheldig.

Noen har sett på Opptrappingsplanen som en ny HVPU-reform der alle skal flytte ut i egen bolig. Mens andre vektlegger det som står om at noen mennesker med psykiske lidelser trenger å være i institusjon over lang tid, kanskje store deler av livet (koordinator kommunen)

Om kommunen skal ha ansvaret for denne gruppen av de aller sykeste, vil det kreve enorme ressurser og da på bekostning av mange andre som kunne hatt det veldig mye bedre, mener hun. Hun spør hvor de skal ta ressursene fra, da det er en gitt mengde ressurser til disposisjon. Hun tror ikke at psykiatrien som helhet tjener på det, at de heller ville tjent på å ha pasienter med store hjelpebehov i institusjoner. Hun sier videre at de heller bør prøve å klare de som ikke har så store hjelpebehov, da vil det være mange flere som får et tilbud. Flere av disse pasientene har hatt hyppige innleggelses i sykehus og er forsøkt overført til kommunen eller poliklinikker ved DPS, uten at det har lyktes, forteller en informant fra kommunen.

Fastlegens rolle – hva de selv og andre mener

Fastlegen som ble intervjuet mener hennes gruppe er sentral i samarbeid rundt pasienter som mottar tjenester fra flere etater / instanser. Blant de andre informantene er det i hovedsak enighet om at fastlegeordningen er positiv for denne gruppen av pasienter, men flere informanter, både i DPS, sykehus og psykiatritjenesten, har erfaringer med at det ikke alltid fungerte slik som de ønsker og forventer. Det er erfaring i kommunen for at fastlegene i varierende grad stiller opp på fellesmøter. Noen fastleger kommer til møtene og er med og tar felles ansvar for pasientene, mens andre sjelden deltar i fellesmøter med psykiatritjenesten. Overlegen ved sykehuset mener fastlegene også i større grad bør ta ansvar for "sine" pasienter som bor hjemme og er i ferd med å bli sykere og derfor trenger tettere oppfølging for en tid. Fastlegen derimot roste psykiatritjenesten for at de, i større grad enn tidligere, tok initiativ i forhold til akkurat disse pasientene. Fastlegen beskriver sin rolle i forhold til de som har vært innlagt i sykehus, til å være oppfølging etter utskrivelse på grunnlag av epikrisen.

Sykehusets rolle – hva de selv og andre mener

Sykehusets informanter er entydige på at deres rolle er å tilby korttidsopphold til de akutt syke, mens kommunen og DPS sin rolle er å ha ansvar for mer langvarig behandling. Kommunen derimot mener sykehuset må ta ansvar for lengre tids behandling for de med store og kompliserte behov da kommunen ikke ser at det er mulig å bygge opp gode nok systemer for samarbeid rundt disse utenfor institusjoner. Sykehusets informanter ser også at noen har behov for å være i institusjon over lengre tid, men de mener at DPS skal gi disse et tilbud. De sier det er uheldig at DPS sine sengeavdelinger ikke er bemannet for å ha pasienter under tvunget psykisk helsevern og gjennom det ta ansvar for de sykeste. Sykehuset mener videre at DPS og kommunen sammen bør ha ansvar for de med størst hjelpebehov. Flere av informantene fra sykehuset pekte på at det meste av opptrappingsmidlene har gått til kommunen, og slik de ser det bør derfor kommunen ta et større ansvar.

Det er også ulike meninger mellom etatene i forhold til hvem som har ansvar for å utarbeide individuell plan (IP) for de pasientene som har rett på det¹⁷. Både overlege fra sykehuset og sykepleier fra kommunen forteller at de har bidratt med sin del til en individuell plan, men at andre etater ikke har bidratt tilsvarende. De andre kommer ikke med forslag til sin del av individuell plan, jeg kommer med vårt, men de kommer ikke med sitt. (overlege sykehus). Overlegen og enhetsleder ved sykehuset mener de har begrenset mulighet til å delta i arbeid med individuelle planer, og at det ikke ligger i deres oppgave å samarbeide med kommunen over lengre tid, f.eks når pasienten er utskrevet fra sykehuset. De mente at koordinatorrollen må innehas av en person fra DPS eller fra kommunen, ikke av personale ved korttidsavdelingen. Også informanter i kommunen ser det som naturlig at koordinator kommer fra kommunen. Dette begrunner de med at basen alltid vil være hjemme. Imidlertid mener de det er unntak for de som psykiatrien har plikt til å gi individuell plan, men som ikke har de sammensatte og langvarige tjenestene. Da må andrelinjetjenesten lage planen selv. Overlegen ved sykehuset mener noe av problemet ligger i at mange ikke har nok kunnskap om hva som står i forskriften om individuell plan, og at det er vanskelig å få alle samarbeidspartnere til å ha en felles forståelse av IP.

¹⁷ Rett til IP bygger på forskrift om IP fra 2001, og er hjemlet i flere lover.

Sykehuset opplever at utfordringene i forhold til samarbeid og koordinering er spesielt store når pasientene ikke selv er innstilt på å samarbeide. Når pasienten ønsker å samarbeide, går også samarbeidet mellom sykehus og kommunen bedre.

Stridens eple er de kronisk syke som ville hatt veldig godt av å være på sykehjem med et lavere omsorgsnivå, men som DPS ikke vil ha. Akuttavdelingen har hatt pasienter som har vært der i opp mot to år. (leder sykehus).

Sykehuset ser at noen av disse pasientene er svært syke og derfor medfører store utfordringer for de som skal bidra med tjenester. Men de mener at kommunen og DPS kan ta ansvaret for denne gruppen om de går sammen. Noen av sykehusets informanter mener kommunen gir seg for lett i møte med de aller sykeste.

Vi forstår at disse pasientene kan virke skremmende på personale som går hjem til dem, men da kan de gå hjem flere eller at det også er mannlige sykepleiere om kvinner føler seg uttrygge. DPS og kommunen kan gå til disse pasientene sammen. (overlege sykehus)

Det kommer her frem at det er språk mellom sykehuset på den ene siden, og de to andre etatene på den andre siden i synet på fordeling av oppgaver og ansvar. DPS og kommunen har i hovedsak sammenfallende syn på dette, mens sykehuset ser annerledes på hvordan ansvar og oppgaver bør fordeles.

8.2 Hvordan forklare situasjonen i den funksjonelle grenseflate?

Ut i fra informantenes beskrivelser av oppgaver og ansvarsfordeling mellom de tre etatene, kan den funksjonelle grenseflate beskrives som uklar. Forventningene etatene har til hverandre er på flere områder ikke sammenfallende med det etatene selv mener de skal, eller bør drive med. De har ulike meninger rundt spørsmål som hvor sentralt er samarbeid for de ulike aktørene?, hva er de ulike etatene sin rolle innen psykisk helsevern?, og hvem har ansvar for hvilke oppgaver? Disse ulike synspunktene preger den funksjonelle grenseflaten der de tre etatene skal koordinere sine tjenester, og bidrar til å gjøre den uklar.

Ut i fra et rasjonelt perspektiv vil koordinering og samarbeid mellom etatene være styrt av aktuelle reformer og offentlige føringer. Aktuelle reformer for den funksjonelle grenseflate er etablering av DPS, fastlegereformen og Opptrappingsplanen.

Rasjonale for koordinering når det gjelder etablering av DPS, er at de skal ha en koordinerende rolle mellom sykehus og kommune. De skal ha regelmessig kontakt med disse etatene og tilpasse seg deres behov. Ut i fra funnene i denne studien ivaretar DPS denne rollen tilfredsstillende, spesielt i forhold til kommunen. I forholdet til sykehuset beskriver de å være på veg, men støtter ikke sykehuset i den grad slik reformene beskriver.

Rasjonale bak fastlegereformen i forhold til funksjon er å få en stabil og fast person som skal ha ansvar for å koordinere helsetjenestene til den enkelte bruker. Studien viser at fastlegens koordinerende rolle delvis blir ivaretatt slik reformene beskriver. Men det fremkommer store variasjoner mellom de fastlegene som ivaretar rollen svært bra, og de som ikke ser ut til og prioriterer den koordinerende rollen. Fastlegene selv begrunner dette med svakheter i finansieringsordningene.

Rasjonale bak Opptrappingsplanen er at alle sektorer og tjenesteytere skal bidra aktivt med å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå gjennom å vise fleksibilitet og samarbeidsvilje. DPS og kommunen beskriver en praksis slik Opptrappingsplanen legger opp til, mens sykehuset mener de ikke skal prioritere samarbeide i like stor grad som kommunen og DPS. Sykehusets praksis er derfor ikke i like stor grad samsvarende med intensjonene i Opptrappingsplanen og veilederen for DPS. Ut i fra dette kan noen av studiens funn forklares ut i fra et rasjonelt perspektiv.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv er koordinering og samarbeid i den funksjonelle grenseflate styrt av den praksis og holdninger som er innarbeidet i etatene og en vil anta at etatene også i møte med nye reformer og føringer er styrt av tidligere praksis. Aktørene vil derfor koordinere og samarbeide slik de pleier, og i den grad de pleier. Nye løsninger vil bære preg av forsiktig endring, heller en radikal nytenking. Dersom nye reformer og føringer ikke passer overens med de involverte aktørenes institusjonelle identitet, er det grunn til å anta at disse vil bli møtt med

motstand. Det kan tenkes at den symbolske siden ved koordinering og samarbeid kan være viktig, og at dette for eksempel kan gi seg utslag i frikobling mellom ord og handlinger.

Med utgangspunkt i koblingen mellom situasjon i funksjonell grenseflate, formelle og uformelle regler og etatens identitet vil de forutsetningene som ligger til grunn for koordinering og samarbeid i den funksjonelle grenseflaten bli belyst, i den hensikt å øke kunnskapen om intraorganisatorisk samarbeid mellom helseetater. To hovedtema vil danne grunnlag for analysen av den funksjonelle grenseflate; samarbeid og ansvar.

Samarbeid

Etatene hadde ulike syn på betydningen av samarbeid for deres egen virksomhet. Analysen vil ta utgangspunkt i tre ulike beskrivelser som til sammen gir et bilde av etatenes ulike holdning.

- DPS og kommunen mener de er avhengig av å samarbeide med hverandre
- Sykehuset mener de ikke har tid til, eller behov for å samarbeide med kommunen
- DPS mener de ikke kan hjelpe sykehuset med å ta i mot deres ferdigbehandlede pasienter

Hver av disse empiriske beskrivelsene vil her bli søkt forklart ut i fra institusjonelle forhold.

DPS og kommunen mener de er avhengig av hverandre

DPS og kommunens situasjon i har mye til felles. De er forholdsvis unge organisasjoner i dagens form, og har begge vokst ut fra tidligere mindre organisasjoner. Kommunens psykiatritjeneste har fått flere ansatte og betjener en større og mer mangfoldig pasientgruppe i dag, enn for ti år siden. DPS består av tidligere psykiatriske sykehjem, ”gamle” og nye poliklinikker som nå til sammen utgjør en organisasjon men som før var flere og mer selvstendige enheter. De har også fått flere oppgaver som er felles, så som oppgavene med å flytte langtidssyke fra institusjoner til kommunen. De beskriver en samarbeidsform seg i mellom som har trekk av gjensidig tilpasning (Mintzberg 1983), der kontrollen ligger hos de som utøver arbeidet og kommunikasjonen er toveis. Fra begge hold blir det vist til en rekke positive erfaringer med felles samarbeidsprosjekter. Både kommunen og DPS er sentrale aktører i Opptrappingsplanen og har deler av sin virksomhet styrt, og finansiert gjennom den.

Ledelsen både i kommunen og DPS ønsker at de to etatene skal samarbeide med hverandre. Dette er sammenfallende med forventningene fra Opptrappingsplanen. Disse forventningene kan sees som en del av etatenes regelverk. Øvrige informanter i kommunen og DPS beskriver også samarbeid som en sentral del av etatenes identitet. Informantene i begge etatene sier de er avhengig av å samarbeide med hverandre. I kommunen sier de videre at i kommunen har de alltid samarbeidet med andre og hverandre, og i DPS viser de til at de ble etablert for å samarbeide.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv kan holdningen til samarbeid i disse to etatene forstås på flere måter.

De mange fellestrekkene mellom DPS og kommunen i synet på koordinering og samarbeid, kan forstås i lys av brobyggingen (Scott 2001) som har vært mellom disse etatene. Gjennom i fellesskap å løse oppgaver som ingen av de hadde erfaring med fra før, har de utviklet ny kunnskap sammen. Usikker teknologi og tvetydige mål, bidrar til økt sannsynlighet for hermende isomorfisme (Di Maggio og Powell 1983). Usikkerheten kan her knyttes til det å etablere bemannede bofellesskap, noe som krevde ny kunnskap både i kommunen og DPS. Den institusjonelle påvirkning på etatene kan sees som både tvingende og hermende isomorfisme (Di Maggio og Powells (1983:150), og den tvingende isomorfisme kommer fra en rekke formelle og uformelle krav om samarbeid fra lover, forskrifter og veiledere. Den hermende isomorfisme kan forstås med utgangspunkt i etatenes åpne holdning til hverandre og omgivelsene. Disse etatene har i begrenset grad utviklet egne sterke institusjonelle prinsipper, og er derfor mer åpne for normer og verdier fra hverandre og andre.

Videre kan disse etatens syn på samarbeid som en nødvendighet forstås i lys av ønske om etatenes overlevelse. Begge etatene har oppgaver som de ikke ser at de kan løse alene, de må derfor samarbeide for å overleve. Overleve vil her si å fortsette i den form og med de oppgaver de har i dag. Samarbeid er derfor en forutsetning for å kunne bestå for kommunen og DPS.

Kommunen og DPS sine holdninger og praksis i forhold til samarbeid kan også forstås ut i fra ønske om legitimitet. Både bevilgende myndigheter, ledelse i egen etat, fylkeslegen som kontroll instans og pasientorganisasjoner som etatene er pålagt å samarbeide med, vektlegger samarbeid.

For disse etatene er det derfor viktig å formidle ut at de mener samarbeid er viktig, dette kan bidra til å øke deres legitimitet.

Sykehuset mener de ikke har tid til, eller behov for å samarbeide med kommunen”.

Sykehusets situasjon i forhold til funksjonelle forhold er preget av en stadig økning i pasientstrømmen. De opplever at de ikke alltid greier å ivareta kjerneoppgaver, som korttids og akuttbehandling, tilfredsstillende fordi de har for mange andre oppgaver. De viser blant annet til rådgivning og møter med kommunen som de mener DPS egentlig skal ivareta, men som sykehuset mener de må bruke mye tid på. Kommunens situasjon er også preget av flere og sykere pasienter, og flere nye oppgaver. Selv om de også får flere ressurser, opplever de et stort sprik mellom forventninger og det det reelt har anledning til å gjøre.

Sykehuset og kommunen beskriver ulike institusjonelle regelverk i forhold til samarbeid. Sykehusets beskriver sitt samarbeid med kommunen med trekk av direkte styring (Mintzberg 1983), når sykehuset har vært i kontakt med kommunen har det ofte vært for å gi råd og anbefalinger. Kommunen mener slik kontakt ikke kan kalles samarbeid, da samarbeid fordrer likeverdige aktører med toveiskommunikasjon. Kommunen ønsker en samarbeidsform med trekk av gjensidig tilpasning (Mintzberg 1983). Etatene er da likeverdige aktører som løser oppgaver i fellesskap. Dette finner de støtte for i Opptappingsplanen.

Sykehuset identitet er preget av deres rolle som spesialister. De ser på seg selv som en etat som kan ivareta sine oppgaver alene, og ikke er avhengig av andre til dette. Kommunen opplever å ha flere og mer omfattende oppgaver enn de kan løse alene, dette preger deres identitet. De oppfatter seg derfor som en del av en større helhet, som består av kommunen DPS og sykehuset.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv kan sykehusets noe reserverte holdning til samarbeid med kommunen, forstås ut i fra flere forhold.

For det første kan det forstås som stivhengighet, de søker å løse nye oppgaver på liknende måte som de har løst oppgaver tidligere. Sykehuset har tradisjon for å løse sine oppgaver på egen hånd. Som spesialisthelsetjeneste hadde de ansvar for oppgaver som førstelinjetjenesten vurderte som for vanskelige eller for omfattende for eget nivå. Ut i fra et institusjonelt perspektiv søker

sykehuset i dag løsninger nær der de fant løsninger tidligere. For sykehuset er det da naturlig å løse oppgavene på egenhånd ikke sammen med andre, da de i liten grad har gjort det tidligere. Dette til tross for at Opptrappingsplanen og andre offentlige føringer vektlegger samarbeid på tvers av etater.

Sykehusets ønske om å begrense samarbeidet med kommunen kan også forstås som et institusjonsforsvar. Aktørene i sykehuset ser på samarbeid som så tidkrevende at det kan gå på bekostning av det de oppfatter som sine kjerneoppgaver, akuttbehandling og korttidsbehandling. Om de ikke greier å ivareta sine kjerneoppgaver på en tilfredsstillende måte, kan deres institusjon være truet. Sykehuset har de siste årene fått alvorlig kritikk fra tilsynsmyndighetene blant annet for overbelegg og korridorsenger ¹⁸. Institusjonens overlevelse blir her et mål som av sykehuset oppleves som viktigere enn målene i Opptrappingsplanens om økt samarbeid mellom etatene. Vi ser her en målforskyvning.

DPS mener de ikke kan hjelpe sykehuset med å ta i mot deres ferdigbehandlede pasienter
Situasjonen på korttidsavdelingene ved sykehuset er preget av sterkt press på å fjerne overbelegget. Presset kommer både fra kontroll instanser, bevilgende myndigheter og egen ledelse. Tidligere tok de psykiatriske sykehjemmene og poliklinikkene som sykehuset selv hadde faglig ansvar for, i mot pasienter fra akuttavdelingene. Disse avdelingene er nå en del av DPS, og sykehuset må søke pasienter inn ved disse avdelingene, og kan risikere å få avslag.

DPS har fått en rekke nye oppgaver i tillegg til de oppgavene sykehjemmene og poliklinikkene hadde før og som var spesielt rettet mot å ta i mot pasienter fra sykehuset. Opptrappingsplanen legger stor vekt på DPS sine rolle som støttespiller for kommunen i tillegg til deres rolle som lokalsykehus.

Det er ulike institusjonelle regler for samarbeid i sykehuset og DPS. DPS sin praksis vektlegger samarbeidet som gjensidig tilpasning (Mintzberg 1983) med likeverdige aktører som møtes og diskuterer seg frem til felles løsninger. Sykehuset vektlegger DPS sin rolle som mottaker av de

¹⁸ Overbelegg og korridorsenger er kvalitetsindikatorer og viser til at det er flere pasienter innlagt enn antall ordinære senger skulle tilsi (Shdir).

pasientene sykehuset ønsker å sender over. Dette har mer trekk av direkte styring (Mintzberg 1983) der en aktør bestemmer hvordan felles oppgaver skal løses.

DPS og sykehusets identitet med flere ulike ulikheter. For DPS er identiteten knyttet til langtidsperspektiv, med fokus på likeverdige samarbeidsrelasjoner. Sykehusets identitet er knyttet til å være rådgiver og spesialister generelt, i forhold til akutt og korttidsbehandling spesielt.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv kan DPS sin holdning til sykehusets ferdigbehandlede pasienter forstås på flere måter.

Det kan forstås som et institusjonsforsvar. Informantene i DPS mener de skal ha et langtidsperspektiv. For å få til dette kan de ikke la seg styre av akutte behov fra sykehuset. DPS ser at de må skjerme seg fra stadig nye problemstillinger. Om de hele tiden skulle ta i mot ferdigbehandlede pasienter fra sykehuset vil disse ta oppmerksomhet og ressurser bort fra de mer langsiktige arbeidet.

DPS sin manglende vilje til å ta større ansvar for pasienter fra sykehus kan også forstås ut i fra at sykehuset og DPS ikke i samme grad som kommunen og DPS har arbeidet seg i lag. Det er i liten grad beskrevet brobyggingsprosesser mellom sykehus og DPS, slik som det ble beskrevet mellom kommunen og DPS. DPS sin vurdering av at de ikke kan gå inn å hjelpe sykehuset med dette, kan sees som en bufferstrategi (Scott 1998). I møte med kravene fra sykehuset som DPS ikke ser at de kan innfri, ser vi en dekobling (Mayer og Rowan 1979). DPS ser samarbeid som sentralt og ønskelig, men de ser ikke at de kan hjelpe sykehuset ved å samarbeide om deres korttidspasienter. Dette kan forstås som en defensiv strategi og er mest vanlig ved regulative institusjonelle krav, slik som her gjennom Opptrappingsplanen (1998) og Veileder til DPS (2001) som vektlegger DPS sin rolle med å avhjelpe sykehusene.

DPS legger stor vekt på det som er sagt og skrevet i offentlige dokumenter om DPS sitt ansvar for å flytte langtidspasienter ut fra institusjoner. Dette kan forstås om en ser på grad av kompatibilitet mellom offentlige føringer og eksisterende normer og verdier i DPS. De har tradisjonelt arbeidet med langtidsperspektiv både i forhold til hjemmeboende og psykiatriske

sykehjem, og det er grunn til å anta at dette langtids-perspektivet som de har tradisjon for, preget deres normative rammeverk. De har derfor i størst grad tatt inn over seg det i reformene som støtter opp under det de allerede gjør, langtidsbehandling. Det som ble skrevet i reformene om DPS sin rolle som lokalsykehus, det vil si med ansvar for korttidsbehandling, er i mindre grad kompatibelt med DPS sin tradisjonelle rolle, normer og verdier. 19

Sykehusets mening om at DPS i større grad bør ta i mot deres ferdigbehandlede pasienter kan forstås som stivhengighet. Sykehuset har tidligere overført flere av de ferdigbehandlede pasienter til poliklinikker og psykiatriske sykehjem. Dette ble opplevd som uproblematisk da sykehusets overleger på den tiden også hadde faglig ansvar for poliklinikker og psykiatriske sykehjem. Overlegen fra sykehuset vurderte da den totale situasjonen i sykehus, sykehjemmene og poliklinikkene og overførte pasienter der han mente det var mest hensiktsmessig uti fra helheten. Dette samarbeidet hadde trekk av direkte styring (Mintzberg 1983), og kan bidra til å forklare sykehusets holdning til at samarbeid bør praktiseres på denne måten, som direkte styring fra sykehusets side. Det er slik sykehuset har tradisjon for å samarbeide.

Ansvar

”Ansvar” var det andre tema (i tillegg til ”samarbeid”) som var sentralt når informantene fortalte om funksjonsfordeling og koordinering. Følgende utsagn var betegnende for de ulike etatene sine holdninger.

- Kommunen mener sykehuset må ta ansvar for de sykeste
- Sykehuset mener pasientene bare skal være kort tid i sykehuset, og at DPS bør ta over flere av sykehusets oppgaver
- Kommunen og sykehuset mener den andre bør ta mer ansvar i forhold til individuell plan (IP), og DPS mener IP ikke passer for alle selv om de har rett til det.

Disse funnene vil danne grunnlag for analysen av ansvar i funksjonell grenseflate.

¹⁹ Høsten 2005, etter intervjuene, ble det etablert to nye korttidsenheter ved DPSene i denne divisjonen. Formålet med disse var å avlaste korttidsenhetene ved sykehuset.

Kommunen mener sykehuset må ta ansvar for de sykeste

Situasjonene i kommunen er preget av at prosessen med å flytte ut langtidssyke pasienter fra langtidsavdelinger til kommunen, er godt i gang. Kommunen har nå flere, og sykere pasienter enn tidligere. På tross av økte ressurser opplever kommunen fremdeles et gap mellom hva andre forventer de skal klare, og hva de selv mener de kan klare. Sykehusets situasjon er preget av det de mener er for mange pasienter som blir værende for lang tid ved korttidsavdelingene. Det institusjonelle regleverk i kommunen sier at svært syke pasienter bør behandles i institusjon. Denne holdningen finner de støtte for i noen offentlige føringer. Andre offentlige uttalelser legger mer vekt på at alle kan flytte ut, bare forholdene blir lagt tilstrekkelig til rette (Opptappingsplanen 1998). De institusjonelle regelverket i sykehuset vektlegger sykehuset som akuttinstitusjon, og finner støtte for dette i reformer (Opptappingsplanen 1998). Dette preger også sykehusets identitet. Kommunens identitet bygger på en oppfatning om at de kan ta ansvar for de fleste men ikke de aller sykeste.

Ut i fra institusjonelt perspektiv kan kommunens oppfatning om at de sykeste må behandles i sykehus forstås på flere måter.

Det kan forstås som forsiktig opprydning (Cyert og March 1963). Psykiatrien har tradisjonelt gitt tilbud til de sykeste pasientene på sykehus. Når kommunen opplever pasienter som er sykere enn kommunen mener de kan håndtere, ser de etter en løsning i nærheten av der de har funn den tidligere. For kommunen blir løsningen i denne situasjonen å føre pasienten tilbake til sykehuset slik de har tradisjon for.

Kommunens holdning kan også forstås ut i fra en dominerende forestillinger i etaten om at deres pasienter må kunne delta i et frivillig samarbeid (ikke tvang). Når det frivillige samarbeidet med pasientene byr på store utfordringer, mener aktørene i kommunen at disse pasientene ikke lenger kan behandles på deres nivå. Disse holdningene finner støtte i flere reformdokumenter som vektlegger brukermedvirkning som en sentral faktor i alle helsetjenester.

Kommunen presenterer også et faglig og økonomisk alibi som begrunnelse for sine meninger om at de sykeste bør være på institusjon. De mener disse pasientene har det bedre i institusjon, og vil

få et bedre tilbud der. De mener også dette er bedre i forhold til den totale ressursutnyttelsen innen psykisk helsevern. Med begrensede ressurser er det bedre at flere får et tilfredsstillende tilbud i kommunen, enn at en person trenger så mye ressurser at andre ikke får et tilfredsstillende tilbud, mener kommunen.

Pasientene skal bare være kort tid i sykehuset

Situasjonen ved dette sykehuset er preget av at de gjentatte ganger de siste årene har fått pålegg om å fjerne overbelegg. Samtidig opplever sykehuset at det er vanskelig å få overført ferdigbehandlede pasienter til andre institusjoner, f.eks DPS. Situasjonen er også preget av en stadig økning i antall innleggelser til de psykiatriske korttidsavdelingene ved sykehuset²⁰. Selv om DPS utvider sin aktivitet, skjer dette i hovedsak mot oppgaver der de samarbeider med kommunen. Sykehusets institusjonelle regler vektlegger at det er de sykeste, og de med spesiell behov som skal behandles i sykehus i akuttfasen. Etter akuttfasen skal pasienten få tilbud ved DPS og/ eller i kommunen. Dette finner sykehuset støtte for i Opptappingsplanen (1998) og i veileder for DPS (2001). Sykehusets identitet er knyttet til deres rolle som spesialister på akutt og korttidsbehandling. Og de ser ikke at de kan bidra med den beste behandling til de som har behov for mer langvarig oppfølging, utover den akutte fasen.

Sykehusets holdning om at pasienter bare skal være kort tid i sykehus kan ut i fra et institusjonelt perspektiv forstås på flere måter.

Det kan for det første forstås som institusjonsforsvar. Sykehuset mener de ikke kan ivareta akuttbehandlingen som er deres primæroppgave tilfredsstillende, fordi de har så mange andre oppgaver blant annet pasienter som blir for lenge i sykehuset. Aktørene søker å beskytte etatens identitet som spesialister på akutt og korttidsbehandling ved å definere bort pasienter med mer langvarige behov for behandling.

Sykehusets holdning kan også forstås med utgangspunkt i veletablerte institusjonelle prinsipper i sykehuset. Sykehusets korttids avdelinger har tradisjonelt hatt sin virksomhet knyttet til behandling av akutte og kortsiktige problemstillinger, og de har til enhver tid stått klar til å ta i

²⁰ Ved dette sykehuset; 2001; 1797 innleggelser, 2005; 1919 innleggelser.

mot nye og sykere pasienter. For å kunne ta i mot stadig nye pasienter har de jobbet hardt for å få flyttet ”gamle” pasienter videre i systemet. Dette har tradisjonelt vært hovedfokus for korttidsavdelingene.

Også forholdet mellom ”nye” reformer og etablerte normer og verdier i sykehuset kan bidra til å belyse sykehusets holdninger. Sykehusets rolle, med ansvar for de sykeste pasientene, er kompatibelt med det flere av reformene sier om sykehusets rolle. Det er bare de med spesielle behov som skal legges inn i sykehus, og DPS skal ha rollen som lokalsykehus (Veileder DPS 2001). Sykehusets informanter viser flere ganger til ulike offentlige dokument som støtter opp under deres ansvar for de akutt syke. Sykehuset har tatt inn over seg signaler fra reformene som støtter opp under de etablerte institusjonelle holdninger i institusjonen. Sykehuset har tatt opp i seg det i reformene som er kompatibelt med etablerte normer og verdier.

Individuell plan, hvem har ansvar?

Situasjonen; Forskrift om individuell plan fra 2001 gir alle etatene en likeverdig plikt til å samarbeid i forhold til felles pasienter. I tillegg har de pasientene som behandles med tvang under Lov om psykisk helsevern også rett til en slik plan, selv om de ikke får tjenester fra flere etater. Frem til nå har det vist seg at det er få av de som har rett til individuell plan som har fått det. Både sykehusledelse, kontrollmyndigheter, pasienter og politikere etterspør individuelle planer. Lederne i de avdelingene i DPS og sykehus som denne studien omfatter, har krav om et gitt antall individuelle planer i sin lederkontrakt med direktøren for Psykiatrisk divisjon. Også Fylkeslegen etterspør hvor mange IP som er laget. Individuell plan er også en av kvalitetsindikatorerne som sykehuset måles etter.

Forskrift om individuell plan gir formelle regler som styrer etatenes aktivitet i forhold til dette. Den gir alle aktuelle etater et likeverdig ansvar, men i veilederen til forskriften vektlegges kommunens ansvar (Sos dept. 2001). Sykehuset mener at hovedansvaret for utarbeidelse av planer hovedsakelig bør ligge i kommunen, da det er der pasienten skal tilbringe mest tid. Mens kommunen mener at sykehuset i større grad må bidra med sin del i utarbeidelsen av IP. Kommunens identitet er formet av at de alltid har laget planer, og det blir sett på som en naturlig del av deres virksomhet. Sykehuset på den andre siden stiller spørsmål ved hvor sentrale de som

sykehus skal være i arbeidet med individuell plan, dette er med og former deres identitet. Klinikerne ved DPS reiser også spørsmål ved nytten av IP. De er skeptiske til om det forskriften legger opp til av skriftliggjøring og planarbeid, er bra for alle pasientene som har rett på IP. Ut i fra et institusjonelt perspektiv kan etatenes holdning til IP forstås på flere måter.

Sykehusets holdning til individuell plan kan forstås som institusjonsforsvar. Som beskrevet tidligere opplever sykehuset å ha så mange oppgaver at det blir for liten tid til å ivareta det de mener er deres kjerneoppgaver, på en tilfredsstillende måte. De ser på individuell plan som en av de oppgavene som går utover deres kjerneoppgaver og derfor oppleves som en trussel mot deres institusjon som skal ivareta korttidsbehandling. Sykehusets mener IP hovedsakelig handler om langtidsbehandling og derfor skal ivaretas av kommunen og DPS.

Sykehusets holdninger kan også forstås ut i fra deres begrensede erfaring med å lage planer. Dette kan sees som stivhengighet. Sykehuset har tradisjon med å ivareta sine oppgaver uten å lage skriftlige planer. Dette er styrende for hvordan de møter kravet om IP. De ser på planer som et hensiktsmessig virkemiddel for langtidsbehandling, og mener derfor at de som driver langtidsbehandling er de som også skal utarbeide, og ta ansvar for IP.

Kommunen og DPS sin holdning til individuell plan kan forstås ut i fra deres ønske om legitimitet. Som beskrevet tidligere er kommunen og DPS avhengig av å ha legitimitet i forhold til bevilgende myndigheter, da bevilgninger til en viss grad er knyttet til Opptappingsmidler der krav om planer og samarbeid står sentralt, og en forutsetning for økonomiske bevilgninger. Behov for legitimitet i forhold til egen ledelse og pasientorganisasjonene som de har faste samarbeidsmøter med, kan bidra til å forklare deres holdninger til IP. Leder i DPS hadde også krav om et gitt antall individuelle planer i sin kontrakt med direktøren,

Det kan se ut for at kommunen og sykehuset hver for seg bare har tatt opp i seg deler av forskrift om IP. De vektlegger ulike sider ved forskriften. Dette kan forstås ut i fra at begge etatene har tatt opp i seg det som var mest kompatibelt med etatenes eksisterende normative rammeverk, og ikke tatt inn det som i mindre grad var kompatibelt. Kommunen legger vekt på at alle skal delta i arbeidet med IP, mens sykehuset legger vekt på at kommunen skal ta det største ansvaret for IP.

Begge etatene finner støtte for sine argumenter i forskriften. Sykehuset vektlegger IP som en plan for behandling over tid, og mener derfor de selv skal ha en begrenset rolle i slike planer. De tar ikke i samme grad inn over seg krav om individuell plan for pasienter innlagt på tvang. Kommunen vektlegger det som blir sagt om at alle skal delta i arbeidet med planen, det er kompatibelt med deres tradisjon for samarbeid og planer innad i kommunen.

Klinikerne i DPS sin holdning til individuell plan kan forstås som bufferstrategi for å holde ute krav som nødvendiggjør endringer i deres måter å arbeide på. DPS sier de vektlegger betydninger av fleksibilitet i arbeidet med sine pasienter, noe de mener ikke kan ivaretas tilstrekkelig gjennom IP. De påpeker hvor viktig det er at pasientens behov er styrende og ikke rutiner eller prosedyrer. De er spesielt kritisk til den omfattende skriftliggjøringen som følger med IP. De mener dette ikke er bra for de sykeste pasientene, og er uforholdsmessig tidkrevende. Klinikerne i DPS velger å rasjonalisere ved å si at individuell plan ikke passer for mange av deres pasienter.

8.3 Funksjonell grenseflate preget av uklarhet

Ut i fra dette ser det ut for at forutsetningene i den funksjonelle grenseflaten er preget av uklare grenser. Noen etater møtes med felles forståelse og strategi, mens andre etater møtes med ulik forståelse og ulik strategi.

Ut i fra et rasjonelt perspektiv kan uklarhetene i grenseflaten forstås på grunnlag av etatenes vekt på ulike reformer og ulike deler av reformene. Mens sykehuset vektlegger reformer som vektlegger effektivitet og deling av funksjoner og oppgaver, vektlegger DPS og kommunen reformer med vekt på felles løsning av de ulike oppgavene. Felles oppgaver og felles arbeid er forhold som er fremstredende i Opptappingsplanen som i større grad er rettet mot kommunen og DPS enn mot sykehuset. Foretaksorganiseringen med sitt fokus på ressursutnyttelse og effektivitet er i størst grad rettet mot spesialisthelsetjenesten, derav sykehuset. For DPS ser det ut for at ideene fra Opptappingsplanen i større grad har slått inn, enn ideene som ligger til grunn for foretaksreformene.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv kan funnen forstås på grunnlag av ulike normer og verdier i etatene. Sykehuset har med seg sin lange og sterke historie preget av en rekke veletablerte institusjonelle prinsipper preget av hierarkiske løsninger og sykehusets rolle som eksperter. De har erfaring med samarbeidsrelasjoner med trekk av direkte styring og ulike former for standardisering. Disse erfaringene har bidratt til å forme dagens praksis og holdninger til samarbeid i sykehuset. Den er preget av begrenset ønske om samarbeid med andre etater, og ønske om å kunne formidle bestillinger og ønsker som andre etater så tar i mot og iverksetter. Ut i fra et institusjonelt perspektiv er dette forklart med stivhengighet og institusjonsforsvar da det er slik de har tradisjon for å gjøre det. Andre forklaringer på sykehusets praksis og holdninger kan være målforskyvning, dekobling og ønske om legitimitet da flere av føringene fra politiske reformer i liten grad er kompatible med etablerte normer og verdier i sykehuset.

DPS og kommunen beskriver en felles forståelse for hva samarbeid bør være, og hvordan den bør ivaretas. De fremstår med flere likhetstrekk både historisk og strukturelt. De er forholdsvis unge i dagens form, og har ikke på samme måte som sykehuset sterke veletablerte prinsipper, men De har en rekke veletablerte prinsipper som kan forstås med bakgrunn i deres tradisjoner og praksis. Begge etatene har utøvd sin virksomhet innenfor organisasjoner med flatere strukturer enn det sykehuset har hatt. Den enkelte aktør har i større grad hatt kontroll over utøvelse av eget arbeid, og samarbeidsrelasjoner har vært preget av likeverdighet. Dette har vært med å forme dagens praksis og holdninger i kommunens og DPS. De mener samarbeid er en forutsetning for at de skal kunne ivareta sine oppgaver, og vektlegger betydningen av likeverdige samarbeidsrelasjoner.

Mens deres bruk av bufferstrategier med dekobling og rasjonalisering kan forstås ut i fra det de beskriver som vanskeligheter med å samarbeide med sykehuset, kan deres positive holdninger til koordinering og samarbeid, også forstås ut i fra behovet for legitimitet i forhold til bevilgende myndigheter som gjennom Opptappingsplanen krever samarbeid for å få økonomiske midler.

Uklarheter i grenseflaten vil ut i fra disse funn være knyttet til variasjoner i institusjonelle normer og verdier mellom etatene. Disse har bidratt til ulik praksis i forhold til hvordan de mener samarbeid bør være og hvilke koordineringsmekanismer som bør prege samarbeidet. Det har også bidratt til variasjoner i synet på ansvars- og oppgavefordeling mellom etatene.

I møte med nye krav styres etatenes valg av etablerte normer og verdier. Det kan ut i fra dette se ut for at DPS og kommunen i større grad enn sykehuset har tatt inn over seg føringer fra nye reformer. Dette kan både forklares ved grad av kompatibilitet mellom reformer og etablerte normer og verdier i etatene, grad av åpenhet i forhold til omgivelsene og ved etatens behov for legitimitet. Vi ser her at etatenes etablerte normer og verdier videreføres i dagens praksis og holdninger, og kan derfor bidra til å forklare denne.

Alle etatene mener deres ”modell” for funksjons og ansvarsfordeling er mest hensiktsmessig. Sykehuset vektlegger effektivitet og god ressursutnyttelse når de begrunner sin praksis. DPS og kommunen vektlegger reformenes krav om helhetlige og individuelt tilpassende tjenester når de begrunner sin praksis.

9 DEN ØKONOMISK GRENSEFLATE

I den økonomiske grenseflate er fokus på hvordan økonomiske forhold kan påvirke koordinering og samarbeid mellom etatene. Først i dette kapitlet blir informantenes meninger, og deres praksis som kan forstås gjennom, og/ eller relateres til økonomiske forhold, presentert. Deretter vil empirien bli analysert med utgangspunkti aktuell teori.

Økonomisk grenseflate bør studeres i denne sammenheng av flere grunner. Fra et økonomisk ståsted blir koordinering og samarbeid sett på som hvordan man kan skape best mulig ressursutnyttelse. Hvordan man unngår å sløse med offentlige midler. I reformene er ulike økonomiske insentiver i økende grad tatt i bruk også i helsesektoren, og myndighetene søker gjennom disse å styre og påvirke helseetatenes atferd i ønsket retning. Men det hersker usikkerhet i forhold til hvordan disse ulike økonomiske virkemidlene virker sammen. Aktuelle ordninger er innsatsstyrt finansiering, prosjektfinansiering og den tradisjonelle rammefinansieringen. Summen av de ulike ordningene vil kunne påvirke forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom de aktuelle etatene. Informantenes syn på hvordan ulike økonomiske forhold påvirker forutsetningene for å koordinere og samarbeide, vil her bli presentert og analysert. Økonomiske forhold innbefatter her ressurser i form av ulike innsatsfaktorer som personell og utstyr.

9.1 Økonomiske forhold og koordinering mellom etatene

Informantene vektla to hovedtema når de ble spurt om økonomi kunne ha betydning for koordinering og samarbeid, de pekte på finansieringsordninger og forhold rundt disse, og for lite ressurser. Disse to tema vil være utgangspunkt for presentasjonen av empirien i dette kapitlet. Først hva de sa om finansieringsordninger.

Finansieringsordninger

Informantene viser til flere forhold som de mener er av betydning for økonomiske forhold innen psykiatri. De viser til blant annet ulike finansieringsystemer, krav om styringsdata gjennom planer og, rapporter, krav om synliggjøring av produksjon, samt omorganiseringer.

Finansieringssystemer

I DPS er de opptatt av at finansieringssystemene ikke alltid støttet opp under det optimale tilbudet for pasientene. De peker blant annet på at nyere finansieringssystemer i poliklinikk som gir penger når behandlingskontakten med pasienter avsluttes, går på tvers av denne poliklinikkens ønskede praksis. De beskriver en praksis der noen av langtidspasientene ikke blir avsluttet, men heller registreres som ”ikke aktive”. Grunnen er at disse pasientene har kroniske psykiatriske lidelser som kan blomstre opp igjen etter en tid. De mener det da er best for pasienten om han selv, psykiatritjenesten eller fastlegen kan ta kontakt, uten å måtte gå gjennom de formelle søknader og prosedyrer som for noen pasienter kan gjøre at de ikke tar kontakt så tidlig som ønskelig, ut i fra et behandlingmessig ståsted. Pasienter som ikke søker hjelp i tide, kan bli så syke at de må legges inn i sykehus istedenfor poliklinisk behandling. En slik ”åpen dør” er bra for denne gruppen av mennesker med langvarige psykiske lidelser og for samarbeidet med kommunen og fastlegen, sier informantene i DPS men den passer i liten grad med finansieringsordningen for poliklinikker. På spørsmål om hvordan hun tror de kommer til å møte dette, mener informanten de kommer til å praktisere dette som før, slik at pasientene eller andre på vegne av pasienten, kan ta kontakt når de trengte det, og ta opp igjen behandlingsforholdet ved behov. Hun mener de ville finne ”akseptable” løsninger i forhold til de formelle krav, og at de har gjort liknende ting før ved å finne kreative løsninger for å kompensere for svakheter i systemet. Det viktigste er tross alt at pasientene får et godt tilbud når de trenger det, mener hun.

Også fastlegen peker på finansieringsordninger som ikke er tilfredsstillende i forhold til koordinering og samarbeid. Hun mener fastlegene gjennom fastlegereformen er gitt en sentral plass i arbeidet med å skape helhet i tilbudet til den enkelte pasient, men hun mener det ikke i tilstrekkelig grad er lagt inn ordninger for finansiering av dette arbeidet, for eksempel knyttet til individuell plan. Dette er uheldig i forhold til fastlegenes samarbeid med andre etater, mener hun. Hun sier videre at de pr. i dag må bruke fritiden, eller ulønnet tid, om de skal delta i felles arbeid med individuell plan.

Også i kommunen blir det pekt på finansieringsordninger som ikke er optimale for alle pasienter i den aktuelle gruppen. Deres ordning med vedtaksbaserte tjenester medfører standardiserte prosedyrer som gir lite rom for fleksibilitet, mener overlegen ved sykehuset. Kommunens

aktivitet styres av vedtak som omfatter både hvilke tjenester pasienten har rett på, og hvor mye av denne tjenesten pasienten skal tilbys. Et slikt vedtak gjelder til en ny søknad blir sendt og behandlet. Overlegen ved sykehuset mener at flere med langvarige psykiske lidelser har så varierende hjelpebehov at kommunen burde kunne tilby mer fleksible hjelpetilbud enn denne ordningen gir rom for. Hun mener de fleste pasientene trenger mer hjelp i dårlige faser for eksempel rett etter utskrivelse fra sykehuset, mens de trenger mindre hjelp i andre faser.

Styringsdata

Opptrappingsplanen har i større grad enn tidligere medført krav om konkrete planer for aktiviteter innen psykisk helsevern, og tilsvarende rapporter for å få økonomiske midler. Dette blir beskrevet blant annet av koordinator i kommunen. Han opplever at de gjennom dette er styrt ovenfra.

Forutsetningene for å få de (Opptrappingsmidlene) er veldig strenge. Vi må ha en godkjent psykiatriplan, eller plan for utvikling av tjenester. Vi må kunne rapportere hvert år på alle de pengene vi får, hva de går til. Vi må kunne redegjøre for at de har gått til formål som staten har sagt de skal brukes til..... Når staten ser at det er noe som bli forsømt, kommer de med ekstra pålegg til det.og statens ris bak speilet hele tiden, du får ikke utbetalt penger, vi stopper tilførselen (koordinator kommunen).

Koordinering og samarbeid mellom etatene er et av de områdene der det blir krevd planer og rapporter. Kommunen må kunne vise til hva de har gjort for å koordinere og samarbeide med andre etater. De opplever gjennom dette at økonomi styrer deres aktivitet på et forholdsvis detaljert nivå.

Et annet forhold som er av betydning for samarbeid og koordinering er krav om synliggjøring av produksjon. Flere av informantene er inne på det de opplever som økte krav i forhold til dette. I poliklinikkene er det antall konsultasjoner som viser produksjonen, dette er forholdsvis greit å telle. I langtidspoliklinikken ved DPS derimot, er de opptatt av å også kunne bruke tid på oppgaver som ikke blir regnet som produksjon og som kan være vanskeligere å kvantifisere.

Du må kunne bevege deg ut, du må kunne ha tid til å gjøre ting som ikke teller som produksjon også. Vi har mange konsultasjoner på sykehuset som vi ikke får registrert, det er noe produksjonsgreier, du må skjønne hva vi driver med for å skjønne hvorfor vi har de og de tallene (Overlege DPS).

Aktivitet knyttet til koordinering og samarbeid blir ikke definert under ”produksjon”, sier informanten. Hun mener det er nødvendig at ledelsen forstår at dette allikevel er nødvendige oppgaver. Denne informanten har erfart at ikke alle ledere har denne forståelsen eller kunnskapen, noe som til tider kan by på problemer.

Det er gjennom produksjonstall og økonomi de prøver å holde styr på oss.... Hver gang de kommer, forklarer vi hvordan vi jobber, poenget er at vi verken overforbruker budsjettet vårt, eller har noen særlig lavere produksjon enn de andre på tross av at vi jobber veldig annerledes. (Overlege DPS)

Dette ”veldig annerledes” ble av informanten beskrevet til å være blant annet en omfattende aktivitet i forhold til samarbeid med andre etater.

Også i kommunen opplever lederne et økende fokus på produksjonsdata og styringsdata. Som beskrevet foran blir kommunens tjenester organisert gjennom vedtak for hver pasient, dette bidrar til å synliggjøre produksjonen, forteller leder i kommunen. Vedtakene blir gjort gjennom at pasienten selv søker (gjerne med hjelp fra helsepersonell) om de tjenestene de trenger. Det blir så gjort vedtak både i forhold til hvilke tjenester brukerne har rett på, og hvor mye. For lederne er dette et viktige redskaper i forhold til både å kunne planlegge drift, og dokumentere etatens aktivitet. Men informantene fra psykiatritjenesten mener flere av deres brukere ikke er der at de selv kan søke om det de trenger. For noen mennesker med psykiske lidelser er sykdomsforståelse og sykdomsinnsikten i perioder ikke tilstede. Konsekvensen er at de ikke selv opplever behov for hjelp, selv om faglige vurderinger tilsier at de har slike behov. Denne kommunen har derfor lagt til rette for at det også er mulig å bruke tid hos noen pasienter som ikke har søkt om tjenester, de avviker med det fra standardene som er lagt for kommunale tjenester. Men de mener dette er svært viktig for denne gruppen av pasienter.

Det blir absolutt akseptert at psykiatritjenesten jobber med en del pasienter som ikke har søkt, og som kanskje aldri kommer til å søke om hjelp. Altså at du får lov til å bruke tid på å stå der i dørsprekken og markedsføre hjelp og gjøre folk trygge på at du faktisk vil de vel (koordinator kommunen).

Informanten forteller at slike ordninger ikke er blitt lagt inn i finansieringsordningen i alle kommuner, og at psykiatritjenesten i denne kommunen er særst fornødd med å ha denne muligheten.

Omorganisering

Informantene i sykehuset er opptatt av hvordan koordinering og samarbeid påvirkes av omorganiseringer som medfører endringer i økonomiske forhold. Flere informanter i sykehuset mener at både fjerning av oversykepleier og sjefsykepleier som hadde en koordinerende funksjon mellom sykehuset og andre etater, og overføring av større budsjettansvar ovenfra og ut i avdelingene, har ført til endrede vilkår for koordinering og samarbeid.

Sjefssykepleier og oversykepleier var finansiert på nivå over avdelingene, og hadde derfor ansvar på tvers i sykehusorganisasjonen. Flere informanter både i sykehuset og kommunen mener fjerning av disse har virket hemmende på kontakten mellom de to etatene. Mens kommunens psykiatritjeneste tidligere kunne forholde seg til oversykepleier / sjefsykepleier, må de nå forholde seg til en rekke aktører i de ulike avdelingene ved sykehuset (6 avdelingssjefer og 19 enhetsledere).

Et annet forhold som ble pekt på av informanter fra sykehuset er konsekvensen av avdelingsvise budsjett. Mens budsjettansvar tidligere hovedsakelig var på sykehusnivå / klinikknivå, er det nå flyttet ut til den enkelte avdeling. Dette mener informantene har medført en holdningsendring, der velviljen i forhold til samarbeid på tvers, også innad i sykehuset, ikke er tilstede på samme måte som tidligere. Med budsjettansvar følger også økt fokus på økonomi, og med det sparing når budsjettene er stramme.

Finansieringsordninger påvirker koordinering og samarbeid

Informantene peker her på flere forhold ved finansieringsordninger de mener kan være av betydning for koordinering og samarbeid i den økonomiske grenseflaten. For det første manglende samsvar mellom finansieringsordninger og ”god behandling”, som kan medføre at etatene enten ikke kan tilby den beste løsningen, eller at etatene må lage egne kreative løsninger

som på noen måter avviker fra formelle retningslinjer. Videre er det krav om produksjonstill, planer og resultatmål, som medfører behov for standardisering og prosedyrer som flere informanter mener er uheldig i forhold til god behandling og samarbeid. Til sist pekte de på omorganiseringer ved sykehuset som har medført tettere økonomiske skott mellom de ulike avdelingene og fravær av aktører som ivaretar oppgaver på tvers av avdelingene, for eksempel felles kontakt med eksterne etater²¹.

Det fremkommer variasjoner mellom informantene når det gjelder hvor stor betydning de tillegger finansieringsordninger i forhold til koordinering og samarbeid. De som er mest opptatt av dette er ledere og ellers de som har sin aktivitet knyttet til mer overordnede nivå. De som har ”rene” kliniske stillinger i kommunen og DPS, det vil si de som ikke har oppgaver utover ”sine” pasienter, er mindre opptatt av finansieringsordninger. Sett under ett er informantene fra sykehuset mindre opptatt av hvordan deres virksomhet er finansiert. Deres fokus er i større grad på manglene ressurser, og at sykehuset har for mange pasienter og oppgaver.

Ressurser

Alle informantene er inne på problemer knyttet til begrensede ressurser i forhold til samarbeid og koordinering. Samarbeid blir beskrevet som ressurskrevende, og det blir nevnt flere konsekvenser av knappe ressurser i forhold til koordinering og samarbeid. Informantene mener etatene må foreta strenge prioriteringer i forhold til hvordan de bruker sine ressurser. Dette kan for det første gå utover deltakelse på samarbeidsmøter, videre er det ikke alltid mulig for etatene å følge opp bestillinger fra andre etater i forhold til enkeltpasienter som blir overført, og som en tredje konsekvens peker de på at noen pasienter blir flyttet mellom etater og nivåer på grunn av knappe ressurser. Disse faktorene vil bli nærmere presentert i det følgende.

Deltakelse på samarbeidsmøte

Problemet med å finne tid til å delta på samarbeidsmøter ble pekt på av flere. Leder i kommunen opplevde dette som et tilbakevendende problem.

²¹ Det foregikk møtevirkosomhet med kommunen på divisjonsnivå, men ingen av informantene kjente til hva som ble tatt opp.

Ikke det at vi ikke vil samarbeide, men det er noe med tidsaspektet, når skal vi få det til? Hver dag må jeg velge vekk noe, møtekollisjoner og lignende (leder kommune).

Hun beskriver dette som spesielt vanskelig når sykehuset innkaller til samarbeidsmøter med svært korte tidsfrister. Noen av sykehusets avdelinger som har pasientene innlagt svært kort tid, kan innkalle til møter med en dags varsel, forteller hun. Dette opplever psykiatritjenesten svært vanskelig å følge opp, da alle medarbeiderne der har sine arbeidslister med pasienter som er planlagt for flere dager fremover.

Overlegen ved sykehuset er også opptatt av hvor vanskelig det er å finne tid til samarbeidsmøter:

Sykehuset har ikke ressurser til å samarbeide med kommunen, det er kun i få tilfeller, i forhold til pasienter som er skrevet ut på tvunget psykisk helsevern (overlege sykehus).

Overlegen ved DPS derimot ser på samarbeid som en selvfølgelig del av pasientbehandlingen, i alle fall for de som er syke over lang tid. Hun viser til at de bruker mye av sin tid i samarbeidsmøter og på å etablere relasjoner som er grunnleggende og viktige for godt samarbeid med andre etater.

Følge opp bestillinger

Begrensede ressurser blir også pekt på som en årsak til at etatene ikke alltid kan følge opp ”bestillingene” som følger pasienten når de overføres til en ”ny etat”. Slike bestillinger blir ofte gjenstand for diskusjon, forteller informantene fra sykehuset. Hun viser til ulike situasjoner der sykehuset gjør vurderinger i forhold til hva pasienten ville trenge når han blir utskrevet, men der kommunen ikke har mulighet til å stille opp i den grad sykehuset mener det er nødvendig.

Jeg synes i utskrivningsfasen at det ville vært best for pasienten å få en tettere oppfølging. Men vi kommer ofte i en situasjon der de sier de ikke kan gi tettere oppfølging enn en gang i uken.... Det er begrenset økonomi i kommunen (overlege sykehus).

Også andre informanter fra sykehuset peker på spriket mellom det som sykehuset faglig vurderer til å være pasientens behov, og det som i praksis er mulig å tilby pasientene i kommunen ut i fra

deres ressurser. Dette blir beskrevet av informanter både fra sykehusets og fra kommunen. En av sykehusets informanter sier at tjenestetilbudet kommunen tilbyr, ikke tilfredsstillende sykehusets forventninger som nok er høyere enn kapasiteten i kommunen tillater. Dette gapet blir også beskrevet av kommunen. De opplever at forventningene til kommunens tjenester øker slik at gapet mellom forventninger og det kommunen gjør, er like stort som tidligere, selv om kommunen har økt sin aktivitet kraftig.

Ressurser som årsak til flytting

En tredje konsekvens av manglende ressurser som blir pekt på av flere informanter, er pasienter med store hjelpebehov som blir flyttet på grunn av ressursknapphet og ikke utelukkende på grunnlag av faglige vurderinger. Selv om det i slike situasjoner blir brukt faglige argumenter for flyttingen, mener flere at det ofte er andre grunner som ligger i bunn, blant annet knappe ressurser. Det blir fra informanter fra kommunen gitt eksempler der kommunen mener pasienter blir flyttet ut i kommunen fordi de er svært ressurskrevende, og praktisk vanskelige å ha i sengeavdeling. Flere av informantene mener at mange faglige diskusjoner er styrt av økonomiske forhold, og at de faglige argumentene er vikarierende argument for økonomiske forhold som ligger i bunn.

Manglende ressurser påvirker koordinering og samarbeid

Knappe ressurser blir av de fleste informantene pekt på som en medvirkende årsak til problemer med koordinering og samarbeid. Både sykehuset og kommunen opplever det vanskelig å finne tid til å delta på samarbeidsmøter, og for kommunen blir dette spesielt problematisk med de korte tidsfristene som sykehuset opererer med. Knappe ressurser medfører også problem med å kunne følge opp bestillinger / anbefalinger fra andre etater, dette er kommunen spesielt opptatt av. Det blir også beskrevet som et problem at pasientene noen ganger blir flyttet fordi de er i behov av særs ressurskrevende tjenester, og ikke fordi dette er den beste løsningen for denne pasienten.

Økonomiske forhold påvirker koordinering og samarbeid

Det er her beskrevet hvordan informantene i studien mener økonomiske forhold er av betydning for koordinering og samarbeid mellom sykehus, DPS og kommunen. Det ble vist til flere finansieringsordninger som ikke er optimale i forhold til koordinering og god behandling for pasientene. Videre ble det av flere påpekt hvordan behovet for styringsdata knyttet til planlegging av drift og økonomi krever standardiseringer og rutiner som er uheldige i forhold til behovet for fleksibilitet knyttet til koordinering og god behandling. De viser også til hvordan omorganisering og medfølgende flytting av budsjettansvar utover i sykehusorganisasjonen påvirket holdningene i forhold til å bidra med ressurser til fellesoppgaver. Til sist ble det beskrevet hvordan knappe ressurser medførte flere utfordringer knyttet til koordinering og samarbeid. I det videre vil dette danne grunnlaget for analysen av funn i den økonomiske grenseflate.

9.2 Hvordan forklare situasjonen i den økonomiske grenseflate?

Ut i fra dette kan det se ut for at det i den økonomiske grenseflate, er ulike forhold som bidrar til at grenser forstyrrer hverandre. Når noen etater opplever at samarbeid er forutsetningen for økonomiske midler, og andre mener de ikke er betalt for å samarbeide, vil dette påvirke forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom disse etatene. Også ulike finansieringsordninger kan forstyrre hverandre. Mens sykehuset er rammefinansiert, har fastlegen, kommunen og DPS ulike former av aktivitetsstyrt finansiering. Disse variasjonene kan påvirke holdningene til koordinering og samarbeid i de ulike etatene.

Ut i fra et rasjonelt perspektiv er koordinering og samarbeid mellom etatene styrt av aktuelle reformer og offentlige føringer. Aktuelle reformer for den økonomiske grenseflate er Opptrappingsplanen og Tiltak 2003, fastlegereformen og foretaksreformen.

Rasjonale for Opptrappingsplanen i forhold til den økonomiske grenseflate, er styring av lokal aktivitet gjennom økonomiske virkemidler ved hjelp av gode rapportssystemer og tildeling av midler på grunnlag av prosjektsøknader. Dette viser også denne studien, spesielt i kommunen der trusler om begrensninger i økonomiske ressurser om Opptrappingsplanen ikke ble fulgt, ble opplevd som styrende for aktiviteten. DPS beskriver også delvis dette for sine poliklinikker.

Sykehuset derimot beskriver ikke finansieringsordninger som styrende (bare begrenset økonomi). Dette er i tråd med Opptappingsplanen som i hovedsak har kommunen og DPS som målgruppe.

Rasjonale for fastlegereformen er at fastlegene skal behandle flest mulig pasienter. De får deler av finansieringen knyttet til aktivitet, dette bidrar til at flere pasienter gir et bedre inntjening for den enkelte fastlege. Dette blir bekreftet i studien. Fastlegen var opptatt av å ha mange pasienter og mente samarbeid ikke var forenlig med dette så lenge det ikke var lagt til rette for finansieringsordninger knyttet til samarbeid.

Rasjonale for foretaksreformen i forhold til den økonomiske grenseflate er å utnytte ressursene best mulig ved å stimulere til økt aktivitet. Sykehuset og DPS er en del av denne reformen. Dette er i samsvar med funn i poliklinikken ved DPS der behandlingsavslutning av pasienter gir penger. For poliklinikkene gir flere pasienter større inntjening. (målet er at også sengeavdelinger skal finansieres på denne måten). Ut i fra dette kan disse funnene forklares ut i fra et rasjonelt perspektiv.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv vil en forvente at etablerte ordninger vil være styrende i møte med nye reformer. Endringene vil da preges av forsiktig tilpasning og påvirkes av hvor compatible de er med etatenes eksisterende normative rammeverk.

Analysen vil presenteres gjennom tre funn:

- Når nye trender ikke passer, lager noen kreative løsninger internt.
- Sykehuset ”aksepterer” endringer selv om de mener de økonomiske løsningen ikke er god
- Sykehuset er mest opptatt av fag og funksjon, ikke så opptatt av økonomi.

For å belyse dette vil jeg også her ta utgangspunkt i koblingen mellom etatenes situasjon, formelle og uformelle regler, og deres identitet.

Når nye trender ikke passer, lages kreative løsninger internt.

Situasjonen med nye krav i kommunen og DPS oppleves på noen måter som hinder for god koordinering og samarbeid, og går på noen områder på tvers av det etatene mener er god

behandling. Eksempler på dette er økte krav om planer, krav om synliggjøring av produksjon og behov for standardisering. I møte med dette tar kommunen og DPS i bruk lokale ”kreative” løsninger der de ikke agerer i samsvar med insentivene. De søker med dette å være mer fleksible enn hva reformer og retningslinjer legger opp til. Intensjonen er å kunne tilby det de mener er den beste løsning for pasientene. De lokale løsningene går delvis på tvers av finansieringsordningene og krav om planer og produksjon. Fastlegen derimot mener løsningen på manglende samsvar mellom økonomi og behandling må søkes i regelendring. Hun mener finansieringsordningene for fastlegene må endres slik at de bedre legger til rette for samarbeid mellom fastlegen og andre etater. Frem til en slik regelendring kommer, ser hun ikke mulighet for å bidra så mye i tverretattlig samarbeid som fastlegereformen legger opp til.

Uformelle regelverk med vekt på fleksibilitet og individuell tilpasning til brukernes behov styrer aktørene i DPS og kommunen. Ut i fra deres syn på samarbeid er standardisering og prosedyrer lite ønskelig i forhold til pasientbehandling. Krav om individuell tilpasning av tjenester finner de støtte for blant annet i Opptappingsplanen. Fastlegen viser hovedsaklig til formelle regler som styrende for sin virksomhet.

DPS og kommunens identitet er knyttet til å kunne tilby tjenester på brukernes premisser. De er opptatt av å ha brukerperspektiv med stor vekt på helhetlige tjenester og brukermedvirkning. Fastlegen er mer opptatt av sin formelt definerte rolle, og de rammer som lover og økonomiske ordninger legger for den.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv kan DPS og kommunens lokale ”kreativitet” i møte med det de oppfatter som lite hensiktsmessige reformer, forstås på flere måter.

Begge etatene har tradisjon med organisasjoner med flat struktur og selvstendige aktører. De selvstendige aktørene er vant med, på et forholdsvis selvstendig grunnlag, å selv finne løsninger på oppgaver og problemer. Denne strategien bruker de også i møte med disse reformkravene. Dette kan forstås som stivhengighet og ut i fra etablerte institusjonelle prinsipp i etaten. De gjør som de pleier, tilpasser sin praksis og sine systemer til sentrale verdier i etatene om hva som er det beste for pasienten, og praktiserer ”romslighet” i møte med reformene.

DPS og kommunens kreative handlinger i møte med disse finansielle endringene kan også forstås ut i fra deres ønske om legitimitet, spesielt i forhold til bevilgende myndigheter og pasientorganisasjoner. Disse eksterne instansene vektlegger koordinering og brukertilpasning som sentrale verdier i pasientbehandlingen.

Fastlegens vekt på formelle forhold i møte med lite hensiktsmessige finansieringsordninger, kan forklares ved at hun agerer ut i fra økonomiske insentiver. Fastlegene får pr. stykk pris, slik at de tjener mer om de har flere pasienter. Om de bruker tid på møtevirksomhet og samarbeid, vil det kunne medføre færre pasienter og mindre inntekt. DPS og kommunen ser dette annerledes. De var ikke opptatt av at deres fellesskap kunne "tape" penger ved å samarbeide, eller at de da fikk mindre ressurser til andre ting.

Sykehusets informanter "aksepterer" dårlige vilkår for koordinering

Sykehusets situasjon er preget av at de er organisert i flere økonomisk selvstendige avdelinger. Tidligere var det roller i sykehuset som ivaretok felles oppgaver og hadde ansvar på tvers av avdelingene i sykehusene, disse er nå tatt bort (oversykepleier, sjefspsykepleier og avdelingsoverlege). Sykehusets informanter er ikke tilfreds med denne oppstykkingen der det ikke er strukturer / roller som kan ivareta avdelingsovergripende oppgaver som for eksempel planlegging og etablering av samarbeidsrelasjoner med andre etater. Men de beskriver ingen felles tiltak på avdelingsnivå som kan kompensere for de uønskede konsekvensene av denne endringen i struktur. Det blir derimot vist til noen enkeltaktører som på tross av systemet får til godt samarbeid.

Sykehusets informanter beskriver regler som ligger i deres hierarkiske organisasjon som styrende for deres atferd, der leger er høyere oppe i hierarkiet enn andre fagpersoner, og derfor mer myndighet. Videre gir informantene fra sykehuset uttrykk for at deres identitet er knyttet til hvilken plassering de har i hierarkiet.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv kan sykehusets holdninger forstås ut i fra flere forhold.

Deres ”aksept” til tross for uenighet i forhold til en ny organisering, kan forstås ut i fra historiske erfaringer i sykehuset. Deres hierarkiske tradisjon bygger på at alle aktører har gitte roller og oppgaver som de ivaretar og som er definert i forkant. Aktørene i den hierarkiske sykehusorganisasjonen har ikke erfaring med å kunne forandre systemet, de har tradisjon med å løse oppgaver innenfor de rammene som er gitt, og på den måten som er bestemt. Denne erfaringen kan forklare at aktørene i sykehuset også i denne situasjonen ivaretar det ansvaret og de oppgavene som er bestemt i avdelingen, på tross av uenighet. Denne historiske erfaringen er styrende for aktørene i sykehuset i møte med omstruktureringen. Dette bygger på logikken om ”det passende”, for disse aktørene er denne måten å handle på ”passende” i denne situasjonen.

På tross av hierarkiet er det tradisjoner for at enkelte profesjoner i sykehuset har hatt rammer som til en viss grad har gitt rom for individuelle måter å løse oppgaver på uten å endre systemet. I psykiatrien er dette aktuelt for blant annet leger, psykologer og delvis sosionomer som har oppgaver de løser alene, med rammer som til en viss grad gir rom for egne løsninger. Disse aktørene har jurisdiksjoner som åpner for dette. Aktørene møter da endringer ved å finne sine egne måter å løse oppgaver på, uten å forandre systemet. Dette kan bidra til å forklare hvorfor informantene utenfor sykehuset opplevde store variasjoner mellom enkeltaktørene i sykehuset.

Sykehusets tilsynelatende aksept av løsninger som kan virke hemmende på koordinering og samarbeid truer ingen veletablerte institusjonelle prinsipper i sykehuset, da samarbeid ikke fremstår som en sentral verdi i sykehuset. Den medisinske logikk som deres tradisjon er bygget på, støtter derimot opp under den strukturelle oppsplittingen som av informantene blir oppfattet som hemmende for koordinering og samarbeid. Den organisatoriske strukturen med egen psykiatrisk akuttmottak, avdelinger delt etter diagnoser og bruk av vikarlege for korte perioder (1-2 uker), bygger på høy grad av dekomponering. Denne etablerte historien der både organisasjonsstruktur, oppgaver og ansvarsfordeling har vært oppstykket, kan bidra til å forklare sykehusets tilsynelatende aksept for fragmenteringen både organisatorisk og økonomisk selv om de opplever det som et hinder for koordinering og samarbeid.

Sykehuset er mest opptatt av fag og funksjon, ikke like opptatt av finansieringsordninger

På tross av flere reformer som kan ha betydning for den økonomiske grenseflate, er det i sykehuset i liten grad fokus på finansiering. Dette kan ut i fra et rasjonelt perspektiv forstås ved at ingen av reformene som foreløpig er iverksatt gir sykehuset økonomiske incentiver for å samarbeide.

Sykehusets situasjon er på noen områder som før, og på andre områder har det skjedd endringer. De har hovedsaklig de samme oppgavene og de samme pasientene som de har hatt tidligere. Økonomisk får de sine ressurser gjennom rammefinansiering, disse ble tidligere forvaltet høyere oppe i organisasjonen, men etter interne omorganiseringer og overgang til foretak er budsjettansvaret flyttet ned i organisasjonen. Sykehusets utfordring ligger i å løse sine oppgaver innenfor gitte rammer. Sykehusets faglige og organisatorisk struktur har som før tydelige trekk av hierarki og klar arbeidsdeling. Men deres rolle innen psykisk helsevern er endret i og med en bevegelse mot mer desentraliserte tjenester, utenfor sykehuset. Sykehuset skal ikke lenger være kjernen / hovedstrukturen i det psykiske helsevern, den skal være nærmere der pasienten bor.

Sykehusets regler ligger i deres hierarkiske organisasjon, og er styrende for aktørenes atferd. Videre er sykehuset regulert av Lov om psykisk helsevern som både styrer pasientstrømmen og deler av behandlingen. Sykehusets identitet er knyttet til deres funksjon og faglige kompetanse. De ser på seg selv som spesialister på korttids og akuttbehandling, og med det den mest sentrale delen av psykisk helsevern. De ulike aktørenes identitet er også knyttet til hvor i hierarkiet de er plassert.

Sykehusets fokus på fag og funksjon kan ut i fra et institusjonelt perspektiv forstås på flere måter. Deres syn på at eneste løsning er økte bevilgninger kan forstås ut i fra deres etablerte praksis med en fylkeskommune som tidligere vanligvis klarte å finne mer midler om budsjettet var brukt opp før året var omme. Dette kan forklare hvorfor økonomi er, og har vært, mindre påtrengende i den daglige virksomheten for klinisk personell i sykehuset.

Sykehusets fokus på fag og funksjon kan også forstås gjennom veletablerte institusjonelle prinsipper fra medisinsk logikk. Sykehusets normer og verdier er utviklet i samspill med den

medisinsk logikk der hovedtemaene er fag og funksjon. Disse hovedtema har vært sentrale i diskusjoner om jurisdiksjoner mellom profesjoner innad i sykehuset og mellom sykehuset, og andre etater. Aktørene i klinikken i sykehuset har tradisjonelt ikke deltatt i de økonomiske vurderingene utover å formidle behovet for flere ressurser. Dette støttes av deres erfaringer med ekstrabevilgninger fra Fylkeskommunen når budsjettene ikke strakk til. Økonomiske problemer var da ikke på samme måte som nå, overskygge de faglige og funksjonelle utfordringene.

Aktørenes fokus kan også forstås som stivhengighet. Nye oppgaver og utfordringer blir møtt med bakgrunn i tidligere organisering og praksis. Disse klinikerne har tidligere søkt løsninger på ulike problemer der de har hatt fokus, i faglige og funksjonelle forhold. Løsningen ble da å endre faglige forhold ved å fokusere på korttidsbehandling, og funksjonelle forhold ved å søke å overføre oppgaver og ansvar til andre aktører / etater. Tradisjonelt har arbeidet med økonomien blitt ivaretatt høyere opp i organisasjonen i sykehuset, ikke på enhetsnivå eller avdelingsnivå der informantene i denne studien har sitt virke.

Informantenes begrensede fokus på økonomi til tross for en rekke reformer som har betydning for økonomiske forhold, kan også forstås gjennom sykehuset bufferstrategi med dekobling og rasjonalisering. De har holdt ute krav og forventninger som har kunne "true" deres tradisjonelle måte å ivareta oppgavene på. Økonomiske forhold er dekket fra deres daglige virke. Fokus og aktivitet knytter de til faglige og funksjonelle forhold. De har også rasjonalisert ved å vise til at problemer i større grad handler om funksjon og fag, og ikke om økonomi. Deler av sykehuset har på denne måten kunne fortsette som før med hovedfokus på fag og funksjon, ikke økonomi.

Sykehusets fokus på fag og funksjon kan også forklare ut i fra ønske om legitimitet både internt og eksternt. Det kan se ut for at faglige og funksjonelle argumenter er mer legitime enn økonomiske blant mange aktørene i, og utenfor sykehuset. Valg og prioriteringer på grunnlag av økonomi gir mindre legitimitet internt, og i forhold til brukerorganisasjoner og eksterne etater.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv kan sykehusets fokus på fag og funksjon forklare ved å se på sykehusets historie og tradisjoner, der tema har vært fag gjennom profesjoner, og funksjon gjennom jurisdiksjoner. Når det har oppstått problemer også økonomiske, søker de etter løsninger

som har med fag og funksjon å gjøre, er det andre måter å behandle pasientene på?, eller kan vi fordele oppgavene og ansvaret annerledes? Samtidig ser vi at de agerer fra et rasjonelt perspektiv gjennom at de ikke har noen økonomiske insentiver for koordinering og samarbeid.

Knappe ressurser, et problem i alle etatene

Alle etatene opplever at knapphet på ressurser er en utfordring i forhold til koordinering og samarbeid. Koordinering og samarbeid er ressurskrevende, og konkurrerer om ressursene med andre aktiviteter i den enkelte etat. Dette er et tilbakevendende tema i forhold til all aktivitet i helevesenet (og andre offentlige etater). Selv om det i forhold til Opptappingsplanen gjenstår en større økning i økonomiske ressurser, er det grunn til å tro at dette alene ikke løser problemer med koordinering og samarbeid. Jeg velger derfor å ikke gå nærmere inn på dette tema her, da ressursknapphet som forventet blir opplevd som et like stor problem i alle tre etatene.

9.3 Økonomisk grenseflate preget av forstyrrelser

Ut i fra dette ser det ut for at forutsetningene i den økonomiske grenseflate er preget av flere faktorer som virker forstyrrende på hverandre. Det er flere forhold både økonomiske og organisatoriske som bidrar til dette. Funnene i den økonomiske grenseflaten kan delvis forklares ut i fra et rasjonelt perspektiv og delvis ut i fra insitusjonelt perspektiv.

Fastlegen og kommunens aktivitet i den økonomiske grenseflaten kan forklares ved et rasjonelt perspektiv. Fastlegen fulgte det lovverket og de finansieringsordningene som det var lagt opp til, og pekte på at om noe skulle endres i forhold til koordinering og samarbeid, måtte finansieringsordningene endres. Kommunens informanter fulgte de styringer og retningslinjer som Opptappingsplanen la opp til. Deler av deres aktivitet kan derfor forklares ut i fra et rasjonelt perspektiv.

Ut i fra institusjonelt perspektiv kan etatenes ulike historie sammen med ulike ytre forutsetninger (finansieringsordninger) bidrar til å forklare hvorfor etatene har variasjoner i finansieringsordninger og variasjoner i synet på hva som oppleves som problemet knyttet til den økonomiske grenseflate. Sykehuset har hovedsakelig fokus på fag og funksjon også i forhold til

problemer i økonomisk grenseflate. Dette kan forklares med utgangspunkt i flere faktorer. For det første har sykehusets historiske utvikling i hovedsak vært styrt av medisinen og medisinsk tenkning. Administrativt og organisatorisk har medisinskfaglige argument veid tungt, og fag og funksjon er derfor vært styrende faktorer. For det andre har sykehuset fått sine midler gjennom rammefinansiering og den enkelte helsearbeider i sykehuset har derfor i liten grad opplevd å være styrt av andre økonomiske forhold enn for få ressurser. Begge disse faktorene kan bidra til å forklare hvorfor sykehusets informanter i forholdsvis liten grad vektlegger finansieringssystem av betydning for koordinering og samarbeid. I motsetning til kommunen og DPS som er mer opptatt av finansieringsordninger, og konsekvensene av disse.

Som beskrevet i dette kapittelet mener både kommunen og DPS at noen av de ytre kravene relatert til økonomi, som er kommet med reformene er uheldige i forhold til sentrale verdier i etatene så som f.eks samarbeid. Begge etatene viser da en kreativitet som bidrar til at de kan ivareta sentrale verdier selv om reformene ikke legger opp til det. Dette kan forstås ut i fra deres tradisjon med selvstendige aktører i organisasjoner med flat struktur, der ansvaret har hvilt på den enkelte, ikke i systemet, slik som i en mer hierarkisk organisasjon.

Alle informantene mener ulike økonomiske forhold er av betydning for koordinering og samarbeid, og at økonomiske forhold til tider går på tvers av ønsket praksis med god koordinering og samarbeid. I den økonomiske grenseflaten kom det frem at noen aktører fulgte de offentlige retningslinjene og føringer som var lagt, mens andre i liten grad opplevde økonomiske føringer. Dette medfører møter i den økonomisk grenseflaten preget av ulike strategier, og ulikt fokus.

10 FAGLIG GRENSEFLATE

I den faglige grenseflate er fokus på hvordan faglige forhold kan påvirke koordinering og samarbeidet mellom etatene. I dette kapitlet blir informantenes meninger og deres praksis som kan forstås gjennom, og relateres til faglige argumenter, presentert og deretter analysert.

Psykiatrien har lite eksakt kunnskap om hva som er den beste behandling for ulike psykiatriske sykdommene, dette medfører ulike meninger om hvordan personer med psykiske lidelser bør behandles. Det har også betydning for hvilke arbeidsmetoder som blir sett på som de beste og mest hensiktsmessige. Dette kan påvirke forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom etater som tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

10.1 Ulike arbeidsmetoder

Alle informantene mener det er viktig å koordinere tilbudene som blir gitt til pasienter fra de ulike etatene. Men det kom etter hvert frem at koordinering og samarbeid ikke innebærer det samme for alle. De vektlegger ulikt hva samarbeid innebærer og hva hensikten med samarbeidet skal være. Noen informanter legger vekt på samarbeid som felles problemløsning. Andre informanter fokuserer på samarbeid som informasjonsformidling og deling av oppgaver, som bygger på at etatene har ansvar for ”hver sine” pasienter. Disse to ulike fokus på samarbeid, vil danne grunnlaget for denne presentasjonen av hvordan informantene i denne studien ser på koordinering og samarbeid relatert til den faglige grenseflate.

Samarbeid som felles problemløsning

Informantene fra kommunen og DPS vektlegger samarbeid på grunnlag av felles problemløsning som den ønskelige samarbeidsformen. De mener pasientens behov ikke bør deles mellom ulike etater, men ivaretas som en helhet ved at etatene i fellesskap søker å møte pasientenes behov. Leder i DPS og koordinator i kommunen beskriver at deres etater har felles målsetting og felles ansvar for alle sine pasienter. I begge etatene bruker de begrepet ”våre pasienter”, og henviser da til pasienter som har, eller har hatt, tilbud fra både kommunen og DPS. Dette gjelder mennesker

med langvarige psykiske lidelser som i perioder eller store deler av livet, har behov for tjenester fra kommunen og / eller fra DPS.

Hvis kommunen skulle gjøre noe med de alvorlig sinnslidende, så trengte de hjelp fra psykiatrien (andrelinjetjenesten).vi har jo på en måte skapt og utviklet noe sammen, arbeidstilbud, boliger med tilsyn og kultur osv.... det er et fellesskap vi har skapt sammen, rehabiliteringspoliklinikkene og bydelene, så vi har en felles oppgave. Da blir det ganske naturlig å samarbeide, ingen av oss hadde gjort det før....vi gjorde masse felles erfaringer (overlege DPS).

Informanter fra DPS og kommunen har fokus på pasienten som et hele, dette fokuset mener de alle bør ha. Kommunen og DPS beskriver flere forhold de mener er viktige forutsetninger for samarbeid som felles problemløsninger. Både tidsperspektiv, fleksibilitet og likeverdighet er faktorer de mener er av betydning, disse vil her bli utdypet.

Felles tidsperspektiv

Kommunen og DPS sier de jobber ut i fra et langsiktig perspektiv, og opplever det til tider vanskelig å samarbeidet med sykehuset som har et mer kortsiktig tidsperspektiv. Overlegen ved DPS mener sykehusets er mest opptatt av å ta i mot pasienter, diagnostisere og behandle så langt de kan, men så stopper det mener hun, utover det strekker ikke deres fokus seg. Hun sier videre at det er variasjoner i hvor interessert sykehuset er i å få informasjon fra før innleggelsen. DPS som driver langtidsbehandling ønsker å ta opp både pasientens fortid og fremtid, ikke bare nåtid slik sykehuset og fastlegen gjør, sier overlege ved DPS. Flere informanter i DPS opplever at det er lettere å samarbeide med kommunen enn med sykehuset Også i kommunen beskrives relasjonen til sykehuset som til tider problematisk.

Sykehuset har vel mer enn nok med sine egne på huset om de ikke skal tenke på hva som skjer når pasientene kommer ut, --- jeg vet ikke.jeg lurer på om de (sykehuset) er så veldig interessert i hva som skjer når de kommer hjem, for da er det så mange andre som er inne. (sykepleier kommunen)

Leder i kommunen ser også ulike tidsperspektiv som et problem. Selv om hun sier hun skjønner hvorfor det er slik, mener hun det burde være mulig å finne en løsning på dette da det er til hinder for samarbeidet mellom sykehus og kommunen.

Og når det gjelder koordinering, hvis for eksempel meldingen om samarbeid kommer fra sykehuset, så skulle møte helst vært i går, de ringer ---, og nå trenger vi (sykehuset) en fra dere (kommunen), vi skal ha utskrivningsmøte i morgen. Da må jeg si at det får vi ikke til. De kunne ha vært mer i forkant men på den andre siden så skjønner jeg at det er enkelte poster hvor pasientene kommer inn og snur, ja de blir ikke værende mer enn to dager (leder kommunen)

Både kommunen, DPS og sykehuset beskriver dette skille i tidsperspektiv. DPS og kommunen mener dette skille er en kilde til samarbeidsproblemer mellom de og sykehuset. Mens sykehuset derimot beskriver denne variasjonen i tidsperspektiv som en ønsket og hensiktsmessig deling av oppgaver og ansvar.

Fleksibilitet

Et annet forhold som DPS mener er en viktig forutsetning for samarbeid mellom etatene er muligheten for å kunne være fleksibel. De mener det er viktig at det ikke er for mange regler eller rutiner som styrer verken utformingen av tilbudet til pasientene eller arbeidsfordelingen mellom etatene. De mener samarbeid handler om å løse oppgavene i fellesskap, av aktører som ikke er styrt av for mange retningslinjer eller prosedyrer. Dette mener informantene i DPS og kommunen preger samarbeidet de i mellom. Informantene i psykiatritjenesten i kommunen og DPS, vektla sin selvstendige rolle i arbeidet med brukerne. Selv om de har prosedyrer på en del ting er det opp til den enkelte medarbeider hvordan de velger å bruke disse, sier sykepleier i kommunen.

Informanter fra kommunen mener dette er annerledes i sykehus. Sykehuset er mer medisinsk og legestyrt og på den måten annerledes organisert (koordinator kommunen). Ved korttidsavdelinger i sykehus er det leger som er faglig ansvarlig²², og de er til stede daglig. Flere informanter ved sykehuset viste til overlegens overordnede ansvar og myndighet for behandlingen ved enheten. Overlegen selv nevnte også dette flere ganger

Sosionom blir delegert oppgaver fra hovedbehandler (lege/ psykolog) og arbeider da med bolig og sosialøkonomiske forhold Det er meg som behandler pasienten på sykehuset, det er mitt navn som står på individuell plan..... (overlege sykehus)

²² Psykologspesialister kan også være faglig ansvarlig, men ingen av informantene ved sykehuset vektla dette.

Sykepleier i sykehuset mener det er klart at det er behandleren, vanligvis legen, som sitter med det øverste ansvaret, og at han da delegerer oppgaver til andre faggrupper. Hun forteller også at øvrige personale i sykehuset vanligvis støtter overlegens avgjørelser. Ved sykehuset blir det flere ganger vist til at legens standpunkter er styrende for hvordan andre faggrupper / profesjoner utøvde sine oppgaver. Dette blir beskrevet annerledes i kommunen og DPS. Leger og psykologer som på sykehuset har et overordnet ansvar blir i kommunen og ved sengeavdelingene ved DPS i større grad kontaktet, konsultert og trekt inn når andre profesjoner ser det nødvendig. Selv om alle pasienter har en ansvarlig behandler styrer ikke denne behandleren andre profesjoners arbeid på samme måte som i sykehus, mener informanter fra DPS og kommunen. DPS er opptatt av at det ikke er hvilken profesjonsutdannelse hjelperen har som er det viktigste for hvem som skal ivareta de enkelte oppgavene.

Likeverdighet

Et siste forhold som blir nevnt både av kommunen og DPS som en viktig forutsetning for samarbeid, er likeverdighet i samarbeidsrelasjonen. Begge etatene har erfaring med at dette noen ganger byr på problemer spesielt i deres samarbeid med sykehuset. En informant i DPS mener den tradisjonelle holdningen som råder i sykehus i forhold til andre etater er preget av holdningen; ”vi definerer, vi diagnostiserer, vi bestemmer”. Når sykehuset kommer med ”bestillinger” i forhold til hvilket tilbud de mener pasienten bør ha i kommunen, mener en informant i kommunen at dette ikke kan betegnes som samarbeid. Han sier følgende om noen av legene ved sykehuset.

Og jeg har opplevd det flere ganger – leger er på en måte helt fra grunnutdanningen opplært til å kunne rekvirere ting. De rekvirerer medisiner, undersøkelser, de skriver ut sykemeldinger, på en måte så tenker de litt sånn; hva skal jeg foreskrive, og så tror de at de kan foreskrive kommunale psykiatritjenester og forskrive tilrettelagte boliger. Hvis bare deres underskrift står på noe så ordner det seg. Og sånn er ikke verden. De må jo kunne gå inn i et likeverdig samarbeid. (koordinator kommunen)

Koordinator i kommunen mener sykehusets holdning kan oppleves som respektløs. Leder i DPS forteller at hun har hørt både fra egen sektor, og fra DPSer og kommuner andre steder i landet at sykehusene opptrer arrogant i møte med andre etater. Sykepleier og leder ved sykehuset derimot

mener kommunen i større grad bør ha tillit til sykehusets vurderinger, og ta i mot pasienter når sykehuset ber om det, selv om de selv tviler på om det ville gå bra.

Oppsummering

DPS og kommunen mener samarbeid handler om å løse oppgavene i fellesskap og se på hele pasienten som et felles ansvar. Dette forutsetter blant annet felles tidsperspektiv, fleksibilitet og likeverdige samarbeidsrelasjoner. Kontrollen over arbeidet må ligge hos de som utøver det, da dette gir mulighet for fleksibilitet og tilpasning av tilbudet etter pasientens behov. De mener videre at standardisering og prosedyrer kan være hemmende for god samarbeid, og vektlegger at relasjonen mellom etatene må være preget av velvilje, respekt og tillit.

Samarbeid med ansvar for ”hver sine”

Når informantene fra sykehuset forteller om hva samarbeid er, vektlegger de to forhold, det er informasjonsformidling og deling av oppgaver. Både samarbeid som informasjonsformidling og samarbeid som deling av oppgaver bygger på at etatene har ansvar for ”hver sine pasienter”, eller har ansvar ”hver sin gang”, avhengig av i hvilken etat pasienten for tiden ”befinner seg”.

Samarbeid som informasjonsformidling

Samarbeid som informasjonsformidling handler for sykehuset om å samle inn mest mulig informasjon om den aktuelle pasienten for å få et best mulig grunnlag for gode faglige vurderinger og gjennom det kunne gi pasientene den optimale behandling i akutfasen når han er i sykehuset.

Vi prøver å få inn all relevant informasjon i forhold til videre oppfølging av pasienten ...
det første møte handler stort sett om å samle inn data om pasienten. vi har prøvd å
utarbeide rutiner i forhold til dette. (overlege sykehus)

Overlegen ser på informasjonsinnhenting som en viktig del av sitt arbeid med diagnostisering og behandling av pasienter som er innlagt i sykehus. Overlegen ved DPS hadde erfaring for at det er store variasjoner mellom sykehusets leger når det gjelder hvor interessert de er i informasjon fra andre etater som har hatt kontakt med pasienten tidligere. Erfaringene deres spenner fra de

som tar kontakt straks pasientene er innlagt og innkaller til møte flere ganger, til de som aldri tar kontakt. Noen ganger opplever DPS at informasjonsoverføringen svikter. DPS syntes det er vanskelig å forstå hvorfor sykehuset ikke i større grad innhentet informasjon fra de som har kjent pasienten i en årrekke.

Hvis de legges inn på sykehus så er det en tilfeldig overlege eller assistent lege som finner på hva de skal gjøre, uten at de innhenter informasjon fra oss. (overlege DPS).

Også fastlegen vektlegger samarbeid som informasjonsformidling. Hun beskriver sine oppgaver i forhold til denne gruppen av pasienter (psykisk syke) til å være å følge opp pasienter etter utskrivelse fra sykehuset. Fastlegen er da avhengig av å få epikriser 23 fra sykehuset når pasienten blir utskrevet. Denne fastlegen har erfaring med at epikrisene ofte kommer en stund etter at pasienten er kommet hjem på tross av krav om max sju dager epikrisetid 24. Dette nevner hun som et eksempel på at samarbeidet ikke alltid fungerer.

Sykehusets informanter mener også at en del av samarbeidet handler om å veilede kommunen og DPS i forhold til videre behandling av pasienten. Men de har erfaring for at dette av og til kan være vanskelig fordi de opplever at kommunen og DPS ikke alltid har tilstrekkelig tillit til sykehusets vurderinger.

Men det er klart at når vi har behandlet pasientene her (på sykehuset) og vi kan stå for en faglig vurdering at den pasienten er blitt så bra nå, at han kan klare seg, så mener jeg at det på en måte skal telle mer. Det er min personlige mening. Den bør på en måte veie tyngst. (sykepleier sykehus)

Kommunen ser annerledes på dette. De mener at sykehusets ”bestillinger” ikke er samarbeid. Kommunen mener beslutninger om videre behandling må tas på grunnlag av felles diskusjoner der både sykehus og kommunen delta.. En informant i kommunen sier ...det er noen som setter seg over andre, og det tenker jeg, fremmer ikke samarbeid (koordinator kommunen).

²³ Epikrise er en oppsummering av behandlingen som rutinemessig blir sendt fastlege og innleggende instans etter sykehusopphold, om pasienten ikke aktivt motsetter seg dette.

²⁴ Epikrisetid er tiden fra pasienten blir utskrevet til epikrisen blir sendt, og er bestemt av Sh.dept. ikke skal overstige syv dager.

Samarbeid som informasjonsformidling var mest tydelig hos sykehusets informanter og hos fastlegen. Sykehuset beskriver sin rolle til å være å ta i mot informasjon når pasienten blir innlagt, og formidle informasjon og veiledning til aktuelle etater når pasientene skrives ut. De forutsetter en klar arbeidsdeling mellom etatene.

Samarbeid som fordeling av oppgaver og ansvar

Fordeling av oppgaver er også et sentralt tema når sykehusets informanter blir spurt hva koordinering og samarbeid er. De mener hensikten med samarbeid er å dele oppgavene mellom de ulike aktørene som skal gi tilbud til pasientene. De bruker begreper som ”overta pasienten”, ”sende ut pasienten”, ”hvem skal ha ansvar for pasienten?”. Dette bygger på tanken om at hver etat skal ha ansvar for sine pasienter. Sykehuset mener denne arbeidsdelingen ligger i de rammene som er lagt for etatene gjennom ulike reformer, og da spesielt gjennom de føringene som fulgte med etablering av DPS.

Når informantene ved sykehuset snakker om samarbeid er de opptatt av fordelingen i forhold til hva som skal gjøres, og hvem som skal gjøre hva. Samarbeid handler ofte om å få plass til en pasient i sengepost, dagavdeling eller poliklinikk (sosionom sykehus). ”Godt samarbeid” blir i denne sammenheng beskrevet til å være at andre etater tar over ansvar og oppgaver uten at det krever for mye arbeid eller press fra de som sender pasienten fra seg. Informantene på sykehuset var opptatt av at det var vanskelig å få flyttet pasienter ut av sykehuset, de mener kommunen og DPS til tider har for mye motstand mot å ta i mot pasienter.

Samarbeid går noen ganger bra og noen ganger er det vanskelig. Det fungerer når de andre finner ut at dette er en pasient som passer inn hos de, en de kan jobbe med. Hvis de er uenige i våre vurderinger kan det bli krøll. de (DPSene) kan være mer reservert og tror kanskje ikke det er den rette pasienten, altså at pasienten ikke passer inn i deres system (sykepleier sykehus)

Sykehuset opplever det til tider vanskelig å få etablert tilfredsstillende tilbud til pasienter etter utskrivelse. De mener DPS vegrer seg mot å ta i mot pasienter som de tror ikke passer inn i deres behandlingstilbud. Dette beskriver sykehuset som problemer i samarbeidet med DPS.

Også fastlegen vektlegger informasjonsutveksling, når hun blir spurt om samarbeid. Hun mener det er lettere å få hjelp til pasienter med psykiske lidelser nå etter at DPS og psykiatrisk legevakt ble etablert. Hun forteller at det var vanskeligere å få lagt pasienter inn i sykehus før, dette beskriver hun som en bedring i samarbeidet med sykehuset.

DPS poliklinikk forteller hvordan de etter hvert har tilpasset seg fastlegenes arbeidsmetoder i samarbeidet mellom fastlege og langtidspoliklinikken.

Så fant vi ut etter hvert at vår gruppe er veldig liten i forhold til de andre som fastlegen har, sånn at det å forlange at de skulle stille på våre møter og alt det der, det fant vi ut var urimelig. Da har vi heller gått inn på deres -, fastlegens tenkning er jo vanligvis skriv og telefoner og råd og sånn, så det har vi prøvd med (overlege DPS)

Overlegen ved sykehuset var opptatt av sitt ansvar for veildning til kommunen. Denne oppgaven har sykehuset tradisjonelt hatt. Gjennom etablering av DPS ble denne overført til DPS mener overlegen ved sykehuset. Dette begrenser sykehusets ansvar til å ta imot akutt syke, diagnostisere og behandle de mest akutte symptomene hos de pasientene som blir innlagt i sykehus, mener han. Etter at pasienten er ferdigbehandlet ved sykehuset skal kommunen og DPS ha ansvar for det videre tilbudet i fellesskap, sier han videre. Overlegen sier videre at sykehuset har ikke ressurser til å samarbeide med kommunen, det er kun i få tilfeller, sier overlegen videre. Sykehuset mener det er mest hensiktsmessig at etatene deler oppgavene seg i mellom og løser hver sine, dette krever mindre møter og vil derfor spare tid. Dette bygger på en tanke om at pasientens behov kan deles opp og ivaretas hver for seg.

Samarbeid med fokus på ansvar for ”hver sine” var mest tydelig ved sykehuset og hos fastlegen. Tema i samarbeidet blir da, ”når kan neste etat ta i mot pasienten?” Utforming av innholdet i tilbudet overlates her til den etat som for tiden har pasienten registrert hos seg. Sykehuset vektlegger ”ansvar for hver sine” som samarbeidsformen mellom seg og kommunen / DPS, men de mener det vil være hensiktsmessig om kommunen og DPS tar et felles ansvar for pasienter utenfor sykehus, dette vil da ha karakter av samarbeid som felles problemløsning.

10.2 Hvordan forklare situasjonen i den faglige grenseflate?

Det er her vist hvordan etatene vektlegger ulike arbeidsmetoder i samarbeid mellom etatene, og hvordan de har ulike forståelse av hva samarbeid bør være. Sykehuset og fastlegen legger mest vekt på samarbeid som informasjonsformidling med deling av oppgaver, mens kommunens psykiatritjeneste og DPS legger mest vekt på samarbeid som felles problemløsning. Ut i fra dette fremstår den faglige grenseflate med logikker som kolliderer.

DPS og kommunens syn på samarbeid har trekk av en sosialfaglig logikk (Berg 1989) med vekt på å se pasienten som en helhet, med lite dekomponering og langtidsperspektiv. De søker etter løsninger og behandling i miljøet rundt pasienten, og vektlegger muligheten for fleksibilitet slik at tilbudet kan tilpasses den enkelte pasient. Denne fleksibilitet krever uklar jurisdiksjon (Erichsen 1996) og flat struktur slik at den som utøver arbeidet kan gjøre de nødvendige tilpasninger i tilbudet.

Sykehuset sitt syn på samarbeid har mer trekk av en medisinskfaglig logikk (Berg 1989). De ser på pasienten og miljøet som en rekke interagerende variabler som kan behandles hver for seg. Dekomponering støttes av korttidsperspektivet i sykehuset, der pasientens kortsiktige behov kan behandles av sykehuset, mens de langsiktige behovene kan behandles i DPS og kommunen. Deling av oppgaver og ansvar slik den medisinske logikken bygger på, krever klare jurisdiksjoner (Abbott 1988), og støttes for øvrig av den hierarkiske strukturen som fagfolkene i sykehuset har organisert sin virksomhet etter.

Etatenes ulike perspektiver / arbeidsmetoder medfører at det skapes feilaktige forventninger hos de ulike etatene, dette vil påvirke forutsetningene for koordinering og samarbeid i den faglige grenseflate. Ut i fra dette er det ulike faglige logikker i grenseflaten som kolliderer med hverandre. Aktørene har ulike meninger om hva samarbeid er, og bør være, og på grunnlag av det har de forventninger til hverandre som ikke er sammenfallende. Spørsmål om oppgaver og ansvar skal deles og ivaretas av enkelt etater, eller løses i fellesskap, preger den faglige grenseflate, og bidrar til motsetninger.

Ut i fra et rasjonelt perspektiv er koordinering og samarbeid mellom etatene styrt av aktuelle reformer og offentlige føringer. Aktuelle reformer for den faglige grenseflate er Pasientrettighetsloven og Opptrappingsplanen. Rasjonale for opptrappingsplanen og pasientrettighetsloven i forhold til den faglige grenseflate er pasientens rett til helhetlige tjenester og medvirkning, og helsepersonelss plikt til å tilby dette. Både kommunen og DPS beskriver dette som sentrale verdier i sin virksomhet. Sykehuset legger større vekt på pasientenes rett til helsehjelp. Dette medførte at de opplever det som aller viktigst å ”rydde” plass til nye pasienter med rett til helsehjelp.

For å belyse og forklare disse motsetningene ytterligere vil det også her bli brukt et institusjonelt perspektiv med fokus på normer og verdier. Ut i fra dette perspektiv vil en forvente at koordinering og samarbeid er styrt av den faglige praksis og de faglige holdninger som er innarbeidet i den enkelte etat. En vil videre forvente at etatenes etablerte faglige perspektiver vil være styrende i møte med nye reformer. Endringer vil ut i fra dette preges av forsiktig tilpasning heller enn drastiske omveltninger.

Etatenes syn på hvordan samarbeid bør utøves varierte. Analysen vil ta utgangspunkt i to spørsmål;

- Hvorfor mener kommunen og DPS at godt samarbeid er å løse problemene i fellesskap?
- Hvorfor vektlegger sykehuset og fastlegen samarbeid som informasjonsformidling og deling av oppgaver?

Hvorfor mener kommunen og DPS at godt samarbeid er å løse problemene i fellesskap?

Informantene både i kommunen og DPS er tydelige på at godt samarbeid, det er å løse oppgaver og problemer i fellesskap. De mener alle må se på hele pasienten, da pasienten er et hele, med behov som ikke kan ivaretas stykkevis og delt. Dette påvirker forutsetningene i den faglige grenseflate. Utgangspunktet i analysen vil også her være koblingen mellom etatenes situasjon, deres formelle og uformelle regler og deres identitet, i den faglige grenseflate.

Kommunen og DPS er på flere måter i samme situasjon, ikke bare i forhold til funksjon som vist i forrige kapittel men også i forhold til fag. For det første har de et felles langtidsperspektiv når de

skal bidra til at mennesker med psykiske lidelser som har bodd lenge på institusjon kan få flytte i egen bolig i kommunen. De to etatene har også faste fellesfora der de diskuterer pasientgruppens behov og behandling, og planlegger felles oppgaver. De har også etablert flere samarbeidsprosjekter som informanter fra begge etater beskriver som vellykkede. Et annet felles trekk er deres unge alder. Selv om de har tatt i mot mennesker med psykiske lidelser i en årrekke, har det i løpet av de siste årene utviklet seg til å bli noe mer enn det de var. De har derfor i mindre grad en sykehuset, sterke historiske tradisjoner, dette gjelder også rent faglig.

Videre har de flere fellestrekk i organiseringen av faglige aktiviteter. Både kommunen og DPS har organisert behandlerne (leger / psykologer) i egne organisatoriske strukturer, ikke hierarkisk, og i samme enhet slik som sykehuset. I hovedsak står hver yrkesutøver i kommunen og DPS i større grad selv ansvarlig for å planlegge, og iverksette egne faglige tiltak i forhold til sine pasienter. Samtidig vektlegger begge etatene nødvendigheten av å se pasienten som en helhet der de ulike delene av behandlingen ikke kan sees uavhengig av hverandre.

Både kommunen og DPS beskriver regler fra ulike reformer som styrende for sin aktivitet. De viser til at bl.a. Opptappingsplanen forutsetter at de samarbeider tett om felles oppgaver. DPS beskriver regler for samarbeidet som preges av fleksibilitet i forhold til hvem som skal ivareta de ulike oppgavene. Både DPS og kommunen beskriver arbeidsdeling mellom etatene som har trekk av uklar jurisdiksjon (Abbott 1988, Erichsen 1996), og gjensidig tilpasning (Mintzberg 1983) der de i fellesskap diskuterer seg frem til beste faglige løsning. Videre vektlegger begge etatene at det er pasientenes behov som skal være styrende for deres virksomhet, ikke hva som passer profesjoner eller organisasjonen best, eller hvordan ting pleier å være. Den faglig identiteten til kommunen og DPS, har også en rekke fellestrekk. De beskriver et langsiktig fokus i pasientbehandlingen, der pasienten må sees som en helhet, ikke stykkevis og delt. De ser videre på samarbeid som en nødvendighet, og de mener de ikke kan gjøre jobben sin uten å samarbeide med andre etater.

Ut i fra det institusjonelle perspektiv kan kommunens og DPS sitt syn på samarbeid i den faglige grenseflate, forstås ut i fra flere forhold.

For det første kan de mange fellestrekkene også i forhold til faglige forhold mellom DPS og kommunen, forstås som resultat av brobyggingsprosesser mellom disse etatene, og i deres forhold til omgivelsene (Scott 1998), slik som det også ble vist til i den funksjonelle grenseflate.

Usikkerheten som dette medfører har bidratt til en åpenhet i forhold til faglige ideer og løsninger fra hverandre, og utenfra.

Også institusjonelle forhold innad i etatene kan bidra til å forklare DPS og kommunens syn på, og praksis i forhold til samarbeid. Selv om kommunens psykiatritjeneste ikke har lange tradisjoner i dagens form, beskriver de samarbeid som en etablert verdi innad mellom kommunale instanser. De beskriver med dette et etablert institusjonelt prinsipp som har vært styrende for deres holdninger i møte med kravet om samarbeid som ligger i Opptappingsplanen.

Det er med dette høy grad av kompatibilitet mellom kommunens normer og verdier i forhold til samarbeid, og de normer og verdier som Opptappingsplanen bygger på. Dette bidrar til at kommunen tar opp i seg normer og verdier fra Opptappingsplanen.

DPS sitt syn på samarbeid som felles problemløsning kan ikke på samme måte forklares ut i fra sentrale tradisjoner og erfaringer i disse etatene. De tidligere sykehjemmene og poliklinikkene som nå er en del av DPS, var tidligere faglig underlagt sykehuset. Samarbeid som felles problemløsning var ikke en del av deres virksomhet. Kontakten med sykehuset handlet i hovedsak om overføring av pasienter og informasjon. DPS sin holdning til samarbeid kan derfor heller forklares ved den tidligere beskrevne usikkerhet, og brobygging i forhold til kommunen, samt deres ønske om legitimitet i forhold til sentrale aktører som bevilgende myndigheter, egen ledelse og pasientorganisasjoner.

Et annet forhold som kan forklare både kommunen og DPS sitt syn på samarbeid som noe en ivaretar i fellesskap, er deres opplevelse av å ikke kunne løse sine oppgaver alene. For å overleve som de etatene de mener å være, må de løse oppgavene i fellesskap. Kommunen og DPS mener å være etater som tilbyr pasienter helhetlige tjenester på brukernes premisser, det må de få til for å kunne overleve, det vil si fortsette som før.

DPS sin velvilje i forhold til samarbeid med kommunen samtidig som de ikke ser at de kan hjelpe sykehuset med å ta i mot deres ferdigbehandlede akuttprosienter kan forstås som en bufferstrategi. Det kan forstås som en frikobling mellom handlinger og normative strukturer (Mayer og Rowan 1979). De har en dominerende forestilling om at samarbeid er viktig, men har frikoblet det de gjør i møte med sykehuset, fra denne dominerende forestilling. Deres begrunnelse er at offentlige føringer først og fremst legger opp til at de skal jobbe mot kommunen.

DPS sitt fokus på at pasientens behov ikke kan deles og derfor må sees som en helhet, kan også forstås ut i fra deres historiske erfaringene, de er vant til å se pasienten som et hele. Selv om DPS er forholdsvis ny i dagens form har de en historie med fokus på langtidsperspektiv. De psykiatriske sykehjemmene hadde pasienter som tilbrakte store deler av livet på institusjon. Denne tradisjonen med å ivareta hele pasientens tilværelse, er det grunn til å anta, preger DPS sine normer og verdier. I dette ligger at de har ivaretatt behov hos pasientene både i forhold til det psykiske, fysiske og sosiale liv. Pasientene har bodd, delvis arbeidet og hatt sin fritid organisert gjennom institusjonen.

Oppsummering

Som det kommer frem her kan forhold i den faglige grenseflate på flere måter forklares på samme måte som i den funksjonelle grenseflate. Det kommer tydelig frem at fag og funksjon er tett ved sammen i disse etatene. Kommunens og DPS sitt syn på koordinering og samarbeid bygger på en felles sosialfaglig logikk, og den er annerledes enn den mer medisinske faglige logikken som kommer frem i sykehuset og hos fastlegen.

Ut i fra det institusjonelle perspektiv er det her blitt vist hvordan institusjonelle forhold i etatene er av betydning for normer og verdier i faglig grenseflate. Og gjennom det har betydning for forutsetningene i grenseflaten der etatene skal samarbeide og koordinere.

Hvorfor vektlegger sykehuset og fastlegen samarbeid som informasjonsformidling og deling av oppgaver?

Informantene i sykehuset mener at samarbeid er å hente inn og dele informasjon, samt fordele oppgaver mellom de ulike aktørene. Dette krever noe kontakt mellom etatene, og sykehuset presiserer at utover dette har de ikke tid eller anledning til å samarbeide.

Også fastlegen vektlegger informasjonsformidling og deling av oppgaver som de mest sentrale faktorene i koordinering og samarbeid mellom de aktuelle etatene.

På sykehuset er situasjonene presset. Som beskrevet tidligere har flere av korttidsavdelingene ved sykehuset i lengre tid fått pålegg fra tilsynsmyndigheter om å ikke ha korridorpasienter. Dette har vist seg vanskelig å innfri. Sykehuset har forklart dette med at de ikke i tilstrekkelig grad får skrevet ut de pasientene som er ferdigbehandlet. Antall innleggelser i sykehus har også vært økende. Sykehuset opplever derfor å måtte prioritere hvilke faglige oppgaver de skal gå inn i, og hva de må overlate til andre.

Fastlegens situasjon er preget av fastlegereformen som definerer både innhold, form og finansiering av deres tjenester. Fastlegen mener det ikke er lagt til rette for finansiering av samarbeid og koordinering, og at de derfor ikke har de beste vilkårene for å delta i slikt arbeid.

Både fastlegens og sykehusets formelle og uformelle regler gjenspeiler den medisinske logikken som har vært dominerende i sykehusutviklingen. De mener at oppgaver og ansvar skal deles mellom etatene på grunnlag av oppgaver og trekk ved klientene, klientdifferensiering (Abbott 1988). Dette mener de er beskrevet i flere offentlige dokumenter og viser til Opptrappingsplanen og Veileder om DPS. Sykehusavdelingene mener de skal ha ansvar for korttids og akuttbehandling, mens kommunen og DPS skal ta seg av behov utover dette. Fastlegereformen sier at fastlegen skal ha ansvar for planlegging og koordinering av individrettet arbeid.

Arbeidsdelingen innad i sykehuset er på flere områder klart regulert og strukturert hierarkisk. Legene og delvis psykologspesialistene har full jurisdiksjon på noen områder, og de har til en viss grad også innflytelse på andre faggrupper sin utøvelse av arbeid. Arbeidsdelingen i sykehuset har med dette trekk av flere jurisdiksjoner; underordning, intellektuell- og rådgivende jurisdiksjon (Abbott 1988). Også i arbeidsdelingen mellom sykehus og kommunen er det trekk av

intellektuell og rådgivende jurisdiksjon (Abbott 1988), ved at sykehuset har hatt en veiledningsfunksjon i forhold til kommunen.

Sykehusets identitet er formet av deres rolle som spesialisthelsetjenesten der de har større og mer spesialisert faglig kompetanse enn kommunen og DPS. Deres selvoppfattelse er også knyttet til korttidsbehandling, det er det vi kan, sier de. Pasienter som trenger langtidstilbud får derfor ikke det beste tilbudet ved disse avdelingene, mener informantene i sykehuset. Fastlegens identitet er knyttet til å bli trukket inn i pasientbehandlingen ved behov, og ivareta enkelt oppgaver som for eksempel å følge opp medisinske og psykiatriske problemstillinger.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv kan sykehusets og fastlegens syn på samarbeid som informasjons- formidling og oppgavefordeling forstås på flere måter.

Sykehusets og fastlegens holdninger kan forstås ut i fra en dominerende forestillingen i sykehuset. Det ble i sykehuset, sett på som mest hensiktsmessig at alle spesialiserer seg på sitt område. Ut i fra dette er det mest rasjonelt å dele oppgaver og ansvar mellom de ulike aktørene. Dette støttes av den medisinske logikk.

Sykehusets syn på samarbeid kan forstås som et institusjonsforsvar og et viktig bidrag i kampen for å overleve (Christensen 1997). Denne sykehusavdelingens identitet er knyttet til akutt og korttidsbehandling. Disse oppgavene må de ivareta tilfredsstillende om de skal bestå som i dag. For å kunne ivareta denne oppgaven tilfredsstillende kan de ikke ha for mange andre oppgaver, så som langtidsbehandling og rådgivning. Psykiatrien måles blant annet i hvor stor grad de bruker tvang i behandlingen og på overbelegg (kvalitetsindikatorer). For å ivareta sin identitet som en god akutt / korttidsavdeling må begge disse tall være lavest mulig, lite bruk av tvang og lite overbelegg. Begge disse forhold krever spesialkompetanse og tilstrekkelig med ressurser. På bakgrunn av dette kan sykehusets vektlegging på samarbeid som informasjonsformidling og deling av oppgaver forstås. Sett fra sykehusets side er ”deres måte” å samarbeide på mindre tidkrevende enn en rekke møter der alle sider av pasientens behandling tas opp med alle etatene tilstede (slik som kommunen og DPS ønsket). Slike møter vil ta tid fra det sykehuset mener er deres viktigste oppgaver, akutt og korttidsbehandling.

Å ivareta akuttfunksjonen tilfredsstillende vil gi økt legitimitet for sykehuset i forhold til egen ledelse, kontrollmyndigheter og bevilgende myndigheter. I og med gjentatte kritiske rapporter fra tilsynsmyndighetene, er det viktig for sykehuset å bygge opp tillit og legitimitet i forhold til omgivelsene. Dette blir sett på som viktigere enn samarbeid.

Sykehusets syn på samarbeid også forstås som en måte å beholde makt på, et institusjonsforsvar. Ved å bestemme eller anbefale hvilket tilbud pasienten skal ha i kommunen eller DPS, har sykehuset makt til å bestemme hva som skal gjøres (faglige vurderinger), og hvem som skal gjøre hva. Denne makten har sykehuset tradisjonelt hatt. Når sykehusets rolle gjennom reformene er i endring, fra å være den største og mest sentrale del av psykiatritjenesten, mot en mindre rolle i den nye psykiatrien (jmf desentralisering av tilbudene), sees her en motstand mot endring. De ønsker å beholde den makten de har hatt som spesialister ved å gi råd når de selv vurderer det nødvendig, men samtidig unngå de mer tidkrevende samarbeidsrelasjoner.

Ut i fra dette perspektivet kan fastlegens holdning forstås ut i fra etablerte institusjonelle prinsipp slik som i sykehuset. Utgangspunktet er at pasientens behov kan deles, og fastlegen har definert sitt faglige ansvar ut i fra aktuelle lover og retningslinjer. Dette bygger på tidligere praksis og den medisinske logikk som leger styrer sin aktivitet etter. Det er ikke iverksatt tilfredsstillende finansieringsordninger for samarbeid for fastlegen, mente fastlegen.

10.3 Faglig grenseflate preget av ulike logikker

Ut i fra dette ser det ut for at forutsetningene i den faglige grenseflate er preget av ulike logikker som i liten grad lar seg forene, den medisinske logikk og den sosialfaglige logikk. Den medisinske logikk bygger på deling av oppgaver mellom ulike spesialister som løser oppgavene hver for seg. Jurisdiksjonen er klar og legene står som forvaltere av en vitenskapelig basert kunnskap og praksis. Den sosialfaglige logikken bygger på lite dekomponering, den legger vekt på å forstå pasienten og hans lidelse ut i fra et mer helhetlig perspektiv, og støttes av en mer uklar jurisdiksjon der flere likeverdige aktører sammen søker å finne den beste behandling for den enkelte pasient.

Ut i fra et rasjonelt perspektiv kan Opptrappingsplanen og etablering av DPS forklare kommunens og DPS sitt syn på samarbeid som felles handlinger. Disse etatene har en praksis som er i tråd med disse reformene. Sykehusets praksis er i tråd med deler av retningslinjene som fulgte etableringen av DPS, mens fastlegenes praksis var helt i tråd med fastlegereformen.

Ut i fra et institusjonelt perspektiv er sammenhengen mellom etatens situasjon, regler og faglig identitet studert. De ulike logikkene kan da forstås med bakgrunn i etatenes ulike historie, tradisjoner og dominerende profesjoner. Sykehuset har, både faglig og organisatorisk, vært styrt av en medisinsk tradisjon med høy grad av dekomponering. Dette preger også dagens syn på samarbeid i sykehuset, da de ønsker å dele oppgavene, og ta ansvar for hver sine. Sykehusets indre struktur har tradisjonelt vært hierarkisk, og de søker også nye løsninger med trekk av dette. De ser det også slik at de som speialister skal løse oppgavene alene, slik som de har tradisjon for.

Kommunen har en mer sosialfaglig tradisjon med lite dekomponering. De har tradisjon for å søke helhetlige løsninger for pasientene utover de rent medisinske, og se pasienten i et langtidsperspektiv. Kommunen har tradisjon internt for å samarbeide i likeverdige relasjoner i flate strukturer. Dette preger kommunens faglige praksis og deres holdninger til koordinering og samarbeid også mellom etater. Dette er annerledes enn sykehusets beskrivelse av samarbeid som i større grad er preget av hierarkiske strukturer og relasjoner.

Til tross for en delvis felles historie med sykehuset, har det som kom frem i faglig grenseflate i DPS mest til felles med kommunens faglige perspektiv på koordinering og samarbeid. De ønsker lite dekomponering og mener samarbeidende aktører bør være likeverdige, og at ingen profesjoner bør ta beslutninger på vegne av andre uten å ha diskutert det i fellesskap. Denne holdningen i DPS kan forstås ut i fra deres tette samarbeid med kommunen, og deres erfaring med flate strukturer og selvstendige aktører. Legene har vært organisert utenfor og har ikke på samme måte som i sykehuset vært styrende for andre faggruppers arbeid. Deres behov for legitimitet i forhold til sentrale aktører så som bevilgende myndigheter og brukerorganisasjoner, kan også bidra til å forklare deres praksis og holdninger til samarbeid.

Fastlegen har normer og verdier som har trekk av den medisinske logikk med fokus på deling av oppgaver og ansvar, og høy grad av dekomponering. Men både fastlegen selv og informanter fra andre etater beskrev fastlegene som en lite homogen gruppe. Legene både i og utenfor sykehus, har tradisjonelt hatt full jurisdiksjon og derfor en arbeidstradisjon preget av høy grad av autonomi. Dette kan bidra til å forklare de store variasjonene i fastlegenes praksis og fortolkning av egen rolle.

De ulike faglige logikkene viser seg å være styrende for hvordan etatene ser på samarbeid og for hvordan de møter de nye reformer. Dette medfører at etatene møtes i grenseflaten med ulik forståelse av hvordan koordinering og samarbeid bør foregå. Alle etatene mener de selv har den mest rasjonelle og hensiktsmessige måten å samarbeide på. Sykehuset argumenterer med høy kvalitet på spesialisttjenester slik som reformen sier. Mens kommunen og DPS argumenterer med brukertilpasning slik at alle pasienter får et individuelt tilpasset tilbud, slik som reformene sier. Dette viser hvordan de faglige grensene kolliderer, med sykehuset og delvis fastlegen på den ene siden, og DPS og kommunen på den andre. De har forventninger til hverandre som er annerledes enn det etatene selv mener de skal bidra med. Begge grupper vil finne støtte for sine synspunkter i de nye reformene. Reformenes krav om effektivitet og kvalitet støtter opp under sykehusets og fastlegens holdninger. Mens krav om brukermedvirkning og tilbud på brukernes premisser, støtter opp under kommunens og DPS sin holdning.

11 KOORDINERING OG SAMARBEID I PSYKISK HELSEVERN

I dette kapittelet blir funnene fra de tre grenseflatene vurdert under ett og studiens problemstilling besvart. Først blir mangfoldet i grenseflatene diskutert, deretter vurderes variasjonene i grenseflatene i forhold til ulike verdier, og grad av regulering. Til sist blir forutsetningene i grenseflatene diskutert.

Problemstillingen som ble reist i begynnelsen av oppgaven var følgende;

- Hvilke faktorer er av betydning for hvordan koordinering og samarbeid mellom etatene skjer, og hvordan påvirker disse faktorene forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom offentlige etater innen psykisk helsevern?

Utgangspunktet var at det er i det komplekse samspillet mellom politiske reformer, profesjoner, fag, organisasjon og økonomi at disse forutsetningene blir skapt. Studien har identifisert og analysert intraorganisatorisk samarbeid og gjennom det søkt å belyse hvilke forutsetninger som ligger til grunn for koordinering og samarbeid mellom etater som tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser, herunder kommunens psykiatritjeneste, fastlege, DPS og psykiatrisk sykehus. Dette ble studert ved å se på den funksjonelle, faglige og økonomiske grenseflate.

Forutsetningene i grenseflaten der etatene skulle samarbeide, viste seg på den ene siden å være preget av uklarheter, forstyrrelser og kollisjoner, og på den andre siden av felles holdninger og felles praksis.

11.1 En mangfoldig grenseflate

Grenseflaten i denne studien er preget av variasjoner mellom etatene i synet på hvem som bør ha ansvar for de ulike oppgavene. Den er preget av etatenes ulike mening av hvordan arbeidet dem i mellom bør deles, og den er preget av ulike økonomiske forhold som forstyrrer både hverandre, og de faglige og funksjonelle forholdene. På den andre siden er det også en rekke likheter. DPS og kommunen har felles syn på hva samarbeid bør være, hvem som bør ha ansvar for hva, de har også flere fellestrekk i forhold til økonomi og finansiering.

For å belyse den mangfoldige grenseflaten vil først av felles holdninger og praksis bli diskutert, deretter vil funnene av uklarheter, forstyrrelser og kollisjoner bli diskutert, før sentrale faktorer i grenseflaten presenteres.

Felles holdninger og felles praksis

I samarbeidet mellom kommunen og DPS blir det beskrevet en rekke forhold som kan bidra til å skape gode forutsetninger for koordinering og samarbeid. Begge etatene mener de må samarbeide for å løse sine oppgaver, de opplever også ytre press for å samarbeide, og legger for dagen vilje til å samarbeide. Dette bidrar til at de går inn i grenseflaten med felles forventninger og felles praksis. Dette er i samsvar med forutsetningene som Weiss (1987) mener bør være tilstede for at samarbeid mellom organisasjonene skje.

Etatene mener samarbeid bør utøves ved å gå sammen om å løse felles oppgaver. Dette bygger på en sosialfaglig logikk med liten grad av dekomponering, der pasientens behov sees som en helhet. De ønsker samarbeidsrelasjoner preget av fleksibilitet og likeverdige aktører, der ingen har myndighet til å ta beslutninger på vegne av andre aktører uten å ta disse med på råd. Kommunen og DPS har også felles tidsperspektiv. De er begge opptatt av å se pasienten i et langtidsperspektiv. Dette er støttet av den sosialfaglige logikken der pasientens behov sees som en helhet.

Både deres vekt på likeverdige aktører i samarbeidsrelasjoner, og ønske om fleksibilitet støttes av den flate strukturen som finnes i begge etatene. Dette er annerledes enn i sykehuset der legene og delvis psykologene i stor grad er overordnede faglig ansvarlige i et hierarki av fagfolk. Begge etatene vektlegger også sitt samarbeid med brukerorganisasjonene. Gjennom jevnlig møter ønsker de å gi brukerne innflytelse på rutiner og praksis i psykiatritilbudet, og være lydhøre for deres synspunkter.

Dette viser at det er en rekke likheter i normer og verdier mellom DPS og kommunen. Det kan ha med flere forhold å gjøre, så som felles normer og verdier, felles ytre press, ønske om- eller press på- å være like. Studien viser at de møtes i grenseflaten med lignende forventninger og felles målsettinger for samarbeidet. De har strukturer, faglige logikker og jurisdiksjoner som bygger

opp under de samme forutsetningene, og de finner støtte for sin praksis i flere reformer. For kommunen og DPS er det flere av de samme reformene som er aktuelle.

I begge etatene preges den funksjonelle og faglige grenseflate av gjensidig tilpasning som koordineringsmekanisme, uklar jurisdiksjon, flat struktur, høy kompatibilitet, felles faglig logikk og felles tidsperspektiv. Grensene for DPS og kommunen har mest trekk av grenseflate som uregulert arena og potensiell møteplass. Dette på tross av at de har finansieringssystem som støtter opp under regulering blant annet gjennom aktivitetsbasert finansiering.

Til sammen bidrar dette til at grenseflaten mellom DPS og kommunen har gode forutsetninger for koordinering og samarbeid. De har ønske om- og vilje til- å samarbeide, og opplever også et ytre press på det å samarbeide. Dette blir i denne studien forklart både ut i fra felles normer og verdier, felles reformer og på noen områder like finansieringsordninger.

Uklarheter, forstyrrelser og kollisjoner

I grenseflaten mellom sykehuset og kommunen kommer det frem flere forhold som bidrar til å skape forutsetninger for koordinering og samarbeid preget av uklarheter, forstyrrelser og kollisjoner.

Kommunen er klar på at samarbeidet med sykehuset er viktig, men på flere måter noe vanskelig. Det kom samtidig frem i intervjuene med sykehuset at de mener samarbeidet med kommunen ikke er det mest sentrale i deres virksomhet. Ut i fra dette ligger forutsetningene i grenseflaten som springer ut av arbeidsdelingen mellom disse to etatene, på flere måter ikke ligger til rette for koordinering og samarbeid. Det kommer frem flere ulikheter mellom sykehuset og kommunen som bidrar til å belyse dette.

Kommunen ønsker at samarbeidet med sykehuset skal skje ved at de i fellesskap setter seg sammen og kommer frem til hva deres felles pasienter har behov for av tjenester både i sykehuset, og når de blir skrevet ut til kommunen. Sykehuset mener at det mest hensiktsmessige er at sykehuset og kommunen deler oppgavene seg i mellom, og hver på sin kant ivaretar disse. Kommunen mente at en slik oppdeling av oppgaver ikke kan kalles samarbeid.

Sykehusets ønsker for samarbeid med kommunen forutsetter en arbeidsdeling bygget på klare jurisdiksjoner. Kommunens syn på samarbeid forutsetter mer uklare jurisdiksjoner der aktørene er likeverdige, og der det i begrenset grad foreligger bestemmelser for hva som skal avgjøres og hvem som skal fatte beslutninger. Med dette utgangspunktet møtes kommunen og sykehuset for å koordinere og samarbeide rundt felles pasienter. Disse holdningene gjenspeiles i de to etatenes indre struktur og faglige tradisjoner. Sykehuset har tradisjon for organisasjon med hierarkiske trekk, med klare jurisdiksjoner mellom profesjonene, mens kommunen har en flatere struktur med aktører som i større grad jobber selvstendig.

Sykehusets ønske om å dele oppgaver og ansvar mellom de ulike etatene, kan også sees i sammenheng med den faglige logikken som tradisjonelt har preget sykehuset. Denne bygger på en forutsetning om at pasienters behov kan deles opp og ivaretas av ulike aktører. Dette er annerledes enn den mer sosialfaglige logikk som kommunen beskriver som forutsetningen for sin virksomhet, og som bygger på at pasientene må sees som et hele der de ulike behovene ikke kan ivaretas hver for seg. Også her møtes etatene med ulike forutsetninger. Kommunen med en forutsetning om at pasientens behov sees som en helhet, og sykehuset med en forutsetning om at det mest hensiktsmessige er å dele de ulike oppgaver og ansvar mellom etatene.

Kommunens og sykehusets ulike vurdering av dekomponering som bidrar til deres ulike vurdering av behovet for samarbeid støttes opp av deres ulike tidsperspektiv i behandlingen av pasientene. Kommunen arbeider i hovedsak etter et langtidsperspektiv, der alle sider av pasientens tilværelse blir tatt med. I et langtidsperspektiv er det vanskelig å dele pasientens behov opp etter tema eller tidsperspektiv. Sykehuset derimot arbeider etter et korttidsperspektiv der de definerer akuttfasen som sitt ansvar, og der alle pasientens behov som ikke må dekkes umiddelbart, defineres utenfor sykehusets ansvar. Dette er også tydelig i sykehusets inndeling av poster / enheter. Sykehuset har to psykiatriske akuttmottak (PAM) der alle pasienter blir innlagt for vurdering og kartlegging av behovet for helsehjelp. Vurderingen skal skje i løpet av maksimum fem dager. Ut i fra et korttidsperspektiv er dette en effektiv måte å drive psykiatrisk sykehus på. Pasientene får raskt et tilbud på rett nivå, noe som vurderes som bra både økonomisk og for pasientene. Ut i fra et langtidsperspektiv mener DPS at dette ikke er det beste løsningen, da

pasientene må forholde seg til en lang rekke av personale som bare skal behandle deler av pasientens problemer, og ikke er opptatt av eller kjenner helheten.

Også sykehusets bruk av vikarleger forutsetter høy grad av dekomponering. Utgangspunktet er at en lege kan gi tilfredsstillende behandling over kun to uker. Ut i fra den sosialfaglige logikken kan ikke behandling av pasienter med langvarige psykiske lidelser ivaretas tilfredsstillende med stadige nye behandlere. Pasienten må sees som en helhet over tid, og det må bygges relasjoner. Disse ulike forståelsene av pasienter og hva god behandling bør inneholde, kan også bidra til kollisjoner når etatene skal koordinere sine tjenester.

Finansieringsordningene for de to etatene passer ikke like godt med de faglige logikkene. Kommunen har i hovedsak aktivitetsbasert finansiering. Finansieringen støtter opp om en deling av oppgaver, altså høy grad av dekomponering. Sykehuset som i hovedsak har sin økonomi knyttet til rammefinansiering, har finansieringsordninger som skal støtte et mer helhetlig perspektiv med lite dekomponering. Men bildet er mer komplisert enn som så. Ut i fra funnene i denne studien ser det ut for at finansieringsordningen bare i noen grad er av betydning som forutsetning for koordinering og samarbeid. Institusjonelle forhold som struktur, faglig logikk og tidsperspektiv, ser ut til å være sentrale. I grenseflaten møtes ulike funksjonelle, økonomiske og faglige forhold som delvis støtter og delvis forstyrrer hverandre.

Studien viser at sammen med ulike institusjonelle forhold er også ytre press gjennom blant annet offentlige reformer og føringer, av betydning for koordinering og samarbeid. Kommunen viser til at de ikke får penger om de ikke samarbeider. De opplever et sterkt ytre press ved at deres bevilgninger er knyttet til planer og dokumentasjon på at de faktisk samarbeider. Studien viser at krav som følges av økonomiske midler kan ha effekt på hvordan etatene ser på- og praktiserer-samarbeid. Sykehuset får de samme midlene uavhengig av om de samarbeider eller ikke. Sett fra sykehusets side medfører det ekstrakostnader å samarbeide.

Et annet ytre press som kan forklare noe av forskjellene i etatenes syn på- og praksis med-koordinering og samarbeid, er deres forhold til brukerorganisasjonene. Brukerorganisasjonene er klar på at samarbeid er sentralt og nødvendig innen psykisk helsevern. Kommunen og DPS

beskriver et tett samarbeid med brukerorganisasjonene, dette gir legitimitet for disse etatene. Sykehusets informanter beskriver ikke noe lignende samarbeid. De søker ikke på samme måte legitimitet i samarbeidet. Det er derfor grunn til å anta at sykehusets informanter ikke opplever det samme ytre presset fra disse organisasjonene i forhold til samarbeid. Sykehuset har kontakt med brukerorganisasjonene. Denne kontakten foregår på klinikknivå, to nivå over sykehusinformantene i denne studien. De gav ikke inntrykk av å kjenne til den kontakten som divisjonsledelsen hadde med brukerorganisasjonene. DPS hadde også denne kontakten på avdelingsnivå i tillegg til divisjonsnivå.

Dette viser at det er en rekke forhold som bidrar til at forutsetningene for koordinering og samarbeid i grenseflaten ikke er optimale. Etatene møtes i grenseflaten med ulike forventninger og ulike målsettinger for samarbeidet. De har strukturer, faglige logikker og jurisdiksjoner som bygger opp under de ulike forutsetningene, og reformene bidrar til å komplisere bildet ytterligere. De grensene sykehuset beskriver har mest trekk av regulering. Studien viser at sykehuset heller ikke har kriteriene som Weiss mente var nødvendige for samarbeid. De opplever ikke samarbeid som nødvendig, de ser ikke samarbeid som viktig og de beskriver ikke noe ytre press på det å samarbeid.

Fastlegen og sykehuset har flere likhetstrekk i grenseflaten. Begge vektlegger behov for regulering, og beskriver en praksis som bygger på høy grad av dekomponering der fastlegen har sine klart definerte oppgaver. Fra andre aktører blir det beskrevet store variasjoner mellom fastlegene. Noen går inn i grenseflaten med vilje til å samarbeide slik kommunen og DPS ønsker, mens andre bare ønsker å motta informasjon for å kunne ivareta "sine" oppgaver, slik sykehuset mener er mest hensiktsmessig.

Sentrale faktorer i grenseflaten

Funnene i studien tyder på at de offentlige reformene bidrar til å forsterke uklarhetene, forstyrrelsen og kollisjonene i grenseflaten mellom sykehuset og de andre etatene. Informantene i alle etatene er opptatt av reformene, men bare de som støttet opp under egen praksis. Etatene viser til ulike reformer når de skal begrunne egen praksis og holdning, og mener med utgangspunkt i dette at de har den beste praksis, og den mest hensiktsmessige måten å samarbeide

på. Dette viser at reformene har slått inn i de aktuelle helseetatene, men alle sider ved reformene har ikke slått inn hos alle. Grad av kompatibilitet er styrende for hva etatene vektlegger i den enkelte reform. Reformene skal ivareta en rekke ulike forhold, og vil derfor ofte formidle tvetydige signaler. I denne studien kommer det frem at alle etatene vil finne støtte for sin praksis og sine synspunkter i reformene, selv om disse går på tvers av hverandre..

Studien viser at det er variasjoner i grenseflatene, og at noen grenseflater har bedre forutsetninger for koordinering og samarbeid så som grenseflaten mellom DPS og kommunen. Andre har mindre gode forutsetninger, så som grenseflaten mellom sykehuset og kommunen.

Studien bekrefter antakelsen om at det er i samspillet mellom organisasjon, økonomi, fag og politiske reformer at forutsetningene skapes. I hver av grenseflatene, funksjon – fag – økonomi, kommer det frem en rekke forhold som kan bidra til å belyse forutsetninger for koordinering og samarbeid i grenseflaten.

Funnene i studien tyder på at om grenseflaten som definerer etatenes koordinering og samarbeid er preget av felles normer og verdier i forhold til hva samarbeid er og hvordan det bør praktiseres, skaper det bedre forutsetninger for koordinering og samarbeid enn om grenseflate er preget av ulike normer og verdier. Studien viser at variasjoner i grenseflatene kan forstås gjennom ulike reformer og etatenes institusjonelle rammeverk. Dette viser at aktørene både styres av reformer gjennom ytre press, og hva som er akseptable løsninger ut i fra etablerte normer og verdier i etatene og grenseflatene. Rasjonaliteten for deres handlinger ligger både i etablerte normer og verdier, og i utvalgte deler av reformene.

11.2 Variasjonene i grenseflaten kan forstås som ulik grad av regulering

Et hovedtema i variasjonene i grenseflatene var i hvilken grad koordinering og samarbeid bør styres av strukturer eller regler, og i hvilken grad ansvaret for koordinering og samarbeid bør ligge hos den enkelte aktør som ut i fra egne vurderinger velger hva som bør gjøres, og hvordan det bør gjøres. Tidligere studier av koordinering viser at dette er kjernen i all koordinering (Mintzberg 1979, 1983 og Abbott 1988), dette vil derfor være tema videre i dette kapittelet.

Hvor mye regulering?

Ut i fra funnene i dennes studien kan forstyrrelser, uklarheter og kollisjoner i grenseflatene som definerer koordinering og samarbeid mellom enhetene, sees i lys av det som er en stor utfordring ved koordinering og samarbeid; i hvilken grad bør koordinering og samarbeid styres av regler og prosedyrer, og i hvilken grad bør den enkelte aktør selv styre sitt arbeid ut i fra egne vurderinger. Etatene hadde synspunkter som kan plasseres ulike steder i et kontinuum som vist under.

Figur 2 Grenseflate med ulik grad av regulering

Grenseflate preget
av regulering

Grenseflate som
potensiell møteplass

I dette kontinuumet kan sykehusets og fastlegens synspunkter på koordinering og samarbeid plasseres mot venstre da de ønsker samarbeidsrelasjoner preget av regler for deling av oppgaver. Dette krever klare jurisdiksjoner. Kommunen og DPS sine synspunkter på koordinering og samarbeid kan plasseres mot høyre da de ønsker samarbeidsrelasjoner preget av likeverdige aktører som i fellesskap utformer behandlingstilbudet til den enkelte pasient. De ønsker fleksibilitet og jurisdiksjoner som er mer åpne og derfor mer uklare.

Videre vil føringer fra ulike reformer også kunne plasseres i denne figuren med brukermedvirkning og helhetlige tjenester mot høyre da dette fordrer lite regulering og stor fleksibilitet. Krav om kvalitetssikring og styringsdata kan plasseres mot venstre da dette fordrer på forhånd definerte oppgaver som kan måles og formidles.

Studien viser at om grenseflaten har trekk av regulert arena eller om den har mest trekk av potensiell møteplass påvirkes av flere faktorer. Forhold som organisasjonens struktur, samarbeidsformer, profesjoner, fag, offentlige krav, økonomi og finansiering kan spille inn. Alle disse faktorene er med og definerer arbeidsdelingen mellom aktørene i grenseflaten, og dermed forutsetningene i grenseflaten. Et rasjonelt perspektiv kan gi forklaringskraft til funn i grenseflaten med trekk av regulert arena. Figuren under viser hvordan ulike trekk ved etatene og omgivelsene fordrer ulike trekk ved grenseflaten.

Figur 3. Trekk ved etatene og omgivelsene, og ulik grad av regulering

	Grenseflate med trekk av regulert arena	Grenseflate med trekk av potensiell møteplass
Struktur Organisasjon Samarbeidsform	Hierarki Klar jurisdiksjon	Flat struktur Uklar jurisdiksjon
Profesjon Fag	Medisinskfaglig logikk, med høy grad av dekomponering	Sosialfaglig logikk, med vekt på helhet
Økonomi Finansieringsordninger	Aktivitetsbasert Regulering, planer, rapporter	Rammebevilgninger
Reformer	Styringsdata Planer, rapporter Kvalitetssikring Beste praksis	Brukermedvirkning Helhetlige tjenester

Det er en rekke gode argumenter både for grenseflate som regulert arena og for grenseflate som potensiell møteplass. Hva som er den beste løsningen har etatene ulike meninger om. Reformene bidrar heller ikke til å tydeligere hva som er den beste løsningen. De beskriver koordinering og samarbeid både på grunnlag av regler / retningslinjer, og mer fleksible løsninger der aktørenes individuelle behov er mer styrende.

Hva ønsker reformene å ivareta med lite regulering?

Opptrappingsplanen og flere andre offentlige dokumenter²⁵ vektlegger mål om brukermedvirkning og helhetlige tjenester. De beskriver helsetjenester som skal styres av brukernes behov, og ikke av helsepersonell sine arbeidsmetoder eller funksjonsfordeling. Utgangspunktet er at pasientene ikke er en homogen gruppe, og har derfor ikke behov som kan standardiseres. Ut i fra dette skal ressursene i helsevesenet utnyttes best mulig ved at helsearbeidere vurderer hva som er nødvendig og tilstrekkelig helsetilbud til den enkelte pasient,

²⁵ Åpenhet og helhet, Pasienten først!, Fra stykkevis til helt (se ref.)

og tilby dette. Det finnes ikke standardløsninger som passer alle, og derfor må det utvikles lokale løsninger.

DPS og kommunen holder verdier som helhet og brukermedvirkning svært høyt. Dette er tydelig både i forhold til deres syn på samarbeid der de mener at alle aktører bør ta ansvar for helheten med bakgrunn i at pasientens ulike behov ikke kan sees atskilt. Videre er de opptatt av at samarbeid ikke bør styres av prosedyrer og rutiner da dette kan hindre individuelt tilpassede behandlingsopplegg for den enkelte pasient. De mener kravet om helhet og brukermedvirkning ikke kan ivaretas om pasientens behov bli delt mellom ulike etater som ikke tar et felles ansvar. DPS og kommunen viser også til offentlige retningslinjer som begrunnelse for sin holdning til koordinering og samarbeid.

Hva ønsker reformene å ivareta med regulering?

Flere reformer (bl.a. foretaksreformen og Tiltak 2003²⁶) vektlegger behovet for rapporter og styringsdata. Det blir fremholdt hvor viktig det er for effektiv planlegging at ledelse på ulike nivå får nødvendige data slik at de kan planlegge helsetjenester både økonomisk og organisatorisk. Effektiv drift av helsetjenester er et overordnet mål i flere reformer. Dette bidrar til god utnyttelse av ressurser og til at flere pasienter får et tilbud. Regulering gjennom standardisering er også nødvendig for å kvalitetssikre tilbudet. Det er et politisk mål at alle skal få de samme tilbudene uavhengig av hvor de bor. Det er også et politisk mål at tjenestene skal ha en høy kvalitet og bygge på god og riktig kunnskap. Dette krever regulering. Uklare ansvarsforhold blir også sett på som et problem innen helsevesenet. Ved å regulere virksomhetene kan ansvars plasseringen bli tydeligere, og en kan unngå problemet med at noen faller mellom flere stoler.

Sykehuset vektlegger effektivitet / styring og den beste behandling bygget på nyeste kunnskap, som sentrale verdier. Dette er tydelig gjennom deres vekt på deling av oppgaver. Gjennom å dele oppgavene mellom etatene mener sykehuset at de kan få mulighet til å gi den beste behandling til stadig nye pasienter som blir innlagt.

²⁶ Tiltakene fra evalueringsrapporten for Opptrappingsplanen for psykiatri

Sykehusets verdier bygger på ideer om at det mest effektive er oppdeling av oppgaver og spesialisering. Ut i fra sykehusets ståsted vil det si at sykehuset tar ansvar for, og behandler de akutt syke, og sender de så videre til DPS og kommunen som i fellesskap ivaretar de mer langvarige behovene. Slik sykehuset ser det, er det lite lønnsomt og lite effektivt om sykehuset må bidra med kompetanse og ressurser i forhold til pasienter som er ute av den mest akutte fasen. Ved å drive effektivt og lønnsomt vil flere pasienter få et godt tilbud, mener sykehuset. Om sykehusets personale må delta i samarbeidsmøter med andre etater vil dette gå ut over effektiviteten og den gode ressursutnyttelsen.

Ut i fra dette kommer det frem at ”verdihierarkiet” i etatene ser ulike ut men alle vektlegger sentrale verdier fra reformene. Sykehuset argumenterer for effektivitet, kvalitet og spesialisttilbud. Mens kommunen og DPS argumenterer med brukermedvirkning, helhetlig tilbud og fleksibilitet.

I denne studien ser det ut for at de dårligste forutsetningene for koordinering og samarbeid skapes når grenseflaten både har trekk av regulert arena og potensiell møteplass. Da oppstår det uklarheter, kollisjoner og forstyrrelser. Offentlige reformer bidrar til ytterligere uklarheter da de formidler uklare politiske prioriteringer.

11.3 Forutsetninger for koordinering og samarbeid

Studien viser at det er variasjoner i forutsetningene for koordinering og samarbeid mellom etater som tilbyr tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Mellom noen etater er forutsetningene bedre. Disse etatene har grenser preget av felles holdninger og felles praksis i forhold til koordinering og samarbeid. Mellom andre etater er det mindre gode forutsetninger for koordinering og samarbeid. Disse etatene har grenser preget av flere motsetninger. De har ulike meninger om hvor sentralt samarbeid er, de har ulik syn på hvordan samarbeid bør ivaretas, og de ser ulikt på hvordan oppgaver og ansvar mellom etatene bør fordeles. De har også ulike finansieringsordninger.

Variasjoner i grenseflaten kan forstås som ulike syn på i hvilken grad koordinering og samarbeid bør styres av reguleringer, og i hvilken grad det bør være opp til aktørene å velge den mest hensiktsmessige måten å samarbeide på ut i fra den enkelte situasjon. Disse to retningene blir omtalt som ”grenseflate preget av regulering” og ”grenseflate som potensiell møteplass”. Argumenter som blir brukt for regulering er kvalitetssikring, effektivitet og behovet for planer og rapporter. Det blir vist til føringer og reformer som krever bedre ressursutnyttelse og behovet for styringsdata som ble tydeligere etter foretaksreformen. Argumentene for ”grenseflate som potensiell møteplass” er den enkelte pasients rett til å ha innflytelse på egen behandling, og helsepersonell sin plikt til å tilby individuelt tilpassede tjenester. Det blir på grunnlag av dette hevdet at fleksibilitet og fravær av for mye regulering er en forutsetning for å ivareta føringene fra Opptappingsplanen og påleggene fra Pasientrettighetsloven.

Studien viser videre at argumentasjonen fra etatene bygde på ulike verdier, og at ulike verdier støtter opp under styring versus mindre styring. Det er sammenfall mellom hvilke verdier som blir holdt frem i de ulike etatene, og i hvilken grad de ønsker regulering. Verdier som kvalitetssikring, styringsdata og effektivitet blir holdt frem i de etatene som vektlegger grenseflate preget av regulering. Mens verdier som helhetlig tjenester og brukermidvirkning blir holdt frem i etatene som vektla mindre grad av regulering.

Ut i fra dette gir både et rasjonelt og et institusjonelt perspektiv forklaringskraft til funnene av de ulike verdihierarkiene i etatene. Aktørens handlinger er styrt både av reformer, og av normer og verdier i etatene. Alle verdiene beskrives også i reformen, men i alle etatene ser det ut for at de hovedsakelig tar til seg trekk fra reformene som er i samsvar med etablerte normer og verdier i etatene.

12 AVSLUTNING

Målet med studien var å øke kunnskapen om og forståelsen for hvordan helseetater koordinerer og samarbeider gjennom å se på grenseflaten som definerer koordinering og samarbeid mellom etatene. Studien tok mål av seg til å belyse forutsetningene som ligger til grunn for koordinering og samarbeid mellom offentlige etater, og forstå disse ut i fra et rasjonelt og et institusjonelt perspektiv. Studien skulle også se på hva som skjer i møte mellom etablerte prinsipper og nye reformer, der reformene ble sett på som en del av etatenes omgivelser.

I dette kapittelet vil funnene i grenseflaten mellom sykehuset, DPS og kommunen bli drøftet med utgangspunkt i den analytiske tilnærmingen som er valgt og i en større sammenheng. Deretter vil utfordringer videre og forslag til andre studier bli presentert før oppgaven avsluttes med en vurdering av studiens teoretiske tilnærmingen.

12.1 Oppsummering av funn

Utgangspunktet for studien var at det er i det komplekse samspillet mellom profesjoner, fag, økonomi og politiske reformer de aktuelle etatene skal koordinere og samarbeide. Det ble innledningsvis presentert flere forventninger ut i fra hva som hadde kommet frem i offentlige dokumenter og den offentlig debatten om temaet. Ut i fra dette kunne en i denne studien forvente å finne etater med lite fokus på koordinering og samarbeid, og med lite ytre press på å samarbeide. Det ble også skissert noen mulige årsaker til at det kunne være slik. Både økonomiske grunner og profesjonskonflikter ble innledningsvis lansert som mulige forklaringer på manglende koordinering og samarbeid.

Studien viser derimot at informantene er svært opptatt av koordinering og samarbeid, men det er variasjoner mellom etatene i synet på hvordan koordinering og samarbeid bør utøves og hva som er viktig med koordinering og samarbeid. Innad i etatene er informantene forholdsvis homogene i sine synspunkter, og det kommer ikke frem tydelige skiller mellom profesjoner. Fag viser seg likevel å være av betydning da skillelinjene mellom etatene blant annet handler om ulike faglige logikker med ulik grad av dekomponering; den medisinskfaglige logikk og den sosialfaglige logikk. Kommunen og DPS beskriver koordinering og samarbeid med utgangspunkt i sosialfaglig

logikk med vekt på helhet, fleksibilitet og likeverdige relasjoner. Mens sykehuset og fastlegen beskriver koordinering og samarbeid med trekk av medisinskfaglig logikk med vekt på høy grad av dekomponering og hierarkisk organisering av faglig ansvar.

Det er også variasjoner i organisasjonsstruktur og tidsperspektivet i etatene som kan relateres til deres ulike forståelse av koordinering og samarbeid. De etatene som har medisinskfaglig logikk, har også korttidsperspektiv og mer hierarkiske organisasjonsstrukturer. De som har en mer sosialfaglig logikk har langtidsperspektiv og en flatere organisasjonsstruktur, spesielt i forhold til fag. Det er ikke mulig ut i fra denne studien å si noe om årsak - virkning i forhold til dette, men det er grunn til å anta en sammenheng mellom disse faktorene. Studien viser også at de etatene som har en medisinskfaglig logikk beskriver grenseflate med trekk av regulering. De etatene som har en mer sosialfaglig logikk beskriver en grenseflate med trekk av potensiell møteplass.

Informantene gir uttrykk for at de er klar over motsetningene i synet på koordinering og samarbeid. Kommunen og DPS opplever denne motsetningen som et problem, men sykehuset mener det er slik det bør være. Sykehuset mener det er hensiktsmessig at kommunen og DPS har andre samarbeidsformer seg i mellom da de har mange felles oppgaver og er ment å skulle hjelpe hverandre. Alle etatene mener deres praksis i forhold til samarbeid er mest hensiktsmessig. Dette kan forstås om en sammenholder hvilke verdier som vektlegges i de ulike etatene, og hvilke verdier som blir ivaretatt i de ulike måtene å koordinere på.

Figur 4 Ulike verdier ligger til grunn for de ulike grenseflatene

	Verdier	Støtter grenseflate som regulert arena	Støtter grenseflate som potensiell møteplass
Sykehuset	Effektivitet /ressursutnyttelse	X	
	Styring / planlegging	X	
	Kvalitetssikring, standardisering	X	
DPS / kommunen	Kvalitet, individuell		X
	Helhetlige tjenester		X
	Brukermedvirkning		X

Dette er sentrale verdier innen psykisk helsevern så vel som i helsevesenet generelt. Ulike verdi hierarki bidrar til flere utfordringer i de intraorganisatoriske samarbeids-relasjonene. Studien viser at variasjonene i normer og verdier i grenseflaten kan bidra til å forklare de uklarheter, motsetninger og ulike forventninger som preger deler av grenseflaten, og bidrar til at forutsetningene for koordinering og samarbeid ikke alltid er like gode. Også i reformene fremkommer det variasjoner i prioriteringer av verdier.

12.2 Funnene i en større sammenheng

Reformer og føringer innen offentlig sektor har i økende grad fått tilført styringsprinsipper og ideer fra privat sektor (Lian 2003, Kooiman 1993, Ramsdal og Skorstad 2004, Østergren og Sahlin-Andersen 1998). Bjørkly og Wicken (2004) har knyttet begrepene governance og government (Kooiman 1993) til ulike styringsprinsipper i offentlig sektor og til grenseflate begrepet. Dette gir et interessant perspektiv til denne studien, og vil bli brukt som utgangspunkt for en avsluttende drøfting av studiens funn i en større sammenheng.

Med ”governance” kan forstås mønster som vokser ut fra styringsaktiviteter av sosiale, politiske og administrative aktører. Med ”government” kan forstås alle aktiviteter som er utført av sosiale, politiske og administrative aktører, og som kan sees på som målbevisste forsøk på å rettlede,

styre, kontrollere eller administrere sektorer eller aspekter ved samfunnet (Kooimann 1993:2). Om en søker å forenkle disse svært innholdsrike begrepene kan grenseflate som regulert arena knyttes til begrepet government, og grenseflate som potensiell møteplass gjenspeile trekk som kan knyttes til begrepet governance. Om en tar dette videre kan begrepene også knyttes opp til to hovedretninger innenfor statsvitenskapen der en studerer organisasjoner i instrumentelle og institusjonelle perspektiv. Det interessante her vil være forholdet mellom disse to styringsperspektivene.

I denne studien fremkommer sykehusets holdninger og beskrivelse av koordinering og samarbeid med trekk fra government-tradisjonen. Den bygger på at det går an å styre prosesser gjennom formelle virkemidler. Government tradisjonen blir sett på som ”enveis-trafikk” fra de som styrer ned til de som blir styrt (Kooiman 1993:4). Dette kjennetegnes av byråkratiske prinsipper med høy grad av regulering, standardisering og formalisering. Organisasjoner innenfor government-perspektivet fokuserer på formelle strukturer både i forhold til ledelse og arbeidsdeling. Igjen kan dette knyttes til trekk ved sykehuset i denne studien.

Governance tradisjonen er i større grad preget av kompleksitet, mangfold og variasjon. Organisasjonen blir oppfattet å ha uklare mål, relativt løs formell struktur, uklar teknologi og uklare produkt resultater. I denne studien beskriver dette trekk fra DPS og kommunen, med uklar jurisdiksjon, fleksibilitet og flat struktur. Governance tradisjonen blir beskrevet med toveiskommunikasjon, og bygging av nettverk mellom aktørene. Dette er også gjenkjennbare trekk fra DPS og kommunen. For disse institusjonene vil legitimitet være avgjørende da de ikke har regler som legitimerer slik som i government tradisjonen. Både kommunen og DPS er opptatt av legitimitet i forhold til hverandre, myndigheter og brukerorganisasjoner. De beskriver en rekke handlinger som kan forstås ut i fra ønske om legitimitet.

Ut i fra funnene i denne studien kan grenseflaten der etatene skal koordinere og samarbeide sees som en møteplass for etablerte og nye tradisjoner. Der sykehuset representerer det tradisjonelle med trekk fra government, mens DPS og kommunen har mer trekk av nye ideer fra privat sektor; governance-styring.

Det blir på departementshold arbeidet for at også psykiatrien skal ta i bruk innsatsstyrt finansiering (ISF). Informantene i denne studien gir ikke uttrykk for å kjenne til eller ønske denne form for finansiering. Et interessant spørsmål blir da om sykehuset kommer til å endre seg mot governance-tradisjonen, enten ved at ISF tas i bruk eller fordi ideene fra privat sektor i større grad tas inn. Eller kommer sykehuset til å holde på sine mer hierarkiske trekk, klare jurisdiksjon og mulighet for styring? Dette kan blant annet være avhengig av i hvilken grad nye problemstillinger og løsninger kan behandles i den tradisjonsstyrte og hierarkiske government tilnærmingen.

Kompleksitet, mangfold og variasjon som preger en rekke offentlige organisasjoner kan være problematisk, men det kan også skape nye muligheter i form av nye behov og ny kapasitet (Royall 1993:51). Innenfor de to nevnte retningene blir disse forholdene håndtert ulikt.

Figur 5 Kompleksitet, dynamikk og mangfoldighet (Kooimann m.fl. 1993:254)

	Government (“do it alone”-government)	Governance (“co”-arrangements)
Kompleksitet	Årsak-effekt relasjoner Unilaterale avhengigheter Inndelte enheter eller disipliner	Helhet og deler Multidimensjonale avhengigheter Handling i kommunikasjonsnettverk
Dynamikk	Lineært og forutsigbart Kontinuitet og reversibilitet Bruk av påleggsmekanismer (“feed-forward”)	Ikke-lineær og kaotiske mønstre Diskontinuitet og irreversibilitet Bruk av “feed-while” og “feed-back” mekanismer
Mangfoldighet	Tilnærming / analyse basert på gjennomsnittet Fra regler til forventninger	Situasjonsbestemt og særskilte analyser Fra forventninger til regler

Kompleksitet i en helseinstitusjon vil ut i fra government-styring bli møtt med regler og prosedyrer. Det vil bli utarbeidet regler for arbeidsdeling, oppgavene vil bli definert og ansvaret fordelt mellom ulike aktører og systemer. Dette støtter funnene fra sykehuset med tydelig jurisdiksjon og standardisering som koordineringsmekanisme i grenseflaten som regulert arena. Ut i fra governance styring derimot, vil kompleksitet bli møtt med toveiskommunikasjon og fokus på helhet ikke bare på enkelt deler. Ved å kommunisere vil en kunne ta inn flere

dimensjoner og ut i fra dette finne hensiktsmessige løsninger. Dette støtter også funnene fra DPS og kommunen der uklar jurisdiksjon og gjensidig tilpasning som koordinerings mekanisme preger grenseflaten som potensiell møteplass.

Dynamikk vil ut i fra government styring bli møtt med pålegg / ordrer. En vil søke varige enkle løsninger som ikke kan gjøres om. Ut i fra et governance –perspektiv vil dynamikk bli møtt med fleksibilitet, tilpasning og mulighet til å gjøre ting om igjen. Avgjørelsene vil være situasjonsbestemte, og vil kunne endres på grunnlag av tilbakemelding.

Mangfold vil ut i fra et government-perspektiv bli møtt med ferdige løsninger bygget på ”gjennomsnittet” eller de fleste. Forventningene vil være styrt av hva som er mulig ut i fra systemet. Dette er trekk som har vært sentrale i den tradisjonelle velferdsstaten. Ut i fra et governance perspektiv vil mangfold bli møtt med muligheter for situasjonsbestemte tilpasninger, og analyse av den enkelte. Dette er sentrale verdier i Opptappingsplanen og andre nyere dokumenter om fremtidens helsevesen.

Det er en rekke forhold som skal ivaretas i helseinstitusjoner. Hver av de omtale styringsprinsippene ivaretar ulike forhold. Styring ut i fra government-perspektivet ivaretar behovet for forutsigbarhet og planlegging gjennom standardisering og regulering. Governance-perspektivet ivaretar fleksibilitet og mulighet for innflytelse og endringer underveis. Videre ivaretar perspektivet helhet da det ikke bygger på inndeling slik som government modellen gjør. Ut i fra dette kan det være vanskelig for en av disse retningene å ivareta det mangfold av føringer som helsereformene legger opp til.

12.3 utfordringer videre

Det kan bli en utfordring fremover å finne styringsprinsipper som både ivaretar fleksibilitet og behovet for regulering. Ut i fra denne studien kan utfordringen blant annet være å få til en grenseflate med tilstrekkelig gode forutsetninger for koordinering og samarbeid på tross av ulike reformer, styringstradisjoner, faglig logikk, finansieringsordninger og ulike prioritering av verdier.

DPS og kommunen mener at sykehuset må endre seg og bli mer lik dem for at samarbeidet mellom etatene skal bli bedre. De mener sykehuset også må se helheten og være fleksible, da dette er forutsetninger for å kunne gi helhetlige og individuelt tilpassede tilbud.. Hva skjer da med effektivitet og kvalitetssikring som sykehuset mener er svært viktig, og som de ivaretar ved å spesialisere seg og ta ansvar for pasienter i akuttfasen? Problemer med koordinering og samarbeid handler om sentrale verdier innen psykisk helsevern som det kan se ut for er vanskelig å ivareta samtidig. Det handler videre om styringsstrukturer som så lang ikke har vist at de kan ivareta de ulike verdiene, og reformer som legger opp til at verdier som fleksibilitet og styring skal ivaretas samtidig.

Lojalitetskonflikter kan være en annen mulig utfordring i en grenseflate preget av uklarheter, forstyrrelser og kollisjoner. Det kan oppstå konflikter mellom den beste behandling (fag), den mest effektive løsningen (økonomi) og pasientens ønsker (brukermedvirkning). Noen informanter beskriver disse lojalitetskonflikter mellom ulike interesser. Når interessene går på tvers av hverandre, hva blir vurdert til å være viktigst; fag, økonomi eller pasientens ønsker?

Videre studier

Av dette ser vi at det en rekke temaer som kan være interessante i forhold til videre studier. For det første kan det vært interessant og gjøre en lignende studie et annet sted for å sammenligne. Kan funnene i denne studien bidra til å forklare grenseflaten i andre nettverk av helseetater? Videre utviklingen i sykehusets utvikling være interessant. Det er nå noen år siden sykehusene ble foretak, disse data fra 2004 viser at sykehuset på mange områder har behold sine tradisjonelle trekk. Kommer de til å fortsette med det?

Videre vil også ulike tilnærminger i forhold til økonomi og psykiatriske sykehus bli mer og mer interessante. Stykkprisfinansiering er bare i begrenset grad tatt i bruk i sykehusene i psykiatrien. Det er derfor grunn til å anta at presset på sykehuset i forhold til finansieringsordninger ikke har vært like stort som på DPS som har innsatsfinansierte poliklinikker. Det blir fra flere holdt jobbet for å få til stykkprisfinansiering også inne psykiatri, og det kan på grunnlag av dette være interessant å se hvordan sykehuset eventuelt kommer til å møte den utfordringen. En slik endring kanl medføre en ytre styring som sykehuset i liten grad har hatt så langt, og som i liten grad er

kompatibel med sykehusets tradisjonelle normer og verdier som bygger på medisinsk logikk og et indre hierarki.

Også møte mellom praksisfeltet og reformer kan være interessant å se nærmere på. I denne studien har det kommet frem funn som tyder på at de ulike reformene har forutsetninger som kan være vanskelige å få til samtidig. Seemann (1997) sier ut i fra sine studier i Danmark at det å leve med slike brytninger er noe av det helsepersonell må lære seg til. Hvordan møter helsepersonell kryssende forventninger?

12.4 Den teoretiske tilnærmingen i studien

I denne undersøkelsen har jeg brukt et rasjonelt perspektiv og et bredt institusjonelt perspektiv der også profesjonsteori med faglige logikker er tatt med. Det teoretiske rammeverket har vist seg å ha god forklaringskraft i forhold til studiens problemstilling.

Studien tok mål av seg til å identifisere intraorganisatorisk samarbeid mellom tre etater. Her ble Mintzbergs forståelse av koordinering brukt. Det viste seg å være et hensiktmessig redskap når koordinering og samarbeid skulle beskrives. Modellen var til god hjelp når data skulle samles inn, og det etter hvert skulle ryddes i et svært omfattende empirisk materiale. Videre har grenseflatebegrepet bidratt til å gi distanse til feltets egen logikk. Det har bidratt til å løfte fokus ut av den enkelte etat og inn på det som skjer mellom etatene når de koordinerer og samarbeider.

Det rasjonelle perspektivet var nyttig for å belyse reformene. Det bidro til å vise rasjonale bak reformene, og var nyttig i arbeidet med å søke å gjenfinne reformene i grenseflaten. Det institusjonelle rammeverket har bidratt til å gi forklaring på hvordan ulike normer og verdier i grenseflaten bidrar til å skape gode eller mindre gode forutsetninger for koordinering og samarbeid. Etatenes bakgrunn, historie og verdier påvirker deres holdninger til koordinering og samarbeid. DPS og kommunen ser på koordinering og samarbeid som svært viktig, og nødvendig å gjøre i fellesskap. Sykehuset og fastlegen mener koordinering og samarbeid handler om å dele oppgaver og formidle informasjon mellom etatene.

Ved å ta med begge disse perspektivene blir koblingen mellom etatenes institusjonelle rammeverk og reformene synliggjort. Det viser hvordan etatene i hovedsak tar inn over seg det i reformene som er kompatibelt med eksisterende normer og verdier, og hvordan etatene legger mindre vekt på de signaler og føringer som går på tvers av disse.

Teori om profesjoner med faglige logikker har vært nyttig da det viser hvordan faglige logikker er en sentral del av etatenes normative rammeverk. Og hvordan ulike faglige logikker forutsetter ulike måter å koordinere og samarbeide på, og derfor har betydning for etatenes holdninger og praksis i forhold til koordinering og samarbeid.

Jurisdiksjon ble sett på som en del av etatenes normative rammeverk. Teori om jurisdiksjoner støtter opp under Mintzbergs forståelse av koordinering, og bidrar til å belyse arbeidsdelingen som blir beskrevet av informantene. Den viser hvordan endringer i jurisdiksjoner påvirker og påvirkes av endringer i profesjoner, og hvordan jurisdiksjon er sentralt for å forstå koordinering og samarbeid i helseetater. Selv om Mintzbergs forståelse av koordinering i utgangspunktet bygger på instrumentelt perspektiv, er det hensiktsmessig og nyttig i den institusjonelle analyse. Den viser hvordan etablert praksis i forhold til koordinering og samarbeid er styrende i møte med nye reformer og føringer.

Litteraturliste

Abbott, A. (1988): *The system of Professions. An Essay om the Division of Expert Labor.* Chicago og London: The University of Chicago Press.

Alexander, J. (1982): *Theoretical Logic in Sociology.* Berkly: University of California Press

Barley S.R, Tolbert P.S. (1997): *Institutionalizations and structuration: Studying the links between action and institution.* Organization Studies 18/1:93-117

Bentsen,E., Borum,F., Erlingsdottir,G., Sahlin-Andersson,K (1999): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sunhedsvæsenet i Danmark og Sverige.* Danmark: Handelshøjskolens Forlag

Berg, Ole (1987); *Medisinens logikk.* Studier i medisins sosiologi og politikk. Universitetsforlaget. Oslo

Borum, F.,A. Westenholtz (1995); The Incorporation of Multiple Institutional Models: Organizational Field Multiplicity and the Role of Actors, i Scott W.R. og S. Christensen (Eds.) *The Institutional Construction of Organizations. Intenational and Longitudinal Studies.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Brunsson N., J.P.Olsen (1997); *The reforming Organization.* Bergen: Fagbokforlaget

Bjørkly,A. og Wicken,A (2004); *Barne- og ungdomspsykiatri i krise? En studie av grenseflaten mellom 1. og 2.linjetjenesten i barne- og ungdomspsykiatrien.* Hovedfagsoppgave Institutt for administrasjon- og organisasjonsvitenskap. Universitetet i bergen.

Christensen, T. (1997): *Virksomhetsplanlegging. Myteskaping eller instrumentell problemløsning.* Oslo. Tano

Christensen, T. og P. Lægreid (1997): Forvaltningspolitikk – mot New Public Management?” I T.Christensen og M.Egeberg (red): *Forvaltningkunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

DiMaggio, P.J., W.W. Powell (1983): *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphisme and Collective Rationality in Organization Fields*. American Sociological Review. 48: 147-60

Erichsen, V. (1995): *Health care reform in Norway: The end of profession state?* Journal of Health Politics, Policy and Law, Fall 95

Erichsen, V. (1996); *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Bergen: Tano Aschehoug

Eriksen, E.O. (1999); *Kommunikativ ledelse: om verdier og styring i offentlig sektor*. Bergen – Sandviken: Fagbokforlaget

Fayol (1950); *General and Industrial management*. London: Pitman

Grønmo, S. (1996): Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen i Holter og Kalleberg (red): *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*. Oslo: Universitetsforlaget

Hall, R., m.fl. (1977): *Patterns of Interorganizational Relationships*. Administrative Science Quarterly, Vol. 22, s. 457 -474.

Halvorsen, K. (1996); Samfunnsstyring og sosial ingeniørkunst i V. Erichsen *Profesjonsmakt. På sporet av en helsepolitisk tradisjon*. Bergen: Tano Aschehoug

Halvorsen, T. (1995); *Sektorinteresser eller profesjonssystem?* Senter for teknologi og menneskelige verdier, Universitetet i Oslo

Hellevik, O. (1997): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. 5. utg.*
Oslo: Universitetsforlaget.

Horngren,C., Foster, G., Datar,S. (2003): *Cost accounting: a managerial emphasis 11th.ed.*
Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.

Holme, I. og Solvang, B. (1991): *Metodevalg og metodebruk.* Oslo: Tano

Huges, Owen E.(1998): *Public management and administration.* Basingstoke: Macmillan

Jacobsen, D.I. (2004): Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I P.Repstad (red): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis.* Oslo: Tano

Knudsen, H. (2004): Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser". I P.Repstad (red.):
Dugnadsånd og forsvarsverker. Oslo: Tano

Krasner (1988): *Sovereignty. An Institutional Perspective.* Comparative Political Studies, 21
(1):66-94

Lichtwarck, W. (1997): Når systemene møtes. I R.Lyngstad, A.M. Støkken og W.Lichtwarck
(red.): *Kommunen som velferdsyter.* Oslo: Universitetsforlaget.

Lian, Olaug red.(1996); *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys.* Oslo: Tano Aschehoug

Lian, Olaug S. (2003): *Når helse blir en vare.* Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lichtwarck, W. (1997): Når systemene møtes i Lyngstad, Støkken og Lichtwarck *Kommunen som velferdsyter.* Universitetsforlaget. Oslo

Løchen, Y, (1996): Drivkreftene bak helsetjenestens utvikling i Lian.O, (red.) *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys.* Tano Aschehoug. Pensumtjeneste. Oslo.

March, J.G., J.P. Olsen (1989): *Rediscovering Institutions. The organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press

March, J.G., J.P. Olsen (1995): *Democratic Governance*. New York: The Free Press

Meyer, J.W, Rowan, B. (1977): *Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony*. American Journal of Sociology 16: 340-363

Mintzberg, H. (1979): *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs USA: Prentice-Hall

Mintzberg, H. (1983): *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall

Mintzberg, H. (1989): *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. New York: Free Press

Müllern, T., Østergren, K. (1995): *Lärandekulturer*. Umeå Universitets tryckeri

Nielsen, J.C. og P. Repstad, (2004): *Fra nærhet til distanse og tilbake igjen*. I Repstad (2004) *Dugnadsånd og forsvarsverk – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo. Universitetsforlaget

Nordby, T. (1993): *Det offentlige helsevesenet – en fagstyrets høyborg*. I: T. Nordby (red.): *Arbeiderpartiet og planstyret 1945 – 1964*. Oslo: Universitetsforlaget

Nylehn, Børre (1999); *Organisasjon og ledelse. En innføring*. Oslo: Kolle forlag

Oliver, C. (1991): *Strategic responses to institutional processes*, Academy of Management Review 16/1: 145-179

Pettersen, I.J., T. Bjørnenak (2003): *Helse i hver krone?: om økonomisk styring i helsesektoren*. Cappelen akademiske forlag. Oslo.

Perrow, C.(1986): *Complex Organizations. A Critical Essay*. New York: Random House

Ramsdal, H og Skorstad (2004): *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget

Ramsdal, H. (1996): *Kan psykiatrien reformeres innenfra?: Evaluering av Prosjekt psykiatri*. Rapport/Høgskolen i Østfold; 1996:3. Halden: Høgskolen Østfold

Ramsdal, H (1997): Kan psykiatrien reformeres innenfra?. I R. Lyngstad, A.M. Støkken og W. Lictwarck (red.): *Kommunen som velferdsyter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Repstad, P. (1993): *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Roness, P.R. (1997): *Organisasjonsendringar. Teorier og strategier for studier av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget

Scott, W.R. (1998): *Organizations Rational, natural, and open systems*: New Jersey: Prentice-Hall

Scott, W.R. (1995): *Institutions and Organizations* . Thousand Oaks: Sage

Seemann, J (1996): *Når organisationer skal samarbejde Distrikpsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer*. København: Munksgaard

Seemann, J (1999): Netværk som forandringsstrategier og strategier I netværk, I E.Z. Berntsen, F. Borum m.fl (red.). *Når styringsambitioner møder praksis*: Denmark: Handelshøjskolens Forlag

Selznick, P. (1957): *Leadership in Administration*. New York: Harper and Row

Sheps, G.S.:(1972): *The influence of consumer sponsorship on medical services*, Millbank Memorial Fund Quarterly. No 4 Part II

Svenningsen, B.A. (1987): *Brev om forståelseskflikter i det tverretatlige samarbeid omkring unge rusmiddelmissbrukere*. Bergen: Psykiatrisk Institutt, Universitetet i Bergen

Taylor, F.W. (1911): *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper

Thompson, J.D. (1967): *Organizations in Action*. New York: McGraw-Hill.

Wadel, C. (1991): *Feltarbeid i egen kultur – en innføring i kvalitativ orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: Seek forlag

Weber, M. (1990): *Makt og Byråkrati*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag., 4. opplag.

Weiss J.A. (1987) *Pathways to Cooperation among Public Agencies* Journal of Policy Analysis and management Vol. 7.No.1.s.94-117

Whetten, D.A. (1982): “Issues in Conduction Research”. I D.L. Rogers og D.A. Whetten (eds): *Interorganizational Coordinations. Theory, Research and Implementation*. Ames: Iowa State University Press

Winkler, F (1987): *Consumerism in health care: beyond the supermarket model*. Policy and Politics Vol. 15 No.1 1-8

Yin R.K. (1994): *Case Study Research: Design and Methods*. London: Sage

Östergren, K., Sahlin-Andersson, K. (1998): *Att hantera skilda världar : läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm : Landstingsförbundet

Intervjuguide

Innledende spørsmål om informanten , etaten og brukerne

- Fortell om hvilken jobb du har / har hatt, utdanning, tidligere erfaring, etc.
- Hvilke tjenester kan dere tilbyr?
- Hvem er mottakerne av deres tjenester, fortell om de? (problemstillinger de har, tilstand dere møter de i, motivasjon hos brukerne, behov, ressurser, rolle, initiativ, kunnskap etc., hvordan omtales de)

Om koordinering og samarbeid

- Samarbeid med andre etater / instanser, hvor sentralt er det for dere og hvordan foregår det? (fortell, faste fora etc., kontaktformer, Eks.)
- Hva er det som styrer måten det skjer på, - hvem har kontroll og hvem har ansvar? (Hvilken betydning har: lover, forskrifter, - interne retningslinjer, prosedyrer, rutiner – pasienten - pasientens behov /forventninger – lederne - kolleger - holdninger - dere selv)
- Hva er utfordringen knyttet til samarbeid og koordinering? (eks.)
 - noe som gjør samarbeid /koordinering enklere og / eller vanskeligere? (praktisk, økonomisk, tradisjoner, ulike profesjoner, taushetsplikt, lederens rolle, brukerne annet, ulik status / rolle)
- Hva synes du om samarbeidet med andre etater/instanser, Erfaringer? Eksempler.
- Synes du det er variasjoner mellom etater / instanser ifht. samarbeid / koordinering og evt. hvorfor? (vilje, evne, holdninger, kunnskap, erfaring, rutiner, profesjoner)

Jeg er opptatt av om det har foregått eller foregår endringer i forhold til koordinering og samarbeid:

- Har betydningen av koordinering / samarbeid endret seg i forhold til tidligere, er koordinering mer eller mindre viktig, og evt. hvorfor?
- Har det foregått endring i; (sjekke ut om pkt. er med)
 - Organisering (DPS, annet?), oppgavene, økonomiske forhold / ressurser, brukerne (mer eller mindre behov)
 - Lover, forskrifter eller andre reguleringer? (IP, nye helselover, opptrappingsplanen for psykiatri)
 - Forventningene (fra samfunnet, myndighetene, profesjonene, andre, Blitt sterkere / svakere)
 - Brukerne, endringer i forventninger, rolle,
 - Hvilken betydning/konsekvenser har endringene hatt for dere, hva gjorde dere før, og hva gjør dere nå (eksempler)? Hva synes du om dette?

Over til Individuell plan

- Hva vet du om individuell plan? (hensikt, innhold, rettigheter, ansvar, arbeidsmetoder, koordinator,) Dine/deres erfaringer.
- Hvordan ser du på IP generelt og i forhold til den aktuelle brukergruppen? (hva er bra, mindre bra?)
- Har dere hatt interne prosesser (kurs, informasjon etc.) i forhold til forskrift om IP? (når, hvor mye og hva synes du om det, eget skjema)
- Har den hatt noen betydning for koordinering av tjenester hos dere?

Kontroll og tilsyn

- Er det noen instanser som kontrollerer / følger med i hvordan tjenestene blir koordinert? (formelle, uformelle, interne, eksterne)
- Hvordan blir evt. kontrollen utøvd, hva skjer om tjenestene ikke blir koordinert, finnes det f.eks sanksjoner av noe slag? (økonomiske, andre)
- Hvordan opplever du kontrollen og måten den blir utøvd på?

Informantene og intervjuene

Kommunen:

Koordinator for psykiatritjenesten i kommunen

Fagbakgrunn; sykepleier

Administrativ stilling

Intervju; 21.06.04 på informantens kontor

Varighet; 2 timer

I tillegg noen uformelle samtaler før og etter

Leder for psykiatritjenesten

Fagbakgrunn; sykepleier

Administrativ stilling

Intervju; 08.06.04. på informantens kontor

Varighet; 1,5 time

Psykiatrisk sykepleier

Fagbakgrunn; sykepleier

Klinisk stilling / arbeider med pasienter

Intervju; 09.06.04. på mitt kontor på sykehuset

Varighet; 1 time

Fastlege

Fagbakgrunn; lege

Klinisk stilling

Intervju; 30.09.04 på informantens kontor

Varighet; 1 time

Distiktspsykiatrisk senter (DPS)

Miljøterapeut

Fagbakgrunn; ergoterapeut

Klinisk stilling / arbeider med pasienter

Intervju; 26.08.04 på møterom på informantens arbeidssted

Varighet; ca 1 time

Behandler / faglig ansvarlig

Fagbakgrunn; psykiater

Klinisk stilling / arbeider med pasienten

Intervju; 01.10.04 på informantens kontor

Varighet; ca 1,5 time

Koordinator / behandler

Fagbakgrunn; sosionom

Klinisk stilling

Intervju; 08.09.04. på informantens kontor

Varighet ca 1,5 time

Avdelingsjef

Fagbakgrunn; sykepleier

Administrativ stilling

Intervju; 02.09.04 på informantens kontor

Varighet, ca 2 timer

Sykehus

Enhetsleder

Fagbakgrunn; sykepleier

Administrativ stilling

Intervju; 19.08.04 på informantens kontor

Varighet, ca 1 time

I tillegg noen uformelle samtaler etterpå

Miljøpersonell

Fagbakgrunn; sykepleier

Klinisk stilling

Intervju, 08.09.04 på mitt kontor på sykehuset

Varighet; ca 1 time

Behandler / faglig ansvarlig

Fagbakgrunn; psykiater

Klinisk stilling / arbeider med pasienter

Intervju, 16.09.04 på mitt kontor på sykehuset

Varighet, ca 1 time

Sosionom

Fagbakgrunn; sosionom

Klinisk stilling / arbeider med pasienter

Intervju, 20.08.04 på informantens kontor

Varighet, ca.1 time

ATM – Skriftserie

Publikasjonsliste

- 1-2008:** Rune Hallingstad: *"Regional styring i lys av foretaksorganiseringsen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF"*. April 2008
- 2 - 2008:** Sturla Herfindal: *"Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak"*. April 2008
- 3 - 2008:** Lars Bjarne Klungseth: *Accessibility, Transparency and Public Choice - A study of the free choice policy within the Norwegian specialized health care system*. April 2008
- 4- 2008:** Torgeir Sveri: *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. April 2008
- 5- 2008:** Anne – Mia Myhre: *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. April 2008
- 6- 2008:** Hege Johnson: *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* April 2008
- 7- 2008:** Kari Kjos Grendahl: *Ledelse i en endringsprosess. - En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. April 2008
- 8 - 2008:** Øyvind Jørgensen: *Etableringen av fritt sykehusvalg*. April 2008
- 9 - 2008:** Odd Rune Hegrenes: *"Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i helseforetak"* April 2008-
- 10 - 2008:** Siri Torvestad Nerheim: *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. April 2008
- 11- 2008:** Therese Svendsen: *Helseforetak og kommunikasjon - En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*. April 2008
- 12 - 2008:** Rune Nesdal Jonassen: *Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene*. April 2008
- 13 --2008:** Anbjørn Holme: *Det kommuniserende hospital. - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*. April 2008
- 14 - 2008:** Anne- Grethe Naustdal: *Sjuepleielederen sitt arbeid med kompetanseheving i sykehus : sett i lys av erfaringar med sykehusreforma*. April 2008
- 15 - 2008:** Britt V. Danielsen: *Leadership and management in nursing. Nurse managers' experiences of leadership and management following the introduction of unitary management in Norwegian public hospitals*. April 2008
- 16 - 2008:** Gunn Synnøve Dahl Reisæter: *Koordinering - Et grenseflateproblem? En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern*. April 2008
- 17 - 2008:** Anita Vikingstad: *Foretaksreformen - Katalysator, destabilisator og diktator. En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen*. April 2008

- 18 - 2008:** Elisabeth Frisvoll: *Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid - En utvikling henimot profesjonell ledelse?* April 2008
- 19 - 2008:** Monika Alvestad Reime: *Styring og identitet. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern.* April 2008
- 20 - 2008:** Robert Lohne: *"Ledelse, kommunikasjon og varsling i helseforetak"* April 2008
- 21 - 2008:** Laila Nordstrand Berg: *"Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus"* April 2008
- 22 - 2008:** Kari Ilebekk: *Helsesekretærer i klinisk virksomhet. Sørlandet sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* April 2008
- 23 - 2008:** Borgny Botnen Aakre: *Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?- En studie av Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.* April 2008
- 24 - 2008:** Margrete Langeland: *Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn? En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.* April 2008
- 25 - 2008:** Lene Susann Pilskog: *Hva skulle læres? En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.* April 2008
- 26 -2008:** Dag Olaf Torjesen: *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* April 2008

POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

**Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER