



## Det ekstra leddet?

En kvalitativ studie om samarbeidet mellom kommunal psykisk helsetjeneste og ambulerende akutteam.

**Linda Skagestad**

### **Veileder**

Heidi Esma Dahl Bønnehoff og Inger Beate Larsen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2015

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

## **FORORD.**

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lang og strevsom prosess. Ordet skrivevegring har fått en ny betydning for min del, og full forståelse for forfattere som ofte lider av det. Selve skrivingen har gått i bølgedaler, fra dyp fortvilelse til «dette var spennende». Når jeg ser tilbake så har denne tiden vært lærerik og jeg har fått satt min tålmodighet på prøve ved jevne mellomrom.

Når oppgaven nå leveres er det med lettelse men også et visst vemod. En epoke er over og en ny starter.

En stor takk til mine informanter for å dele sine erfaringer med meg i en hektisk arbeidshverdag.

Min arbeidsgiver har vært helt fantastisk og gitt meg mulighet for å kunne ta denne masterutdanningen. Det har blitt tilrettelagt for meg, noe jeg er utrolig takknemlig for. Venner og familie har støttet og oppmuntret meg gjennom hele utdanningen og har hatt tro på at dette skal jeg klare. Mitt sosiale liv det siste året har vært tilnærmet ikke eksisterende, men skal love dem alle at nå skal jeg virkelig være med igjen.

Til sist en stor takk til mine veiledere, Heidi og Inger Beate, uten dere hadde jeg ikke kommet i mål med dette prosjektet.

## **SAMMENDRAG.**

### **Bakgrunn.**

Da ambulerende akutteam (AAT) ble startet opp skulle det være et telefonnummer man ringte til for å få en vurdering av en brukers behov for innleggelse. Det har vist seg i ettertid at det ikke er slik det fungerer. Det er nedgang i antall sykehussenger og brukere skal i stedet tilbys hjemmebehandling. Etter noen års erfaring er min oppfatning at samarbeidet ikke er optimalt mellom psykiske helsearbeidere i kommunen og AAT.

### **Hensikt og problemstilling.**

Studiens hensikt er å belyse hvordan avdelingsledere i kommunal psykisk helsetjeneste opplever at samarbeidet med AAT fungerer, hva som fungerer bra og hva som fungerer mindre bra. Problemstillingen er: *Hvilke erfaringer har ledere/fagledere i kommunalt psykisk helsearbeid med samarbeidet med ambulerende akutteam?»*

### **Metode: design, utvalg og analyse.**

Det er gjort en kvalitativ studie og datainnsamlingen er gjort ved intervjuer av avdelingsledere/fagledere i kommunal psykisk helsetjeneste. Studien er gjort med inspirasjon fra hermeneutikk og fenomenologi. Datainnsamlingen er gjort ved strategisk valg av 5 avdelingsledere/fagledere i psykisk helsearbeid i kommuner som hører inn under samme AAT. 4 av informantene har mer enn 3 års erfaring, en har mindre enn et år.

### **Resultater.**

Psykisk helsearbeidere i kommunen bruker AAT når krisen er oppstått. Avdelingsledere i kommuner som ligger lengst fysisk borte fra AAT er mest fornøyde, da de jobber mer i forkant og ikke venter til krisen er oppstått. Det blir av alle informantene etterlyst en møteplass for å utveksle erfaringer og bli kjent. Erfaringene viser lite eller ingen samarbeid mellom AAT og kommunenes psykiske helsetjenester og det er uklarheter rundt ansvarsforhold og oppgavefordeling.

## **Konklusjon.**

AAT oppleves som et ekstra ledd. Det er lite eller ingen samarbeid om hjemmebehandling av brukere og uavklarte ansvarsforhold og oppgavefordeling.

**Nøkkelord:** Ambulerende akutteam, samarbeid, tverrfaglig samarbeid, roller, samhandling

## **SUMMARY**

### **Background:**

When crisis resolution team (CRT) was started up, there was meant to be a telephone number you called for an assessment of a user's need for admission. It has proved in hindsight that it is not the way it works. There is a decline in the number of hospital beds, and users should instead be offered home treatment. After a few years of experience, my view is that cooperation is not optimal between mental health workers in the municipality and CRT.

### **Resarch question and aim:**

The purpose of this study is to examine how department managers in municipal mental health experience the cooperation with CRT:» *what works well and what works less well. The issue is: What experience do managers in municipal mental health have with the cooperation of the ambulatory emergency team? «*

### **Range and method:**

It made a qualitative study and data collection is done by interviews with department managers in municipal mental health services. The study was done with inspiration from hermeneutics and phenomenology. Data collection is done by strategic choice of 5 department managers in mental health work in municipalities that fall under the same CRT. 4 informants have more than 3 years experience, one has less than a year.

**Results:**

Mental health workers in the municipality uses CRT when the crisis has occurred. Department managers in municipalities furthest physically away from CRT is most satisfied, as they work in advance and they do not wait until the crisis is occurring. All the informants expressed a wish for a meeting venue in order to exchange experiences and get to know each other. Experience shows little or no cooperation between CRT and municipal mental health services and there are ambiguities around responsibilities and task distribution.

**Conclusion:**

CRT is perceived as an additional element. There is little or no cooperation on home treatment of users and unresolved responsibilities and duties.

**Key words:**

Crisis resolution team, teamwork, interdisciplinary cooperation, roles, interaction

## INNHold

<b>1.0.</b>	<b>INTRODUKSJON</b>	<b>1</b>
1.1.	GENERELT OM TEMA	1
1.2.	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	3
1.3.	TIDLIGERE FORSKNING	5
1.4.	PROBLEMSTILLING	8
1.5.	STUDIENS HENSIKT	9
1.6.	STUDIENS BEGRENSNING	9
1.7.	BEGREPSAVKLARINGER	9
<b>2.0.</b>	<b>TEORI</b>	<b>10</b>
<b>3.0.</b>	<b>METODE</b>	<b>14</b>
3.1.	METODE FOR DATAINNSAMLING	14
3.2.	INFORMANTENE	16
3.3.	DATAMATERIALE	17
3.4.	METODE FOR ANALYSE	17
3.5.	FORFORSTÅELSE	18
3.6.	VALIDITET OG REABILITET	19
3.7.	ETISKE OVERVEIELSER	21
<b>4.0.</b>	<b>PRESENTASJON AV STUDIENS FUNN</b>	<b>22</b>
4.1.	DET EKSTRA LEDDET	22
4.1.1.	NÅR BRUKES AAT	23
4.2.	BLI HØRT OG SETT	24
4.2.1.	AVSTANDENS BETYDNING	25
4.3.	ANSVAR- OG OPPGAVEFORDELING	26
4.3.1.	«JO MERE VI ER SAMMEN»	27
4.3.2.	FORVENTNINGENE	28
<b>5.0.</b>	<b>DISKUSJON / DRØFTING</b>	<b>29</b>
5.1.	DET EKSTRA LEDDET	30
5.1.1.	NÅR BRUKES AAT	31
5.2.	BLI HØRT OG SETT	34
5.2.1	AVSTANDENS BETYDNING	36
5.3.	ANSVAR- OG OPPGAVEFORDELING	37
5.3.1	«JO MERE VI ER SAMMEN»	39

5.3.2. FORVENTNINGENE.....	40
<b>6.0. AVSLUTNING.....</b>	<b>41</b>
6.1. KONKLUSJONER.....	41
6.2. AVSLUTTENDE REFLEKSJONER.....	42

**REFERANSER / LITTERATURLISTE**

**2 VEDLEGG.**

## **1.0. INTRODUKSJON**

Denne studien handler om erfaringer avdelingsledere i kommuners psykiske helsetjeneste har med samarbeidet med ambulerende akutteam (AAT), som er en spesialisthelsetjeneste. Studien belyser et tema det foreløpig er lite forskning på, da det er forholdsvis nytt i Norge. Informantene i studien er avdelingsledere eller fagledere som har erfaring med feltet og vil bidra med sine tanker og erfaringer om samarbeidet.

I del 1 av oppgaven presenteres oppgavens tema, bakgrunn for valget og hva som er hensikten med studien. I del 2 er teorien jeg skal knyttet funnene opp mot presentert. Del 3 er metodedelen og beskrivelse av den og i del 4 kommer presentasjon av funnene. I del 5 drøftes studiens funn opp mot de valgte teorier og tidligere forskning. Jeg har der valgt å drøfte funnene hver for seg slik at det skal fremstå mere tydelig og oversiktlig. Til sist i oppgaven er konklusjon og avslutning, med en kort oppsummering.

### **1.1.GENERELT OM TEMA**

Temaet jeg har valgt handler om samarbeid mellom kommunal psykisk helsetjeneste og AAT. Temaet er valgt på bakgrunn av utfordringer som jeg ser i min arbeidshverdag med psykisk helsearbeid i en kommune. Alle brukere skal bo i sin kommune, i egne leiligheter, med tjenestetilbud fra kommunen for å klare hverdagen. I de senere årene har det vært nedgang i antall døgnplasser i sykehuset, og sentrale føringer viser til at brukere skal få bo i sin hjemkommune og få hjelpen de trenger der. Det skaper en del utfordringer for kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Kommunene skal ha gode og tilpassede tjenester gjennom døgnet, og noen er det man kaller ressurskrevende brukere, som er avhengig av tjenester gjennom store deler av døgnet. Det settes store krav til god faglighet blant personalet, og det er også kostnadskrevende for små kommuner. Samarbeid mellom ulike organisasjoner, da spesielt kommune, sykehus og DPSer, er viktig for å kunne yte gode tjenester til denne brukergruppen.



I denne oppgaven ønsker jeg å sette fokus på hvilke erfaringer som avdelingsledere / fagledere i kommunal psykisk helsetjeneste har med samarbeidet med AAT.

## HVA ER AMBULERENDE AKUTTEAM?

Definisjon av AAT er hentet fra veilederen Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) og det er en definisjon som delvis bygger på en engelsk definisjon som er gitt av ledende forskere og klinikere i England (Helsedirektoratet, 2014a): «*Ambulant akutteam er et spesialisert tverrfaglig team som har som oppgave å:*

- *vurdere pasienter som henvises med akutt krise til psykisk helsevern for akuttinnleggelse, og eventuelt for akutt hjelp uten innleggelse.*
- *Skal gi korttids hjemmebehandling i samarbeid med pasient, pårørende og andre helsetjenester i spesialisthelsetjeneste og kommune, som alternativ til akutt innleggelse i døgnenhet i psykisk helsevern.»* (Helsedirektoratet, 2014a. s. 21).

AAT ble utviklet i USA på 1970-tallet (Karlsson og Ruud, 2012). Modellen ble utviklet da det ble foretatt nedbygging i psykiatriske sykehus og psykisk helsevern skulle desentraliseres (Karlsson og Ruud, 2012). Dette har påvirket utviklingen i mange andre land, deriblant Norge. Det nasjonale helsepolitiske målet var at ambulerende akutteam eller akuttjenester skulle etableres ved alle distriktpsikiatriske sentre (DPS) innen utgangen av 2008 (Helsedirektoratet, 2014a). Dette målet ble ikke nådd, det var 61 slike team i 2012. De regionale helseforetakene har satt som mål at det skal være AAT og akuttjenester ved alle DPS i løpet av 2013 (Helsedirektoratet, 2014a). England kan vise til positive erfaringer med AAT (Onyett et al. 2006; Johnson 2007). I følge Karlsson og Ruud har regjeringen i Storbritannia gått bort fra den helseplanen som kom i 1999, som førte til at det skulle etableres 335 AAT, men at teamene fortsatt finnes over hele England (Karlsson og Ruud, 2012). Ansatte i AAT har ulike utdanninger, blant annet psykiatriske sykepleiere, psykisk helsearbeidere og psykolog. Målet er å unngå innleggelse i sykehuset, unngå bruk av tvang og at brukere får behandling i eller i nærheten av hjemmet. Teamet skal samarbeide med kommunale helse- og omsorgstjenester om å gi god behandling i hjemmet (Helsedirektoratet, 2014a).

## 1.2. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.

Bakgrunnen for valg av tema er at jeg jobber som avdelingsleder i bolig for mennesker med en alvorlig psykisk lidelse og / eller ruslidelser, og i avdeling for psykiske helsetjenester. I den forbindelse så har jeg gjort meg noen erfaringer og tanker rundt samarbeidet med AAT. Med erfaringer mener jeg kontakt jeg selv har hatt med AAT, kollegaer som har hatt kontakt og avdelingsledere i andre kommuner. Denne jobben er både spennende og utfordrende og vi samarbeider mye med andre, blant annet nav, saksbehandlere, leger og åpen omsorg. Samarbeidet gjelder også med spesialisthelsetjenesten, da ofte poliklinikk, ulike sykehusposter og DPS.

Den siste veilederen fra Helsedirektoratet, *sammen om mestring*, som kom i 2014, omhandler det kommunale psykiske helsearbeidet og sier også noe om at det bør være samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester (Helsedirektoratet, 2014b).

Veilederen, *Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*, viser til mer samarbeid mellom 1 og 2 linjetjenesten til beste for brukerne og at tjenestene skal bygges opp rundt brukerne i nærmiljøet (helsedirektoratet 2006) Denne veilederen sier også noe om at det skal være godt samarbeid mellom sykehus og kommuner og at dette forutsetter at ansvars – og oppgavefordeling er kjent. Det samsvarer med BEON prinsippet som handler om at tjenester skal gis på det beste effektive organisasjonsnivå (St.mld.nr.47, 2008-2009). Samhandlingsreformen innfører også en plikt for kommuner og sykehus til å samarbeide, dette skal gjøres gjennom samarbeidsavtaler mellom dem (St.mld.nr 47, 2008-2009). Det er også kommet en statusrapport om samhandlingsreformen pr november 2014, fra *nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen* (Helsedirektoratet, 2014c). Den peker på flere områder det må jobbes videre med, blant annet samarbeid mellom ulike nivåer og utdanningsinstitusjoner for å sikre riktig kompetanse. Den peker også på at spesialisthelsetjenesten må øke sitt bidrag til at målene med reformen nås, derav også bedre dialog med brukere og kommuner.

Min opplevelse er at mye fungerer tilfredsstillende, men noen ganger oppleves det som vi er i to forskjellige verdener. Det tror jeg handler om at man ikke helt kjenner til hverandres ansvarsområder men også at man har forskjellig lovverk å forholde seg

til. Vi som jobber i kommunal sektor kan noen ganger sitte med en følelse av at spesialisthelsetjenesten kommer med bestilling av tjenester på vegne av brukere som er innlagt hos dem. Når vi da henvender oss og spør om dette er noe brukeren selv ønsker, så er svaret noen ganger at brukeren ikke ønsker å ha tjenester. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven og skal ivaretas i alle ledd av behandlingen (Pasientrettighetsloven, 1999). Konteksten er ulik i en avdeling i spesialisthelsetjenesten, kontra å være hjemme i sin egen bolig. I tillegg jobber vi under ulike lovverk. Når en bruker er hjemme, bestemmer de selv over egen hverdag. Brukermedvirkning skal stå i sentrum og den enkelte har rett til å ta sine valg. Utgangspunktet for AAT er at brukere skal unngå å bli tvangsinnlagt i sykehuset, men i stedet få behandling i eller nær hjemmet. En tvangsinnleggelse er en stor inngripen i et menneskes liv, og skal så langt det er mulig unngås (Helsedirektoratet,2014a). Undersøkelser viser at brukere ofte ønsker hjemmebehandling og også pårørende til en viss grad (Helsedirektoratet, 2014a). Pårørende opplever noen ganger å få for mye ansvar når teamet ikke er til stede (Helsedirektoratet, 2014a). Jeg opplever at ansatte synes det kan være vanskelig å komme i kontakt med AAT, og at det ikke eksisterer noe samarbeid om behandlingen for brukerne. Min opplevelse er også at vi kan være for «selvopptatte» og tenker at det er ikke vår oppgave, i stedet for å komme i dialog til beste for brukere. Det kan handle om uklarheter i ansvarsforhold, ansvaret blir plassert hos den ene eller andre, uten at man samarbeider til beste for brukerne.

Gjennom min jobb har vi faste dialogmøter med spesialisthelsetjenesten og tilhørende kommuner to ganger i året, og der har det kommet frem både positive og negative erfaringer med AAT. I forhold til forståelsen av hva teamets oppgave er, virker det som det kan det være forskjellige oppfatninger i de ulike kommunene. Jeg tror man ikke alltid vet hva den andres oppgave er, vi vet enkelt og greit for lite om hverandre og har ulike mål. Dette vil kunne være med å påvirke samarbeidet i negativ retning. De fleste jobber med brukernes beste for øye, men om det er ulik oppfatning av hva som er best, vil det kunne være med å påvirke samarbeidet.

Når AAT kontaktes, så er min opplevelse at vi tenker at en bruker må innlegges. Kanskje er vi ikke gode nok til å være på forebyggingens side. Har ofte stilt meg selv spørsmålet, om vi kanskje venter for lenge med å opprette kontakt med teamet. Krisen er oppstått og kanskje det er uunngåelig med en innleggelse.

### 1.3.TIDLIGERE FORSKNING.

Har her valgt å dele opp i norske studier og utenlandske studier. Hovedfokuset er på de norske studier, men noen utenlandske blir også presentert.

Det er gjort lite forskning rundt akkurat dette temaet i denne oppgaven og det er relativt nytt i Norge med AAT. De første teamene kom i 1999/2000 (Ruud og Karlsen 2012). Det som finnes av forskning rundt AAT er gjort i forhold til erfaringer enkelte av teamene har gjort seg, men lite når det gjelder fokus på akkurat samarbeidet de har med ansatte i kommunens psykiske helsetjeneste. Litt forskning og evaluering er også gjort i forhold til brukere selv og pårørende. (Helsedirektoratet,2014a).

Studien *The crisis resolution team model in Norway: implementation, outcome of crisis and admissions* av Nina Hasselberg, tar for seg forskning som er gjort i England og Norge. Norge og England er de eneste landene hvor myndighetene har vedtatt at AAT skal opprettes. Studien er en del av multisentre studie for akutt psykiatri (MAP) i Norge (Hasselberg, 2012). Studien undersøker norske AAT og deres pasienter, behandlingseffekt og om mønstrene i forhold til innleggelsesraten. Resultatene fra studiene viser at AAT i Norge skiller seg ut fra det som var den opprinnelige modellen, og at det som var intensjonen med denne modellen ikke er blitt innfridd. Denne studien er relevant, fordi den gjennomgår mye av forskningen som er gjort om AAT. Konklusjonen fra denne studien viser at den norske AAT modellen ikke har implementert hele modellen fra England. Den viser også at AAT gir behandling til mennesker med depresjoner og suicidale, som ikke var målgruppen for opprettelsen av AAT. Studien anbefaler en videre forskning på implementeringen av AAT.

Akuttnettverket fikk i oppdrag å foreta en kartlegging av 56 AAT for voksne i 2013 (Ruud og Karlsson,2012). Anbefalingene som akuttnettverket kom med etter denne kartleggingen, er bearbeidet i rapporten fra helsedirektoratet om organisering og praksis i ambulante akutteam (Helsedirektoratet, 2014a). Rapporten viser at brukere ofte er fornøyde med å få akutt hjelp uten innleggelse. Det pekes på tre hovedområder brukere er mest fornøyd, det er å bli sett, unngå innleggelser som innvirker på dagliglivet og å få rask hjelp. Pårørende er mer ambivalente, da det ofte faller mer arbeid på dem. Velger å trekke frem denne rapporten fordi den sier noe om

hva det bør forskes mer på, deriblant forholdet til andre tjenester (Helsedirektoratet,2014a).

En artikkel i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 03 /2012 «skyggeregnskap» i et ambulant team, er skrevet av Synøve Rype, Bengt Karlsson og Marit Borg. Artikkelen er en del av et forskningsprosjekt «krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsearbeid». Dette forskningsprosjektet har studert hvilke typer henvendelser AAT får, hvem som blir «klient» hvor det åpnes en journal og hvor mange som blir innlagt i sykehus. Funnene viser viktigheten av rask hjelp til brukere og at hjelpen skal være lett tilgjengelig (Karlson, Rype og Borg, 2012). Studien er relevant fordi den sier noe om samarbeid med kommunal psykisk helsetjeneste når de henvender seg til AAT.

Ved en undersøkelsen gjennomført i 2010 var det bare ett AAT her i landet som hadde åpningstid døgnet rundt (Karlsson, Borg og Sjølie, 2011). Funnene fra undersøkelsen viser at på grunn av beliggenhet og lang avstand kan ikke teamene med portvaktfunksjon rykke ut og treffe brukerne. Det vil si at brukeren ikke vil få tilbud om hjemmebehandling. Undersøkelsen er relevant, fordi det blir færre og færre døgnplasser i spesialisthelsetjenesten og tilbud skal gis til brukere ute i kommunene. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal ha tilbud i hjemkommunen sin. Dette krever høy faglig kompetanse blant ansatte i kommunene samtidig med nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å gi god kvalitet på tilbudet som skal gis. På bakgrunn av det vil det være interessant å få vite mer om det eksisterende samarbeidet.

En artikkel i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2013 (4), «Samhandling mellom et distriktpsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer» er skrevet av Elstad, Steen og Larsen. Hensikten med denne studien er å bidra med kunnskap som kan fremme god samhandling mellom tjenestenivå. Funnene viser at å møtes og ha kjennskap til hverandres tjenestetilbud, har betydning for å fremme god samhandling. Undersøkelsen er relevant fordi den blant annet konkluderer med at det bør forskes mer på samhandling mellom de ulike tjenestenivåer, og funnene kan sees i sammenheng med studien jeg foretar.

Studien «ambulante akutteam i psykisk helsevern: praksis og erfaringer», er gjort av Torleif Ruud, Bengt Karlsson, Trude Kleivan og Nina Hasselberg i 2015. Målet med denne studien var å kartlegge praksis og erfaringer med AAT. Funnen i denne studien viser at samarbeid ikke fungerer optimalt, sett fra brukere, pårørende, teammedlemmer og samarbeidspartnere. Studien gir føringer på hva som bør endres og hvordan dette kan gjøres. Den tar og en kort gjennomgang i forhold til veilederen fra Helsedirektoratet, om hvilke anbefalinger og føringer som der ble gitt AAT, hvor forskerne i denne studien sier noe om hvordan de mener anbefalingene er fulgt opp. Studien er relevant, fordi den direkte omhandler forskningsspørsmålet i studien, som handler om samarbeid mellom kommunal psykisk helsetjeneste og AAT.

En forskningsrapport gjort av Sintef på oppdrag fra Helsedirektoratet (Sintef,2014) omhandler samarbeid mellom ulike aktører for mennesker med psykiske lidelser. Funnene i rapporten viser at mye kan bedres med samhandling mellom ulike tjenester, men dette må tilpasses lokale forhold. Stikkord som nevnes for bedre samarbeid er likeverd, dialog og fleksibilitet. Rapporten er relevant fordi den blant annet omhandler samarbeid mellom ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten, deriblant AAT og kommunale psykiske helsetjenester.

Forskning fra blant annet England, viser at brukerne er fornøyde med denne behandlingsformen men pårørende i litt mere varierende grad, da de føler de står alene med ansvaret. Det har vært gjort lite forskning i forhold til akkurat samarbeidet mellom kommuner og AAT, men en god del forskning i forhold til erfaringer fra brukere, pårørende og AAT.

En engelsk studie, *outcomes of crisis before and after introductions of a crisis resolutionteam* er en evalueringsstudie som har til hensikt å måle behandlingseffekten ved bruk av crisis resolution team (CRT). Resultatet fra denne viser at det kan føre til nedgang i antall innleggelses ved at brukere får rask hjelp og behandling i hjemmet i tillegg til at brukerne selv ønsker det. (Johnson et al, 2005a). Studien er relevant fordi den omhandler viktigheten av hjemmebehandling kontra innleggelse, og et av formålene med AAT er å gi hjemmebehandling til brukere for å unngå innleggelses.

En studie som henger sammen med forrige *Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study* ble

gjort for å evaluere effekten av AAT i England (Johnson et al, 2005b). Hensikten med studien var å måle om det har effekt å bruke CRT og brukertilfredsheten. Konklusjonen fra denne studien viser en nedgang i antall innleggelser ved bruk av CRT. Studien sier noe om viktigheten av rask hjelp for å unngå innleggelser i sykehus. Det er også gjort studier i andre land, blant annet USA og Australia, som omhandler brukertilfredshet og effekten det har i forhold til nedgang i antall innleggelser. Bakgrunnen for opprettelse av AAT i Norge, var gode erfaringer fra blant annet England.

En svensk studie «Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experience of working together in the interest of persons with long-term illness living in the community» omhandler samarbeid mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern i Sverige (Magnusson,A. og Lützèn,K. 2009). Studien er relevant, fordi den omhandler samarbeidet mellom ulike tjenestenivå og hovedfunnene i undersøkelsen viser til at både interne og eksterne faktorer har betydning for samarbeidet. Konklusjonen i den er at de ulike tjenestene må finne effektive måter å samarbeide på for å yte gode tjenester til brukerne.

#### **1.4. PROBLEMSTILLING.**

Når lovverk, samhandlingsreformen og helsedirektoratets veiledere for psykisk helsearbeid viser til mere og kanskje bedre samarbeid, så ønsker jeg gjennom denne studien å finne litt mere ut om hva dette samarbeidet består av og innholdet i samarbeidet. Jeg har mine erfaringer som ansatt i kommunalt psykisk helsearbeid og er nysgjerrig på å finne ut av hvilke erfaringer ansatte i andre kommuner har og hvordan det fungerer i praksis. Problemstillingen er som følger:

*«Hvilke erfaringer har ledere i kommunalt psykisk helsearbeid med samarbeidet med ambulerende akutteam?»*

### **1.5. STUDIENS HENSIKT.**

Formålet med denne studien er å finne ut hvordan samarbeidet fungerer mellom kommunens psykisk helsearbeid og AAT. AAT ble opprettet i Norge basert på en modell fra England for å unngå tvangsbruk, behandling i eget nærmiljø og å unngå innleggelse i sykehus. En artikkel jeg leste på nettsiden til Napha.no, skrevet av Cille Steinfeldt-Foss, vekket også nysgjerrigheten på å få mere kunnskap om temaet. Hun skriver i sin artikkel at det må bli tettere og mere samarbeid mellom AAT og kommunene. Hun peker på at kommuner må kontakte AAT tidligere i forløpet, og ikke vente til brukeren er i akutt krise (Steenfeldt-Foss,2014).

### **1.6. STUDIENS BEGRENSNINGER**

Innsamling av data er foretatt ved intervju med 5 avdelingsledere / fagledere i kommunenes psykiske helsetjenester. Det kan være en begrensning, da disse også har en administrativ stilling, og mindre i forhold til direkte brukerkontakt. Hensikten med denne studien er ikke generalisering, men erfaringer til den enkelte avdelingsleder / fagleder. Målet er å få brede og gode beskrivelser av opplevd samarbeid, som kan være til nytte for andre som arbeider i kommunal psykisk helsetjeneste og i AAT.

### **1.7. BEGREPSAVKLARING**

Begrepene samhandling, samarbeid, tverrfaglig samarbeid og tverrprofesjonelt samarbeid er det ingen entydige definisjoner på (Sintef, 2014). De innebærer mye av det samme, men det er allikevel nyanser som gjør dem forskjellige.

Sintef rapporten definerer samhandling til å være «*det system rettede, overordnede og langsiktige samarbeidet mellom ulike profesjoner og nivå i helsetjenesten*» (Sintef, 2014, s7).

Samarbeid defineres som «*det konkrete arbeidet rundt enkeltpasienter utført av ulike fagfolk i løpet av en definert periode*» (Sintef, 2014. s.7). Utfra disse definisjonene kan det bety at samhandling er på tjenestenivå og samarbeid individnivå.



I Sintef rapporten beskrives samhandling som et videre begrep enn samarbeid, det omhandler et styringssett som skal sørge for å smelte sammen fagkompetanse, behov og tjenester sammen. Samarbeid kan derfor defineres til å være et mer snevert begrep, som gjerne innebærer at to eller flere jobber sammen for å løse en oppgave. Som det står forklart i boka til Willumsen og Ødegård, er det mange engelske og amerikanske som bruker begrepet «collaborative practice». Dette er et begrep som er inkluderende og tar med samarbeidsrelasjoner mellom blant annet profesjoner og ikke profesjoner, men også organisasjoner, brukere og pårørende (Willumsen, Sirnes og Ødegård, 2014).

Samhandlingsreformen definerer samhandling til å være «*et uttrykk for helse-og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte*» (St.mld.47, 2008-2009, s.13).

## **2.0. TEORI**

Norske helsemyndigheter sier mye om samarbeid på tvers av tjenestenivå og samhandlingsreformen konkretiserer dette, blant annet at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner (St.mld nr.47, 2008-2009). I forhold til oppgavens tema som handler om erfaringer med samarbeidet med AAT, vil det være relevant å blant annet bruke teorier om tverrfaglig samarbeid. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i boka til Lauvås og Lauvås, tverrfaglig samarbeid, som teoretisk utgangspunkt. Kari Lauvås og Per Lauvås har sin bakgrunn innenfor pedagogikken, men har i tillegg egne erfaringer med tverrfaglig samarbeid, som foreldre til et funksjonshemmet barn. Boka omhandler forskjellige perspektiver på tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon og om tverrfaglig samarbeid i praksis. Dette har også vært relevant emner når intervjuguiden ble utarbeidet. Jeg velger å se på tverrfaglig samarbeid utfra organisasjonsperspektivet og rolle perspektivet.

Organisasjonsperspektivet omhandler organisasjoners mål, ressurser, struktur og kommunikasjonsveier og –måter (Lauvås og Lauvås, 2004). Det skilles mellom faktiske og offisielle mål. De offisielle målene er de skriftlige målene som er nedfelt i organisasjonen, ofte lite konkrete, mer formet som visjoner. De faktiske målene er profesjonenes egne mer private mål, som uformes av enkeltpersoner eller uformelle

grupper (Lauvås og Lauvås, 2004). Faktiske mål er skjulte, de viser seg i form av hva som er vektlegges i organisasjonen, hvordan arbeidet blir organisert og hva som blir prioritert eller oversett. Det handler også om kultur. Disse målene blir sjelden eksplisitt uttrykt og det kan være vanskelig å finne motsetninger i de forskjellige profesjoners mål. Når de faktiske målene ikke henger sammen med de offisielle, kan det være en fare for at behandlingen ikke blir ivaretatt på en betryggende måte (Lauvås og Lauvås, 2004). Dersom faktiske mål ikke blir tatt opp til diskusjoner og drøftinger, vil det kunne medføre at en profesjonsgruppe får økt makt og innflytelse, og setter på dagsorden hvilke verdier som er gjeldende. Begrepet makt vekker hos de fleste negative assosiasjoner. Makt knyttes til hvordan den enkelte gjennom påvirkning kan styre beslutningsprosesser til å få realisert egne mål. Å øke sin makt vil føre til økt handlefrihet for individet. Avmakt vil derimot bety at man får en innsnevring av handlefriheten (Lauvås og Lauvås, 2004). Hva som er målet vil kunne oppfattes ulikt av ulike profesjoner, men også i de ulike nivåene i organisasjonen. I en organisasjon er arbeidsmetoder og rutiner trygge for arbeidstakerne. Når nyansatte kommer blir de satt inn i disse rutinene og arbeidsoppgavene, uten at det nevnes bakgrunnen for at de er innført og hva målet er. Det er som kjent ikke god takt og tone og stille spørsmål ved eksisterende praksis (Lauvås og Lauvås, 2004). De faktiske målene blir dermed videreført, verdier, ideologi og holdninger videreføres som noe selvsagt. I alle organisasjoner finner man grupper som påvirker og styrer andre grupper i kraft av den rollen de har eller sin profesjon (Lauvås og Lauvås, 2004).

Ansatte i ulike organisasjoner har ulike roller med ulike krav og forventninger til seg. Både eksplisitte, som blant annet stillingsbeskrivelser og mål, men også implisitte som den enkelte selv kanskje ikke er klar over. Lauvås og Lauvås sier at begrepet rolle enkelt sagt kan defineres som forventninger som knyttes til en bestemt stilling eller posisjon (Lauvås og Lauvås, 2004). I forhold til samarbeid så vil uavklarte forventninger som stilles kunne påvirke samarbeidet i negativ retning.

*«I tverrfaglig samarbeid vil samarbeidspartnerne stille forventninger til hverandre om rollenes innhold og utforming, samtidig som de stiller med mer eller mindre klare forventninger til egen rolle» (Lauvås og Lauvås, 2004. s.66).*

Det er ikke ensbetydende med at disse forventningene er uttalte. Vi er ikke alltid klar over at vi stiller forventninger til egne og andres roller og hva disse forventningene

inneholder. For å få et bevisst forhold til forventninger om egne og andres roller må dette kommuniseres. Det nevnes ofte den tause kunnskap, noe som er implisitt eller innebygd. Det handler om noe vi vet, det er bygget på erfaringer, noe vi gjør uten å reflektere på hvorfor. I forhold til forventninger, så kommer de frem i lyset når man setter ord på dem.

Kommunikasjon om forventningene er en kontinuerlig prosess. Rollene kan endre seg underveis, det samme kan forventningene. I en organisasjon kommer og går personer i ulike stillinger. De har med seg sin kunnskap, erfaring og forventninger, både til egen og andres roller. Betydningen av å ha en åpen og kontinuerlig dialog vil derfor være påkrevd for at et samarbeid skal kunne fungere (Lauvås og Lauvås, 2004).

Boka som Willumsen og Ødegård er redaktører for har mange bidragsyttere, og jeg tar utgangspunkt i et par av dem, deriblant Cameron, Lart og Bostock, som skriver om hva som hemmer og fremmer helse- og sosialfaglig samarbeid (Cameron, Lart og Bostock, 2014). Det er en gjennomgang av forskning på som er gjort i Storbritannia, men funnene fra denne vil også ha betydning for norske forhold, da blant annet samhandlingsreformen viser til mere og bedre samarbeid mellom tjenestenivåene (St.mld nr. 47, 2008-2009). Når det gjelder organisatoriske forhold handler det om betydningen av og forståelse av egne roller og ansvarsforhold, men også en anerkjennelse av hverandres ansvarsområder (Cameron et al., 2014). I England førte uklarhet i dette til uhensiktsmessige henvisninger og forsinkelser i behandlingsskjeden (Cameron et al. 2014). Et av målene med AAT er å unngå tvangsinnleggelse og å gi tilbud om behandling i hjemmet, det vil derfor være relevant å se resultatene opp mot erfaringene i min undersøkelse. Å vise tillit og ha respekt for hverandre som profesjon og tjeneste har stor betydning for at et samarbeid skal fungere (Cameron et al., 2014). Men det viser også viktigheten at ansatte har forstått målet med samarbeidet (Cameron et al., 2014). Da samhandlingsreformen ble iverksatt, satte den krav til kommuner og sykehus om å inngå samarbeidsavtaler, men i disse avtalene nevnes ikke spesifikt samarbeid mellom AAT og kommunen jeg tilhører. I begge bøkene nevnes også hvilken betydning kulturer og profesjoner har for samarbeid. Cameron, Lart og Bostock nevner også at forskjeller i profesjonsfilosofi og ideologi kan påvirke samarbeidet i negativ retning, en såkalt hemmer for samarbeidet (Cameron et al. 2014). Dette

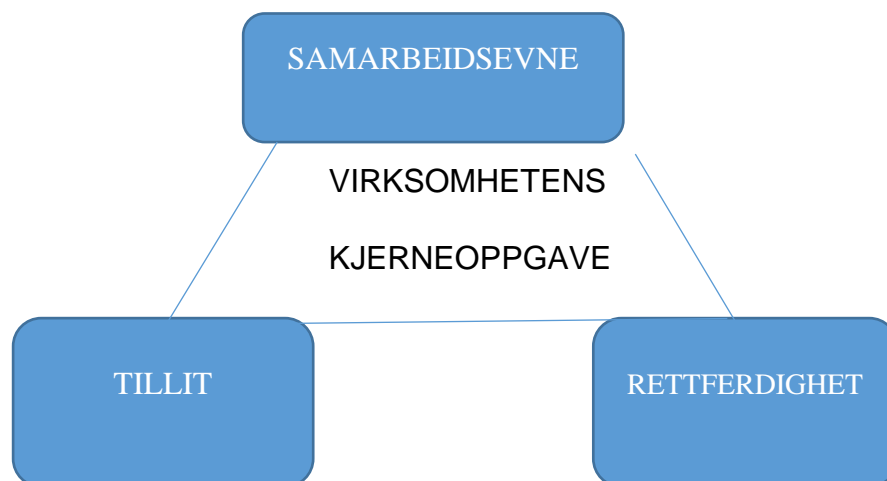
nevnes også av Lauvås og Lauvås, der ved at man blir formet i et utdanningsløp, det handler om makt, autonomi og innflytelse (Lauvås og Lauvås, 2004).

Et kapittel i boka skrevet av Arne Endresen, handler om virksomhetens sosiale kapital. Det er et perspektiv som vektlegger både kulturelle og strukturelle aspekt på tverrfaglig samarbeid (Endresen, 2014 ). Tillit og nettverk er sentrale begreper som benyttes i teorier om sosial kapital (Endresen, 2014). For å definere begrepet sosial kapital, benytter de fleste seg av Robert D. Putnams forståelse av begrepet som:

«features of social organization, such as trust, norms and networks, that can improve the efficiency and society by facilitating coordinated actions for mutual benefit» (Endresen.A, 2014, s. 254).

Dette er et begrep som består av to deler, både en strukturell del og en kulturell. Den strukturelle handler om nettverk og den kulturelle om normer og tillit (Endresen, 2014).

Følgende modell er utviklet av en gruppe danske forskere som ifølge Endresen, kalles virksomhetens sosiale kapital. Den kan illustrere hvordan tverrfaglig samarbeid kan fungerer og hvilke variabler som må være til stede. De baserer seg også på Putnams definisjon av begrepet (Endresen, 2014).



Alle tre variablene, samarbeidsevne, rettferdighet og tillit, må være til stede for å løse oppgaven ved samarbeid, med andre ord å nå målet. Når de danske forskerne

bruker begrepet rettferdighet, mener de at man ikke vil være i stand til å ta tak i det åpenbare asymmetriske maktforholdet som alltid er til stede i organisasjoner. Det kan være forholdet mellom ledere og ansatte men også mellom de ulike fagprofesjonene og ulike organisasjonsnivå. Tillit og rettferdighet danner grunnlaget for hvordan evnen er til samarbeid (Endresen, 2014). Tillit handler om forventninger man har til hverandre og gjensidighet, mens rettferdighet handler om følelser. Organisasjonens sosial kapital sier noe om evnen organisasjonen og medlemmene har til å løse en oppgave sammen, å arbeide sammen mot samme mål (Endresen, 2014). Sentralt i denne teorien er tillit. Det er flere former for tillit, jeg velger å benytte meg av filosofen Harald Grimens forståelse av begrepet. Han sier at tillit må forstås som et handlingsorientert begrep (Endresen,2014). Hans forståelse av begrepet er at vi stoler på noen med henblikk på noe, og i et tverrfaglig samarbeid vektlegges at den som gir tillit til en annen, stoler på dennes kompetanse og faglige verktøy eller metoder (Endresen, 2014). Har man ikke slik tillit, vil det være vanskelig å opparbeide gode relasjoner og å få tverrfaglig samarbeid til å fungere (Endresen, 2014).

### **3.0. METODE**

#### **3.1. METODE FOR DATAINNSAMLING**

I oppgaven har jeg valgt å bruke kvalitativ metode. Den er egnet for å få svar på mitt forskningsspørsmål som er erfarings basert (Kvale og Brinkmann,2009). Utvalget av informanter er lite og man kan gå mer i dybden for å få mer informasjon og videre og bedre beskrivelser (Kvale og Brinkmann, 2009). Min forforståelse og erfaring danner grunnlaget for denne undersøkelsen. Den har gjort meg nysgjerrig på å finne ut mer om hvordan samarbeidet fungerer og som kan være til bruk for det videre samarbeidet. Målet er ikke generalisering, men å få mere inngående kunnskap om hvordan avdelingslederne opplever samarbeidet med AAT og hvilke erfaringer de har gjort seg rundt dette temaet. I følge Malterud er målet med kvalitativ forskning å utvikle kunnskap (Malterud, 2011). Analysen skal lede frem til nye beskrivelser, begreper eller nye teoretiske modeller. Kvalitativt forskningsdesign handler om helhetsforståelsen. En kvalitativ undersøkelse vil bidra til å øke forståelsen av et tema.

I kvalitativ forskning, «er fenomenologien mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskriver verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter» (Kvale og Brinkman 2009, s 45).

Undersøkelsen jeg foretar er inspirert av fenomenologien og hermeneutikken. Fenomenologi bygger på teorier om erfaringer og hermeneutikk om fortolkninger (Kvale og Brinkmann, 2009).

I fenomenologien handler det om at mine opplevelser og tanker er mine (Hartvigsen og Kvartsøy 2012). Dette kan sees i sammenheng med den hermeneutiske sirkel i hermeneutikken. Det handler om forståelse og utvidelse av virkeligheten. I samarbeid eller fellesskap med andre så utvides vår forståelse. For å få det til må man være åpne ifølge Gadamer (Hartvigsen og Kvartsøy, 2012). Åpenhet betyr at man undrer seg over det som blir sagt og om vi har forstått det riktig. Vi forsøker å få delene til å passe sammen med helheten. Alle som har levd en stund har sine erfaringer og forforståelse. Disse er med på utvikle forståelsen, men kan også være en stengsel (Hartvigsen og Kvartsøy, 2012,). Når man hører noe nytt som ikke passer inn i forforståelsen, kan det gjøre at man avfeier dette, at det rett og slett virker helt uforståelig, det passer ikke inn i helheten.

I kvalitativ forskningsintervju skjer kunnskapsproduksjonen gjennom interaksjon mellom forsker og informanter (Kvale og Brinkmann, 2009). Intervjuet vil være en dialog mellom informantene og intervjuer, hvor det er viktig å få belyst temaet best mulig. Det vil være viktig at intervjueren har gode kunnskaper om temaet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål (Kvale og Brinkmann, 2009). Som forsker må man være bevisst dette under hele prosessen for å klare å være mer åpen for det som kommer frem under dataproduksjonen. Gadamer sier at våre for-dommer setter oss i stand til å forstå noe (Kvale og Brinkmann, 2012). Det handler om å være bevisst sin forforståelse, eller for-dom, slik at dette kommer frem under forskningens forskjellige prosesser. Å skulle være helt objektiv vil være tilnærmet umulig i kvalitativ forskning. Dette vil jeg komme tilbake til når jeg redegjør for oppgavens validitet og reliabilitet.

Datainnsamling har foregått ved at jeg har foretatt ved intervjuer. En semistrukturert intervjuguide var utarbeidet i forkant for å sikret at alle temaene ble belyst (Vedlegg 1). Målet var å få frem ulike synspunkt rundt temaet som har valgt. Gjennom intervjuet ble det stilt oppfølgingsspørsmål for å få informantene til å beskrive

hendelser litt mer utdypende. Intervjustilen er basert på en dialog som er lyttende i stil, med det menes at jeg som intervjuer måtte være åpen og lyttende til hva informantene sier for å få tak i det ny eller uventede (Kvale og Brinkmann, 2012). Å være aktivt lyttende vil si å gjenta ord som informanten bruker, som eks. *Når du sier det...forstår jeg deg rett...kan du utdype det litt mer..* Det handler om å lytte til det som blir sagt og hvordan det sies (Kvale og Brinkmann, 2012). Ved å bruke en båndopptaker kunne jeg være mer aktivt lyttende under selv intervjuet og ikke opptatt med å skrive notater.

### **3.2. INFORMANTENE**

Utvelgelse av informanter er gjort strategisk. I en kvalitativ undersøkelse er målet å få en utfyllende beskrivelse av informantene om erfaringer de har gjort seg om det valgte tema (Malterud, 2011). Utvalget som er gjort er avdelingslederne/faglederne i de ulike kommuner, i til sammen 5 kommuner. Valg av informanter er gjort på bakgrunn av det jeg ønsker å vite mere om. Jeg kjenner avdelingslederrollen og tenker derfor at de vil ha inngående kunnskap om hva som rører seg i avdelingen men også om hvilke erfaringer de selv og andre har gjort seg om samarbeidet med AAT. Målet med undersøkelsen er å få dybdekunnskap og kvalitet, få gode beskrivelser fra informantene. Det ble ikke stilt krav til antall år i avdelingsledstillingen / faglederstillingen, heller ikke hvor lenge den enkelte informant hadde jobbet i psykisk helsearbeid.

Respondentene vil være avdelingsledere / fagledere i 5 ulike norske kommuner som er tilknyttet samme AAT. De vil selv ha sin erfaring med AAT men også være kjent med erfaringer andre ansatte i sin avdeling har gjort seg. Erfaringer fra andre kommuner vil kunne bidra med innspill til hvordan de ser for seg samarbeidet videre, og kanskje litt om hvilke områder det er behov for å videreutvikle.

Avdelingslederne / faglederne som er informanter i denne studien er alle kvinner og har ulik erfaringsbakgrunn. En av informantene har kun 6 måneders erfaring i kommunen hun jobber i. De andre har erfaring i 3 år eller mer. Kommunestørrelsen hvor informantene jobber er også ulik, fra rundt 1300 innbyggere i den minste til 9000 i den største. I tillegg er avstanden fra kommunene til AAT også ulik. En av

informantene jobber i samme kommune som AAT har tilholdssted, de andre ligger lengre unna. Kommunen som er lengst unna ligger ca 50 kilometer i fra AAT.

### **3.3. DATAMATERIALE**

Datamaterialet er hentet fra intervjuer som ble gjort av 5 informanter. Alle intervjuene ble foretatt i løpet av 1.5 måned. Intervjuene ble tatt opp på diktafon for deretter å bli transkribert. Det var totalt 50 sider som ble analysert.

Alle intervjuene tok jeg opp på bånd. De 5 intervjuene ble så transkribert ordrett, med alle ord og lyder. Jeg benyttet bokmål, valgt å ikke bruke de ulike dialektene. Jeg har heller ikke tatt med det non-verbale, har ikke notert underveis i intervjuene. Min tanke ved det var å ikke ta bort fokuset fra det som ble sagt.

### **3.4. METODE FOR ANALYSE**

I denne studien er målet å få en dypere forståelse for hvilke erfaringer ansatte har gjort seg i forhold til samarbeidet med AAT. Gjennom dataanalysen vil meningsenhetene og delene føre til en utvidet helhetsforståelse for temaet jeg har valgt. Studien utvikler seg gjennom fortløpende analyse. Analysen jeg har valgt er systematiske tekstkondensering. Den er basert på Giorgis 4 trinnmodell og er modifisert av Malterud (Malterud, 2011).

#### **Trinn 1. Helhetsinntrykk**

Intervjuene ble lest flere ganger for å få et helhetsinntrykk av innholdet. Det var da noen hovedtema som var fremtredende og gikk igjen i alle intervjuene. Ut fra dette helhetsinntrykket kom jeg frem til 3 hovedtema. Disse var 1). Uklarhet i ansvar og roller. 2). Nærhet og distanse – dialogens betydning, og 3). Forventninger til AAT. Malterud sier noe om at det er en fordel om disse temaene ikke er helt like de som ble brukt i intervjuguiden (Malterud, 2011). Fant da at temaene som jeg kom frem til ikke er like de som jeg hadde i intervjuguiden

#### **Trinn 2. Meningsbærende enheter-fra tema til koder.**



Her leste jeg igjennom alle intervjuene på ny og markerte teksten med farger for å plassere den inn under de ulike temaene jeg allerede hadde kommet frem til. Hele teksten er ikke meningsbærende i denne analysemetoden, og dette er et skille fra Giorgis 4.trinns modell hvor hele teksten er definert som meningsbærende (Malterud, 2011). De delene av teksten som ikke passet inn under noen av temaene, ble her valgt bort. Gikk deretter systematisk igjennom alle fargene hver for seg og laget koder. Det kan vel sammenliknes med det som Kvale kaller meningsfortetting (Kvale og Brinkman, 2009). Kodene skal belyse problemstillingen

Trinn 3. Kondensering – fra kode til mening.

Her ble hver kodegruppe delt inn i ulike subgrupper, eller undergrupper. Til sist ble betydningen av disse sammenfattet og jeg stod igjen med noen tema som er gjennomgående i analysen. Målet er å få gode beskrivelser av disse temaene og få frem ulike aspekter ved samarbeidet. Det vil utvide forståelsen for temaet jeg har valgt og få belyst problemstillingen best mulig. Jeg har sjekket flere ganger at de beskrivelsene jeg har gjort stemmer med det informantene har sagt.

Trinn 4. Sammenfatning – beskrivelser og begreper.

Her presenteres temaene som er funnene i analysen. Noen er delt inn i undertema for å få belyst best mulig.

### **3.5. FORFORSTÅELSE**

Min forforståelse handler om at samarbeidet ikke fungerer optimalt. Litt av grunnen til det tror jeg er at vi som arbeider i kommunen vet for lite om hva målet for AAT er og motsatt. Vi kontakter AAT når en bruker er veldig dårlig, og har vel kanskje en forventning om at da skal hjelpen stå klar med en gang. Samtidig tror jeg også AAT vet for lite om kommunale tjenester til brukerne og derav ikke har så mye samarbeid til beste for brukerne. Jeg vet på forhånd litt om hva som rører seg i noen av kommunene. Men jeg vil også spørre om de gode historiene, om de gangene samarbeidet fungerte bra og som bør gjentas. Det vil være viktig for å kunne dra nytte av senere i arbeidslivet og i ulike samarbeidssituasjoner. Avdelingsledere er ikke en ensartet gruppe, og de vil ha gjort seg ulike erfaringer. På samme tid vil min erfaring og forforståelse også kunne være til hjelp i utforming av intervjuguiden. Jeg

vet litt om hva jeg ønsker å få mere kjennskap til, hvilke områder og tema i forhold til samarbeid det vil være ønskelig å vite mer om.

### **3.6. VALIDITET OG RELIABILITET**

Jeg oppdaget under intervjuene at det kunne være vanskelig å legge min forforståelse til side. En annen forsker hadde kanskje fått andre resultater, men det kan jeg ikke være helt sikker på. Det handler om fortolkningsvaliditeten, om det er intervjueren som eier meningene som kommer frem i intervjuene.

Validitet betyr gyldighet. Med det menes om metoden som brukes er egnet for å få svar på forskningsspørsmålet (Polit og Beck 2010). Forskeren undersøker feilkilder for å sjekke validiteten. (Kvale og Brinkmann 2009).

Min forforståelse har jeg vært bevisst på, og forsøkt å ikke la den være styrende for undersøkelsen. Jeg har vært bevisst på at den ikke styrte mine fortolkninger. Det ville vært enkelte å søke støtte for mine erfaringer, og tolke alt i den retning. Det vil kunne være lett å gå i den fellen, både under selve intervjuet men også når data skal analyseres og bearbeides

Den har nok vært med på å påvirke min måte å stille spørsmålene på, hvordan jeg stiller oppfølgingsspørsmål. Noen av informantene kjenner jeg også gjennom jobben min og vi har diskutert erfaringer med AAT. Dette har jeg hatt med meg når jeg skal foreta intervju og av den grunn har det vært vanskelig å ikke la dette styre min utarbeidelse av intervjuguiden. Gjennom analysen har jeg derfor være bevisst dette, forsøkt å stille meg helt åpen og nysgjerrig på teksten som kommer frem. Jeg har være bevisst dette også under transkriberingen. Valgte å gjøre den selv, da jeg fikk materialet litt mer «under huden» og en ny forståelse av det som ble sagt. Validiteten er ikke noe som jeg er gjennomgått helt til slutt i oppgaven, men har fulgt gjennom hele prosessen. Analysen er foretatt med oppgavens tema i bakhodet og problemstillingen. Ser i ettertid at jeg med fordel kunne ha startet transkriberingen etter hvert intervju, slik at jeg muligens kunne ha endret noe i min spørsmålsstilling. Med det mener jeg at jeg kunne fått andre informanter til å si noe mer om et tema jeg ønsket å utdype nærmere etter det forrige intervjuet.

Resultatene er basert på kun kommunale avdelingslederes/faglederes erfaring. For at studien skulle fått et bredere og mere helhetlig bilde på samarbeidet måtte jeg blant annet også ha intervjuet ansatte i AAT. Ser i ettertid at informantene kunne ha vært fra flere organisasjoner. Kunne tatt med informanter fra både lege og legevakt, og ansatte i AAT. Muligheten ville da vært til stede for å sammenlikne erfaringene fra de som faktisk samarbeider, og deres synspunkter som kanskje ville vært forskjellige. Leger er ofte de som kommer først i kontakt med en bruker, og som må skrive henvisninger ved innleggelser / tvangsinnleggelser. Informasjon er hentet fra intervju med 5 informanter, kanskje det kunne vært flere og at jeg da hadde sammenliknet erfaringer andre kommuner med tilhørende AAT hadde. Informantene jobber alle som avdelingsledere / fagledere i sin kommune. En annen begrensning er min erfaring som forsker. Den er liten, så kanskje jeg hadde fått bedre beskrivelser og andre beskrivelser om jeg hadde gjentatt intervjuene på et senere tidspunkt. I forhold til min opprinnelige plan som var å ta et fokusgruppeintervju, ville det kanskje også ha blitt andre resultater enn de som kommer frem i denne oppgaven. Diskusjoner og samtaler i gruppen ville kunne ført til andre vinklinger, med andre ord en bredere erfaringsutveksling. Men målet med denne studien er ikke generalisering, men erfaringer til den enkelte avdelingsleder / fagleder. Målet er å få brede og gode beskrivelser av opplevd samarbeid, som kan være til nytte for andre som arbeider i kommunal sektor og i AAT.

Når det gjelder ekstern validitet, er ikke målet generalisering, men at andre vil kunne dra nytte av studien, utvikle sin forståelse for samarbeidet mellom de to tjenestenivåene og få mer kunnskap om temaet.

Får jeg svar på de spørsmålene jeg stiller og er de relevante i forhold til valg av tema. Det må kontrolleres om informantene blir påvirket av forskeren. Validiteten kan sjekkes underveis i intervjuet med at forsker stiller oppfølgingsspørsmål, som forstår jeg deg rett når du sier....., kan du utdype dette litt mer.. Det vil være med på å øke validiteten.

Reliabilitet betyr nøyaktighet eller pålitelighet. Reliabilitet knyttes ofte til kvantitativ forskning og da til målbare variabler (Polit og Beck 2010). I kvalitativ forskning handler reliabiliteten om for eksempel resultatene kan reproduseres av andre forskere på et senere tidspunkt. Vil en informant si akkurat det samme i et senere intervju med en annen forsker? Da vil for eksempel tid komme inn som et aspekt,

informanten vil ha flere og gjerne annerledes erfaringer, så denne vil kunne svare annerledes. Samtidig vil et intervju bli bedre når en forsker bruker sin kreativitet (Kvale og Brinkmann 2009). Som forsker er man med å påvirker og blir påvirket, man kan aldri være helt objektiv eller nøytral. Jeg foretok selv intervjuene, og med liten erfaring i å intervjuer ser jeg i etterkant at jeg kanskje kunne ha stilt flere oppfølgingsspørsmål, og bedt informantene om å utdype enkelte områder bedre. Alle har sine egne erfaringer og sin for – forståelse. Jeg er ute etter erfaringene og opplevelsene til informantene, ønsker å få en mer dybdekunnskap om dette samarbeidet. Gjennom analysefasen ville kanskje en annen forsker ha funnet andre tema. For å øke reliabiliteten ser jeg i ettertid at jeg kunne ha valgt å gjøre analysen sammen med en annen forsker. I kvalitativ forskning er forskeren selv veldig delaktig gjennom hele prosessen, og har sin forforståelse med seg. Men ved å være bevisst under hele prosessen på min forforståelse og hvem jeg som forsker er, tenker jeg at reliabiliteten er høy.

### **3.7. ETISKE OVERVEIELSER**

De etiske overveielser jeg har gjort handler om informantene. De fikk tilsendt et informasjonsskriv i forkant, hvor jeg skrev om hvem jeg er og hva masteroppgaven skal handle om. Det ble sammen med informasjonsskrivet også vedlagt en samtykkeerklæring. De ble informert om at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn for det. Noen av deltakerne vet hvem jeg er og hvor jeg jobber, og har blitt informert om at de vil få en forespørsel om å delta som informanter i oppgaven. Kontaktet dem en tid etter og avtalte tidspunkt for intervju. Alle intervjuene foregikk på informantenes egen arbeidsplass.

I kvalitative intervjuer er det viktig å ivareta integriteten til de personene som intervjues både under selve intervjuet og i etterkant, når resultatene skal presenteres og fortolkes. Det er vanligvis et krav at man anonymiserer gjenkjennelige detaljer, og at man behandler sensitive opplysninger med varsomhet. I intervjuundersøkelser som omhandler sensitive temaer, er det ofte nødvendig å innhente et skriftlig informert samtykke (Fangen, 2015). Temaene i denne oppgaven omhandler ingen sensitive opplysninger. Sendte søknad til personvernombudet for forskning, norsk

samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD), men den var ikke godkjenningspliktig, da den ikke inneholder noen form for sensitive opplysninger (vedlegg 2).

Bruk av båndopptaker kan være et etisk dilemma. Jeg informerte i forkant gjennom informasjonsskrivet og før intervjuet starter. Innholdet i det jeg ønsker informasjon om er heller ikke av privat eller personlig karakter. Informantene skulle uttale seg om opplevelser og erfaringer i jobbsammenheng. Det inneholder ikke sensitive opplysninger og omhandler ikke brukere. Jeg har valgt å anonymisere slik at det ikke kommer frem i oppgaven hvilke kommuner det gjelder og heller ikke hvilket AAT de tilhører. Jeg er ute etter å få en helhetsforståelse om erfaringer de har gjort seg om samarbeidet. Alle som vil kan også få oppgaven tilsendt i etterkant om de ønsker. Det vil kunne være til hjelp for den enkelte kommune, men de kan også presentere den for AAT om de ønsker det.

#### **4.0. PRESENTASJON AV STUDIENS FUNN**

I presentasjonen av studiens funn har jeg her valgt ut 3 hovedtema, med underpunkter som beskriver innholdet i de ulike temaene.

##### **4.1. DET EKSTRA LEDDET**

Flere av intervjupersonene fortalte om det de opplevde som «det ekstra leddet». Det handlet om at det var mange instanser å forholde seg til, både for dem og brukerne, og at det kunne oppleves litt forvirrende. Da AAT startet opp ble det informert om at det var AAT som skulle kontaktes ved behov for innleggelser. I kontortid på ukedagene var det det lokale AAT som hadde ansvaret, og på kvelder, helger og høytider et annet AAT som hadde en portvaktfunksjon. Det skulle være et telefonnummer og ringe til, uansett når på døgnet det var, som ville føre til en enklere saksgang. Tidligere var det lege eller legevakt som måtte kontaktes ved innleggelser. Som det kom frem under intervjuene, så opplevdes det av noen avdelingsleder litt tungvint å først kontakte AAT for deretter å ringe lege eller legevakt. Ved innleggelser skal alltid lege skrive en henvisning. Opplevelsen til flere av informantene var derfor at AAT ble et ekstra ledd når lege likevel må kontaktes. Noen informanter fortalte de like fort kunne kontakte lege med en gang, da denne

allikevel skal kontaktes ved innleggelser. En informant stilte seg også spørsmålet om det ble forskjell i antall innleggelser om det kun er lege inne i bildet, kontra når AAT tar vurderingen. Som hun sa:

jeg tror forskjellen er at kanskje flere blir lagt inn hvis bare en lege kom...altså at de ikke er så kapable til kanskje å finne på andre løsninger..tipper jeg...hvis det er en ung lege som ikke er så vant til det..ikke sant..de er jo mer erfarne i allefall..men....jeg vet ikke om det er noen....forskjell i resultat..om de har noen statistikk på det, det vet jeg ikke

Flere av informantene fortalte at ansatte i AAT hadde god kompetanse på å gjøre vurderinger om innleggelser. Leger kunne være unge og uerfarne og så kanskje innleggelser som eneste alternativ sa en av informantene.

#### **4.1.1. Når brukes AAT**

En synlig rød tråd var i forhold til hva som ble oppfattet at AAT skulle brukes til. Informantene sa alle at det skulle brukes ved alle akutte innleggelser og tvangsinnleggelser. En informant sa:

Jeg tenker at det akuttambulerende teamet er de vi ringer til i situasjoner der det trengs innleggelse..jeg har ikke noen opplevelser av at det akuttambulante team er noen som vi jobber tett sammen med over lengre tid, og at de har noen sånn lengre forløp med seg, det er mer det der at hvis vi trenger innleggelser at vi tar kontakt.

Informantene fortalte at AAT skulle være en døråpner inn til seng i sykehuset for brukere som hadde behov for en innleggelse. De sa videre at teamet også skulle ha en veilederrolle, noen de som ansatt i kommunen kunne ringe til for å drøfte saker. Det var et team som ikke skulle inn over lengre tid, men som skulle gjøre vurderinger der og da ifølge informantene. Noen informanter tenkte også at teamet kunne brukes som en samtalepartner, noen de kunne bruke som en sparringspartner. Det ble også nevnt av en informant at teamet noen ganger hadde fulgt opp brukere over tid, men da hadde det ikke vært i samarbeid med kommunal psykisk helsetjeneste. En av informantene sa om dette at hun via en bruker fikk vite at AAT hadde oppfølging med han.

## 4.2. BLI HØRT OG SETT

Behovet for å bli hørt og tatt på alvor er til stede for oss alle. Vi har behov for at noen lytter til oss og bekrefter at de har hørt. Flere informanter beskriv et bilde av følelsen av å ikke bli tatt på alvor. Som en av informantene sa:

at ansatte hjelpepleiere som sitter og skal overprøve min faglige vurdering og behov for pasienten , så oppleves samarbeidet som dårlig fungerende og lite faglig tillitsvekkende.

Tre av informantene fortalte at ansatte hos dem stod i en situasjon som de opplevde som veldig akutt og kontaktet teamet. Som flere informantene nevnte, så var det de ansatte i kommunen som kjente brukerne veldig godt. De hadde kontaktet AAT for å få en vurdering om en bruker trengte en innleggelse. Flere informanter hadde opplevd at AAT gjorde en annen vurdering, og forventningen de hadde ble ikke innfridd. En informant beskriv det på følgende måte:

de som jobber her kjenner brukerne veldig godt og mener at dette er en innleggelse som skal bli gjort da..og da har de opplevd, hun tar ikke den beslutningen, altså den informasjonen, det endrer de til noe annet og velger å ikke legge inn pasienten for eksempel og det kan være veldig sånn, oppleves krisebetont både for pasient og for pårørende..noen ganger så har det gått bra for pasienten, noen ganger har det kun vært en utsettelse av problemet..vi hadde en forventning til at, egentlig til at i utgangspunktet at dette skulle gå..dette var inngangsport til innleggelse..og det skulle gå greit.

De ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste ventet lenge før de tok kontakt med AAT, da var det nærmest blitt krise var det en informant som sa. To av informantene mente det var god fagkunnskap i kommunene og av den grunn virket det litt underlig at «fremmede» skulle komme å gjøre en vurdering av brukeren som de like godt kunne gjøre selv. Videre sa de at kompetansen til ansatte i kommunen måtte bli tatt på alvor

To av informantene som sa de var fornøyde med samarbeidet, beskriv at for dem handlet det om at de hadde tatt en telefon, de hadde diskutert den enkelte saken, de opplevde at AAT lyttet til dem og ble tatt på alvor. En av dem sa:

de som har kommet opp er jo erfarne folk som har sett mye..sånn at da lærer jo jeg også litt av det og de tar jo og vurderinger og sånt og da har det jo vært sånn at vi har tenkt det samme ...ja, det er sånn jeg trenger å hive...kaste ballen med.

En av informantene som var fornøyd med AAT beskrev dette som at det var godt å ha noen å kaste ballen med. Følelsen av å ikke stå alene i situasjonen, ha noen å drøfte med, var viktig mente hun. På spørsmålet om ulike profesjonsgrupper hadde påvirkning på samarbeidet svarte alle informantene at det ikke hadde betydning. De sa det var en fordel at man så ting fra ulike ståsteder og ingen hadde opplevd at det hadde innvirkning på samarbeidet.

#### **4.2.1 Avstandens betydning**

De ulike kommunene jeg var og gjorde undersøkelser i hadde ulik størrelse. I tillegg var beliggenheten i forhold til AAT ulik, noen hadde lang avstand, andre kortere avstand. Det som viste seg i denne undersøkelsen var at de avdelingslederne som hadde lengst avstand fra AAT var de som er mest fornøyd. Beskrivelsene de to informantene kom med kunne tyde på at de jobbet mere i forkant. De tok raskere en telefon til AAT, drøftet og fikk veiledning. Ut i fra erfaring visste de at teamet ikke kunne komme på kort varsel. Som en informant sa:

men vi har ikke den forventningen at ringer jeg akutteamet så skal de komme på 20 minutt...nei..å hele vår hold....altså....det er så innført i ryggraden hos meg at er der noen som begynner å bli dårlige så kan ikke vi begynne å ringe kl 1400 på en fredag..altså jeg vil helst begynne å tenke torsdag på alternativer og muligheter ...det første jeg gjør kl 0900 så ringer jeg..så har jeg hele dagen eventuelt på det.

Ofte holdt det med en telefonkontakt, de drøftet saken og fant sammen ut hva som skulle gjøres sa informanten. Det handlet om forebygging, som denne informant sa:

«Jeg kan ikke forvente at de kommer helt opp til oss».

Informanten visste at teamet hadde åpent til 1530 fredager, så det nyttet ikke å vente til fredag kl 1400 som hun sa. En av informantene fra en liten kommune som lå lengst borte fra AAT, beskrev også samarbeidet med leger som bra. Hun sa det



hang sammen med at de var nært i avstand til legekantoret, de hadde ofte dialog, og de kjente brukerne godt. For brukerne var det også en fordel å være i nærmiljøet fortalte hun. Brukerne kjenner personalet, nærmiljøet var kjent og de visste hvor de skulle henvende seg om de trengte hjelp. To av informantene beskrev også at de ikke husket på at AAT kunne kontaktes, de hadde ikke fått dem helt under huden. De mente det kunne handle om mangel på nærhet til teamet, de hadde brukt dem lite, og hadde ingen ansikt å forholde seg til.

#### **4.3. ANSVARS OG OPPGAVEFORDELINGEN**

Flere av informantene sa at det var uklart hvem som hadde ansvaret for hva. De sa det handlet om mange ting, blant annet at de ikke helt visste hva AAT kunne bidra med, eller hva de kunne tilby. Som en av dem sa:

Hva kan de gjøre som ikke vi gjør.

To av informantene sa at ansatte hos dem kjente brukerne godt, og når de ringte AAT så var det for å få en vurdering for innleggelse. På spørsmålet som ble stilt til en informant, om det ville være mulig å unngå en innleggelse ved å drive hjemmebehandling, stilte hun spørsmål tilbake om hva teamet kunne tilby som de ikke kunne. Informantene sa videre at det var mye god kompetanse i kommunene. Et behov for å avklare hvilken rolle kommunen hadde, kontra AAT var det flere som etterlyste. En av informantene fortalte at det som ofte skjedde var at ansvaret ble forsøkt skyvd over på den andre instansen, kommunen til spesialisthelsetjenesten og motsatt, som hun sa:

der er forskjellige..altså der er forskjellig politikk , så jeg synes ofte det blir en sånn, ja...kan ikke kalle det krig..men det blir fort skyving, altså hvem gjør hva..og det tror jeg ikke er bra for brukerne..at det er litt sånn at vi i kommunen tenker at det er nok for andrelinjetjenesten, også motsatt..så jeg merker jo den..det er fort at en vil skyve ansvaret vekk og over på den andre.

På spørsmål om ulike profesjoner hadde betydning for samarbeidet svarte alle informantene at det ikke hadde noen betydning, og at det i kommunal psykisk helsetjeneste også var ulike profesjoner ansatt.

#### 4.3.1. «Jo mere vi er sammen»

Det å ha kjennskap til hverandre og fysisk møtes var noe som alle informantene etterlyste. De mente det handlet om dialogen, og at det ikke bare skulle være en telefonsamtale men et fysisk møte. Vurderingen som AAT skulle gjøre av en bruker før en eventuell innleggelse, sa informantene burde gjøres sammen med en fra kommunen. Det var de som hadde kunnskapen om brukerens situasjon og kunne gi god informasjon som var til nytte når en vurdering for innleggelse skulle tas. En informant sa dette:

jeg tenker jo at et ambulanseteam optimalt sett skulle vært noen som vi kunne koblet på før det ble helt krise, men at vi så at ting spisset seg til, der en forsterkning av vår tjeneste, noe som kunne hjulpet da og kunne stått sammen med oss, skuldring som det heter så fint nå for tiden..Som kunne vært mere, ja...tilgjengelige i en fase der vi så at det var en utvikling og at mot det negative som kunne resultere i en innleggelse.....så det er jo det jeg optimalt kunne tenke, også at de var mer til stede sammen med oss..

Flere av informantene beskeiv at det var en jungel å manøvrere seg i, og at det hadde vært lettere å samarbeide om de kjente mer til hverandre. For å få det til så de viktigheten av å ha noen faste møteplasser. AAT hadde vært i samtlige kommuner å informert om seg selv, men noen mente at det kanskje burde gjentas. På spørsmål om hva som skulle til for å få et godt samarbeid svarte en informant følgende:

det viktigste er i allefall ansvars..altså at du vet hva er ditt og hva er mitt, at det var tydelige forhold som ...vil jo selvfølgelig avklare mye hvor det er aktuelt å trekke inn de og når det ikke er tenker jo jeg i allefall. Og så er det selvfølgelig viktig den biten der at de av og til er rundt og prater litt om seg og hva de driver med og at en kjenner de litt, det er jo og med og senker terskelen, for det har jo både med den der ...kjenner personen skulle jeg til og si..men også ha et bilde av hva de har å bidra med, å komme med, hva en kan bruke dem til...det er det...og så det der med litt jevnlig kontakt sånn, ikke så ofte men, betyr en del tror jeg...det gjør det...

To av informantene sa at de brukte teamet lite, og av den grunn ikke kunne nok om det til å vite hva det kunne brukes til. Det kom også frem i en av kommunene at AAT hadde hatt nettverksmøte med en bruker og familie, hvor AAT ledet dette møtet.

Avdelingslederen her hadde også vært til stede under nettverksmøtet og sa følgende om sin erfaring:

For min del var det jo veldig lærerikt også, fordi at jeg på en måte ble en tilskuer til det nettverksmøte.

#### **4.3.2. Forventningene.**

På et informasjonsmøte ble visjonene til AAT presentert da teamet skulle startet opp sa en informant. Det hadde der blitt presentert en løsning som viste seg å ikke fungere fortalte hun. På kveld og helger skulle et annet DPS ha en portvaktfunksjon, men som viste seg å ikke fungere i etterkant. Det var for lange avstander til at dette teamet kan rykke ut kvelder og helger. Flere informanter sa også at de forventet at teamet kom ut og at ikke alt ble tatt over telefon. Det handlet om at de faktisk kom ut og så brukeren, ikke bare fikk beskrivelser over telefon. Når teamet ble kontaktet, så sa tre av informantene at de hadde en forventning om at brukeren trengte en innleggelse. De hadde ofte opplevd at dette ikke skjedde, at AAT gjorde en annen vurdering. En annen forventning som ble nevnt av flere, var at når det heter akutteam så var det en forventning om at det skulle fungere når situasjonen opplevdes akutt for dem. Et utsagn som kan illustrere det var en informant som beskrev følgende:

Det måtte i allefall være at de rykker ut...når det heter akutteam, så tenker jeg at da må det være noe som kan fungere når ting er akutt og at de rykker ut litt uansett hvem som hadde tilkalt de nesten, at ikke bare sånn der veldig byråkratisk prosess i allefall og det har jeg jo forstått at det ikke skal være heller, at nå har vi mulighet til å tilkalle de direkte. Det er liksom blitt avklart det at sånn skal det være, men det er vel fortsatt noe med at de må ha noe skriftlig tror jeg. Og jeg tenker at egentlig så burde det ikke vært det, jeg ser for meg at det burde vært sånn at når du stod med en bruker når det er kritisk, at du faktisk kunne ringe bare og at de kom uten noe, at det var så kjapt, at en tar ting i etterkant.

Som en annen informant sa at «må en vente til i morgen kan vi like godt ta det selv». Forventningene var litt ulike, da informanten fra en kommune som lå flere mil unna

AAT, sa de ikke forventet at teamet kunne rykke ut på 20 minutter. Det ble også nevnt at de ønsket at AAT av og til kunne komme rundt å ta en prat med ansatte i kommunen, slik at de ble litt bedre kjent med hverandre. Det handlet om å kunne møtes i fredstid, som en informant sa. Et ønske som kom frem under intervjuene var at AAT var mer til stede sammen med ansatte i kommunen. En informant sa følgende om forventningene:

men det er jo, ønskedrømmen...de har jo innfridd det, altså jeg har ringt, de har svart, de har kommet...de har..ja...de har jo også vært på...på...et par hjemmebesøk..det var samme pasienten, men mor var med..så det var det...men de..de har vært veldig på tilbudssiden.

Det innebar at ansatte tok en telefon, AAT svarte og de hadde kommet hjem til brukeren. Det hun også sa noe om var at hennes forventning ikke var at teamet kunne komme på kort varsel. Avstanden var lang, så hun forventet ikke at AAT kom på kort varsel.

Alle informantene etterlyste lengre eller utvidet åpningstider. De sa at på ettermiddag, kveld og helger var det ikke mulig å få hjelp fra AAT. Da var også kontorene i psykiske helsetjenesten i kommunene stengt. De hadde samme åpningstider som AAT. Det var et annet DPS som skulle ha en portvaktfunksjon når det lokale teamet var stengt, men dette fungerte i realiteten ikke. Det ble for lange avstander, så muligheten for at dette teamet rykket ut var ikke til stede. Samtidig så sa de også at de brukte AAT lite. Flere informanter sa de hadde liten eller begrenset erfaring fordi de ikke hadde brukt teamet så mye.

## **5.0. DISKUSJON / DRØFTING**

Her har jeg valgt å drøfte de enkelte temaene i funnen hver for seg. Funnene eller temaene blir drøftet opp mot tidligere forskning og de teoretiske perspektivene som er beskrevet under teori kapitlet.

## 5.1. DET EKSTRA LEDDET

Funnene som er gjort her viser at ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste erfarer at AAT er blitt et ekstra ledd når en bruker skal ha en innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Forventningene avdelingslederne hadde, var at innleggelser skulle bli enklere når AAT startet, men det viste seg at det motsatte hadde skjedd. Ansatte ventet lenge før de kontaktet AAT, da var krisen et faktum. Et spørsmål man kan stille seg er om avdelingslederne ser behovet for AAT. Har de nok kunnskap om hva AAT skal brukes til? Med tanke på formålet med AAT skulle man kanskje tro at teamet ble koblet inn før krisen er oppstått for å unngå innleggelse. I et mylder av tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten kan det være vanskelig å manøvrere seg i for kommunens psykiske helsearbeidere. Hvem brukes når og hva er forskjellen på de ulike tilbud. Og ikke minst, hvem har ansvaret? Når det etterlyses informasjon og møter for å få en bedre oversikt er kanskje dette noe som må gripes tak i. Det kan også synes som om informasjonen som er kommet fra det aktuelle AAT er mangelfull. Presentasjonsrunden ble gjort i oppstartsfasen. Man kan tenke seg at informasjonen kunne vært annerledes om den ble gjentatt på et senere tidspunkt. For å vite hva man skal stille spørsmål om, er det viktig å ha erfaringer og kunnskap om et tema eller område. Ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid ville hatt bredere erfaring knyttet til samarbeidet med teamet, men også teammedlemmene hadde hatt mer erfaring på hvordan AAT fungerer. Forventningene som ble skapt i oppstarten, etter presentasjonsrunden av AAT, virker til å ikke være innfridd. For at AAT skal kunne endre sin praksis, er de avhengige av tilbakemeldinger fra sine samarbeidspartnere. I rapporten til Ruud m.fl. kom det blant annet frem et ønske fra samarbeidspartnere om informasjon og møter, da det ofte kan være usikkerhet og manglende oversikt over hva AAT skal betjene (Ruud, Karlsson, Klevan og Hasselberg, 2015). I forhold til tverrfaglig samarbeid så sier Lauvås og Lauvås at uavklarte forventninger vil kunne påvirke samarbeid i negativ retning (Lauvås og Lauvås, 2004). For å få et bevisst forhold til hvilke forventninger man har til egen og andres roller må dette kommuniseres (Lauvås og Lauvås, 2004). Ingen av informantene sa noe om at det var møteplasser for å kunne utveksle erfaringer og snakke om hvilke forventninger de hadde til hverandre. Ved å ha en felles møteplass med regelmessige møter vil forventningene komme frem i lyset. Som Lauvås og

Lauvås nevner er det en viktig faktor for å bedre et samarbeid. Det kan tyde på at samarbeidskulturen ikke fungerer optimalt. Lauvås sier også at kommunikasjon om forventningene er en kontinuerlig prosess. Åpenhet til egne og andres forventninger vil også bidra til et bedre samarbeid (Lauvås og Lauvås, 2004). Det finnes flere ulike faktorer som fremmer godt samarbeid, blant annet viktigheten av å ha en felles møteplass, regelmessige møter og ha en samarbeidskultur (Sintef, 2014). I henhold til erfaringene informantene har, er det flere av faktorene for godt samarbeid som ikke er til stede. Det er ikke felles møteplass eller regelmessige møter mellom kommunenes psykiske helsetjeneste og AAT, noe de etterlyste. Sett i lys av et organisasjonsperspektiv handler samarbeid blant annet om å jobbe mot felles mål. Felles mål må være eksplisitte, med det menes at de må være nedfelt skriftlig, eller gjort tilgjengelig for alle deltakerne som skal samarbeide (Lauvås og Lauvås, 2004). Man kan undre seg på hva som er årsaken til at psykisk helsearbeidere venter til krisen er oppstått før de tar kontakt med teamet. Er de kjent med målet med AAT? Ulike mål kan være en årsak til at forventningene til informantene ikke er innfridd og av den grunn opplevdes AAT som et ekstra ledd. I følge undersøkelsen fra Sverige viste den at ulike mål og ideologi hemmet samarbeidet (Magnusson og Lüzèn, 2009). Det kan tyde på at hjemmebehandling i samarbeid mellom AAT og kommunens psykiske helsetjeneste sjelden er et alternativ. Det var kun en informant som beskrev en nettverkssamling som hadde blitt holdt av AAT hvor hun var til stede. Undersøkelsen som nylig ble slutført viser at både AAT og samarbeidspartnere beskriver samarbeidet rundt pasienten som bra, men at det kan bli bedre i avslutning og overføring til andre tjenester (Ruud et al., 2015). Samtidig viser undersøkelsen at det ønskes mer samarbeid både med pårørende og samarbeidspartnere.

### **5.1.1. Når brukes AAT**

Alle informantene benyttet AAT ved behov for akutte innleggelser og tvangsinnleggelser. Informanten som jobbet mer i forkant var mer fornøyd med AAT enn de andre. Alle etterlyste også utvidet åpningstider for AAT. Informasjon om bruken hadde de fått fra AAT da de hadde vært rundt på presentasjonsrunde. Forventningene som er skapt der, kan tyde på at når kommunenes psykiske helsearbeidere tar kontakt med teamet, så forventes det at AAT skal komme ut til brukerne og gjør en vurdering. Formålet med AAT er blant annet å tilby en

behandling med minst mulig inngripen i brukerens liv (Helsedirektoratet,2014a). Det kan tyde på at kommunens psykiske helsearbeidere ikke ser den muligheten for hjemmebehandling som ligger i dette. I en artikkel nevnes det at AAT ofte blir kontaktet når brukerne er for dårlige til at innleggelse kan unngås (Steenfeldt-Foss, 2014). Informanten som sa hun var fornøyd med samarbeidet med AAT, beskrev nettopp at de tok tidligere kontakt, før krisen var oppstått. Det var ikke alltid nødvendig at AAT rykket ut, men at de drøftet saken og fant gode løsninger. I artikkelen til Borg m.fl er erfaringer til AAT at de også blir brukt som en veileder via telefonen, og at de ikke alltid rykker ut og at det åpnes en journal (Borg et al., 2012). Hva som er årsaken til at flere informanter ikke nevner dette som et alternativ skal være usagt. I kommunal psykisk helsetjeneste er det god kompetanse og kanskje denne er like god som kompetansen i AAT. Det jobbes ofte tett med brukere i kommunen som har stort hjelpebehov. Ansatte i kommunen bruker hverandre som sparringspartnere og jobber tverrfaglig, og ser kanskje ikke behovet for å drøfte saken med AAT. Når det da oppstår en krise, sees det ingen annen utvei enn en innleggelse og kanskje også brukeren selv ønsker det. AAT har selv informert at de skal være en inngangsport for innleggelser. Mulig de ikke har informert godt nok om hva annet de kan, og skal brukes til. For å få et godt samarbeid er det viktig å finne ut hvem som gjør hva og hvem som har ansvaret for hva (Lauvås og Lauvås, 2004). Det må kommuniseres for at dette kan bli avklart. Endringer skaper ofte motstand. Man vil gjøre som man alltid har gjort. Er kommunens psykiske helsearbeidere fastlåst i tidligere måter å jobbe på? Den enkelte ser kanskje ikke hensikten med AAT og tenker at det kun er et ekstra ledd som gjør innleggelser av brukere mere komplisert og tar lengre tid. AAT på sin side kan være for dårlige til å gi tilbakemeldinger til kommunens psykiske helsearbeidere, om behovet de har for å komme tidligere inn i behandlingen for å kunne gi god hjelp til brukerne. En av oppgavene til AAT er å gi hjemmebehandling (Helsedirektoratet, 2014a). Tre av informantene sa at AAT driver hjemmebehandling, men at denne behandlingen ikke hadde vært i samarbeid med kommunens psykiske helsetjeneste. Begrepet samarbeid defineres til å handle det om det konkrete samarbeidet rundt enkeltpasienter (Sintef, 2014). Det kan her tyde på at det ikke eksisterer noe samarbeid rundt behandling av brukerne. Det kan være ulike grunner til det. Informantene beskrev at de hadde gode psykiske helsetjenester i kommunene, og virket til å være undrende i forhold til hva teamet kunne tilby som ikke allerede var av

tilbud i kommunen. Kanskje AAT har forsømt litt av sin rolle ved å ikke informere om hva slags samarbeid de ser for seg. Man har forventninger til at en spesialisthelsetjeneste selv har ansvar for å informerer om hvordan de jobber og hva de ser for seg av ulike samarbeid rundt ulike brukere. Ved samarbeid har man forventninger til dem man skal samarbeider med. Forventningene handler om å jobbe mot samme mål, at den enkelte kjenner til sitt ansvar og sin oppgave. Det handler om å finne felles mål men også å finne riktige kommunikasjonsveier og måter (Lauvås og Lauvås, 2004). En undersøkelse viste at flere aktører hadde et ønske om bedre samarbeid eller samhandling mellom AAT og deres samarbeidspartnere (Ruud et.al, 2015). Ved samarbeid på tvers av organisasjonsnivå vil det være viktig med en felles møteplass for dialog og relasjonsbygging (Sintef,2014). Tillit handler om forventninger man har til hverandre og er sentralt for hvordan evnen er til å samarbeide (Willumsen og Ødegård, 2014). Resultatene fra Sintef rapporten viste at det kan være for lik kompetanse i kommuner og spesialisthelsetjenesten, og at spesialisthelsetjenesten har for liten kompetanse om kommunens arbeid (Sintef,2014). Uavklarte ansvarsforhold vil kunne føre til uhensiktsmessige innleggelser, som det blant annet ble påvist i en undersøkelse i Storbritannia (Willumsen og Ødegård, 2014). Samtidig var det flere informanter som beskriv liten bruk av teamet. Det kan det være flere årsaker til. Kanskje handler det om liten kjennskap til AAT, blant annet om når og hvordan det skal brukes. Informantene jobbet i ulike kommuner, med ulikt innbyggertall som igjen førte til et begrenset antall brukere med behov for teamet. Kommuner med høyt antall brukere vil naturlig nok oftere ha kontakt med AAT, enn kommuner med med lavt innbyggertall.

Et paradox som gikk igjen hos alle informantene, var at de brukte AAT lite, men ønsket samtidig utvidet åpningstider. De begrunnet dette med at kommunens psykiske helsetjeneste hadde kontortid i ukedagene og det var behov for at AAT var til stede når det var stengt i kommunene. Man kan se at det er behov for brukere å få kontakt utenom ordinær kontortid. Men en kan også tenke seg at kommunens psykiske helsetjeneste må se på sitt tilbud, kanskje det er behov for å ha utvidet åpningstider der. En studie fant at det var ulike synspunkter på nettopp åpningstider, hvor brukere, pårørende og kommunalt ansatte etterlyste lengre eller utvidet åpningstider, mens teammedlemmene derimot var delt i sine synspunkt. Det handlet om en trygghetsfølelse for brukere og pårørende, å vite at de kunne få kontakt og



noen å prate med (Ruud et.al., 2015). En mulig forklaring på dette kan være at det aktuelle AAT som har portvaktfunksjon på kveld, helg og høytider, ikke kan rykke ut på grunn av lange avstander. I realiteten får ikke brukere tilbud om hjemmebehandling og kanskje litt av hensikten med AAT da faller bort. Det kan også føre til u hensiktsmessige innleggelsler, som det gjorde i studien fra England (Willumsen og Ødegård, 2014). Spørsmålet som kan stilles er om det fører til u hensiktsmessige innleggelsler, med AAT som har portvaktfunksjon. De drar ikke ut til brukerne, de kjenner ikke de lokale forholdene til kommunene og de har heller ikke kjennskap til de som jobber i kommunenes psykiske helsetjeneste.

## **5.2. BLI HØRT OG SETT**

Informantene svarte i forhold til ulikheter i profesjoner at det ikke hadde noe å si for samarbeidet. Men likevel var det en informant som nevnte at en hjelpepleier overprøvde vurderingen fra en sykepleier, og at det ikke opplevdes bra fra den kommunalt ansatte. Dette kan handle om makt, da AAT er del av spesialisthelsetjenesten og ut fra sin funksjon og rolle av den grunn har mere makt og innflytelse. Maktbegrepet handler for de fleste om negative assosiasjoner. Det er et begrep som kan føre til økt handlefrihet for individet og motsatt vil avmakt handle om innskrenkning av handlefriheten (Lauvås og Lauvås, 2014). Om en ansatt i kommunens psykiske helsetjeneste hadde gjort en vurdering som tilsa at det burde være en innleggelse, for så å bli overprøvd av AAT som tok en annen vurdering, kan det ha vært med på å forsterke en avmaktsfølelse. Som det ble beskrevet av flere informanter så er det god fagkompetanse i kommunene. Å bli sittende igjen med en følelse av avmakt, kan være en såkalt hemmer for samarbeidet, som beskrives i boka til Willumsen (Willumsen og Ødegård, 2014). Ubalanse i maktforholdet kan hemme samarbeidet om det ikke er kommunisert godt nok mellom de som skal samarbeide. Når det er mangel på møteplasser for blant annet å utveksle erfaringer og finne felles mål, kan også det virke som en hemmer for samarbeidet mellom kommunale psykisk helsearbeidere og ansatte i AAT. De er organisert under ulike organisasjoner uten felles ledelse, som har ulik kultur og ulike mål. Når målene ikke blir kommunisert ut til ansatte som skal samarbeide, vil det hemme samarbeidet. AAT er en spesialisthelsetjeneste som i kraft av sin posisjon vil kunne påvirke og styre andre grupper, deriblant psykisk helsearbeidere i kommunen. Kunnskap er

makt, og man forventer at kunnskapen i spesialisthelsetjenesten er større enn i kommunen. Men er det slik? Er den spesialiserte kunnskapen bedre enn den generaliserte som finnes ute i kommunene? Man kan stille seg spørsmålet om hvem som har definisjonsmakten på hvilken kunnskap som skal være gjeldende. Mer behandling skal nå gjøres i kommunene og det satses mye på kompetanseheving. Størstedelen av de ansatte i psykisk helsetjeneste har høyere utdanning og i tillegg har flere videreutdanning og spesialutdanning (Helsedirektoratet, 2014b). Mange kommuner har også ansatt psykolog så det er en stor tverrfaglig gruppe ansatte i kommunene.

Tillit, rettferdighet og samarbeidsevne er tre sentrale variabler som må være til stede for at samarbeidet skal fungere godt (Endresen,A, 2014). Tillit og rettferdighet er nøkkelordene til hvordan evnen til samarbeid er (Endresen,A. 2014). Når forventningene som kommunens psykiske helsearbeidere har til AAT ikke blir innfridd, så kan det føre til brudd i tilliten. Denne kan også snus motsatt og man kan si at AAT kanskje ikke har tillit til kommunens psykiske helsearbeidere. Harald Grimens tolkning av begrepet tillit er handlingsorientert, det vil si at vi stoler på at den andre (samarbeidspartneren) har god kompetanse og faglige verktøy eller metoder (Endresen.A, 2014). Det vil i denne sammenhengen si at avdelingslederne stoler på vurderingene som gjøres av AAT, og deres kompetanse. Det var flere informanter som beskrev at de ikke ble hørt, at deres vurderinger av en bruker ble omgjort av AAT. Dette kan føre til en brist i tilliten til AAT, men det ble ikke uttalt av informanten direkte. Ansatte i kommunen kjenner brukerne sine godt og har god kompetanse på psykisk helsearbeid. Sett i lys av tillitsbegrepet så kan det føre til at man ikke fullt ut samarbeider bra. Men det var også en informant som sa at hennes forventninger var innfridd og beskrev samarbeidet som bra. Det kan tenkes at hennes tillit til AAT er stor og føre til at hun stoler på de vurderinger som gjøres.

Noen av informantene sa de opplevde det litt underlig at AAT skulle komme å gjøre en vurdering av brukere som de like godt kunne gjøre selv. Det kan settes i sammenheng med rettferdighetsbegrepet som handler om følelser. Følelsen av å ikke bli hørt og tatt på alvor vil kunne påvirke samarbeidet i negativ retning og være en hemmer. For å nå et mål eller sammen løse en oppgave, må tilliten være til stede sammen med en følelse av rettferdighet (Endresen.A, 2014). En informant fortalte at det for henne var viktig å ikke ha følelsen av å stå alene i situasjonen, men å ha noen

å drøfte saken med. Det kan handle om rettferdighet, at både AAT og kommunens psykiske helsearbeidere begge tar ansvar for situasjonen, og at ingen har følelsen av å bli stående igjen alene. En annen informant som beskrev det motsatte, at hun opplevde at AAT ikke kunne rykke ut da hun trengte bistand, ble sittende igjen med følelsen av å stå alene i situasjonen. Det at en av informantene beskrev samarbeidet som bra, kontra andre som ikke gjorde det, kan ha å gjøre med at denne informanten opplevde tillit og rettferdighet som ifølge Endresen er må være til stede for at samarbeid skal fungere (Endresen, 2014). Det virker til å være ulike forventninger fra avdelingslederne som vanskelig kan innfris om de ikke kommunisert videre.

### **5.2.1. Avstandens betydning.**

Avstanden skulle vise seg å være et element som hadde betydning for samarbeidet. To av informantene som befant seg lengst unna AAT, viste seg å være de som var mest fornøyde med samarbeidet. De nevnte ulike årsaker som kunne beskrive det. En informant sa det handlet om forventninger til at AAT ikke kunne komme på kort varsel på grunn av tiden det tok å kjøre ut til kommunen. Det kan tyde på at informantene her jobber nettopp slik Steinfeldt - Foss etterlyste i sin artikkel, effekten av å være i forkant. Det handler om forventningene de har til teamet og det kan tyde på at de har andre forventninger enn de andre informantene. En artikkel handler om de henvendelsene AAT får pr telefon og som resulterer i at det ikke åpnes journal (Borg et.al., 2012). Dette bildet kan være et mørketall, som ikke viser den reelle bistanden AAT yter til sine samarbeidspartnere. Det å ha noen å drøfte saker med kan være nok til at kommunenes psykiske helsearbeidere kan gi god nok hjelp uten at brukeren trenger en innleggelse. I følge Lauvås og Lauvås kan uavklarte forventninger påvirke samarbeidet i negativ retning (Lauvås og Lauvås, 2004). Om forventningene ikke er uttalte, at de ikke er kommunisert mellom de ulike tjenestenivåene, vil det være en utfordring for at samarbeidet skal fungere godt. Ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste kan ha forventninger til AAT som de ikke kan innfri og motsatt. Ut fra det som informantene har beskrevet, er det ikke noe som tyder på at de har snakket med ansatte i AAT om dette. Det eneste de sier er at teamet har vært og presentert seg, men ikke at det har vært noen møter mellom dem hvor gjensidige forventninger har vært tema. For å kunne innfri forventninger andre

har til en, må de nødvendigvis være uttalte. Er de skjult er det ingen som har muligheter for å innfri disse.

### **5.3. ANSVARS OG OPPGAVEFORDELINGEN**

Fordeling av ansvar og oppgaver var også et tema som informantene tok opp. De var usikre på hvilket ansvar de og AAT hadde for brukerne når de var dårlige. De visste heller ikke hva AAT kunne tilby, og flere stilte spørsmålet «hva kan AAT gjøre som vi ikke gjør». Kunnskapsnivået blant kommunalt ansatte er høyt ble det sagt, så hvilke tjenester kan AAT tilby som ikke allerede finnes i kommunen. Tydelige ansvarsområder vil påvirke samarbeidet i positiv retning. AAT og kommunene er forskjellige organisasjoner med ulike oppgaver og mål. I tillegg er det ulike profesjonsgrupper hvor disse også har ulike oppgaver og ansvarsområder. Når dette ikke er helt klart innad i organisasjonen, vil det ha betydning for samarbeidet (Lauvås og Lauvås, 2004). Dette handler også om ressurser, struktur og kommunikasjon. Det er av stor betydning at ledere kommuniserer ut til sine ansatte hva som er ansvarsområdene og målene.

Studien Nina Hasselberg har foretatt, indikerer at AAT jobber på en måte som skiller seg fra det som var den opprinnelige modellen. Norske AAT jobber mer med mennesker som har depresjoner og suicidalitets problematikk, enn psykosepasienter (Hasselberg, 2012). Sett i lys av denne kan det være en mulig årsak til at forventninger avdelingslederne har, ikke samstemmer med det som er primæroppgaven til AAT. Studien viser også at AAT jobber mindre i forhold til hjemmebehandling av pasienter enn det som var intensjonen da teamene ble opprettet (Hasselberg, 2012). Målet med AAT var også å unngå innleggelser, og flere studier viser en nedgang i antall innleggelser av de som får behandling av AAT. De fleste av informantene beskriver at de tar kontakt i forbindelse med pasienter de mener trenger en innleggelse. Om da AAT jobber for å unngå innleggelser, vil det være en forskjell i målene og en forskjell i forståelsen av hva teamet skal brukes til. Veilederen fra Helsedirektoratet nevner spesifikt at AAT har ansvaret for å etablere nødvendig samhandling med blant annet kommunens psykiske helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2014a). Dette innebærer at det skal etableres gode samarbeidsrutiner med henblikk på tilbakemeldinger til kommunene men også

samhandling med kommunen. I følge erfaringene som avdelingslederne hadde gjort seg, var ikke dette blitt gjort. Denne undersøkelsen har kun informanter fra kommunenes psykiske helsetjeneste, så det vil være vanskelig å konkludere at det er slik. Mye av det som kom frem i intervjuene kan minne om en «bestiller – utfører» modell, hvor ansatte i kommunene ringer AAT for en bestilling om vurdering av en bruker for eventuell innleggelse. For å oppnå mål må det være definert hva som er målet til de ulike tjenestene (Lauvås og Lauvås, 2004). Tre av avdelingslederne sa de kun kontaktet AAT ved behov for innleggelse av brukere. Om AAT jobber for å unngå innleggelser, har de ulike forventning og mål. Forventningene som er uttalt av informantene handler om rollen de tenker AAT har. De forventer at AAT kontaktes ved behov for innleggelse, de skal inneha en veilederrolle og brukes som en samtalepartner eller sparringspartner.

To av informantene fortalte også om at de tok en telefon og drøftet saker med AAT. Lauvås og Lauvås nevner betydningen av å ha en åpen og kontinuerlig dialog for å få samarbeid til å fungere (Lauvås og Lauvås, 2004). Det kan tyde på at informantene her gjør nettopp det, de ringer i forkant og drøfter saker med AAT. De har ikke en forventning om at teamet rykker ut, noen ganger kan det være nok med en dialog om situasjonen. Brukernes opplevelse av å være i kjente omgivelser ble også trukket frem av en informant. Hun fortalte de prøvde å unngå innleggelser da det var bedre for brukerne å være i kjente omgivelser med fast personal som yter tjenester til dem. Cameron, Lart og Bostoc har gjort en undersøkelse i Storbritannia som blant annet omhandler hva som hemmer og fremmer samarbeid. Et tema er organisatoriske forhold som omhandler hvilken betydning forståelsen av egne roller og ansvar har for samarbeidet (Cameron, Lart og Bostoc, 2014). Sett i sammenheng med hva som er målet til AAT, så var et av dem å unngå innleggelser. I undersøkelsen til Magnussen og Lützèn (2009) ble det funnet ut at forskjeller i ideologi og mål mellom de som skulle samarbeide, virket hemmende for samarbeidet. Det handler også om hvordan man utnytter hverandres kompetanse. For å få et god samarbeid handler det om å finne «vi» følelsen for å danne et felles ståsted (Magnussen og Lützèn, 2009). De fleste av oss har opplevd å snakke om «vi» og «dem», der vi blir den innerste sirkel, dem vi kjenner godt og samarbeider bra med. Kan hende vi ikke identifiserer oss like mye med «dem» gruppen og derav får en avstand. Det kan bety at avstanden til «dem» gruppen øker da man ikke har tilhørighet til gruppen. Det samme kan gjelde i

forhold til ulike profesjonsgrupper, vi sammenligner oss gjerne med dem vi har noe til felles med.

I artikkelen til Elstad, Steen og Larsen nevnes betydningen av å møtes for å fremme godt samarbeid. Det handler om å bli kjent med hverandre, utveksle erfaringer og utvide forståelsen av ansvars- og oppgavefordelingen. En informant som sa hun ikke hadde fått AAT helt under huden enda, kan tyde på at kjennskapen til AAT er mangelfull. Usikkerhet rundt hva teamet tilbyr, hvordan de jobber og hva som er målet, er uklart. Dette er hemmende faktorer for samarbeid (Elstad, Steen og Larsen, 2013).

Den svenske undersøkelsen fant at mangel på blant annet faste møtetidspunkt, var en faktor som antagelig kunne bidra til kommunikasjonsproblemer (Magnusson og Lützén, 2009). Også ulike mål virket hemmende på samarbeidet. Informantene beskriver at det ikke er noen faste møter mellom kommunens psykiske helsetjeneste og AAT. Spørsmålet man kan stille seg er om det er for liten kjennskap til målet med AAT, men også uklarheter rundt hverandres rolle og funksjon.

### **5.3.1. «Jo mere vi er sammen».**

Informantene etterlyste et fysisk møte mellom AAT og kommunens psykiske helsearbeidere. En telefonsamtale gjør ikke samme nytten som et møte, da behovet for dialog er stort mente informantene. Dette sammenfaller med undersøkelsen gjort av Ruud m.fl. (2015) hvor det blant annet kommer frem at samarbeidspartnere til AAT opplever at det er svikt i rutiner knyttet til overføring fra teamet til andre tjenester, hvor epikriser kan komme for sent. Informantene i undersøkelsen her, mener det er behov for å kunne drøfte en brukers situasjon før en eventuell innleggelse. Informantene sier det er de kommunalt ansatte som ser og kjenner brukeren i det daglige og derfor har god kunnskap om dennes situasjon. De sier det er en jungel å manøvrere seg i, og av den grunn kanskje en årsak til lite bruk, at de kjenner for lite til hverandre. Forskjellig kultur i kommunalt psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten kan påvirke samarbeidet (Cameron, Lart og Bostoc, 2014). Spesialisthelsetjenesten har sin kultur, som er utviklet gjennom mange år, det samme har kommunene. Kulturelle forskjeller kan ha betydning for hvordan man ser på innleggelse av brukere blant annet. Det kan også ha å gjøre med menneskesynet

som er rådende i de ulike organisasjonene. Det medisinske perspektivet har stått sterkt gjennom mange år, men er det på vei mot et mer humanistisk perspektiv? KS og nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utviklet et læringsnettverk for kommunene på tjenestene psykisk helse og rus. Hensikten med dette nettverket er blant annet å bedre samarbeidet mellom tjenestene og for brukerne og få gode pasientforløp. Visjonen er å snu fokuset fra «hva er i veien med deg» til «hva er viktig for deg». I dette læringsnettverket samles deltakere fra både kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det er en møteplass hvor det i fellesskap skal finne gode behandlingsforløp (Evensen og Krogvig Karlsen, 2014). Dette samarbeidet kan sees på som en del av det å bygge bro mellom tjenestene, å få kjennskap til og utvikle en felles kultur. Arne Endresen beskriver ordet tillit som sentralt i begrepet han kaller virksomhetens sosiale kapital (Endresen, 2014). Begrepet er et handlingsorientert begrep og handler om at vi gir andre tillit og stoler på personens kompetanse og faglige metoder. En informant fortalte om en ansatt fra AAT som gjorde en annen vurdering av brukeren enn det den ansatt i kommunal psykisk helsetjeneste hadde gjort. Det vil kunne medføre en brist i tilliten. Det vil være et asymmetrisk maktforhold mellom AAT og psykiske helsearbeidere i kommunen. Det er AAT som har makten til blant annet å kunne avgjøre om en bruker trenger innleggelse i sykehus. Oppstår det uenighet, er det AAT som har siste ordet i samarbeid med brukeren. Rettferdighet er et begrep som inngår som en del av virksomhetens sosiale kapital. Begrepet handler om følelser, og ansatte vil ikke være i stand til å ta tak i det asymmetriske maktforholdet som er til stede i organisasjoner. Tillit og rettferdighet danner grunnlaget for hvordan man evner å samarbeide (Endresen.A, 2014). Tillit går begge veier, og kanskje AAT ikke har tillit til vurderinger som er gjort av psykiske helsearbeidere i kommunen? Spørsmålet vil stå ubesvart da AAT ikke er har fått uttale seg, men man kan kanskje tenke i den retning at det er en brist i tilliten.

### **5.3.2. Forventningene**

Vi er alle omgitt av forventninger, både privat og i jobbsammenheng. Informantene beskrev her forventninger som ikke ble innfridd. AAT hadde presentert en visjon og løsning som viste seg å ikke fungere ifølge en av informantene. Blant annet skulle et annet DPS ha en portvaktfunksjon i høytider, kvelder og helger. På grunn av lange avstander fungerer ikke dette sier informanten. Det blir også beskrevet forventninger

til at AAT drar ut til brukere som igjen vil føre til en innleggelse. Begrepet akutt, tolker flere av informantene dithen at AAT skal komme raskt ut til brukere. Når psykisk helsearbeidere ringer til teamet, så oppleves situasjonen som akutt for dem. I følge Lauvås og Lauvås kan uavklarte forventninger påvirke samarbeidet i negativ retning (Lauvås og Lauvås, 2004). Det er ikke noe som tyder på at informantene har snakket med AAT om sine forventninger. Spørsmålet man kan stille seg da er hvordan AAT kan vite om forventningene som kommunale psykiske helsearbeidere har til dem. Åpenhet rundt forventninger til en selv og andre kan være med å bedre et samarbeid. Det er først når vi opplever at våre mer eller mindre ubevisste forventninger harmonerer dårlig med andres at vi blir oppmerksomme på dette forholdet (Lauvås og Lauvås, 2004). Sett i lys av organisasjonsperspektivet handler det blant annet om mål og kommunikasjonsveier. Informanten som var fornøyd med AAT sa det handlet om hennes forventninger. Hun forventet ikke at teamet rykker ut på kort varsel. I studien til Ruud m.fl (2015) er noen av konklusjonene at teamansatte i AAT ser behov for å gi mere tilbakemeldinger til samarbeidspartnere, og det samme gjelder for samarbeidspartnere. De ønsker raskere og bedre tilbakemeldinger, blant annet når AAT avslutter sin oppfølging av brukere (Ruud, Karlsson, Kleivan og Hasselberg,2015).

## **6.0. AVSLUTNING**

### **6.1. KONKLUSJONER**

Studien viser at det er arbeid som må gjøres for å få samarbeidet mellom kommunenes psykiske helsetjeneste og akuttambulerende team til å fungere. Slik det fremstår er det lite eller ingen samarbeid rundt brukerne. Det viser seg også at det er uklarheter i ansvarsforhold og oppgavefordeling. Behovet for å finne møteplasser og kommunikasjonsveier er i stor grad til stede. Slik det fungerer i dag, oppleves AAT som et ekstra ledd og kanskje ikke fungerer optimalt, eller etter sin hensikt. Det samarbeides i liten grad om hjemmebehandling av brukere. Studien viser at ulik bruk av AAT kan ha betydning for opplevelsen av samarbeidet. Erfaringene viser også at ulike forventninger ikke er innfridd.



## 6.2. AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Et godt samarbeid inneholder noen ingredienser for å kunne sies å være vellykket. Det kreves blant annet, og kanskje det viktigste, at partene jobber mot et mål som er kjent for alle deltakerne som skal samarbeide. For å nå disse må det nødvendigvis kommuniseres ut til alle som skal samarbeide. Om man ser på hvordan offentlige organisasjoner fungerer i dag, så stilles det store krav både til kvalitet og kvantitet. Brukergruppen som psykiske helsetjenester skal ha tilbud til, er mangfoldig, og derav eksisterer det i dag et bredt spekter av tilbud. Det samarbeides og samhandles på tvers av tjenestenivåer, men også innad i egne organisasjoner. Det kan være en jungel av tilbud å manøvrere seg i, både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, og lett å miste oversikten. Nasjonale føringer viser til at brukere skal få bo hjemme, med hjelp til å klare sin hverdag. Ved å foreta denne undersøkelsen, tenker jeg at den vil kunne gi kunnskap om, og være et bidrag til hvordan samarbeidet fungerer i dag, hva som fungerer bra og hva som må til av endringer for at det kan fungere bedre. Erfaringer om samarbeid vil også kunne overføres til andre tjenester og samarbeidskonstellasjoner. Det ville selvsagt også vært spennende å hatt med erfaringene til AAT, brukere og pårørende i denne studien. Legene er også en viktig aktør i dette samarbeidet og det ville vært interessant og få innblikk i deres erfaringer. Studien viser at samarbeid kan være vanskelig å få til å fungere. Mange vet hva som skal til, men blant annet uklare ansvarforhold fører til at ingen tar ansvar. Det er store ulikheter på de forskjellige AATene, både i forhold til tjenestetilbud, åpningstider og målgrupper og av den grunn kan det være vanskelig å sammenligne dem.

Denne studien kan være av nytteverdi for både ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste, men også ansatte i AAT. Den vil også kunne gi ledere en pekepinn på områder som kan forbedres, deriblant kommunikasjon om forventninger og mål. De siste årene har det skjedd mye innen psykisk helse området, blant annet har kommuner fått større ansvar for tjenesteytingen til denne brukergruppen og satt i verk mange tiltak. Samtidig er det kommet både ACT team og FACT team som skal gi oppfølging og behandling av brukere i hjemmet. Behov endres underveis og kanskje man ikke lenger har nytte av AAT? Undersøkelsen her viser at avdelingsledere som

oftest bruker AAT for innleggelse av brukere. Trenger man et eget team for å foreta denne vurderingen? Det er mye kompetanse i kommunene, og legene må henvise for innleggelse. Det vil si at det er tre ulike instanser som må til for å foreta en innleggelse. Spørsmål kan stilles om det er fornuftig bruk av ressurser. På den annen side viser undersøkelser at brukere stort sett er fornøyd med tjenesten når de får hjemmebehandling. Spørsmålet vil stå ubesvart, men kan være et innspill i debatten når nye tilbud og behandlingsformer utformes.

Det ville selvsagt vært en fordel med et litt mere nyansert bilde av samarbeidet mellom AAT og kommuners psykiske helsetjeneste enn denne undersøkelsen gir. Blant annet få et bilde av hvordan det aktuelle AAT jobber, hvem som er målgruppen og hvordan ansatte der ser på samarbeidet. Jeg har som nevnt tidligere ikke funnet forskning som direkte omhandler samarbeidet mellom AAT og psykisk helsetjeneste. Videre forskning vil ha betydning for å få et velfungerende samarbeid til beste for brukerne.

**REFERANSELISTE:**

- Borg,M., Karlsson,B.,& Rype.S. (2012). «Skyggeregnskap» i et ambulant team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9 (3), 196-206.
- Cameron,A., Lart,R. og Bostock,L.(2014). Forskning på helse-og sosialfaglig samarbeid – en «review» fra Storbritannia. I E.Willumsen og A.Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* (s. 157-170). Oslo: Universitetsforlaget.
- Elstad,T.A., Steen,T.K.,& Larsen,G.E.(2013).Samhandling mellom et distriktpsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 10(4), 295-306.
- Endresen, A. (2014). Virksomhetens sosiale kapital - et analytisk perspektiv for å studere tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid i organisasjoner. I E.Willumsen og A.Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid-et samfunnsoppdrag* (s.251-269). Oslo: Universitetsforlaget.
- Evensen, G.H., & Krogvig Karlsen,R. (2014). Kommuner vil forbedre seg. Hentet 03.11.15, fra:  
<http://napha.no/content/13715/Kommuner-vil-forbedre-seg>
- Fangen, K. (2015). Kvalitativ metode. Hentet 04.11.15, fra  
<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/#Intervju>
- Hartviksen, M., & Kversøy, K.-S.(2012). *Samarbeid og konflikt-to sider av samme sak*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. 3.opplag.
- Hasselberg. N. (2012). *The crisis resolution team model in Norway: implementation, outcome of crisis and admissions*. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet. Hentet fra  
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/36077/dravhandling-hasselberg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helsedirektoratet (2014a). Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). [rapport]. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2006). Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. [veileder]. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014b). Sammen om mestring. [veileder]. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014c). *Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge-med rapport fra Helsedirektoratet.* [rapport]. Oslo:Helsedirektoratet.

Johnson, S., Nolan, F., Hout, J., White, I. R., Bebbington, P., Sandor, A., McKenzie, N., Patel, S. N., & Pilling, S. (2005a). *Outcomes of crisis before and after introduction of a crisis resolution team.* British Journal of Psychiatry, 187, 68–75.

DOI: 10.1192/bjp.187.1.68

Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hout, J., McKenzie, N., White, I. R., Thompson, M., & Bebbington, P. (2005b). *Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study.* British Medical Journal.331. DOI:10.1136/bmj.38519.678148.8F

Karlsson, B., Borg, M., & Sjølie, H. (2011). Ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre. *Sykepleien*, 2011 6(1), 62-68 Hentet fra

<https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/642780.pdf>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal akademiske.

Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid-perspektiv og strategi.* Oslo: Universitetsforlaget.

Magnusson, A. & Lützen, K. (2009). Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experience of working together in the interest of persons with long-term illness living in the community. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 140–145. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00600.x

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning-en innføring*. 3.utgave, 2.opplag 2013. Oslo: Universitetsforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>

Polit, D.-F. & Beck, C.-T. (2010). *Essentials of nursing reserarch: appraising evidence for nursing practice*. 2010. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.

Ruud, T, Karlsson, B, Klevan, T, Hasselberg, N. (2015). *Ambulante akutteam i psykisk helsevern: Praksis og erfaringer*. Lørenskog: Akershus universitetssykehus, i samarbeid med høgskolen i Buskerud og Vestfold, og akuttnettverket. Hentet fra

<http://www.akuttnettverket.no/Aktuelt/2015/Ny-rapport-om-ambulante-akutteams-praksis-og-erfaringer>

Sjølie, H., Karlsson, B., & Kim, H.S. (2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process and outcome – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881-892. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x

Sosial og helsedirektoratet (2006). «Du er kommet til rett sted..» *Ambulante akuttjenester ved distriktpsykiatriske sentre*. [rapport]. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Steenfeldt-Foss, C. (2014). Færre innleggelser krever tettere samarbeid. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Hentet fra

<http://napha.no/content/14874/Farre-innleggelser-krrever-tettere-samarbeid>

Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helsedirektoratet.

Tøndel, G., & Osberg Ose, S. (2014). *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser*. Forskningsrapport. Hentet fra:

[http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/endeligrapport\\_sintef-a26357.pdf](http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/endeligrapport_sintef-a26357.pdf)

Willumsen, E., Sirnes, T., & Ødegård, A. (2014). Tverrprofesjonelt samarbeid – en fortsettelse. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* (s. 13-29). Oslo: Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1.

### Intervju guide

#### Generell beskrivelse av samarbeidet med AAT

- Kan du beskrive hva Akuttambulerende team er? Om jeg hadde spurt en ansatt samme spørsmål, hva tenker du de ville svart` ?
- Hva er målet med dette teamet?
- Har slags informasjon har dere fått fra teamet?
- På hvilket tidspunkt kontakter dere AAT?
- Hvordan ser behandlingsforløpet ut når kontakt er etablert?
- På hvilken måte samarbeider dere om behandlingen av brukeren i hjemmet?
- Hvordan ser du for deg det ideelle samarbeid med teamet?

#### Forventninger til samarbeidet

- Hvilken hensikt har dere når dere kontakter AAT?
- Hvilket ansvar mener dere at AAT har for brukerne som dere har henvist til dem?  
Innfris disse forventningene? På hvilke måter gjør de det/gjør de ikke det?
- Hvilket ansvar mener du at kommunen har for brukerne? Innfris dere disse?  
På hvilke måter gjør dere det/gjør dere ikke det?
- Hva ser du på som den største utfordringen i forhold til samarbeidet?

#### Gode og dårlige eksempler på samarbeid

- Fortell om en gang samarbeidet med AAT fungerte bra. Hva var det med samarbeidet som fungerte bra?
- Fortell om en gang samarbeidet ikke fungerte bra hvordan forholdt dere dere til dette? Hva gjorde dere?

#### Organisatoriske utfordringer

- Det er forskjellige profesjoner ansatt i både kommunens psykiatritjeneste og i AAT, har du noen eksempler på at det kan være med på å påvirke samarbeidet? På hvilken måte?
- AAT er en del av spesialisthelsetjeneste, tenker du at det har betydning for samarbeidet, eventuelt på hvilken måte?
- Er det utfordringer knyttet til å etablere kontakt med teamet?
- Dere er organisert under forskjellige organisasjoner, 1 og 2 linjetjenesten, er det noen utfordringer knyttet til det? Beskriv hvilke utfordringer du ser.

#### Viktige faktorer for godt samarbeid

- Hvilke faktorer tenker du må være til stede for et godt samarbeid?
- Er det noen mangler du ser i dag i dette samarbeidet, eventuelt hvilke?
- Har du noen brukerhistorier som beskriver hva godt samarbeid var for dem?

## Vedlegg 2.

Heidi Esma Dahl Bønnhoff  
Institutt for folkehelse, idrett og ernæring Universitetet i Agder  
Serviceboks 422  
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 02.09.2014 Vår ref: 39599 / 3 / LT Deres dato: Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.08.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt.

Endringsmeldinger gis via et eget skjema,

<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Linda Skagestad skagestadlinda@hotmail.com

39599 *En studie om samarbeid mellom kommunal psykiatritjeneste og ambulerende akutteam*

*Behandlingsansvarlig Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder  
Daglig ansvarlig Heidi Esma Dahl Bønnhoff  
Student Linda Skagestad*

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

## **Personvernombudet for forskning**

### **Prosjektvurdering - Kommentar**

Prosjektnr: 39599

Det foreliggende prosjektet er en melding for en intervjuundersøkelse til avdelingsledere/fagledere med ansatte i kommunal psykiatritjeneste tilhørende samme ambulante akutteam.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke for deltakelse.

Det er personvernombudets vurdering at intervjuguiden i foreliggende versjon i seg selv ikke medfører Innsamling /behandling av personopplysninger. Intervjuguiden inneholder ikke spørsmål som direkte eller indirekte kan identifisere den enkelte respondent. Skjemaet er heller ikke merket med et løpenummer som viser til en identifiserbar navneliste.

På bakgrunn av dette finner personvernombudet at prosjektet ikke er omfattet av meldeplikt all den tid den beskrevne prosedyren følges og undersøkelsen gjennomføres anonymt.